

# 認知治療法 對心因性厭食症之診斷與治療

張淑芬（文藻外語學院通識教育中心專任講師）

## 壹、前言

在現代社會中，關於身材體態的各種迷思常影響人們對自己身體的知覺，心因性厭食症(anorexia nervosa)的誘發也在這情形下越形嚴重。厭食症患者不僅常見於醫院，發病初期或復原期的病人也可能見於校園中。除醫療單位外，各級學校的輔導與諮商人員應對厭食症有所了解，才能掌握與醫療人員、患者家屬間合作的機會。

心因性厭食症是指固著於特異飲食行為的患者，在精神病理學方面認為其有關體重與身材的認知相當扭曲（唐子俊、唐慧芳、孫肇玠譯，民92）。因此如何運用認知治療協助厭食症患者，修正其對身體、飲食的認知，甚至避免生命危險的可能性相當重要的。本文先介紹厭食症的診斷標準、可能的誘發因素，再探討認知治療相關研究對飲食疾患的發現，最後說明經使用在衡鑑厭食症患者的工具。

## 貳、厭食症簡介

### 一、厭食症的診斷標準

根據美國精神醫學會(American

Psychiatric Association)1994年出版之「精神疾病診斷統計手冊」第四版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -- Fourth Edition.)，對心因性厭食症的診斷標準如下：

(一)拒絕維持體重在年齡和身高所應有的最低正常體重水準或以上(如體重下降導致低於預期體重85%以下；或成長期不能增加預期應增的體重，使低於預期體重85%以下)。

(二)縱使已經體重過輕，仍強烈害怕體重增加或變肥胖。

(三)對自己的體重、身材之經驗方式有障礙，體重與身材對於自我評價有不當的影響，或者否認目前過低體重的嚴重性。

(四)初經已開始的女性病人發生無月經症(amenorrhea)，即至少連續三次月經週期無月經。(若婦女僅於使用Estrogen等激素後才來月經，則認定為無月經症)。

註明類型：

1.禁食型(Restricting Type)：

在該次心因性厭食症發作期間，患者未曾規律的從事暴食或清除行為(即自我誘導的嘔吐或不當使用瀉劑、利尿劑或灌腸)。

## 2. 暴食/清除型(Binge-Eating/Purging Type)：

在該次心因性厭食症發作期間，患者規律的從事暴食或清除行為。

厭食症較常見於女性，統計上有95%的厭食症患者為女性，盛行率在年輕女性族群中大約是0.5%至1%。厭食症患者常有嚴重的生理反應，甚至危及生命，例如月經停止、骨質疏鬆症、心跳變慢、低血壓、心律不整、腎結石、水腫、胃排空變慢、便秘、貧血、白血球及血小板減少、皮膚乾燥、產生胎毛等症狀。除了這些內科的診斷外，厭食症也會合併其他精神科的診斷，例如厭食症患者中有25%發生強迫症，50%-75%發生輕鬱（潘湘如、杜明勳，民91），或合併自戀型人格違常與邊緣型人格違常（唐子俊、唐慧芳、孫肇玠譯，民92）。此外，長期的追蹤研究顯示厭食症患者的死亡率為18%，中期的追蹤研究發現死亡率為8%至10%（曾美智、柯慧貞、李明濱，民90）。在整個病程中，厭食症、暴食症與肥胖症三者可能交替出現，亦即會有暴食—清除體內食物—節食三者循環發生的狀況，甚至加上過度運動、使用瀉劑等藥物濫用的情形，這些是臨床上常見的狀況。此類患者預後不良的可能因素包括病程長、發病年齡低、人格違常、親子關係不良、合併嘔吐與暴食、病前肥胖及治療時的低體重等（曾美智，民80）。

## 二、厭食症的誘發因素

根據研究，易罹患厭食症的族群包括上層社會階級的年輕女性、需強調纖瘦的職業（如模特兒、舞蹈、體育等），以及家族中有飲食障礙患者等

（潘湘如、杜明勳，民91）。而引發厭食症的相關因素則包括性別、年齡、家庭社會經濟地位、體型等。此外，社會文化的影響也不容小覷，社會價值觀中所謂的標準體態經由傳播媒體的催化作用，常不斷強調甚至頌揚纖瘦體態。現代社會中因女性意識的崛起，為了強調女性的自主權，刻意以纖瘦來表現身體的非性慾化、可以自我控制，及與他人的競爭，這些亦可能成為誘發厭食症的危險因子。

## 參、相關研究對厭食症的發現

比較厭食症的相關研究結果可以發現，研究成果已對厭食症提出多元的解釋，從厭食症患者的認知結構、注意力偏誤、逃避威脅自我的訊息，到人際關係、家庭環境等層面，對於厭食症提供了深入的見解，以下說明重要的研究結果。

### 一、飲食疾患病人的完美主義及認知基模

Cockel等人(2002)針對女性飲食疾患病人研究完美主義的特質與自我表徵。研究設計二組控制組，一組為正常無心理疾患的女性，另一組為有情感性疾患的女性，再與實驗組的厭食症女性做對照。結果發現有厭食症的女性有三項特質，她們具有較高程度的自我傾向完美主義(self-oriented perfectionism)、社會規定完美主義(social prescribed perfectionism)，以及不揭露缺點(nondisclosure of imperfection)等特質。這些特質可能與家庭環境以及個人的認同困擾有關。

此外，飲食障礙患者的社會認知基模也有異常的現象，包括缺乏分化的基模(differential schema)及過度僵硬的人際基模(interpersonal schema) (林維芬，民82)。低分化基模者在人際溝通領域上缺乏有效的覺察性，而僵硬的人際基模則使患者過度焦慮與害怕寂寞。

## 二、飲食疾患病人對威脅訊息的偏誤與逃避

Meyer等人(2005)的研究指出，對於威脅訊息的注意力偏誤現象存在某些患者身上，使得患者持續偏誤地尋求與疾患相關的訊息。而在注意力偏誤之外，也有認知逃避的現象，這是一種防衛性反應，亦即個體在處理威脅訊息時，速度較慢或是具選擇性，會使用逃避行為來降低相關認知結構的變化。隨著時間的進展，威脅的訊息會被患者以不同的方式來處理，首先是自動化的訊息處理，再來是策略式的訊息處理，例如女性暴食症患者對威脅訊息的處理即有注意力上的偏誤。

其次，Meyer等人(2005)的研究也指出，女性飲食疾患病人對於會產生自我威脅的訊息，出現認知逃避的現象。此研究的對象為50位飲食疾患患者（含暴食症與厭食症），以及另50位比較組的女性，研究設計使二組都完成策略性處理(strategic processing)的任務並填飲食違常問卷(Eating Disorder Inventory)，以了解其飲食態度與相關心理特徵。此問卷使用與飲食行為直接相關的三個分量表（即：對纖瘦的動機、對身體的不滿意、暴食）。研究結果顯示，女性暴食症患者對於威脅自我的訊息有認知一行

為上逃避的現象，但女性厭食症患者未發現此現象。Meyer等人建議在治療飲食障礙時，需間接或直接治療基模，雖然病患主要的防衛表現在對抗憤怒、生氣、怨恨、及批評等訊息上，但在治療飲食疾患患者時，仍應從認知基模了解患者的認知狀況，而非僅考慮患者負向的自動化思考與不良功能的假設。

## 三、飲食疾患病人的人際關係與家庭環境

Cockel等人(2002)指出，飲食障礙患者的人際風格常常傾向完美主義，因此在擴展社會自我(social self)時會產生防衛的反應。研究顯示，厭食症病人的完美主義傾向，與自我沉默及減低憤怒表達有高度相關，換言之，此類患者認為完美的自我應該是情感的壓抑。作者認為患者可能自家庭學習了維持家庭表象的安寧，因此不斷表現完美的圖像而隱藏任何缺點。此外，父母過度干涉、過度保護、管教嚴格而無彈性、限制追求身體的需要、過度期望等，這些家庭因素也會影響厭食症的形成。

上述研究結果可以發現厭食症患者的重要特徵，即過度的完美主義與異常的認知基模，包括對威脅訊息的注意力偏誤與認知上的逃避，加上壓抑情感的人際關係與不能暴露缺點的家庭氣氛，這些都使病人的困擾表現在飲食行為的異常上。

## 肆、認知治療相關取向對厭食症患者的治療

一般而言，患者若能維持兩週達理想體重90%，即可說是成功的治療。但

困難之處在於厭食症患者不易接受治療，也不易改變飲食行為，即使已進入治療也比較常出現抗拒，且容易從治療中流失(Serfaty, Turkington, Heap, Ledsham, & Jolley, 1999)，究竟何種治療可能較有幫助，值得關注。以下說明與認知治療相關的治療取向對於厭食症患者的處遇，這些治療取向包括認知治療(cognitive therapy, CT)、認知行為治療(cognitive behavior therapy, CBT) (含個別、團體、家族治療形式)，以及其他結合人際治療、支持性心理治療或者飲食諮商等不同模式的治療方式，並介紹常用的治療技巧。

## 一、認知治療 (cognitive therapy, CT)

Serfaty等人(1999)的研究中將35位病人隨機分派到認知治療組以及飲食建議組，兩組各進行20次的治療，研究工具包括身體完整指數(Body Mass Index)、飲食障礙問卷(Eating Disorder Inventory)、貝克憂鬱量表(Beck Depression Inventory)、不良功能態度量表(dysfunctional Attitudes Scale)及行為控制焦點(Locus of Control of Behavior)。結果發現，認知治療組的病人有顯著進步，病人的投入度提高並逐漸復原。作者認為認知治療的優點在於將目標設在降低進食前後的焦慮與罪惡感，因此病人一旦進入治療且了解自己的認知模式，比較容易與治療師建立合作的關係。認知治療的方式是將目標設在每週增加0.5公斤至1.0公斤，此外也設定最終的目標體重，一起設計飲食計劃以及討論降低暴食的策略，最後治療師將重點放在體重

對患者的意義以及身體形象扭曲等認知矯正。在治療中，治療師要在認知基模的向度上處理情感的錯誤認同以及低自尊，例如討論控制、成就、贊許等認知基模向度的議題。最後一次治療時則討論預防復發的方式，協助患者於治療結束後有能力預防復發。

## 二、認知行為治療(cognitive behavior therapy, CBT)

潘湘如與杜明勳(民91)曾使用認知行為治療厭食症患者，策略包括自我監控、控制誘因、改變認知、壓力管理等。自我監控是指持續有系統地紀錄飲食、運動、體重及體脂肪的數據。控制誘因是想辦法減低來自食物的刺激。改變認知包括改變對自我形象與對體重的認知。壓力管理則是教導放鬆方式以減輕緊張的情緒。除了這些治療策略外，要注意初始的目標體重一週勿超過0.5磅至1磅，藥物則可以給予維他命、鐵劑與鈣片。若患者體重減到理想體重的70%以下，出現心律不整或心跳過慢、腦部血流不足、嚴重憂鬱或自殺傾向時，則需住院治療。

曾美智(民80)也曾使用行為治療法，強調治療師要和病人共同努力，因此治療師溫暖和關切的態度很重要。曾美智(民80)將進食與焦慮之間的關係去制約化(deconditioning)，以增強理論(reinforce-ment theory)的策略增加病人的體重，並使用正向增強物、資料回饋等方式。治療的形式採團體治療配合個別治療，在團體治療中鼓勵病人發展信任感、自我肯定以及了解情感等。另外，必要時使用家族治療，將目標設定在消

除父母的罪惡感、重建病人在家中的地位、增進病人健康的自發性等，如此治療者可以和父母或其他家人保持密切聯繫，隨時告知進步的狀況。

### 三、認知行為取向團體治療 (cognitive behavior group therapy, CBGT)

Leung、Waller 與Thomas(1999)針對20位厭食症女性患者進行為期10週的認知行為團體治療，使用飲食態度測驗(Eating Attitudes Test, EAT-26)在治療前後各評估一次關於飲食的認知與行為，治療前並評估患者的核心信念以作為厭食相關認知與症狀改變的預測因子。此治療團體的內容包括：認識厭食症、厭食症病源學、飢餓對生理與心理的影響、飢餓症候群與飲食建議、思考謬誤以及改變思考方法、了解新陳代謝的改變、身體形象與扭曲、厭食症治療的各種選擇性，最後則為進一步的計劃與總結。

然而此篇研究結果並未發現認知行為治療法的有效性，核心信念與治療結果也未相關。Leung等人(1999)提出的解釋是，認知行為治療未觸及厭食症核心的歷程議題，例如低動機、缺乏頓悟、對治療的不確定感、無法建立治療同盟、缺乏共享的治療目標等，尤其在團體中未能充分形成認知行為治療所強調的治療同盟，合作式的治療關係過於薄弱。第三個可能的解釋是，厭食症患者的經驗較個別化，不像暴食症患者較容易形成團體共同的目標，因此在團體中只能處理一般性的共同目標而已。總之，認知行為治療可能忽略了厭食症患者自我控制的需求。

整體而言，認知治療取向在治療厭食症患者時常用的技巧可區分為非語言治療與語言治療二大類，非語言治療技巧指放鬆、意象引導、視訊回饋、角色扮演等(唐子俊、唐慧芳、孫肇玢譯，民92)，而語言治療技巧則為各式表格與家庭作業等。

### 四、家族治療(family therapy)

Ball與Mitchell(2004)對厭食症患者做認知行為治療與行為取向家族治療。他們針對25位厭食症門診病人以認知行為治療手冊實施治療，此外並以行為取向的家族治療作為對照組。認知行為治療強調矯正失敗與不適應感等不良核心信念，而行為取向家族治療則以行為的介入策略為主。此研究使用身體完整指數、飲食障礙檢驗(Eating Disorders Examination, EDE)、飲食障礙量表、厭食行為觀察量表、互動行為碼(Interaction Behavior Code, IBC)等工具。研究結果顯示二組在飲食態度與行為、自尊、憂鬱、焦慮方面都有顯著的進步。Robin、Siegel、Koepe、Moye與Tice(1994)曾利用行為取向家族系統治療(Behavioral Family Systems Therapy, BFST)，結合系統取向及認知一行為的技巧，結果發現能改善溝通及親子衝突的現象。

O' Halloran 與Weimer(2005)單獨採用家族治療，將重點放在探討家人行為對症狀的影響，協助家人獲得溝通的方法，藉由分析正負向行為使家人懂得相互支持，共同面對厭食症，以幫助家人建立新的連結型態。其他的家族治療學派對厭食症的觀點及治療有不同做法，

例如：(1)脈絡治療：認為厭食症患者因限於家庭的糾結中，以厭食行為從家庭中退縮，治療方式為針對三代解開關係糾結，以獲得洞察；(2)結構派家族治療：此學派認為厭食症源於錯誤的家庭結構，用重新框視(reframing)改變引發厭食情境的意義。國內曾有用薩提爾家族治療模式對厭食症患者進行治療的研究（翁樹澍，民92），在四個月內每週一次提供家族治療給厭食症患者家庭，結果顯示可以改變家人間行為發展的順序，並且改變家人對於經驗世界賦予的意義。

除家族治療外，Treasure與Ward(1997)建議對飲食疾患的處遇應著重於提供社區的精神照護，主因是許多厭食症患者不接受住院治療，因此需加強社區照護。Treasure與Ward對住院患者的研究顯示，較年輕的病人適合做家族治療，而較年長或慢性的病人則適合個別治療。

## 五、序列的個別及團體心理治療 (sequenced individual and group psychotherapy)

Nevonen與Brobreg(2005)將飲食障礙的個別治療與團體治療效果進行比較，發現非典型的飲食障礙患者約佔飲食障礙患者的20%至61%，這些患者雖未符合飲食障礙的診斷標準，但有嚴重的困擾存在。Nevonen與Brobreg試驗了結合性的治療模式，首先對患者施以認知行為治療，接著再施以人際心理治療，且分別以個別與團體的形式進行。

團體治療是每週進行二小時，個別治療則每週進行一小時，共進行23週。認知行為治療部分強調心理教育，例如自尊、節食、身體/體重/身材、暴食、補償行為及生理反應等議題，使用的治療策略包括以自我監控表單找出不良功能的飲食型態、建立正常的飲食型態、修正扭曲的身體/體重/身材認知，以及選擇性的因應策略以及復發的預防等。而後續的人際心理治療則先找出每人在飲食障礙情境中的人際問題，例如哀傷的人際情境、人際紛爭、角色轉換、人際互動不足等。作者使用多種研究工具，包括半結構式訪談用的厭食與暴食訪談評量(Rating of Anorexia & Bulimia Interview-Revised version, RAB-R)以了解病程，其次則使用飲食障礙問卷(Eating Disorder Inventory-2, EDI-2)以評估症狀與相關的心理問題，最後則使用人際問題問卷(Inventory of Interpersonal Problems, IIP)以了解患者的人際壓力。研究結果為：後測顯示兩種處遇的復原率約只有10%，研究對象中有60%未改變飲食行為，但一年後的追蹤結果顯示有顯著的復原與減輕症狀的現象。因此Nevonen與Brobreg建議對於較嚴重的飲食障礙患者應採用個別治療，對於較明顯有人際問題者則採用團體治療為佳。

## 伍、認知治療對厭食症患者的衡鑑工具

上述研究中可見到多種衡鑑厭食症患者的工具，在治療或研究上相當有用，以下進一步介紹這些衡鑑工具。

## 一、飲食態度測驗

(Eating Attitudes Test, EAT-26)、飲食障礙問卷(Eating Disorder Inventory, EDI)、飲食障礙問卷第二版(Eating Disorder Inventory-2, EDI-2)

此三份皆為Garner發展出的評估工具。Garner(1982)最早發展出飲食態度測驗，用來評估厭食症患者相關的態度與行為，患者在李克特式六點量尺上作答，得分越高者表示越具有厭食症的症狀（但不一定是診斷）。三個分量表分別為節食(dieting)、暴食與關注食物(bulimia and food preoccupation)，以及口腔控制(oral control)。其次，Garner(1983)進一步發展出多向度厭食症與暴食症飲食障礙問卷，共八個分量表，包括想瘦的慾望(drive for thinness, DT)、暴食(bulimia, B)、對身體不滿意(body dissatisfaction, BD)、無能(ineffectiveness, I)、完美(perfection, P)、人際不信任(interpersonal distrust, ID)、內在覺察(introspective awareness, IA)，以及害怕成熟(maturity fears, MF)。此量表可測關於飲食的病態思考，但缺點是不能區分病人反應的是特定的厭食症病源學，或僅只代表一般的心理困擾。於是Garner(1991)另外發展出飲食障礙問卷第二版(Eating Disorder Inventory-2, EDI-2)以評估厭食症狀與相關的心理問題，此問卷已廣為使用。

## 二、Mizes 厭食認知量表(Mizes' Anorectic Cognition Scale, MAC)

此量表由Mizes與Klesges(1989)發展，用以評估認知的扭曲，包括嚴格的體重規範、將體重視為自尊與他人評價的基礎、將過度自我控制視為自尊的基礎，患者在李克特式五點量尺上作答，共33題，分數從33分到165分，得分越高表示有越嚴重的病態認知。

## 三、Young基模問卷(Young's Schema Questionnaire, YSQ)

這是Young(1994)發展的205題問卷，以李克特式六點量表作答，可測量16種核心信念，包括：(1)遺棄(abandonment)：相信親密關係會突然結束；(2)功能依賴/能力不足(functional dependence/incompetence)：相信個人能力不足，無法獨立；(3)缺陷/羞恥感(defectiveness/shame)：相信自己內在有缺陷；(4)情緒剝奪(emotional deprivation)：相信情感需求無法被滿足；(5)情緒抑制(emotional inhibition)：相信抑制情感可以避免不利的結果；(6)陷入(enmeshment)：因過度涉入他人的情感而缺乏個體的認同；(7)應得的權利(entitlement)：相信自己可以不考慮他人而採取行動；(8)無法達成(failure to achieve)：相信自己沒有能力表現得好；(9)不足自我控制/自我管理(insufficient self-control/self discipline)：相信自己不能控制自己的衝動或感覺；(10)不信任/虐待(mistrust/abuse)：相信自己會被他人佔便宜；(11)屈從(subjugation)：相信自己要順服他人的控制以避

免負向結果；(12)社交孤立(social isolation)：相信自己是與眾不同的，且與世界疏離；(13)自我犧牲(self sacrifice)：相信要犧牲自己的需求來幫助他人滿足他們的需求；(14)社交不理想(social undesirability)：相信自己對他人無吸引力或不被喜歡；(15)堅定的標準(unrelenting standards)：相信自己應追求某些標準，但其實是不實際的標準；(16)易受傷害(vulnerability)，相信自己無法控制災難的威脅。從這16種信念不難看出YSQ有心理計量與臨床診斷雙重的用途。

#### 四、貝克憂鬱量表第二版(The Beck Depression Inventory-Second Edition, BDI-II)

此工具由Beck、Steer、Brown在1994年修訂，國內已有中文版，可用來測量13歲以上青少年及成人憂鬱嚴重的程度，題項是以DSM-IV診斷憂鬱疾患的各項準則為基礎，總分可做為整體憂鬱程度的估計值，但臨床上使用時需留意特殊題項的得分。本量表共21題，受試者要以最近二星期以來（包括施測當天）的感受作答，以四點量表評分，總分介於0分至63分中，切截分數範圍如下：0-13分為正常範圍，14-19分為輕度憂鬱，20-28分為中度憂鬱，29-63分為重度憂鬱。由於厭食症患者可能伴隨情緒困擾，本量表可用以衡鑑厭食症患者之憂鬱情緒程度。

除了上述衡鑑工具外，其他常見的工具還有：(1)Nevonen、Broberg、Clinton與Norrin(2003)發展的厭食與暴食訪談評量(Rating of Anorexia & Bulimia

Interview-Revised version, RAB-R)：用以了解一般的飲食狀況，適合初步晤談時使用；(2)Heatherton與Polivy(1991)發展的自陳自尊量表(State Self Esteem Scale, SSES)：用以了解厭食症患者的人格狀態；(3)Robin與Foster(1989)發展的互動行為碼(Interaction Behavior Code, IBC)：用以來評估厭食症患者家庭中的互動行為，在家族治療中常使用；(4)Cooper、Cooper與Fairburn(1989)發展的飲食障礙檢驗(Eating Disorders Examination, EDE)：用以檢驗厭食症患者的飲食態度與行為；(5)Vandereycken(1992)發展的厭食行為觀察量表(Anorectic Behavior Observation Scale)：用以觀察並記錄厭食的行為。

從這九種工具可以發現，對厭食症患者的衡鑑要包含多向度，從外顯的飲食行為到內隱的飲食認知、態度、人格、自尊、認知基模等都包括。這些工具除臨床上用作衡鑑外，也可以放在對厭食症的研究中使用。

#### 陸、結語

由於心因性厭食症不易進行治療，臨床上建議需以一個治療團隊來進行，團隊中應包括內科醫師、精神科醫師、護士、營養治療師、職能治療師、心理治療師等。此外，若能納入家人成為治療的資源之一，應更能發揮效用。

整體而言認知治療在心因性厭食症上的運用已累積一些研究，未來可針對不同研究的結果作深入的統整，嘗試建立有效的治療模式，並進一步發展適用國人的厭食症衡鑑工具。

## 參考文獻

- 林維芬(民82)。進食異常的身心因素之分析與輔導。《諮商與輔導》，90，13-18頁。
- 唐子俊、唐慧芳、孫肇玢譯(民92)。《飲食疾患的團體心理治療》。台北：五南。
- 翁樹澍(民92)。薩提爾家族治療模式轉換歷程之探討—以厭食症患者的家庭為例。《朝陽人文社會學刊》，1(2)，117-168頁。
- 曾美智(民80)。飲食疾患—厭食症和暴食症。《心身醫學雜誌》，2(1)，2-12頁。
- 曾美智、柯慧貞、李明濱(民90)。中文版飲食障礙問卷之信度和效度研究。《台灣醫學》，5(4)，379-388頁。
- 潘湘如、杜明勳(民91)。飲食障礙之早期偵測。《基層醫學》，17(8)，179-184頁。
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -- Fourth Edition*. Washington, D. C.: R. R. Donnelley & Sons Company.
- Ball, J. & Mitchell, P.(2004). A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eating Disorders*, 12, 303-314.
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. N., Flett, G. L., & Remock, R. A.(2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 745-758.
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G.(1989). The validity of the Eating Disorders Examination. *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M.(1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J.(1983).Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D. M.(1991).EDI-2. Eating Disorders Inventory-2, *professional manual*. Florida: Psychology Assessment Resources.
- Heatherton, T. F., & Polivy, J.(1991). Development and validation of a scale measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 895-910.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G.(1999). Group cognitive-behavioural therapy for anorexia nervosa: A case for treatment? *European Eating Disorders Review*, 7(5),351-361.
- Meyer, C., Serpell, L., Waller, G., Murphy, F., Treasure, J., & Leung, N.(2005). Cognitive avoidance in the strategic processing of ego threats among eating disordered patients. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1),30-36.
- Mizes, J. S., & Klesges, R. C. (1989). Validity, reliability, and factor structure

- of the anorectic cognitions questionnaire. *Addictive Behavior*, *14*, 589-594.
- Morgan, H. G., & Russell, G. F.(1975). Long term outcome in anorexia nervosa: Follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, *5*, 355-371.
- Nevonen, L., Broberg, A. G., Clinton, D., & Norring, C.(2003). A measure for the assessment of eating disorders: Reliability and validity studies of the Rating of Anorexia and Bulimia Interview-revised version(RAB-R). *Scandinavian Journal of Psychology*, *44*, 301-308.
- Nevonen, L., & Broberg, A. G.(2005). A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for eating disorder not otherwise specified. *European Eating Disorders Review*, *13*, 29-37.
- O' Halloran, M. S., & Weimer, A. R.(2005). Case consultation: Changing roles: Individual and family therapy in the treatment of anorexia nervosa. *Family Journal*, *13*(2), 181-187.
- Robin, A. L., & Foster, S. L.(1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral-family systems approach*. New York: Guilford.
- Robin, A. L., Siegel, P., Koepe, T. P., Moye, A., & Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Development & Behavioural Pediatrics*, *15*, 111-116.
- Serfaty, M. A., Turkington, D., Heap, M., Ledsham, L., & Jolley, E.(1999). Cognitive therapy versus dietary counseling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Effects of the treatment phase. *European Eating Disorders Review*, *7*, 334-350.
- Treasure, J., & Ward, A.(1997). Cognitive analytical therapy in the treatment of anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *4*(1),62-71.
- Vandereycken, W.(1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatry Scandinavia*, *85*, 163-166.
- Young, J. E.(1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*(2nd ed.) Sarasota: Professional Resource Press.