

ESTUDO TEÓRICO

TRATAMENTO DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO NA ADOLESCÊNCIA – ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

DOI: 10.22289/2446-922X.V7N1A12

Cláudia Gomes **Cano**¹
Sandra **Pires**
Ana Catarina **Serrano**

RESUMO

As perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) constituem uma das doenças psiquiátricas mais prevalentes e com maior gravidade na adolescência. Por envolverem maioritariamente uma população jovem com potencial compromisso funcional significativo nesta faixa etária e ao longo da vida adulta, as PAI constituem um importante problema de saúde pública. A abordagem cognitivo comportamental tem demonstrado evidência como um dos tratamentos de referência empiricamente validados para todos os tipos de PAI.

Este artigo pretende fazer uma revisão narrativa relativamente à evolução das teorias cognitivo-comportamentais sobre as PAI e a abordagem terapêutica com base neste modelo interventivo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental Potencializada (TCC-P) é o tratamento de escolha para adolescentes com PAI, quando a Terapia Familiar está contraindicada, não é aceite ou não é eficaz. Adicionalmente, reforça-se a importância de uma intervenção precoce nestas patologias, já que os estudos demonstram resultados mais eficazes e num período mais curto de tempo nos pacientes adolescentes comparativamente aos adultos submetidos a TCC-P.

Palavras-chave: Adolescente; Perturbações da Alimentação e da Ingestão; Terapia Cognitivo Comportamental.

171

FEEDING AND EATING DISORDERS MANAGEMENT IN ADOLESCENCE - COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH

ABSTRACT

Feeding and Eating Disorders (FED) are amongst the most frequent and severe psychiatric disorders in adolescence. These disorders can be considered an important public health issue, since they mostly affect a young population with potential significant functional impact at a young age and throughout adult life. Cognitive behavioral approach has demonstrated evidence as one of the empirically validated reference treatments for all FED.

This article aims to perform a narrative review of the cognitive behavioral conceptualization and treatment approach of FED.

Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CCT-E) is the treatment of choice for adolescents with FED when Family Therapy is contraindicated, not accepted, or not effective. Furthermore, the importance

¹ Endereço eletrônico de contato: claudia.mcano@gmail.com

Recebido em 08/12/2020. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 09/03/2021.



of an early intervention is emphasized, since it has been demonstrated that CCT-E has more effective results and in a shorter period of time in adolescents compared with an adult population.

Keywords: Adolescent; Cognitive Behavioral Therapy; Feeding and Eating Disorders.

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ALIMENTOS Y LA INGESTIÓN EN LA ADOLESCENCIA - ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una de las enfermedades psiquiátricas más graves y prevalentes en la adolescencia. Dado que en su mayoría involucran a una población joven con un potencial deterioro funcional significativo en este grupo de edad y durante la edad adulta, los TCA son un importante problema de salud pública. El enfoque cognitivo conductual ha demostrado ser uno de los tratamientos de referencia validados empíricamente para todos los tipos de TCA.

Este artículo pretende hacer una revisión narrativa sobre la evolución de las teorías cognitivo-conductuales sobre los TCA y el abordaje terapéutico basado en este modelo de intervención. La Terapia Cognitivo-Conductual Potencializada (TCC-P) es el tratamiento de elección para los adolescentes con TCA, cuando la Terapia Familiar está contraindicada, no se acepta o no es eficaz. Adicionalmente, se refuerza la importancia de una intervención temprana en estas patologías, ya que los estudios muestran resultados más efectivos y en un período de tiempo más corto en adolescentes en comparación con adultos sometidos a TCC-P.

172

Palabras clave: Adolescente; Terapia Cognitivo Conductual; Trastornos de la Conducta Alimentaria

1 INTRODUÇÃO

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) encontram-se entre as doenças psiquiátricas mais comuns e com maior gravidade na adolescência (Hay & Morris, 2016; Lock & Fitzpatrick, 2009). A taxa de incidência nesta faixa etária é de cerca de 1% no caso da Anorexia Nervosa (AN) e 2 a 3% na Bulimia Nervosa (BN). Quadros clínicos parciais, denominados como Perturbações da Alimentação e da Ingestão Não Especificadas (PAINE), têm uma incidência de 2 a 5% (Lock & Fitzpatrick, 2009). Os primeiros sintomas de AN e BN iniciam-se entre os 15 e os 19 anos, sendo a AN a causa mais comum para a perda de peso em raparigas adolescentes e a principal causa de internamento nos serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Cerca de 1% das mulheres com 20 anos teve história prévia de AN ou PAINE e a existência de um diagnóstico de PAI na adolescência tem sido associada a um aumento do risco para o desenvolvimento de outras doenças psiquiátricas na idade adulta (Hay & Morris, 2016). Adicionalmente, estas perturbações associam-se frequentemente a outras doenças médicas, como a perda de massa óssea, amenorreia e hipocaliemia, podendo causar a morte. Comparativamente a outras doenças



psiquiátricas, a taxa de mortalidade da AN encontra-se entre as mais elevadas, sendo em média de 8 a 12% (Lock & Fitzpatrick, 2009).

Por envolverem maioritariamente uma população jovem com potencial compromisso funcional significativo nesta faixa etária e ao longo da vida adulta, as PAI constituem um importante problema de saúde pública (Vaz, Conceição & Machado, 2009).

Embora existam várias formulações teóricas que tentam conceptualizar os mecanismos associados ao desenvolvimento e manutenção das PAI, os modelos cognitivo-comportamentais (CC) têm tido um desenvolvimento significativo, tornando a abordagem CC como um dos tratamentos de referência e empiricamente validados para estas perturbações (Fairburn, 1997a,b; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Este artigo pretende fazer uma revisão narrativa relativamente à evolução das teorias cognitivo-comportamentais sobre as PAI e a sua abordagem terapêutica com base neste modelo interventivo. Com este intuito, foi realizada uma revisão bibliográfica, utilizando as plataformas de pesquisa Pubmed, Medscape e Uptodate. Foram utilizados os termos de pesquisa “*cognitive behavioral therapy (and) eating disorders*” e após análise genérica, foram selecionados os artigos com qualidade e relevância científicas para o tema abordado.

2 DESENVOLVIMENTO

173

Quadro clínico das Perturbações da Alimentação e da Ingestão

A AN, a BN e a maioria dos casos das PAINE partilham a mesma psicopatologia central: a sobrevalorização da importância da forma e peso corporais e o seu controlo. Para os indivíduos com PAI, o seu autoconceito está largamente dependente da sua forma e peso corporais e da sua capacidade de os controlar. Na AN os pacientes apresentam um peso corporal inferior ao normal como resultado de uma restrição alimentar marcada e persistente tanto da quantidade como do tipo de alimentos ingeridos. Para além das alterações na ingestão alimentar, alguns pacientes praticam exercício físico de forma exagerada, com foco na diminuição adicional do seu peso corporal. Tipicamente, os pacientes com AN valorizam a sensação de controlo que resulta da subalimentação, podendo recorrer a comportamentos de indução de vômito e uso inadequado de laxantes ou diuréticos sobretudo após episódios em que vivenciam a sensação de perda de controlo. Frequentemente, a quantidade alimentar ingerida durante estes episódios de perda de controlo não é objetivamente aumentada e, desta forma, podem ser descritos como *binges* subjetivos. Habitualmente, estes doentes apresentam outros sintomas psiquiátricos, alguns como consequência da restrição alimentar, como labilidade emocional, sintomatologia ansiosa, irritabilidade, dificuldades de concentração, perda da libido e ainda traços obsessivos e dificuldades no relacionamento social (Williamson et al., 2004).



O quadro clínico dos doentes com BN assemelha-se ao da AN, sendo a principal característica distintiva o facto de nos pacientes com BN a restrição da ingestão alimentar ser frequentemente interrompida por episódios de *binge eating* (objetivos). Estes episódios são habitualmente seguidos de comportamentos compensatórios de indução de vômito ou uso de laxantes, embora exista um subgrupo de pacientes sem comportamentos purgativos. Como resultado da combinação dos períodos de subalimentação com os de sobrealimentação, o peso da maioria dos doentes com BN tende a permanecer dentro da normalidade com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 20 e 25. Sintomas de depressão e ansiedade são proeminentes nestes doentes e alguns apresentam comportamentos autolesivos e/ou abuso de substâncias psicoativas e álcool (Williamson et al., 2004).

As características clínicas dos doentes com PAINE são semelhantes às observadas nos pacientes com AN e BN e são comparáveis na sua duração e gravidade, correspondendo a casos semelhantes a AN ou BN, mas que não cumprem todos os critérios de diagnóstico ou casos em que as características de AN e BN ocorrem em diferentes combinações das observáveis nas doenças protótipo (Fairburn, Cooper, & Bohn, 2007).

Evolução das Teorias Cognitivo-Comportamentais sobre as PAI

Ao longo dos últimos 30 anos, os terapeutas comportamentalistas têm desenvolvido vários modelos conceptuais para as perturbações alimentares. As teorias desenvolvidas durante os anos 1970, enfatizavam o medo da gordura e as perturbações da percepção da imagem corporal como os principais fatores motivacionais para a fome auto infligida e comportamentos compensatórios para evitar o ganho de peso associado ao *binge eating*. Durante a década de 80 e o início da década de 90 a teoria da restrição dietética associada à fuga aos afetos negativos foi colocada como possível determinante primário dos comportamentos de *binge eating*. Nos anos 90 foram formuladas as teorias cognitivas ou de processamento de informação das perturbações alimentares. (Williamson et al., 2004) A Figura 1 ilustra um modelo que integra as perspectivas dos cognitivistas e comportamentalistas ao longo dos últimos 30 anos.

Fatores de Risco Psicológicos

1. Medo da gordura
2. Excesso de preocupação com a forma corporal
3. Internalização da magreza como forma corporal ideal
4. Definição de...

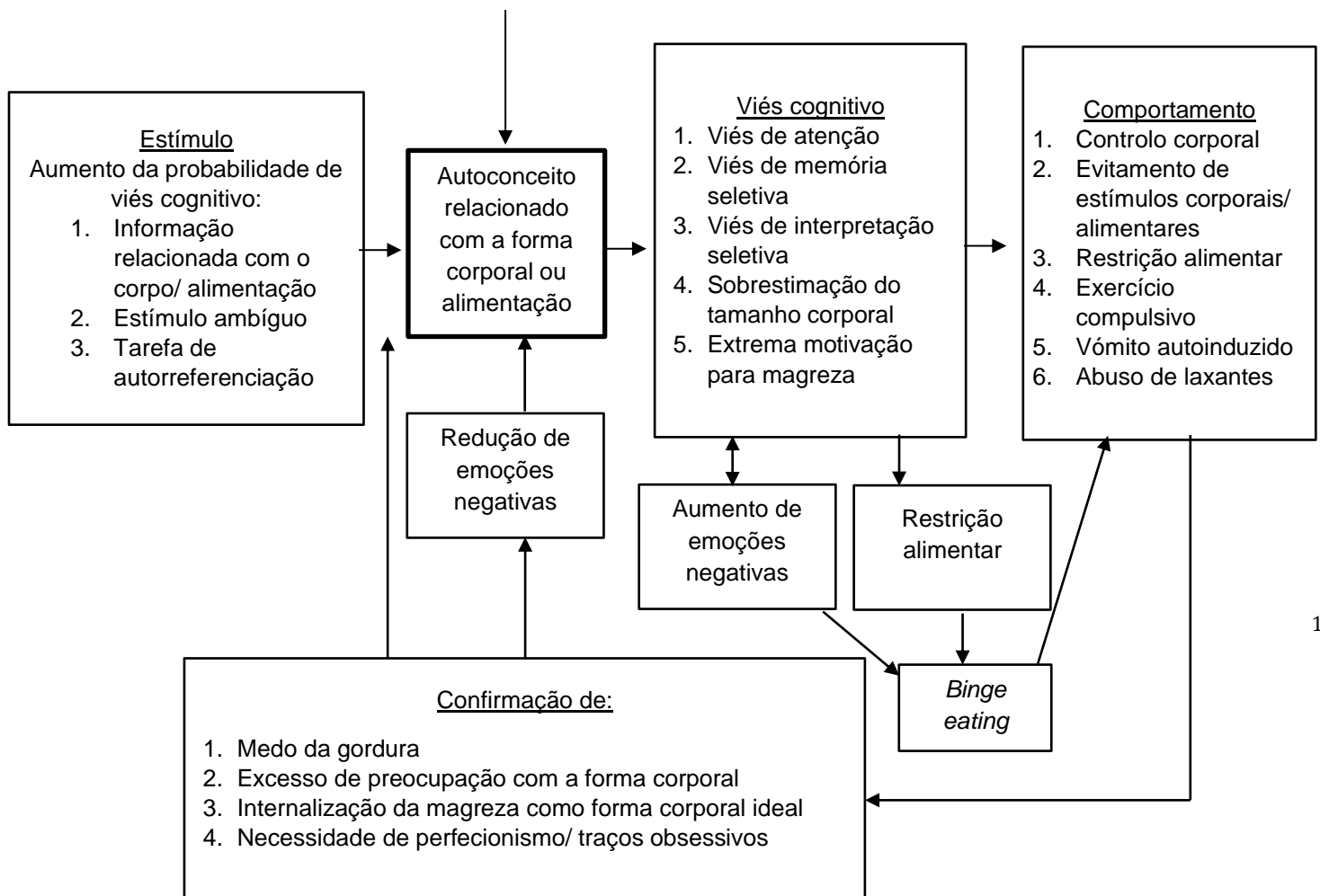


Figura 1. Teoria Cognitivo Comportamental Integrada das Perturbações Alimentares

Fonte: Adaptado de Wiliamson et al., 2004

Os aspetos centrais deste modelo são: autoconceito baseado na forma corporal ou alimentação, viés cognitivo, *binge eating*, comportamento compensatório, reforço negativo do comportamento compensatório por redução das emoções negativas e fatores de risco psicológicos potencialmente causadores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Este modelo coloca a hipótese de que as emoções negativas interagem com o autoconceito do esquema corporal na ativação de vieses cognitivos, que subsequentemente provocam emoções negativas. Desta forma, é possível que os vieses cognitivos ativem emoções negativas relacionadas com o autoconceito do esquema corporal ou alimentar, que por sua vez ativa os vieses cognitivos. Este feedback em loop pode ser vivenciado como uma obsessão e/ou



uma ansiedade avassaladora. Da perspectiva do indivíduo envolvido nesta experiência, não existe alternativa a não ser empenhar-se em vários comportamentos para evitar estas experiências aversivas, como comportamentos purgativos, restrição alimentar e exercício físico excessivo (Williamson et al., 2004).

Tratamento das PAI

Embora a Terapia Familiar (TF) seja a intervenção atual com maior suporte empírico para os adolescentes com PAI, este tratamento apresenta algumas limitações, nomeadamente nos casos em que os pais não se encontram disponíveis para participar no tratamento ou não aceitam a intervenção baseada no modelo sistémico (Dalle Grave, Eckhardt & Le Grange, 2019). De acordo com as recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a terapia cognitivo comportamental (TCC) é indicada para o tratamento das PAI nas crianças e adolescentes quando a TF não é aceite, está contraindicada ou é ineficaz (NICE, 2017). Estas recomendações têm sido suportadas por resultados promissores demonstrados pela terapia cognitivo comportamental potencializada (TCC-P), adaptada para adolescentes com PAI, em estudos de cohort, em jovens entre os 11 e os 19 anos (Dalle Grave, 2019).

A TCC-P é um tratamento baseado na evidência que tem sido desenvolvido para a abordagem da psicopatologia de todas as PAI, inicialmente nos adultos e posteriormente adaptada para adolescentes (Dalle Grave, Eckhardt & Le Grange, 2019). Ao contrário da TF que baseia a sua intervenção no conceito de que o problema ou sintomas pertencem a toda a família, a TCC-P conceitualiza o problema como pertencendo ao indivíduo, encorajando-o a assumir o controlo. Os procedimentos do tratamento envolvem ativamente os pacientes em todas as fases, com o objetivo de promover um sentimento de autocontrolo, sendo o paciente quem tem a decisão final sobre iniciar o tratamento, mas também sobre que problemas abordar e que procedimentos serão utilizados com esse intuito. O terapeuta de TCC-P informa o paciente sobre o que passa no processo terapêutico, evitando procedimentos coercivos ou com os quais o doente não concorda, de modo a evitar a aumento da resistência à mudança.

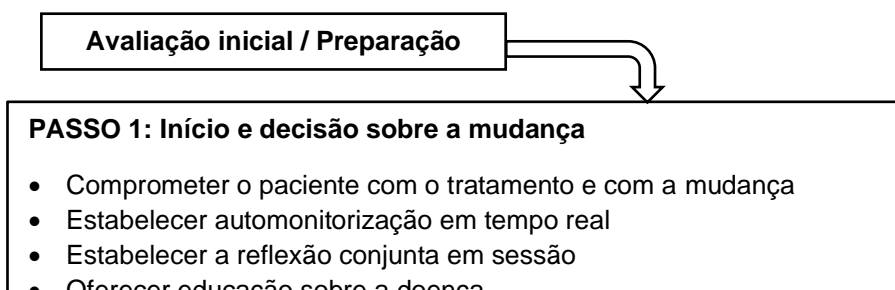
O principal objetivo da TCC-P é que os adolescentes adiram ao tratamento, envolvendo-os ativamente no processo de mudança. O segundo maior objetivo é lidar com a psicopatologia da PCA, o que envolverá abordar as preocupações do paciente com a forma corporal, peso e alimentação, bem como as restrições alimentares existentes e os comportamentos de controlo de peso. Como parte do processo, os pacientes são encorajados a compreender e quebrar os mecanismos que mantêm a sua PCA, sendo este o terceiro objetivo principal do tratamento. É importante que o doente perceba estes mecanismos, sendo criada de forma colaborativa com o terapeuta uma formulação pessoal dos mesmos. Esta estratégia é essencial, permitindo focar os objetivos a atingir com o tratamento, adotando uma abordagem individualizada a cada caso, com o



intuito de promover a auto capacitação e ajudando os doentes a compreender que existe um problema que necessita de intervenção. Este é um pré-requisito essencial para o tratamento, que se pretende colaborativo, sendo posteriormente introduzido um conjunto flexível de estratégias e procedimentos cognitivos e comportamentais sequenciais, bem como informação adicional para a abordagem dos mecanismos de manutenção do quadro psicopatológico. É necessário que o paciente pratique as estratégias em casa, entre as sessões, sendo esta prática essencial para o sucesso do tratamento. Para atingir a mudança cognitiva, os pacientes são encorajados a observar como os processos da sua formulação pessoal funcionam na vida real, através de automonitorização em tempo real. Tarefas para casa estrategicamente planeadas, mudanças graduais de comportamento e análise dos seus efeitos e implicações na sua forma de pensar, são também centrais no tratamento, mas necessitam de ser integradas cuidadosamente, uma vez que podem provocar ansiedade. É essencial que o terapeuta seja empático, mas também rigoroso, garantindo que o paciente se mantém motivado para atingir os objetivos de tratamento. O quarto objetivo do tratamento é que mudanças atingidas sejam duráveis, pelo que nas últimas fases o tratamento adota uma abordagem mais orientada para o futuro. Quando os pacientes conseguem interromper os principais processos de manutenção da doença por si identificados, vivenciam períodos livres de preocupações sobre a sua forma, peso ou alimentação. Estes períodos devem ser utilizados para ajustar o seu *mindset* sobre a sua PAI, ajudando o paciente a estar atento aos sinais da sua reativação e a desenvolver estratégias de descentralização rápida de forma a evitar a recaída. (Fairburn, C. G., 2008)

177

A TCC-P para adolescentes inicia-se com duas sessões para determinar as necessidades do paciente e prepará-lo para o tratamento (Dalle Grave, 2019). O tratamento é realizado por um único terapeuta, em vários passos, cada um com um objetivo diferente, como esquematizado na Figura 2.



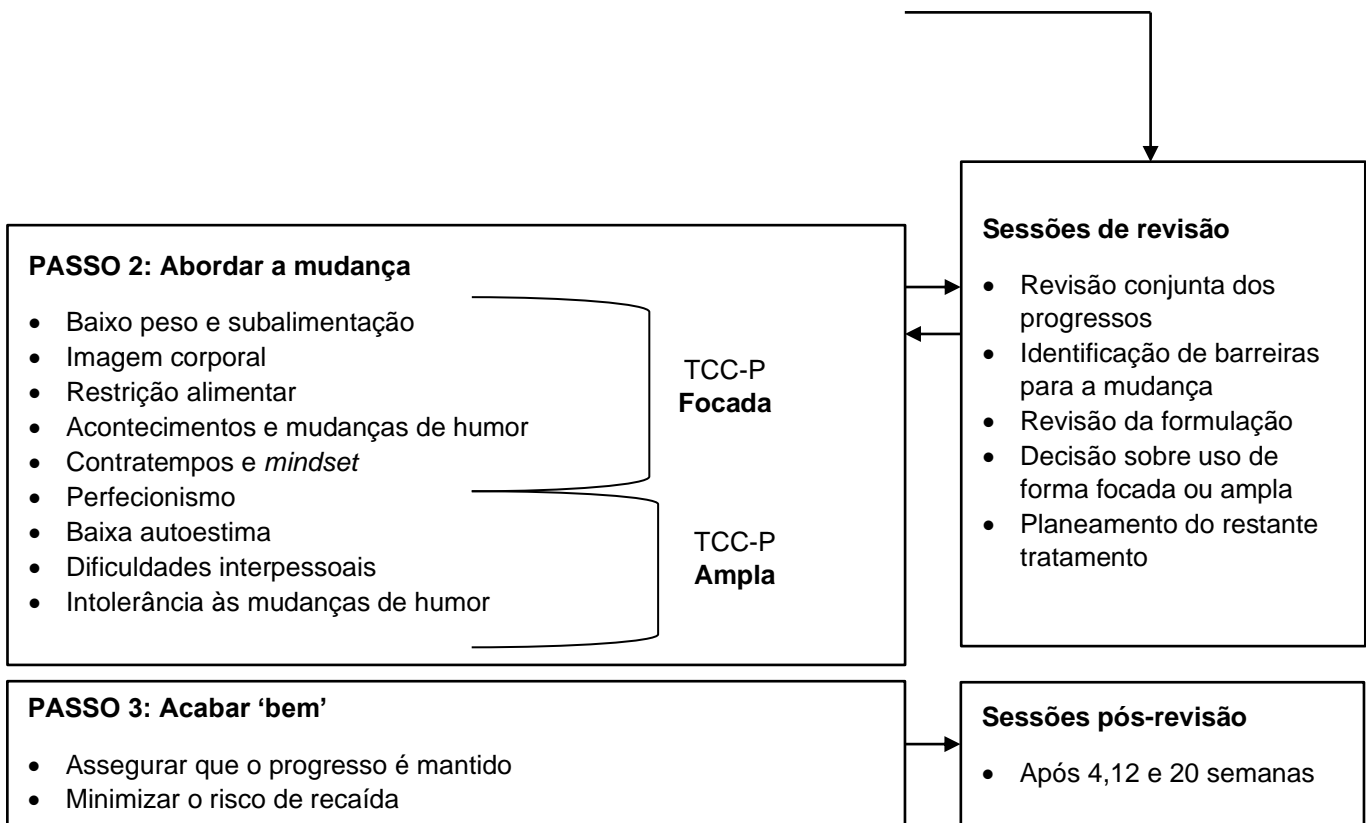


Figura 2. Mapa da TCC-P para adolescentes com PAI

Fonte: Adaptado de Wiliamson et al., 2004

O primeiro passo é centrado em conseguir que o paciente faça uma avaliação do seu estado atual e da forma como os seus comportamentos o afetam, sendo-lhe posteriormente pedido que equacione os prós e contras de combater o seu baixo peso. No segundo passo, são-lhe fornecidas as ferramentas que serão necessárias para a abordagem da sua PCA, suavizando as suas preocupações sobre a forma e peso corporais. Na última etapa, a ênfase é colocada no desenvolvimento de estratégias personalizadas para a rápida recuperação de recaídas e desta forma, manter a longo prazo as mudanças que o paciente alcançou ao longo do processo (Dalle Grave, 2019).

A duração e número de sessões é flexível, dependendo da quantidade de temáticas a abordar, contudo, de um modo geral, nos pacientes com IMC entre o percentil 3 e o 25 o tratamento dura geralmente entre 30 a 40 sessões, enquanto nos pacientes com IMC superior ao percentil 25 terão cerca de 20 sessões (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008). Numa das sessões de revisão, feita 4 semanas após o início do tratamento nos pacientes que não estão abaixo do peso ou numa das várias sessões de revisão realizadas ao longo do passo 2 nos pacientes com baixo peso, é decidido se o tratamento será apenas focado nas características específicas da psicopatologia da PCA - forma focada - ou se também serão abordados outros mecanismos externos, como o



perfeccionismo, baixa autoestima, instabilidade do humor ou dificuldades nas relações interpessoais - forma ampla. Na maioria dos pacientes será apropriado o uso da forma focada, sendo que a forma ampla deverá ser considerada se em alguma das sessões de revisão for concluído que um ou mais dos mecanismos externos sejam suficientemente intensos, possam estar a interferir na resposta ao tratamento ou a contribuir para a manutenção da doença (Dalle Grave, 2019).

Embora os pais não sejam excluídos do tratamento, o seu envolvimento é limitado à criação de um ambiente familiar promotor da recuperação. Com o objetivo de os ajudar nesta tarefa, numa fase inicial do tratamento é realizada uma sessão individual com os pais com o intuito de identificar fatores familiares que potencialmente dificultam os esforços do jovem para a mudança. Subsequentemente, são realizadas sessões mais breves com os pais, no final das sessões individuais, com o intuito de os informar sobre os progressos do tratamento, sendo as informações transmitidas previamente acordadas com o jovem. (Dalle Grave, 2019)

Vários estudos têm sido realizados para demonstrar a eficácia da TCC em adolescentes em ambulatório, destacando-se 4 estudos em coorte, em pacientes entre os 11 e os 19 anos. (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008) Os resultados destes estudos demonstraram que cerca de 60% dos pacientes com AN que completaram o tratamento, atingiram uma resposta completa - definida como um IMC num percentil maior ou igual a 5 e um score numa entrevista para PAI com 1 desvio padrão da média (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008). Três dos quatro estudos investigaram os efeitos nos pacientes com AN e um deles em adolescentes sem baixo peso com outras PAI. No primeiro estudo, 49 adolescentes com AN receberam 40 sessões de TCC-P em ambulatório e, em 67% das que completaram o programa, verificou-se um aumento significativo no percentil do IMC relativo à idade de 3.36 para 30.3, a par de uma melhoria marcada na psicopatologia da PCA e comorbilidades (Dalle Grave, Calugi, Doll & Fairburn, 2013). Após 60 semanas de follow-up, estes *outcomes* positivos permaneceram praticamente inalterados, independentemente do tratamento subsequente. Estes resultados foram replicados num estudo realizado em ambulatório, com 68 adolescentes com uma PAI sem baixo peso submetidos a TCC-P, em que 75% dos participantes completaram o programa de 20 sessões (Dalle Grave, Calugi, Sartirana, & Fairburn 2015). No final do tratamento, 68% dos pacientes apresentava apenas psicopatologia mínima residual e metade daqueles que previamente reportavam episódios de *binge eating* ou comportamentos purgativos não os apresentava atualmente.

Um estudo comparativo da eficácia da TCC-P em 46 adolescentes e 49 adultos com AN, revelou que a normalização de peso ocorreu em consideravelmente mais adolescentes do que adultos (65.3% vs. 36.5%). Para além disto, a recuperação do peso foi atingida em média 15 semanas antes pelos adolescentes, comparativamente aos adultos. Estes achados fornecem evidência não só de que a TCC-P é mais eficaz nos pacientes adolescentes, mas também de que



os resultados podem ser atingidos numa janela de tempo mais curta do que dos adultos (Calugi, Dalle Grave, Sartirana, & Fairburn, 2015).

Num estudo de coorte mais recente, 49 pacientes adolescentes com AN grave foram tratados em ambulatório com um programa de TCC-P, sendo que 71.4% dos jovens realizaram o tratamento completo (Dalle Grave, Sartirana & Calugi, 2019). Foi demonstrado um aumento significativo no peso, em simultâneo com uma diminuição marcada na psicopatologia do comportamento alimentar e sintomas psiquiátricos de um modo geral. Estas mudanças foram mantidas num follow-up a 6 meses, sugerindo que a TCC-P é um tratamento promissor para os adolescentes com AN quando é administrada num ambiente real.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Grandes avanços têm sido feitos na TCC para o tratamento das PAI, estando provavelmente os mais proeminentes na adoção de uma abordagem transdiagnóstica no tratamento, através da qual o tratamento deixa de ser para uma perturbação específica (por exemplo BN ou AN) e passa a ser dirigido para a psicopatologia da perturbação alimentar e processos que a mantêm. Como resultado, a TCC evoluiu para uma abordagem terapêutica empiricamente validada, adequada a todas as formas de PAI e altamente individualizada para cada paciente.

180

A TCC-P é o tratamento de escolha para adolescentes com PAI, quando a TF está contraindicada, não é aceite ou não é eficaz. Esta recomendação baseia-se nos achados promissores de vários estudos de coorte, e é reforçada por um estudo recente de intervenção num contexto de vida real, mostrando outcomes similares aos reportados pela TF.

Adicionalmente, reforça-se a importância de uma intervenção precoce nestas patologias, já que os estudos demonstram resultados mais eficazes e num período mais curto de tempo nos pacientes adolescentes comparativamente aos adultos submetidos a TCC-P.

Muitos desafios continuam na área da TCC para o tratamento das PAI. Em primeiro lugar, os outcomes necessitam de ser melhorados, sobretudo nos doentes com muito baixo peso. Além disso, é necessária uma melhor compreensão sobre o funcionamento dos componentes ativos do tratamento, para potencialmente descartar alguns elementos e potenciar outros. É ainda necessário que seja disseminada uma prática baseada na evidência no tratamento destas perturbações e, sendo ainda poucos os profissionais com o treino necessário na área, muitos doentes irão receber um tratamento subótimo, pelo que é urgente alterar este paradigma, uma vez que as PAI são das doenças psiquiátricas de início na adolescência com maior morbimortalidade associada ao longo da vida adulta.

4 REFERÊNCIAS



- Calugi, S, Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015) Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3(21) <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0057-z>
- Dalle Grave, R. (2019) Cognitive-behavioral therapy in adolescent eating disorders. In: Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B, editors. *Eating disorders and obesity in children and adolescents*, 111-116. Philadelphia: Elsevier.
- Dalle Grave, R., Calugi, S, Doll, H. A., & Fairburn, CG. (2013) Enhanced cognitive behaviour for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behavior Research and Therapy*, 51(1), R9-R12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>
- Dalle Grave, R., Calugi, S, Sartirana, M., & Fairburn, CG. (2015) Transdiagnostic cognitive therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behavior Research and Therapy*, 73, 79-82. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.014>
- Dalle Grave, R., Eckhardt, S., & Le Grange, D. (2019) A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 7(42). <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0275-x>
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S, (2019) Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *Journal of Eating Disorders*, 52(9):1042-1046. <https://doi.org/10.1002/eat.23122>
- Fairburn, C. G. (1997a). Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*, 209- 41. Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (1997b). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*, 278-294. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (2008) *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Bohn, K. (2007) The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behavior Research and Therapy*, 45(8), 1705–15 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor. (2008) Eating Disorder Examination. In: Fairburn, C. G., editor. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*, 265-308. Guilford Press
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Hay, P., & Morris, J. (2016). Eating disorders. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.
- Lock, J. & Fitzpatrick, K. K. (2009). Advances in Psychotherapy for Children and Adolescents with Eating Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 63(4), 287-303. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2009.63.4.287>
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>



- National Guideline Alliance (UK). (2017) Eating Disorders: Recognition and Treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); (NICE Guideline, No. 69).
- Vaz, A.R., Conceição, E. M., & Machado, P. P. P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 189-197.
- Williamson, D. A., White, M. A., Yorke-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-Behavioral Theories of Eating Disorders. *Behavior Modification*, 28 (6), 711-738
<https://doi.org/10.1177/0145445503259853>