

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**O EFEITO DA TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL NA ANOREXIA NERVOSA:
UMA META-ANÁLISE**

FLÁVIO DE JESUS GRILO DIAS



Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, outubro de 2014



O efeito da Terapia Cognitivo-Comportamental na Anorexia Nervosa: uma meta-análise

Flávio de Jesus Grilo Dias

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Macedo

Coimbra, outubro de 2014

Figura da Capa: A imagem foi retirada do site
<http://luzsuave1.blogspot.pt/2013/05/anorexia.html> (acedido a 01/07/2014)

e pretende retratar a distorção da imagem corporal manifestada pelos pacientes com Anorexia Nervosa

“One cannot think well, love well, sleep well, if one has not dined well.”

Virginia Woolf



Agradecimentos

Quero aqui deixar expressa a minha gratidão a todos os que, de uma forma ou de outra, direta ou indiretamente, contribuíram para que a realização deste trabalho, se tornasse uma realidade.

Agradeço acima de tudo, à minha orientadora, Professora Doutora Esmeralda Macedo, por toda a sua disponibilidade, paciência e incentivo, colaboração sem a qual, este meu sonho nunca poderia realizar-se.

Quero também agradecer aos meus familiares, especialmente à minha mãe pelo seu exemplo de coragem e persistência.

Agradeço ainda a todos os meus amigos, que sempre me apoiaram neste longo caminho.

O meu **Muito Obrigado** a todos!

ÍNDICE

	<i>págs.</i>
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
1.INTRODUÇÃO	1
1.1 Anorexia Nervosa	2
1.2 Aspetos Epidemiológicos	2
1.3 Sintomas e Diagnósticos da AN	2
1.4 Opções Terapêuticas	3
1.5 Psicoterapias	3
2.MATERIAIS E MÉTODOS	7
2.1 Objetivos	7
2.2 Estratégias de Pesquisa	8
2.3 Seleção e avaliação da qualidade dos estudos	8
2.4 Extração de dados	9
2.5 Critérios de Inclusão e Exclusão	12
2.6 Outcomes	12
2.7 Análise Estatística	13
3. RESULTADOS	14
3.1 Resultados da pesquisa	14
3.2 Resultados quantitativos	15
4.Discussão e Conclusão	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
APÊNDICES	

APÊNDICE A – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA AN

APÊNDICE B – *CHEKLIST* PARA A SELEÇÃO DOS ESTUDOS

APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA META-ANÁLISE

**APÊNDICE D – CARACTERÍSTICAS QUANTITATIVAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA
META-ANÁLISE**

Índice de figuras

	<i>págs.</i>
Figura 1. Diagrama de fluxo da seleção dos artigos	14
Figura 2. Meta-análise do aumento do IMC	16
Figura 3. Meta-análise do aumento de Peso	16
Figura 4. Meta-análise da subescala <i>Restrições</i> do <i>EDE</i>	17
Figura 5. <i>Funel Plot</i> da subescala <i>Restrições</i> do <i>EDE</i>	17
Figura 6. Meta-análise da subescala <i>Restrições</i> do <i>EDE</i> retirando um estudo	18
Figura 7. Meta-análise da subescala <i>Preocupações Alimentares</i> do <i>EDE</i>	19
Figura 8. <i>Funel Plot</i> da subescala <i>Preocupações Alimentares</i> do <i>EDE</i>	19
Figura 9. Meta-análise da subescala <i>Preocupações com o peso</i> do <i>EDE</i>	20
Figura 10. Meta-análise da subescala <i>Preocupações com a forma</i> do <i>EDE</i>	20
Figura 11. <i>Funel Plot</i> da subescala <i>Preocupações com a forma</i> do <i>EDE</i>	21
Figura 12. Meta-análise da subescala <i>Preocupações com a forma</i> do <i>EDE</i> retirando um estudo	21
Figura 13. Meta-análise da subescala <i>Desejo de Emagrecer</i> do <i>EDI</i> .	22
Figura 14. Meta-análise da subescala <i>Bulimia</i> do <i>EDI</i>	23
Figura 15. Meta-análise da subescala <i>Insatisfação com o corpo</i> do <i>EDI</i>	23
Figura 16. Meta-análise da subescala <i>Ineficácia</i> do <i>EDI</i>	24
Figura 17. Meta-análise da subescala <i>Perfeccionismo</i> do <i>EDI</i>	24
Figura 18. Meta-análise da subescala <i>Desconfiança</i> do <i>EDI</i>	25
Figura 19. Meta-análise da subescala <i>Consciência Interpessoal</i> do <i>EDI</i>	25
Figura 20. Meta-análise da subescala <i>Medo da Maturidade</i> do <i>EDI</i>	26
Figura 21. Meta-análise da subescala <i>Ascetismo</i> do <i>EDI</i>	26

Figura 22. Meta-análise da subescala <i>Impulsividade</i> do <i>EDI</i>	27
Figura 23. Meta-análise da subescala <i>Insegurança</i> do <i>EDI</i>	27
Figura 24. Meta-análise <i>Global Assessment of functioning scores</i>	28
Figura 25. Meta-análise <i>Hamilton Depression Rate Scale</i>	28
Figura 26. Meta-análise <i>Brief Symptom Inventory</i>	29
Figura 27. Meta-análise dos episódios bulímicos	30
Figura 28. Meta-análise dos episódios de indução do vômito	31
Figura 29. Meta-análise da utilização indevida de laxantes	31
Figura 30. Meta-análise da reconversão total da doença	32
Figura 31. Meta-análise da apresentação melhorias significativas	33
Figura 32. Meta-análise da apresentação de melhorias ligeiras	33
Figura 33. Meta-análise relativa ao não aparecimento de melhorias	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características basais dos estudos

Tabela 2. Índice de Massa Corporal

Tabela 3. Peso

Tabela 4. *Eating Disorder Examination*

Tabela 5. *Eating Disorder Inventory*

Tabela 6. *Global Assessment of Functioning Scores*

Tabela 7. *Hamilton Depression Rating Scale Scores*

Tabela 8. *Global Psychiatric Features*

Tabela 9. *Episódios bulímicos, indução de vômito e uso indevido de laxantes*

Tabela 10. *Outros outcomes*

LISTA DE ABREVIATURAS

AcN – Aconselhamento Nutricional

AN – Anorexia Nervosa

BSI – Brief Symptom Inventory

CID – Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde

DSN – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECR – Estudo Clínico Randomizado

EDE – Eating Disorder Examination

EDI – Eating Disorder Inventory

FU – Follow-up

GAF – Global Assessment of Function Scale

GC – Grupo de Controlo

GI – Grupo de Intervenção

HDRS – Hamilton Depression Rating Scale

IMC – Índice de Massa Corporal

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

PTIP – Psicoterapia Interpessoal

TAC – Terapia Analítica Cognitiva

TAU – Treatment as Usual

TC – Terapia Comportamental

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TF – Terapia Familiar

TIP – Terapia Inter-pessoal

TPF – Terapia Psicodinâmica Focal

TRC – Terapia de Reabilitação Cognitiva

RESUMO

Introdução: A Anorexia Nervosa (AN) é a perturbação do comportamento alimentar (PCA) com a maior taxa de mortalidade de todos os transtornos psiquiátricos. Caracteriza-se pela recusa em manter um peso corporal normal mínimo, pela distorção da imagem corporal e por um obsessivo medo de ganhar peso. Os comportamentos patológicos a ela associados podem levar a uma semi-inanição que necessita de cuidados médicos pluridisciplinares, muitas vezes, em regime de internamento. Vários ensaios clínicos avaliaram a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), indicando que ela favorece a remissão ou a diminuição da frequência de episódios de compulsão alimentar, dos comportamentos purgativos e da restrição alimentar.

Objetivo: Combinar os resultados da melhor evidência científica de forma a avaliar a eficácia da TCC em comparação com outras terapias utilizadas no tratamento da AN.

Métodos: A pesquisa realizou-se nas bases de dados eletrónicas da MEDLINE, Psyc-Info, Embase, CCTR e de forma manual, incluindo ensaios clínicos controlados randomizados que comparam a TCC com qualquer outro tipo de intervenção no tratamento da AN.

Resultados: Foram incluídos 10 estudos que envolveram 957 pacientes: dos quais 571 (59,7%) foram submetidos a tratamento com Terapia cognitivo comportamental e 556 (49,3%) a outras terapias. Não se registaram diferenças significativas nos resultados obtidos em diversos *outcomes*, exceto nas subescalas *Restrições* ($z=3,03$; $p=0,02$), *Preocupações alimentares* ($z=2,98$; $p=0,002$) e *Preocupações com a forma* ($z=1,71$; $p=0,09$) do EDE e nos scores da escala GAF ($z=1,87$; $p=0,06$). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas no número de episódios bulímicos ($z=2,61$; $p=0,009$), número de episódios de indução de vômito ($z=2,11$; $p=0,03$) e no número de episódios de uso indevido de laxantes ($z=3,04$; $p=0,002$).

Conclusão: A utilização da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de doentes com AN parece melhorar bastante os sintomas da doença, revelando-se particularmente eficaz nos resultados obtidos na *Eating Disorder Examination Scale*. A sua utilização parece levar a uma melhoria no scores da GAF, evidenciando uma melhoria geral do estado de saúde dos pacientes (redução dos episódios de vômito, bulimia e uso de laxantes).

Palavras-chave: *Perturbação do comportamento alimentar; Anorexia nervosa; Terapia cognitivo-comportamental.*

ABSTRACT

Background: Anorexia Nervosa is an eating disorder with the highest mortality rate of all psychiatric disorders. It is characterized by refusal to maintain a minimally normal body weight, the distortion of body image and obsessive fear of gaining weight. The pathological behaviors associated with it can lead to semi-starvation, requiring medical treatment and multidisciplinary inpatient care. Several clinical trials evaluated the efficacy of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in lead to remission or reduction of the frequency of binge eating episodes, purgative behaviors and food restriction.

Objective: Combining the results of the best scientific evidence to assess the efficacy of CBT in comparison with other therapies used in the treatment of AN.

Methods: The research was carried out in electronic databases of MEDLINE, Psyc- Info, Embase, CCTR and manually, including randomized controlled trials that compared CBT with any other type of intervention in the treatment of AN.

Results: Of which 571 (59.7%) were treated with cognitive behavioral therapy and 556 (49.3%) to other therapies: 10 studies involving 957 patients were included. No significant differences in the results obtained in different *outcomes*, except subscales *Restrictions* ($z = 3.03, p = 0.02$), *Eating Concerns* ($z = 2.98, p = 0.002$) and *Shape Concerns* ($z = 1.71, p = 0.09$) in the scores of *EDE* and the *GAF* scale ($z = 1.87, p = 0.06$). There were statistically significant differences in the number of bulimic episodes ($z = 2.61, p = 0.009$), number of episodes of induced vomiting ($z = 2.11, p = 0.03$) and the number of occurrences of use misuse of laxatives ($z = 3.04, p = 0.002$).

Conclusion: The use of cognitive-behavioral therapy in the treatment of patients with AN seems to greatly improve the symptoms of the disease, revealing particularly effective results in the *Eating Disorder Examination Scale*. Its use seems to lead to an improvement in the *GAF* scores, showing a general improvement of the health status of patients (reduction of episodes of vomiting, bulimia and laxative use).

Keywords: *Eating-disorder; Anorexia nervosa; Cognitive-behavioral therapy.*

1 - INTRODUÇÃO

A Anorexia Nervosa (AN) é uma Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA), caracterizada pela recusa em manter um peso normal, pela distorção da imagem corporal e um medo obsessivo em ganhar peso.

Esta perturbação encontra-se na fronteira entre da psicopatologia e da doença médica propriamente dita. A semi-inanição a que os pacientes se sujeitam, origina elevadas taxas de morbidade (erosão do esmalte dentário, amenorreia nas mulheres, fraturas patológicas por osteoporose, arritmias cardíacas, hipotensão arterial e desidratação), e conseqüentemente, da mortalidade, quando comparada com a maioria de outros transtornos psiquiátricos (Harris, 1998).

O tratamento da AN tem como objetivo principal a restauração de um peso corporal normal. Inicia-se com uma reabilitação nutricional, ou “realimentação” (Fairbun, 2003). Além disso, têm sido utilizadas uma variedade de terapias farmacológicas e psicológicas como auxílio nesta fase de reabilitação nutricional, e até, muitas vezes, posteriormente, como manutenção dos resultados obtidos. Não existem, até hoje, provas científicas que permitam apoiar o uso de antidepressivos ou anti psicóticos no tratamento da AN.

Em relação às intervenções psicológicas específicas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Terapia Interpessoal, Terapia Analítica Cognitiva, Terapia Comportamental e Terapia Psicodinâmica, revisões recentes da literatura, demonstraram pouca eficácia, (Bulik, 2007; Hoek 2003; Le Grange, 1992). No entanto, os tipos específicos de intervenção psicológica podem ser eficazes em populações específicas, verificando-se que a TCC parece reduzir as taxas de recidiva em adultos e que se conseguiu a restauração de um peso corporal normal (Bulik, 2007), enquanto, por exemplo, terapias familiares parecem ser eficazes no tratamento de adolescentes com AN (Bulik, 2007; Le Grange, 2005).

Parece assim tornar-se necessária a avaliação da eficácia das diversas abordagens terapêuticas em patologias particulares. Deste modo, este estudo tem como objetivo principal, verificar, através de uma meta-análise, a eficácia da TCC no tratamento da AN, quando comparada com outras intervenções.

1.1 -Anorexia Nervosa

A AN é uma disfunção alimentar, caracterizada por uma rígida e insuficiente dieta alimentar, revelando o paciente uma recusa em manter um peso corporal normal, uma imagem corporal distorcida e um medo obsessivo de ganhar peso.

O controlo do peso corporal é conseguido geralmente através de uma restrição alimentar e exercício físico excessivo (tipo restritivo) ou através de métodos purgativos como indução de vômitos ou abuso de laxantes ou diuréticos (tipo ingestão compulsiva/purgativa).

A AN surge habitualmente na adolescência ou início da idade adulta (Fairbun, 2003).

1.2 -Aspetos epidemiológicos

A prevalência pontual da AN é de cerca de 0,9% em mulheres jovens e de aproximadamente 0,3% em mulheres adultas (Hoek, 2003). A taxa de prevalência nos homens não foi ainda estudada, pensando-se contudo que, para cada 10 a 12 mulheres diagnosticadas com a doença, existe pelo menos um indivíduo do sexo masculino (Nielsen, 1990).

Vários fatores de personalidade, interpessoais, psicológicos e biológicos foram associados a esta perturbação (Fairbun, 2003; Treasure, 2010). Não são no entanto conhecidos, até à data, os mecanismos causais, que parecem ser multifatoriais (Fairbun, 2003).

No caso dos jovens adolescentes de ambos os sexos, a AN parece estar associada a problemas de autoimagem, dismorfia, dificuldade de aceitação por parte do grupo ou em lidar com a sexualidade genital emergente.

As suas causas parecem ser de ordem intrapsíquicas, ambientais ou genéticas. Estudos sobre o desenvolvimento de transtornos alimentares envolvendo irmãs gémeas têm sugerido um fundo genético para o desenvolvimento da anorexia. Por outro lado, pais e mães de pacientes diagnosticadas com essa desordem alimentar, parecem possuir, relativamente a grupos de comparação, níveis mais elevados de preocupação com a forma física.

1.3 -Sintomas e diagnóstico da AN

Esta PCA encontra-se na fronteira da psicopatologia e da doença médica propriamente dita já que a inanição induzida, origina importantes danos físicos, que podem ser letais.

A AN pode causar danos irreparáveis nos seus pacientes, que em geral apresentam os seguintes sintomas: peso corporal 85% abaixo do nível considerado normal, prática excessiva de atividades físicas, mesmo em caso de peso muito abaixo do normal. Em mulheres, ausência de pelo menos três menstruações (a AN pode causar sérios danos no sistema reprodutor feminino). Pode ainda observar-se uma diminuição ou ausência da libido. Nos homens poderá ocorrer disfunção erétil. Em alguns casos pode observar-se um crescimento retardado ou até paragem do mesmo, com a resultante má formação do esqueleto, descalcificação dos dentes (cárie dentária), depressão profunda, tendências suicidas, obstipação grave, fraturas patológicas por osteoporose, arritmias cardíacas, hipotensão arterial e desidratação.

Independentemente do subtipo de anorexia desenvolvida, restritiva ou purgativa, os critérios de diagnóstico, mais comuns, encontram-se sumariados em Apêndice (Apêndice A).

1.4 -Opções terapêuticas

As opções terapêuticas associadas ao tratamento da AN podem desenvolver-se em duas vertentes: farmacológica e/ou não farmacológica (recorrendo à psicoterapia). Nos casos mais graves, o acompanhamento em regime hospitalar torna-se necessário.

O tratamento da AN tem como objetivo fundamental a restauração de um peso corporal normal. Inicialmente, o tratamento inicia-se com uma reabilitação nutricional ou “realimentação” (Faiburn, 2003). Para além disso, uma variedade de terapias farmacológicas e psicológicas têm sido utilizadas para auxiliar nesta fase de reabilitação nutricional, e em muitos casos, para manter os resultados obtidos.

Em relação às intervenções psicológicas específicas, as mais comuns são a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Interpessoal (TIP), a Terapia Analítica Cognitiva (TAC), entre outras.

1.5 -Psicoterapias mais utilizadas em pacientes com Anorexia Nervosa

Terapia Cognitivo-Comportamental

A TCC é uma intervenção semiestruturada, objetiva e orientada para metas, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos.

Segundo a abordagem cognitivo-comportamental, as alterações da cognição estão no centro da psicopatologia da AN (Duchesne & Almeida, 2002). Na origem desta patologia

estão crenças distorcidas e disfuncionais sobre a imagem e o peso corporais, e um valor pessoal intimamente relacionado com estes (Fairbun, Shafran & Cooper, 1999). Estas crenças são promotoras de angústia, aliviada exclusivamente pela perda de peso. Este autocontrolo do peso corporal está associado a uma valorização pessoal, tornando-se associado ao sucesso, à competência e à superioridade. A fome, aparece como uma ameaça ao autocontrolo, um falhanço pessoal.

Os PCA são multideterminados e resultam da interação entre fatores biológicos, culturais e experiências pessoais. A TCC tem como objetivos, a identificação e a correção das condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizam os casos clínicos. Extensamente utilizadas no tratamento dos PCA, as técnicas cognitivas e comportamentais têm sido avaliadas e reconhecidas como estratégias eficazes na melhoria dos quadros clínicos.

No caso específico da AN, as estratégias sugeridas objetivam a diminuição da restrição alimentar e da frequência da atividade física, facilitando o aumento de peso, a diminuição do distúrbio da imagem corporal, a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, peso e alimentação e o aumento da autoestima. Para o tratamento da AN, a TCC é baseada na premissa de que as principais características da anorexia nervosa, (restrição alimentar e evasão) se tornam em padrões de hábitos, independentemente das circunstâncias que os originaram.

Na primeira fase, a TCC, introduz a terapia e a sua razão de ser, bem como as técnicas fundamentais de auto monitorização e o “trabalho de casa”. A motivação do paciente para se envolver no tratamento é avaliada, e sua ambivalência em desistir da anorexia nervosa é também abordada. É prescrita uma alimentação normal e negociada uma meta para o peso a atingir.

Na fase dois, o paciente aprende as potencialidades da terapia cognitivo-comportamental para desafiar pensamentos disfuncionais e reestruturar o modo de pensar. É fornecido material psico-educacional em forma de manuscritos para levar para casa.

A terceira fase prepara o paciente para o final do tratamento, fornecendo informações sobre a recuperação e sobre uma possível recaída, ensinando ainda estratégias para reduzir o risco de tal ocorrer.

Terapia Interpessoal

A psicoterapia interpessoal (TIP) é uma terapia estruturada breve e focal desenvolvida inicialmente para o tratamento da depressão. Esse modelo foi adaptado e mostrou-se eficaz para o tratamento de muitos outros transtornos psiquiátricos, incluindo os transtornos alimentares.

A TIP baseia-se num modelo biopsicossocial para a compreensão dos transtornos mentais. Assim, a doença mental é o resultado da interação de fatores biológicos e interpessoais. É uma forma de tratamento de tempo limitado, focal, centrado no aqui e agora, que tem por objetivo aliviar o sofrimento através da melhoria do relacionamento interpessoal. O terapeuta irá intervir nos relacionamentos interpessoais atuais do paciente melhorando a sua capacidade de comunicação e ajudando-o a usar o seu suporte social, já que as problemáticas interpessoais podem desencadear ou manter os sintomas psiquiátricos (Carvalho R. et al., 2011). Os objetivos deste tipo de psicoterapia são diminuir as resistências, potencializar a esperança de melhoria no paciente e mobilizar uma necessidade de trabalhar, o mais rapidamente possível, as habilidades de comunicação para a construção de uma rede social, que em conjunto levarão à diminuição dos sintomas. A restrição do tempo está associada à característica focal da psicoterapia. Terapeuta e paciente elegerão uma ou duas áreas problemas como focos interpessoais a serem tratados. Essa limitação é necessária pois tentar abarcar muitas questões interpessoais num tempo de tratamento curto que poderá gerar a sensação de falha ao término da terapia. A psicoterapia interpessoal para a AN é assim, baseada na psicoterapia interpessoal para a depressão e a bulimia nervosa (Fairbun CG., 1993).

Em resumo, nesta terapia, em primeiro lugar, é descrita uma história da vida do paciente, das suas relações interpessoais e problemas alimentares, destacando-se as ligações entre eles.

Os principais problemas situam-se dentro das quatro áreas problemáticas de luto da psicoterapia interpessoal, disputas interpessoais, transições (mudanças) de papel e *déficits* interpessoais, focando-se a segunda fase, nos problemas identificado(s).

Terapia Analítica Cognitiva

Esta terapia reúne conhecimentos de psicoterapias cognitivas (como a Terapia Cognitiva) e de abordagens psico-analíticas sendo portanto uma terapia amigável e eficaz. É um processo de colaboração que consiste em olhar para a forma como o paciente pensa, sente

e age. Desta forma, elabora-se um programa direcionado para as necessidades individuais e para os objetivos de mudança do paciente.

A TAC oferece de pensar sobre si mesmo de forma diferente, percebendo exatamente como o problema começou, como afeta o seu dia-a-dia, os seus relacionamentos, a vida profissional e as suas escolhas para aproveitar o melhor da sua vida. Deste modo, pretende-se ainda que o paciente consiga entender as razões que conduziram à anorexia, identificando os padrões de comportamento e modos de agir previamente adquiridos que contribuíram para o problema e procurando encontrar novas formas de enfrentá-los dentro de si mesmo. É ainda objetivo deste terapia que o doente reflita sobre a importância dos relacionamentos na sua vida psicológica, incluindo a relação consigo mesmo e até a relação que tem com o seu psicólogo.

A TAC não é uma terapia prescritiva ou pré-concebida. O trabalho é compartilhado de forma colaborativa e desde o início, o paciente está envolvido na sua própria monitorização e manutenção diária ao lado do terapeuta, que começa por escrever a história de vida do paciente estabelecendo e indicando-lhe metas para a mudança.

Nesta terapia estão incluídos aspetos da Terapia Cognitiva, da Terapia Psicodinâmica e da Psicologia Cognitiva. Contém uma teoria totalmente estruturada do funcionamento mental e da mudança terapêutica, apresentando semelhanças com a TCC. Ambas usam uma análise detalhada do consciente e das consequências dos sintomas. Focam-se na colaboração com os pacientes cujas descrições detalhadas lhes permitem fazer uma abordagem orientada para a resolução de problemas (Denman C., 2001). Contudo, a TAC difere radicalmente da TCC na medida em que se foca mais na interação social do que nos processos intrapsíquicos com atenção sistemática aos padrões de relacionamento na terapêutica diádica para nova aprendizagem. Os diagramas e documentos escritos são realizados de forma colaborativa, ajudando a reconhecer, desafiar e rever velhos padrões.

Terapia Psicodinâmica Focal

A terapia psicodinâmica focal (TPF) aborda a forma como as associações negativas entre relacionamentos e distúrbios afetam a maneira como os pacientes processam as emoções. A relação de trabalho entre o terapeuta e o paciente desempenha um papel fundamental neste método. Os pacientes são especificamente preparados para a vida diária após a conclusão da terapia.

Esta terapia é habitualmente indicada para pacientes com desordens alimentares complexas, sobretudo na anorexia nervosa, sendo indicada em casos de perturbações de

personalidade e de intensas dificuldades de relacionamento interpessoal. A terapia tem duração habitual de quarenta sessões e requer motivação, perseverança e compromisso de tempo. É constituída por dois elementos nucleares: ajudar a desenvolver no paciente um entendimento do significado da comida e auxiliar a encontrar um método alternativo para expressar as suas angústias e necessidades sem necessidade de recorrer aos seus sintomas de transtorno alimentar.

Terapia de Reabilitação Cognitiva

A Teoria de Reabilitação Cognitiva (TRC) foi desenvolvida por uma equipa do *Kings College*, em Londres e baseia-se numa intervenção clínica suportada pela terapia de reabilitação cognitiva. Trata-se de uma abordagem que utiliza exercícios cognitivos para ajudar os pacientes a fortalecer as suas capacidades de pensamento. Tem-se verificado que a TRC melhorou a memória, capacidades de planeamento e flexibilidade em pacientes com transtornos psiquiátricos uma vez que treina processos básicos do cérebro propagando e refinando conexões neurais e ensinando também estratégias adaptativas. Assim, a função principal da TCR é melhorar o processo de pensamento, em vez do seu conteúdo. Segundo os autores, uma importante e útil estratégia de tratamento consiste em identificar e melhorar as capacidades de modificação entre os pacientes com AN crónica.

2 – MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 - Objetivos

O objetivo geral da meta-análise foi fazer uma síntese concisa da melhor evidência científica disponível de forma a avaliar a eficácia da TCC comparativamente com outros tratamentos da AN.

Foram objetivos específicos os seguintes:

- Estudar a eficácia da TCC no tratamento de pacientes com AN;
- Efetuar uma análise comparativa entre os resultados obtidos com a TCC e com outras terapias utilizadas no tratamento da AN;

Embora as técnicas comportamentais e cognitivo comportamentais integrem a maioria dos programas de tratamento da AN, tanto em ambulatório como em meio hospitalar, existem

na literatura, muito poucos estudos controlados que avaliem a sua real eficácia no tratamento desta PCA.

Assim, o tema escolhido prende-se não só com a ausência de consenso da literatura acerca do mesmo, mas também com a atualidade e pertinência que caracterizam as questões associadas a esta problemática.

Pretende-se de forma sucinta e sistematizada fundamentar a utilização da TCC, de forma a poder futuramente selecionar de forma mais criteriosa os doentes com maior probabilidade de responderem favoravelmente à terapia em causa ou que maior benefício, dela poderão retirar.

Desta forma, esta meta-análise poderá eventualmente contribuir para o desenvolvimento de normas de orientação clínica, criando uma síntese do conjunto de resultados encontrados, que contribuirá para uma prática de excelência com base na melhor e mais recente evidência científica.

2.2 - Estratégia de Pesquisa

Os estudos foram identificados pela pesquisa com recurso às bases de dados eletrónicas MEDLINE, PsycInfo, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), EMBASE e pesquisa manual em resumos de revistas ou de congressos. A estratégia de pesquisa utilizada incluiu as seguintes palavras-chave, isoladas ou em combinação: “*eating disorder*”, “*anorexia nervosa*”, “*cognitive-behavioral therapy*”, “*behavior therapy*”, “*cognitive-analytic therapy*”, “*cognitive therapy*”, “*family therapy*”, “*focal psychoanalytic therapy*”. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para combinar os termos. A fim de evitar a perda de estudos que eventualmente tivessem a descrição dos resultados de interesse apenas no artigo completo, não foram colocadas palavras referentes aos desfechos de interesse.

Foram considerados para inclusão estudos realizados em seres humanos, publicados e não publicados, escritos em Inglês ou Português, até dezembro de 2013. Além disso, foram realizadas pesquisas em referências bibliográficas de estudos selecionados.

2.3 - Seleção e avaliação da qualidade dos estudos

Os estudos relevantes foram identificados em três etapas. Inicialmente, foram avaliados os títulos dos artigos obtidos utilizando a estratégia de pesquisa, através dos quais se excluíram alguns. Numa segunda fase, através do resumo, fez-se a seleção dos artigos que

se enquadravam no objetivo do estudo. Os artigos que aparentemente preenchiam os critérios para a sua inclusão foram obtidos. Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, quanto ao tipo de estudo, tipo de participantes e tipo de intervenção, as publicações completas foram analisadas, selecionando os artigos a incluir. Estudos com critérios de inclusão pouco claros foram excluídos. Na dúvida sobre a inclusão ou não de um estudo numa das fases, a decisão foi tomada na fase seguinte.

O processo de avaliação da qualidade dos estudos incluídos foi realizado através de uma *checklist* desenvolvida para este estudo (Apêndice B). Este instrumento permitiu analisar um conjunto de aspetos que envolvem o método, participantes, intervenção e desfechos clínicos, que influenciam a validade interna dos estudos, de modo a minimizar o viés.

Um estudo possui validade interna quando as diferenças detetadas entre grupos são atribuídas ao tratamento em estudo e não a outra causa. Neste caso, os resultados podem ser extrapolados para a população-alvo do estudo. A validade externa diz respeito à possibilidade de se generalizarem os resultados da amostra estudada para outras amostras além da população-alvo do estudo. Envolve variações de doentes, de fatores de gravidade e variações étnico-culturais. A validade externa foi definida pelas características dos participantes, das intervenções, da metodologia e dos desfechos estudados.

2.4 - Extração de dados

A qualidade e elegibilidade dos artigos foram analisadas, selecionando-se assim, os estudos. Todos os textos, tabelas e figuras foram revistos para extração de dados. De cada estudo, foram analisados e extraídos dados relativos a: características da população estudada, desenho do estudo, critérios metodológicos, intervenções, desfechos de interesse e resultados. Os estudos que não preencheram os critérios de inclusão da meta-análise foram excluídos.

Foram recolhidos dados de ensaios clínicos controlados e randomizados que compararam os resultados da TCC em pacientes com AN, comparando-os com grupo de indivíduos com AN tratados usando outras terapias e/ou através da TAU.

A avaliação dos resultados da eficácia das terapias em análise foi realizada através de entrevistas semiestruturadas que permitiram uma avaliação somática, psicológica, social e comportamental. Noutros casos recorreu-se à utilização das escalas *Eating Disorder Examination (EDE)*, *Eating Disorder Inventory (EDI)*, *Hamilton Depression Rating Scale*, *Global Assessment of Functioning Scale* ou *Brief Symptom Inventory (BSI)*.

Em algumas situações foi determinado o número de episódios bulímicos, de indução de vômito e de uso indevido de laxantes. Por último, em alguns estudos o desfecho primário foi a classificação global da AN, pelo que os resultados das terapias foram avaliados numa escala de 1 a 4, correspondendo o 1 a uma reconversão total da doença, 2 a melhorias significativas, 3 a melhorias ligeiras e 4 à não obtenção de qualquer melhoria. Os participantes com uma classificação global de 4 registaram melhorias mínimas em termos de peso, IMC, e na pontuação do *EDE* mas não registaram qualquer melhoria na pontuação do *EDI*. Os que apresentaram uma classificação global de 3 tinham ganho peso, registaram alterações positivas, ainda que mínimas na subescala *Preocupação com a Alimentação*, do *EDE*, mas ainda relataram sintomas consideráveis no *EDI*. Foram classificados com 2 os que apresentaram as mesmas alterações que os que pontuaram com 3, mas onde o nível de evolução foi mais elevado. Por fim, os que foram classificados com 1 relataram sintomas mínimos no *EDI* e no *EDE* particularmente na subescala *Preocupação com a alimentação* (McIntosh et al., 2005).

Eating Disorder Examination (EDE)

Este instrumento é constituído por 41 itens, divididos por quatro subescalas (restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso), que se encontram altamente correlacionadas e a sua validade e confiabilidade bem documentadas (Fairbun, 1994). Trata-se de um questionário em forma de entrevista onde cada item é classificado segundo uma escala de severidade de 0 a 6, sendo que 0 corresponde à ausência total da característica e 6 à sua presença num grau extremo (Fairbun e Cooper, 1993). O score total desta escala é obtido adicionando os scores de cada item. Uma pontuação mais elevada indica a presença de perturbações mais severas.

Eating Disorder Inventory (EDI)

O *Inventário de Perturbações Alimentares* (EDI) é um questionário de auto relato amplamente utilizado na pesquisa e na prática clínica para avaliar os sintomas e as características psicológicas dos transtornos alimentares.

A versão original do EDI foi desenvolvida em 1983 por Garner, Olmsted, e Polivy e era composta por três subescalas que mediam sintomas de transtorno alimentar (*desejo de emagrecer, bulimia e insatisfação com o corpo*), e mais cinco características psicológicas

relacionadas com distúrbios alimentares (*ineficácia, perfeccionismo, desconfiança e medo de maturidade*) Em 1991, o EDI foi ampliado tendo-lhe sido incluídos itens que permitem avaliar características gerais adicionais relacionadas com o *ascetismo, impulsividade e insegurança social*. As questões são pontuadas numa escala Likert (que varia de sempre até nunca) de tal forma que a pontuação das subescalas é obtida adicionando as pontuações de cada questão. Uma pontuação mais elevada corresponde a transtornos mais severos (Garner, 1991).

Global Assessment of functionig scale (GAF)

A *Avaliação Global do Funcionamento (GAF)* atribui um valor numérico ao nível global de funcionamento de cada indivíduo, em termos psicológicos, sociais e ocupacionais, não sendo incluídos os aspetos relacionados com as limitações físicas e/ou ambientais. A amplitude da escala é de 100, e a sua pontuação pode variar de 0 (funcionamento desadequado) a 100 (funcionamento totalmente adequado). Trata-se de uma escala muito utilizada na avaliação do estado geral de saúde em indivíduos com PCA (Sarge et al, 1998).

Brief Symptom Inventory (BSI)

O *Brief Symptom Inventory (BSI)* é um questionário que avalia sintomas psicopatológicos, constituído por nove dimensões (*somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo*) e três índices globais (*índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e índice total de sintomas*), sendo estes últimos avaliações sumária de perturbações emocionais. É constituído por 53 itens avaliados numa escala tipo Likert, de tal forma que, a pontuações mais elevadas nos índices correspondem níveis de perturbações psicopatológicas mais elevados (Canavarro A., 1999).

Hamilton Depression Rating Scale

A escala de Hamilton é um instrumento utilizado em psiquiatria para avaliar o estado depressivo dos pacientes. Foi inicialmente construído com 21 itens tendo sido posteriormente reduzido para 17. A pontuação da escala varia de 0 a 52 pontos, considerando-se uma pontuação de 0 a 7 como sendo normal. Os pacientes com pontuações entre 8 e 13 pontos apresentam um estado depressivo ligeiro, os que pontuam entre 14 e 18 pontos são considerados como portadores de depressão moderada. Uma pontuação de 19 a 22 pontos

indica a presença de um estado depressivo severo sendo uma pontuação superior ou igual a 23 pontos reveladora de um estado depressivo muito severo (Hamilton M., 1960).

2.5 - Critérios de inclusão e exclusão

Foram definidos como critérios de inclusão, os seguintes:

- a) Desenho de estudo: ensaios clínicos controlados randomizados que comparam a TCC com qualquer outro tipo de intervenção no tratamento de AN;
- b) Participantes: doentes de qualquer idade e género com diagnóstico clínico primário de AN tanto de tipo purgativo como restritivo, com doença crónica ou não;
- c) Metodologia: comparação da eficácia da TCC com qualquer outro tipo de intervenção no tratamento da AN;
- d) Resultados de interesse: índice de massa corporal, estado somático, psicológico social e comportamental;
- e) *Follow-up* \geq 6 meses;
- f) Estudos originais.

Concomitantemente consideraram-se como critérios de exclusão:

- a) Estudos que não apresentassem em separado os resultados dos submetidos a TCC;
- b) *Follow-up* $<$ 6 meses;
- c) Artigos que não cumprissem os critérios anteriormente referidos.

2.6. Outcomes

Os *outcomes primários* foram o IMC e o peso corporal. Os *outcomes secundários* secundários foram a avaliação pelo *EDE*, *EDI*, *Global Assessment of Functioning Scale*, *Hamilton Depression Rating Scale*, *Brief Symptom Inventory*, número de episódios bulímicos, número de episódios de indução do vômito ou uso indevido de laxantes. Em algumas circunstâncias foi também determinado o número de casos em que houve uma reconversão total da doença, melhorias significativas, melhorias ligeiras ou não houve qualquer melhoria.

2.7. Análise estatística

A análise estatística dos dados recolhidos teve por base o software estatístico *Review Manager* (RevMan), versão 5.3.

Nos desfechos clínicos dicotômicos obteve-se o cálculo global da estimativa do efeito do tratamento, o *odds ratio* (OR) com o respetivo intervalo de confiança, com nível de significância de 95%. A análise de desfechos expressos como variáveis contínuas foi qualitativa. Calculou-se o peso (*weight*) atribuído a cada estudo. Foi também realizado o teste para o efeito global (Z), com respetivo valor de significância (p), juntamente com a estimativa do efeito e intervalo de confiança de 95%, para o efeito geral. A heterogeneidade estatística foi quantificada através do teste Cochran Qui-Quadrado (χ^2), com a apresentação dos respetivos graus de liberdade (df) e do valor de p . Para avaliar a extensão da inconsistência entre os resultados dos estudos foi utilizado a estatística I^2 . Quando I^2 apresentou valor superior a 25%, 50% e 75%, considerou-se que existia heterogeneidade pequena, moderada ou grande, respetivamente (J. P. Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003). As razões para a heterogenia dos estudos incluídos foram exploradas por exclusão de estudos que apresentaram alguma ambiguidade nos seus critérios de inclusão; exclusão de artigos não publicados; reavaliação dos dados utilizando métodos estatísticos diferentes, nomeadamente o cálculo do risco relativo (RR) ao invés da razão de chances (*odds ratio*), tanto com cálculo por efeitos fixos como randômicos. Estas múltiplas análises foram realizadas para procurar identificar se a modificação de alguns critérios é suficiente para modificar o resultado combinado e, assim, avaliar o grau de confiança dos resultados da meta-análise. A existência de viés de publicação foi analisada através do gráfico de funil (*funnel plot*). A aplicação deste gráfico auxilia na identificação de assimetrias e de heterogeneidades que, uma vez identificadas, devem ser exploradas. Na ausência de viés a dispersão dos pontos é semelhante a uma pirâmide simétrica. Se existir assimetria do gráfico sugere que existiu viés de publicação dos estudos selecionados.

Para efeitos de análise, foi sempre tomado como nível de significância, $p < 0,05$.

3 - RESULTADOS

3.1 - Resultados da pesquisa

A pesquisa resultou na identificação de 237 artigos de potencial interesse. A primeira etapa de seleção pelos títulos excluiu 168 artigos. Dos 69 estudos considerados, foram excluídos 39 artigos através da revisão dos resumos. O texto completo das restantes 30 publicações foi examinado com mais detalhe. Constatou-se que 20 não preenchiam os critérios de inclusão. Os restantes 10 estudos foram incluídos nesta meta-análise (Fig.1).

O tamanho dos estudos variou consideravelmente, desde pequenas amostras a amostras com maior número de participantes.

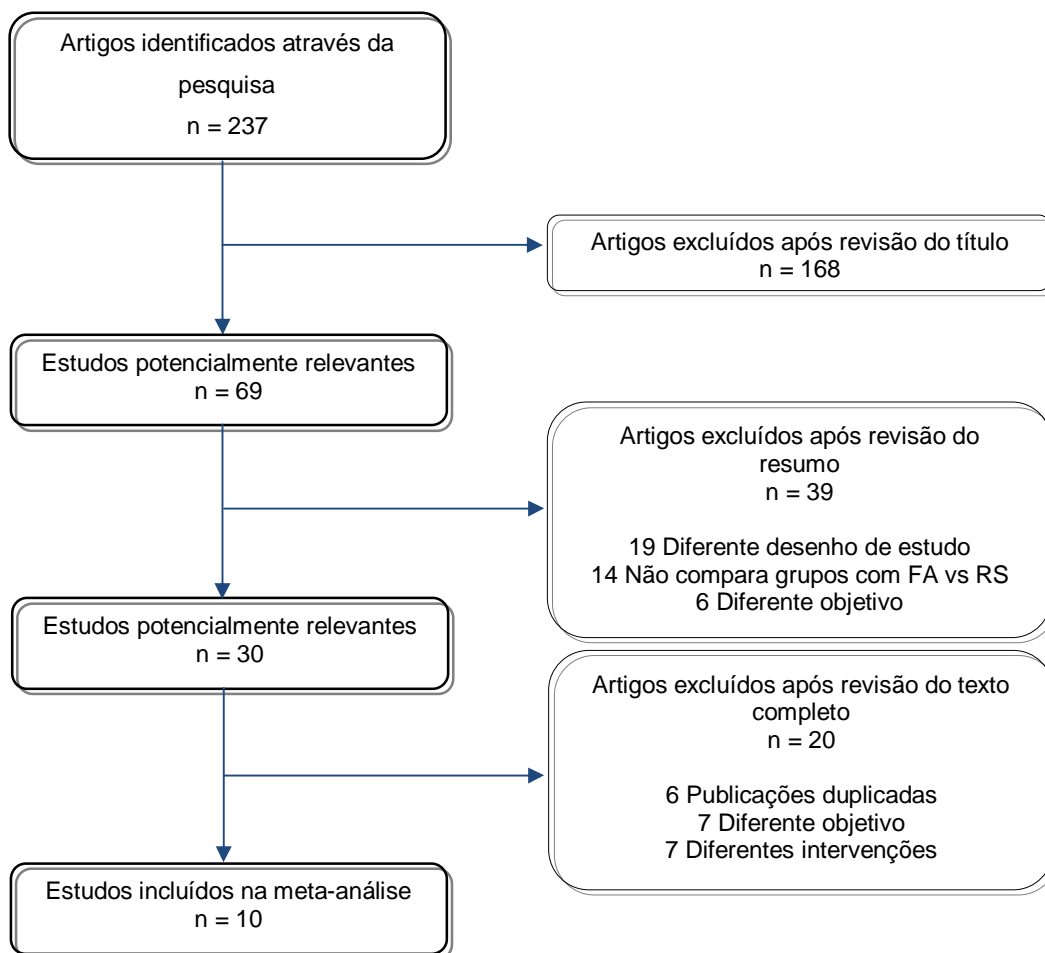


Fig.1 Diagrama de fluxo de seleção dos artigos.

3.2 - Características da Amostra

Os dez estudos que cumpriram os critérios de inclusão foram publicados entre 1991 e 2013 e incluem no total 957 participantes, sendo que 571 (59,7%) foram submetidos a TCC e 556 (40,3%) foram tratados recorrendo a outras terapias.

As principais características da amostra encontram-se sumariadas em Apêndice (ver Apêndice C e Tabela 1 do Apêndice D).

Apenas existia informação sobre a idade dos participantes em seis dos estudos considerados. Nestes, a idade média foi de 24,42 anos. Relativamente ao género, observou-se que 98,4% dos pacientes são do sexo feminino. Em termos de duração média da doença, observou-se que a mesma é de 6,12 anos, tendo a maioria dos participantes apresentado sintomas de AN severa. O tempo médio de *follow-up* variou entre 5 e 12 meses. O momento de avaliação de resultados foi variável e incluiu avaliações mensais, a cada três meses ou uma única avaliação final, após 12 meses.

A inclusão dos indivíduos em cada estudo obedeceu a critérios pré-definidos, semelhantes entre os vários estudos em análise e consistentes com os critérios de inclusão desta meta-análise. Contudo, foram encontradas diferenças relevantes nas características basais entre os doentes do grupo sujeito a TCC e de controlo, na maioria dos estudos incluídos. Os participantes do grupo de intervenção foram sujeitos a qualquer variante de TCC, tendo sido incluídos no grupo de controlo todos os que foram sujeitos a outras terapias que não pudessem ser consideradas cognitivo-comportamentais.

3.3 - Resultados Quantitativos

3.3.1 - Índice de Massa Corporal

Os dados do índice de massa corporal estavam disponíveis em seis dos dez estudos considerados na meta-análise (Anexo D - Tabela 2).

Observa-se um aumento de IMC superior em indivíduos que foram submetidos a TCC (SMD = - 0,07). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (- 0,29 a 0,15), e do teste do efeito global ($Z = 0,64$), verifica-se que esta diferença não é, no entanto, estatisticamente significativa ($p=0,52$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, verifica-se a presença de uma heterogeneidade pequena ($I^2=24\%$) (Fig.2)

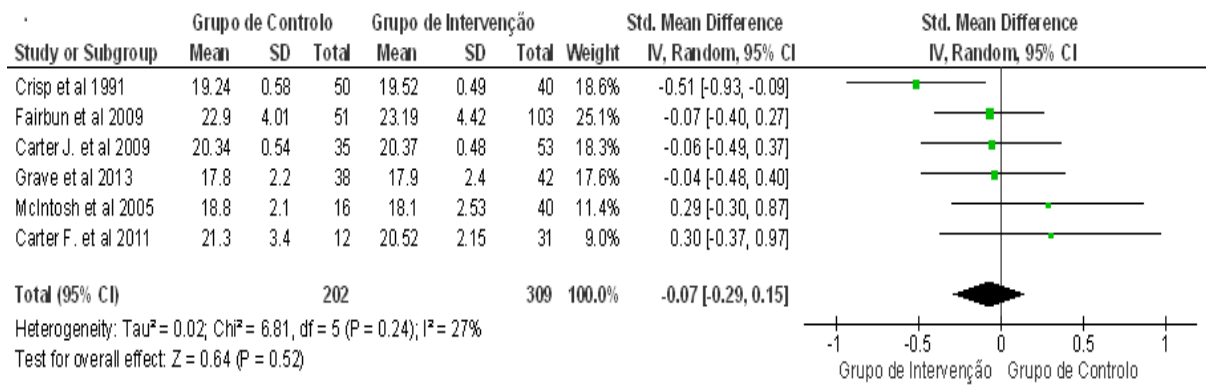


Fig.2. Meta-análise do aumento do IMC.

3.3.2 - Peso

Os dados relativos ao peso dos pacientes, após a intervenção estavam disponíveis em quatro dos dez estudos considerados na meta-análise (Anexo D - Tabela 3).

Observa-se um aumento de peso superior em indivíduos que foram submetidos a TCC (SMD = -0,06). Pela análise de confiança a 95% (-0,31 a 0,19), e do teste do efeito global (Z=0,47), verifica-se que esta diferença não é, no entanto, estatisticamente significativa (p=0,64).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, verifica-se que os estudos são homogéneos (I²=0%) (Fig.3)

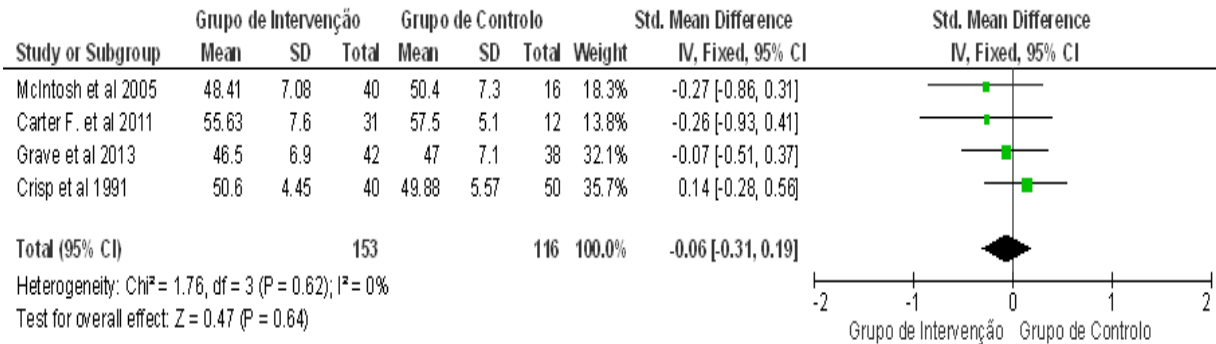


Fig.3. Meta-análise do aumento do peso.

3.2.3 - Eating Disorder Examination Scores (EDE)

Os dados relativos às subescalas do EDE encontravam-se, na grande maioria, disponíveis em cinco dos dez estudos analisados, exceto relativamente às subescalas *Restrições e Preocupações Alimentares*, relativamente às quais apenas existe informação em quatro dos estudos considerados (Anexo D - Tabela 4).

Restrições

Observaram-se valores mais elevados, em indivíduos que foram submetidos a TCC (SMD = - 0,36). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,60 a -0,13), e do teste do efeito global (Z=3,03), verifica-se que esta diferença é estatisticamente significativa (p=0,02).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, verifica-se no entanto que, os estudos apresentam uma heterogenia grande (I²=88%) (Fig.4).

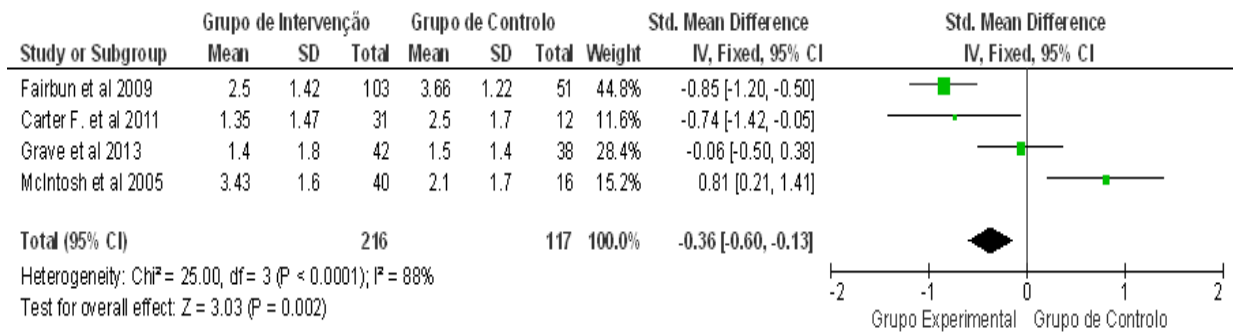


Fig.4. Meta-análise da subescala “Restrições” do EDE.

De modo a explorar a heterogenia estatística e investigar potenciais viés de publicação, foi levada a cabo a realização de um gráfico de funil (Fig.5).

Por observação da figura, pode constatar-se uma evidência qualitativa de assimetria considerável na distribuição dos efeitos considerados nos vários estudos. Verifica-se ainda que os estudos se distribuem de modo uniforme para os lados esquerdo e direito da média.

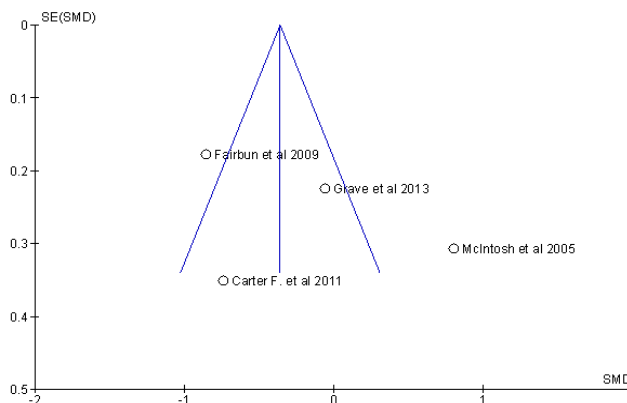


Fig.5. Funnel plot da subescala “Restrições” do EDE.

Deste modo, foi analisado novamente este indicador retirando o estudo que apresentava maior assimetria à direita, em relação à média. Os resultados apresentam-se de seguida.

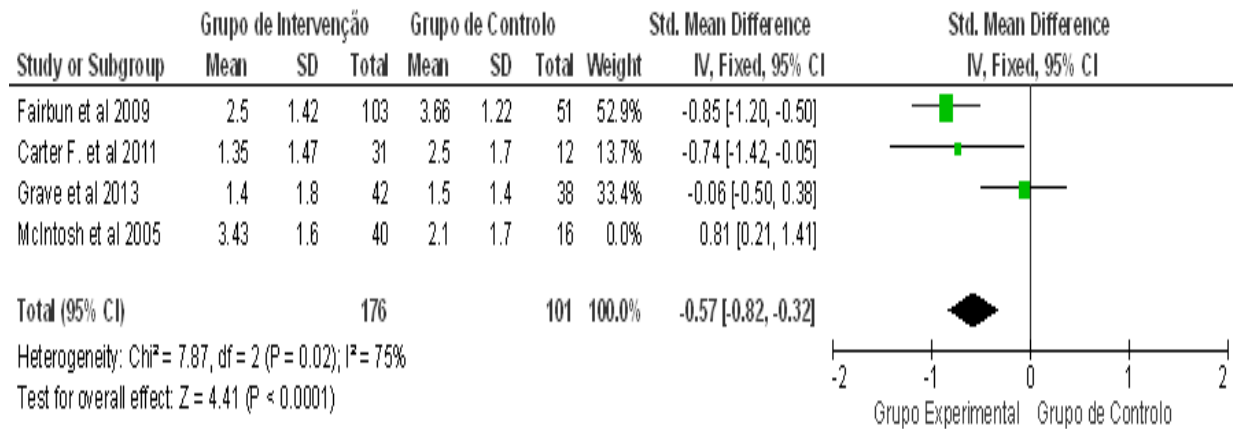


Fig.6. Meta-análise da subescala “Restrições” do EDE retirando um estudo.

Observa-se novamente uma melhoria neste indicador superior, em indivíduos que foram submetidos a TCC (SMD = - 0,57). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,82 a -0,32), e do teste do efeito global ($Z=4,41$), verifica-se que esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,00001$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observou-se, ainda assim, uma heterogenia moderada ($I^2=75\%$) (Fig.6).

Preocupações Alimentares

Observaram-se valores mais elevados em indivíduos que foram submetidos a TCC (SMD = - 0,35). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (- 0,58 a - 0,12), e do teste do efeito global ($Z = 2,98$), verifica-se que esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,002$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam uma heterogenia moderada ($I^2=75\%$) (Fig.7).

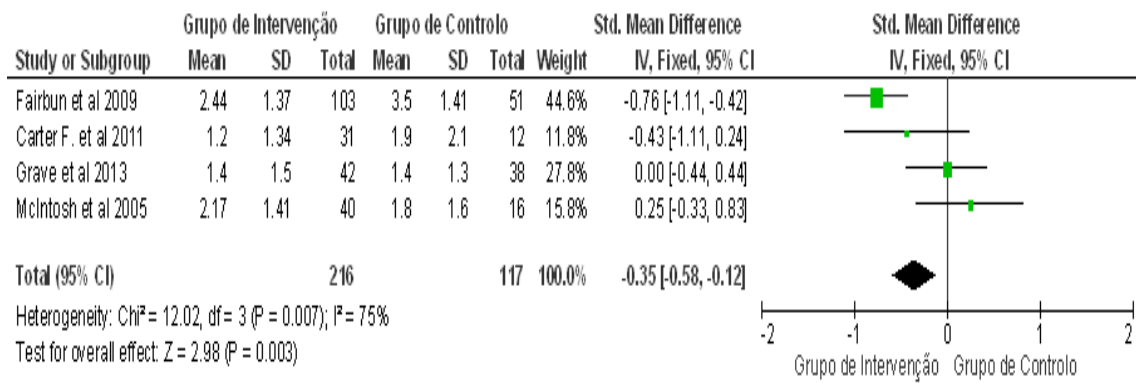


Fig.7. Meta-análise da subescala “Preocupações Alimentares” do EDE.

De modo a explorar a heterogeneidade estatística e investigar potenciais vieses de publicação, foi levada a cabo a realização de um gráfico de funil (Fig.8).

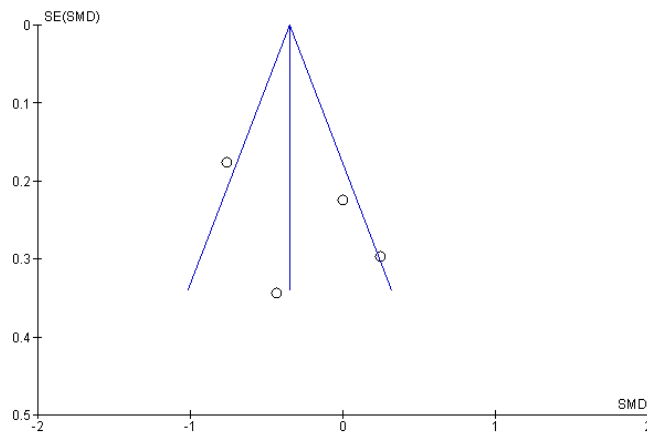


Fig.8. Funnel plot da subescala “Preocupações Alimentares” do EDE.

Por observação da figura, pode constatar-se uma evidência qualitativa de assimetria considerável na distribuição dos efeitos nos vários estudos. Verifica-se ainda que os estudos se distribuem de modo uniforme para os lados esquerdo e direito da média, pelo que não se viu necessidade de repetir a meta-análise retirando qualquer um dos estudos considerados.

Preocupações com o peso

Não se registaram diferenças neste indicador relativamente a qualquer um dos grupos considerados ($\text{SMD} = 0,00$). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (- 0,21 a - 0,20), e do teste do efeito global ($Z = 0,04$), verifica-se portanto que não existem diferenças significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,97$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam uma heterogeneidade moderada ($I^2=67\%$) (Fig.9).

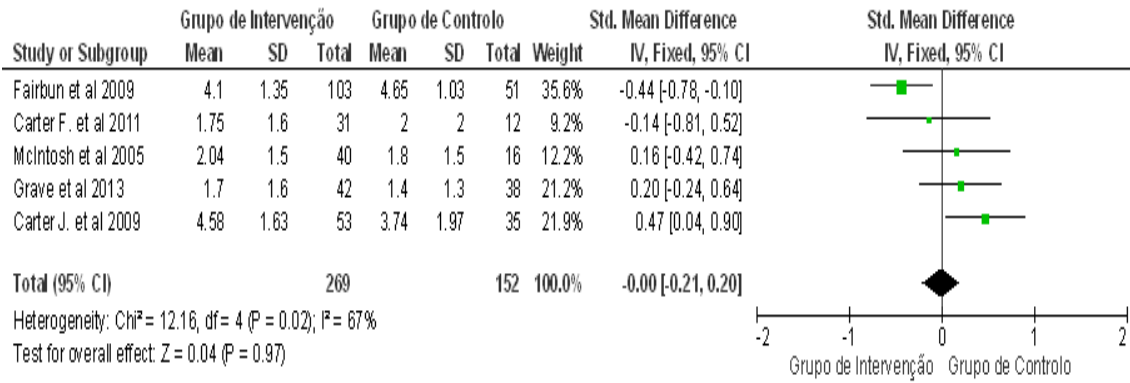


Fig.9. Meta-análise da subescala “Preocupações com o peso” do EDE.

Preocupações com a forma

Observaram-se valores mais elevados no grupo sujeito a intervenção (SMD = - 0,18). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,38 a -0,03), e do teste do efeito global (Z = 1,71), verifica-se que as diferenças encontradas são significativas do ponto de vista estatístico (p=0,09).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam uma heterogenia grande (I²=80%) (Fig.10).

De modo a explorar a heterogenia estatística e investigar um potencial viés de publicação, foi levada a cabo a realização de um gráfico de funil (Fig.11).

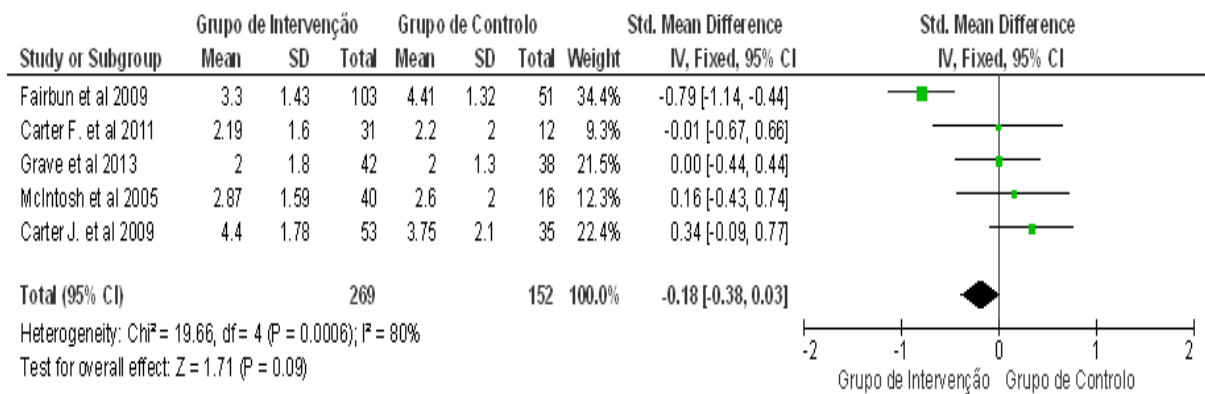


Fig.10. Meta-análise da subescala “Preocupações com a forma” do EDE.

Observou-se uma evidência qualitativa de assimetria considerável na distribuição dos efeitos nos vários estudos. Verifica-se ainda que os estudos não se distribuem de modo uniforme observando-se uma concentração mais elevada para o lado direito da média.

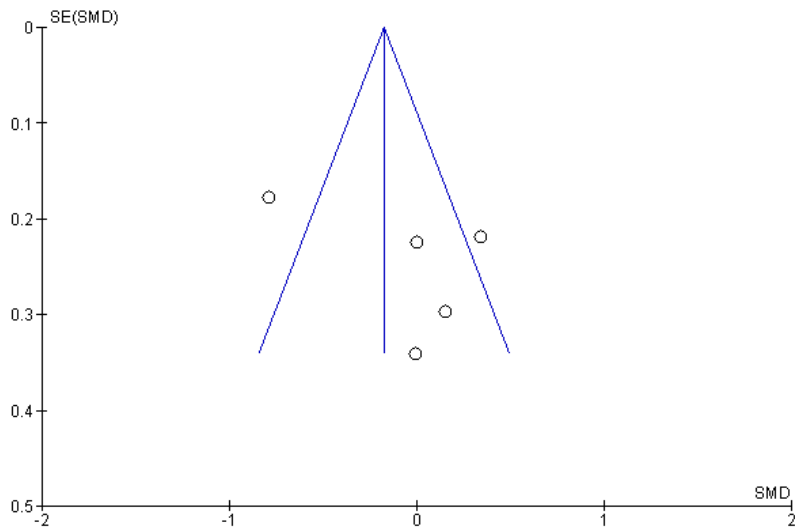


Fig.11. Funnel plot da subescala “Preocupações com a forma” do EDE.

Deste modo, foi analisado novamente este indicador retirando o estudo que apresentava maior assimetria, em relação à média. Observaram-se valores mais elevados neste indicador relativamente ao grupo de controlo (SMD=0,14). Pela análise de confiança a 95% (-0,11 a -0,39), e do teste do efeito global (Z=1,12), verifica-se que as diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico (p=0,26).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam homogeneidade (I²=0%) (Fig.12).

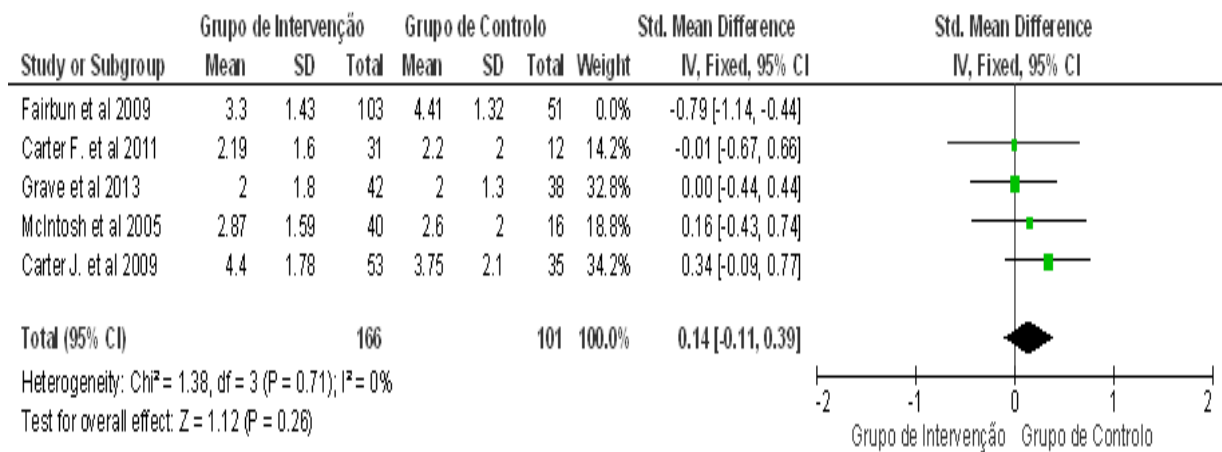


Fig.12. Meta-análise da subescala “Preocupações com a forma”, retirando um dos estudos.

3.3.4 - Eating Disorder Inventory (EDI)

Os dados relativos às subescalas do EDI encontravam-se, na grande maioria, disponíveis em quatro dos dez estudos analisados, exceto relativamente às subescalas

Ascetismo, Impulsividade e Insegurança, relativamente às quais apenas existe informação em dois dos estudos considerados (Anexo D - Tabela 5).

Desejo de Emagrecer

Observaram-se valores mais elevados no grupo de controlo (SMD=0,23). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,08 a 0,54), e do teste do efeito global (Z=1,44), verifica-se que as diferenças encontradas não são significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,15$). Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam uma heterogenia moderada ($I^2=49%$) (Fig.13).

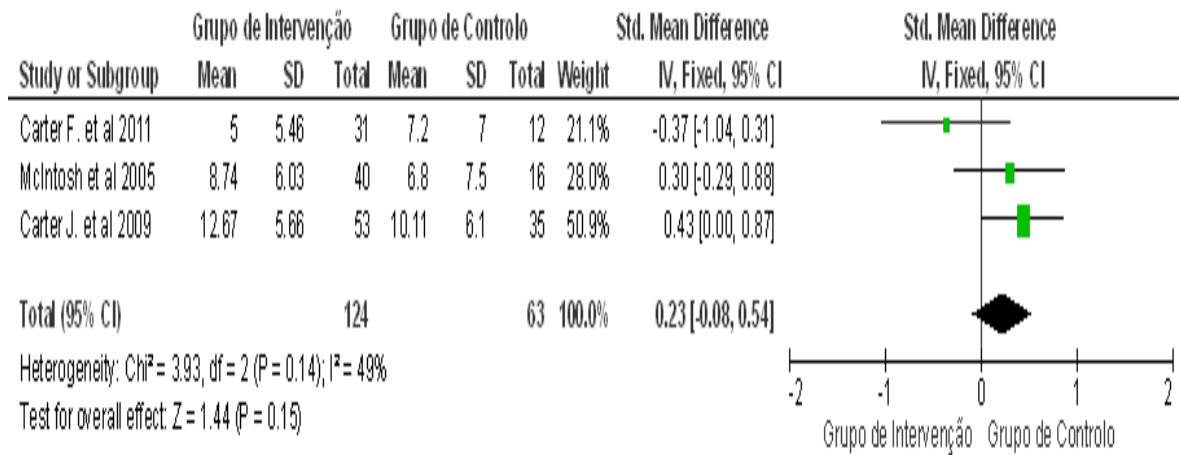


Fig.13. Meta-análise da subescala “Desejo de Emagrecer”, do EDI.

Bulimia

Observaram-se valores mais elevados no grupo de controlo (SMD = 0,18). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,13 a 0,48), e do teste do efeito global (Z = 1,14), verifica-se que as diferenças encontradas não são significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,25$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0%$) (Fig.14).

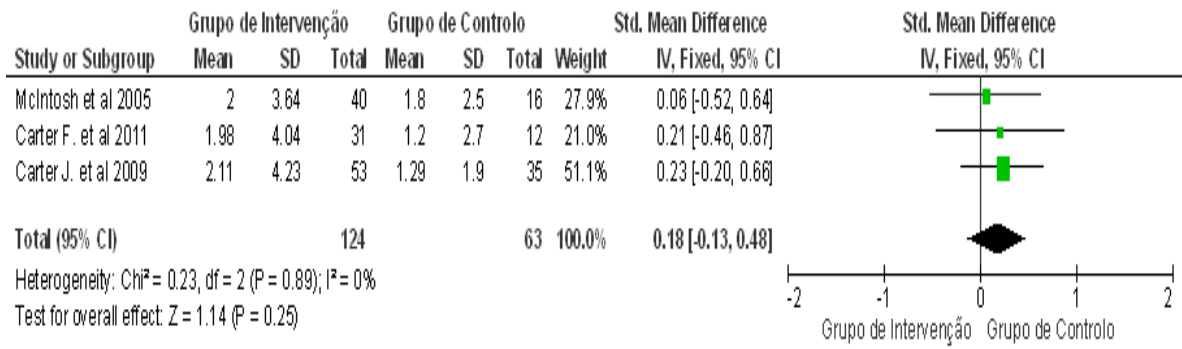


Fig.14. Meta-análise da subescala “Bulimia”, do EDI.

Insatisfação com o corpo

Observaram-se valores mais elevados no grupo de controlo (SMD=0,14). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,13 a 0,48), e do teste do efeito global ($Z=1,14$), verifica-se que as diferenças encontradas não são significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,25$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0\%$) (Fig.15).

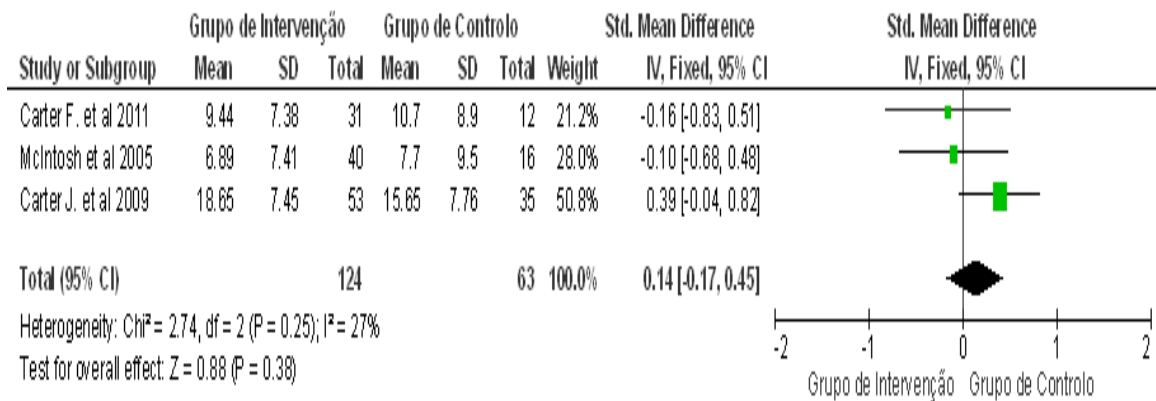


Fig.15. Meta-análise da subescala “Insatisfação com o corpo”, do EDI.

Ineficácia

Observaram-se valores ligeiramente mais elevados no grupo de intervenção (SMD = -0,06). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,36 a 0,25), e do teste do efeito global ($Z = 0,37$), verifica-se que as diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,71$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0\%$) (Fig.16).

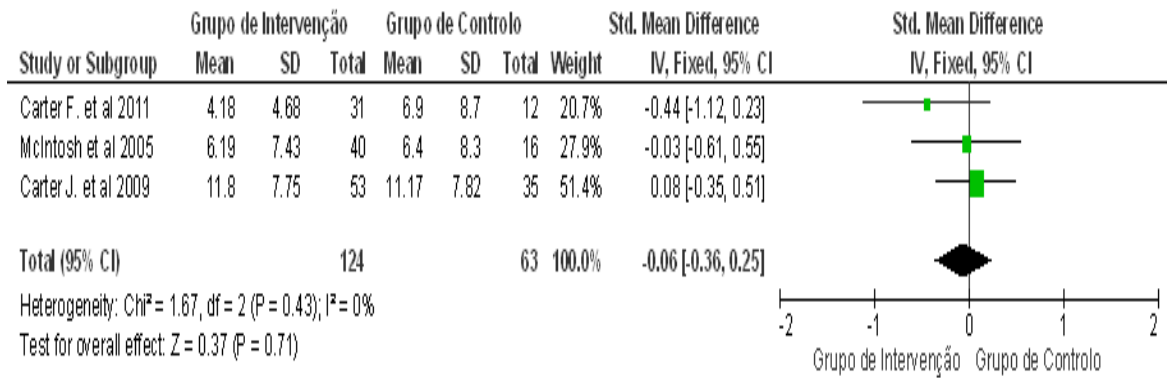


Fig.16. Meta-análise da subescala “Ineficácia”, do EDI.

Perfeccionismo

Observaram-se valores mais elevados no grupo de controlo (SMD=0,16). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,15 a 0,46), e do teste do efeito global (Z=1,01), verifica-se que as diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,31$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0\%$) (Fig.17).

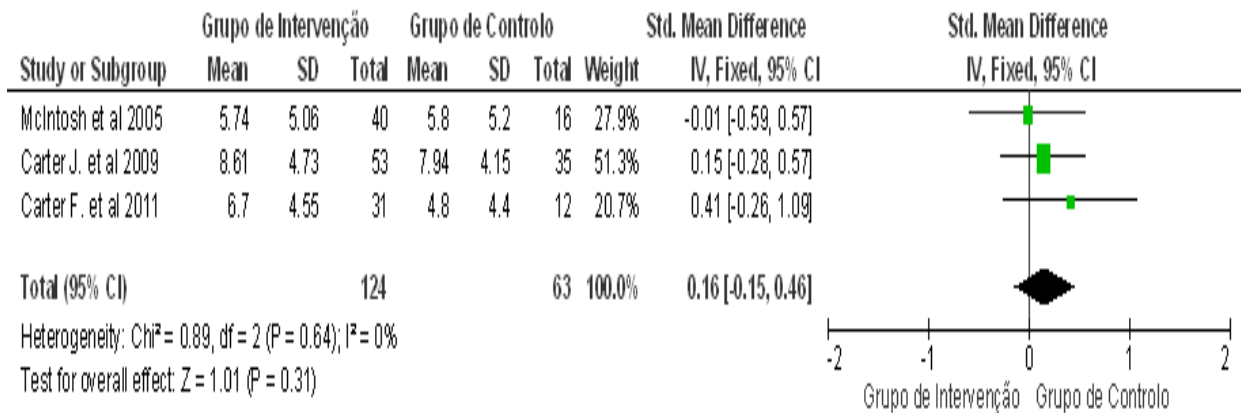


Fig.17. Meta-análise da subescala “Perfeccionismo”, do EDI.

Desconfiança

Observaram-se valores mais elevados no grupo de controlo (SMD = 0,04). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,27 a 0,34), e do teste do efeito global (Z = 0,23), verifica-se que as diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,82$). Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0\%$) (Fig.18).

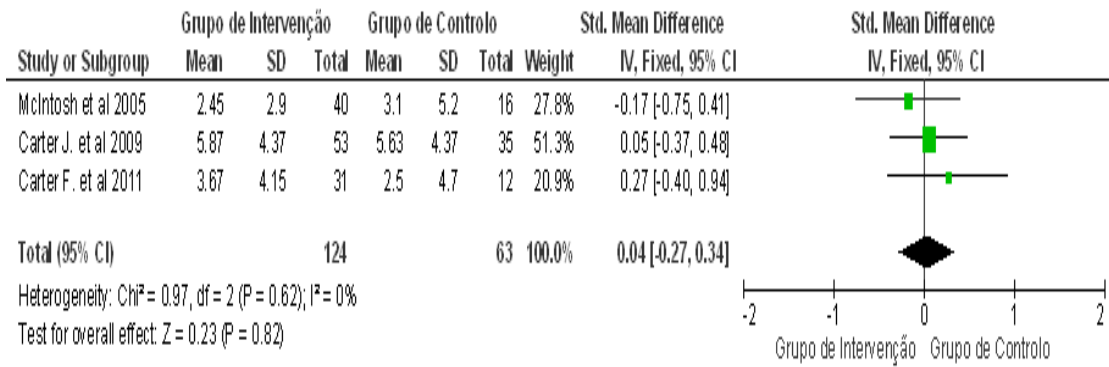


Fig.18. Meta-análise da subescala “Desconfiança”, do EDI.

Consciência Interpessoal

Observaram-se valores ligeiramente mais elevados no grupo de controlo (SMD=0,07). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,24 a 0,38), e do teste do efeito global (Z=0,45), verifica-se que as diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico (p=0,65).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos (I²=0%) (Fig.19).

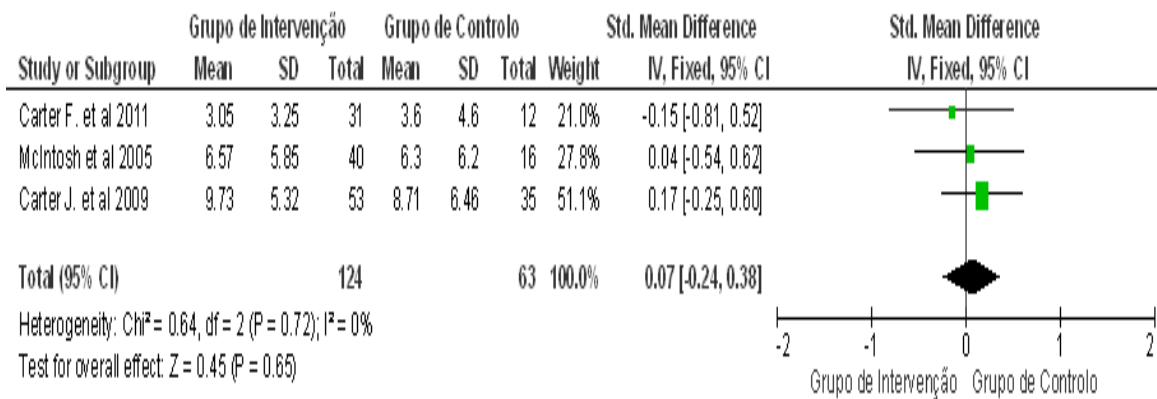


Fig.19. Meta-análise da subescala “Consciência Interpessoal”, do EDI.

Medo da Maturidade

Observaram-se valores ligeiramente mais elevados no grupo de controlo (SMD = 0,07). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,24 a 0,38), e do teste do efeito global (Z = 0,45), verifica-se que as diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico (p=0,65).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos (I²=0%) (Fig.20).

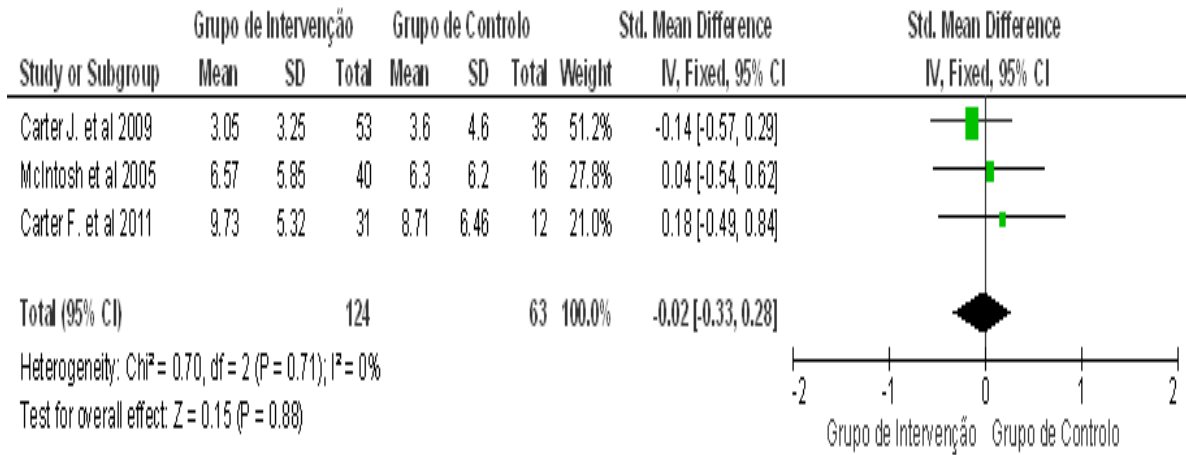


Fig.20. Meta-análise da subescala “Medo da Maturidade”, do EDI.

Ascetismo

Observaram-se valores bastante mais elevados no grupo de intervenção (SMD=-0,31). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,75 a 0,13), e do teste do efeito global ($Z = 1,39$), verifica-se que as diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,16$). Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0\%$) (Fig.21).

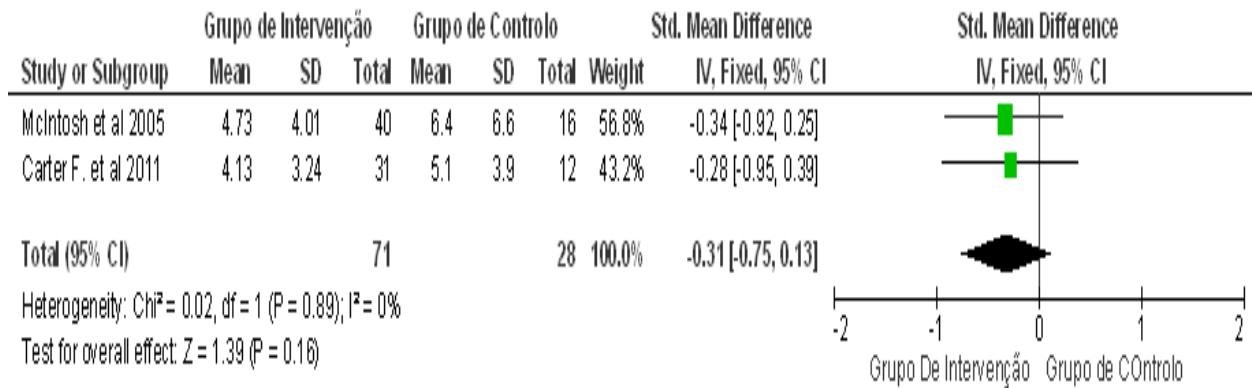


Fig.21. Meta-análise da subescala “Ascetismo”, do EDI.

Impulsividade

Observaram-se valores ligeiramente mais elevados no grupo de intervenção (SMD = -0,10). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,54 a 0,34), e do teste do efeito global ($Z=0,46$), verifica-se que as diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,65$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0\%$) (Fig.22).

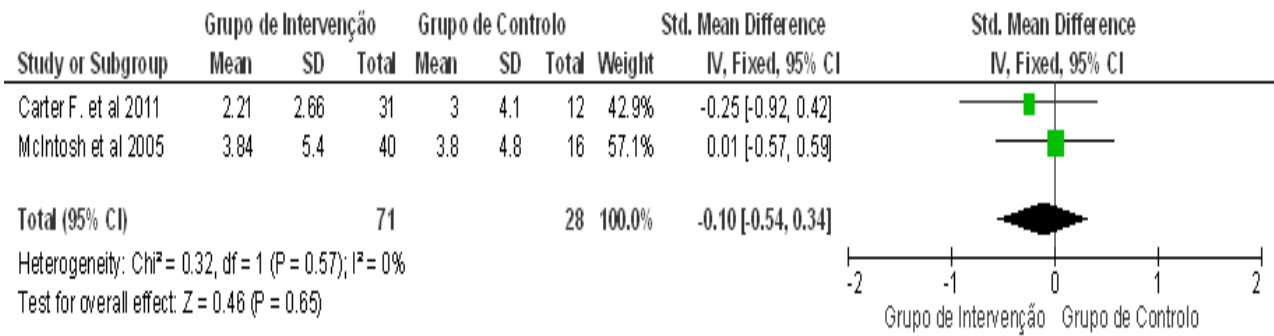


Fig.22. Meta-análise da subescala “Impulsividade”, do EDI.

Insegurança

Observaram-se valores mais elevados no grupo de intervenção (SMD=-0,12). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (-0,56 a 0,32), e do teste do efeito global (Z= 0,54), verifica-se que as diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,59$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0\%$) (Fig.23).

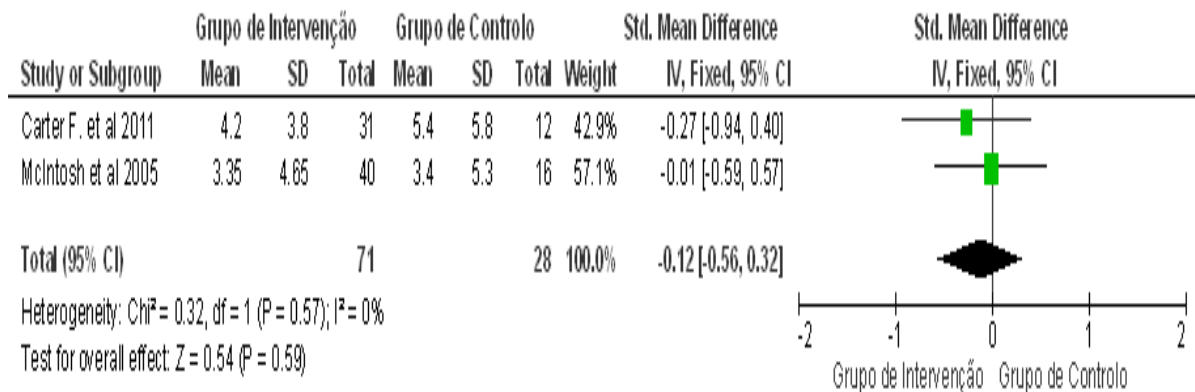


Fig.23. Meta-análise da subescala “Insegurança”, do EDI.

3.3.5 – Global Assessment of functioning scores (GAF)

Os dados relativos a este indicador, após a intervenção, estavam disponíveis em dois dos dez estudos considerados na meta-análise (Anexo D - Tabela 6).

Observaram-se valores substancialmente mais elevados no grupo de intervenção (SMD =-5,82). Pela análise de confiança a 95% (-11,91 a 0,28), e do teste do efeito global (Z =1,87), verifica-se que as diferenças encontradas são significativas do ponto de vista

estatístico ($p=0,06$). Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são moderadamente heterogêneos ($I^2=47%$) (Fig.25).

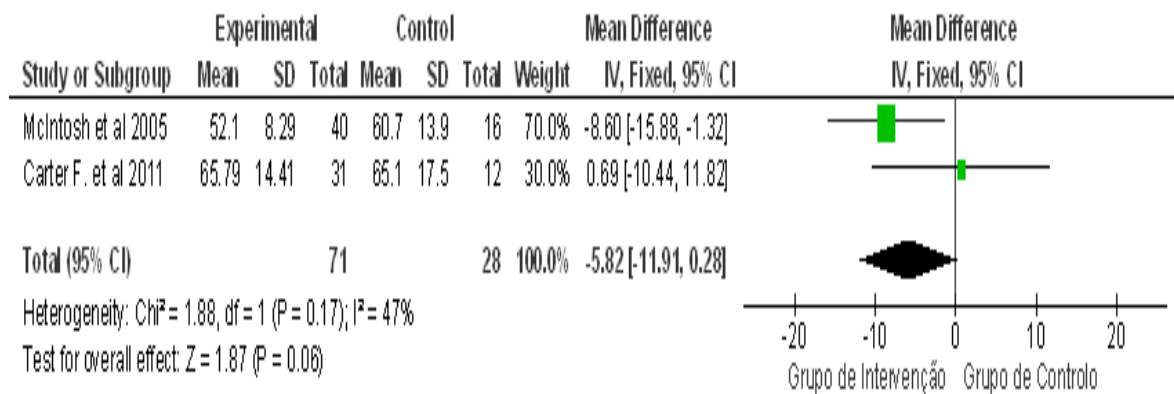


Fig.24. Meta-análise *Global Assessment of functioning scores*.

3.3.6 – *Hamilton Depression Rating Scale*

Os dados relativos a este indicador, após a intervenção, estavam disponíveis em dois dos dez estudos considerados na meta-análise (Anexo D - Tabela 7).

Observaram-se valores mais elevados no grupo de controlo (SMD = 0,15). Pela análise de confiança a 95% (-0,29 a 0,59), e do teste do efeito global ($Z = 0,67$), verifica-se que as diferenças encontradas não são significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,50$), embora se encontrem no limiar dessa significância. Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogêneos ($I^2=0%$) (Fig.26).

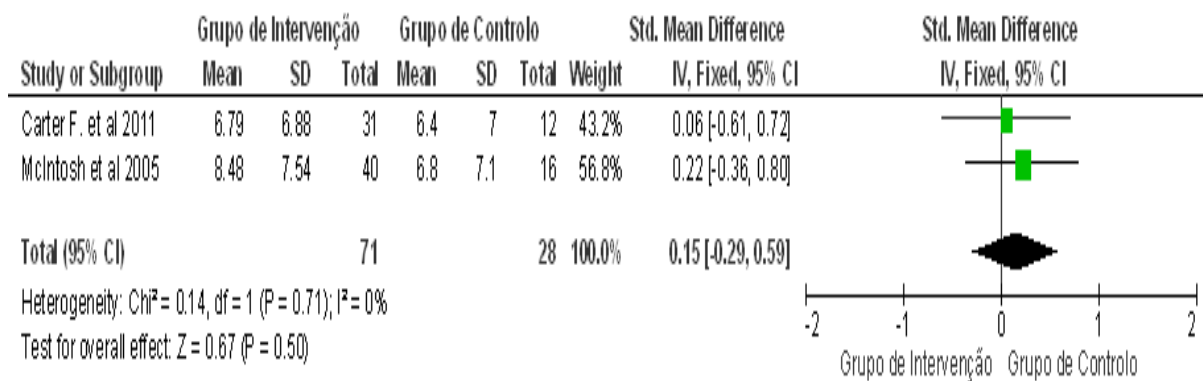


Fig.25. Meta-análise *Hamilton Depression Rate Scale*.

3.3.7 – *Brief Symptom Inventory (BSI)*

Os dados relativos a este indicador, após a intervenção, estavam disponíveis em dois dos dez estudos considerados na meta-análise (Anexo D - Tabela 8).

Observaram-se valores mais elevados no grupo de controlo (SMD=0,35). Pela análise do intervalo de confiança a 95% (0,09 a 0,62), e do teste do efeito global (Z=2,58) verifica-se que as diferenças encontradas são significativas do ponto de vista estatístico (p=0,010).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam uma heterogenia pequena (I²=31%) (Fig.27).

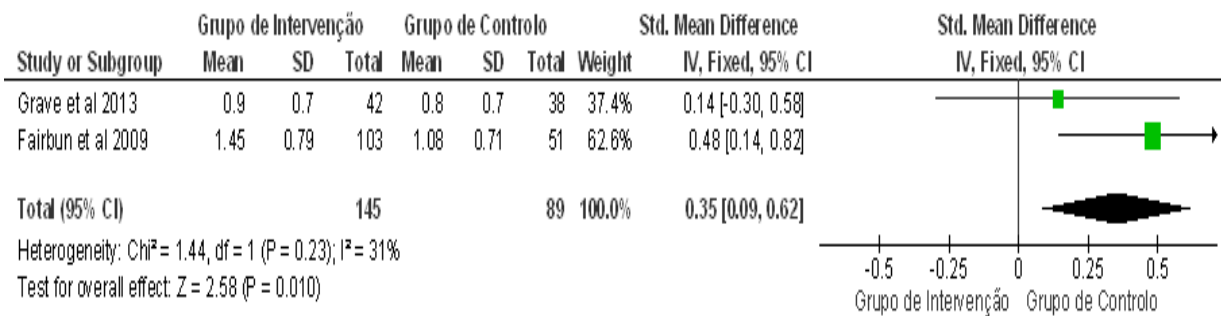


Fig.26. Meta-análise “Brief Symptom Inventory”.

3.3.8 – Episódios bulímicos, indução de vômito e uso abusivo de laxantes

Os dados relativos à frequência de episódios bulímicos, indução de vômito e uso indevido de laxantes, após a intervenção, estavam disponíveis em dois estudos (Anexo D-Tabela 9).

Episódios bulímicos

Os dados relativos à frequência de episódios bulímicos, após a intervenção, estavam disponíveis em dois estudos considerados na meta-análise, com um total de 234 pacientes. Foram considerados 89 pacientes no grupo de controlo (38%) e 145 (62%) no grupo de intervenção. Observaram-se 32 (36%) episódios bulímicos no grupo não sujeito a TCC e 36 (25%) no grupo sujeito a esta terapia. O *odds ratio* para os episódios bulímicos foi de 0,43 (95% IC 0,23-0,81, p = 0,82), refletindo uma probabilidade 43% superior de aparecimento de episódios bulímicos em pacientes que não foram sujeitos a TCC. O intervalo de confiança a 95% para os episódios bulímicos (0,23-0,81) não contém o valor neutro um, situação em que o aparecimento de episódios bulímicos seria igual em ambos os grupos. As diferenças encontradas são significativas do ponto de vista estatístico pois o valor p obtido pelo teste é inferior a 0,05 (p = 0,009).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0\%$), não sendo este resultado estatisticamente significativo ($p = 0,82$). (Fig.27).

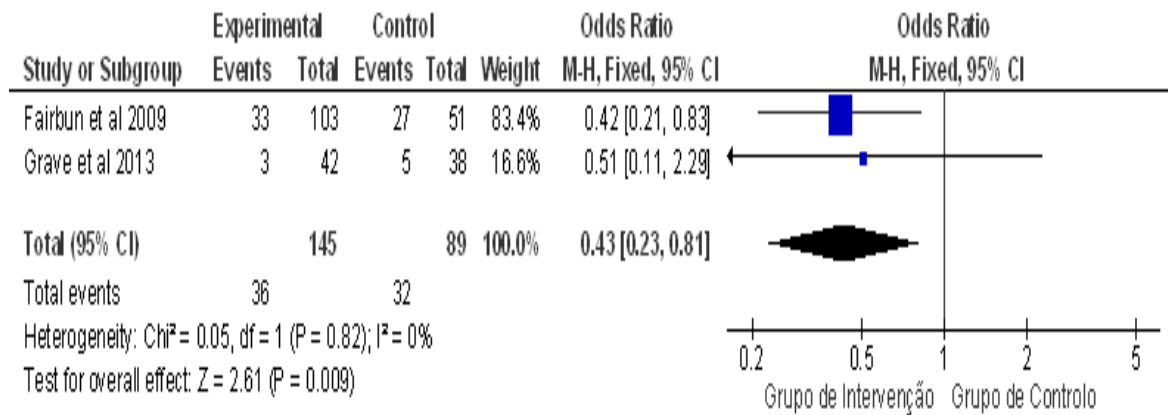


Fig.27. Meta-análise relativa ao aparecimento de episódios bulímicos.

Indução do Vômito

Os dados relativos à frequência de indução do vômito, após a intervenção, estavam disponíveis em dois estudos considerados na meta-análise, com um total de 234 pacientes. Foram considerados 89 pacientes no grupo de controlo (38%) e 145 (62%) no grupo de intervenção. Observaram-se 38 (43%) episódios de indução do vômito no grupo não sujeito a TCC e 49 (34%) no grupo sujeito a esta terapia. O *odds ratio* para os episódios de indução do vômito foi de 1,88 (95% IC 1,05-3,39, $p = 0,75$), refletindo uma probabilidade 88% superior de aparecimento de episódios de indução de vômito em pacientes que não foram sujeitos a TCC. O intervalo de confiança a 95% para os episódios bulímicos (0,23-0,81) não contém o valor neutro um, situação em que o aparecimento de episódios de indução de vômito seria igual em ambos os grupos, sendo as diferenças encontradas, significativas do ponto de vista estatístico pois o valor p obtido pelo teste é inferior a 0,05 ($p = 0,03$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogéneos ($I^2=0\%$), não sendo este resultado, estatisticamente significativo ($p = 0,75$). (Fig.28).

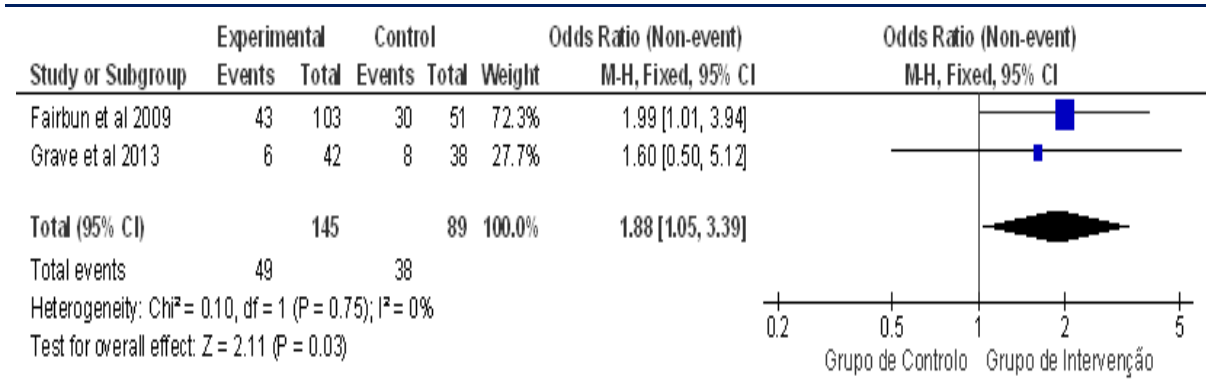


Fig.28. Meta-análise relativa ao aparecimento de episódios de indução do vômito.

Uso Indevido de Laxantes

Os dados relativos à frequência de uso indevido de laxantes, após a intervenção, estavam disponíveis em dois estudos considerados na meta-análise, com um total de 234 pacientes. Foram considerados 89 pacientes no grupo de controlo (38%) e 145 (62%) no grupo de intervenção. Observaram-se 16 (18%) episódios de uso indevido de laxantes no grupo não sujeito a TCC e 9 (6%) no grupo sujeito a esta terapia. O *odds ratio* para estes episódios foi de 0,25 (95% IC 0,10-0,61, $p = 0,91$), refletindo uma probabilidade 25% superior de aparecimento de episódios de utilização indevida de laxantes em pacientes que não foram sujeitos a TCC. O intervalo de confiança a 95% para os episódios bulímicos (0,23-0,81) não contém o valor neutro um, situação em que a utilização indevida de laxantes seria igual em ambos os grupos, observando-se que as diferenças encontradas são significativas do ponto de vista estatístico pois o valor p obtido pelo teste é inferior a 0,05 ($p = 0,002$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos são homogêneos ($I^2=0\%$), não sendo este resultado, estatisticamente significativo ($p = 0,91$). (Fig.29).

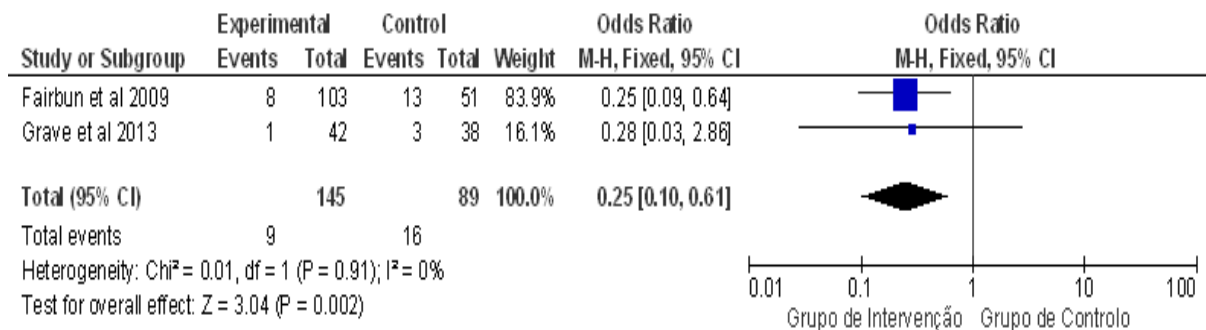


Fig.29. Meta-análise relativa à utilização indevida de laxantes.

3.2.9 – Outros Outcomes

Os dados relativos à reconversão da doença, casos de melhoria significativa ou ligeira e situações em que não se verificaram quaisquer melhorias, após a intervenção, estavam disponíveis em três dos onze estudos considerados na meta-análise, com um total de 183 pacientes. Foram considerados 47 pacientes no grupo de controlo (26%) e 136 (74%) no grupo de intervenção (Anexo D - Tabela 10).

Reconversão total

Observaram-se 7 (15%) reconversões da doença no grupo não sujeito a TCC e 19 (14%) no grupo sujeito a esta terapia. O *odds ratio* para este indicador foi de 0,91 (95% IC 0,36-2,30, $p = 0,85$), refletindo uma probabilidade 91% superior de reconversão total em pacientes que foram sujeitos a TCC. O intervalo de confiança a 95% para a reconversão total (0,36-2,30) contém o valor neutro 1, situação em que a probabilidade de melhoria total é igual nos dois grupos. As diferenças encontradas não são significativas do ponto de vista estatístico pois o valor p obtido pelo teste é superior a 0,05 ($p = 0,85$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam uma heterogeneia moderada ($I^2=69\%$), sendo este resultado, estatisticamente significativo ($p = 0,04$). (Fig.30).

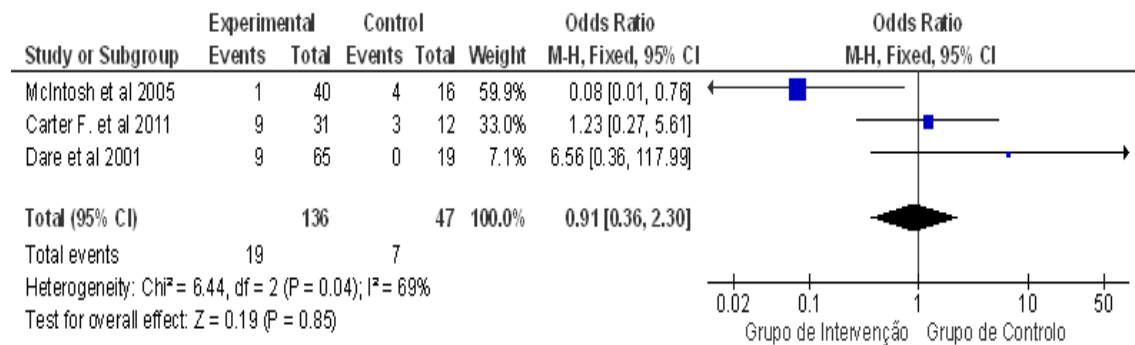


Fig.30. Meta-análise relativa à reconversão total da doença.

Melhorias Significativas

Observaram-se 8 (17%) melhorias significativas no grupo não sujeito a TCC e 26 (19%) no grupo sujeito a esta terapia. O *odds ratio* para este indicador foi de 1,19 (95% IC 0,49-2,86, $p = 0,70$), refletindo uma probabilidade 19% superior de melhorias significativas em pacientes que não foram sujeitos a TCC. O intervalo de confiança a 95% para este indicador (0,49-2,86) contém o valor neutro 1, situação em que a probabilidade de melhoria

significativa é igual nos dois grupos. As diferenças encontradas não são, no entanto, significativas do ponto de vista estatístico pois o valor p obtido pelo teste é superior a 0,05 ($p = 0,70$). Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam heterogeneidade moderada ($I^2=38\%$), não sendo este resultado, estatisticamente significativo ($p = 0,20$). (Fig.31).

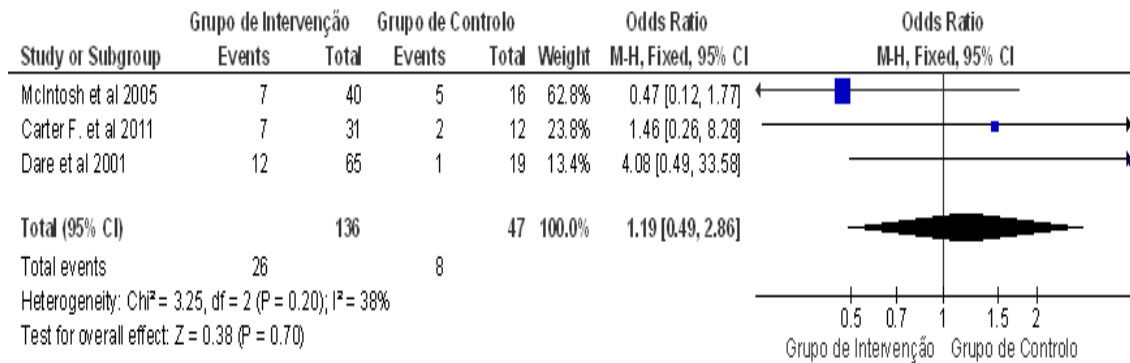


Fig.31. Meta-análise relativa à apresentação de melhorias significativas.

Melhorias Ligeiras

Observaram-se 10 (21%) casos de melhorias ligeiras no grupo não sujeito a TCC e 26 (19%) no grupo sujeito a esta terapia. O *odds ratio* para este indicador foi de 0,92 (95% IC 0,40-2,14, $p = 0,85$). O intervalo de confiança a 95% para este indicador (0,40-2,14) contém o valor neutro 1, situação em que a probabilidade de melhoria ligeira é igual nos dois grupos. As diferenças encontradas não são significativas do ponto de vista estatístico pois o valor p obtido pelo teste é superior a 0,05 ($p = 0,85$). Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam heterogeneidade ligeira ($I^2=37\%$), não sendo este resultado, estatisticamente significativo ($p = 0,20$). (Fig.32).

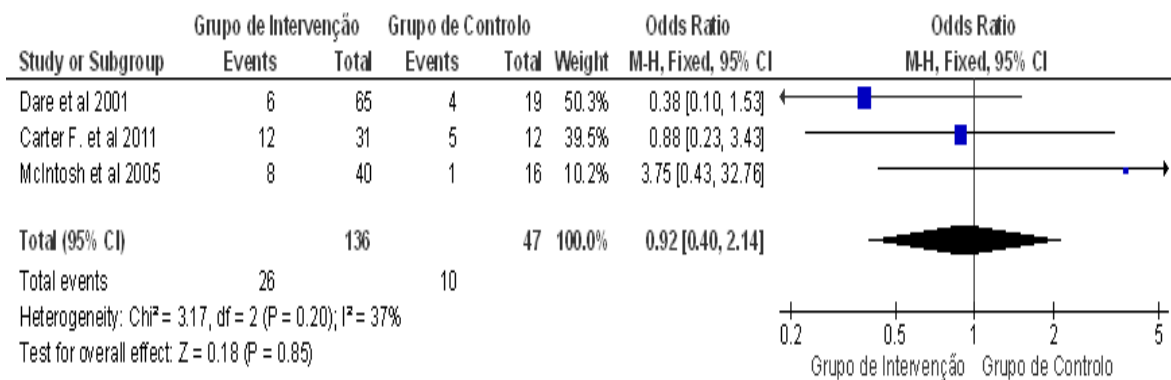


Fig.32. Meta-análise relativa à apresentação de melhorias ligeiras.

Sem qualquer melhoria

Observaram-se 22 (47%) de casos em que não surgiu qualquer melhoria no grupo não sujeito a TCC e 65 (48%) no grupo sujeito a esta terapia. O *odds ratio* para este indicador foi de 0,96 (95% IC 0,47-1,98, $p = 0,92$), refletindo uma probabilidade 96% superior de não aparecimento de qualquer melhoria em pacientes que foram sujeitos a TCC. O intervalo de confiança a 95% para este indicador (0,47-1,98) contém o valor neutro 1, situação em que a probabilidade de não aparecimento de melhorias é igual nos dois grupos. As diferenças encontradas não são significativas do ponto de vista estatístico pois o valor p obtido pelo teste é superior a 0,05 ($p = 0,92$).

Relativamente ao teste de heterogeneidade, observa-se que os estudos apresentam heterogenia moderada ($I^2=51%$), não sendo este resultado, estatisticamente significativo ($p = 0,13$). (Fig.33).

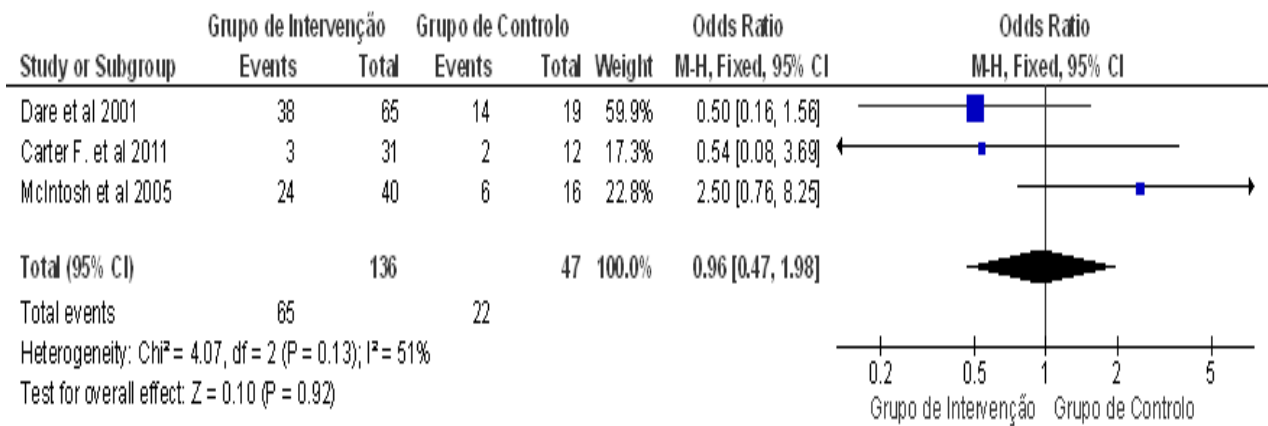


Fig.33. Meta-análise relativa ao não aparecimento de qualquer melhoria.

4- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O objetivo geral desta meta-análise foi fazer uma síntese concisa da melhor evidência científica disponível de forma a avaliar a eficácia da TCC comparativamente com outros tratamentos da AN, nomeadamente no que diz respeito à eficácia da TCC no tratamento de pacientes com AN. Embora as técnicas comportamentais e cognitivo comportamentais integrem a maioria dos programas de tratamento da AN, tanto em ambulatório como em meio hospitalar, verificou-se a existência na literatura de um número diminuto de estudos controlados que avaliem a sua real eficácia no tratamento desta PCA.

A escolha deste tema prendeu-se assim, não só com a ausência de consenso da literatura acerca do mesmo, mas também com a atualidade e pertinência que caracterizam as questões associadas a esta problemática.

Pretendeu-se, de forma sucinta e sistematizada fundamentar a utilização da TCC, de forma a poder futuramente selecionar de forma mais criteriosa os doentes com maior probabilidade de responderem favoravelmente à terapia em causa ou que maior benefício, dela poderão retirar.

A total falta de evidência empírica sobre a eficácia da TCC na AN deve-se em grande parte à baixa incidência do transtorno, ao alto índice de desistência da terapia em ambulatório e às dificuldades metodológicas na realização de ensaios controlados. Estas dificuldades metodológicas devem-se essencialmente à falta de poder estatístico, à falta de critérios de entrada nos diferentes estudos, e ao estudo de diferentes medidas de resultado sobretudo em populações de doentes tratados com uma abordagem multidisciplinar (sendo difícil isolar um componente único e avaliar a sua eficácia específica). A título de exemplo, o estudo de *Channon et al.* apresenta um tamanho de amostra muito reduzido e uma duração de tratamento limitada

A pesquisa de *Treasure et al.* pode estar enviesada pelas respostas subjetivas dos doentes, pelo rigoroso ambiente intra-hospitalar, pelas diversas intervenções do tratamento institucional, assim como pela pouca experiência dos investigadores com estas novas modalidades de TCC. Por outro lado, e apesar de ser considerada a primeira avaliação empírica da eficácia da TCC no tratamento "pós-hospitalar" da AN em adultos, os critérios de "sucesso terapêutico" no ensaio clínico de *Pike et al.* não incluem as atitudes comportamentais e psicológicas subjacentes à patologia anoréctica (como a preocupação do peso e da forma corporal, ou os hábitos alimentares), dados que parecem revestir-se de alguma importância. No que diz respeito aos estudos sobre a terapia familiar, todos apresentam a desvantagem de serem estudos a curto prazo.

As perturbações do comportamento alimentar requerem uma abordagem multidisciplinar tanto em meio intra-hospitalar como em ambulatório, com programas de psicoterapia, psico-educação, aconselhamento nutricional e tratamento médico (cf. revisão dos tratamentos para a anorexia nervosa: Le Grange et al. 2001). Seja qual for a abordagem, há um consenso comum que nenhuma orientação terapêutica específica apresenta maior vantagem do que outra. No entanto, a TCC parece ter melhores resultados, sobretudo em doentes adultos. Assim, e apesar das dificuldades metodológicas encontradas nos diferentes

estudos publicados, podemos afirmar que a TCC apresenta grandes benefícios no manuseamento da AN. E numa condição patológica em que a aplicação e motivação pessoal para mudanças são conhecidas como pequenas, esse resultado era de esperar. De referir que os doentes com AN mais jovens, ou seja com menos de 18 anos, e com uma curta duração de evolução da doença respondem bem melhor à terapia familiar, apesar das técnicas cognitivo comportamentais serem usadas para melhorar a sintomatologia. Por outro lado, vários artigos publicados demonstram a superioridade da TCC na prevenção de recaídas e na qualidade da reabilitação psicossocial na AN de longa duração (doentes com doença estabilizada e peso normal).

Devido à gravidade desta patologia, estão a surgir novos estudos randomizados controlados sobre a eficácia das diferentes modalidades terapêuticas disponíveis, sem os erros metodológicos acima referidos (cf. estudo ANTOP, 2009). Esperamos que, num futuro próximo, a revisão desses estudos permitam objetivar a eficácia das técnicas em análise.

Nesta meta-análise constatou-se de forma contundente que a utilização de terapias comportamentais no tratamento da AN conduzem a melhorias em todos os parâmetros analisados registando-se apenas, no entanto, diferenças significativas do ponto de vista estatístico, nos resultados obtidos com esta terapia em relação às subescalas “*Restrições*”, “*Preocupações Alimentares*” e “*Preocupações com a forma*”, do EDE e nos resultados da *Global Assessment Scale*. A utilização da TCC revelou-se de grande utilidade na redução do número de episódios bulímicos, de indução do vômito do uso indevido de laxantes.

Esta meta-análise poderá eventualmente contribuir para o desenvolvimento de normas de orientação clínica, criando uma síntese do conjunto de resultados encontrados. Sugere-se que, no futuro, este estudo seja ampliado de modo a abranger um maior número de ensaios clínicos podendo desta forma contribuir para uma prática de excelência com base na melhor e mais recente evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bulik Cynthia, Berkman N. D., Brownley K. A., Sedway J. A., Lohr K. N. (2007). *Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*. *J. Eat Disord*, 40: 310-320.
- Butler A. C., Chapman J. E., Forman E. M., Beck A. T. (2005). *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses*. *Clinical Psychology Review*, 26: 17-31.
- Canavarro, M. C. (1999). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI*. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Carter F. A., Jordan J., McIntosh V. V. W., Luty S. E., McKenzie J. M., Frampton C. M. A., Bulik C. M. (2011). *The Long-Term Efficacy of Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa: A Randomized, Controlled Trial*. *J. Eat Disord*, 44: 647-654.
- Carter J. C., McFarlane T. L., Bewell C., Olmsted M. P., Woodside D. B., Kaplan A. S., Crosby R. D. (2009). *Maintenance Treatment for Anorexia Nervosa: A comparison of Cognitive Behavior Therapy and Treatment as usual*. *J. Eat. Disorder*, 42: 202-207.
- Chrip A. H., Norton K., Gowers S., Halek. C., Bowyer C., Yeldham D., Levett G., Bhat A. (1991). *A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa*. *British J. of Psychiatry*, 159:325-333.
- Dare C., Eisler I., Russel G., Treasure J., Dodge L. (2014). *Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments*. *British J. of Psychiatry*, 178: 216-221.
- Duchesne M., Almeida P. E. (2002). *Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Sup.III), 49-53.

Eckert E. D., Halmi K. A., Marchi P., Grove W., Crosby R. (2013). *Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome*. Psychol. Med, 25:143-156.

Fairbun C. G., Beglin S. J. (1994). *Assessment of eating disorder: interview or self-report questionnaire?* J. Eating Disorder, 164: 362-370.

Fairbun C. G. (2002). *Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa in Eating Disorders and Obesity*. Editado por Fairbun C.G., Brownell K.D. New York, 302-307.

Fairbun C. G., Cooper Z., Doll H., Marianne E., Bohn K., Hawker D. M., Wales J. A., Palmer R. L. (2009). *Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial with 60-Week Follow-Up*. Am. J. Psychiatry, 166: 311-319.

Goldfein J. A., Devlin M.J., Spitzer R.L. (2000). *Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Binge Eating Disorder: What Constitutes Success?* Am. J. Psychiatry, 157:7.

Grave R. D., Calugi S., Conti M., Doll H. Fairbun C. G. (2013). *Inpatient Cognitive Behavior Therapy for Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial*. Psychoter. Psychosom, 82: 390-398.

Hamilton M. (1960). *A Rating Scale for Depression*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 2:56-62.

Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). *Measuring inconsistency in meta-analyses*. BMJ, 327 (7414), 557-560.

Harris M.B., Harris R. J., Bochner S. (1982). *Fat four eyed and female: Stereotypes of obesity, glasses and gender*. Journal of Applied Psychology, 100: 78-83.

Hoek H., Hocken DV. (2003). *Review of prevalence and incidence of eating disorders*. J. Eat Disorder. 34:383-396.

Le Grange D., Eisler I., Dare C. Russel G. (1992). *Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study*. J. Eat Disorder, 12:347-357.

Kaplan A.S. (2002). *Psychological Treatments for Anorexia Nervosa: A review of published studies and promising new direction*. Can. J. Psychiatry. Vol. 47.

Kring, A., Davison, G., Neale J. (2005). *Abnormal Psychology* (10 ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.

McIntosh V.V.W., Jordan J., Carter F., Luty S., McKenzie J., Bulik C.M., Joyce P. R. (2005). *Three Psychoterapies for Anorexia Nervosa: A Randomizes, Controlled Trial*. Am. J. Psychiatry, 162: 741-747.

Nielsen S. (1990). *The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nationwide register study of psychiatric admission*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 81:507-514.

Pike M.K., Walsh T.B., Vitousek K. Wilson T.G., Bauer J. (2003). *Cognitive Behavior Therapy in the Posthospitalization Treatment of Anorexia Nervosa*. Am. J. Psychiatry, 160: 2046-2049.

Tanner, C &Carolan, A. (2009). *Audit of Cognitive Analytic Therapy Cases in Eating Disorders*. Apresentado na conferência internacional de ACAT em 2009. In. Press.

Treasure A., Carolan C. (1997). *Cognitive analytic therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 4: 62-71.