

# Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane

Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews

Marcelle Barrueco Costa<sup>1</sup>, Tamara Melnik<sup>1</sup>

## RESUMO

Transtornos alimentares são doenças psiquiátricas originadas de e perpetuadas por fatores individuais, familiares e socioculturais. A abordagem psicossocial é essencial para o tratamento e a prevenção de recaídas. Apresentar uma visão geral das evidências científicas sobre a efetividade das intervenções psicossociais no tratamento de transtornos alimentares. Foram incluídas todas as revisões sistemáticas publicadas no Banco de Dados de Revisões Sistemáticas da *Cochrane Library*. Posteriormente, a partir da data menos recente destas revisões (2001), realizou-se uma busca adicional no PubMed, com estratégia de busca sensibilizada e com os mesmos descritores utilizados antes. No total, foram incluídos 101 estudos primários e 30 revisões sistemáticas (5 revisões sistemáticas da Cochrane), metanálises, diretrizes ou revisões narrativas da literatura. Os principais desfechos foram remissão de sintomas, imagem corporal, distorção cognitiva, comorbidade psiquiátrica, funcionamento psicossocial e satisfação do paciente. A abordagem cognitivo-comportamental foi o tratamento mais efetivo, principalmente para bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica e síndrome do comer noturno. Para anorexia nervosa, a abordagem familiar demonstrou maior efetividade. Outras abordagens efetivas foram psicoterapia interpessoal, terapia comportamental dialética, terapia de apoio e manuais de autoajuda. Além disso, houve um número crescente de abordagens preventivas e promocionais que contemplaram fatores de risco individuais, familiares e sociais, sendo promissoras para o desenvolvimento da autoimagem positiva e autoeficácia. São necessários mais estudos que avaliem o impacto de abordagens multidisciplinares em todos transtornos alimentares, além da relação custo-efetividade de algumas modalidades efetivas, como a terapia cognitivo-comportamental.

**Descritores:** Transtornos alimentares; Medicina baseada em evidências

## ABSTRACT

Eating disorders are psychiatric conditions originated from and perpetuated by individual, family and sociocultural factors. The psychosocial approach to treatment and prevention of relapse is crucial. To present an overview of the scientific evidence on effectiveness of psychosocial interventions in treatment of eating disorders. All systematic reviews published by the Cochrane Database of Systematic Reviews - Cochrane Library on the topic were included. Afterwards, as from the least recent date of these reviews (2001), an additional search was conducted at PubMed with sensitive search strategy and with the same keywords used. A total of 101 primary studies and 30 systematic reviews (5 Cochrane systematic reviews), meta-analysis, guidelines or narrative reviews of literature were included. The main outcomes were: symptomatic remission, body image, cognitive distortion, psychiatric comorbidity, psychosocial functioning and patient satisfaction. The cognitive behavioral approach was the most effective treatment, especially for bulimia nervosa, binge eating disorder and the night eating syndrome. For anorexia nervosa, the family approach showed greater effectiveness. Other effective approaches were interpersonal psychotherapy, dialectic behavioral therapy, support therapy and self-help manuals. Moreover, there was an increasing number of preventive and promotional approaches that addressed individual, family and social risk factors, being promising for the development of positive self-image and self-efficacy. Further studies are required to evaluate the impact of multidisciplinary approaches on all eating disorders, as well as the cost-effectiveness of some effective modalities, such as the cognitive behavioral therapy.

**Keywords:** Eating disorders; Evidence-based medicine

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; Centro Cochrane do Brasil, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Marcelle Barrueco Costa – Centro Cochrane do Brasil – Rua Borges Lagoa, 564, conjunto 63, edifício Espaço São Paulo – Vila Clementino – CEP: 04038-000 – São Paulo, SP, Brasil  
Tel.: (11) 5575-2970 – E-mail: chcoelly@gmail.com

Data de submissão: 27/3/2014 – Data de aceite: 21/5/2015

DOI: 10.1590/S1679-45082016RW3120



## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares têm diagnósticos específicos, que incluem anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP).<sup>(1)</sup> As formas subclínicas são mais frequentes em todas as faixas etárias.<sup>(2-4)</sup> Além dessas formas subclínicas, o TCAP é mais comum do que AN e BN e, devido à sua manifestação clínica específica e à forte associação com a obesidade, foi classificado como uma categoria diagnóstica na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).<sup>(1-3,5)</sup> A prevalência de TCAP nos Estados Unidos em 12 meses é de 1,6% para mulheres e de 0,8% para homens.<sup>(1)</sup> A prevalência de TCAP nos dois sexos é mais semelhante do que para AN ou BN, que predominam em mulheres jovens.<sup>(1)</sup> A prevalência de 12 meses de AN em mulheres é de cerca de 0,4% e, de BN, de 1 a 1,5%.<sup>(1)</sup>

A AN caracteriza-se por restrição da ingestão calórica, em relação ao exigido, levando a um peso corporal consideravelmente baixo; medo exagerado de ganhar peso ou de ficar gordo, ou comportamento persistente que interfira no ganho de peso; perturbação na forma como o peso ou a forma física são vivenciados; influência indevida do peso corporal ou da forma física na autoavaliação; ou não reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.<sup>(1)</sup> A BN é caracterizada por episódios repetitivos de compulsão alimentar (comer uma quantidade definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria em um período de tempo semelhante e em circunstâncias parecidas, com sensação de falta de controle), seguidos de comportamentos compensatórios (vômito, uso de laxantes e atividade física excessiva) para tentar reverter a ingestão excessiva de alimentos, bem como de perturbação na percepção da forma física e do peso, como ocorre na AN.<sup>(1)</sup> Esses episódios ocorrem, pelo menos, duas vezes por semana, durante o período mínimo de 3 meses.<sup>(1)</sup> No TCAP, ocorrem os mesmos episódios, com a mesma frequência e duração, mas os pacientes geralmente não têm comportamentos compensatórios regulares para combater o consumo excessivo de alimentos e, muitas vezes, apresentam excesso de peso ou obesidade.<sup>(1)</sup>

A outra categoria de transtornos alimentares especificada inclui sintomas alimentares que levam a um desconforto clinicamente significativo ou prejuízo da função social, mas não atendem aos critérios completos das três categorias já mencionadas (AN, BN e TCAP). Essa categoria inclui AN atípica (todos os critérios, exceto baixo peso corporal); BN de baixa frequência e/ou duração limitada; transtorno de compulsão alimentar

de baixa frequência e/ou duração limitada; transtorno de purgação (comportamentos compensatórios sem compulsão alimentar); síndrome do comer noturno (SCN – episódios recorrentes de ingestão noturna, manifestado por ingestão após o despertar do sono ou pelo consumo excessivo de alimentos após a refeição noturna).<sup>(1)</sup> A SCN pode ser distinguida da BN e do TCAP, principalmente pela falta dos comportamentos compensatórios associados para tentar reverter a ingestão excessiva de alimentos, que ocorrem na BN, e pelo horário da ingestão excessiva de alimentos (noite), diferentemente do TCAP, em que os episódios de compulsão alimentar podem ocorrer a qualquer hora do dia.<sup>(1)</sup>

As intervenções psicossociais são importantes para tratamentos efetivos de transtornos alimentares no longo prazo, já que contemplam os fatores psicológicos e sociais envolvidos no surgimento e na manutenção desses transtornos.<sup>(2,4)</sup> A terapia cognitivo-comportamental (TCC), por exemplo, foi aceita como um dos principais métodos de tratamento para transtornos alimentares.<sup>(2-4)</sup> Há fortes evidências de eficácia para sintomas de bulimia (compulsão alimentar periódica e comportamentos compensatórios) na BN e no TCAP com o uso de algumas técnicas, como a reestruturação cognitiva e regulação da alimentação.<sup>(2)</sup> O modelo de TCC para transtornos alimentares baseia-se no fato de que crenças disfuncionais (relativas à magreza e à insatisfação com a forma física e o peso corporal) levam à manutenção do comportamento alimentar anormal e a outras características associadas, como purgação e abuso de laxantes, diuréticos e pílulas emagrecedoras.<sup>(2)</sup> A TCC deve ser multimodal e incluir aconselhamento nutricional, psicoeducação, automonitoramento, bem como intervenções cognitivas e comportamentais.<sup>(2)</sup> A análise do contexto familiar é muito relevante, principalmente para crianças e adolescentes em situação de risco. Sabe-se que as intervenções que visam a melhoras rápidas e pontuais, com foco apenas no aconselhamento nutricional ou no uso de medicamentos, muitas vezes não são efetivas, sendo necessária a abordagem de fatores individuais, familiares e sociais, para que tanto a perda ou a restauração do peso, dependendo do tipo de transtornos alimentares, sejam alcançadas e mantidas.<sup>(2-4)</sup>

## OBJETIVO

Os objetivos deste artigo foram compilar os achados de trabalhos científicos relevantes, como estudos controlados randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes e revisões narrativas da literatura, para pro-

mover o conhecimento sobre a efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares ao longo do tempo, bem como evidenciar a necessidade de mais pesquisas em áreas específicas.

## MÉTODOS

### Tipo de estudo

#### Crítérios de inclusão

Estudos controlados randomizados (ECR), revisões sistemáticas (RS), metanálises (MA), diretrizes e revisões da literatura, contemplando a efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares, incluindo pacientes de todas as idades e ambos os sexos, com qualquer quadro crônico diagnosticado juntamente de transtornos alimentares, de acordo com os critérios de Russell (1979), o DSM e a Classificação Internacional de Doenças (CID), foram incluídos. Outros desenhos de estudos foram incluídos, como prevenção, coorte, relação custo-efetividade, resposta rápida e estudo-piloto, desde que estivessem de acordo com os desfechos analisados neste estudo. Os dados foram extraídos do resumo ou do texto completo, quando necessário.

Desenhos de estudos como diretrizes, relação custo-efetividade, estudos prospectivos, fatores de risco, prevenção, preditores e moderadores de resposta ao tratamento, foram incluídos, quando apropriados e relevantes para os desfechos analisados nesta pesquisa (sintomas de transtornos alimentares, funcionamento pessoal e social, comorbidades psiquiátricas, distorção cognitiva, imagem corporal, aderência e peso).

As tabelas com os achados observados foram divididas em subtipos de transtornos alimentares, e uma classificação de transtornos alimentares em geral. Essa divisão serviu para facilitar a organização da pesquisa. Na tabela geral, há estudos sobre os três tipos (AN, BN e TCAP), além das formas subclínicas.

#### Crítérios de exclusão

Trabalhos citados acima que examinavam outros tipos de intervenções (nem psicológicas, nem psicossociais), como dietas, atividade física e tratamento medicamentoso.

### Tipos de intervenções

#### Grupo experimental

Intervenções de todas as modalidades e configurações, inclusive técnicas psicológicas ou psicossociais, e suas combinações entre si ou com medicamentos.

### Grupo controle

Nenhum tratamento, lista de espera, tratamento usual (por exemplo, medida de peso e altura, e aconselhamento nutricional).

### Tipos de desfechos

#### Desfecho primário

Remissão de sintomas: de acordo com Russell (1979), DSM, CID ou escala padrão (por exemplo: *Eating Disorder Examination* – EDE e *Eating Disorder Examination Questionnaire* – EDE-Q).

Para AN: recuperação do peso em uma faixa normal (índice de massa corporal – IMC) após o fim da terapia; para BN: 100% de eliminação dos episódios de compulsão alimentar após o fim da terapia, escore médio de sintomas de bulimia ou frequência de compulsão alimentar periódica após o fim do tratamento, peso IMC. Para TCAP/transtorno alimentar não especificado (TANE): remissão dos sintomas de bulimia, peso IMC.

Imagem corporal, distorção cognitiva, sintomas psicológicos (ansiedade, depressão, sintomas obsessivos compulsivos), funcionamento psicossocial e satisfação do paciente também foram observados.

Medidas dos sintomas de transtornos alimentares usando qualquer questionário ou cronograma de entrevistas validado para transtornos alimentares, como, por exemplo, *Morgan Russell Outcome Assessment Schedule* (Morgan, 1988), *Eating Attitudes Test* (EAT; Garner, 1979), *Eating Disorders Inventory* (Garner, 1983; Garner, 1991).

#### Desfechos secundários: efeitos adversos

#### Estratégia de busca

Uma busca inicial foi feita na *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), da Biblioteca Cochrane. Os descritores utilizados foram “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa”, “*binge eating disorder*” (transtorno da compulsão alimentar periódica), “*night eating syndrome*” (síndrome do comer noturno) e “*eating disorders*” (transtornos alimentares). Todas as RS que abordavam intervenções psicológicas ou psicossociais foram incluídas.

Depois, os mesmos descritores foram pesquisados no PubMed com limites de data (2001 a outubro de 2013), pois 2001 corresponde à atualização menos recente do CDRS, e limites de tipos de estudos: ECR, RS e MA. Todos os estudos primários, RS, MA e revisões da literatura que abordavam intervenções psicológicas ou psicossociais foram incluídos. Em seguida, pesquisamos a literatura após 2001, de acordo com os tipos

de transtornos alimentares e desfechos, para obter uma visão global das evidências ao longo do tempo (antes e depois de 2001), considerando que o CDSR realiza uma pesquisa extensiva de estudos primários, inclusive da literatura não publicada, além de ensaios clínicos em andamento e anais de conferências. De forma semelhante, o banco de dados PubMed cobre uma quantidade considerável de publicações científicas. Com essas duas buscas, foi possível ter uma visão geral das técnicas psicossociais para transtornos alimentares com base nos estudos publicados ao longo do tempo, conforme demonstrado neste artigo e, principalmente, nas tabelas de resultados (Anexo 1).

Pesquisamos também dados adicionais. Em fontes de diretrizes, buscamos em *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*, *Royal College of Physicians*, *Royal College of General Practitioners*, *Royal College of Nursing*, *NHS Evidence*, *Health Protection Agency*, *Organização Mundial da Saúde*, *National Guidelines Clearinghouse*, *Guidelines International Network*, *TRIP database*, *GAIN*, *NHS Scotland National Patient Pathways*, *New Zealand Guidelines Group*, *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*, *National Health and Medical Research Council (Austrália)*, *Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)*, *British Columbia Medical Association*, *Canadian Medical Association (CMA)*, *Alberta Medical Association*, *University of Michigan Medical School*, *Michigan Quality Improvement Consortium*, *Ministério da Saúde de Singapura*, *National Resource for Infection Control*, *links de diretrizes para pacientes no Reino Unido*, *UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines*, *RefHELP NHS Lothian Referral Guidelines*, *MEDLINE (com filtro para diretrizes)*, *Driver and Vehicle Licensing Agency* e *NHS Health at Work (práticas de saúde ocupacional)*.

Como fontes de avaliação de tecnologias de saúde e análises econômicas, usamos: *Programa NIHR Health Technology Assessment*, *The Cochrane Library*, *NHS Economic Evaluations*, *Health Technology Assessments*, *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health e International Network of Agencies for Health Technology Assessment*. Como fontes de ECR, *The Cochrane Library*, *Central Register of Controlled Trials* e *MEDLINE (com filtro para ECR)*. *Bandolier*, *Drug & Therapeutics Bulletin*, *TRIP database* e *Central Services Agency COMPASS Therapeutic Notes* foram fontes de revisões baseadas em evidências e resumos de evidências; e *Department of Health* e *Health Management Information Consortium (HMIC)*, fontes de políticas nacionais.

## Seleção de revisões

Os dois autores avaliaram de forma independente os títulos e resumos encontrados no Banco de Dados de Revisões Sistemáticas da Biblioteca Cochrane e no PubMed. As diferenças foram solucionadas por meio de discussões, até que se chegasse a um consenso.

## Análise de dados

Os autores utilizaram as tabelas de extração de dados que prepararam e analisaram cada diagnóstico de transtorno alimentar separadamente, sempre que possível, já que os desfechos analisados eram diferentes para cada diagnóstico específico. Dados sobre população, intervenções e desfechos foram extraídos de forma independente e analisados qualitativamente. As diferenças foram solucionadas por meio de discussões, até que se chegasse a um consenso. Resumos de revisões narrativas individuais foram usados para apresentar os resultados. Um breve resumo das principais conclusões foi incluído na seção de discussão. Para obter mais informações sobre as técnicas psicossociais apresentadas nos quadros, consulte as tabelas de resultados no apêndice tabelas de resultados (Anexo 1).

## RESULTADOS

### Biblioteca Cochrane

Identificamos cinco RS da Cochrane sobre o tratamento de transtorno alimentar.<sup>(6-10)</sup> Os dados da última atualização e dos estudos incluídos nas RS da Cochrane são apresentados na tabela 1. As atualizações da primeira versão e das versões posteriores de cada RS da Cochrane são feitas periodicamente, podendo ou não alterar os resultados da versão atual. As principais características das RS da Cochrane são descritas no anexo 2. As intervenções psicossociais avaliadas nas RS da Cochrane foram autoajuda e autoajuda guiada para transtornos alimentares, terapia familiar e psicoterapia individual para AN, antidepressivos comparados a tratamentos psicológicos (e combinação dos dois) para BN, e tratamentos psicológicos para BN e compulsão alimentar periódica. Os resultados dos principais desfechos analisados estão descritos no anexo 3. Os resultados das cinco RS da Cochrane são limitados por suas atualizações.

### Revisões sistemáticas da Cochrane sobre anorexia nervosa

A terapia familiar demonstrou redução dos sintomas após a intervenção em dois estudos de curta duração (menos de 12 meses), em comparação ao tratamento usual. Quando comparada a intervenções psicológicas, como TCC, grupo analítico cognitivo, psicoterapia

**Tabela 1.** Revisões sistemáticas da Cochrane para o tratamento de transtornos alimentares

Revisão sistemática	Atualização	Quantidade de estudos	Número de participantes	Estudos
<b>Anorexia nervosa</b>				
<i>Family therapy for those diagnosed with anorexia nervosa.</i> Fisher et al. <sup>(6)</sup>	31 de julho de 2008	13	638	Hall, 1987; Russell, 1987; Crisp, 1991; le Grange, 1992; Robin, 1999; Eisler, 2000; Espina, 2000; Geist, 2000; Dare, 2001; Whitney unpublished, 2001; Ball, 2004; Lock, 2005; Rausch, 2006
<i>Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa.</i> Hay et al. <sup>(7)</sup>	11 de fevereiro de 2008	7	261	Channon, 1989; Treasure, 1995; Serfaty, 1999; Bachar, 1999; Dare, 2001; Bergh, 2002; McIntosh, 2005
<b>Bulimia nervosa</b>				
<i>Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa.</i> Hay et al. <sup>(8)</sup>	12 de agosto de 2001	7	343	Mitchell, 1990; Fichter, 1991; Agras, 1992; Leitenberg, 1994; Russell, 1995b; Goldbloom, 1996; Walsh, 1997
<b>Bulimia nervosa/compulsão alimentar periódica</b>				
<i>Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing.</i> Hay et al. <sup>(9)</sup>	31 de maio de 2007	48	3.054	Kirkley, 1985; Ordman, 1985; Wilson, 1986; Fairburn, 1986; Lee, 1986; Laessle, 1987; Freeman, 1988; Leitenberg, 1988; Bossert, 1989; Agras, 1989; Telch, 1990; Laessle, 1991; Fairburn, 1991; Wilson, 1991; Wolf, 1992; Griffiths, 1993; Garner, 1993; Wilfley, 1993; Thackwray, 1993; Agras, 1994; Cooper, 1995; Porzelius, 1995; Treasure, 1996; Walsh, 1997; Bulik, 1998; Peterson, 1998; Esplen, 1998; Carter, 1998; Bachar, 1999; Agras, 2000; Loeb, 2000; Nauta, 2000; Safer, 2001; Hsu, 2001; Kenardy, 2001; Telch, 2001; Wilfley, 2002; Sundgot-Borgen, 2002; Palmer, 2002; Durand, 2003; Ghaderi, 2003; Gorin, 2003; Carter, 2003; Bailer, 2003; Banasiak, 2005; Burton, 2006; Ljotsson, 2007; Munsch, 2007
<b>Transtornos alimentares</b>				
<i>Self-help and guided self-help for eating disorders.</i> Perkins et al. <sup>(10)</sup>	23 de maio de 2006	15	1.191	Huon, 1985; Treasure, 1996; Thiels, 1998; Carter, 1998; Loeb, 2000; Mitchell, 2001; Palmer, 2002; Carter, 2003; Ghaderi, 2003; Durand, 2003; Walsh, 2004; Bailer, 2004; Grilo, 2005a; Grilo, 2005b; Banasiak, 2005
Total		90	5.487	

orientada ao ego e terapia de apoio individual, não foram encontradas diferenças em quatro estudos, conforme mostrado no anexo 3. No entanto, em um estudo, comparando terapia familiar à terapia de apoio individual, os participantes foram separados por idade e duração da doença, tendo sido encontrados resultados significativos de remissão dos sintomas nos pacientes mais jovens, com idade de início abaixo dos 18 anos e menos de 3 anos de duração da doença, entre 21 participantes (Grupo 1). Os resultados também foram significativos no Grupo 1 para aumento de peso, mas os dois resultados não foram significativos após 5 anos de acompanhamento. Em outra RS da Cochrane sobre psicoterapias para AN (que inclui terapia familiar), não houve evidência suficiente em comparação com sete estudos: terapia psicanalítica focal, psicoterapia interpessoal (PTI), terapia analítica cognitiva, terapia cognitiva, TCC e terapia comportamental (TC).

## Revisões sistemáticas da Cochrane sobre bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica

### Bulimia nervosa

Quando a psicoterapia isolada foi comparada ao tratamento medicamentoso, houve maior taxa de remissão

em cinco estudos; além disso, as taxas de desistência foram maiores no grupo de antidepressivos em quatro estudos, conforme mostrado no anexo 3. Os tratamentos combinados, comparados aos medicamentos isolados, demonstraram uma maior taxa de remissão em curto prazo, em quatro estudos; além disso, a taxa de desistência foi maior para os medicamentos isolados que para os tratamentos combinados em quatro estudos. Os tratamentos combinados, quando comparados à psicoterapia isolada, demonstraram uma maior taxa de remissão; no entanto, a taxa de desistência foi maior nos tratamentos combinados que na psicoterapia isolada em seis estudos.

### Bulimia nervosa e compulsão alimentar periódica

A TCC (principalmente TCC-BN) apresentou resultados significativos de remissão em comparação a lista de espera/nenhum tratamento em 8 estudos e na média de sintomas de bulimia em 12 estudos. Além disso, a TCC demonstrou melhora nos sintomas de depressão em comparação com a lista de espera em 7 estudos, como mostrado no anexo 3. Em comparação a outras psicoterapias, PTI, TC, exposição e prevenção de resposta, terapia hipnocomportamental, terapia de apoio, tratamento comportamental para perda de peso, os re-

sultados de remissão dos sintomas favoreceram a TCC em dez estudos. Quando se consideraram apenas estudos de BN, a diferença foi significativa em sete estudos. Além disso, a TCC, comparada a outras psicoterapias (todas aquelas citadas acima, mais aconselhamento não diretivo, terapia de apoio expressiva, terapia para perda de peso), resultou em melhora significativa da média de sintomas de bulimia em 15 estudos. Outras psicoterapias demonstraram alguns benefícios, principalmente a PTI, reduzindo a compulsão alimentar periódica no longo prazo em comparação a nenhum tratamento. As abordagens de autoajuda baseada em TCC também mostraram benefícios. No entanto, na variação de peso, as psicoterapias individuais demonstraram poucas ou nenhuma redução. Apenas a TC para perda de peso demonstrou uma tendência nessa direção, em um subgrupo de pacientes com sobrepeso e TCAP.

### Revisões sistemáticas da Cochrane sobre transtornos alimentares

Nas RS da Cochrane sobre autoajuda pura e autoajuda guiada, os dois tipos demonstraram melhoras em comparação a lista de espera em dois estudos sobre outros transtornos alimentares (sem compulsão periódica ou purgação), nos sintomas psiquiátricos e na função interpessoal, conforme demonstrado no anexo 3.

### Banco de dados do PubMed

Pesquisa adicional foi feita no PubMed MESH com os termos: “*anorexia nervosa*”, “*bulimia nervosa*”, “*binge eating disorder*” (transtorno da compulsão alimentar periódica), “*night eating syndrome*” (síndrome do comer noturno) e “*eating disorders*” (transtornos alimentares). MA, ECR, RS e o intervalo de datas entre 2001 e 10/2013 foram usados como limites. No total, 716 estudos foram encontrados. Foram selecionados, para inclusão na tabela de resultados (Anexo 1), 101 estudos e 30 RS, MA ou revisões de literatura (5 RS da Cochrane). Os resultados das buscas e o número de estudos incluídos na tabela de resultados são apresentados nas tabelas 2 e 3.

**Tabela 2.** Resultados das buscas

Tipo	Cochrane Library	PubMed (desde 2001)	Total
Estudos primários	0	101	101*
Revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes ou revisões de literatura	5	25	30

\* Destes 101 estudos, 6 também foram incluídos nas revisões sistemáticas da Cochrane (Dare, 2001; Bergh, 2002; Lock, 2005; Mc Intosh, 2005; Rausch, 2006; Munsch, 2007).

**Tabela 3.** Tabela de resultados

Estudos primários			
Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Transtorno de compulsão alimentar periódica	Transtornos alimentares
19	21	26	35
Total		101	
Revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes ou revisões de literatura			
Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Transtorno de compulsão alimentar periódica	Transtornos alimentares
5 (2 CDSR)	4 (2 CDSR)	3	18 (1 CDSR)
Total		30	

CDSR: Cochrane Database of Systematic Reviews.

Estas tabelas incluem no total 101 estudos e 30 RS, MA, diretrizes, ou revisões da literatura (5 RS da Cochrane).

Os resultados foram extraídos dos resumos dos estudos. Ao todo, 19 estudos e 5 RS, MA, diretrizes ou revisões da literatura para AN (2 RS da Cochrane sobre psicoterapias); 21 estudos e 4 RS, MA, diretrizes ou revisões da literatura para BN (2 RS da Cochrane sobre psicoterapias para BN e compulsão alimentar periódica); 26 estudos e 3 RS, MA, diretrizes ou revisões de literatura para TCAP; e 35 estudos e 18 RS, MA, diretrizes ou revisões da literatura para transtornos alimentares em geral (1 RS da Cochrane sobre autoajuda) foram incluídas. Os resultados gerais dos estudos incluídos estão na tabela de resultados (Anexo 1).

### O que funciona para transtornos alimentares

Os quadros 1 a 3 mostram quais intervenções psicossociais foram testadas nos estudos incluídos. São apre-

**Quadro 1.** O que funciona, em termos de intervenções psicossociais para transtornos alimentares

Anorexia nervosa
Modelo de Maudsley de terapia familiar para adolescentes
Bulimia nervosa
TCC-BN para adultos
Psicoterapia interpessoal
Autoajuda baseada em TCC
TCC + fluoxetina
Transtornos alimentares
Autoajuda baseada em TCC
Terapia cognitivo-comportamental melhorada (TCC-M)/TCC transdiagnóstica
Transtornos de compulsão alimentar periódica
TCC-TCAP para adultos
Autoajuda baseada em TCC
Psicoterapia interpessoal
Terapia comportamental dialética TCD-TCAP

TCC-BN: terapia cognitivo-comportamental para bulimia nervosa; TCC: terapia cognitivo-comportamental; TCC-M: terapia cognitivo-comportamental melhorada; TCD-TCAP: terapia comportamental dialética para transtorno de compulsão alimentar periódica.

**Quadro 2. O que pode funcionar, em termos de intervenções psicossociais para transtornos alimentares**

Aorexia nervosa
Terapia familiar para adolescentes
Psicoterapia de apoio
TCC para prevenção de recaídas em adultos
TCC-M para adultos hospitalizados
Psicanálise focal para adultos
TCC + fluoxetina
Bulimia nervosa
TCC pela internet
TCC baseada em manual via telemedicina
Cuidados escalonados + TCC
Grupo de treinamento emocional e social da mente
Transtornos alimentares
Programa na internet para perda de peso e tratamento de atitudes/comportamentos nos transtornos alimentares em adolescentes
Terapia de prontidão e motivação
TCC para perda de peso e transtornos alimentares em crianças e adolescentes
Intervenções para o tratamento e prevenção de problemas relativos à imagem corporal e alimentação
Intervenções baseadas em dissonância cognitiva
Programa de treinamento psicoeducativo em regulação afetiva
Terapia comportamental dialética para transtornos alimentares e transtornos de abuso de substâncias concomitantes
TCC gradual ( <i>stepwise</i> ) de curta duração para baixa autoestima
Programas de alfabetização midiática
Programa de intervenção na identidade para construção de novos autoesquemas positivos
Livro de ilustrações infantis para promoção de imagem corporal positiva em crianças pequenas
Intervenções baseadas no conceito de atenção plena ( <i>mindfulness</i> )
Transtorno de compulsão alimentar periódica
TCC baseada em autoajuda
Administração de TCC para indivíduos com TCAP e sobrepeso
Intervenções motivacionais breves + autoajuda
Tratamento comportamental para perda de peso
Tratamentos combinados (TCC + medicamentos – fluoxetina, topiramato, sertralina, orlistat)

TCC: terapia cognitivo-comportamental; TCC-M: terapia cognitiva comportamental melhorada; TCAP: transtorno de compulsão alimentar periódica.

**Quadro 3. Evidência insuficiente de intervenções psicossociais em transtornos alimentares**

Aorexia nervosa
Modelo de Maudsley de terapia familiar para adultos
Intervenção de exposição terapêutica focada no consumo em refeições
Bulimia nervosa
Terapia comportamental dialética com foco no apetite
Transtornos alimentares
Assistência multidisciplinar para todos os transtornos alimentares na atenção primária
Efeitos longitudinais da exposição na mídia dos sintomas de transtornos alimentares
Transtorno de compulsão alimentar periódica
Abstinência de compulsão alimentar e perda de peso permanente

sentadas as técnicas testadas em cada subtipo de transtornos alimentares e no geral, e o nível de evidência apresentado à época. Três caixas com subdivisões foram preparadas: (1) o que funciona, ou seja, as intervenções com efetividade consistente; (2) o que pode funcionar, ou seja, intervenções com alguma efetividade; e (3) evidência insuficiente, que são as intervenções que necessitam de mais estudos com qualidade para testar (para confirmar ou não) a efetividade.

**DISCUSSÃO**

Uma limitação deste artigo foi a ausência de uma análise metodológica detalhada das investigações citadas, devido ao grande número de estudos. Além disso, foi necessário sintetizar a maior parte dos resultados obtidos. O material completo está descrito nos anexos.

Por outro lado, este apanhado de evidências científicas sobre transtornos alimentares fornece uma visão global das evidências ao longo do tempo (antes e depois de 2001), considerando que as RS da Cochrane incluem uma pesquisa extensa de estudos primários, inclusive da literatura não publicada, além de ensaios clínicos em andamento e anais de conferências, bem como PubMed, um banco de dados com alta confiabilidade e sensibilidade. Além disso, por ter sido feito um mapeamento em duas bases de dados confiáveis – a *Cochrane Library* e o PubMed, é fácil pesquisar a partir da data de busca mais recente dos estudos do PubMed (10/2013) para obter uma atualização de novas técnicas psicossociais para transtornos alimentares e conhecer sua evolução ao longo do tempo.

**Anorexia nervosa**

A psicoterapia que mostrou efetividade na AN foi a terapia familiar de curta duração, principalmente a terapia familiar de Maudsley para adolescentes.<sup>(11-21)</sup> Na abordagem de Maudsley, a família desempenha um papel fundamental na recuperação dos pacientes com anorexia.<sup>(12,13)</sup> Para adolescentes com sintomas obsessivo-compulsivos graves, a terapia familiar de longa duração pode ser mais eficaz e, quando os pais demonstram claramente um alto nível crítico em relação ao comportamento alimentar dos adolescentes, recomenda-se evitar a presença deles nas sessões inicialmente.<sup>(19,20)</sup> Para os adultos, a terapia familiar de Maudsley deve ser mais bem adaptada em novos estudos.<sup>(17)</sup> Algumas opções de psicoterapias individuais que podem funcionar para AN são psicanálise focal, TCC e psicoterapia de apoio.<sup>(18,21-24)</sup> Em um estudo multicêntrico, a psicodinâmica focal foi comparada à TCC em pacientes ambulatoriais.<sup>(25)</sup> Além disso, a TCC pode funcionar em adultos após a inter-

nação para prevenir recaídas, e em pacientes hospitalizados com AN grave.<sup>(22-26)</sup> A combinação de TCC com fluoxetina pode ajudar os pacientes que já atingiram um peso normal a conseguir mantê-lo.<sup>(27)</sup> Os melhores preditores encontrados em um estudo de manutenção de peso em pacientes de AN com peso restaurado foram o nível de restauração de peso após a conclusão do tratamento agudo e a prevenção de perda de peso imediatamente após o tratamento intensivo.<sup>(27,28)</sup> Em anorexia aguda, baixas doses de medicamentos antipsicóticos podem ajudar, principalmente para os sintomas de ansiedade e obsessão.<sup>(29)</sup> Uma terapia de exposição voltada especificamente para o consumo nas refeições foi testada, mas são necessários mais estudos para confirmar sua efetividade.<sup>(30)</sup>

### **Bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar periódica e síndrome do comer noturno**

Para BN, TCAP e formas subclínicas desses transtornos, a TCC é a psicoterapia mais efetiva na redução dos comportamentos associados, como compulsão alimentar e purgação.<sup>(9,31-33)</sup> Adaptações da TCC foram criadas especialmente para BN e TCAP (TCC-BN e TCC-TCAP).<sup>(9,31)</sup> Essas abordagens foram desenvolvidas para adultos, mas é possível que sejam efetivas em adolescentes mais velhos.<sup>(15)</sup>

A PTI também é efetiva na redução de sintomas, principalmente no longo prazo.<sup>(9,31,33)</sup> As abordagens de terapia familiar demonstraram benefícios em pacientes adolescentes com bulimia, embora pareçam mais efetivas em indivíduos com menos psicopatologia associada.<sup>(24)</sup> Ademais, a fluoxetina é efetiva para aliviar os sintomas da BN em curto prazo.<sup>(8,24,32)</sup> A TCC pode ser oferecida como autoajuda (guiada ou não), e também em diferentes formatos, como *software*, CD-ROM, internet, e-mail, telemedicina, telefone, ou mensagens instantâneas (SMS).<sup>(34-41)</sup> Algumas estratégias estão sendo desenvolvidas para aumentar a efetividade das intervenções psicossociais, como devolutivas após as intervenções, contato via SMS e mensagens de texto.<sup>(38,39)</sup> Além disso, a TC dialética também é eficaz para ambos (TCD-BN e TCD-TCAP).<sup>(24,42,43)</sup> A TCD é uma abordagem que visa reduzir a compulsão alimentar, melhorando, ao mesmo tempo, as habilidades adaptativas de regulação emocional.<sup>(24,42,43)</sup>

A nova versão “melhorada” do tratamento (TCC-M) é uma abordagem desenvolvida para todos os transtornos alimentares e formas subclínicas, elaborada a partir da TCC-BN e que leva em conta a perspectiva transdiagnóstica desses transtornos.<sup>(2)</sup> Em outras palavras, essa versão aborda todos os transtornos alimentares que

compartilham a mesma psicopatologia cognitiva central – sobrevalorização da forma física e do peso, o que as distingue de outros transtornos psiquiátricos e é responsável pela manutenção dos transtornos alimentares.<sup>(2)</sup> O termo “melhorada” foi usado porque descreve de forma abrangente algumas estratégias para aumentar adesão e obter melhores desfechos, ao lidar com problemas de intolerância de humor, perfeccionismo, baixa autoestima e dificuldades interpessoais.<sup>(2)</sup>

Há um número crescente de estudos que abordam a associação entre controle de peso e transtornos alimentares, principalmente em TCAP.<sup>(34)</sup> O tratamento comportamental para perda de peso é o único que pode funcionar para perda de peso.<sup>(9)</sup> Pacientes com TCAP geralmente não apresentam comportamentos compensatórios regulares para combater o consumo excessivo de alimentos, como na BN, e frequentemente sofrem com sobrepeso ou obesidade.<sup>(1)</sup> Devido à prevalência entre os transtornos alimentares e sua forte associação com a obesidade, o TCAP é apresentado no DSM-V como uma categoria diagnóstica separada e não mais um TANE, o que facilita sua identificação e tratamento.<sup>(1)</sup> Pode ser necessário combinar intervenções psicossociais e medicamentos para obter tanto perda de peso quanto redução da compulsão alimentar e de possíveis sintomas de depressão e ansiedade. Alguns tratamentos combinados utilizam os seguintes medicamentos: fluoxetina, topiramato, sertralina e orlistat.<sup>(29,44)</sup> Esses tratamentos combinados demonstraram redução de peso no curto prazo, apesar da ocorrência de alguns efeitos colaterais.<sup>(29)</sup>

Ainda, há uma nova constelação de sintomas alimentares com dados suficientes para serem incluídos como quadros clínicos no DSM-V, que apresentam forte associação com a obesidade na SCN, conforme mencionado na seção de quadros alimentares e de ingestão não previamente classificados (*Feeding and Eating Conditions Not Elsewhere Classified*).<sup>(1)</sup> A SCN se manifesta com episódios recorrentes de ingestão noturna, geralmente após o despertar do sono, ou consumo excessivo de alimentos após a refeição da noite.<sup>(1)</sup> Os pacientes têm consciência e lembrança do episódio.<sup>(1)</sup> A SCN tem associação positiva com eventos estressores, e quanto maior o grau de obesidade, maior a probabilidade de desenvolvimento dessa síndrome.<sup>(1)</sup> Existe também indicação de correlação significativa entre a SCN e distúrbios do sono, ansiedade e depressão. Para SCN, um estudo piloto demonstrou que a TCC pode funcionar na redução do número de ingestões noturnas e na quantidade de calorias ingeridas após o jantar.<sup>(45)</sup> Estratégias comportamentais e relaxamento breve também podem funcionar para redução dos sintomas da SCN.<sup>(45)</sup>

## Transtornos alimentares

São necessários mais estudos sobre transtornos alimentares envolvendo intervenções e técnicas de prevenção, além de fatores de risco como preocupação com forma física, peso e alimentação, bem como perturbação da imagem corporal e internalização de padrões midiáticos, que incluam ambos os sexos e todas as idades, já que os estudos atuais incluem pouquíssimos homens e normalmente se restringem aos adolescentes mais velhos e adultos.<sup>(4,15)</sup>

Além disso, foram encontrados estudos sobre a construção de esquemas positivos de autoimagem e sobre aspectos gerais em mulheres adultas (além de crianças e adolescentes), que poderiam ser incluídos no currículo escolar para evitar o desenvolvimento de transtornos alimentares e disfunções mentais relativas ao corpo, a comportamentos alimentares e à autoeficácia.<sup>(4,15)</sup>

Finalmente, é preciso melhorar a divulgação das intervenções efetivas para transtornos alimentares oferecidas por profissionais de saúde não especializados, com o objetivo de promover um atendimento multiprofissional, principalmente na atenção primária, considerando-se que muitos pacientes com transtornos alimentares não recebem tratamento adequado ou procuram intervenções para perda de peso, no caso de BN, TCAP e formas subclínicas.<sup>(4,9)</sup>

## CONCLUSÃO

Os estudos incluídos mostraram que a abordagem cognitivo-comportamental é a modalidade de intervenção psicológica mais efetiva. Outras intervenções que demonstraram efetividade foram a terapia comportamental dialética, terapia interpessoal, intervenções de base familiar e terapias de apoio. A autoajuda baseada em manual é uma intervenção frequentemente efetiva, e pode ser oferecida de diferentes formas para prevenção e tratamento dos transtornos alimentares.

O transtorno da compulsão alimentar periódica deve ser tratado como uma categoria distinta de transtorno alimentar, conforme o DSM-V, e a síndrome do comer noturno como um grupo de sintomas alimentares significativos.

A efetividade das intervenções psicossociais para transtornos alimentares pode variar, dependendo das características clínicas dos pacientes, como o nível de cronicidade e as comorbidades biológicas e psicossociais. Há um número crescente de intervenções que incluem sintomas de transtornos alimentares relativos à imagem corporal, preocupação com a forma física e o peso, autoestima, bem como sintomas de ansiedade e depressão, o que aumenta a aplicabilidade dos resultados de estudos na prática clínica.

Considerando-se a etiologia multifatorial dos transtornos alimentares e a alta prevalência das formas subclínicas, cada vez mais estudos incluem intervenções para prevenir o desenvolvimento desses transtornos por meio da abordagem de fatores de risco individuais, familiares e sociais. Além disso, devem-se promover abordagens que visam construir esquemas positivos relativos ao autoconceito e à autoimagem.

Para pesquisas futuras, é importante disseminar o conhecimento das técnicas de intervenções cognitivo-comportamentais e outras abordagens psicossociais para transtornos alimentares a diferentes profissionais, em diferentes cenários, para facilitar o uso de abordagens multidisciplinares. São necessários novos estudos que analisem a relação custo-efetividade da terapia cognitivo-comportamental e da terapia comportamental para perda de peso. Também são necessários estudos de intervenções psicossociais para a síndrome do comer noturno, devido aos sintomas alimentares clinicamente significativos desse quadro. O impacto dos meios de comunicação também deve ser investigado em mais estudos longitudinais.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychological Association (APA), editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
2. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Wilson GT. Transtorno da alimentação: um protocolo transdiagnóstico. In: Barlow DH, editor. Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo. 4a ed. Traduzido por Roberto Catalado Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 577-614.
3. Oliveira IT. Transtornos alimentares em crianças e adolescentes: intervenções preventivas e psicoterapêuticas. In: Melnik T, Atallah A, editors. Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia. São Paulo: Santos; 2011. p. 67-82.
4. Cahn SC, McFillin RK. Eating disorders. In: DiTomasso RA, Golden BA, Morris HJ, editors. Handbook of cognitive-behavioral approaches in primary care. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 501-23.
5. Palavras MA, Kaio GH, Mari Jde J, Claudino AM. Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33 Suppl 1:S81-108. Review.
6. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(4):CD004780. Review.
7. Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben-Tovim D, Yong PY. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003909. Review.
8. Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(4):CD003385. Review.
9. Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):CD000562. Review.
10. Perkins SJ, Murphy R, Schmidt U, Williams C. Self-help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(3):CD004191. Review.
11. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44(12):1047-56.

12. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Dare C. Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. New York: Guildford Publications, Inc; 2001.
13. Le Grange D, Binford R, Loeb KL. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44(1):41-6.
14. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2013;46(1):3-11. Review.
15. Keel PK, Haedt A. Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(1):39-61.
16. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1025-32.
17. Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, et al. A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS One*. 2012;7(1): e28249.
18. Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, Sternheim L, Startup H, McIntosh V, et al. Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012;201(5):392-9.
19. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(7):632-9.
20. Eisler I, Simic M, Russell GF, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(6):552-60.
21. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry*. 2001;178:216-21.
22. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):2046-9.
23. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007;40(4):310-20. Review.
24. Varchol L, Cooper H. Psychotherapy approaches for adolescents with eating disorders. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(4):457-64. Review.
25. Wild B, Friederich HC, Gross G, Teufel M, Herzog W, Giel KE, et al. The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa - a randomized controlled trial. *Trials*. 2009;10:23.
26. Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82(6):390-8.
27. Kaplan AS, Walsh BT, Olmsted M, Attia E, Carter JC, Devlin MJ, et al. The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2009;39(6):1037-45.
28. Yu J, Stewart Agras W, Halmi KA, Crow S, Mitchell J, Bryson SW. A 1-year follow-up of a multi-center treatment trial of adults with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2011;16(3):e177-81.
29. Hay PJ, Claudino AM. Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012;15(2):209-22. Review.
30. Steinglass J, Sysko R, Schebendach J, Broft A, Strober M, Walsh BT. The application of exposure therapy and D-cycloserine to the treatment of anorexia nervosa: a preliminary trial. *J Psychiatr Pract*. 2007;13(4):238-45.
31. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2004.
32. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007;40(4):321-36. Review.
33. Spielmans GI, Benish SG, Marin C, Bowman WM, Menster M, Wheeler AJ. Specificity of psychological treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder? A meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(3):460-9.
34. Shapiro JR, Reba-Harrelson L, Dymek-Valentine M, Woolson SL, Hamer RM, Bulik CM. Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive-behavioural treatment for binge-eating disorder. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15(3):175-84.
35. Mitchell JE, Crosby RD, Wonderlich SA, Crow S, Lancaster K, Simonich H, et al. A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther*. 2008;46(5):581-92.
36. Sánchez-Ortiz VC, Munro C, Stahl D, House J, Startup H, Treasure J, et al. A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychol Med*. 2011;41(2):407-17.
37. Carrard I, Rouget P, Fernández-Aranda F, Volkart AC, Damoiseau M, Lam T. Evaluation and deployment of evidence based patient self-management support program for Bulimia Nervosa. *Int J Med Inform*. 2006;75(1):101-9.
38. Schmidt U, Landau S, Pombo-Carril MG, Bara-Carril N, Reid Y, Murray K, et al. Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2006;45(Pt 1):111-21.
39. Bauer S, Okon E, Meermann R, Kordy H. Technology-enhanced maintenance of treatment gains in eating disorders: efficacy of an intervention delivered via text messaging. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(4):700-6.
40. Lynch FL, Striegel-Moore RH, Dickerson JF, Perrin N, Debar L, Wilson GT, et al. Cost-effectiveness of guided self-help treatment for recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(3):322-33.
41. Crow SJ, Mitchell JE, Crosby RD, Swanson SA, Wonderlich S, Lancaster K. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther*. 2009;47(6):451-3.
42. Robinson AH, Safer DL. Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: results from a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2012;45(4):597-602.
43. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther*. 2010;41(1):106-20. Erratum in: *Behav Ther*. 2010;41(3):432. Robinson, Athena Hagler [added].
44. Grilo CM, Masheb RM. Rapid response predicts binge eating and weight loss in binge eating disorder: findings from a controlled trial of orlistat with guided self-help cognitive behavioral therapy. *Behav Res Ther*. 2007;45(11):2537-50.
45. Berner LA, Allison KC. Behavioral management of night eating disorders. *Psychol Res Behav Manag*. 2013;6:1-8.

**Anexo 1. Tabela de resultados - Anorexia nervosa**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. <i>Psychother Psychosom.</i> 2013;82(6):390-8.	Comparar os efeitos imediatos e a longo prazo de dois programas de TCC para pacientes hospitalizados: um focado exclusivamente nas características do TA do paciente, e outro focado também na intolerância de humor, perfeccionismo clínico, baixa autoestima central ou dificuldades interpessoais. Ambos os programas foram derivados da TCC-M para TA. Foram randomizados para os dois programas de TCC-M na internação, ambos envolvendo 20 semanas de tratamento, 80 pacientes consecutivos com AN grave.	Dos pacientes elegíveis, 81% aceitaram a TCC-M na internação, dos quais 90% concluíram as 20 semanas de tratamento. Os pacientes em ambos os programas demonstraram melhoras consideráveis em peso, TA e psicopatologia geral. Ocorreu deterioração após a alta, mas esta não foi acentuada e ficou restrita aos primeiros 6 meses. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os efeitos dos dois programas.	Estes achados indicam que ambas as versões de TCC-M na internação são bem aceitas por esses pacientes com doença grave e podem ser um tratamento viável e promissor para AN grave. Parece não haver nenhuma vantagem em se utilizar a forma mais complexa do tratamento.
Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, Sternheim L, Startup H, McIntosh V, et al. Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. <i>Br J Psychiatry.</i> 2012;201(5):392-9.	Avaliar a eficácia e a aceitação de uma nova terapia psicológica para AN (AN), o MANTRA, comparado ao SSCM. Foram recrutados em um serviço especializado em TA do Reino Unido 72 pacientes ambulatoriais adultos com AN ou TA não especificado.	No início do estudo, os pacientes randomizados para MANTRA mostraram-se significativamente menos propensos a estar em um relacionamento amoroso, em comparação aos tratados com SSCM (3/34 <i>versus</i> 10/36; $p < 0,05$ ). Os pacientes em ambos os tratamentos melhoraram significativamente, tanto em relação ao TA quanto a outros desfechos, sem diferenças entre os grupos. As taxas de recuperação com definição rigorosa foram baixas. Os pacientes de MANTRA tiveram probabilidade significativamente maior de requerer tratamentos adicionais com internação ou hospital-dia, em comparação aos pacientes tratados com SSCM (7/34 <i>versus</i> 0/37; $p = 0,004$ ).	Adultos com AN são um grupo difícil de tratar. O desequilíbrio entre os grupos, em termos de relacionamentos amorosos, pode explicar as diferenças na utilização dos serviços, em favor do SSCM. Este estudo confirma que o SSCM é um tratamento útil para pacientes ambulatoriais com AN. O novo tratamento, MANTRA, talvez precise de adaptações para que se explore totalmente seu potencial neste grupo de pacientes.
Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, et al. A Randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. <i>PLoS One.</i> 2012;7(1):e28249.	Comparar dois programas de tratamento multidimensional ambulatorial pós-hospitalização para adolescentes com AN grave: TU comparado à combinação de TU+FT.	Aos 18 meses de acompanhamento, detectou-se um efeito de grupo significativo para a categoria de desfecho de Morgan e Russell, em favor do programa com TF (intenção de tratamento: TU+FT: 12/30 (40%); TU: 5/29 (17,2%); $p = 0,05$ ; pela análise do protocolo: respectivamente 12/26 (46,2%); 4/27 (14,8%); $p = 0,01$ ). Efeitos de grupo semelhantes foram observados em relação à obtenção de peso saudável (ou seja, IMC $\geq$ percentil 10) e condição menstrual.	A adição a um programa multidimensional de sessões de TF, com foco na dinâmica intrafamiliar e não em sintomas alimentares, melhora a eficácia do tratamento em garotas com AN grave.
Yu J, Stewart Agras W, Halmi KA, Crow S, Mitchell J, Bryson SW. A 1-year follow-up of a multi-center treatment trial of adults with anorexia nervosa. <i>Eat Weight Disord.</i> 2011;16(3):e177-81.	Examinar a manutenção de recuperação após o tratamento em uma população de adultos com AN. Acompanhamento de 1 ano em um estudo clínico randomizado com 122 participantes tratados com: TCC, terapia farmacológica (fluoxetina) ou combinação (TCC + fluoxetina) por 12 meses. Os participantes foram avaliados no início do estudo, final do tratamento, e no acompanhamento.	Os 52 participantes concluíram o acompanhamento. A média de peso aumentou entre o fim do estudo e o acompanhamento. Dos indivíduos que recuperaram o peso após o fim do tratamento, 75% mantiveram essa recuperação no acompanhamento. A recuperação da psicopatologia do TA ficou estável entre o fim do tratamento e o acompanhamento, e 40% dos participantes tiveram um escore global normal para o EDE. Utilizando critérios mais rigorosos de recuperação, apenas 21% dos concluintes se recuperaram.	Os resultados sugerem que, embora adultos com AN melhorem com o tratamento e mantenham essa melhora durante o acompanhamento, a maioria não se recupera. Além disso, são necessárias mais pesquisas para compreender os obstáculos para a conclusão do tratamento e da avaliação.
Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CM, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. <i>Int J Eat Disord.</i> 2010;44(7):647-54.	Avaliar a eficácia de longo prazo de três psicoterapias para AN. Total de 56 mulheres com AN amplamente definida, que haviam participado de um ECR comparando psicoterapias especializadas (TCC e PTI) a uma condição de controle (SSCM), com avaliação de acompanhamento de longo prazo (média de 6,7 anos $\pm$ 1,2).	Da amostra original, 43 mulheres participaram da avaliação de acompanhamento de longo prazo (77%). Foram identificados padrões de recuperação significativamente diferentes para as psicoterapias ao longo do tempo quando se mediu o desfecho global primário. Embora o SSCM tenha sido associado a uma resposta mais rápida em comparação à PTI, os três tratamentos não apresentaram diferenças no acompanhamento.	Neste estudo, são examinadas criticamente as possíveis implicações do momento das intervenções na qualidade da resposta aos tratamentos.

continua...

...Continuação

**Anexo 1. Tabela de resultados - Anorexia nervosa**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(10):1025-32.	Avaliar a eficácia relativa do TBF e TFA para adolescentes com AN em remissão completa. Total de 121 participantes, entre 12 e 18 anos, com diagnóstico de AN baseado no DSM-IV, exceto pelo requisito de amenorreia. Vinte e quatro horas de tratamento ambulatorial com TBF ou TFA ao longo de 12 meses. Os participantes foram avaliados no início e no fim do tratamento, bem como aos 6 e 12 meses de acompanhamento pós-tratamento.	Não houve diferenças na remissão completa entre as abordagens no fim do tratamento. No entanto, tanto aos 6 quanto aos 12 meses de acompanhamento, a TBF foi significativamente superior à TFA para esse parâmetro. A TBF foi significativamente superior para a remissão parcial no fim do tratamento, mas não no acompanhamento. Além disso, o percentil do IMC no fim do tratamento foi significativamente superior para a TBF, mas este efeito não foi constatado no acompanhamento. O grupo de TBF também apresentou maiores alterações no escore do EDE no fim do tratamento do que o grupo de TFA, mas não foram observadas diferenças no acompanhamento.	Embora a TBF e a TFA tenham levado a uma melhora considerável, e tenham sido efetividade semelhante na produção de remissão completa no fim do tratamento, a TBF foi mais efetiva na facilitação de remissão completa nas duas avaliações de acompanhamento.
Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, et al. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. Health Technol Assess. 2010;14(15):1-98.	Avaliar a eficácia clínica e relação custo-eficácia de tratamentos com ou sem internação, e de tratamento generalista (rotina) em SSMCA comparado a tratamento especializado para jovens com AN. Total de 167 jovens (idade média de 14 anos e 11 meses) foram randomizados e 48 foram acompanhados como grupo preferencial. Os pacientes randomizados foram alocados para tratamento com internação em uma de quatro unidades com experiência considerável no tratamento de AN, programa ambulatorial especializado oferecido em um de dois centros, ou TU em um serviço SSMCA geral comunitário.	Dos 167 pacientes randomizados, 65% aderiram ao tratamento alocado. A adesão foi menor para o tratamento com internação (49%) do que para o tratamento generalista em SSMCA (71%) ou tratamento ambulatorial especializado (77%) ( $p=0,013$ ). Houve melhora significativa em todos os grupos e em todas as avaliações, sendo que a proporção de pacientes com bons resultados foi de 19% em 1 ano, 33% em 2 anos e 64% (dos que foram acompanhados) em 5 anos. A análise não demonstrou nenhuma diferença na eficácia dos tratamentos com ou sem internação, e nem entre os tratamentos especializado e generalista, em nenhuma avaliação, quando se consideraram as características basais. Os tratamentos especializados apresentaram uma melhor relação custo-efetividade quando comparados aos tratamentos generalistas, e o tratamento ambulatorial apresentou melhor relação custo-efetividade que o tratamento com internação. A satisfação dos pais com o tratamento foi boa no geral, embora tenha sido melhor com o tratamento especializado em comparação ao generalista. A satisfação dos jovens foi mais variada, mas novamente foi melhor com o tratamento especializado, inclusive o tratamento com internação.	Este estudo fornece pouco respaldo para tratamentos psiquiátricos com internações longas, tanto do ponto de vista clínico quanto econômico. O tratamento ambulatorial, complementado por internações (médicas) breves para correção de complicações agudas, seria uma abordagem preferível. O tratamento generalista em SSMCA, entretanto, pode ser útil para tratar casos mais leves. Pesquisas futuras devem focar nos componentes específicos das terapias psicológicas ambulatoriais. Embora os TBF estejam bem estabelecidos, os estudos não determinaram sua efetividade em comparação a terapias psicológicas individuais de boa qualidade, e a combinação de abordagens individuais e familiares ainda não foi testada.
Roots P, Rowlands L, Gowers SG. User satisfaction with services in a randomised controlled trial of adolescent anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev. 2009;17(5):331-7.	Avaliar a satisfação dos jovens e dos pais com tratamento ambulatorial generalista em SSMCA, tratamento ambulatorial especializado e tratamento com internação, recebidos em um grande ECR. Análise quantitativa e qualitativa dos dados de questionários de 215 jovens e seus pais, seguida por grupos focais para continuar a explorar temas emergentes.	Foram relatados altos níveis de satisfação, mais entre os pais do que entre os jovens, e mais com os serviços especializados. Tanto os jovens quanto os cuidadores valorizaram bastante os relacionamentos clínicos que envolviam serem ouvidos e compreendidos. Eles valorizaram a experiência dos especialistas, mais do que os serviços generalistas do SSMCA. As visões sobre a influência de outros jovens em unidades de internação foram polarizadas. Os pais valorizaram particularmente o suporte para eles mesmos, tanto de profissionais quanto de outros pais, e sentiram que faltava esse tipo de suporte, assim como suporte para irmãos e irmãs.	Todos os serviços abrangentes do SSMCA conseguem oferecer as habilidades psicoterapêuticas gerais e de boa qualidade que são tão valorizadas pelos pais e pelos jovens. No entanto, os SSMCA têm dificuldade de oferecer o nível de especialização exigido, assim como intervenções terapêuticas individuais e familiares mais especializadas.
Kaplan AS, Walsh BT, Olmsted M, Attia E, Carter JC, Devlin MJ, et al. The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. Psychol Med. 2009;39(6):1037-45.	Identificar variáveis que pudessem prever o sucesso da manutenção do peso entre adolescentes com AN após a restauração do peso. Total de 93 pacientes de AN tratados em dois locais (Toronto e Nova Iorque), com internação total ou parcial, atingiram um peso minimamente normal e foram então randomizados para receber fluoxetina ou placebo, juntamente de TCC por 1 ano. As variáveis clínicas, demográficas e psicométricas foram avaliadas após a restauração do peso, antes da randomização, e foram examinados supostos preditores de sucesso da manutenção do peso após 6 e 12 meses.	Um IMC mais elevado e uma taxa mais baixa de perda de peso foram associados a uma maior probabilidade de manter um IMC normal após 6 e 12 meses. Um preditor adicional de manutenção do peso foi o local; os pacientes de Toronto se saíram melhor que os de Nova Iorque. Este estudo concluiu que os melhores preditores de manutenção de peso em pacientes com AN após restauração do peso, ao longo de 6 e 12 meses, foram o nível de restauração peso na conclusão do tratamento agudo e a prevenção da perda de peso imediatamente após o tratamento intensivo.	Esses resultados sugerem que o desfecho pode ser melhor quando se atinge um IMC mais elevado durante os programas de tratamento estruturados e quando se consegue prevenir a perda de peso imediatamente após a alta desses programas.

continua...

...Continuação

**Anexo 1. Tabela de resultados - Anorexia nervosa**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Wild B, Friederich HC, Gross G, Teufel M, Herzog W, Giel KE, et al. The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa—a randomized controlled trial. <i>Trials</i> . 2009;10:23.	O objetivo deste estudo multicêntrico é avaliar a eficácia de dois tratamentos ambulatoriais padronizados para pacientes com AN: PTF e TCC. Cada abordagem terapêutica é comparada a um grupo controle com “tratamento usual”. Total de 237 pacientes que atenderam aos critérios de elegibilidade e foram randomizados igualmente em três grupos - dois grupos de intervenção (TCC e PTF) e um grupo controle. Peso corporal, sintomas relacionados ao TA e variáveis de aliança terapêutica são medidos no decorrer do tratamento.	Protocolo do estudo: o desenho do estudo soluciona as desvantagens de estudos anteriores, porque se trata de um desenho controlado randomizado, com um tamanho grande de amostra, critérios de inclusão adequados, protocolo de tratamento adequado, e uma separação clara das condições de tratamento para evitar contaminação. No entanto, o estudo ainda precisa lidar com as dificuldades específicas da psicopatologia da AN. O protocolo de tratamento permite lidar com as complicações médicas que normalmente ocorrem, sem precisar retirar pacientes do protocolo.	
Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. <i>Br J Psychiatry</i> . 2007;191:427-35.	Avaliar a efetividade de três tratamentos prontamente oferecidos pelo NHS para adolescentes (entre 12-18 anos) com AN. Estudo multicêntrico controlado randomizado de 167 jovens, comparando tratamento com internação, tratamento ambulatorial especializado, ou tratamento geral de SSMCA.	Todos os grupos apresentaram progresso considerável após 1 ano, com melhora adicional até 2 anos. As taxas de recuperação total foram baixas (33% em 2 anos, 27% ainda com AN). A adesão ao tratamento com internação foi de apenas 50%. A terapia com internação e a ambulatorial especializada não demonstraram vantagens em relação ao tratamento geral no SSMCA com base na intenção de tratamento, embora alguns pacientes ambulatoriais do SSMCA tenham sido posteriormente internados por motivos clínicos. O tratamento com internação (randomizado ou após transferência do ambulatório) não resultou em bom prognóstico.	O tratamento psiquiátrico com internação como primeira linha não apresenta vantagens em relação ao tratamento ambulatorial. Os pacientes que falharam no tratamento ambulatorial apresentam resultados muito ruins quando encaminhados para internação.
Steinglass J, Sysko R, Schebendach J, Broft A, Strober M, Walsh BT. The application of exposure therapy and D-cycloserine to the treatment of anorexia nervosa: a preliminary trial. <i>J Psychiatr Pract</i> . 2007;13(4):238-45.	Examinar a utilidade e a segurança de uma intervenção com terapia de exposição e DCS em uma população de pacientes com AN. Onze participantes concluíram uma série de 6 refeições laboratoriais, incluindo refeições de teste pré- e pós-exposição, e 4 sessões de exposição. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente para receber DCS ou placebo no modo duplo-cego antes de cada uma das 4 sessões de exposição. Os resultados foram comparados aos dados de um grupo de pacientes previamente estudados que tinham recebido o TU.	A ingestão calórica total aumentou significativamente desde a primeira refeição até a refeição pós-teste nos pacientes que receberam a intervenção com terapia de exposição. A ingestão calórica não aumentou significativamente no grupo de comparação.	Os dados sugerem que uma intervenção com terapia de exposição especificamente voltada para o consumo de refeições pode ser útil para aumentar a ingestão em uma refeição de teste.
Eisler I, Simic M, Russell GF, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. <i>J Child Psychol Psychiatry</i> . 2007;48(6):552-60.	Verificar o impacto a longo prazo de duas formas de intervenção familiar ambulatorial previamente avaliadas em um ECR. Um acompanhamento de 5 anos foi realizado em uma coorte de 40 pacientes que receberam TFC ou TFS. Todos os pacientes foram rastreados e 38 concordaram em ser reavaliados.	No geral, os 2 tratamentos não se diferenciaram muito após 5 anos, sendo que mais de 75% dos indivíduos não apresentavam sintomas de TA. Não houve óbitos na coorte e apenas 8% dos que tinham alcançado um peso saudável até o fim do tratamento relataram qualquer tipo de recaída. A única diferença entre os tratamentos foi em pacientes de famílias com níveis elevados de julgamento crítico materno. Este grupo de pacientes teve piores resultados no final do tratamento quando submetidos a encontros familiares conjuntos. No seguimento, essa diferença continuou evidente, conforme demonstrado pela falta relativa de ganho de peso desde a conclusão do tratamento ambulatorial.	Este estudo confirma a eficácia da terapia familiar para AN em adolescentes, mostrando que aqueles que respondem bem à intervenção familiar ambulatorial geralmente mantêm os resultados. O estudo fornece suporte adicional para se evitar o uso de reuniões familiares conjuntas, pelo menos no início do tratamento, quando os níveis de julgamento crítico dos pais for evidentemente elevado.
Rausch Herscovici C. [Luch session, weight gain and their interaction with the psychopathology of anorexia nervosa in adolescents]. <i>Vertex</i> . 2006;17(65):7-15. Spanish.	Avaliar a efetividade da IRF no ganho de peso. No momento da admissão, 12 adolescentes diagnosticados com AN foram randomizados em 2 grupos de terapia ambulatorial de base familiar, tratados durante 6 meses e acompanhados após 12 meses.	Ambos tratamentos produziram melhora considerável e comparável em parâmetros biológicos e psicológicos gerais. Embora a IRF não pareça ter tido um efeito significativo no ganho de peso, os resultados sugerem que um benefício diferencial pode ser observado nos pacientes intratáveis com maior psicopatologia e comportamento de autoaniquilação.	A constatação de que a recuperação de peso não foi associada ao desfecho psicológico geral nos pacientes com mais comorbidades psiquiátricas sugere a necessidade de cautela ao se priorizar os objetivos clínicos.

continua...

...Continuação

**Anexo 1. Tabela de resultados - Anorexia nervosa**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. <i>Am J Psychiatry</i> . 2005;162(4):741-7.	Examinar a eficácia da TCC e PTI para AN. Um total de 56 mulheres com AN diagnosticadas com base em critérios de peso mais rigorosos ou mais flexíveis foram randomizadas para três tratamentos. Dois eram psicoterapias especializadas (TCC e PTI), e um era um tratamento de controle - TCSNE.	Para o grupo total do estudo (grupo de intenção de tratamento), houve diferença significativas entre as terapias na avaliação do desfecho global primário. O TCSNE foi superior à PTI, enquanto a TCC foi intermediária, ou seja, não foi pior que o TCSNE e nem melhor que a PTI. Para as mulheres que concluíram a terapia, o TCSNE foi superior às duas terapias especializadas.	A constatação de que o TCSNE foi superior às psicoterapias mais especializadas (TCC e PTI) foi contrária à hipótese primária e contestou suposições relativas aos ingredientes que levam efetivamente ao sucesso dos tratamentos para AN.
Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. <i>Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2005;44(7):632-9.	A pesquisa sugere que o tratamento familiar pode ser eficaz para adolescentes com AN. Este estudo foi desenhado para determinar a duração ideal da TF. Foram randomizados para tratamento de curto prazo (10 sessões ao longo de 6 meses) ou de longo prazo (20 sessões ao longo de 12 meses) 86 adolescentes (12-18 anos) com diagnóstico de AN, e avaliados no final do primeiro ano com base no EDE.	Uma análise de intenção de tratamento não identificou diferenças significativas entre os grupos de tratamento de curto e longo prazo. Análises retrospectivas sugerem que indivíduos com características obsessivo-compulsivas graves relacionadas à alimentação, ou que provêm de famílias não intactas respondem melhor ao tratamento de longo prazo.	Um curso breve de terapia familiar parece ser tão eficaz quando um curso de longo prazo para adolescentes com AN de curta duração. No entanto, há indicações de que aqueles com pensamento obsessivo-compulsivo grave associado à alimentação e provenientes de famílias não intactas se beneficiam mais com tratamento de longo prazo.
Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. <i>Am J Psychiatry</i> . 2003;160(11):2046-9.	Avaliar a TCC como tratamento pós-hospitalização para AN em adultos. Após a hospitalização, 33 pacientes com aconselhamento nutricional segundo o DSM-IV foram randomizados para 1 ano de TCC ambulatorial ou aconselhamento nutricional.	O grupo que recebeu aconselhamento nutricional apresentou recaída significativamente mais cedo e uma taxa mais elevada do que o grupo que recebeu TCC (53% versus 22%). A taxa geral de falha do tratamento (recaída e desistência combinadas) foi significativamente menor para TCC (22%) do que para aconselhamento nutricional (73%). Os critérios de "bom resultado" foram atendidos por um número significativamente maior de pacientes de TCC (44%) do que aconselhamento nutricional (7%).	A TCC foi significativamente mais eficaz do que o aconselhamento nutricional na prevenção de recaídas na assistência pós-hospitalização para adultos com AN.
<b>Revisão sistemática/metanálise</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. <i>Br J Psychiatry</i> . 2001;178:216-21.	Avaliar a efetividade de psicoterapias específicas na assistência ambulatorial a adultos com AN. Total de 84 pacientes randomizados para 4 tratamentos: 3 psicoterapias específicas - (a) 1 ano de PPF; (b) 7 meses TCA; (c) TF por 1 ano; e (d) tratamento de "rotina" de baixo contato por 1 ano (controle).	Após 1 ano, houve melhora sintomática em todo o grupo de pacientes. A melhora foi modesta, e vários pacientes estavam consideravelmente subnutridos no acompanhamento. A PPF e a TF foram significativamente superiores ao tratamento controle; a TCA demonstrou benefícios.	As terapias psicoanalítica e familiar têm valor específico no tratamento ambulatorial de pacientes adultos com AN.
Hartmann A, Weber S, Herpertz S, Zeeck A; German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa. Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. <i>Psychother Psychosom</i> . 2011;80(4):216-26. Review.	Foi realizada uma revisão de todos os ensaios clínicos disponíveis para TA, integrando estatisticamente os escores padronizados de alteração média. Após uma extensa pesquisa bibliográfica, os estudos foram selecionados e classificados por 3 avaliadores independentes. Ganho de peso - principal critério de desfecho - foi transformado em escores padronizados de alteração média. Os tamanhos de efeito foram verificados quanto à homogeneidade.	Um total de 57 estudos contendo 84 grupos de tratamento e 2.273 pacientes foram integrados. Os estudos apresentavam diferenças consideráveis de qualidade. O viés mais forte identificado foi no relato seletivo de concluintes ou falhas, em comparação às amostras de intenção de tratamento. Não houve diferenças significativas entre tamanhos de efeito em relação ao cenário de tratamento, a técnica ou as características dos pacientes. Ao se considerar a duração do tratamento, aquele com internação produziu ganho de peso mais rápido que o tratamento ambulatorial.	O estudo descreve os ganhos de peso que podem ser alcançados em cenários com ou sem internação. Não houve resultados especificamente marcantes para nenhuma técnica de terapia, cenário ou procedimento. As diretrizes para tratamento psicológico da AN terão que continuar se baseando em evidências de níveis mais baixos.
Oldershaw A, Hambrook D, Stahl D, Tchanturia K, Treasure J, Schmidt U. The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. <i>Neurosci Biobehav Rev</i> . 2011;35(3):970-88. Review.	Esta revisão sistemática pesquisou estudos experimentais de processamento sociocognitivo ou afetivo na AN e os categorizou usando a "corrente de processamento socioemocional" de Ochsner. A "corrente de processamento" de Ochsner, com base em dados de indivíduos saudáveis, é composta por 5 construtos: (1) aquisição e (2) reconhecimento e resposta a estímulos socioafetivos, (3) inferência de estado mental de baixo nível e (4) de alto nível, e (5) regulação emocional sensível ao contexto.	Foram identificados 37 estudos experimentais em AN, que abordavam 4 dos 5 construtos (exceto construto 3). Foi conduzida uma metanálise de 9 estudos de reconhecimento afetivo. Os pacientes de AN demonstraram comprometimento em todos os 4 domínios com relatos preliminares de que algumas dificuldades apresentam característica de traço, e outras melhoram após a recuperação.	Os dados socioemocionais foram integrados a relatos prévios de anomalias neurais para gerar um modelo de processamento socioemocional específico para AN. São necessárias pesquisas adicionais para uma melhor definição e tradução dos achados experimentais para a prática clínica.

continua...

...Continuação

**Anexo 1. Tabela de resultados - Anorexia nervosa**

<b>Revisão sistemática/metanálise</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2010;(4):CD004780. Review.	Avaliar a eficácia da TF em comparação ao tratamento padrão e outros tratamentos. Os estudos qualificados para inclusão eram os ECRs de intervenções descritas como "TF" em comparação a qualquer outro tipo de intervenção ou outros tipos de TF. Foram incluídos pacientes de qualquer idade ou sexo, com diagnóstico clínico primário de NA.	Foram incluídos 13 estudos, a maioria sobre TBF, ou variantes. Os relatos da condução dos estudos foram inadequados no geral. A dimensão do risco de viés não está clara. Houve evidências (de 2 estudos, 81 participantes) sugerindo que a TF pode ser mais eficaz do que o TU em relação às taxas de remissão, no curto prazo. Não houve vantagem significativa da TF sobre outras intervenções psicológicas com base em 4 estudos.	Há evidências indicando que a TF pode ser eficaz em comparação ao TU no curto prazo. No entanto, isso se baseia em alguns estudos que incluíram apenas um pequeno número de participantes, e todos tiveram problemas relativos a possíveis vieses. Não há evidências suficientes para se determinar se a TF oferece alguma vantagem em relação aos outros tipos de intervenções psicológicas, ou se um tipo de terapia familiar é mais eficaz do que outro. Um estudo grande e bem conduzido poderia trazer benefícios à área.
Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. <i>Int J Eat Disord.</i> 2007;40:310-320. Review.	O centro RTI <i>International-University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center</i> revisou sistematicamente as evidências de eficácia do tratamento para AN, os riscos associados aos tratamentos, fatores associados à eficácia do tratamento, e prognósticos diferenciais de acordo com características demográficas.	32 estudos foram incluídos e estes envolviam tratamento com medicamentos, intervenções comportamentais, ou uma combinação de medicamentos com intervenções comportamentais para adultos ou adolescentes. A literatura sobre tratamentos farmacológicos e tratamentos comportamentais para adultos com AN é escassa e inconclusiva. A TCC pode reduzir o risco de recaída em adultos com AN após a restauração do peso, embora sua eficácia em estado de subpeso continue desconhecida. Variantes de TF são eficazes em adolescentes, mas não em adultos.	As evidências para o tratamento de AN são fracas; as evidências de riscos relacionados ao tratamento e fatores associados à eficácia do tratamento são fracas; e as evidências de prognósticos diferenciais de acordo com fatores sociodemográficos são inexistentes. Deve-se prestar atenção ao tamanho e poder estatístico da amostra, padronização de avaliações de desfecho, retenção de pacientes em estudos clínicos e diferenças na adequação e no desfecho do tratamento.
Hay PP, Bacaltchuk J, Byrnes RT, Claudino AM, Ekmejian AA, Yong PY. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. <i>Database Syst Rev.</i> 2003;(4):CD003909. Review.	Avaliar as evidências de estudos randomizados controlados relativas à eficácia das psicoterapias ambulatoriais utilizadas no tratamento de adolescentes mais velhos e adultos com AN. Todos os estudos randomizados, controlados de terapia ambulatorial individual para adultos com AN, conforme os critérios do DSM-IV ou critérios internacionais semelhantes.	Apenas 7 pequenos estudos foram identificados na pesquisa, e não foi possível agregar os dados. Nenhum tratamento específico foi invariavelmente superior a outras abordagens específicas. O aconselhamento nutricional como grupo controle apresentou taxa de 100% de não conclusão em um dos estudos. Um estudo favoreceu uma terapia não específica em comparação a 2 psicoterapias específicas.	Nenhuma abordagem específica pode ser recomendada com base nesta revisão. Não ficou claro porque o TU apresentou um desempenho tão insatisfatório, ou porque o aconselhamento nutricional isolado pareceu tão inaceitável, já que os motivos da não conclusão não foram relatados.

TCC: terapia cognitivo-comportamental; TCC-M: terapia cognitivo-comportamental melhorada; TA: transtornos alimentares; AN: anorexia nervosa; MANTRA: Modelo de Maudsley para o Tratamento de Anorexia Nervosa em Adultos; SSCM: Tratamento Clínico de Apoio com Especialista (sigla do inglês *Specialist Supportive Clinical Management*); TU: tratamento usual; TU+FT: tratamento usual e terapia familiar; IMC: índice de massa corporal; EDE: *Eating Disorder Examination*; ECR: estudo controlado randomizado; PTI: psicoterapia interpessoal; TBF: tratamento de base familiar; TFA: terapia individual com foco em adolescente; DSM-IV: 4a ed. do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; SSMCA: Serviços de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes; PTF: psicodinâmica focal; NHS: *National Health Service*; DCS: D-cicloserina; TFC: terapia familiar conjunta; TFS: terapia familiar separada; IRF: intervenção de refeições familiares; TCSNE: tratamento clínico de suporte não específico; TF: terapia familiar; PPF: psicoterapia psicoanalítica focal; TCA: de terapia cognitivo-analítica.

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Bulimia nervosa

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Wagner G, Penelo E, Wanner C, Gwinner P, Trofaiar ML, Imgart H, et al. Internet-delivered cognitive-behavioural therapy versus conventional guided self-help for bulimia nervosa: long-term evaluation of a randomised controlled trial. <i>Br J Psychiatry</i> . 2013;202:135-41.	Avaliar em um ECR a efetividade a longo prazo da AAG-INT em comparação à AAG-BIB em mulheres com BN. Um total de 155 participantes foram randomizadas para AAG-INT ou AAG-BIB por 7 meses. Os desfechos foram avaliados no início do estudo, aos 4 meses, 7 meses e 18 meses.	A maior melhora foi relatada após 4 meses, com redução continuada dos sintomas de TA relatada aos 7 e aos 18 meses. Após 18 meses, 14,6% (n=7/48) das participantes do grupo AAG-INT e 25% (n=7/28) do grupo AAG-BIB apresentavam abstinência de episódios de compulsão alimentar e medidas compensatórias, e 43,8% (n=21/48) e 39,2% (n=11/28), respectivamente, estavam em remissão. Não houve diferenças de desfecho entre os dois grupos.	A AAG-INT para BN não foi superior em comparação à AAG-BIB, o padrão-ouro da autoajuda. As melhoras permanecem estáveis no longo prazo.
Lavender A, Startup H, Naumann U, Samarawickrema N, Dejong H, Kenyon M, et al. Emotional and social mind training: a randomised controlled trial of a new group-based treatment for bulimia nervosa. <i>PLoS One</i> . 2012;7(10):e46047.	Testar um tratamento com grupo de treinamento ESM em comparação a um grupo de TCC. Foram randomizados para programas de tratamento em grupos de ESM ou TCC 74 participantes. Foram oferecidas 13 sessões em grupo e 4 sessões individuais para todos os participantes.	Não houve diferenças no desfecho entre os dois tratamentos. Não foram identificados moderadores do desfecho de tratamento. As taxas de adesão foram maiores para os participantes do grupo de ESM.	Isso sugere que o tratamento ESM pode ser uma alternativa viável à TCC para alguns indivíduos. São necessárias mais pesquisas para identificar e alocar preferencialmente os indivíduos para o tratamento mais adequado.
McIntosh VV, Carter FA, Bulik CM, Frampton CM, Joyce PR. Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. <i>Psychol Med</i> . 2011;41(5):1061-71.	Examinar o prognóstico de longo prazo da BN após tratamento com TCC e EPR. Ao todo, 135 mulheres com BN purgativa receberam 8 sessões de TCC individual e foram randomizadas para treinamento de relaxamento ou um de dois tratamentos de EPR, com EPR-C ou ERP-P. As participantes foram avaliadas anualmente após o tratamento, e foram registrados dados de acompanhamento.	Da amostra total, 81% foram acompanhados no longo prazo. Ao fim de 5 anos, as taxas de abstinência de episódios de compulsão alimentar foram significativamente maiores para os dois tratamentos de exposição (43 e 54%) do que para o relaxamento (27%), sem nenhuma diferença entre as duas formas de exposição. Ao longo dos 5 anos, a frequência de purgação foi menor para os tratamentos de exposição do que para o treinamento de relaxamento. As taxas de recuperação variaram de acordo com a definição de recuperação. A recuperação continuou a aumentar até 5 anos. Aos 5 anos, 83% já não atendiam aos critérios do DSM-III-R para BN, 65% não tinham diagnóstico de TA, mas apenas 36% apresentavam abstinência de comportamentos bulímicos no último ano.	Este estudo fornece possíveis evidências de uma inoculação condicionada do tratamento de exposição em comparação ao treinamento de relaxamento para abstinência de compulsão alimentar no longo prazo, após 5 anos, e frequência de purgação ao longo de 5 anos, mas não para as outras características da BN. Não foram observadas diferenças entre os grupos antes de 5 anos. A TCC é eficaz para BN, mas um grupo considerável continua doente no longo prazo. A definição de recuperação tem um grande impacto nas taxas de recuperação.
Mitchell JE, Agras S, Crow S, Halmi K, Fairburn CG, Bryson S, et al. Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. <i>Br J Psychiatry</i> . 2011;198(5):391-7.	Este estudo comparou a TCC complementada com fluoxetina, quando indicado, a um tratamento escalonado para BN. Trata-se de um ECR conduzido em quatro centros clínicos. Um total de 293 participantes com BN foi randomizado para um dos dois tratamentos: TCC baseada em manual, administrada na forma de terapia individual com 20 sessões ao longo de 18 semanas, com acréscimo da fluoxetina para os participantes, com previsão de ausência de resposta após 6 sessões de TCC; ou uma abordagem de tratamento escalonado, iniciando com autoajuda supervisionada, e com adição de fluoxetina para os participantes com previsão de ausência de resposta após 6 sessões, seguido por TCC para os que não conseguissem alcançar a abstinência com o tratamento de autoajuda e medicamentoso.	Nas amostras de intenção de tratamento e de concluintes, não houve diferenças entre os dois tratamentos propostos na indução de recuperação (nenhum comportamento de compulsão alimentar ou purgação por 28 dias) ou remissão (deixar de atender aos critérios do DSM-IV). Ao final de 1 ano de acompanhamento, o tratamento escalonado mostrou-se consideravelmente superior à TCC.	A autoajuda assistida por terapeuta foi um tratamento de primeiro nível eficaz na sequência de tratamento escalonado, e a sequência completa foi mais eficaz que a TCC, o que sugere que o tratamento possa ser aprimorado com uma abordagem mais individualizada.
Hill DM, Craighead LW, Safer DL. Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: a preliminary trial. <i>Int J Eat Disord</i> . 2011;4(3):249-61.	A insatisfação com o tratamento foi baixa, e a TCD-FA foi considerada bastante aceitável. Na sexta semana, as participantes que recebiam TCD-FA relataram significativamente menos sintomas de BN do que os controles. No pós-teste, 26,9% dos 26 indivíduos que iniciaram tratamento (18 inicialmente randomizados e 8 do controle com tratamento postergado) alcançaram abstinência dos episódios de compulsão alimentar/purgação no último mês; 61,5% deixaram de atender os critérios completos ou subliminares para BN. As participantes demonstraram resposta rápida ao tratamento e apresentaram alterações clinicamente significativas.	Este estudo de desenvolvimento de tratamento investigou a aceitação e a eficácia de uma versão modificada da TCD para BN, denominada "TCD com foco no apetite" (TCD-FA). Trinta e duas mulheres com pelo menos um episódio por semana de compulsão alimentar/purgação foram randomizadas para 12 sessões semanais de TCD-FA (n=18) ou um controle com tratamento postergado por 6 semanas (n=14).	A insatisfação com o tratamento foi baixa, e a TCD-FA foi considerada bastante aceitável. Na sexta semana, as participantes que recebiam TCD-FA relataram significativamente menos sintomas de BN do que os controles. No pós-teste, 26,9% dos 26 indivíduos que iniciaram tratamento (18 inicialmente randomizados e 8 do controle com tratamento postergado) alcançaram abstinência dos episódios de compulsão alimentar/purgação no último mês; 61,5% deixaram de atender os critérios completos ou subliminares para BN. As participantes demonstraram resposta rápida ao tratamento e apresentaram alterações clinicamente significativas.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Bulimia nervosa**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Sánchez-Ortiz VC, Munro C, Stahl D, House J, Startup H, Treasure J, et al. A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. <i>Psychol Med.</i> 2011;41(2):407-17.	As estudantes que receberam iTCC imediata demonstraram melhora significativamente maior aos 3 e 6 meses do que aquelas que receberam LE/CTP para TA e outros sintomas.	TA bulímicos são comuns entre estudantes do sexo feminino, mas a maioria dessas pacientes não têm acesso a tratamento eficaz. A iTCC pode ser capaz de solucionar essa lacuna. Um total de 76 estudantes com BN ou TANE foram randomizadas para iTCC imediata com suporte por <i>e-mail</i> durante 3 meses, ou lista de espera de 3 meses e depois iTCC (LE/CTP).	As estudantes que receberam iTCC imediata demonstraram melhora significativamente maior aos 3 e 6 meses do que aquelas que receberam LE/CTP para TA e outros sintomas.
Katzman MA, Bara-Carril N, Rabe-Hesketh S, Schmidt U, Troop N, Treasure J. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. <i>Psychosom Med.</i> 2010;72(7):656-63.	Os pacientes apresentaram melhora significativa com todas as intervenções, sem diferenças de desfecho ou adesão ao tratamento. A inclusão do aprimoramento motivacional em vez da TCC na primeira fase de tratamento não afetou o desfecho.	Conduzir um ECR em dois estágios para o tratamento de BN, comparando a TCC ao aprimoramento motivacional na fase 1, e comparando TCC em grupo e individual na fase 2. Foram recrutados 225 pacientes com BN ou TANE para um ECR com duração de 12 semanas e acompanhamento após 1 ano e 2,5 anos.	Os pacientes apresentaram melhora significativa com todas as intervenções, sem diferenças de desfecho ou adesão ao tratamento. A inclusão do aprimoramento motivacional em vez da TCC na primeira fase de tratamento não afetou o desfecho.
Johnston O, Startup H, Lavender A, Godfrey E, Schmidt U. Therapeutic writing as an intervention for symptoms of bulimia nervosa: effects and mechanism of change. <i>Int J Eat Disord.</i> 2010;43(5):405-19.	Os sintomas bulímicos diminuiram em ambos os grupos, embora nos dois grupos o número de participantes que apresentaram melhora foi aproximadamente igual ao de participantes que não apresentaram melhora. A diminuição dos sintomas foi associada a um aumento na percepção das habilidades de regulação do humor, e uma redução nas crenças negativas a respeito das emoções. Os participantes preferiram realizar a entrega pela internet em vez de uma discussão presencial.	Explorar os efeitos sobre os sintomas de bulimia em uma tarefa de escrita com o objetivo de reduzir a evitação emocional. Oitenta indivíduos que relatavam sintomas de bulimia realizaram por <i>e-mail</i> uma tarefa de escrita terapêutica ou de controle. Os participantes responderam a questionários sobre sintomas bulímicos, humor e possíveis fatores de moderação e mediação, e foram acompanhados após 4 e 8 semanas. O conteúdo da redação foi explorado utilizando-se um pacote de contagem de palavras e uma análise de estrutura qualitativa.	Os sintomas bulímicos diminuiram em ambos os grupos, embora nos dois grupos o número de participantes que apresentaram melhora foi aproximadamente igual ao de participantes que não apresentaram melhora. A diminuição dos sintomas foi associada a um aumento na percepção das habilidades de regulação do humor, e uma redução nas crenças negativas a respeito das emoções. Os participantes preferiram realizar a entrega pela internet em vez de uma discussão presencial.
Schützmann K, Schützmann M, Eckert J. [The efficacy of outpatient client-centered psychotherapy for bulimia nervosa: results of a randomised controlled trial]. <i>Psychother Psychosom Med Psychol.</i> 2010;60(2):52-63. German.	Na amostra de concluintes (n=25), 16% atendiam aos critérios diagnósticos no fim do tratamento, e 0% no acompanhamento. Foram demonstradas melhoras consideráveis nos comportamentos alimentares, além da psicopatologia comórbida e geral, e essas melhoras persistiram ao longo do período de acompanhamento e foram, em partes, consideravelmente superiores às melhoras observadas no grupo de AAG. No que se refere aos critérios diagnósticos, a PCC demonstrou ser significativamente mais eficaz do que a AGG, tanto para a amostra de intenção de tratamento quanto para os concluintes. No acompanhamento, essa diferença de grupo foi observada apenas nas amostras de concluintes.	A eficácia da PCC para BN foi investigada utilizando-se a AAG como grupo de comparação. No grupo inicial de PCC (n=29), 27,6% ainda atendiam aos critérios no fim do tratamento, e 34,5% no acompanhamento.	Na amostra de concluintes (n=25), 16% atendiam aos critérios diagnósticos no fim do tratamento, e 0% no acompanhamento. Foram demonstradas melhoras consideráveis nos comportamentos alimentares, além da psicopatologia comórbida e geral, e essas melhoras persistiram ao longo do período de acompanhamento e foram, em partes, consideravelmente superiores às melhoras observadas no grupo de AAG. No que se refere aos critérios diagnósticos, a PCC demonstrou ser significativamente mais eficaz do que a AGG, tanto para a amostra de intenção de tratamento quanto para os concluintes. No acompanhamento, essa diferença de grupo foi observada apenas nas amostras de concluintes.
Crow SJ, Mitchell JE, Crosby RD, Swanson SA, Wonderlich S, Lancaster K. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. <i>Behav Res Ther.</i> 2009;47(6):451-3.	O custo total por paciente recuperado (abstinência) foi de US\$9.324,68 para TCC presencial, e US\$7.300,40 para TCC por telemedicina. O diferencial de custo foi associado principalmente aos custos de transporte do terapeuta. As análises de sensibilidade que avaliaram os custos da sessão de terapia, custos de gasolina e custos da conexão de telemedicina apresentaram resultados semelhantes.	Examinar a relação custo-efetividade da administração por telemedicina de TCC para BN. ECR de TCC para BN administrada presencialmente ou por telemedicina. Total de 128 mulheres com BN segundo o DSM-IV ou TANE e variantes subsindrômicas da BN randomizadas para 20 sessões de tratamento ao longo de 16 semanas. Foi realizada uma análise de custo-efetividade do ponto de vista da sociedade.	O custo total por paciente recuperado (abstinência) foi de US\$9.324,68 para TCC presencial, e US\$7.300,40 para TCC por telemedicina. O diferencial de custo foi associado principalmente aos custos de transporte do terapeuta. As análises de sensibilidade que avaliaram os custos da sessão de terapia, custos de gasolina e custos da conexão de telemedicina apresentaram resultados semelhantes.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Bulimia nervosa

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Steele AL, Wade TD. A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: a pilot study. <i>Behav Res Ther.</i> 2008;46(12):1316-23.	Não houve alteração significativa em nenhuma das variáveis de desfecho ao longo de 6 semanas sem tratamento, mas, no pós-tratamento e aos 6 meses de acompanhamento, houve efeitos significativos do tempo para dez e oito variáveis de desfecho, respectivamente, o que sugere que todos os grupos demonstraram reduções consideráveis dos sintomas de bulimia e da psicopatologia associada no pós-tratamento e no acompanhamento.	Avaliar a redução do perfeccionismo como um possível alvo de tratamento em indivíduos com BN. Foram recrutados 48 indivíduos que atenderam aos critérios do DSM-IV para BN ou TANE com pelo menos um episódio por semana de compulsão alimentar (objetiva ou subjetiva) ou purgação. Os participantes foram randomizados para receber oito sessões de AAG por manual ao longo de 6 semanas, focada em TCC para perfeccionismo, TCC para BN, ou placebo. Os indivíduos foram avaliados no início do estudo, pré-tratamento, pós-tratamento e aos 6 meses de acompanhamento, para 12 variáveis de desfecho, incluindo critérios diagnósticos e variáveis psicológicas.	Não houve alteração significativa em nenhuma das variáveis de desfecho ao longo de 6 semanas sem tratamento, mas, no pós-tratamento e aos 6 meses de acompanhamento, houve efeitos significativos do tempo para dez e oito variáveis de desfecho, respectivamente, o que sugere que todos os grupos demonstraram reduções consideráveis dos sintomas de bulimia e da psicopatologia associada no pós-tratamento e no acompanhamento.
Schmidt U, Andiappan M, Grover M, Robinson S, Perkins S, Dugmore O, et al. Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. <i>Br J Psychiatry.</i> 2008; 193(6):493-500.	Apenas dois terços dos participantes iniciaram o tratamento. Embora tenha havido interações grupo <i>versus</i> tempo significativas para compulsão alimentar e vômito, favorecendo o grupo de CD-ROM aos 3 meses e o grupo de lista de espera aos 7 meses, as comparações retrospectivas aos 3 e 7 meses não detectaram diferenças significativas para compulsão alimentar ou vômito.	Examinar a efetividade de uma intervenção cognitivo-comportamental baseada em CD-ROM para BN e TANE (tipo bulímico), em um cenário de rotina. Noventa e sete pessoas com BN ou TANE foram randomizadas para CD-ROM sem suporte por 3 meses, seguidos por um número flexível de sessões com terapeuta, ou uma lista de espera de 3 meses seguida por 15 sessões de TCC com terapeuta. Os sintomas clínicos foram avaliados no pré-tratamento, bem como aos 3 e 7 meses.	Apenas dois terços dos participantes iniciaram o tratamento. Embora tenha havido interações grupo <i>versus</i> tempo significativas para compulsão alimentar e vômito, favorecendo o grupo de CD-ROM aos 3 meses e o grupo de lista de espera aos 7 meses, as comparações retrospectivas aos 3 e 7 meses não detectaram diferenças significativas para compulsão alimentar ou vômito.
Mitchell JE, Crosby RD, Wonderlich SA, Crow S, Lancaster K, Simonich H, et al. A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. <i>Behav Res Ther.</i> 2008;46(5):581-92.	A taxa de retenção foi comparável para TCC-TV e TCC-P. As taxas de abstinência no fim do tratamento foram ligeiramente mais altas para TCC-P em comparação à TCC-TV, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas. Os pacientes de TCC-P também apresentaram reduções consideravelmente maiores nas cognições relacionadas ao TA e na depressão avaliada na entrevista. No entanto, as diferenças gerais foram poucas e sua significância clínica foi mínima.	Comparar a eficácia relativa e a aceitação de uma TCC baseada em manual para BN, administrada presencialmente em comparação à administração por telemedicina. Por meio de encaminhamentos de clínicos e anúncios na mídia das áreas geográficas visadas, foram recrutados 128 adultos que atenderam aos critérios do DSM-IV para BN ou TANE com pelo menos um episódio por semana de compulsão alimentar ou purgação. Os participantes foram randomizados para receber 20 sessões de TCC para BN baseada em manual ao longo de 16 semanas, administrada presencialmente (TCC-P) ou por telemedicina (TCC-TV), e por terapeutas qualificados. As medidas de desfecho primárias foram a frequência dos episódios de compulsão alimentar e purgação, conforme avaliado em uma entrevista no fim do tratamento, e novamente aos 3 e 12 meses de acompanhamento.	A taxa de retenção foi comparável para TCC-TV e TCC-P. As taxas de abstinência no fim do tratamento foram ligeiramente mais altas para TCC-P em comparação à TCC-TV, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas. Os pacientes de TCC-P também apresentaram reduções consideravelmente maiores nas cognições relacionadas ao TA e na depressão avaliada na entrevista. No entanto, as diferenças gerais foram poucas e sua significância clínica foi mínima.
Le Grange D, Crosby RD, Lock J. Predictors and moderators of outcome in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.</i> 2008;47(4):464-70.	Os participantes com preocupações alimentares menos graves no início do estudo, conforme o teste EDE, tiveram maior probabilidade de remissão (abstinência de compulsão alimentar e purgação) após o tratamento ( <i>odds ratio</i> - OR de 0,47; $p < 0,01$ ) e no acompanhamento (OR de 0,53; $p < 0,01$ ), independentemente do tratamento recebido. Os participantes com escores de depressão basais mais baixos tiveram maior probabilidade de apresentar remissão parcial (deixar de atender os critérios de inclusão do estudo) após o tratamento (OR de 0,93; $p < 0,01$ ), enquanto os pacientes com menos episódios de compulsão alimentar/purgação no início do estudo tiveram maior probabilidade de apresentar remissão parcial no acompanhamento (OR de 0,98; $p < 0,05$ ). Em termos de moderadores, os participantes com psicopatologia de transtorno alimentar menos grave que receberam TBF-BN tiveram maior probabilidade de preencher os critérios de remissão parcial no acompanhamento (OR de 0,44; $p < 0,05$ ).	Explorar os preditores e moderadores de desfecho de tratamento para adolescentes com BN que participaram de TBF ou PTA individual. Dados derivados de um ECR ( $n=80$ ) de TBF para BN e PTA foram usados para explorar os possíveis preditores e moderadores de desfecho dos tratamentos.	Os participantes com preocupações alimentares menos graves no início do estudo, conforme o teste EDE, tiveram maior probabilidade de remissão (abstinência de compulsão alimentar e purgação) após o tratamento ( <i>odds ratio</i> - OR de 0,47; $p < 0,01$ ) e no acompanhamento (OR de 0,53; $p < 0,01$ ), independentemente do tratamento recebido. Os participantes com escores de depressão basais mais baixos tiveram maior probabilidade de apresentar remissão parcial (deixar de atender os critérios de inclusão do estudo) após o tratamento (OR de 0,93; $p < 0,01$ ), enquanto os pacientes com menos episódios de compulsão alimentar/purgação no início do estudo tiveram maior probabilidade de apresentar remissão parcial no acompanhamento (OR de 0,98; $p < 0,05$ ). Em termos de moderadores, os participantes com psicopatologia de TA menos grave que receberam TBF-BN tiveram maior probabilidade de preencher os critérios de remissão parcial no acompanhamento (OR de 0,44; $p < 0,05$ ).

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Bulimia nervosa

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(9):1049-56.	Ao todo, 41 pacientes foram randomizados para TBF e 39 para PTA. Os desfechos categóricos no pós-tratamento demonstraram que um número significativamente maior de pacientes em TBF (16; 39%) alcançaram abstinência de compulsão e purgação, em comparação aos pacientes em PTA (7; 18%; $p=0,049$ ). Menos pacientes alcançaram abstinência no acompanhamento de 6 meses; no entanto, a diferença foi estatisticamente significativa em favor da TBF <i>versus</i> a PTA (12 pacientes [29%] <i>versus</i> 4 pacientes [10%] ( $p=0,05$ )). A avaliação do desfecho secundário, com base em uma análise de regressão aleatória, revelou os principais efeitos que favoreceram a TBF em todas as avaliações de características patológicas alimentares ( $p=0,003$ para $p=0,03$ para todos).	Avaliar a eficácia relativa do TBF e PTA para adolescentes com BN. Total de 80 pacientes, com idade entre 12 e 19 anos e diagnóstico de BN conforme o DSM-IV, ou definição rigorosa de BN parcial. As intervenções foram 20 sessões ambulatoriais de TBF ou PTA ao longo de 6 meses. Os participantes foram acompanhados até 6 meses após o tratamento. O principal desfecho foi a abstinência de episódios de compulsão e purgação, conforme medido pelo teste EDE.	Ao todo, 41 pacientes foram randomizados para TBF e 39 para PTA. Os desfechos categóricos no pós-tratamento demonstraram que um número significativamente maior de pacientes em TBF (16; 39%) alcançaram abstinência de compulsão e purgação, em comparação aos pacientes em PTA (7; 18%; $p=0,049$ ). Menos pacientes alcançaram abstinência no acompanhamento de 6 meses; no entanto, a diferença foi estatisticamente significativa em favor da TBF <i>versus</i> a PTA (12 pacientes [29%] <i>versus</i> 4 pacientes [10%] ( $p=0,05$ )). A avaliação do desfecho secundário, com base em uma análise de regressão aleatória, revelou os principais efeitos que favoreceram a TBF em todas as avaliações de características patológicas alimentares ( $p=0,003$ para $p=0,03$ para todos).
Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. Am J Psychiatry. 2007;164(4):591-8.	Dos 85 participantes do estudo, 41 foram randomizados para TF e 44 para autotratamento guiado com TCC. Aos 6 meses, a compulsão alimentar apresentou redução significativamente maior no grupo de autotratamento com TCC do que no grupo de TF; no entanto, essa diferença desapareceu aos 12 meses. Não houve nenhuma outra diferença entre os grupos nos sintomas comportamentais ou atitudinais do transtorno alimentar. O custo direto do tratamento foi menor para o autotratamento guiado do que para a TF. Os dois tratamentos não apresentaram diferenças em outras categorias de custos.	Comparar a eficácia e a relação custo-efetividade da TF e do autotratamento guiado com TCC em adolescentes com BN ou TANE. Foram randomizados 85 adolescentes para receber TF para BN ou autotratamento guiado com TCC individual, com apoio de um profissional de saúde. O desfecho primário foi a abstinência de compulsão alimentar e vômitos, avaliada por meio de entrevista no final do tratamento (6 meses) e, novamente, aos 12 meses.	Dos 85 participantes do estudo, 41 foram randomizados para TF e 44 para autotratamento guiado com TCC. Aos 6 meses, a compulsão alimentar apresentou redução significativamente maior no grupo de autotratamento com TCC do que no grupo de TF; no entanto, essa diferença desapareceu aos 12 meses. Não houve nenhuma outra diferença entre os grupos nos sintomas comportamentais ou atitudinais do TA. O custo direto do tratamento foi menor para o autotratamento guiado do que para a TF. Os dois tratamentos não apresentaram diferenças em outras categorias de custos.
Burton E, Stice E. Evaluation of a healthy-weight treatment program for bulimia nervosa: a preliminary randomized trial. Behav Res Ther. 2006;44(12):1727-38.	Em comparação às participantes do controle, as participantes submetidas à intervenção demonstraram uma perda de peso discreta durante o tratamento, e melhoras significativas nos sintomas de bulimia que persistiram durante o acompanhamento.	Testar a influência de uma dieta saudável na manutenção ou redução de sintomas de bulimia. Participantes do sexo feminino ( $n=85$ ) com BN completa ou subliminar foram randomizadas para uma intervenção de dieta saudável de 6 sessões ou para lista de espera, e avaliadas com acompanhamento aos 3 meses.	Em comparação às participantes do controle, as participantes submetidas à intervenção demonstraram uma perda de peso discreta durante o tratamento, e melhoras significativas nos sintomas de bulimia que persistiram durante o acompanhamento.
Schmidt U, Landau S, Pombo-Carril MG, Bara-Carril N, Reid Y, Murray K, et al. Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial. Br J Clin Psychol. 2006;45(Pt 1):111-21.	O desfecho foi analisado com avaliação de sintomas bulímicos feita pelos próprios pacientes no final do tratamento e aos 6 meses de acompanhamento. Os dados foram analisados utilizando métodos de máxima verossimilhança para avaliar diferenças entre os grupos no acompanhamento. O <i>feedback</i> não teve efeito sobre a aceitação ou desistência do tratamento. No entanto, o desfecho foi melhorado com uma maior redução dos vômitos autoinduzidos e da restrição alimentar.	Avaliar a adição de <i>feedback</i> personalizado a um programa de AAG com TCC para pacientes com BN. Randomização de 61 pacientes com BN ou TANE, segundo o DSM-IV, para receber 14 sessões de autotratamento guiado com TCC, com ou sem <i>feedback</i> personalizado sobre o <i>status</i> físico e psicológico atual, riscos e problemas, e variáveis que facilitassem ou dificultassem mudanças. O <i>feedback</i> foi fornecido ao paciente por diferentes meios: (a) cartas personalizadas após a avaliação e no final do tratamento, (b) formulário de <i>feedback</i> especialmente elaborado, administrado no meio do tratamento, (c) <i>feedback</i> pelo computador sobre sintomas de bulimia e outros sintomas, como ansiedade, depressão e função interpessoal, repetido em intervalos durante o tratamento e o acompanhamento.	O desfecho foi analisado com avaliação de sintomas bulímicos feita pelos próprios pacientes no final do tratamento e aos 6 meses de acompanhamento. Os dados foram analisados utilizando métodos de máxima verossimilhança para avaliar diferenças entre os grupos no acompanhamento. O <i>feedback</i> não teve efeito sobre a aceitação ou desistência do tratamento. No entanto, o desfecho foi melhorado com uma maior redução dos vômitos autoinduzidos e da restrição alimentar.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Bulimia nervosa

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Ghaderi A. Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. <i>Behav Res Ther.</i> 2006;44(2):273-88.	<p>Ambos os grupos melhoraram significativamente no pós-tratamento, e os resultados foram mantidos no acompanhamento de 6 meses. Não houve diferenças estatística e clinicamente significativas entre os dois grupos no pós-tratamento, exceto pela abstinência de episódios bulímicos objetivos, preocupações alimentares e insatisfação com a forma física, sendo que todos esses fatores favoreceram a abordagem ampla e individualizada.</p> <p>Ambos os grupos apresentaram melhoras na autoestima, percepção de suporte social dos amigos e depressão. As melhoras persistiram no acompanhamento. Dez pacientes (20%) não responderam ao tratamento. A maioria dos não respondedores (80%) estavam no grupo da abordagem baseada em manual. Os não respondedores demonstraram uma dominância excessiva do comportamento controlado por regras, e falta de contato com contingências reais, em comparação aos respondedores.</p>	<p>Será que um maior nível de individualização pode melhorar a eficácia do tratamento? Total de 50 pacientes com BN randomizados para TCC baseada em manual (focada) ou mais individualizada (ampla), guiada por análise funcional lógica. O teste EDE e uma série de questionários autorreportados foram usados para avaliações pré- e pós-tratamento, bem como no acompanhamento.</p>	<p>Ambos os grupos melhoraram significativamente no pós-tratamento, e os resultados foram mantidos no acompanhamento de 6 meses. Não houve diferenças estatística e clinicamente significativas entre os dois grupos no pós-tratamento, exceto pela abstinência de episódios bulímicos objetivos, preocupações alimentares e insatisfação com a forma física, sendo que todos esses fatores favoreceram a abordagem ampla e individualizada.</p> <p>Ambos os grupos apresentaram melhoras na autoestima, percepção de suporte social dos amigos e depressão. As melhoras persistiram no acompanhamento. Dez pacientes (20%) não responderam ao tratamento. A maioria dos não respondedores (80%) estavam no grupo da abordagem baseada em manual. Os não respondedores demonstraram uma dominância excessiva do comportamento controlado por regras, e falta de contato com contingências reais, em comparação aos respondedores.</p>
Carrard I, Rouget P, Fernández-Aranda F, Volkart AC, Damoiseau M, Lam T. Evaluation and deployment of evidence-based patient self-management support program for Bulimia Nervosa. <i>Int J Med Inform.</i> 2006;75(1):101-9.	<p>Os resultados iniciais da amostra suíça (n=41) mostraram melhora significativa na saúde psicológica geral (<math>p &lt; 0,001</math>) com base em SCL-90R, e para todas as dimensões do questionário EDI-2.</p>	<p>Este artigo apresenta os resultados iniciais de um estudo europeu multicêntrico para determinar a efetividade e a viabilidade de um programa <i>on-line</i> de suporte para tratamento de autoajuda em BN. O programa <i>on-line</i> é baseado na TCC e consiste em sete etapas progressivas. Ao todo, 141 mulheres com BN utilizaram o programa ao longo de um período de 6 meses. As pacientes receberam suporte por meio de três entrevistas presenciais de avaliação com um terapeuta, e um contato semanal por <i>e-mail</i>.</p>	<p>Os resultados iniciais da amostra suíça (n=41) mostraram melhora significativa na saúde psicológica geral (<math>p &lt; 0,001</math>) com base em SCL-90R, e para todas as dimensões do questionário EDI-2.</p>
Bergh C, Brodin U, Lindberg G, Södersten P. Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. <i>Proc Natl Acad Sci U S A.</i> 2002;99(14):9486-91.	<p>Quatorze pacientes entraram em remissão após um período mediano de 14,4 meses (intervalo de 4,9-26,5) de tratamento, mas apenas um paciente entrou em remissão enquanto esperava pelo tratamento (<math>p = 0,0057</math>). Recaídas são consideradas um problema grave nos pacientes tratados até a remissão. Portanto, reportamos os resultados para todos os 168 pacientes incluídos em nosso programa de tratamento. A taxa de remissão estimada foi de 75%, e o tempo estimado até a remissão foi de 14,7 meses (intervalo do quartil 9,6 &gt; ou = 32). Seis pacientes (7%) de 83 que foram tratados até a remissão apresentaram recaída, mas os outros (93%) permaneceram em remissão por 12 meses (intervalo do quartil 6-36).</p>	<p>Dezesseis pacientes selecionados aleatoriamente em um grupo composto por 19 pacientes com AN e 13 com BN, foram treinados para comer e reconhecer a saciedade utilizando suporte por computador. Eles descansaram em um cômodo aquecido após a refeição, e seu nível de atividade física foi limitado. Os pacientes no grupo controle (n=16) não receberam nenhum tratamento.</p> <p>Definiu-se remissão como peso corporal normal (anorexia), cessação dos episódios de compulsão alimentar e purgação (bulimia), perfil psiquiátrico normal, valores laboratoriais normais, comportamento alimentar normal, e retomada das atividades sociais.</p>	<p>Quatorze pacientes entraram em remissão após um período mediano de 14,4 meses (intervalo de 4,9-26,5) de tratamento, mas apenas um paciente entrou em remissão enquanto esperava pelo tratamento (<math>p = 0,0057</math>). Recaídas são consideradas um problema grave nos pacientes tratados até a remissão. Portanto, reportamos os resultados para todos os 168 pacientes incluídos em nosso programa de tratamento. A taxa de remissão estimada foi de 75%, e o tempo estimado até a remissão foi de 14,7 meses (intervalo do quartil 9,6 &gt; ou = 32). Seis pacientes (7%) de 83 que foram tratados até a remissão apresentaram recaída, mas os outros (93%) permaneceram em remissão por 12 meses (intervalo do quartil 6-36).</p>
<b>Revisão sistemática/ metanálise</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>
Zakzanis KK, Campbell Z, Polsinelli A. Quantitative evidence for distinct cognitive impairment in anorexia nervosa and bulimia nervosa. <i>J Neuropsychol.</i> 2010;4(Pt 1):89-106. Review.	<p>Os resultados demonstram evidências discretas de comprometimento cognitivo específico em AN e BN, com gravidade associada ao índice de massa corporal na AN. Esse comprometimento é diferente nos dois transtornos.</p>	<p>Determinar a magnitude do comprometimento cognitivo em pacientes com AN e BN por meio de uma síntese quantitativa da literatura existente, utilizando uma metodologia de metanálise.</p>	<p>Os resultados demonstram evidências discretas de comprometimento cognitivo específico em AN e BN, com gravidade associada ao índice de massa corporal na AN. Esse comprometimento é diferente nos dois transtornos.</p>

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Bulimia nervosa**

<b>Revisão sistemática/ metanálise</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>
Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2009;(4):CD000562. Review.	Foram incluídos 48 estudos (n=3.054 participantes). A revisão corroborou a eficácia da TCC e, particularmente, da TCC-BN no tratamento de pessoas com bulimia nervosa e também (com menos poder devido ao pequeno número de estudos) outras síndromes de TA relacionadas. Outras psicoterapias também foram eficazes, principalmente a psicoterapia interpessoal no longo prazo. Abordagens de autoajuda com manuais de tratamento com TCC altamente estruturados mostraram-se promissoras. A exposição e prevenção de resposta não melhoraram a eficácia da TCC. A psicoterapia isolada provavelmente não é capaz de reduzir ou alterar o peso corporal de pessoas com BN ou TA semelhantes.	Avaliar a eficácia da TCC, TCC-BN e outras psicoterapias no tratamento de adultos com BN ou síndromes relacionadas à compulsão alimentar periódica recorrente. ECR de psicoterapia para adultos com BN, transtorno de compulsão alimentar periódica e/ou TANE do tipo bulímico, que utilizaram uma metodologia padronizada de avaliação de desfecho e apresentaram taxa de desistência abaixo de 50%.	Foram incluídos 48 estudos (n=3.054 participantes). A revisão corroborou a eficácia da TCC e, particularmente, da TCC-BN no tratamento de pessoas com BN e também (com menos poder devido ao pequeno número de estudos) outras síndromes de TA relacionadas. Outras psicoterapias também foram eficazes, principalmente a psicoterapia interpessoal no longo prazo. Abordagens de autoajuda com manuais de tratamento com TCC altamente estruturados mostraram-se promissoras. A exposição e prevenção de resposta não melhoraram a eficácia da TCC. A psicoterapia isolada provavelmente não é capaz de reduzir ou alterar o peso corporal de pessoas com BN ou TA semelhantes.
Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. <i>Int J Eat Disord.</i> 2007;40(4):321-36. Review.	Um total de 47 estudos com 4.787 participantes tratados apenas com medicamentos, apenas com intervenções comportamentais, ou com combinações de medicamentos e intervenções comportamentais para adultos ou adolescentes, que atenderam aos nossos critérios de inclusão. A fluoxetina (60mg/dia) diminui os sintomas centrais de compulsão alimentar e purgação, bem como as características psicológicas associadas no curto prazo. A TCC reduz as principais características comportamentais e psicológicas no curto e no longo prazo.	O centro RTI-UNC EPC revisou sistematicamente as evidências de eficácia do tratamento para BN, os riscos associados aos tratamentos, fatores associados à eficácia do tratamento, e prognósticos diferenciais de acordo com características demográficas.	Um total de 47 estudos com 4.787 participantes tratados apenas com medicamentos, apenas com intervenções comportamentais, ou com combinações de medicamentos e intervenções comportamentais para adultos ou adolescentes, que atenderam aos nossos critérios de inclusão. A fluoxetina (60mg/dia) diminui os sintomas centrais de compulsão alimentar e purgação, bem como as características psicológicas associadas no curto prazo. A TCC reduz as principais características comportamentais e psicológicas no curto e no longo prazo.
Hay PP, Claudino AM, Kaio MH. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2001;(4):CD003385. Review.	Cinco estudos foram incluídos na Comparação Um (antidepressivos ou tratamentos psicológicos), cinco na Comparação Dois (antidepressivos ou combinação) e sete na Comparação Três (tratamentos psicológicos ou combinação). As taxas de remissão foram de 20% para os antidepressivos isolados em comparação a 39% para psicoterapia isolada. As taxas de desistência foram maiores para os antidepressivos do que para a psicoterapia. A Comparação Dois demonstrou taxas de remissão de 42% para a combinação e de 23% para os antidepressivos. A Comparação Três demonstrou uma taxa de remissão agrupada de 36% para abordagens psicológicas, em contraste com 49% para a combinação. As taxas de desistência foram maiores para a combinação do que para os tratamentos psicológicos isolados.	Realizar uma revisão sistemática de todos os ECR que comparam antidepressivos e abordagens psicológicas, ou que comparam a combinação das duas abordagens com cada uma isoladamente, para o tratamento de BN. Critérios de inclusão: todos os ECR em que antidepressivos foram comparados a tratamentos psicológicos, ou a combinação de antidepressivos e abordagens psicológicas foi comparada a cada um dos tratamentos isoladamente, para reduzir os sintomas de BN em pacientes de qualquer idade ou sexo.	Cinco estudos foram incluídos na Comparação Um (antidepressivos ou tratamentos psicológicos), cinco na Comparação Dois (antidepressivos ou combinação) e sete na Comparação Três (tratamentos psicológicos ou combinação). As taxas de remissão foram de 20% para os antidepressivos isolados em comparação a 39% para psicoterapia isolada. As taxas de desistência foram maiores para os antidepressivos do que para a psicoterapia. A Comparação Dois demonstrou taxas de remissão de 42% para a combinação e de 23% para os antidepressivos. A Comparação Três demonstrou uma taxa de remissão agrupada de 36% para abordagens psicológicas, em contraste com 49% para a combinação. As taxas de desistência foram maiores para a combinação do que para os tratamentos psicológicos isolados.

AAG-INT: autoajuda guiada pela internet; AAG-BIB: biblioterapia guiada convencional; BN: bulimia nervosa; TA: transtornos alimentares; treinamento ESM: treinamento emocional e social da mente; TCC: terapia cognitivo-comportamental; EPR: exposição com prevenção de resposta; EPR-C: exposição com prevenção de resposta com sugestão de pré-compulsão; EPR-P: exposição com prevenção de resposta com sugestão de pré-purgação; DSM-III-R: 3a ed. do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; ECR: estudo controlado randomizado; DSM-IV: quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; TCD: terapia comportamental dialética; TCD-FA: terapia comportamental dialética com foco no apetite; iTCC: terapia cognitivo-comportamental pela internet; TANE: transtorno alimentar não especificado; LE/CTP: lista de espera/controlado com tratamento postergado; PCC: psicoterapia centrada no cliente; AAG: autoajuda guiada; TCC-P: terapia cognitivo-comportamental administrada pessoalmente; TCC-TV: terapia cognitivo-comportamental por telemedicina; EDE: *Eating Disorder Examination*; OR: *odds ratio*; TBF-BN: tratamento de base familiar para bulimia nervosa; TBF: tratamento de base familiar; PTA: psicoterapia de apoio; TF: terapia familiar; SCL-90R: *Symptom Checklist*; EDI-2: *Eating Disorder Inventory*; AN: anorexia nervosa; TCC-BN: terapia cognitivo-comportamental para bulimia nervosa; RTI-UNC EPC: *RTI International-University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center*.

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtorno de compulsão alimentar periódica

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
de Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S, Tuschen-Caffier B, Friederich HC, Schmidt F, et al. INTERBED: internet-based guided self-help for overweight and obese patients with full or subsyndromal binge eating disorder. A multicenter randomized controlled trial. <i>Trials</i> . 2012;21(13):220.	Este estudo piloto deve avaliar a eficácia de um programa de AAG-INT e da TCC, que já foi comprovada em diversos estudos como tratamento padrão-ouro para a TCAP, em um estudo multicêntrico randomizado e prospectivo. Ambos os tratamentos duraram 4 meses, e a manutenção do desfecho deve ser avaliada 6 e 18 meses após o fim do tratamento. Foram randomizados 175 pacientes com TCAP e IMC entre 27 e 40 kg/m <sup>2</sup> , em 7 centros na Alemanha e na Suíça. Como na maioria dos estudos de tratamentos para TCAP, a diferença no número de dias de compulsão alimentar nos últimos 28 dias deve ser a variável de desfecho primário.	Embora existam evidências de que a TCC seja o tratamento de primeira linha para TCAP, essa terapia não está amplamente disponível. Como o TCAP ainda é uma categoria diagnóstica recente, muitos casos provavelmente ainda não foram diagnosticados, e um grande número de pacientes demora para receber tratamento ou nem chega a receber uma terapia adequada. Um estudo multicêntrico de eficácia irá esclarecer a eficácia de um novo programa de AAG-INT, e assim permitir uma comparação direta à TCC, que é o tratamento padrão-ouro baseado em evidências na Alemanha.	
Grilo CM, Masheb RM, Crosby RD. Predictors and moderators of response to cognitive behavioral therapy and medication for the treatment of binge eating disorder. <i>J Consult Clin Psychol</i> . 2012;80(5):897-906.	Examinar os preditores e moderadores de resposta à TCC e tratamentos medicamentosos para TCAP. Avaliaram 108 pacientes de TCAP em um estudo randomizado, duplo-cego e controlado com placebo, para testar o tratamento com TCC e fluoxetina antes, durante e após o tratamento. Foram testados fatores demográficos, comorbidades psiquiátricas ou de TA, psicopatologia do TA, características psicológicas, e dois métodos de subtipagem (afeto negativo, supervalorização da forma física/peso) como preditores e moderadores do desfecho primário de remissão da compulsão alimentar, e quatro desfechos dimensionais secundários (frequência dos episódios de compulsão alimentar, psicopatologia do TA, depressão, e IMC).	Uma variável demográfica apontou para uma vantagem estatística do tratamento medicamentoso isolado (participantes mais jovens apresentaram maiores reduções nos episódios de compulsão alimentar), enquanto diversas variáveis demográficas e clínicas (baixa autoestima, afeto negativo e supervalorização da forma física/peso) apontaram para maiores melhoras com a TCC. A supervalorização foi o preditor/moderador mais marcante dos desfechos. A supervalorização conseguiu prever consideravelmente a remissão dos episódios de compulsão alimentar (29% dos participantes com supervalorização e 57% dos pacientes sem supervalorização apresentaram remissão). A supervalorização foi especialmente associada a taxas menores de remissão com o tratamento medicamentoso isolado (10% versus 42% para pacientes sem supervalorização). A supervalorização moderou os desfechos dimensionais: os participantes com supervalorização apresentaram reduções significativamente maiores na psicopatologia do TA e nos níveis de depressão com a TCC. Os achados que apontavam para a supervalorização como fator preditor/moderador persistiram após o controle para afeto negativo.	Nossos resultados têm utilidade clínica para a prescrição de TCC e tratamento medicamentoso, e implicações para o refinamento do diagnóstico de TCAP.
Robinson AH, Safer DL. Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: results from a randomized controlled trial. <i>Int J Eat Disord</i> . 2012;45(4):597-602.	Investigar em um estudo clínico randomizado de TCD-TCAP comparada a CGCA, moderadores do desfecho pré-tratamento para frequência de episódios de compulsão alimentar após 20 sessões semanais de 2 horas. Análises de moderação. No total, foram incluídos 101 participantes com TCAP [idade média (DP): 52,2 (10,6) anos e IMC: 36,4 (8,6)].	As análises identificaram dois moderadores do desfecho pós-tratamento. Os participantes com (1) transtorno de personalidade esquiwa ou (2) início precoce de sobrepeso e dietas (<15 anos) demonstraram desfecho significativamente pior quando tratados com CGCA em comparação à TCD-TCAP.	Os participantes com determinados indicadores de maior patologia basal responderam melhor à TCD-TCAP do que ao CGCA no pós-tratamento.
Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. <i>Br J Psychiatry</i> . 2012;200(3):232-7.	Examinar a eficácia a longo prazo da TCC ambulatorial em grupo e da PTI em grupo para TCAP para analisar os preditores de não resposta no longo prazo. Foram avaliadas 90 pessoas com TCAP, 4 anos após o fim do tratamento, em um estudo clínico randomizado.	Os participantes demonstraram recuperação considerável no longo prazo, remissão parcial, melhora clinicamente significativa e reduções consideráveis na psicopatologia associada, apesar das tendências de recaída nos desfechos secundários simples. O IMC permaneceu estável. Enquanto o grupo de PTI demonstrou melhora nos sintomas do TA durante o período de acompanhamento, o grupo de TCC relatou piora nos sintomas, mas os tratamentos não apresentaram diferenças em nenhuma avaliação.	Os resultados documentam a eficácia de longo prazo da TCC ambulatorial e da PTI para TCAP. Justifica-se a realização de mais estudos para esclarecer o curso temporal e os mecanismos de mudança desses tratamentos no TCAP.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtorno de compulsão alimentar periódica

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Blomquist KK, Grilo CM. Predictive significance of changes in dietary restraint in obese patients with binge eating disorder during treatment. <i>Int J Eat Disord.</i> 2011;44(6):515-23.	Examinar se as mudanças em diferentes aspectos da restrição dietética em pacientes obesos com TCAP, participantes de um estudo de tratamento, são preditoras dos desfechos. Ao todo, 50 pacientes obesos com TCAP em um ECR de tratamento com Orlistat e AAG-TCC passaram por avaliações de restrições dietéticas no início do estudo, durante e após o tratamento, e aos 3 meses de acompanhamento.	A mudança na escala de restrição do questionário EDE não foi preditiva de abstinência de compulsão alimentar ou perda de peso de 5%. O aumento na subescala de restrição flexível no questionário TFEQ durante o tratamento foi consideravelmente preditivo de abstinência de compulsão alimentar no pós-tratamento e no acompanhamento de 3 meses, e perda de peso de 5% no pós-tratamento. A alteração na subescala de restrição rígida do TFEQ foi preditiva de abstinência de compulsão alimentar no pós-tratamento.	Nossos achados esclarecem aspectos patológicos e adaptativos adicionais da restrição, e apontam para a importância de se aprimorar a restrição flexível para melhorar os desfechos relativos à compulsão alimentar e à perda de peso.
Carrard I, Crépin C, Rouget P, Lam T, Goley A, Van der Linden M. Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. <i>Behav Res Ther.</i> 2011;49(8):482-91.	Avaliar a eficácia de um programa de tratamento de AAG-INT, baseado em CBT, para adultos com TCAP limiar e subliminar. Foram randomizadas 74 mulheres em 2 grupos. O primeiro grupo recebeu o programa on-line de 6 meses com mais 6 meses de acompanhamento. O segundo grupo foi colocado em uma lista de espera de seis meses antes de participar da intervenção de 6 meses. A orientação consistiu de contato regular por e-mail com um orientador durante toda a intervenção.	O comportamento de compulsão alimentar, o desejo de magreza, a insatisfação com o corpo e a consciência interoceptiva melhoraram significativamente após a intervenção de AAG-INT. O número de episódios objetivos de compulsão, o escore geral de sintomas do TA e a percepção da fome também diminuiram. As melhoras persistiram no acompanhamento de 6 meses. Os desistentes exibiram maior preocupação com a forma física e maior desejo de magreza.	No geral, a transferência de técnicas de autoajuda baseada em TCC para a internet foi bem aceita pelos pacientes e demonstrou resultados positivos para a psicopatologia do TA.
Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Pietrabissa G, Molinari E. The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy and Brief Strategic Therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. <i>Trials.</i> 2011;12:114.	A comparação entre TCC e TEB será avaliada em um estudo clínico controlado randomizado com dois grupos. Devido à novidade da aplicação da TEB no tratamento do TCAP, este estudo piloto será realizado antes da condução de um ECR de grande escala. Ambos os grupos de TCC e TEB passarão por um tratamento com internação (dieta, atividade física, aconselhamento nutricional e oito sessões de atendimento psicológico), além de oito sessões ambulatoriais de suporte psicológico por telefone e monitoramento com os mesmos psicoterapeutas do tratamento hospitalar.	A avaliação do desfecho primário do estudo randomizado será baseada na alteração no questionário OQ-45.2. As avaliações de desfechos secundários serão baseadas na porcentagem de pacientes de TCAP em remissão, considerando-se o número de episódios semanais de compulsão alimentar e a perda de peso. Os dados serão coletados no início do estudo, no momento da alta hospitalar (aproximadamente 1 mês depois), e 6, 12 e 24 meses após o fim do tratamento hospitalar. Os dados serão coletados nas avaliações de acompanhamento por meio de sessões telefônicas.	A STRATOB ( <i>Systemic and STRATegic psychotherapy for Obesity</i> ), um programa semi-intensivo abrangente de duas fases, complementado por telepsicologia, para tratamento de médio prazo de pacientes obesos com TCAP que buscam intervenção para perda de peso, trará mais esclarecimentos sobre a comparação entre a eficácia da TEB e do padrão-ouro (a TCC), e a continuidade do tratamento no ambiente residencial, utilizando um baixo nível de teleatendimento (telefones celulares).
Safer DL, Joyce EE. Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? <i>Behav Res Ther.</i> 2011;49(5):339-45.	Ampliar a compreensão de uma RR ao tratamento, examinando a respectiva significância prognóstica no fim do tratamento e após 1 ano de acompanhamento, para dois tratamentos em grupo para TCAP: a TCD-TCAP e uma terapia em grupo para comparação ativa. Total de 101 adultos com TCAP randomizados para TCD-TCAP por 20 semanas ou terapia em grupo para comparação ativa. A RR foi definida como uma redução de $\geq 65\%$ na frequência de dias de compulsão alimentar até a semana 4.	(1) Abstinência de compulsão alimentar significativamente maior para respondedores rápidos ( $n=41$ ) do que para não respondedores rápidos ( $n=60$ ) no fim do tratamento (70,7% versus 33,3%) e após 1 ano de acompanhamento (70,7% versus 40,0%), respectivamente, bem como melhoras na maioria dos desfechos secundários. (2) Insatisfação consideravelmente menor entre RR do que entre não RR. (3) Taxas de abstinência de compulsão alimentar significativamente mais altas em ambas as avaliações para TCD-RR em comparação a TCD não RR, mas não para terapia em grupo para comparação ativa RR em comparação a terapia em grupo para comparação ativa não RR.	O estudo atual amplia a significância prognóstica da RR até 1 ano de acompanhamento. A RR foi mais proeminente para aqueles randomizados para TCD-TCAP do que para terapia em grupo para comparação ativa.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Transtorno de compulsão alimentar periódica**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Striegel-Moore RH, Wilson GT, DeBar L, Perrin N, Lynch F, Rosselli F, Kraemer HC. Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. <i>J Consult Clin Psychol.</i> 2010;78(3):312-21.	Este estudo de eficácia-efetividade buscou avaliar se a TCC-AAG baseada em manual, administrada em oito sessões em um plano de saúde ao longo de um período de 12 semanas por intervencionistas com título de mestrado é mais eficaz do que o tratamento usual. Total de 123 indivíduos (idade média = 37,2; 91,9% do sexo feminino, 96,7% brancos não hispânicos) randomizados, incluindo 10,6% com BN, 48% com TCAP, e 41,4% com episódios de compulsão alimentar recorrentes sem BN ou TCAP.	Aos 12 meses de acompanhamento, a TCC-AAG resultou em uma maior abstinência de compulsão alimentar (64,2%) do que o tratamento usual (44,6%; número com necessidade de tratamento = 5), conforme medido pelo EDE. Os desfechos secundários refletiram melhoras maiores no grupo de TCC-AAG para restrição dietética ( $d=0,30$ ), preocupações com alimentação, forma física e peso ( $ds=0,54$ ; 1,01; 0,49, respectivamente; medidos pelo questionário EDE); depressão ( $d=0,56$ ; <i>Beck Depression Inventory</i> ); e ajuste social ( $d=0,58$ ; <i>Work and Social Adjustment Scale</i> ), mas não para alteração do peso.	A TCC-AAG é uma opção de tratamento de primeira linha viável para a maioria dos pacientes com compulsão alimentar recorrente que não satisfazem os critérios diagnósticos para BN ou AN.
Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C, Ravalidi C, Rotella CM, et al. Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. <i>Appetite.</i> 2010;55(3):656-65.	Avaliar a efetividade da TCC individual e em grupo, e os possíveis preditores de resultado. Foram avaliados 144 pacientes com TCAP limítrofe ou sublimítrofe no início e no fim dos tratamentos, e 3 anos após o fim dos tratamentos. Foram considerados os seguintes desfechos: recuperação aos 3 anos de acompanhamento, perda de peso, resistência ao tratamento, recaída e mudança no diagnóstico.	Ambos os tratamentos apresentaram resposta semelhante para todas as avaliações de desfecho no longo prazo e produziram uma redução significativa na frequência da compulsão alimentar, além de uma leve redução do peso. A ausência de histórico de consumo de derivados anfetamínicos, um nível mais baixo de comer emocional e menor gravidade da compulsão alimentar no início do estudo foram preditores de recuperação completa no longo prazo. O baixo nível de comer emocional foi o único preditor de redução do peso. Excesso de peso na infância, diagnóstico completo de TCAP, e um alto nível de comer emocional foram preditores de resistência ao tratamento.	Os tratamentos que consideram as relações entre a compulsão alimentar e o comer emocional podem melhorar os desfechos para pacientes de TCAP.
Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. <i>Behav Ther.</i> 2010;41(1):106-20. Erratum in: <i>Behav Ther.</i> 2010;41(3):432. Robinson, Athena Hasler [added].	A TCD-TCAP tem o objetivo de reduzir a compulsão alimentar, melhorando as habilidades de regulação emocional adaptativa. Para controlar os efeitos específicos hipotéticos da TCD-TCAP, este estudo comparou a TCD-TCAP a um CGCA. Homens e mulheres ( $n=101$ ) que atenderam aos critérios de pesquisa de TCAP do DSM-IV foram randomizados para 20 sessões em grupo de TCD-TCAP ( $n=50$ ) ou CGCA ( $n=51$ ).	A TCD-TCAP teve uma taxa de desistência significativamente mais baixa (4%) do que a CGCA (33,3%). Modelos mistos lineares revelaram que a abstinência de compulsão alimentar pós-tratamento e as reduções na frequência dos episódios de compulsão alimentar foram obtidas mais rapidamente no grupo de TCD-TCAP do que CGCA (taxa de abstinência pós-tratamento de 64% para TCD-TCAP e 36% para CGCA), embora as diferenças não tenham persistido nas avaliações de 3, 6 e 12 meses de acompanhamento (por exemplo taxa de abstinência no acompanhamento de 12 meses de 64% para TCD-TCAP, e 56% para CGCA). As avaliações de desfechos secundários não revelaram nenhum impacto sustentado na regulação emocional.	Embora tanto a TCD-TCAP quanto a CGCA tenham reduzido a compulsão alimentar, a TCD-TCAP demonstrou significativamente menos desistências e maior eficácia inicial (por exemplo: no pós-tratamento) do que a CGCA. A falta de resultados diferenciais ao longo do acompanhamento indica que os efeitos específicos hipotéticos da TCD-TCAP não exercem impacto de longo prazo além do que pode ser atribuído a fatores terapêuticos comuns não específicos.
Lynch FL, Striegel-Moore RH, Dickerson JF, Perrin N, Debar L, Wilson GT, et al. Cost-effectiveness of guided self-help treatment for recurrent binge eating. <i>J Consult Clin Psychol.</i> 2010;78(3):322-33.	Conduzir uma ACE incremental de uma intervenção de TCC-AAG para tratar episódios recorrentes de compulsão alimentar em comparação ao tratamento usual. Os participantes eram 123 membros adultos de um plano de saúde (idade média de 37,2 anos; 91,9% mulheres; 96,7% brancos não hispânicos) que atendiam aos critérios para transtornos alimentares envolvendo episódios de compulsão alimentar, conforme medido pelo EDE. Os participantes foram randomizados para o tratamento usual ou tratamento usual associado a AAG-TCC. Os desfechos clínicos foram dias sem episódios de compulsão e QALY. O custo societário total foi estimado com base nos custos para os pacientes e o plano de saúde, e os custos relacionados.	Em comparação aos que receberam apenas tratamento usual, os pacientes tratados com tratamento usual e TCC-AAG apresentaram 25,2 dias a mais sem compulsão alimentar, e custos societários mais baixos, de 427 dólares americanos ao longo de 12 meses após a intervenção (razão incremental da ACE de 20,23 dólares americanos para cada dia sem compulsão ou 26.847 dólares americanos por ano QALY). Os custos mais baixos no grupo de tratamento usual associado a TCC-AAG são explicados pelo menor uso dos serviços de tratamento usual neste grupo, o que resultou em custos líquidos menores para o grupo de tratamento usual + TCC-AAG, apesar do custo adicional da TCC-AAG.	Os achados respaldam a disseminação da TCC-AAG para tratamento de episódios recorrentes de compulsão alimentar

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtorno de compulsão alimentar periódica

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(1):94-101.	Testar se pacientes com TCAP necessitam de terapia especializada, além do tratamento comportamental para perda de peso, e se a PTI é mais eficaz que o tratamento comportamental para perda de peso ou a TCC-AAG em pacientes com um alto afeto negativo durante um acompanhamento de 2 anos. Amostra de 205 mulheres e homens com IMC entre 27 e 45 e que atenderam aos critérios do DSM-IV para TCAP. A intervenção incluiu 20 sessões de PTI ou tratamento comportamental para perda de peso, ou 10 sessões de TCC-AAG ao longo de 6 meses.	No acompanhamento de 2 anos, ambas a PTI e a TCC-AAG resultaram em maior remissão da compulsão alimentar do que o tratamento comportamental para perda de peso ( $p < 0,05$ ; <i>odds ratio</i> : tratamento comportamental para perda de peso <i>versus</i> TCC-AAG: 2,3; tratamento comportamental para perda de peso <i>versus</i> PTI: 2,6; e TCC-AAG <i>versus</i> PTI: 1,2). A autoestima ( $p < 0,05$ ) e o escore global do EDE ( $p < 0,05$ ) foram moderadores do desfecho do tratamento. As razões de probabilidade para escores baixos e altos no EDE foram 2,8 para tratamento comportamental para perda de peso; 2,9 para TCC-AAG; e 0,73 para PTI; para autoestima, foram 2,4 para TCCPP; 1,9 para TCC-AAG; e 0,9 para PTI.	A PTI e a TCC-AAG são significativamente mais efetivas que o tratamento comportamental para perda de peso na eliminação dos episódios de compulsão alimentar após 2 anos. A TCC-AAG é uma opção de tratamento de primeira linha para a maioria dos pacientes com TCAP, e a PTI (ou a TCC completa) pode ser usada para pacientes com baixa autoestima e alto nível de psicopatologia do TA.
Peterson CB, Mitchell JE, Crow SJ, Crosby RD, Wonderlich SA. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. Am J Psychiatry. 2009;166(12):1347-54.	Comparar três tipos de tratamento para o TCAP e determinar a eficácia relativa do tratamento de autoajuda em grupo em comparação com a TCC em grupo liderada por terapeuta e assistida por terapeuta. Um total de 259 adultos diagnosticados com TCAP, randomizados para 20 semanas de tratamento liderado por terapeuta, tratamento assistido por terapeuta, autoajuda em grupo ou lista de espera. A compulsão alimentar medida pelo EDE foi avaliada no início do estudo, no fim do tratamento, e aos 6 e aos 12 meses, e o desfecho foi avaliado utilizando-se regressão logística e análise de covariância (intenção de tratamento).	No fim da terapêutica, o tratamento liderado por terapeuta (33,3%) e o tratamento assistido por terapeuta (51,7%) apresentaram maiores taxas de abstinência de compulsão alimentar do que a autoajuda (17,9%) e a lista de espera (10,1%). No entanto, nenhuma diferença foi observada entre os grupos nas taxas de abstinência em todas as avaliações de acompanhamento. O tratamento liderado por terapeuta também demonstrou maiores reduções na compulsão alimentar no fim do tratamento e nas avaliações de acompanhamento em comparação à autoajuda, e as taxas de conclusão de tratamento ou período de espera foram maiores para o tratamento liderado por terapeuta (88,3%) e para a lista de espera (81,2%) do que no tratamento assistido por terapeuta (68,3%) e na autoajuda (59,7%).	O TCC em grupo liderado por terapeuta para TCAP levou a maiores taxas de abstinência da compulsão alimentar, maiores reduções na frequência dos episódios de compulsão alimentar, e menos insatisfação em comparação ao grupo tratado com autoajuda. Embora estes resultados indiquem que a administração de tratamento em grupo por um terapeuta seja associada a um melhor desfecho no curto prazo e menos insatisfação do que o tratamento de autoajuda, a falta de diferenças entre os grupos no acompanhamento indica que o tratamento de autoajuda em grupo pode ser uma alternativa viável às intervenções guiadas por terapeuta.
Brambilla F, Samek L, Company M, Lovo F, Cioni L, Mellado C. Multivariate therapeutic approach to binge-eating disorder: combined nutritional, psychological and pharmacological treatment. Int Clin Psychopharmacol. 2009;24(6):312-7.	Em 30 pacientes de TCAP, monitoramos os efeitos de três tipos de tratamento de 6 meses, randomizados entre três grupos de tratamento, cada um com 10 pacientes. O Grupo 1 recebeu uma dieta de 1.700 kcal (21% proteínas, 27% lipídios, 52% carboidratos), TC, sertralina (50 a 150 mg/dia) e topiramato (25 a 150 mg/dia); o Grupo 2 recebeu a mesma dieta, TCC e sertralina; e o Grupo 3 recebeu aconselhamento nutricional e TCC. A frequência de episódios de compulsão alimentar e o peso foram avaliados mensalmente.	A frequência da compulsão alimentar e o excesso de peso reduziram significativamente somente nos pacientes do Grupo 1, nos quais a melhora foi verificada nos escores totais do EDI e nos subitens 'bulímia', 'desejo de magreza', 'medo da maturidade' e 'ascetismo', nos escores totais do SCL-90-R, e no subitem 'somatização', e também nos subitens 'personalidade esquizotípica' e 'personalidade dependente', do PDQ-4-R. Os pacientes do Grupo 2 apresentaram melhora nos subitens 'depressão' e 'relacionamento interpessoal' do SCL-90-R, e no subitem 'personalidade esquizoide', do PDQ-4-R.	A terapia combinada parece ser o único tratamento totalmente eficaz nos pacientes com TCAP.
Cassin SE, von Ranson KM, Heng K, Brar J, Wojtowicz AE. Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: a randomized controlled trial. Psychol Addict Behav. 2008;22(3):417-25.	Neste estudo controlado randomizado, 108 mulheres com TCAP, recrutadas na comunidade, foram randomizadas para um grupo de entrevista motivacional adaptada (uma sessão individual de entrevista motivacional adaptada + apostila de autoajuda) ou um grupo controle (somente a apostila). Elas receberam telefonemas 4, 8 e 16 semanas após a sessão inicial para avaliação dos episódios de compulsão alimentar e dos sintomas associados (depressão, autoestima e qualidade de vida).	Após a intervenção, os participantes do grupo de entrevista motivacional adaptada apresentaram maior confiança em sua capacidade de mudar o comportamento de compulsão alimentar do que os do grupo controle. Embora os dois grupos tenham relatado melhoras na compulsão alimentar, autoestima e qualidade de vida em geral, 16 semanas após a intervenção, o grupo de entrevista motivacional adaptada melhorou consideravelmente. Uma maior proporção de mulheres no grupo de entrevista motivacional adaptada apresentou abstinência de episódios de compulsão alimentar (27,8% <i>versus</i> 11,1%) e deixou de atender aos critérios de frequência de episódios de compulsão alimentar do DSM IV TR para TCAP (87,0% <i>versus</i> 57,4%).	A terapia com de entrevista motivacional adaptada pode ser uma intervenção breve e eficaz para TCAP e sintomas associados.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Transtorno de compulsão alimentar periódica**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Grilo CM, Masheb RM. Rapid response predicts binge eating and weight loss in binge eating disorder: findings from a controlled trial of orlistat with guided self-help cognitive behavioral therapy. <i>Behav Res Ther.</i> 2007;45(11):2537-50.	Examinamos a RR em pacientes obesos com TCAP que participaram de um estudo randomizado controlado por placebo de tratamento com Orlistat associado a TCC-AAG. Um total de 50 pacientes randomizados para 12 semanas de tratamento com Orlistat + TCC-AAG ou placebo + TCC-AAG, e acompanhados de modo duplo-cego por 3 meses após o fim do tratamento. A RR, definida como uma redução de no mínimo 70% na compulsão alimentar até a quarta semana de tratamento, foi determinada pelas curvas de características operacionais dos pacientes, e usada para prever os desfechos.	A RR observada em 42% dos pacientes não teve relação com características demográficas, nem com a maioria das características basais, e não teve relação com a insatisfação com o tratamento. Os participantes com RR tiveram maior probabilidade de remissão da compulsão alimentar e perda de peso de 5%. Quando houve RR, o nível de melhora foi sustentado durante o curso remanescente do tratamento e o período de 3 meses após o tratamento. Os pacientes sem RR demonstraram um padrão subsequente de melhora continuada.	A RR demonstrou para a TCC-AAG a mesma significância prognóstica e curso temporal que tinham sido previamente documentados para a TCC individual. Entre os respondedores rápidos, as melhoras foram bem sustentadas, e entre os não respondedores rápidos, a continuação da TCC-AAG (independentemente do medicamento) levou a melhoras posteriores.
Shelley-Ummenhofer J, MacMillan PD. Cognitive-behavioural treatment for women who binge eat. <i>Can J Diet Pract Res.</i> 2007;68(3):139-42.	Um método de TCC de Apple e Atras, mais curto e administrado por nutricionista, foi avaliado em um cenário de grupo para determinação dos respectivos efeitos na melhora da autoestima em mulheres obesas, bem como a redução dos comportamentos de compulsão alimentar, depressão e imagem corporal negativa. As respondedoras que atenderam aos critérios de seleção do estudo foram randomizadas em um grupo de TCC (n=13) e um grupo de TCC postergada (n=9) O tratamento foi administrado na forma de seis sessões semanais para o grupo de TCC, e duas sessões semanais ao longo de três semanas para o grupo de TCC postergada.	A intervenção não resultou em alterações do peso corporal. Houve alterações estatística e clinicamente relevantes após o tratamento ( $p < 0,05$ ) para os cinco desfechos. A gravidade e a frequência da compulsão alimentar diminuíram, assim como a depressão, e a imagem corporal e a autoestima melhoraram. Todas as alterações foram maiores no grupo de tratamento de seis semanas.	O programa de TCC em grupo administrada por nutricionista é eficaz para reduzir a compulsão alimentar e melhorar o estado emocional em mulheres obesas.
Claudino AM, de Oliveira IR, Appolinario JC, Cordás TA, Duchesne M, Sichier R, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. <i>J Clin Psychiatry.</i> 2007;68(9):1324-32.	Avaliar a eficácia e a tolerância do tratamento adjuvante com topiramato, em comparação ao placebo, para redução de peso e compulsão alimentar em pacientes obesos com TCAP tratados com TCC. Foi realizado um estudo duplo-cego, randomizado e controlado por placebo, com duração de 21 semanas, conduzido em 4 centros universitários. Os participantes foram 73 pacientes ambulatoriais obesos ( $\text{IMC} \geq 30\text{kg/m}^2$ ) com TCAP (critérios do DSM-IV), de ambos os sexos, e com idade entre 18 e 60 anos. Após um período inicial de 2 a 5 semanas, os participantes selecionados foram tratados com TCC em grupo (19 sessões) e topiramato (dose-alvo diária de 200mg) ou placebo (setembro de 2003 de abril de 2005).	Uma análise de regressão aleatória com múltiplas medições revelou uma maior taxa de redução de peso associada ao topiramato durante o tratamento ( $p < 0,001$ ), sendo que os pacientes tratados com topiramato demonstraram perda de peso considerável (-6,8kg) em comparação aos pacientes tratados com placebo (-0,9kg). Embora as taxas de redução na frequência de episódios de compulsão alimentar, escores do BES e escores do BDI não tenham apresentado diferenças entre os grupos durante o tratamento, um maior número de pacientes do grupo de topiramato com TCC (31/37) demonstrou remissão da compulsão alimentar em comparação aos pacientes tratados com placebo (22/36) durante o estudo ( $p = 0,03$ ). Não houve diferença entre os grupos na taxa de conclusão; um paciente (grupo do topiramato) saiu do estudo devido a efeitos adversos.	O topiramato associado à TCC melhorou a eficácia desta última, aumentando a taxa de remissão de compulsão alimentar e a perda de peso no curto prazo. O topiramato foi bem tolerado, conforme mostrado pelos poucos eventos adversos observados durante o tratamento.
Hilbert A, Saelens BE, Stein RI, Mockus DS, Welch RR, Matt GE, et al. Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. <i>J Consult Clin Psychol.</i> 2007;75(4):645-51.	Examinar preditores de pré-tratamento e de processo para não resposta individual ao tratamento psicológico em grupo para TCAP. Em um estudo randomizado, 162 pacientes com sobrepeso e TCAP foram tratados com TCC em grupo ou PTI em grupo. A não resposta ao tratamento, definida como não abstinência dos episódios de compulsão alimentar, foi avaliada no pós-tratamento e no acompanhamento 1 ano após a conclusão do tratamento.	Usando quatro análises de detecção de sinal, uma maior extensão de problemas interpessoais antes do tratamento ou no meio do tratamento foi identificada como preditor de não resposta, tanto no pós-tratamento quanto no acompanhamento de 1 ano. Uma maior preocupação com a forma física e o peso no pré-tratamento e no meio do tratamento, entre os pacientes com baixo nível de problemas interpessoais, foi preditiva de não resposta no pós-tratamento. A baixa coesão do grupo durante a fase inicial do tratamento foi preditiva de não resposta no acompanhamento de 1 ano.	A atenção aos preditores pré- ou intra-tratamento poderiam permitir uma seleção direcionada para atendimento diferencial ou complementado, melhorando assim a resposta à psicoterapia em grupo para TCAP.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Transtorno de compulsão alimentar periódica**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Shapiro JR, Reba-Harrelson L, Dymek-Valentine M, Woolson SL, Hamer RM, Bulik CM. Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive-behavioural treatment for binge-eating disorder. <i>Eur Eat Disord Rev.</i> 2007;15(3):175-84.	Comparar a viabilidade preliminar e a aceitação da TCC em CD-ROM para pacientes com sobrepeso e TCAP, de dez sessões semanais de TCC em grupo e de uma lista de espera.	A insatisfação foi numericamente maior no TCC em grupo do que no tratamento com CD-ROM; no entanto, somente o TCC em grupo apresentou diferença significativa nas taxas de desistência em comparação à lista de espera. Os pacientes tratadas com CD-ROM relataram que continuaram usando o CD-ROM após o tratamento. Além disso, a maioria dos participantes da lista de espera escolheram receber o tratamento com CD-ROM em vez do TCC em grupo após o período de espera. Os resultados preliminares não mostraram diferenças significativas nos diferentes grupos de tratamento ativo para a maioria dos desfechos avaliados. No entanto, houve uma redução significativamente maior nos dias de compulsão alimentar nos dois grupos ativos, em comparação à lista de espera.	O CD-ROM parece ser um método aceitável e, pelo menos inicialmente, preferencial para administração de TCC a indivíduos com sobrepeso e TCAP.
Ljotsson B, Lundin C, Mitsell K, Carlbring P, Ramklint M, Ghaderi A. Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: a randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. <i>Behav Res Ther.</i> 2007;45(4):649-61.	Este estudo investigou a eficácia da autoajuda baseada em TCC e combinada a suporte pela internet para o tratamento de BN e TCAP. Após a confirmação do diagnóstico em uma entrevista presencial, 73 pacientes foram randomizados para um grupo de tratamento ou um grupo controle com lista de espera.	Os indivíduos tratados demonstraram melhora acentuada após 12 semanas de autoajuda, em comparação ao grupo controle, para todas as avaliações de desfechos primários e secundários. As análises de intenção de tratamento revelaram que 37% (46% entre os concluintes) não apresentaram mais episódios de compulsão alimentar e purgação no fim do tratamento, e um número considerável de pacientes também apresentou melhora clinicamente significativa na maioria dos outros desfechos.	Os resultados foram mantidos no acompanhamento de 6 meses e fornecem evidências que respaldam o uso continuado e o desenvolvimento de programas de autoajuda.
Munsch S, Biedert E, Meyer A, Michael T, Schlup B, Tuch A, et al. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. <i>Int J Eat Disord.</i> 2007;40(2):102-13.	Determinar a eficácia da TCC e o tratamento comportamental para perda de peso para pacientes com sobrepeso e TCAP. Oitenta pacientes obesos que atenderam aos critérios de TCAP de acordo com o DSM-IV TR foram randomizados para TCC ou tratamento comportamental para perda de peso na forma de 16 tratamentos semanais e 6 sessões mensais de acompanhamento. A compulsão alimentar, a psicopatologia geral, e o IMC foram avaliados antes, durante e após o tratamento, e aos 12 meses de acompanhamento.	No pós-tratamento, os resultados apontaram a TCC como o tratamento mais eficaz. A análise do curso dos tratamentos apontou para uma melhora mais rápida na compulsão alimentar com a TCC, com base no número de episódios semanais de compulsão alimentar autorreportados, mas a redução de peso foi mais rápida com o tratamento comportamental para perda de peso. No acompanhamento de 12 meses, não houve diferenças substanciais entre os dois tratamentos.	A TCC foi razoavelmente mais eficaz que o tratamento comportamental para perda de peso no tratamento da compulsão alimentar, mas esse efeito superior praticamente não foi sustentado no longo prazo. São necessárias mais pesquisas da relação custo-eficácia para determinar qual tratamento deve ser considerado o tratamento de escolha.
Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Rapid response to treatment for binge eating disorder. <i>Consult Clin Psychol.</i> 2006;74(3):602-13.	Os autores examinaram a RR entre 108 pacientes com TCAP, randomizados para um de quatro tratamentos de 16 semanas: fluoxetina, placebo, TCC com fluoxetina, ou TCC com placebo. A RR, definida como uma redução de, no mínimo, 65% na compulsão alimentar até a quarta semana de tratamento, foi determinada pelas curvas de características operacionais dos pacientes. A rápida resposta foi observada em 44% dos participantes, sem nenhuma relação com os dados demográficos ou características basais dos participantes.	Os participantes com RR apresentaram maior probabilidade de remissão da compulsão alimentar, mais melhoras na psicopatologia do TA, e maior perda de peso do que os participantes sem RR. A RR teve uma significância prognóstica diferente e cursos temporais distintos para a TCC em comparação aos tratamentos apenas farmacológicos.	A RR tem utilidade na previsão de desfechos e fornece evidências da especificidade dos efeitos do tratamento para TCAP.
Dunn EC, Neighbors C, Larimer ME. Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. <i>Psychol Addict Behav.</i> 2006;20(1):44-52.	Avaliar se uma única sessão de TAM aumenta a disposição dos participantes para a mudança, melhora a eficácia do tratamento de autoajuda para comedores compulsivos e melhora a adesão dos participantes ao manual de autoajuda. Participantes com BN ou TCAP foram randomizados para uma sessão de 1 hora de TAM antes da entrega do manual de autoajuda (n=45) ou somente a entrega do manual de autoajuda (n=45).	A intervenção com TAM resultou em uma maior disposição para a mudança do comportamento de compulsão alimentar, em comparação ao tratamento somente com autoajuda. Foram observadas poucas diferenças entre a TAM e a autoajuda em relação a mudanças nas atitudes alimentares e na frequência dos episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios. Não foram observados efeitos significativos na adesão.	Este estudo acrescenta informações à literatura sobre o uso de intervenções emocionais breves para melhorar a disposição para a mudança em populações com transtornos alimentares.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Transtorno de compulsão alimentar periódica**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Molinari E, Baruffi M, Croci M, Marchi S, Petroni ML. Binge eating disorder in obesity: comparison of different therapeutic strategies. <i>Eat Weight Disord.</i> 2005;10(3):154-61.	Comparar diferentes abordagens terapêuticas integradas para o TCAP. Uma amostra de 65 mulheres gravemente obesas com TCAP foi randomizada em três grupos: o primeiro foi tratado apenas com TCC; o segundo foi tratado apenas com um antidepressivo ISRS (fluoxetina); as pacientes restantes foram tratadas com a combinação de TCC e fluoxetina. Todos os grupos receberam treinamento nutricional em grupo e aconselhamento nutricional individual. A dose inicial da fluoxetina (20mg/dia) foi ajustada (até 60mg/dia), de acordo com a frequência da compulsão alimentar.	Durante as primeiras 4 semanas, todas as participantes passaram por tratamento nutricional com internação para perder, no mínimo, 5% do peso, e esse tratamento continuou durante a fase de tratamento ambulatorial. Os resultados demonstraram que os dois grupos tratados com psicoterapia apresentaram melhores desfechos - número de episódios de compulsão alimentar, manutenção da perda de peso desde o início do estudo, e bem-estar psicológico - do que o grupo tratado apenas com medicamento.	O estudo destaca a importância de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento do TCAP.
<b>Revisão sistemática/metanálise</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Palavras MA, Kaio GH, Mari JJ, Claudino AM. Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. <i>Rev Bras Psiquiatr.</i> 2011;33 Suppl 1:S81-108. Review.	Avaliar o estado da arte da literatura científica sobre o TCAP na América Latina. Foi realizada uma busca na literatura de estudos conduzidos em países latino-americanos, usando o termo "compulsão alimentar periódica" nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, LILACS, SciELO e PsycINFO. Os artigos selecionados descreviam estudos desenvolvidos com amostras latino-americanas que atendiam parcial ou integralmente os critérios diagnósticos do DSM-IV para TCAP.	Trinta estudos que atenderam aos critérios de inclusão (18 estudos transversais, 5 estudos clínicos, 4 relatos de caso, 2 estudos de validade, e 1 estudo de coorte). A maioria dos estudos foram conduzidos no Brasil (n=27), um na Argentina, um na Colômbia e um na Venezuela. A prevalência do TCAP em pessoas obesas participantes de programas de perda de peso variou entre 16% e 51,6%. A comparação entre as pessoas obesas com ou sem TCAP evidenciou uma tendência de peso mais alto, histórico mais longo de flutuações de peso, maior preocupação com a forma física e o peso, e associação com comorbidades psiquiátricas nos pacientes com TCAP.	O TCAP é um fenômeno detectável na América Latina, com características clínicas semelhantes às aquelas encontradas na literatura internacional. Esta revisão respalda a consideração do TCAP como um TA distinto na Classificação Internacional de Doenças - 11a edição.
Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. <i>Int J Eat Disord.</i> 2010;43(3):205-17. Review.	Calcular e comparar os efeitos médios de vários tratamentos para o TCAP. Ao todo, 38 estudos com 1.973 participantes atenderam aos critérios de inclusão definidos. Os tamanhos de efeito, <i>odds ratio</i> e taxas simples foram integrados em modelos categóricos de efeitos fixos e aleatórios (mistos).	A psicoterapia e a autoajuda estruturada, ambas baseadas em intervenções cognitivo-comportamentais, demonstraram maiores efeitos na redução da compulsão alimentar. Em relação ao tratamento farmacológico, principalmente com antidepressivos, estudos controlados randomizados demonstraram efeitos médios na redução da compulsão alimentar. Estudos não controlados de tratamentos para perda de peso demonstraram reduções moderadas na compulsão alimentar. Tratamentos combinados não resultaram em maiores efeitos em comparação aos esquemas de monoterapia. Exceto pelo tratamento para perda de peso, nenhuma das intervenções resultou em redução significativa do peso.	A psicoterapia e a autoajuda estruturada, ambas baseadas em intervenções cognitivo-comportamentais, devem ser recomendadas como tratamentos de primeira linha.
Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. <i>Int J Eat Disord.</i> 2007;40(4):337-48. Review.	O RTI-UNC EPC revisou sistematicamente as evidências de eficácia dos tratamentos para TCAP, os riscos associados aos tratamentos, fatores associados à eficácia dos tratamentos e prognósticos diferenciais de acordo com características demográficas. Foram 26 estudos de tratamento com medicamentos isolados, medicamentos combinados a intervenções comportamentais, e intervenções comportamentais isoladas, que atenderam aos critérios de inclusão.	As evidências para medicamentos e intervenções comportamentais foram moderadas, as evidências para autoajuda e outras intervenções foram fracas, as evidências para riscos associados aos tratamentos foram fortes, as evidências de fatores associados à eficácia do tratamento foram fracas, e as evidências de prognósticos diferenciais com base em fatores sociodemográficos foram inexistentes. A TCC individual ou em grupo reduz a compulsão alimentar e melhora as taxas de abstinência por até 4 meses após o tratamento, mas não leva à perda de peso. Os medicamentos podem ser úteis no tratamento de pacientes com TCAP.	A literatura sobre a eficácia de tratamentos para TCAP é variável. Estratégias futuras incluem a identificação de intervenções ideais associadas a uma abstinência sustentada de compulsão alimentar e perda de peso permanente.

AAG-INT: autoajuda guiada pela *internet*; TCC: terapia cognitivo-comportamental; TCAP: transtorno de compulsão alimentar periódica; IMC: índice de massa corporal; TA: transtorno alimentar; TCD-TCAP: terapia comportamental dialética para transtorno de compulsão alimentar periódica; CGCA: controle com grupo de comparação ativa; DP: desvio padrão; PTI: psicoterapia interpessoal; AAG-TCC: autoajuda guiada com terapia cognitivo-comportamental; EDE: *Eating Disorder Examination*; TFEQ: *Three Factor Eating Questionnaire*; TEB: terapia estratégica breve; ECR: estudo controlado randomizado; OQ-45.2: *Global Index of the Outcome Questionnaire*; RR: resposta rápida; TCC-AAG: terapia cognitivo-comportamental na forma de autoajuda guiada; BN: bulimia nervosa; AN: anorexia nervosa; DSM-IV: 4a ed. do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; ACE: análise de custo-efetividade; QALY: anos de vida ajustados para qualidade; PTI: psicoterapia interpessoal; EDI: *Eating Disorder Inventory-2*; SCL-90-R: *Symptom Checklist-90-Revised*; PDQ-4-R: *Personality Diagnostic Questionnaire-4*; TAM: terapia de aprimoramento motivacional; ISRS: inibidores seletivos da recaptação da serotonina; RTI-UNC EPC: *RTI International-University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center*.

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtornos alimentares

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Stein KF, Corte C, Chen DG, Nuliyalu U, Wing J. A randomized clinical trial of an identity intervention programme for women with eating disorders. <i>Eur Eat Disord Rev.</i> 2013;21(2):130-42.	São reportados os achados de um estudo randomizado com um PII, projetado para a construção de novos autoesquemas positivos, separados de outras concepções do próprio ( <i>self</i> ) na memória, como forma de promover melhoras na saúde de mulheres diagnosticadas com TA. Após a coleta de dados no início do estudos, mulheres com AN ou BN foram randomizadas para PII (n=34) ou PTA (n=35).	O PII e a PTA foram igualmente eficazes na redução de sintomas dos TA 1 mês após a intervenção, e as mudanças permaneceram estáveis durante o período de acompanhamento de 12 meses. A PII foi mais eficaz na promoção do desenvolvimento de autoesquemas positivos, e o aumento permaneceu estável ao longo do tempo. Independente do nível basal, o aumento no número de autoesquemas positivos entre a avaliação pré-intervenção e de 1 mês pós-intervenção foi capaz de prever uma redução no desejo pela magreza e um aumento no bem-estar psicológico e na saúde funcional ao longo do mesmo período.	Uma intervenção cognitivo-comportamental focada no aumento do número de autoesquemas positivos pode ser crucial para melhorar a saúde emocional das mulheres com AN e BN.
ter Huurne ED, Postel MG, de Haan HA, Drossaert CH, DeJong CA. Web-based treatment program using intensive therapeutic contact for patients with eating disorders: before-after study. <i>J Med Internet Res.</i> 2013;15(2):e12.	Este estudo piloto avaliou um programa de tratamento <i>on-line</i> usando contato terapêutico intensivo em uma população de 165 pacientes com TA. Em um desenho pré-pós com duração de 6 semanas e acompanhamento de 6 meses, foram medidas a psicopatologia do TA, a insatisfação com o corpo, o IMC, a saúde física e mental, e a qualidade de vida. A satisfação dos participantes com o programa de tratamento <i>on-line</i> também foi estudada. Foram coletados dados de insatisfação, e os participantes foram classificados como não concluintes, caso não terminassem as dez tarefas do programa de tratamento <i>on-line</i> . Foram medidas as diferenças na efetividade do tratamento, adesão ao tratamento e características no início do tratamento entre os participantes dos três principais grupos diagnósticos de TA TANE (n=115), BN purgativa (n=24), e BN não purgativa (n=24).	Dos 165 participantes que iniciaram o programa de tratamento <i>on-line</i> , 89 (54%) terminaram todas as tarefas do programa (concluintes) e 76 (46%) deixaram o programa prematuramente (não concluintes). Um nível grave de insatisfação com o corpo, e problemas graves de saúde física e mental aparentemente tiveram impacto negativo na conclusão do programa de tratamento <i>on-line</i> . Entre os participantes que concluíram o programa de tratamento, foram detectadas melhoras significativas na psicopatologia do TA (F=54,6; df=68; p<0,001; d=1,14). A insatisfação corporal, a qualidade de vida e a saúde física e mental também melhoraram de forma significativa, e quase todos esses efeitos positivos se sustentaram por até 6 meses após a conclusão do programa de tratamento <i>on-line</i> pelos participantes. O IMC melhorou apenas no grupo de participantes com obesidade. A melhora na psicopatologia do TA ocorreu nos três grupos diagnósticos de TA, e não houve diferenças significativas na porcentagem de concluintes entre os grupos. A satisfação dos participantes com o programa de tratamento, bem como com o respectivo terapeuta, foi alta, e os participantes indicaram que recomendariam o programa a outros pacientes com TA.	Os resultados deste estudo sugerem que o programa de tratamento <i>on-line</i> tem o potencial de melhorar a psicopatologia do TA em pacientes com diferentes tipos de TA.
Bhatnagar KA, Wisniewski L, Solomon M, Heinberg L. Effectiveness and feasibility of a cognitive-behavioral group intervention for body image disturbance in women with eating disorders. <i>J Clin Psychol.</i> 2013;69(1):1-13.	Investigar a efetividade e viabilidade de uma intervenção cognitiva-comportamental em grupo, para tratamento de perturbação da imagem corporal em mulheres com TA. O estudo utilizou um desenho de linha de base múltipla e incluiu 38 participantes, com uma variedade de TA. A intervenção focou em componentes atitudinais e comportamentais de perturbação da imagem corporal, através de psicoeducação, auto-monitoramento, dessensibilização sistemática, e reestruturação cognitiva. Os desfechos primários incluíram avaliação multidimensional da imagem corporal (efetividade) e adesão ao tratamento e satisfação (viabilidade).	Participantes em tratamento em grupo com manual relataram muito menos perturbação da imagem corporal em comparação a participantes randomizados, com uma condição controle e em uma lista de espera. Mas as diferenças desapareceram após os dois grupos passarem por intervenção. Os participantes também descreveram menos depressão e TA, desde o início até o período pós-tratamento, porém esta diferença não foi considerada estatisticamente significativa. Os desfechos de viabilidade sugerem que a intervenção tenha sido bem recebida e bastante aceita pelos participantes.	Os achados destacam a importância de acrescentar um componente de imagem corporal baseado em evidência ao transtorno alimentar padrão.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtornos alimentares

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Courbasson C, Nishikawa Y, Dixon L. Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. <i>Clin Psychol Psychother.</i> 2012;19(5):434-49.	Examinar a eficácia preliminar da TCD adaptada para TA e TUS. Um ECR pareado foi realizado com 25 pacientes ambulatoriais do sexo feminino diagnosticadas com TA e TUS concomitantes. As participantes randomizadas para o grupo de intervenção receberam TCD, e as randomizadas para o grupo controle receberam tratamento usual, ambos por 1 ano.	As participantes randomizadas para TCD demonstraram uma taxa de retenção superior em comparação ao grupo de tratamento usual em diferentes momentos do estudo, inclusive no pós-tratamento (80% contra 20%) e no acompanhamento (60% contra 20%). Devido às taxas elevadas de desistência e à piora dos sintomas do TA-TUS no grupo de tratamento usual, o recrutamento de participantes foi encerrado prematuramente. Os resultados do grupo de TCD revelaram que a intervenção teve um efeito positivo significativo sobre as características comportamentais e atitudinais do comer transtornado, gravidade do uso de substâncias, regulação do humor negativo, e sintomas depressivos. Finalmente, o aumento da percepção das participantes de sua capacidade de regular e lidar com estados emocionais negativos foi consideravelmente associado à redução do comer emocional e ao aumento dos níveis de confiança na capacidade de resistir ao uso de substâncias.	Os resultados indicam que a TCD adaptada pode ser promissora no tratamento de indivíduos com TA e TUS concomitantes. Os resultados também destacam a questão proeminente e importante da necessidade de se excluírem de estudos de pesquisa e programas de tratamento os indivíduos com uso concomitante de substâncias.
Bauer S, Okon E, Meermann R, Kordy H. Technology-enhanced maintenance of treatment gains in eating disorders: efficacy of an intervention delivered via text messaging. <i>J Consult Clin Psychol.</i> 2012;80(4):700-6.	Considerando-se a falta de intervenções de manutenção para TA, um programa administrado por mensagens instantâneas (SMS) e mensagens de texto foi desenvolvido para dar suporte aos pacientes após a alta de um tratamento com internação hospitalar. Ao todo, 165 pacientes do sexo feminino com BN ou TA relacionado e TANE foram randomizadas para um grupo controle (tratamento usual) ou um grupo de intervenção (intervenção de manutenção por SMS, denominada SMS). Após a alta hospitalar, as participantes do grupo de intervenção enviaram um relatório semanal de sintomas por mensagem de texto, por 16 semanas, e receberam <i>feedback</i> personalizado. O desfecho primário foi a taxa de remissão parcial, 8 meses após a alta do tratamento hospitalar.	A diferença nas taxas de remissão apresentou significância nas análises de intenção de tratamento (SMS=51,2%; tratamento usual =36,1%), $\chi^2(1)=3,81$ ; $p=0,05$ e se aproximou da significância na análise de concluintes (SMS=59,2%; tratamento usual =43,5%), $\chi^2(1)=3,44$ ; $p=0,06$ . Não houve diferenças na utilização do tratamento ambulatorial. As taxas de remissão entre a intervenção e os grupos de controles não foram significativamente diferentes entre os pacientes que utilizaram o tratamento ambulatorial (63,2% versus 55,6%); $\chi^2(1)=0,44$ ; $p=0,51$ . Uma diferença significativa foi encontrada em aqueles que não utilizaram esse tratamento (54,5% contra 30,3%); $\chi^2(1) = 3,97$ ; $p=0,046$ .	A intervenção pós-internação foi eficaz na melhora do desfecho do tratamento após a alta hospitalar.
Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. <i>Appetite.</i> 2012;58(3):847-51.	Explorar a eficácia de uma intervenção baseada em <i>mindfulness</i> (atenção plena) para comportamentos alimentares problemáticos. Uma amostra não clínica de 26 mulheres com transtornos de comportamento alimentar foram randomizadas para 8 semanas uma intervenção alimentar baseada em TCBM, ou um grupo controle com lista de espera. Os dados foram coletados no início do estudo e após 8 semanas.	Em comparação aos controles, os pacientes da intervenção de <i>mindfulness</i> demonstraram reduções consideravelmente maiores nos desejos por alimentos, pensamento dicotômico, preocupação com a imagem corporal, comer emocional e comer externo.	Esses achados indicam que a prática da atenção plena pode ser uma forma efetiva de reduzir os fatores associados com comportamentos alimentares problemáticos.
Jacobi C, Völker U, Trockel MT, Taylor CB. Effects of an Internet-based intervention for subthreshold eating disorders: a randomized controlled trial. <i>Behav Res Ther.</i> 2012;50(2):93-9.	Adaptar e avaliar os efeitos do programa de prevenção <i>on-line</i> Student Bodies™ para mulheres com sintomas de TA e/ou síndromes de TA subliminares. Foi feita randomização de 126 mulheres que relataram sintomas subliminares de TA (peso elevado e preocupações com a forma física, além de compulsão alimentar subliminar, purgação, submissão crônica a dietas, ou mais de um desses sintomas), para intervenção com Student Bodies™+ (SB+) ou grupo controle com lista de espera, e avaliadas pré-intervenção, pós-intervenção e aos 6 meses de acompanhamento. O Student Bodies™ foi adaptado para ser adequado para TA subliminares.	Em comparação às participantes do grupo controle, aos 6 meses de acompanhamento, as do grupo de intervenção demonstraram melhoras significativamente maiores nas atitudes relacionadas aos TA. As participantes da intervenção também demonstraram reduções 67% (IC95%=20-87%) maiores nas taxas combinadas de episódios subjetivos e objetivos de compulsão alimentar, e reduções 86% (IC95%=63-95%) maiores nos episódios de purgação. Além disso, as taxas de participantes com abstinência de todos os comportamentos de TA (restrição alimentar, compulsão alimentar e comportamentos compensatórios) foram significativamente mais altas no grupo de intervenção (45,1% versus 26,9%). Análises retrospectivas de subgrupos revelaram que para as participantes com compulsão alimentar periódica, os efeitos nos escores do EDE-Q foram maiores do que no grupo de restrição pura.	O programa SB+ adaptado é uma intervenção efetiva para mulheres com TA subliminares, do subtipo de compulsão alimentar periódica.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtornos alimentares

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Geller J, Brown KE, Srikameswaran S. The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: a randomized control trial. <i>Int J Eat Disord</i> . 2011;44(6):497-505.	Determinar a eficácia da TPM, uma intervenção preparatória individual de cinco sessões, para indivíduos com TA. Os participantes passaram pela entrevista de prontidão e motivação, e medições de sintomas do TA, autoestima e sintomas psiquiátricos na ingestão. Foram randomizados 181 participantes para o tratamento (TPM) ou um grupo controle com lista de espera, e reavaliados no acompanhamento de 6 semanas e novamente aos 3 meses; 113 concluíram as três avaliações e as análises primárias basearam-se nesses indivíduos.	Surpreendentemente, as melhoras na disposição para mudança, depressão, desejo de magreza e sintomas de bulimia ocorreram ao longo do tempo tanto no grupo de TPM quanto no grupo controle. No entanto, no pós-tratamento e no acompanhamento, os indivíduos submetidos à TPM tiveram menor probabilidade de apresentar alta ambivalência do que os indivíduos do grupo controle.	A TPM pode ser benéfica para pacientes relutantes e clinicamente desafiadores, e ajudá-los a aproveitar melhor um tratamento orientado para ações no futuro.
Vocks S, Schulte D, Busch M, Grönemeyer D, Herpertz S, Suchan B. Changes in neuronal correlates of body image processing by means of cognitive-behavioural body image therapy for eating disorders: a randomized controlled fMRI study. <i>Psychol Med</i> . 2011;41(8):1651-63.	Analisar alterações induzidas pelo tratamento em correlatos neuronais de processamento da imagem corporal visual. Foram randomizadas 32 mulheres com TA para TCC com manual, composta por dez sessões em grupo, ou grupo controle com lista de espera. Usando ressonância magnética funcional, as respostas do cérebro a fotografias do próprio corpo e do corpo de outra mulher, tiradas de 16 perspectivas padronizadas usando um biquíni uniformizado, foram capturadas antes e depois da intervenção e do tempo de espera, respectivamente.	Os dados indicam um realce geral de sinal dependente do nível sanguíneo de oxigênio, em resposta à visualização de fotografias do próprio corpo, antes e depois do tratamento. Já no grupo controle, foi observada uma redução na ativação quando se comparou o período antes e depois do tempo de espera. Foram detectados aumentos na ativação focada, comparando os períodos pré- e pós-tratamento, no giro temporal médio esquerdo, cobrindo as coordenadas da área do corpo extraestriado, e em estruturas frontais bilaterais, incluindo o giro frontal médio.	Os resultados apontam para um processamento neuronal mais intenso do próprio corpo após a TCC para imagem corporal nas regiões corticais, responsáveis pelo processamento visual do corpo humano e pelo autoconhecimento.
Catalan-Matamoros D, Helvik-Skjaerven L, Labajos-Manzanares MT, Martínez-de-Salazar-Arboleas A, Sánchez-Guerrero E. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. <i>Clin Rehabil</i> . 2011;25(7):617-26.	Analisar a viabilidade de terapia de consciência corporal básica em pessoas com TA. Total de 28 pacientes ambulatoriais com TA há menos de 5 anos. Todos os pacientes receberam tratamento ambulatorial padrão. O grupo de intervenção (n=14) recebeu também terapia de consciência corporal básica durante 7 semanas.	Analisando ambos os grupos, foram encontradas diferenças significativas no <i>Eating Disorder Inventory</i> (diferença média: 26,3; p=0,015) e nas subescalas de desejo de magreza (p=0,003), insatisfação com o corpo (p=0,025) e ineficácia (p=0,014). Também no <i>Body Attitude Test</i> (diferença média: 33,0; p=0,012), <i>Eating Attitude Test-40</i> (diferença média: 17,7; p=0,039) e SF-36 na seção de saúde mental (diferença média: 13,0; p=0,002).	Este estudo demonstrou que a terapia de consciência corporal básica é capaz de melhorar alguns sintomas em pacientes ambulatoriais com TA. Novos estudos devem incluir amostras maiores, metodologias duplo-cego e controladas com placebo, e devem se concentrar em questões como quais TA podem se beneficiar mais da fisioterapia.
Byrne SM, Fursland A, Allen KL, Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: an open trial. <i>Behav Res Ther</i> . 2011;49(4):219-26.	Examinar a efetividade da TCC-M para TA em um estudo aberto para adultos, com todo o espectro de TA encontradas na comunidade. Este é o primeiro estudo publicado de TCC-M a incluir pacientes com IMC<17,5. O estudo envolveu 125 pacientes encaminhados a um ambulatório público em Perth, no oeste da Austrália. Os pacientes passaram, em média, por 20 a 40 sessões individuais com um psicólogo clínico.	Daqueles incluídos no estudo, 53% concluíram o tratamento. Maiores tempos de espera para tratamento tiveram correlação significativa com a taxa de desistência. No fim do tratamento, a remissão completa (cessação de todos os principais comportamentos do TA, IMC≥18,5kg/m <sup>2</sup> , deixar de atender aos critérios do DSM-IV para TA) ou remissão parcial (pelo menos dois desses critérios) foi alcançada por dois terços dos pacientes que concluíram o tratamento e 40% do total da amostra. Os resultados foram comparados favoravelmente aos relatados no ECR anterior de TCC-M, com exceção da taxa de desistência mais alta neste estudo.	No geral, os resultados indicaram que a TCC-M resulta em melhoras significativas, tanto nos sintomas alimentares quanto na psicopatologia mais geral, em pacientes com todos os TA e atendidos em um ambulatório.
Smeets E, Tiggemann M, Kemps E, Mills JS, Hollitt S, Roefs A, et al. Body checking induces an attentional bias for body-related cues. <i>Int J Eat Disord</i> . 2011;44(1):50-7.	Examinar a influência da verificação corporal no viés atencional para sugestões relacionadas ao corpo, manipulando-se os comportamentos de verificação corporal em participantes não clínicos. Foram randomizadas 66 mulheres para um de três grupos: verificação corporal, exposição corporal, ou controle. A tarefa de busca visual corporal foi utilizada para medir o viés atencional.	As participantes no grupo de verificação corporal apresentaram uma detecção acelerada de informações relativas ao corpo em comparação às participantes dos grupos de exposição e controle. Não foram encontradas evidências de maior distração por informações relativas ao corpo. Além disso, as participantes no grupo de verificação corporal relataram maior insatisfação com o corpo após a manipulação do que as participantes nos grupos de exposição e controle.	Esses resultados são os primeiros a estabelecer experimentalmente uma ligação entre a verificação corporal e o viés atencional no que concerne sugestões relativas ao corpo.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Transtornos alimentares**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Traviss GD, Heywood-Everett S, Hill AJ. Guided self-help for disordered eating: A randomised control trial. <i>Behav Res Ther.</i> 2011;49(1):25-31.	Este estudo clínico controlado randomizado avaliou um pacote de AAG baseada em TCC, <i>Working to Overcome Eating Difficulties</i> [Trabalhando para Superar Dificuldades Alimentares], administrado por profissionais de saúde mental qualificados, na forma de seis sessões, ao longo de 3 meses. O tratamento é condizente com a abordagem transdiagnóstica e, sendo assim, é adequado para todos os TA, exceto para AN grave. Oitenta e um clientes foram randomizados para um grupo de AAG ou um grupo de lista de espera. A psicopatologia do TA (EDE-Q), as características comportamentais fundamentais e o desconforto global (CORE) foram medidos na pré- e pós-intervenção, e aos 3 e 6 meses de acompanhamento.	Os resultados mostraram melhoras significativas na psicopatologia do TA, abuso de laxantes, hábitos de exercício e desconforto global, e a AAG mostrou-se superior à lista de espera em todos os desfechos. Os ganhos do tratamento foram mantidos após 3 e 6 meses.	Este estudo contribui para as evidências que corroboram o uso de AAG para TA, inclusive TANE. No entanto, são necessários mais estudos para estabelecer os fatores que contribuem para as melhoras terapêuticas observadas e determinar para quem a AAG é mais adequada.
Storch M, Keller F, Weber J, Spindler A, Milos G. Psychoeducation in affect regulation for patients with eating disorders: a randomized controlled feasibility study. <i>Am J Psychother.</i> 2011;65(1):81-93.	Examinar os efeitos de um programa de treinamento psicoeducacional na regulação afetiva de pacientes com TA. O total de 19 pacientes do sexo feminino passaram por avaliações da regulação afetiva (ACS-90), alexitimia (TAS-26) e comportamento alimentar (EDE-Q). Os dados foram avaliados no início do estudo e aos 3 e 12 meses pós-tratamento. Dependendo da data de entrada no hospital, as pacientes foram alocadas consecutivamente no grupo controle (n=11), que recebeu tratamento hospitalar usual, ou no grupo de tratamento (n=8), que recebeu treinamento, além do tratamento hospitalar usual.	No acompanhamento, o treinamento foi associado a uma melhora estatisticamente significativa na habilidade de infrarregulação do afeto negativo, e uma tendência de menos restrição alimentar. Em relação a alexitimia, os resultados encontrados não foram claros.	Apesar do pequeno tamanho da amostra, os resultados mostraram que, além da melhora geral devido ao tratamento usual oferecido no contexto clínico, o programa de treinamento resultou em benefícios específicos para as pacientes no que diz respeito às habilidades de regulação afetiva.
Dunker KL, Philippi ST, Ikeda JP. Interactive Brazilian program to prevent eating disorders behaviors: a pilot study. <i>Eat Weight Disord.</i> 2010;15(4):e270-4.	Durante uma licença acadêmica de 4 meses nos Estados Unidos, os pesquisadores elaboraram um programa de prevenção para TA culturalmente apropriado para adolescentes brasileiras. O programa Se Liga na Nutrição foi baseado em outros programas efetivos identificados em uma revisão da literatura e foi realizado na forma de 11 sessões interativas.	Foi recebido positivamente pelas adolescentes que sugeriram que passasse a fazer parte do currículo escolar. As meninas relataram que o programa as ajudou a desenvolver habilidades de pensamento crítico com relação a normas socioculturais relativas à imagem corporal, os alimentos e os hábitos alimentares.	
Becker CB, Wilson C, Williams A, Kelly M, McDaniel L, Elmquist J. Peer-facilitated cognitive dissonance versus healthy weight eating disorders prevention: A randomized comparison. <i>Body Image.</i> 2010;7(4):280-8.	Esta pesquisa corrobora a eficácia da DC e da prevenção de TA com base no peso saudável, e indica que a DC pode ser administrada por pares facilitadores, o que facilita sua disseminação. Este estudo investigou se os pares facilitadores podem administrar a abordagem do peso saudável, mesmo quando modificada para ser usada por eles, e acompanhamento estendido para DC facilitada por pares, em comparação a estudos anteriores. Com base em dados piloto, modificamos o peso saudável para facilitar a administração por pares, elaborar os benefícios do saudável-ideal, e enfatizar ainda mais o consumo de alimentos com alta densidade nutricional. Integrantes de uma república feminina (n=106) foram randomizadas para duas sessões de 2 horas de DC ou peso saudável modificado. As participantes passaram por avaliações pré- e pós-intervenção, e no acompanhamento de 8 semanas, 8 meses e 14 meses.	De acordo com as hipóteses, a DC resultou em maior redução do afeto negativo, da internalização do ideal de magreza, e da patologia bulímica após a intervenção. Tanto DC quanto o peso saudável modificado reduziram o afeto negativo, a internalização, a insatisfação com o corpo, a restrição alimentar e a patologia bulímica após 14 meses.	
East P, Startup H, Roberts C, Schmidt U. Expressive writing and eating disorder features: a preliminary trial in a student sample of the impact of three writing tasks on eating disorder symptoms and associated cognitive, affective and interpersonal factors. <i>Eur Eat Disord Rev.</i> 2010;18(3):180-96.	Avaliar o impacto de três tarefas de escrita sobre os fatores cognitivos, afetivos e interpessoais tipicamente associados com sintomas de TA, em uma população de estudantes. Duas tarefas experimentais e uma tarefa de controle foram avaliadas.	Os participantes fizeram avaliações subjetivas da experiência da escrita, e foram administrados questionários com medidas objetivas no início do estudo, e no acompanhamento de 4 e 8 semanas. Os participantes que desistiram sem concluir as tarefas apresentavam mais esquizia experiencial. As três tarefas apresentaram diferenças significativas no impacto subjetivo, e as tarefas experimentais foram mais eficazes na redução de sintomas de TA. Eles também resultaram em melhora de algumas das principais características associadas a dificuldades alimentares. A tarefa de controle, em geral, apresentou efeito menor, nulo, ou prejudicial.	Os resultados fornecem respaldo indireto e preliminar para o uso da escrita terapêutica para tratar características específicas associadas à manifestação dos TA. Mais pesquisas são necessárias para replicar os resultados deste estudo e estendê-los para a população clínica.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtornos alimentares

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Juarascio AS, Forman EM, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. <i>Behav Modif</i> . 2010;34(2):175-90.	Examinar várias questões relacionadas ao tratamento da patologia alimentar dentro do contexto de um ECR de maior escala, comparando a TCC padrão (ou seja, a terapia cognitiva de Beck; TC) à terapia de aceitação e compromisso (Hayes, 2004).	Os resultados indicaram que os dois tratamentos foram efetivos na redução da patologia alimentar, mas de formas diferentes. Especificamente, a TC produziu discretas diminuições no transtorno, ao passo que a terapia de aceitação e compromisso levou a maiores reduções. Além disso, surgiu uma leve possibilidade de a terapia de aceitação e compromisso ser mais eficaz do que a TC no aumento do funcionamento global avaliado pelo clínico entre aqueles com patologia alimentar.	Esses achados indicam que a terapia de aceitação e compromisso é um tratamento útil para o comer transtornado e, possivelmente, para os TA propriamente ditos.
Allison KC, Lundgren JD, Moore RH, O'Reardon JP, Stunkard AJ. Cognitive behavior therapy for night eating syndrome: a pilot study. <i>Am J Psychother</i> . 2010;64(1):91-106.	Conduzir um estudo piloto de 10 sessões de TCC para SCN. Foram selecionados 25 pacientes (19 do sexo feminino), depois extensamente avaliados antes de serem incluídos no estudo. Em cada visita, os pacientes preencheram o NESS, foram pesados, e foram medidos o número de despertares e de ingestões noturnas e a ingestão calórica diária, a partir dos registros semanais de sono e alimentação.	Análises de regressão dos dados com modelo misto demonstraram reduções significativas na ingestão calórica após o jantar (35,0% para 24,9%); número de ingestões noturnas (8,7 para 2,6 por semana); peso (82,5 para 79,4kg); e escore do NESS (28,7 para 16,3; todos os valores $p < 0,0001$ ). O número de despertares por semana, o humor deprimido e a qualidade de vida também melhoraram significativamente ( $p < 0,02$ ).	Este primeiro estudo clínico de TCC para SCN demonstra melhoras significativas nos aspectos centrais da SCN e na redução do peso, sugerindo a necessidade de um estudo controlado do tratamento.
Provencher V, Bégin C, Tremblay A, Mongeau L, Corneau L, Dodin S, et al. Health-At-Every-Size and eating behaviors: 1-year follow-up results of a size acceptance intervention. <i>J Am Diet Assoc</i> . 2009;109(11):1854-61.	Avaliar os efeitos da intervenção HAES nos comportamentos alimentares, sensações de apetite, variáveis metabólicas e antropométricas, e níveis de atividade física, 6 meses e 1 ano após a intervenção. Mulheres na pré-menopausa com sobrepeso/obesidade ( $n=144$ ; idade média de $42,3 \pm 5,6$ anos), recrutadas da comunidade em geral. As mulheres foram randomizadas para: grupo de HAES ( $n=48$ ), grupo de suporte social ( $n=48$ ) ou grupo controle ( $n=48$ ).	A suscetibilidade situacional à desinibição e a suscetibilidade à fome diminuiram de modo significativo ao longo do tempo, tanto no grupo de HAES ( $-0,9 \pm 0,2$ e $-1,3 \pm 0,5$ , respectivamente) quanto no grupo de suporte social ( $-0,4 \pm 0,2$ e $-1,4 \pm 0,5$ , respectivamente). Embora os escores de comportamento alimentar observados aos 16 meses não tenham apresentado diferenças entre os grupos de HAES e suporte social (susceptibilidade situacional à desinibição: $2,5 \pm 0,2$ no grupo HAES versus $2,7 \pm 0,2$ no grupo de suporte social; susceptibilidade à fome: $4,2 \pm 0,5$ em ambos os grupos), foram mais baixos nesses grupos do que os escores observados no grupo controle ( $3,3 \pm 0,2$ para susceptibilidade situacional à desinibição e $5,9 \pm 0,5$ para susceptibilidade à fome).	Estes resultados sugerem que, quando comparada a um grupo controle, uma abordagem de HAES poderia ter efeitos benéficos de longo prazo sobre comportamentos alimentares relacionados à desinibição e à fome. Além disso, nosso estudo não demonstrou diferenças nos efeitos da abordagem HAES em comparação a uma intervenção de suporte social.
Korrelboom K, de Jong M, Huijbrechts I, Daansen P. Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: A randomized clinical trial. <i>J Consult Clin Psychol</i> . 2009;77(5):974-80.	Este estudo avalia uma intervenção cognitivo-comportamental escalonada e de curta duração para o tratamento de baixa autoestima em pacientes com TA. O treinamento da memória competitiva para baixa autoestima baseia-se em ideias e descobertas da psicologia experimental. Um total de 52 pacientes com TA e baixa autoestima foram tratados com treinamento da memória competitiva em um centro de saúde mental de rotina, além de seu tratamento regular. Estes pacientes foram randomizados para receber 8 semanas de treinamento da memória competitiva + terapia usual ou para receber apenas terapia usual.	Foram encontrados efeitos que favoreceram a combinação treinamento da memória competitiva + terapia usual em dois índices de autoestima e um índice de humor depressivo.	São discutidas limitações deste estudo e as possíveis implicações clínicas.
Wilksch SM, Wade TD. Reduction of shape and weight concern in young adolescents: a 30-month controlled evaluation of a media literacy program. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2009;48(6):652-61.	Avaliar um programa de alfabetização midiática teoricamente informada, administrado a um público adolescente universal, de ambos os sexos. Total de 540 estudantes do oitavo ano (idade média 13,62 anos, DP de 0,37 anos) de 4 escolas participaram, sendo que 11 classes receberam o programa de alfabetização midiática em 8 aulas (126 meninas e 107 meninos) e 13 classes de comparação receberam aulas escolares normais (147 meninas e 160 meninos). A preocupação com a forma física e o peso (variável do desfecho primário) e sete outros fatores de risco para TA (por exemplo dietas, internalização da mídia) foram medidos com questionários validados no início do estudo, após o programa, e aos 6 e 30 meses de acompanhamento.	Análises com modelo linear misto foram conduzidas usando um desenho misto dentro/entre 2 (grupo: programa de alfabetização midiática, controle) x 3 (momento: pós-programa, acompanhamento de 6 meses, acompanhamento de 30 meses) x 2 (sexo: meninas, meninos), com o início do estudo inserido como covariada. Os principais efeitos de grupo, que favoreceram o programa de alfabetização midiática, foram encontrados para a preocupação com forma física e peso (tamanho de efeito de 0,29), dietas (tamanho de efeito de 0,26), insatisfação com o corpo (TE de 0,20), inefetividade (tamanho de efeito de 0,23) e depressão (tamanho de efeito de 0,26).	A alfabetização midiática pode ser uma intervenção efetiva para reduzir a preocupação com a forma física e o peso, além de outros fatores de risco para TA, em uma população universal de adolescentes de ambos os sexos. São necessárias mais avaliações de programas de prevenção metodologicamente seguros, em populações com estas mesmas características demográficas.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtornos alimentares

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. <i>Am J Psychiatry</i> . 2009;166(3):311-9.	Comparar dois TCC para pacientes ambulatoriais com TA, um focado exclusivamente nas características dos TA, e um outro tratamento mais complexo que também aborda a intolerância de humor, perfeccionismo clínico, baixa autoestima ou dificuldades interpessoais. Pacientes com TA segundo o DSM-IV sem subpeso acentuado (IMC acima de 17,5) foram incluídos em um ECR em dois centros, envolvendo 20 semanas de tratamento e 60 semanas de acompanhamento. A condição de controle foi um período de 8 semanas em lista de espera antes do tratamento.	Os pacientes na lista de espera demonstraram poucas mudanças na gravidade dos sintomas, enquanto os pacientes tratados nos dois outros grupos apresentaram mudanças substanciais e equivalentes, que foram sustentadas durante o acompanhamento. Na avaliação de acompanhamento de 60 semanas, 51,3% da amostra apresentava um nível de características de TA menos de um desvio padrão acima da média da comunidade. O resultado do tratamento não dependeu do diagnóstico de TA. Os pacientes com níveis acentuados de intolerância de humor, perfeccionismo clínico, baixa autoestima ou dificuldades interpessoais pareceram responder melhor ao tratamento mais complexo, mas o padrão de reversão também foi evidente nos outros pacientes.	
Doyle AC, Goldschmidt A, Huang C, Winzelberg AJ, Taylor CB, Wilfley DE. Reduction of overweight and eating disorder symptoms via the Internet in adolescents: a randomized controlled trial. <i>J Adolesc Health</i> . 2008;43(2):172-9.	Este ECR multicêntrico avaliou um programa <i>on-line</i> para perda de peso e atitudes/comportamentos relativos ao TA em adolescentes. Um total de 80 adolescentes entre 12 e 17 anos concluíram o tratamento <i>Student Bodies 2</i> , um programa cognitivo-comportamental de 16 semanas, ou tratamento usual.	Os escores Z de IMC estavam reduzidos no grupo do SB2 em comparação ao grupo de tratamento usual, do início do estudo até a pós-intervenção ( $p=0,027$ , $eta(p/2) = 0,08$ ). O grupo <i>Student Bodies 2</i> , manteve essas reduções nos escores Z de IMC aos 4 meses de acompanhamento, mas não foram observadas diferenças significativas devido à melhora no grupo de tratamento usual. O grupo <i>Student Bodies 2</i> demonstrou maiores aumentos na restrição alimentar pós-intervenção ( $p=0,016$ ) e menor melhora na preocupação com a forma física no acompanhamento ( $p=0,044$ ); mas essas diferenças não foram clinicamente significativas. Nenhuma outra diferença estatisticamente significativa foi observada entre os grupos em relação a atitudes ou comportamentos relativos ao TA. Os participantes do <i>Student Bodies 2</i> relataram uso mais frequente de habilidades relacionadas à alimentação saudável e exercícios físicos do que os participantes do tratamento usual após a intervenção ( $p=0,001$ ) e no acompanhamento ( $p=0,012$ ).	Os resultados sugerem que a intervenção pela <i>internet</i> produziu uma redução discreta no <i>status</i> de peso, que persistiu 4 meses após o tratamento, e que não houve melhoras significativas nas atitudes/comportamentos relativos ao TA. As diferenças entre os grupos em relação à perda de peso não foram sustentadas no acompanhamento de 4 meses devido a melhoras paralelas nos grupos. São necessários mais estudos no futuro para melhorar a adesão ao programa e explorar mais a fundo a eficácia de programas de controle de peso administrados pela internet para adolescentes.
Dohnt HK, Tiggemann M. Promoting positive body image in young girls: an evaluation of 'Shapesville'. <i>Eur Eat Disord Rev</i> . 2008;16(3):222-33.	Avaliar um livro de ilustrações infantis chamado <i>Shapesville</i> , concebido para promover uma imagem corporal positiva entre as crianças pequenas. Os participantes foram uma amostra de conveniência composta por 84 meninas (com idade entre 5 a 9 anos) recrutadas em quatro escolas particulares para garotas. As meninas foram randomizadas para a leitura de <i>Shapesville</i> ou um livro de controle. Foram conduzidas avaliações de imagem corporal, estereotipagem com base no peso e internalização da mídia, bem como do conhecimento de tópicos não relacionados à aparência, antes e depois da intervenção, e no acompanhamento de 6 semanas.	Em comparação ao livro de controle, a satisfação das meninas com a aparência aumentou após a leitura de <i>Shapesville</i> . Além disso, a estereotipagem com base no peso e a internalização de ideais midiáticos diminuíram. Finalmente, a leitura de <i>Shapesville</i> também aumentou a base de conhecimento das meninas sobre tópicos não relacionados à aparência, como o reconhecimento de talentos especiais e a conscientização sobre a alimentação saudável, após a intervenção. Esses ganhos foram relativamente reduzidos no acompanhamento, mas ainda se mostraram, de forma significativa, melhores do que antes da intervenção.	Este estudo demonstra que <i>Shapesville</i> tem potencial para ser uma ferramenta de prevenção potencialmente bem sucedida, para ser usada com meninas. As escolas podem incorporar <i>Shapesville</i> em seu currículo no momento da entrada na escola, para ajudar a prevenir o desenvolvimento precoce de insatisfação corporal e TA.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtornos alimentares

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Hay P, Mond J, Paxton S, Rodgers B, Darby A, Owen C. What are the effects of providing evidence-based information on eating disorders and their treatments? A randomized controlled trial in a symptomatic community sample. <i>Early Interv Psychiatry</i> . 2007;1(4):316-24.	Nossa hipótese foi que o motivo para a adesão infrequente aos tratamentos por pacientes com TA é o pouco conhecimento sobre os tratamentos e os desfechos para TA (TA – Alfabetização em Saúde Mental; TA-ASM). Nosso objetivo foi testar os possíveis benefícios de saúde de uma intervenção breve de TA-ASM. Em um levantamento comunitário em duas etapas, 122 mulheres jovens (média de idade 28,5, DP de 6,3 anos) com sintomas de TA que atendiam os critérios de gravidade clínica do DSM-IV foram randomizadas para receber uma intervenção breve de TA-ASM (incluindo informações sobre tratamentos eficazes, livros renomados de autoajuda e onde buscar mais informações e/ou serviços), ou somente informações sobre os serviços locais de saúde mental. Todos receberam informações sobre suas pontuações relativas aos sintomas de TA e qualidade de vida.	Ao todo, 102 participantes (84%) concluíram o acompanhamento de 12 meses. Foram observadas, em ambos os grupos, melhoras nos sintomas e mudanças em aspectos específicos da TA-ASM, como menos pessimismo sobre a dificuldades de se tratarem os TA, e melhor reconhecimento e conhecimento, bem como maior iniciativa de buscar ajuda. Diferenças entre os grupos não foram frequentes, mas em comparação aos participantes do grupo controle, os do grupo de intervenção apresentaram melhora em sua qualidade de vida relativa à saúde.	Uma intervenção comunitária breve com o objetivo de melhorar o conhecimento e as crenças sobre os TA e o respectivo tratamento pode ser um primeiro passo importante para melhorar os desfechos relativos à saúde em pessoas com TA, mas ainda são necessários mais estudos.
Heinicke BE, Paxton SJ, McLean SA, Wertheim EH. Internet-delivered targeted group intervention for body dissatisfaction and disordered eating in adolescent girls: a randomized controlled trial. <i>J Abnorm Child Psychol</i> . 2007;35(3):379-91.	Este estudo avaliou uma intervenção direcionada, projetada para aliviar a imagem corporal e os problemas alimentares em meninas adolescentes, administrada pela <i>internet</i> para aumentar o acesso ao programa. O programa consistiu de seis sessões <i>on-line</i> de 90 minutos, sincronizadas para um pequeno grupo, e facilitadas por um terapeuta e um manual. As participantes foram 73 meninas (média de idade 14,4 anos, DP=1,48) que se autoidentificaram como tendo problemas alimentares ou de imagem corporal, e foram randomizadas para um grupo de intervenção (n=36) (avaliado no início do estudo, pós-intervenção e aos 2 e 6 meses de acompanhamento) ou um grupo controle com tratamento postergado (n=37) (avaliado no início do estudo e após 6-7 semanas).		O programa oferece uma abordagem promissora para melhorar os problemas alimentares e de imagem corporal, que também soluciona problemas geográficos de acesso.
Mitchell KS, Mazzeo SE, Rausch SM, Cooke KL. Innovative interventions for disordered eating: evaluating dissonance-based and yoga interventions. <i>Int J Eat Disord</i> . 2007;40(2):120-8.	O comportamento alimentar transtornado é prevalente entre mulheres universitárias. No entanto, poucas intervenções foram capazes de reduzir os fatores de risco para esses comportamentos. As intervenções mais promissoras são seletivas e interativas. Este estudo comparou dois novos tipos de intervenções que atendem a esses critérios: os programas de dissonância cognitiva e de ioga. Este estudo divulgou os programas para mulheres insatisfeitas com o corpo. As participantes (n=93) foram randomizadas em grupos de dissonância, de ioga ou de controle.	Análises de regressão hierárquica revelaram que não houve diferenças significativas pós-intervenção entre os grupos de ioga e de controle. As participantes do grupo de dissonância tiveram escores significativamente mais baixos do que os escores dos outros dois grupos nas avaliações de comer transtornado, desejo de magreza, insatisfação corporal, alexitimia e ansiedade.	Esses resultados têm implicações importantes para as intervenções em <i>campi</i> universitários. Em particular, as intervenções de dissonância parecem ser uma abordagem eficiente e de baixo custo para reduzir fatores de risco de TA. São necessárias mais pesquisas sobre o valor das intervenções de ioga.
Jacobi C, Morris L, Beckers C, Bronisch-Holtze J, Winter J, Winzelberg AJ, et al. Maintenance of internet-based prevention: a randomized controlled trial. <i>Int J Eat Disord</i> . 2007;40(2):114-9.	Determinar os efeitos de curto prazo e de manutenção de um programa de prevenção <i>on-line</i> para TA. Randomização de cem estudantes do sexo feminino de duas universidades alemãs para uma intervenção de 8 semanas, ou para um grupo controle com lista de espera, e avaliadas pré- e pós-intervenção, bem como aos 3 meses de acompanhamento.	Em comparação ao grupo controle, a intervenção produziu efeitos significativos e persistentes para as mulheres de alto risco.	A prevenção baseada na <i>internet</i> é eficaz e pode ser adaptada com sucesso a culturas diferentes.
Richards PS, Berrett ME, Hardman RK, Eggett DL. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. <i>Eat Disord</i> . 2006;14(5):401-15.	Avaliar a eficácia de uma intervenção espiritual em grupo para pacientes internados com TA. Comparou-se a eficácia de um grupo de espiritualidade e de grupos de apoio cognitivo e emocional usando-se um desenho randomizado com grupo controle. Os participantes foram 122 mulheres que receberam tratamento hospitalar para TA.	As pacientes no grupo de espiritualidade tinham tendência a apresentar pontuações significativamente mais baixas para distúrbios psicológicos e sintomas do TA após a conclusão do tratamento, em comparação às pacientes de outros grupos, e mais altas para bem-estar espiritual. Nas avaliações semanais de desfechos, as pacientes do grupo de espiritualidade apresentaram melhora significativamente mais rápida durante as primeiras 4 semanas de tratamento.	Este estudo fornece evidências preliminares de que o foco no desenvolvimento e bem-estar espiritual de pacientes com TA pode ajudar a reduzir a depressão e a ansiedade, problemas de relacionamento, conflito de papéis sociais, e sintomas dos TA.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtornos alimentares

Estudo	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Stice E, Shaw H, Burton E, Wade E. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. <i>J Consult Clin Psychol</i> . 2006;74(2):263-75.	Meninas adolescentes com insatisfação corporal (n=481, idade média = 17 anos) foram randomizadas para um programa de prevenção de TA envolvendo atividades indutoras de dissonância que reduzem a internalização do ideal de magreza, um programa de prevenção com promoção do peso saudável, um grupo controle com atividade de escrita expressiva, ou um grupo controle somente com avaliação.	Do pré-teste ao pós-teste, as participantes da dissonância demonstraram reduções significativamente maiores nos fatores de risco para TA e sintomas bulímicos do que as participantes dos grupos de peso saudável, escrita expressiva e somente avaliação. As participantes do grupo de peso saudável demonstraram reduções consideravelmente maiores nos fatores de risco e sintomas do que os grupos de escrita expressiva e somente avaliação.	Embora esses efeitos tenham se atenuado ao longo de 6 e 12 meses de acompanhamento, as participantes dos grupos de dissonância e peso saudável demonstraram um nível consideravelmente mais baixo de compulsão alimentar e início de obesidade, e reduziram sua utilização dos serviços ao longo do acompanhamento de 12 meses, o que indica que ambas intervenções demonstram potencial para saúde pública.
Gollings EK, Paxton SJ. Comparison of internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: a pilot study. <i>Eat Disord</i> . 2006;14(1):1-15.	É necessário aumentar o acesso a terapias para insatisfação com o corpo e comer transtornado. Este estudo piloto comparou um grupo de intervenção com administração presencial ou de forma sincronizada pela <i>internet</i> . Mulheres com insatisfação corporal e comer transtornado foram randomizadas para tratamento presencial (n=19) ou pela <i>internet</i> (n=21).	A insatisfação corporal, o comer transtornado e variáveis psicológicas foram avaliadas no início do estudo, pós-intervenção, e aos 2 meses de acompanhamento. Melhoras consideráveis em todas as variáveis de desfecho foram observadas e mantidas durante o acompanhamento em ambos os grupos. Não houve diferenças significativas entre os modos de administração.	Este programa mostrou-se promissor, e o modo de administração pela <i>internet</i> tem o potencial de superar a barreira da distância geográfica.
Kong S. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. <i>J Adv Nurs</i> . 2005;51(1):5-14.	Comparar os efeitos dos programas de tratamento do tipo hospital-dia para pacientes com TA aos programas de tratamento ambulatorial tradicionais. Voluntários de um ambulatório para TA foram randomizados para um grupo de tratamento (n=21), participando de um programa de tratamento no modo hospital-dia, baseado no <i>Toronto Day Hospital Program</i> [Programa Hospital-Dia de Toronto], ou para um grupo controle (n=22), tratado em um programa ambulatorial tradicional com psicoterapia interpessoal, TCC e tratamento farmacológico.	Os participantes do programa do tratamento do tipo hospital-dia demonstraram melhoras significativamente maiores na maioria dos sintomas psicológicos do questionário <i>Eating Disorder Inventory-2</i> , nos escores de frequência de compulsão alimentar e purgação, IMC, depressão e autoestima do que o grupo controle. Eles também mostraram melhora significativa no perfeccionismo, mas a diferença de grupo não foi significativa.	Enfermeiros em programas de tratamento do tipo hospital-dia podem desempenhar vários papéis importantes, estabelecendo uma aliança terapêutica entre paciente e cuidador no período inicial do tratamento. Além disso, o trabalho cognitivo e comportamental essencial para a recuperação dos pacientes, ou seja, lidar com questões alimentares, problemas de peso e autoestima, é realizado de forma mais efetiva por terapeutas enfermeiros que mantenham um envolvimento empático com os pacientes.
Matusek JA, Wendt SJ, Wiseman CV. Dissonance thin-ideal and didactic healthy behavior eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. <i>Int J Eat Disord</i> . 2004;36(4):376-88.	Neste estudo, mulheres universitárias com preocupações com a imagem corporal (n=84) foram randomizadas para uma única sessão com palestra sobre internalização do ideal de magreza com base em dissonância cognitiva (n=26); uma única sessão com palestra psicoeducacional sobre comportamentos saudáveis (n=24); ou controle com lista de espera (n=34).	Comparando-se os dados do início do estudo com acompanhamento de 4 semanas, os resultados indicaram que tanto o grupo de ideal de magreza com base em dissonância cognitiva quanto de comportamentos saudáveis relataram melhoras na imagem corporal, internalização do ideal de magreza e comportamentos alimentares.	Os resultados fornecem evidências de que ambas as intervenções, sessão com palestra sobre internalização do ideal de magreza com base em dissonância cognitiva (n=26), e sessão com palestra psicoeducacional sobre comportamentos saudáveis (n=24); reduzem efetivamente os fatores de risco para patologias alimentares.
Pawlow LA, O'Neil PM, Malcolm RJ. Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns. <i>Int J Obes Relat Metab Disord</i> . 2003;27(8):970-8.	Determinar se uma intervenção de relaxamento (terapia abreviada de relaxamento muscular progressivo), que comprovadamente reduz os níveis de estresse em adultos normais e saudáveis também traz benefícios para uma amostra de pacientes com SCN. Vinte adultos com SCN foram randomizados para treinamento de relaxamento ou grupo controle (sentar-se silenciosamente, com a mesma duração), e todos os pacientes passaram por duas sessões laboratoriais, com 1 semana de intervalo. Os índices de estresse, ansiedade, relaxamento e cortisol na saliva foram obtidos antes e depois das sessões, assim como os índices de humor do dia 1 e do dia 8. Também foram coletados diários de alimentação e classificações do nível de fome.	Os resultados indicaram que 20 minutos de exercício de relaxamento muscular reduziram significativamente o estresse, a ansiedade e o cortisol na saliva, logo depois da sessão. Depois de praticar esses exercícios todos os dias, durante 1 semana, os participantes demonstraram menores níveis de estresse, ansiedade, fadiga, raiva e depressão no dia 8. A terapia abreviada de relaxamento muscular progressivo também foi associada a maiores níveis matinais e menores níveis noturnos de fome, e uma tendência de maior consumo no café da manhã e menor consumo de alimentos à noite.	Esses dados corroboram o papel do estresse e da ansiedade na SCN e indicam que a prática de relaxamento pode ser um componente importante do tratamento para este quadro.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Transtornos alimentares**

<b>Revisão sistemática/ metanálise</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Spielmanns GI, Benish SG, Marin C, Bowman WM, Menster M, Wheeler AJ. Specificity of psychological treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder? A meta-analysis of direct comparisons. <i>Clin Psychol Rev.</i> 2013;33(3):460-9. Review.	As diretrizes de tratamento afirmam que a TCC e a terapia interpessoal são as psicoterapias com maior respaldo para BN, e que a TCC é o tratamento psicológico preferencial para TCAP. No entanto, não foi realizada nenhuma metanálise que tenha examinado as comparações diretas entre os tratamentos psicológicos para BN e TCAP e, considerado o papel da moderação de variáveis como, por exemplo, até que ponto a psicoterapia foi legítima. Foram incluídas 77 comparações relatadas em 53 estudos.	Os resultados indicaram que: (a) as terapias legítimas superaram as não legítimas, (b) a TCC legítima superou a intervenção não TCC legítimas com uma margem estatisticamente significativa (apenas se aproximando da significância estatística para BN e TCAP quando avaliadas em separado), mas muitos desses estudos apresentavam fatores de confusão que limitavam sua validade interna, (c) tratamentos de TCC completa não ofereceram benefícios em comparação aos respectivos componentes, e (d) a distribuição das diferenças de tamanho de efeito entre os tratamentos com TCC legítima foi homogênea em torno de zero.	Estes resultados fornecem pouco respaldo para a especificidade na psicoterapia para BN e TCAP.
Berner LA, Allison KC. Behavioral management of night eating disorders. <i>Psychol Res Behav Manag.</i> 2013;6:1-8. Review.	A SCN é uma forma de comer transtornado associada à hiperfagia noturna (comer excessivo à noite) e ingestões noturnas (despertar para comer). Assim como ocorre em outras formas de comer transtornado, as modalidades de tratamento cognitivo e comportamental podem ser eficazes na redução dos sintomas de SCN.	Esta revisão apresenta evidências de uma variedade de abordagens de tratamento comportamental, incluindo terapia comportamental, fototerapia, tratamento comportamental para perda de peso e TCC. É fornecida uma visão mais detalhada da TCC para SCN. Todas as publicações foram estudos de caso ou incluíram pequenas amostras, e apenas um foi controlado, mas os desfechos de várias dessas abordagens são promissores.	Justifica-se a realização de ECR maiores para aprimorar a literatura sobre o tratamento de SCN. Com a inclusão da SCN na DSM-V como um "TA não classificado", as abordagens mais sofisticadas, com suporte empírico e de base comportamental tornam-se cada vez mais necessárias.
Hausenblas HA, Campbell A, Menzel JE, Doughty J, Levine M, Thompson JK. Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: a meta-analysis of laboratory studies. <i>Clin Psychol Rev.</i> 2013;33(1):168-81. Review.	Estas metanálises incluíram estudos correlacionais, quase-experimentais e experimentais com avaliação limitada de moderadores e outros desfechos relevantes além da imagem corporal. Foram identificados 33 estudos laboratoriais experimentais (ou seja, dados pré- e pós-para os grupos experimental e controle), examinando os efeitos da exposição aguda à mensagem da mídia em relação ao físico ideal sobre os sintomas de TA (ou seja, imagem corporal, afeto positivo, afeto negativo, autoestima, raiva, ansiedade e depressão), bem como os mecanismos que moderam esses efeitos.	Um total de 14 metanálises separadas revelaram uma gama de tamanhos de efeito pequenos a moderados para a mudança dos resultados, do pré- ao pós-, tanto no grupo experimental quanto de controle. A exposição a imagens do físico ideal resultou em pequenos tamanhos de efeito para o aumento da depressão e da raiva, e para a redução da autoestima e do afeto positivo. As análises de moderadores revelaram tamanhos de efeito moderados para aumento da depressão e insatisfação com o corpo entre participantes de alto risco.	Esta metanálise deixa claro que a exposição na mídia do físico ideal resulta em pequenas mudanças nos sintomas de TA, principalmente em participantes com alto risco para TA. São necessárias mais pesquisas para examinar os efeitos longitudinais da exposição na mídia dos sintomas de TA.
Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. <i>Int J Eat Disord.</i> 2013;46(1):3-11. Review.	O estudo teve como objetivo revisar sistematicamente a literatura relativa a terapias familiares que seguem os princípios de Maudsley para adolescentes com TA, e compilar em termos quantitativos os resultados usando metanálises. Foram incluídos 12 estudos clínicos randomizados envolvendo adolescentes com TA e terapia familiar, que foram analisados cuidadosamente com base em vários critérios de inclusão, como: ocultação da alocação, análise de intenção de tratamento, cegamento de avaliadores, terapia comportamental familiar em comparação a uma terapia individual, e faixa etária de adolescentes. As referências desses artigos foram pesquisadas. Apenas três estudos atenderam a esses rigorosos critérios de inclusão para a metanálise. Um modelo aleatório de efeitos e razão de probabilidade foi usado na metanálise, considerando a "remissão" como desfecho de escolha.	Quando combinados na meta-análise, os dados de fim de tratamento indicaram que a TBF não foi significativamente diferente do tratamento individual ( $Z=1,62$ ; $p=0,11$ ). Quando foram analisados os dados de acompanhamento de 6 a 12 meses, a TBF foi superior ao tratamento individual ( $Z=2,94$ ; $p<0,003$ ), e a heterogeneidade não foi significativa ( $p=0,59$ ).	Embora a TBF não pareça ser superior ao tratamento individual no fim do tratamento, parece haver benefícios significativos aos 6 a 12 meses de acompanhamento para adolescentes com TA.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Transtornos alimentares**

<b>Revisão sistemática/ metanálise</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Hay PJ, Claudino AM. Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. <i>Int J Neuropsychopharmacol.</i> 2012;15(2):209-22. Review.	O artigo apresenta uma revisão crítica (com data de busca 2010) dos principais medicamentos psicotrópicos avaliados em TA, como antipsicóticos, antidepressivos, medicamentos estabilizadores do humor, ansiolíticos e outros agentes.	As evidências da eficácia de tratamentos farmacológicos são fracas ou moderadas em sua maioria. Além disso, as taxas de insatisfação são geralmente mais altas do que para psicoterapias. No entanto, há evidências para o uso de antidepressivos, principalmente altas doses de fluoxetina para BN, e anticonvulsivantes (topiramato) para TCAP. Baixas doses de medicamentos antipsicóticos podem ser clinicamente úteis como tratamento adjuvante na anorexia aguda, em especial, quando existe um alto nível de ansiedade e pensamentos repetitivos e obsessivos relativos à alimentação, e falta de engajamento, mas ainda são necessários mais estudos. As terapias medicamentosas, como o topiramato e os medicamentos antiobesidade, podem ajudar na perda de peso em pacientes de transtorno de compulsão alimentar periódica com sobrepeso ou obesos; no entanto, os eventos adversos comuns ou potencialmente sérios acabam limitando o uso desses medicamentos.	
Allen S, Dalton WT. Treatment of eating disorders in primary care: a systematic review. <i>J Health Psychol.</i> 2011;16(8):1165-76. Review.	Esta revisão avaliou tratamentos psicológicos para AN, BN e TCAP conduzidos na atenção primária. Cinco estudos atenderam aos critérios de inclusão.	A AAG-TCC por livro pode ser um tratamento benéfico, de primeira linha para reduzir os sintomas de compulsão alimentar e purgação. Os desfechos do tratamento combinado de autoajuda com antidepressivos ainda não estão claros, embora os antidepressivos isolados possam proporcionar redução dos sintomas. Altas taxas de insatisfação e não adesão entre os estudos analisados apontam para a importância de uma forte aliança terapêutica entre o provedor e o paciente.	São necessárias mais pesquisas na atenção primária para se desenvolver um padrão de tratamento para pacientes com TA.
Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A; German Society of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy; German College for Psychosomatic Medicine. The diagnosis and treatment of eating disorders. <i>Dtsch Arztebl Int.</i> 2011;108(40):678-85.	Esta diretriz S3 de base científica foi desenvolvida com a intenção de melhorar o tratamento dos TA e incentivar futuras pesquisas na área. As diretrizes nacionais e internacionais já existentes sobre os três tipos de TA foram comparadas em suas formas resumidas, a literatura sobre o assunto foi revisada sistematicamente, e metanálises sobre BN e TCAP foram conduzidas. Foram realizadas 15 conferências de consenso e resultaram na publicação de 44 recomendações baseadas em evidências. A anorexia e a BN são diagnosticadas de acordo com os critérios do CID-10, e o TCAP de acordo com os critérios do DSM.	A psicoterapia é o pilar do tratamento para os três transtornos, e a TCC é a forma de psicoterapia mais corroborada pelas evidências atualmente disponíveis. A administração de ISRS pode ser recomendada como medida auxiliar somente no tratamento da BN. As evidências não respaldam o uso de nenhum tipo de medicamento para AN ou transtorno de compulsão alimentar periódica. A BN e o transtorno de compulsão alimentar periódica geralmente podem ser tratados no contexto ambulatorial, contanto que sejam no máximo moderadamente graves; a AN totalmente estabelecida é uma indicação para tratamento com internação hospitalar.	Esta diretriz contém recomendações baseadas em evidências e consensos para o diagnóstico e tratamento dos TA. Se aplicada com rigor, deve resultar em um melhor atendimento para os pacientes acometidos.

continua...

...Continuação

## Extraído do PubMed

## Tabela de resultados - Transtornos alimentares

Revisão sistemática/ metanálise	Objetivo/métodos	Principais resultados	Conclusões
Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. Clin Psychol Rev. 2011;31(5):727-35. Review.	Revisar sistematicamente a literatura sobre a proporção de casos comunitários de TA diagnosticável que busca tratamento específico para esses transtornos. Foram 14 artigos que atenderam aos critérios de inclusão, com um total de 1.581 participantes com TA diagnosticável.	A proporção que buscou tratamento foi 23,2% (IC95% = 16,6-31,4), mas essa estimativa apresentou uma variabilidade significativa. A proporção que procurou tratamento para perda de peso variou de 30 a 73%, o que indica que os indivíduos com TA têm muito mais probabilidade de receber tratamento para um problema reconhecido como relativo ao peso.	A literatura mostra um cenário complexo, já que uma minoria recebe o atendimento de saúde mental apropriado, e muitos são tratados para perda de peso. Atualmente existem lacunas significativas na literatura, e são necessários mais estudos com foco na busca de tratamento entre os jovens e os idosos, entre os homens, e em países que não sejam a Austrália e os Estados Unidos. Há uma necessidade de intervenções que auxiliem os membros da comunidade, os profissionais de saúde e os serviços de tratamento a reconhecer os TA e compreender a carga associada a eles, bem como o benefício de se oferecer tratamentos apropriados e oportunos.
Wilfley DE, Kolko RP, Kass AE. Cognitive-behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011;20(2):271-85. Review.	Os TA e a obesidade em crianças e adolescentes envolvem padrões nocivos de comportamentos e atitudes que se infiltram no funcionamento diário. A TCC é bem adequada para o tratamento desses quadros, já que enfatiza a quebra de ciclos comportamentais negativos. Este artigo analisa os tratamentos que atualmente contam com suporte empírico, e as considerações para os jovens com problemas de controle de peso. São discutidas novas modalidades terapêuticas (ou seja, TCC melhorada e o modelo socioecológico).	Os paralelos entre TA e obesidade permitem a discussão dessas questões ao longo de um contínuo de controle de peso. Dentro do campo de TA, as psicoterapias especializadas (por exemplo, TCC e PTI) continuam sendo modalidades eficazes para o diagnóstico de TA individuais, e uma abordagem "transdiagnóstica" (ou seja, TCC-M) foi desenvolvida para melhor abordar a flutuação de sintomas entre as categorias diagnósticas. Para obesidade, os programas de TBF são os mais eficazes, e as habilidades cognitivas incorporadas como alvos são uma adição bastante útil. Estas intervenções no estilo de vida ainda melhores quando aplicadas com base em um sistema socioecológico. Ao longo de todo o espectro, as abordagens terapêuticas devem encorajar a família, a rede de pares e a comunidade a criar ambientes de suporte.	Uma justificativa é fornecida para se estender a terapia para além do tratamento individual, incluindo os domínios da família, da rede de pares e da comunidade para promover mudanças comportamentais, minimizar as recaídas e dar suporte à manutenção de comportamentos saudáveis no longo prazo.
Wanden-Berghe RG, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review. Eat Disord. 2011;19(1):34-48. Review.	Este estudo é uma análise exploratória da eficácia da aplicação de intervenções baseadas em <i>mindfulness</i> (atenção plena) para o tratamento de TA. Oito estudos foram incluídos na revisão sistemática. Todos os estudos demonstraram resultados satisfatórios, embora a qualidade dos estudos tenha variado e as amostras tenham sido pequenas.	Este estudo encontrou evidências iniciais que corroboram a eficácia de intervenções baseadas em <i>mindfulness</i> para o tratamento de TA.	A aplicação de intervenções baseadas em <i>mindfulness</i> para o tratamento de TA continua sendo uma abordagem promissora que justifica pesquisas adicionais.
Tirico PP, Stefano SC, Blay SL. Validity studies of quality of life instruments for eating disorders: systematic review of the literature. J Nerv Ment Dis. 2010;198(12):854-9. Review.	Conduzir uma revisão sistemática de estudos que avaliaram a QOL entre indivíduos com TA, para analisar as características de instrumentos de QOL específicos para TA. Foram conduzidas pesquisas bibliográficas em seis bancos de dados e pesquisas manuais em dois periódicos, cobrindo todo o período de janeiro de 1975 a junho de 2008.	Dos 41 estudos que atenderam aos critérios de inclusão para esta revisão, cinco relatavam o processo de validação de quatro instrumentos específicos para TA. Entre os quatro instrumentos de QOL específicos para TA, três apresentaram procedimentos de desenvolvimento e propriedades psicométricas adequadas. No entanto, são necessárias mais pesquisas para comprovar a validade e aplicabilidade desses instrumentos.	Estudos adicionais de validação são necessários, principalmente para pacientes que negam ter um transtorno.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Transtornos alimentares**

<b>Revisão sistemática/ metanálise</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Menzel JE, Schaefer LM, Burke NL, Mayhew LL, Brannick MT, Thompson JK. Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. <i>Body Image</i> . 2010;7(4):261-70.	Uma metanálise foi realizada para determinar a relação entre as provocações com base na aparência e no peso e três desfechos: insatisfação com o corpo, restrição alimentar e comportamentos bulímicos.	Foram realizadas 4 metanálises, e 50 tamanhos de efeito (n=10.618) resultaram em um tamanho de efeito moderado de 0,39 para a relação entre provocações com base no peso e insatisfação com o corpo; 24 tamanhos de efeito (n=7.190) resultaram em um tamanho de efeito de 0,32 para a relação entre provocações com base na aparência e insatisfação com o corpo; 20 tamanhos de efeito (n=4.792) resultaram em um tamanho de efeito de 0,35 para a relação entre provocações com base no peso e restrição alimentar; e 22 tamanhos de efeito (n=5.091) resultaram em um tamanho de efeito de 0,36 para a relação entre provocações com base no peso e comportamentos bulímicos. Os moderadores significativos que apareceram foram o tipo de avaliação de provocações, tipo de publicação, tipo de estudo, faixa etária e sexo.	Os resultados oferecem respaldo adicional para a inclusão de estratégias para imagem corporal e prevenção de TA, e programas de intervenção focados no processamento de comentários negativos relativos à aparência.
Varchol L, Cooper H. Psychotherapy approaches for adolescents with eating disorders. <i>Curr Opin Pediatr</i> . 2009;21(4):457-64. Review.	A adolescência é o período mais comum para o aparecimento de TA, e a intervenção precoce é fundamental. Os profissionais de Atenção Primária devem se sentir habilitados a discutir abordagens psicoterapêuticas para TA com adolescentes e suas famílias, e encaminhá-los adequadamente. Esta revisão concentra-se em seis modalidades de tratamento proeminentes e as evidências que respaldam cada uma das abordagens.	Embora a maioria dos estudos sobre abordagens psicoterapêuticas para TA se concentrem em mulheres adultas, há uma base crescente de pesquisas sobre tratamentos eficazes para populações de adolescentes. O TBF (o método de Maudsley) e a PTA parecem ser abordagens promissoras para a anorexia na adolescência. Os tratamentos para bulimia resultam em taxas de recaídas extremamente altas, mas a TCC e o TBF são as modalidades preferenciais. A terapia comportamental dialética e a psicoterapia interpessoal também podem ser aplicáveis para bulimia e compulsão alimentar periódica em adolescentes. A maioria dos psicoterapeutas recorre a várias dessas abordagens de tratamento, dependendo da manifestação exclusiva de cada paciente. Independentemente da modalidade utilizada, um certo grau de envolvimento da família é importante para limitar a possibilidade de desistência e melhorar os resultados.	Os profissionais de saúde dos adolescentes precisam estar cientes das abordagens psicoterapêuticas recomendadas para pacientes dessa faixa etária com TA, para poder encaminhar corretamente os pacientes e trabalhar em colaboração com os provedores de serviços de saúde mental.
Waxman SE. A systematic review of impulsivity in eating disorders. <i>Eur Eat Disord Rev</i> . 2009;17(6):408-25. Review.	Realizar uma revisão sistemática da literatura atual que examina a impulsividade em indivíduos com TA. Os estudos foram obtidos a partir dos bancos de dados Embase, PubMed e PsycINFO. Foram incluídos caso avaliassem a impulsividade em indivíduos acima de 18 anos de idade com diagnóstico de TA e tivessem sido publicados nos últimos 10 anos. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada. Esta revisão incluiu 20 estudos, com variação da qualidade metodológica entre os estudos.	Os resultados sugerem que a impulsividade é melhor avaliada de forma multimodal, com uma combinação de autorrelato e medidas comportamentais e fisiológicas. Em geral, a impulsividade foi capaz de diferenciar os indivíduos com TA dos controles, bem como entre os subtipos diagnósticos.	Os resultados atuais têm implicações clínicas importantes para a compreensão e o tratamento tanto da impulsividade quanto dos TA.
Keel PK, Haedt A. Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. <i>J Clin Child Adolesc Psychol</i> . 2008;37(1):39-61. Review.	Esta revisão fornece uma síntese dos dados existentes sobre a eficácia de várias intervenções psicossociais para TA em amostras de adolescentes. Os modos de terapia examinados em amostras de adolescentes incluem a terapia familiar, terapia cognitiva, terapia comportamental e TCC, principalmente em pacientes com AN.	Até o momento, a base de evidências é mais forte para o modelo de Maudsley de terapia familiar para AN. As evidências de eficácia de outros tratamentos e outras condições são limitadas por diversos fatores metodológicos incluindo o baixo número de estudos, a ausência de condições de controle ou procedimentos de randomização adequados, e amostras pequenas (ou seja, menos de dez participantes por grupo de tratamento). Os potenciais moderadores e mediadores de efeito do tratamento são analisados. Finalmente, os resultados dos estudos com adolescentes são comparados aos de estudos com adultos envolvendo o tratamento de TA.	Muitos estudos de populações adultas incluem participantes no fim da adolescência/jovens adultos, sugerindo que as conclusões relativas à eficácia da TCC para a BN em adultos provavelmente se estendem para populações de adolescentes mais velhos.

continua...

...Continuação

**Extraído do PubMed****Tabela de resultados - Transtornos alimentares**

<b>Revisão sistemática/ metanálise</b>	<b>Objetivo/métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Roberts A, Cash TF, Feingold A, Johnson BT. Are black-white differences in females' body dissatisfaction decreasing? A meta-analytic review. <i>J Consult Clin Psychol.</i> 2006;74(6):1121-31. Review.	Os defensores do modelo sociocultural de TA sugerem que as diferenças étnicas na insatisfação com o corpo podem estar diminuindo conforme o ideal de beleza magra se torna mais disseminado entre mulheres de grupos minoritários. Em uma metanálise, os autores examinaram as tendências temporais nas diferenças entre negros e brancos, e também se essas diferenças são generalizadas entre diferentes faixas etárias e avaliações.	Os resultados confirmaram que as avaliações da imagem corporal são mais favoráveis entre as mulheres negras do que as brancas, e as maiores diferenças foram encontradas na faixa etária aproximada dos 20 anos. Embora os resultados tenham confirmado que as diferenças étnicas diminuíram, essa tendência ficou limitada às avaliações focadas no peso. Em avaliações mais globais da imagem corporal, as diferenças étnicas na verdade aumentaram.	Esses resultados sugerem que a relação entre imagem corporal e etnia negra ou branca é mais complexa do que o sugerido anteriormente.
Perkins SS, Murphy RR, Schmidt UU, Williams C. Self-help and guided self-help for eating disorders. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2006;(3):CD004191. Review.	Avaliar as evidências de ECR/ECC relativas à eficácia da AAP/AAG nos sintomas de TA, em comparação a controles com lista de espera ou placebo, ou outros tratamentos psicológicos ou farmacológicos (ou combinações) em pessoas com TA. Foram identificados 20 ECR e 3 ECC, todos com foco em BN, TCAP, TANE ou combinações desses quadros, em adultos, utilizando AAP/AAG baseada em manual em diferentes cenários.	No fim do tratamento, a AAP/AAG não foi significativamente diferente da lista de espera em relação à abstinência de compulsão alimentar ou purgação, embora esses tratamentos tenham produzido mais melhoras de outros sintomas de TA, sintomas psiquiátricos e funcionamento interpessoal, mas não de depressão. Em comparação a outras terapias psicológicas formais, a AAP/AAG não foi significativamente diferente no fim do tratamento ou no acompanhamento no que diz respeito à melhora da compulsão alimentar e purgação, outros sintomas de TA, nível de funcionamento interpessoal ou depressão. Não houve diferenças significativas na desistência dos tratamentos.	A AAP/AAG pode ser útil como um primeiro passo de tratamento, e pode ser uma potencial alternativa para a terapia psicológica formal administrada por terapeuta. As pesquisas futuras devem se focar na produção de estudos grandes e bem conduzidos de tratamentos de autoajuda em TA, incluindo avaliações de economia da saúde, diferentes tipos e modos de administração de autoajuda (por exemplo pelo computador ou baseada em manual), e diferentes populações e cenários.
Johansson L, Ghaderi A, Andersson G. Stroop interference for food- and body-related words: a meta-analysis. <i>Eat Behav.</i> 2005;6(3):271-81.	De acordo com teorias cognitivas dos TA, o processamento tendencioso de informações em favor de atitudes disfuncionais em relação aos alimentos e à aparência física tem um papel essencial no desenvolvimento e manutenção desses transtornos. Os dados de 27 estudos que avaliaram a interferência de Stroop em palavras relativas aos alimentos e ao corpo com conotações negativas foram incluídos em uma metanálise para investigar se esse processamento tendencioso é específico das amostras com TA. Os participantes foram mulheres com comer transtornado, sem comer transtornado mas exageradamente preocupadas com a aparência física e a alimentação, e controles normais.	A interferência de Stroop média para as mulheres com comer transtornado teve um tamanho de efeito médio ( $d$ de Cohen = 0,48), mas significativamente maior do que para mulheres sem comer transtornado mas exageradamente preocupadas com a aparência física e a alimentação, e para mulheres normais de controle (ambos $d=0,21$ ).	A interferência de Stroop para mulheres com comer transtornado foi portanto bastante discreta, e não ficou claro se essa interferência é específica dessa amostra.

PII: programa de intervenção na identidade; TA: transtornos alimentares; AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; PTA: psicoterapia de apoio; IMC: índice de massa corporal; TANE: transtorno alimentar não especificado; TCD: terapia comportamental dialética; TUS: transtornos por uso de substâncias; IC95%: intervalo de confiança de 95%; EDE-Q: *Eating Disorder Examination*; TPM: terapia de prontidão e motivação; TCC: terapia cognitivo-comportamental; SF-36: *Medical Outcomes Study* 36; TCC-M: terapia cognitivo-comportamental melhorada; IMC: índice de massa corporal; DSM-IV: 4a ed. do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; ECR: estudo controlado randomizado; AAG: autoajuda guiada; ACS-90: *Action Control Scale*; TAS-26: *26-item Toronto Alexithymia Scale*; DC: dissonância cognitiva; SCN: síndrome do comer noturno; NESS: *Night Eating Symptom Scale*; HAES: *Health-at-Every-Size*; DP: desvio padrão; TCAP: transtorno de compulsão alimentar periódica; DSM-V: 5a. ed. do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; TBF: tratamento de base familiar; AAG-TCC: autoajuda guiada com terapia cognitivo-comportamental; ISRS: inibidores seletivos de recaptção da serotonina; IC95%: intervalo de confiança de 95%; PTI: psicoterapia interpessoal; QOL: qualidade de vida; ECC: estudo clínico controlado.

## Anexo 2. Principais características das Revisões Sistemáticas da Cochrane

População	Intervenções	Comparação de intervenções	Desfechos
1. Hay PPJ, Bacaltchuk J, Byrnes RT, Claudino AM, Ekmejian AA, Yong PY. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. 2003. Avaliado como atualizado: 11 de fevereiro de 2008			
Adolescentes mais velhos e adultos (idade > 16 anos), de qualquer idade ou sexo, com AN (critérios diagnósticos do DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV (APA, 1994), CID-10 (OMS 1992) e Russell (1970).	Psicoterapias individuais (duração limitada), PTI, TCA, TCC.	As psicoterapias individuais foram comparadas a: 1. Tratamento usual 2. Aconselhamento nutricional 3. Lista de espera.	Desfechos primários Restauração do peso para a faixa normal (por exemplo: IMC) Peso, IMC médio (peso em kg/quadro da altura, em metros) após o fim do tratamento Desfechos secundários Recuperação de acordo com a escala de Morgan 1975 de: 1. Resultado bom, ou seja, peso corporal normal com menstruação normal OU 2. Resultado intermediário, ou seja, peso corporal normal sem menstruação Escores médios de sintomas de transtornos alimentares Proporção de desistentes ou indivíduos que não concluíram o estudo por qualquer motivo, ou qualquer evento ou experiência adversa Nível de satisfação dos pacientes Nível de efeitos colaterais ou efeitos negativos da terapia Sintomas psiquiátricos gerais Nível de depressão Nível de função interpessoal.
2. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. 2010. Avaliado como atualizado: 31 de julho de 2008			
Pacientes de qualquer idade e qualquer sexo, com diagnóstico clínico primário de AN do subtipo purgativo ou restritivo, ou ambos, com base nos critérios do DSM (APA 1994) ou CID (OMS 1992) ou julgamento do médico, e de qualquer gravidade.	Os principais tipos de terapia familiar foram considerados: - Terapia familiar estruturada - Terapia familiar sistêmica - Terapia familiar estratégica - Terapia de base familiar e suas variantes - Terapia familiar comportamental sistêmica - Outros tipos de terapias, inclusive abordagens que utilizam terapia familiar, mas menos específicas.	A terapia familiar foi comparada a: 1. Tratamento padrão ou usual 2. Intervenções educacionais 3. Intervenções psicológicas (terapia familiar ou outros tipos de intervenções psicológicas).	Desfechos primários 1. Remissão (pelo DSM ou CID ou escala padronizada de remissão) 2. Mortalidade por todas as causas Desfechos secundários 1. Recidiva 2. Desistência 3. Função familiar 4. Função gera 5. Distorção cognitiva 6. Peso.
3. Hay PPJ, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. 2009. Avaliado como atualizado: 31 de maio de 2007			
Adultos (idade > 16 anos) com bulimia nervosa, compulsão alimentar periódica e/ou TANE.	1. Psicoterapia cognitivo-comportamental ou TCC: psicoterapia que usa as técnicas específicas e o modelo de TCC-BN, conforme descrito por Fairburn et al. (Fairburn 1993b), mas não necessariamente o mesmo número de sessões ou especialização do profissional. Em estudos de bulimia nervosa, os dados foram analisados tanto para a "TCC" mais ampla quanto a "TCC-BN" mais específica.	A TCC foi comparada a: 1. Nenhum tratamento, inclusive lista de espera 2. Outras abordagens psicoterapêuticas - Aconselhamento nutricional (como adjuvante ao tratamento psicológico) - PTI - Hipnoterapia - Psicoterapia psicoanalítica ou psicodinâmica - Qualquer outra psicoterapia inclusive TCCPP para pacientes com compulsão alimentar e sobrepeso - AAP	Desfechos primários 1. 100% de abstinência de episódios de compulsão alimentar após o fim do tratamento 2. Escore médio de sintomas de bulimia com base em uma escala de sintomas de transtornos alimentares ou a frequência estimada de episódios de compulsão alimentar após o fim do tratamento Desfechos secundários 1. Efeitos colaterais ou efeitos negativos da terapia 2. Proporção de não concluintes por qualquer motivo e devido a eventos adversos 3. Escores médios após o fim do tratamento em qualquer escala de medição de sintomas depressivos 4. Sintomas psiquiátricos gerais 5. Melhora na função interpessoal 6. Peso 7. Satisfação dos pacientes com base em um questionário validado ou cronograma de entrevistas.
4. Hay PPJ, Claudino AM, Kaio MH. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. 2001. Avaliado como atualizado: 12 de agosto de 2001			
Pessoas com bulimia nervosa definida pela descrição do estado clínico ou diagnosticada pelos critérios de Russell (Russell 1979), do DSM ou do CID. Foram incluídos participantes com bulimia nervosa com ou sem purgação, conforme definido no DSM-IV (APA 1994).		Os tratamentos psicológicos foram comparados a: 1. Antidepressivos 2. Combinação (tratamentos psicológicos com antidepressivos).	
5. Perkins SSJ, Murphy RRM, Schmidt UUS, Williams C. Self-help and guided self-help for eating disorders. 2006. Avaliado como atualizado: 23 de maio de 2006			
Pessoas de qualquer idade, sexo ou cronicidade com AN ou bulimia nervosa ou compulsão alimentar periódica ou TANE (DSM, CID, Russell, 1979).			A AAP e AAG foram comparadas a: 1. Lista de espera 2. Outras terapias psicológicas formais 3. AAP versus AAG.

AN: anorexia nervosa; DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; CID: Classificação Internacional de Doenças; PTI: psicoterapia interpessoal; TCA: terapia cognitivo-analítica; TCC: terapia cognitivo-comportamental; IMC: índice de massa corporal; TANE: transtornos alimentares não especificados; TCC-BN: terapia cognitivo-comportamental-bulimia nervosa; TCCPP: tratamento comportamental para perda de peso; AAP: autoajuda pura; AAG: autoajuda guiada.

**Anexo 3. Resultados relevantes dos principais desfechos das revisões sistemáticas da Cochrane**

1. Terapia familiar comparada ao tratamento usual para anorexia nervosa, e terapia familiar comparada a intervenções psicológicas para anorexia nervosa – remissão após intervenção				
Desfecho	Estudos	Terapia familiar (n/N)	Tratamento usual (n/N)	Efeito relativo (IC95%)
Remissão	2 (Dare, 2001; Crisp, 1991)	20/42	5/39	RR: 3,83 (1,60-9,13)
Desfecho	Estudos	Terapia familiar (n/N)	Intervenções psicológicas (n/N)	Efeito relativo (IC95%)
Remissão	4 (Ball, 2004; Dare, 2001; Robin, 1999; Russell, 1987 (grupos 1, 2 e 3))	36/76	29/73	RR: 1,13 (0,72-1,76)

Fonte: Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(4):CD004780. Review.

2. Antidepressivos comparados à psicoterapia e combinação dos dois para bulimia nervosa – remissão e desistência				
Desfecho	Estudos	Antidepressivos (n/N)	Psicoterapia (n/N)	Efeito relativo (IC95%)
Remissão	5 (Agras, 1992; Goldbloom, 1996; Leitenberg, 1994; Mitchell, 1990; Walsh, 1997)	99/124	69/113	RR: 1,26 (0,90-1,77)
Desistência	4 (Agras, 1992; Goldbloom, 1996; Leitenberg, 1994; Mitchell, 1990)	39/96	15/88	RR: 2,18 (1,09-4,35)
Desfecho	Estudos	Antidepressivos (n/N)	Combinação (n/N)	Efeito relativo (IC95%)
Remissão	4 (Agras, 1992; Leitenberg, 1994; Goldbloom, 1996; Walsh, 1997)	54/70	41/71	RR: 1,37 (0,98-1,91)
Desistência	4 (Agras, 1992; Goldbloom, 1996; Leitenberg, 1994; Mitchell, 1990)	39/96	34/100	RR: 1,19 (0,69-2,05)
Desfecho	Estudos	Psicoterapia (n/N)	Combinação (n/N)	Efeito relativo (IC95%)
Remissão	6 (Agras, 1992; Fichter, 1991; Goldbloom, 1996; Leitenberg, 1994; Russell, 1995; Walsh, 1997)	84/132	64/125	RR: 1,21 (1,02-1,45)
Desistência	6 (Agras, 1992; Fichter, 1991; Goldbloom, 1996; Leitenberg, 1994; Russell, 1995; Mitchell, 1990)	22/141	46/154	RR: 0,57 (0,38-0,88)

Fonte: Hay PP, Claudino AM, Kaio MH. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD003385. Review. IC95%: intervalo e confiança IC95%.

3. Terapia cognitivo-comportamental comparada à lista de espera ou nenhum tratamento para bulimia nervosa, compulsão alimentar periódica e/ou transtorno alimentar não especificado do tipo bulímico, e Terapia cognitivo-comportamental comparada a qualquer outra psicoterapia para bulimia nervosa, compulsão alimentar e/ou transtorno alimentar não especificado, tipo bulímico – remissão e melhora na média de sintomas de bulimia				
Desfecho	Estudos	TCC (n/N)	Lista de espera/nenhum tratamento (n/N)	Efeito relativo (IC95%)
Remissão	8 (Agras, 1989; Griffiths, 1993; Lee, 1986; Telch, 1990; Wilfley, 1993; Gorin, 2003; Peterson, 1998; Treasure, 1996)	110/177	162/172	RR: 0,69 (0,61-0,79)
Média de sintomas de bulimia	12 (Agras, 1989; Freeman, 1988; Griffiths, 1993; Lee, 1986; Leitenberg, 1988; Sundgot-Borgen, 2002; Telch, 1990; Wilfley, 1993; Wolf, 1992; Gorin, 2003; Peterson, 1998; Treasure, 1996)	240	225	DMP: -0,94 (-1,18- -0,70)
Escores médios de depressão	7 (Agras, 1989; Carter, 1998; Lee, 1986; Leitenberg, 1988; Telch, 1990; Wilfley, 1993; Gorin, 2003)	146	140	DMP: -0,69 (-1,08- -0,30)
Desfecho	Estudos	TCC (n/N)	Outras psicoterapias (n/N)	Efeito relativo (IC95%)
Remissão	10 (Agras, 2000; Cooper, 1995; Fairburn, 1991; Griffiths, 1993; Hsu, 2001; Walsh, 1997; Wilfley, 1993; Wilfley, 2002; Munsch, 2007; Nauta, 2000)	205/389	235/374	RR: 0,87 (0,74-1,02)
Média de sintomas de bulimia	15 (Agras, 2000; Cooper, 1995; Fairburn, 1986; Fairburn, 1991; Freeman, 1988; Griffiths, 1993; Walsh, 1997; Wilfley, 1993; Wilfley, 2002; Kenardy, 2002; Garner, 1993; Agras, 1994; Munsch, 2007; Nauta, 2000; Porzeli, 1995)	480	461	DMP: -0,21 (-0,34- -0,09)

Fonte: Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD000562. Review.

TCC: Terapia cognitivo-comportamental; IC95%: Intervalo de confiança IC95%.

4. Autoajuda pura autoajuda guiada comparada à lista de espera para transtornos alimentares – melhora nos sintomas de transtornos alimentares, sintomas psiquiátricos e função interpessoal				
Desfecho	Estudos	AAP/AAG (N)	Lista de espera (N)	Efeito relativo (IC95%)
Remissão	2 (Carter, 1998; Banasiak, 2005)	123	79	DMP: -0,71 (-1,01- -0,41)
Sintomas psiquiátricos	2 (Banasiak, 2005; Carter, 1998)	123	79	DMP: -0,32 (-0,51- -0,13)
Função interpessoal	2 (Carter, 2003; Banasiak, 2005)	110	84	DMP: -0,34 (-0,67- -0,02)

Fonte: Perkins SS, Murphy RR, Schmidt UU, Williams C. Self-help and guided self-help for eating disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(3):CD004191. Review.

IC95: intervalo de confiança de 95%; RR:risco relativo; AAP:autoajuda pura; AAG: autoajuda guiada.