

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Psicoterapia de grupo no tratamento da perturbação da ingestão alimentar compulsiva em adultos

Ângela Sofia Martins Ferreira

M

2023



Psicoterapia de grupo no tratamento da perturbação da ingestão alimentar compulsiva em adultos

Ângela Sofia Martins Ferreira

up200902817@up.pt

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, UP

Orientador: Professora Dra. Liliana Correia de Castro

lilianacastro@hmlemos.min-saude.pt

Assistente Hospitalar de Psiquiatria no Centro Hospitalar Universitário de Santo António - Hospital de Magalhães Lemos, EPE

Professora Auxiliar convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade de Porto

Coorientadora: Dra. Bárbara Almeida

barbaraalmeida@hmlemos.min-saude.pt

Assistente Hospitalar de Psiquiatria no Centro Hospitalar Universitário de Santo António - Hospital de Magalhães Lemos, EPE

Maio, 2023

A estudante,

Ângela Ferreira

A orientadora,

A coorientadora,

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof. Doutora Liliana Castro, e coorientadora Dra. Bárbara Almeida pela dedicação ao desenvolvimento deste trabalho, pelo apoio constante, pelo esclarecimento de dúvidas, pelas sugestões construtivas e pela disponibilidade incomparável.

À minha filha, pela alegria e motivação que me transmitiu todos os dias, e ao meu namorado pelo apoio incondicional.

Aos meus pais, que me apoiaram ao longo de todo o percurso académico, e em todas as decisões da minha vida, e sem os quais nada seria possível.

Resumo

Introdução: A perturbação da ingestão alimentar compulsiva é uma patologia que se caracteriza pela recorrência de episódios de compulsão alimentar associada a sentimento de perda de controlo e ausência de episódios compensatórios e tem uma etiologia complexa e multifatorial, com dimensão psicológica, biológica e sociocultural. Estima-se que na Europa a prevalência desta patologia atinja cerca 1-4% nas mulheres e 1,1% da população geral em Portugal. Cerca de 70% dos indivíduos têm outras patologias psiquiátricas associadas e o risco de suicídio parece ser mais elevado em indivíduos com perturbações alimentares. Além disso, esta perturbação aumenta o risco de várias patologias orgânicas, levando a maior procura por cuidados de saúde. Existem vários tratamentos disponíveis para esta patologia e ao nível da psicoterapia têm sido estudadas várias terapias de grupo.

Objetivo: A presente revisão bibliográfica tem como objetivo avaliar a eficácia da psicoterapia de grupo no tratamento da perturbação da ingestão alimentar compulsiva.

Metodologia: Análise de artigos científicos originais indexados às bases de dados *Pubmed* e *Science Direct* publicados entre 2012 e 2022, em português ou em inglês, que avaliaram a eficácia da terapia de grupo no tratamento de indivíduos adultos com perturbação da ingestão alimentar compulsiva. Foram também incluídos outros artigos relevantes para a elaboração desta revisão.

Resultados: Foram incluídos e revistos 38 artigos originais e a descrição foi realizada agrupando de acordo com cada terapia de grupo.

Conclusões: São necessários mais estudos para avaliar a eficácia das terapias com menor evidência científica. Ao nível das terapias mais estudadas, a terapia cognitivo-comportamental de grupo continua a demonstrar resultados promissores que se mantêm a longo prazo, a terapia comportamental dialética de grupo parece apresentar *outcomes* favoráveis, ter aplicação mais económica e ter utilidade em indivíduos que não beneficiam de terapia cognitivo-comportamental ou terapia interpessoal; e a terapia interpessoal psicodinâmica de grupo evidencia benefício em indivíduos com tendência para isolamento social e padrão de vinculação do tipo ansioso e evitante.

Palavras-chave: terapia de grupo; psicoterapia de grupo; terapia cognitivo-comportamental; psicoterapia interpessoal; terapia comportamental dialética; intervenção; tratamento da perturbação da ingestão alimentar compulsiva; psicodinâmica; tratamento baseado na mentalização; perturbação da ingestão alimentar compulsiva

Abstract

Background: Binge eating disorder is a pathology that is characterized by the recurrence of binge eating episodes associated with a feeling of loss of control and absence of compensatory episodes and has a complex and multifactorial etiology, with psychological, biological and sociocultural dimensions. It is estimated that in Europe the prevalence of this pathology reaches around 1-4% in women and 1.1% of the general population in Portugal. About 70% of individuals have other associated psychiatric pathologies and the risk of suicide seem to be higher in individuals with eating disorders. In addition, this disturbance increases the risk of various organic pathologies, leading to a greater demand for health care. There are several treatments available for this pathology and in terms of psychotherapy, several group therapies have been studied.

Objective: This literature review aims to evaluate the effectiveness of group psychotherapy in binge eating disorder treatment.

Methods: Analysis of original scientific articles indexed in Pubmed and Science Direct databases published between 2012 and 2022, in Portuguese or English, which evaluated the effectiveness of group therapy in the treatment of adults with binge eating disorder. Other relevant articles to the preparation of this review were also included.

Results: 38 original articles were analyzed and the description was grouped according to each group therapy.

Conclusions: More studies are needed to evaluate the effectiveness of therapies with less scientific evidence. In terms of the most experienced therapies, cognitive-behavioral group therapy continues to show promising results that are maintained in the long term, dialectical behavioral group therapy seems to show satisfactory results, be more economical to apply and have in individuals who do not benefit from therapy cognitive-behavioral or interpersonal therapy; and psychodynamic interpersonal group therapy shows benefits in individuals with a tendency towards social isolation and an anxious and avoidant attachment pattern.

Keywords: group therapy; group psychotherapy; cognitive behavioral therapy; interpersonal psychotherapy; dialectical behavioral therapy; intervention; binge-eating treatment; psychodynamic; mentalization-based treatment; binge eating disorder; binge-eating disorders; disorder, binge-eating; disorders, binge-eating.

Lista de abreviaturas

AA – Aconselhamento alimentar

BSEN - Baixo *score* de emoções negativas

CA – Compulsão alimentar

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* - 5ª Edição do Manual de Estatística e Diagnóstico das Perturbações Mentais

ECA – Episódios de compulsão alimentar

ESEN - Elevado *score* de emoções negativas

FECA – Frequência de episódios de compulsão alimentar

FT – Final do tratamento

IMC – Índice de massa corporal

IT – Início do tratamento

PGCA – Programa de grupo para a compulsão alimentar

PIAC – Perturbação da ingestão alimentar compulsiva

TA – Terapia de autoajuda

TAC – Terapia e aceitação e comprometimento

TBN – Terapia baseada na natureza

TC – Terapia combinada

TCC – Terapia cognitivo-comportamental

TCCG - Terapia cognitivo-comportamental de grupo

TCD – Terapia comportamental dialética

TCDG – Terapia comportamental dialética de grupo

TG – Terapia de grupo

TGFE – Terapia de grupo focada nas emoções

TIG – Terapia interpessoal de grupo

TIPG – Terapia interpessoal psicodinâmica de grupo

TPEG – Terapia psicoeducacional de grupo

TRI – Terapia de resposta integrada

Índice:

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
Abstract	iii
Lista de abreviaturas	iv
Índice	v
Introdução.....	1
Objetivo.....	3
Metodologia.....	3
Resultados.....	3
Terapia cognitivo-comportamental de grupo.....	3
Terapia comportamental dialética de grupo.....	8
Terapia cognitivo-comportamental adaptada à compulsão alimentar	9
Terapia de aceitação e comprometimento	10
Terapia interpessoal psicodinâmica de grupo	11
Terapia psicoeducacional de grupo.....	13
Outras terapias de grupo.....	14
Conclusões	16
Bibliografia	18

Introdução

A perturbação da ingestão alimentar compulsiva (PIAC) é uma patologia que se caracteriza pela recorrência de episódios de compulsão alimentar (ECA), ou seja, de ingestão de grande quantidade de alimentos num curto período de tempo, concomitante com sofrimento pelo sentimento de perda de controlo e pela ausência de episódios compensatórios. Nos últimos anos, esta perturbação tem-se tornado mais relevante na comunidade científica, sendo que em 2013 foi reconhecida como uma perturbação alimentar (PA) independente na 5ª edição do manual de estatística e diagnóstico das perturbações mentais (DSM-5) ¹.

A PIAC tem uma etiologia complexa e multifatorial, com dimensão psicológica, biológica e sociocultural. As emoções negativas, o perfeccionismo, alterações da conduta, abuso de substâncias, obesidade infantil, familiares com preocupação com o peso ou perturbações alimentares, conflitos familiares (nomeadamente parentais), psicopatologia parental e abuso sexual parecem aumentar o risco de desenvolvimento da PIAC.² Em mulheres jovens crescem o descontrolo alimentar, a insatisfação corporal e a realização de dietas. Além disso, a idealização social da magreza na sociedade contribui para a idealização da imagem corporal magra e isso parece aumentar o risco de PIAC em adolescentes do sexo feminino. Tem sido estudada a hereditariedade da doença e parecem estar envolvidos genes dos recetores da dopamina e dos opióides, sugerindo que o risco de compulsão alimentar (CA) pode ser transmitido através de uma hipersensibilidade à recompensa, que associada ao atual ambiente de fácil disponibilidade de alimentos hipercalóricos e com elevada palatabilidade favorece a PIAC. ²

Estima-se na Europa a prevalência de PIAC seja de 1-4% nas mulheres ³ e 1,1% da população geral em Portugal ⁴.

Cerca de 70% dos indivíduos com PIAC têm outras patologias psiquiátricas associadas, e o risco de suicídio parece ser mais elevado em indivíduos com perturbações alimentares.³ Além disso, a PIAC aumenta o risco de várias patologias orgânicas. Cerca de 32% e 41% dos indivíduos com PIAC têm excesso de peso e obesidade respetivamente, têm maior risco de desenvolver dor cervical ou dorsal, cefaleias crónicas, outras dores crónicas, hipertensão e diabetes⁴, apresentam *scores* de classificação de qualidade de vida mais baixa⁵ e recorrem mais a cuidados de saúde¹

Existem vários tratamentos disponíveis para esta patologia e ao nível da psicoterapia têm sido estudadas várias terapias de grupo.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseia-se no facto de os fatores comportamentais, nomeadamente padrões alimentares desadequados, estarem na origem da compulsão alimentar (CA) e por isso o tratamento assenta na identificação e correção dos fatores desencadeantes, e nas preocupações com a alimentação, peso e forma corporal; promovendo a

auto-monitorização e a modificação do comportamento alimentar, desvalorizando a gestão emocional⁶. Apesar de ser reconhecida como terapia de eleição para tratamento da PIAC e de recentemente ter sido recomendada a utilização da sua versão adaptada para a PIAC⁷, a taxa de remissão é de cerca de 50%⁸, pelo que se continua a investigar terapias alternativas.

A terapia comportamental dialética (TCD) foi desenvolvida para perturbações de personalidade *borderline*, baseando-se na sensibilidade aumentada dos doentes a estímulos emocionais. Considerando que a CA surge como uma resposta disfuncional a uma emoção negativa⁹, a TCD pode ser benéfica no tratamento das perturbações alimentares. A TCD para perturbações alimentares centra-se no desenvolvimento de competências no âmbito do *mindfulness*, na regulação emocional e na tolerância aos sentimentos negativos, com o objetivo de suprimir os ECA e estimular um estilo de vida mais satisfatório. Os indivíduos habitualmente monitorizam os sintomas que surgem na sua rotina de forma a adquirir comportamentos adaptativos posteriormente⁹.

A terapia interpessoal psicodinâmica de grupo (TIPG) baseia-se no facto de as carências afetivas desencadearem emoções negativas, e estas conduzirem à autoproteção do indivíduo, afetando os padrões interpessoais e a qualidade dos relacionamentos. Os sintomas depressivos e a CA são considerados estratégias mal adaptativas de resposta à emoção negativa e/ou conflito interpessoal.¹⁰ Assim, pensa-se que reduzir a intensidade dos problemas relacionais pode ser o foco principal de muitas intervenções psicológicas, e a TIPG tem sido considerada neste âmbito.

Existem vários modelos de terapia de grupo (TG), sendo que alguns se dedicam ao presente, como a psicoterapia interpessoal; e outros abordam os primeiros relacionamentos e padrões de longa data, nomeadamente da infância.¹¹ A TIPG inclui estas duas vertentes e integra outras terapias dinâmicas, como a teoria da vinculação e a terapia baseada na mentalização, que são desenvolvidas em grupo e promovem a interação entre os participantes. Além disso, promove uma avaliação prévia à terapia, de forma a conhecer a experiência e o perfil de vinculação dos membros, medos de rejeição e agressão e confiança. Assim a terapia é conduzida de modo a que os membros compreendam a forma como os seus padrões podem interferir nos seus relacionamentos.¹¹

A terapia de aceitação e comprometimento (TAC), baseia-se na mudança da relação do indivíduo com as suas emoções, promovendo um afastamento das experiências e uma aceitação dessas emoções, de forma a permitir a adoção de comportamentos adaptativos perante emoções anteriormente percebidas como negativas.⁹

Objetivo:

A presente revisão bibliográfica tem como objetivo avaliar a eficácia da psicoterapia de grupo no tratamento da PIAC.

Metodologia

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados *Pubmed* e *Science Direct*. Na base de dados *Science Direct* foram utilizados os termos *group therapy, group psychotherapy, cognitive behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, dialectical behavioral therapy, intervention, binge-eating treatment, psychodynamic* ou *mentalization-based treatment* no campo de pesquisa “título, resumo ou palavras-chave especificadas pelo autor” e *binge eating disorder, binge-eating disorders, disorder, binge-eating*, ou *disorders, binge-eating* no campo de pesquisa título. Na base de dados *Pubmed* foram utilizados os termos *group therapy, group psychotherapy, cognitive behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, dialectical behavioral therapy, intervention, binge-eating treatment, psychodynamic* ou *mentalization-based treatment* e *binge eating disorder, binge-eating disorders, disorder, binge-eating*, ou *disorders, binge-eating* no campo de pesquisa no título ou resumo. Foram incluídos para esta revisão os artigos originais publicados entre 2012 e 2022, em inglês ou português, cuja amostra era constituída por indivíduos maiores de 18 anos com o diagnóstico de PIAC e que abordavam a psicoterapia de grupo no tratamento da PIAC. Foram excluídos os artigos que abordavam outras perturbações alimentares que não a PIAC ou que não apresentavam resultados independentes para os indivíduos com PIAC. Foram também incluídos outros artigos para permitir uma contextualização teórica e epidemiológica da PIAC.

Resultados

Da pesquisa efetuada resultaram 34 artigos da base de dados *Pubmed* e 10 artigos da *Science Direct*, sendo que 5 estavam duplicados, e 2 apresentavam resultados da mesma investigação, pelo que só foram considerados uma única vez na presente revisão. Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão do estudo no total foram incluídos 38 artigos.

TCC de grupo (TCCG) – Ensaio controlado

Apesar da distorção da imagem corporal não ser parte dos critérios de diagnóstico da PIAC no DSM-5¹, parece ser uma característica relevante desta patologia^{12,13}. Num estudo controlado e randomizado (n=34) foi testada a eficácia de 10 sessões de TCCG centrada na imagem corporal em comparação com um grupo controlo sem tratamento¹⁴. Entre o início do tratamento (IT) e o final do tratamento (FT), no grupo de intervenção, observaram-se melhorias na insatisfação corporal,

preocupação com peso e forma e desejo de magreza, apesar da estabilidade do índice de massa corporal (IMC), e o tamanho corporal considerado ideal passou a ser menos magro, demonstrando eficácia em mulheres com PIAC e excesso de peso ou obesidade.¹⁴ Além disso parece ser vantajosa ao nível de custo-benefício, uma vez que a intervenção teve curta duração¹⁴.

Num outro estudo foi avaliada a eficácia de um programa de TCCG de curta duração (8 sessões, 1 por semana; e 5 sessões aos 1, 2, 3, 6 e 12 meses após o FT), numa amostra inicial de 41 indivíduos, com monitorização no FT, aos 3, 6, 12 meses e 4 anos¹⁵. Este estudo mostrou melhorias na sintomatologia da CA, na patologia alimentar e nos sintomas depressivos durante a TCCG, que se mantiveram estáveis ou melhoraram ligeiramente no *follow-up* de 4 anos, evidenciando uma grande consistência do sucesso desta terapia. Seria importante replicar os resultados em estudos com uma amostra maior, uma vez que neste apenas 26 participantes atingiram o *follow-up* de 4 anos¹⁵.

TCCG – ensaios não controlados

Num estudo com tamanho amostral de 190, os autores classificaram os indivíduos de acordo com as suas características da patologia alimentar. Esta classificação resultou em 3 grupos, nomeadamente o de restrição alimentar moderada isolada, de restrição alimentar e psicopatologia ligeiras e de restrição alimentar e psicopatologia graves. Esta classificação foi avaliada como preditor de sucesso da TCCG, e apenas o segundo grupo apresentou maior valor preditivo de sintomatologia global da PIAC no *follow-up* de 12 meses¹⁶. Este estudo, apesar de não avaliar diretamente a eficácia da TCCG, revela que para doentes com psicopatologia e restrição alimentar ligeiras pode ser mais benéfico um tratamento com versão modificada da TCC, outro tipo de terapia ou tratamento complementar após a TCC¹⁶.

Embora a obesidade não seja um critério para PIAC, existe uma associação entre o peso e os sintomas de PIAC, sendo que mais de 65% dos pacientes com PIAC são obesos¹⁷. Além disso, o nível de atividade física relatado por indivíduos obesos com CA é aproximadamente metade da dos indivíduos com idade e peso semelhantes¹⁸. Num estudo não controlado (n=34), verificou-se que um programa de 24 sessões de grupo de aconselhamento de atividade física e TCC em indivíduos com PIAC, se associou a melhorias significativas na autoimagem, e que reduções significativas na frequência de episódios de compulsão alimentar (FECA) se associaram a melhorias significativas na perceção de capacidade física e na qualidade de vida relacionada com a saúde. No entanto, não foram identificadas alterações significativas no peso. Ainda assim, considera-se que a associação do aconselhamento sobre atividade física à TCCG pode ser uma mais-valia no tratamento multidisciplinar da PIAC em indivíduos com obesidade comórbida¹⁹.

Um grupo de indivíduos a aguardar cirurgia bariátrica foi recrutado para avaliar a eficácia da TCCG na perda de peso, comportamento alimentar e psicopatologia global. Os indivíduos (n= 110) foram estratificados de acordo com o IMC, sendo que 61% dos indivíduos com obesidade grau III e 48% dos indivíduos com obesidade grau IV tinham PIAC²⁰. Após a TCCG verificou-se uma redução na FECA em 35,5% e abolição em 8% dos indivíduos, tendo os participantes com PIAC melhorado ao nível da sintomatologia depressiva e da autoestima e em todos os parâmetros de avaliação pelo desejo de alimentos²⁰. Além disso, também se verificou uma diminuição significativa no peso, em que aos 12 meses de *follow-up* todos os participantes tinham perdido pelo menos 5%, e 67 tinham perdido 10% do peso inicial. Assim, além de demonstrar eficácia no tratamento da PIAC, a TCCG deve ser considerada para tratar psicopatologia em indivíduos com obesidade mórbida candidatos a cirurgia bariátrica, com o objetivo de melhorar os resultados no pós-operatório²⁰.

Na maior parte dos estudos realizados, a avaliação dos resultados do tratamento da PIAC ocorre a curto e médio prazo, sendo que a maioria realiza a avaliação após 12 meses do FT. Num estudo com avaliação mais tardia foi investigado o efeito de um programa em regime de internamento, com duração de 21 dias, com administração de dieta hipocalórica, realização de exercício físico e sessões diárias de TCCG, com psicoeducação para um estilo de vida saudável²¹. Foram realizadas avaliações da perda de peso, psicopatologia da perturbação alimentar, psicopatologia geral e qualidade de vida a curto prazo (6 meses) e da perda de peso a longo prazo (5 anos). Verificou-se que 63,6% e 39,4% dos indivíduos com PIAC perderam pelo menos 5% do peso inicial no *follow-up* aos 6 meses e 5 anos, respetivamente; e que o número de ECA diminuiu significativamente em indivíduos com PIAC aos 6 meses²¹. Ao nível da sintomatologia depressiva, psicopatologia global, psicopatologia da perturbação alimentar e qualidade de vida, também foram demonstradas melhorias significativas aos 6 meses. Apesar da melhoria aos 6 meses, ainda se mantinham em níveis patológicos, pelo que este grupo pode necessitar de intervenção psicológica adicional.²¹

Apesar de ser a terapia de primeira linha para a PIAC, a TCC habitualmente não produz efeito na redução do peso, ainda que apresente reduções significativas na FECA²². Uma vez que a maioria dos indivíduos com PIAC apresenta excesso de peso ou obesidade^{4,23} e estes aumentam o risco de morbilidade e mortalidade^{24,25} é importante considerar este parâmetro. Assim, foi avaliada a relação entre a alteração de peso, a FECA e outros parâmetros da psicopatologia da PIAC num grupo de indivíduos (n=189) com PIAC e excesso de peso ou obesidade submetido a TCCG²². Verificou-se uma grande variabilidade na alteração de peso durante o tratamento, com aumentos e diminuições consideráveis. Além disso, maior diminuição na FECA durante o tratamento levou a maior redução do peso no *follow-up* de 6 meses, no entanto no *follow-up* de 12 meses essa alteração não era significativa²². Os autores sugerem a realização de mais ensaios para determinar

a generalização dos resultados para outras amostras, e que deveriam ser associadas à TCCG componentes de exercício físico e alimentação, para otimizar o balanço energético. Além disso, referem a necessidade de considerar variáveis de natureza individual (por exemplo, fatores de personalidade ou marcadores biológicos), uma vez que podem influenciar a mudança de peso²².

Na mesma intervenção os autores verificaram que um envolvimento mais forte do grupo numa fase mais precoce do tratamento (sessão 2) se associou a melhorias na psicopatologia global da perturbação alimentar aos 12 meses de *follow-up*, e que uma postura mais otimista nessa fase se associou a maiores reduções na frequência de CA no *follow-up* de 12 meses²⁶. No entanto não foram encontradas essas associações no FT ou aos 6 meses de *follow-up*, ou qualquer relação com a taxa de adesão ou abandono do tratamento²⁶. Além disso, não foram identificadas diferenças significativas entre o nível de envolvimento do terapeuta, pelo que este estudo sugere que tratamentos com reduzido ou nenhum envolvimento do terapeuta não comprometem o sucesso dos mesmos.²⁶

Outros autores testaram a eficácia de um programa de TCCG orientado para as emoções, para a melhoria da gestão emocional e controlo de padrões alimentares em mulheres com obesidade e PIAC (n=7). O tratamento consistiu em 12 sessões, e as participantes foram avaliadas no IT, FT e *follow-up* de 6 e 18 meses²⁷. As participantes reconheceram a utilidade da terapia, melhorias a longo prazo no *stress* psicológico, na gestão emocional e alexitimia em todos os momentos de monitorização e relataram mudanças positivas no estilo de vida, imagem corporal e autocuidado. Em relação aos comportamentos alimentares houve uma diminuição na pontuação relativa à ingestão relacionada com fatores externos e à ingestão emocional em todos os momentos de monitorização em comparação ao IT. Tendo em conta estes resultados, seria importante realizar outros estudos com amostras maiores e com grupos controlo²⁷.

TCCG Vs Terapia comportamental para a perda de peso em formato de grupo (TCPPG)

Num estudo randomizado (n= 80) foi avaliada a eficácia de TCCG em comparação com a TCPPG, ambas com 16 sessões, seguidas de 6 sessões mensais e uma sessão final aos 12 meses. Os indivíduos apresentavam IMC>27 Kg/m² e PIAC e foram avaliados no IT, no FT, na sessão final e 6 anos o FT. ²⁸ Os autores verificaram que houve melhorias nos *outcomes* avaliados em ambos os tratamentos, apesar de ter ocorrido alguma deterioração após o FT. Comparando as terapias entre si, excetuando os ECA, em que houve uma regressão aos 6 anos na TCPPG, não houve diferenças significativas entre os grupos. Assim, tendo em conta que os tratamentos são igualmente eficazes, e caso os resultados sejam replicados noutros estudos, os autores consideraram que deve ser promovida a TCPPG pois permite abranger mais doentes uma vez que não exige formação tão diferenciada ou tanta experiência dos terapeutas como na TCC. ²⁸

TCCG Vs TIPG

Num ensaio randomizado (n=95), a TIPG foi comparada com a TCC na melhoria do padrão das relações interpessoais de pessoas com PIAC²⁹. Ambas as terapias resultaram em melhorias clinicamente significativas nas dificuldades interpessoais, sendo que a TIPG foi mais eficaz, demonstrando que esta terapia pode ser relevante para indivíduos com PIAC associada a dificuldades nas relações interpessoais, com tendência ao isolamento social ou com padrão de vinculação evitante.²⁹

TCCG Vs Terapia interpessoal de grupo (TIG)

No sentido de avaliar se a severidade da psicopatologia da PIAC influencia a eficácia do tratamento, foi realizado um estudo randomizado que classificou e dividiu a amostra (n=159) em indivíduos com baixo *score* de emoções negativas (BSEN) e indivíduos com elevado *score* de emoções negativas (ESEN), sendo que foram distribuídos aleatoriamente para TCCG e TIG, com 20 sessões cada³⁰. Uma vez que a TIG promove a gestão das emoções dentro de um contexto interpessoal, os autores equacionaram se os indivíduos com ESEN apresentariam melhores resultados com TIG e indivíduos BSEN com TCCG, o que não se verificou, pois o grupo com ESEN apresentou uma taxa de abstinência de ECA e de remissão da doença menor no FT e significativamente menor na avaliação de *follow-up* de 1 ano em relação ao IT, independentemente do tratamento recebido³⁰. Entre o FT e o *follow-up* de 1 ano houve um aumento maior na CA para o grupo com ESEN, o que sugere que estes indivíduos apresentam necessidades específicas no tratamento, como uma fase dedicada exclusivamente às emoções negativas e/ou sessões de reforço³⁰.

TCCG Vs TCD de grupo (TCDG)

Apesar da TCC ser a terapia preferencial para a PIAC, um número substancial de indivíduos não alcança a remissão da CA e por isso têm sido investigadas algumas terapias alternativas. A TCD, na qual se promove a melhoria da gestão emocional, surge como uma dessas alternativas e a sua eficácia tem sido investigada em vários estudos³¹. Num estudo *quasi*-randomizado (n=74) foi avaliada a eficácia da TCDG adaptada para perturbações alimentares no tratamento de indivíduos com PIAC e obesidade, comparando os resultados com TCCG intensiva, em que ambas as intervenções se desenvolveram ao longo de 20 sessões, com carga horária inferior na TCDG. Neste estudo foram avaliados vários parâmetros do controlo da PIAC, nomeadamente a FECA e nível de patologia da CA, regulação emocional, nível de psicopatologia global e IMC no IT, no FT e 6 meses após o FT. Verificou-se que a TCCG reduziu significativamente a FECA, o nível de psicopatologia da

CA em comparação com a TCDG, e ao nível da psicopatologia global não foram demonstradas diferenças significativas entre os grupos, excetuando a autoestima em favor da TCCG. Desta forma conclui-se que apesar dos resultados demonstrarem maior eficácia ao nível da CA na TCCG, relativamente à psicopatologia global são comparáveis entre si, podendo considerar-se a TCDG mais rentável. Os autores evidenciaram a necessidade de comparar a eficácia destas terapias corrigindo a dose terapêutica, em estudos com maior tamanho amostral e com *follow-up* a longo-prazo para avaliar o verdadeiro potencial da TCDG³¹.

Tendo em conta estas conclusões, o mesmo grupo de autores modificou os critérios de inclusão e exclusão de participantes de forma a ter uma amostra maior (n=175) e verificar se os resultados eram reproduzíveis, embora a amostra fosse mais heterogénea³². O nível global da psicopatologia da perturbação alimentar, a CA e a sintomatologia depressiva diminuíram significativamente em ambos os grupos, sendo que alguns parâmetros melhoraram mais rapidamente com TCCG e na TCDG a melhoria ocorreu de forma mais lenta, não havendo diferenças significativas no *follow-up* de 6 meses³². Assim, esta aplicação da TCDG às perturbações alimentares parece ser vantajosa, uma vez que com menor custo, apresenta uma eficácia semelhante à TCCG.

TCDG

Num outro estudo não controlado (n=56), foi avaliada a eficácia da TCDG (20 sessões), através da monitorização da patologia alimentar, ansiedade, depressão e da gestão de emoções no IT, FT e 1 mês após o FT³³. Verificou-se uma redução significativa na patologia alimentar e na FECA entre o IT e o FT e não houve reduções significativas nos restantes domínios, indicando que a TCD foi mais eficaz na mudança da patologia alimentar do que nos fatores emocionais subjacentes. Estes autores sugerem a realização de mais estudos com grupo controlo, com *follow-up* mais tardio (6 meses), assim como a identificação de fatores preditivos de sucesso no tratamento³³.

As terapias de grupo têm habitualmente uma duração de cerca de 20 semanas, o que as torna relativamente dispendiosas. Existem recomendações que alertam para a necessidade de avaliar a eficácia de intervenções mais breves³⁴. Nesse sentido, foi realizado um estudo controlado e randomizado (n=60) em que foi avaliada a eficácia da TCDG de curta duração (20 sessões em 10 semanas) na gestão emocional de indivíduos com PIAC e excesso de peso ou obesidade, em comparação com um grupo sem tratamento³⁵. A TCDG levou a melhorias significativas no IMC, na sintomatologia da CA e na gestão emocional no FT, não tendo sido realizadas avaliações de *follow-up*. Assim, esta terapia demonstra bons resultados clínicos, no entanto seria importante replicar estes resultados em estudos com amostra maior e com *follow-up* a longo prazo, pois é uma terapia mais económica e pode ser uma alternativa a doentes que não beneficiam de TCC ou psicoterapia interpessoal.³⁵

Num outro estudo, não controlado, foi testada a eficácia da TCDG com duração de (10 sessões em 10 semanas) numa amostra 84 de indivíduos com PIAC. Foram avaliados vários parâmetros, como a psicopatologia associada à PA, os comportamentos alimentares, a ansiedade e a depressão, a severidade da PIAC e a ingestão relacionada com emoções negativas³⁶. Foi demonstrado que 60% e 65,38% dos indivíduos não apresentavam CA no FT e no *follow-up* de 1 mês respetivamente, e verificaram-se melhorias significativas na patologia alimentar, nomeadamente na CA e na ingestão emocional, que se mantiveram no *follow-up*. Não se observaram alterações significativas na ansiedade e humor possivelmente pelo facto da TCDG se dedicar à gestão das emoções e não especificamente dirigido às questões da ansiedade e depressão. Os autores sugerem que caso os resultados sejam replicados em estudos com amostras maiores e *follow-up* mais tardio será uma mais-valia, uma vez que os doentes podem ser tratados de maneira eficaz e económica, garantindo acesso mais rápido ao tratamento para mais doentes³⁶.

TCC adaptada à CA

No sentido melhorar os *outcomes* da TCCG foi realizado um estudo controlado e randomizado (n= 80) para avaliar a eficácia da TCCG adaptada à CA alimentar em comparação com um grupo controlo sem tratamento³⁷. A terapia consistiu em 8 sessões com foco em estratégias de controlo da CA. Aos 3 meses de *follow-up* o grupo de TCCG apresentou melhorias ao nível da FECA, com taxa de abstinência mais alta e taxa de deterioração mais baixa. Ao nível de sintomatologia depressiva o grupo de TCCG apresentou melhorias significativas no FT e após 3 meses³⁷. Relativamente à CA não houve diferenças significativas entre os grupos em nenhum dos momentos. A TCCG adaptada à CA parece apresentar melhores resultados no médio prazo na sintomatologia da CA e melhores resultados durante e após o tratamento ao nível da patologia alimentar e sintomatologia depressiva. No entanto o curto período de *follow-up* não permite avaliar o sucesso a longo prazo³⁷.

Perante os resultados deste estudo, os autores reavaliaram os grupos 33 meses após o FT, sendo que a taxa de desistência na amostra foi de 46%, resultando para esta avaliação 43 indivíduos. Verificou-se que ambos os grupos diminuíram a FECA e a impulsividade, pelo que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos entre o IT e 33 meses após o tratamento. Estes resultados podem dever-se ao facto de 44% da amostra total terem recorrido a cuidados adicionais nesse período³⁸.

Da amostra inicial foram selecionados indivíduos (n=69) que integraram uma monitorização ocular quando expostos a imagens neutras ou imagens de alimentos hipercalóricos, no IT, no FT e no *follow-up*, tendo atribuído uma classificação aos alimentos de acordo com o grau hedónico,

palatabilidade, desejo atual e apreciação pessoal³⁹. Inicialmente, ambos os grupos mostraram um viés de atenção para os alimentos hipercalóricos. No grupo de intervenção, esse viés desapareceu após o tratamento e no *follow-up*, ao passo que no grupo controle se verificou uma diminuição moderada no FT, mas não no *follow-up*, o que foi interpretado como uma maior motivação inicial. O grupo da intervenção aumentou o tempo de permanência em estímulos neutros em relação estímulos alimentares no FT, o que pode representar uma diminuição na sensibilidade à recompensa após a exposição ao estímulo e avaliou os estímulos alimentares como menos prazerosos e palatáveis em relação ao grupo controle, o que pode representar uma normalização da sensibilidade à recompensa em relação aos estímulos alimentares. Seria importante replicar estes resultados em estudos com maior tamanho da amostra e com indivíduos com remissão da doença comparativamente à não remissão³⁹. No entanto, este estudo mostra que a exposição aos alimentos pode ser uma forma de dessensibilizar o indivíduo ao estímulo e dessa forma diminuir os ECA.

TAC

A TCC é considerada o tratamento de eleição da PIAC, no entanto os doentes necessitam de competências adicionais que permitam manter a alteração dos comportamentos, nomeadamente ao nível da regulação emocional e/ou tolerância às dificuldades. Assim, foi desenvolvido um programa terapêutico que engloba o princípio de várias terapias, nomeadamente, da TAC, que enfatiza as metodologias de terceira geração da TCC, particularmente a aceitação e *mindfulness*, e da TCD, que promove competências da regulação emocional e tolerância às dificuldades⁴⁰. Esta terapia foi aplicada em formato de grupo num ensaio não controlado com 19 participantes, e estes consideraram as estratégias de aceitação benéficas para auxiliar a utilização das estratégias comportamentais perante situações adversas (ansiedade, desejo, culpa), e verificaram que a abordagem de tratamento combinado é útil para reduzir os ECA. OS autores sugerem que são necessários mais estudos para avaliar se esta terapia é eficaz num espectro mais abrangente de indivíduos com CA e desregulação emocional⁴⁰. Relativamente à eficácia da terapia, os autores verificaram que, num estudo não controlado com tamanho amostral de 19 participantes, 59% dos indivíduos apresentavam abstinência de CA no FT e 60% no *follow-up* de 3 meses⁴¹. Foi demonstrada melhoria consistente na patologia alimentar global desde o IT até ao *follow-up* de 3 meses, assim como para a sintomatologia depressiva⁴¹. Também foi demonstrada melhoria na qualidade de vida no FT que se manteve no *follow-up*⁴¹. Apesar dos resultados promissores seria importante replicá-los em estudos controlados e randomizados com uma amostra maior e *follow-up* mais tardio⁴¹.

Terapia interpessoal psicodinâmica de grupo (TIPG)

De acordo com a teoria de que a CA surge como resposta a emoções negativas decorrentes de carências emocionais, um tratamento focado na regulação afetivo-emocional pode ser benéfica para indivíduos com PIAC.⁴²

Num estudo de caso, com 8 participantes com padrão de vinculação do tipo ansioso, foi testada a eficácia da TIPG (16 sessões) no tratamento de indivíduos com PIAC. Verificaram-se melhorias na CA, sintomas depressivos, e do padrão de vinculação ansioso e evitante, pelo que esta terapia pode ser particularmente vantajosa para indivíduos com PIAC e vinculação do tipo ansioso. No entanto devem ser considerados estudos com amostras maiores, controlados e randomizados⁴².

Foi também estudada a interferência do padrão de vinculação ansioso nos resultados do tratamento da PIAC com TIPG com 16 sessões em 102 mulheres⁴³. Os nº de dias com CA, os sintomas depressivos, os problemas interpessoais e a percepção de desinibição e fome diminuíram significativamente. Por outro lado, a autoestima e a restrição alimentar consciente aumentaram significativamente, não se tendo verificado alterações significativas ao nível do peso. As alterações verificadas foram abruptas do IT para o FT, e evoluíram de forma mais lenta nos 6 e 12 meses de *follow-up*⁴³. Além disso este estudo sugere que a aliança terapêutica do grupo pode melhorar os resultados para indivíduos com padrão de vinculação do tipo ansioso mais intenso.⁴³

Num outro estudo não controlado, 102 mulheres com obesidade foram alocadas em grupos terapêuticos de acordo com o seu nível de vinculação e iniciaram um programa de TIPG de 16 sessões⁴⁴. Este estudo demonstrou que as mulheres que apresentaram uma evolução favorável na aprendizagem interpessoal ao longo do tratamento relataram melhorias significativas na autoestima, mas não em relação à depressão ou frequência de CA, pelo que os autores salientaram que a aprendizagem interpessoal pode não estar diretamente relacionada com mudanças nos níveis de depressão ou de CA no pós-tratamento, mas mediada por outro fator terapêutico, e que o método de avaliação da aprendizagem interpessoal pode ser mais específico para a autoestima, uma vez que se centra na auto percepção⁴⁴.

Foi também avaliada a capacidade de um programa de TIPG com 16 sessões melhorar os mecanismos defensivos (adaptativos ou mal adaptativos) e a CA numa amostra de 102 mulheres com PIAC⁴⁵. As mulheres foram alocadas em grupos terapêuticos de acordo com a sua classificação do tipo de vinculação. Este estudo demonstrou que a TIPG melhorou significativamente o funcionamento defensivo do IT para o FT, desencadeando uma diminuição nos ECA seguidos de melhorias nos sintomas depressivos.⁴⁵

Num outro estudo controlado e randomizado, a amostra (n=135) foi submetida a uma terapia de autoajuda (TA) com manual baseado em TCC com duração de 10 semanas e monitorização no IT e FT, e posteriormente dividida em grupo controlo e grupo de TIPG, tendo sido

realizadas monitorizações antes, depois, *follow-up* de 3 e 6 meses⁴⁶. A TA reduziu significativamente frequência de CA e o *score* de psicopatologia das perturbações alimentares, não havendo efeito significativo sobre essas variáveis após a intervenção da TIPG. No entanto os indivíduos já tinham melhorado estes parâmetros na TA, o que torna menos evidente o impacto da TIPG. Além disso verificaram-se melhorias no grupo de TIPG em relação ao grupo controlo nos problemas interpessoais e nos traços de personalidade evitante. Assim, os autores concluíram que uma abordagem sequencial deve ser considerada, iniciando o tratamento com TA e associar TG especializada em doentes que não respondam ou necessitem de tratamento adicional para evitar recidivas⁴⁶.

Foram também avaliadas as alterações nos vínculos relacionais subsequentes a um programa de TIPG com 16 sessões em 63 mulheres com PIAC e excesso de peso e obesidade⁴⁷. Apesar de não atingir significância estatística, 65% das participantes classificadas com padrões de vinculação insegura no IT alteraram para segura no *follow-up* de 6 meses. Assim, a TIPG parece auxiliar no processo de organização das memórias de vinculação e uma melhoria na regulação afetiva e no funcionamento interpessoal⁴⁷ e possivelmente na CA.

Os autores investigaram também os domínios do afeto como preditores de sucesso da TIPG, e as alterações alcançadas nesses domínios no IT, FT e em *follow-up* de 6 e 12 meses¹⁰. Foi demonstrado que a TIPG promove mudanças positivas na gestão do afeto, e que o funcionamento reflexivo (capacidade de autocrítica) inicial favorável é importante para alcançar melhorias na CA. Os autores referiram que a taxa de abandono do tratamento foi considerável pelo que seria importante replicar os resultados em estudos com uma amostra maior e também mais heterogénea. Referem ainda a necessidade de avaliar a mudança nos domínios do afeto em grupos sujeitos a outros tipos de psicoterapias de grupo (por exemplo, TCCG e terapia de grupo focada nas emoções (TGFE)) para examinar se os resultados se generalizam em diferentes tipos de intervenções¹⁰.

Num estudo controlado não randomizado (n=195), com um grupo de intervenção de 101 mulheres com PIAC e excesso de peso ou obesidade e um grupo controlo sem PIAC, foram avaliados vários *outcomes* no IT, FT e *follow-up* de 6 e 12 meses após 16 sessões de TIPG⁴⁸. Não foi identificada associação da frequência de CA ao padrão interpessoal, no entanto no IT os sintomas depressivos associaram-se significativamente a ECA. No grupo controlo não foram encontradas associações entre o padrão interpessoal e sintomas depressivos. Isto sugere que apesar de ambos os grupos apresentarem dificuldades relacionais, os indivíduos com PIAC manifestam concomitantemente sintomas depressivos. Assim, embora este estudo não tenha determinado diretamente a eficácia da terapia demonstrou que os problemas interpessoais e os sintomas depressivos devem ser parte integrante do tratamento da PIAC. Apesar de a TIPG ter reduzido a gravidade dos problemas

relacionais, não alterou o padrão interpessoal dos participantes, o que corrobora a teoria de que a personalidade de uma pessoa é um conjunto de traços que podem mudar em termos de severidade ou disfunção, mas cujas características fundamentais permanecem estáveis ao longo da vida, aumentando o risco de recaída⁴⁸.

Terapia psicoeducacional de grupo (TPEG)

A PIAC surge habitualmente associada à obesidade uma vez que os comportamentos alimentares condicionam um aumento do consumo energético. O tratamento da obesidade usualmente incide na correção alimentar e raramente aborda os mecanismos psicológicos subjacentes à CA. A TPEG surge como uma alternativa para auxiliar os doentes com PIAC e obesidade no seu tratamento⁴⁹. Esta terapia foi avaliada num programa de 10 semanas, com 42 indivíduos com PIAC e excesso de peso ou obesidade, sem grupo controlo. Esta intervenção demonstrou uma diminuição significativa nos ECA, melhoria nos domínios “sentimentos” e “atividades sociais” na avaliação da saúde relacionada com a qualidade de vida, concluindo assim que pode ser uma terapia a considerar para este grupo de indivíduos. No entanto é importante considerar que a amostra do estudo foi pequena e foi obtida através do recrutamento por uma única via, pelo que é muito homogénea e não é representativa e não houve comparação com um grupo controlo⁴⁹.

Num outro estudo, foi avaliada a eficácia de um programa de TPEG com diferentes abordagens, como *mindfulness*, autocompaixão e consciência comportamental, com monitorização de *outcomes* aos 3 e 6 meses de *follow-up*⁵⁰. A amostra foi constituída por 31 mulheres com excesso de peso ou obesidade e o programa constituído por 12 sessões. Este estudo demonstrou que este programa parece ser eficaz na diminuição da CA e da psicopatologia alimentar global, com resultados mantidos até 6 meses de *follow-up*. As reduções na CA foram mediadas pela diminuição da vergonha, autocrítica, inflexibilidade e da fusão cognitiva da imagem corporal, bem como aumento da autocompaixão e consciência comportamental. No entanto, o domínio de *mindfulness* parece não ter interferido nas mudanças na CA. O tratamento demonstrou a eficácia da integração de abordagens psicológicas diferentes, porém complementares, no tratamento de PIAC. Além disso, apesar de não ter sido desenvolvido com esse objetivo, também se verificou que houve uma diminuição no IMC. Apesar dos resultados promissores, é importante considerar as limitações do estudo dado o número elevado de desistências, ausência de grupo controlo, assim como homogeneidade e pequeno tamanho da amostra⁵⁰.

Outras terapias de grupo

A integração funcional das emoções na consciência, na motivação e no comportamento tem sido descrita em vários modelos terapêuticos⁵¹ e a escrita tem sido descrita como ferramenta terapêutica na gestão de experiências de vida, nomeadamente de origem emocional^{52,53}. Nesse sentido foi desenvolvida uma terapêutica designada programa de grupo para a compulsão alimentar (PGCA) baseada na TCC, consciência afetiva e escrita terapêutica⁵⁴. Os autores defendem que a autoconsciência do significado dos sentimentos, a autocompaixão e a alteração no controlo da CA são necessárias às fases iniciais da mudança terapêutica. O objetivo deste estudo piloto foi avaliar qualitativamente a experiência dos indivíduos, pelo que não é possível comparar quantitativamente melhorias entre o IT e FT. No entanto, de acordo com os participantes, o debate, a reflexão escrita posterior e a abordagem dos sentimentos atuaram como fortalecedores da consciência de si mesmos. O PGCA permitiu aos envolvidos adquirir padrões alternativos de pensamento, aceitar momentos de maior dificuldade e controlar a CA, tolerando os contratempos como parte integrante da vida⁵⁴.

Devido às escassas alternativas no tratamento da PIAC na Dinamarca, foi desenvolvido neste país um estudo piloto que testou a viabilidade da implementação de uma terapia de 12 semanas baseada na natureza (TBN) no tratamento da PIAC, comparando-a à única opção de tratamento no país, as reuniões de grupo de apoio com duração de 10 semanas⁵⁵. A TBN consistiu numa abordagem psicoterapêutica baseada na TAC e na terapia baseada em *mindfulness*, desenvolvida em grupo e em ambiente natural com exercícios guiados para conscientização do corpo e da mente. Ambas as intervenções mostraram resultados positivos em todos os parâmetros avaliados (redução da CA, aumento do bem-estar psicológico e aumento da autoestima), com benefício da TBN para todos os parâmetros. Os autores referem que a TBN parece auxiliar a terapêutica através das experiências e exercícios físicos desenvolvidos na natureza, tornando-o mais acessível e aplicável para os participantes. Ainda assim reconhecem a necessidade de replicar estes resultados em estudos randomizados e com amostra maior e que os benefícios da TBN podem decorrer da abordagem psicoterapêutica da TAC em detrimento do contacto com a natureza⁵⁵.

Num outro estudo foi testada a eficácia da TGFE num grupo de indivíduos com PIAC e obesidade⁵⁶. Esta terapia centra-se na consciência do próprio sobre as suas emoções e relações interpessoais. Após o reconhecimento da emoção experimentada, esta deve ser explorada, refletida e compreendida, de forma a analisar crenças associadas à emoção e a identificar fatores que possam mudar o significado dessas crenças. A amostra (n= 189) foi distribuída por 3 intervenções, o aconselhamento alimentar (AA), a TGFE, e terapia combinada (TC) de ambos. No AA os indivíduos usufruíram de 12 sessões individuais e posteriormente 8 sessões de grupo, na TGFE de 20 sessões de grupo e na TC de 20 sessões de TGFE e 12 sessões de AA individuais. Os autores demonstraram

perda de peso, melhoria na psicopatologia e na qualidade de vida para o grupo de TGFE e para a TC, sendo que na CA e na perda de peso os resultados foram melhores na TC e mantiveram-se aos 6 meses de *follow-up*.⁵⁶

Utilizando os dados desta amostra, os autores realizaram avaliações adicionais e verificaram ainda que a resposta precoce ao tratamento, seguida de rápida mudança na fase intermediária e diminuição da taxa de mudança no final da terapia, foi associada a melhorias no *follow-up* de 6 meses, pelo que a resposta precoce parece ser um bom indicador de sucesso do tratamento⁵⁷.

Num outro estudo, com indivíduos com obesidade mórbida e PIAC, foi comparada a eficácia da cirurgia bariátrica com um programa de mudança de estilo de vida com TG⁵⁸. Nesse programa os indivíduos foram incentivados a realizar uma dieta hipocalórica, a praticar exercício físico e as sessões de grupo inicialmente eram semanais, depois quinzenais e posteriormente mensais, com duração de 52 semanas. A perda de peso foi significativamente maior no grupo da cirurgia bariátrica aos 6 e a 12 meses, ao nível da sintomatologia depressiva e da qualidade de vida não houve diferenças significativas entre os grupos aos 12 meses e nos ECA não houve diferenças significativas em nenhum momento de avaliação. Assim, o programa de mudança de estilo de vida pode ser uma boa alternativa para indivíduos não elegíveis para cirurgia bariátrica. No entanto os autores sugerem estudos futuros para avaliar os *outcomes* a mais tardiamente e avaliar eficácia de tratamentos combinados.⁵⁸

Foi também realizado um estudo piloto (n=16) que avaliou a eficácia da terapia de resposta integrada (TRI), que consiste na abordagem de experiências, interpretações, da vulnerabilidade, das emoções e das estratégias para lidar com as mesmas⁶. Esta pode ser orientada por terapeuta não especializado, e sem experiência em perturbações alimentares, contrastando com outras terapias que exigem terapeuta especializado, habitualmente com mestrado, e experiência clínica na abordagem de perturbações do comportamento alimentar. A terapia consistiu em 10 sessões de grupo com terapeuta com recurso a manual de autoajuda. A maior parte das sessões eram estruturadas e algumas orientadas pelo grupo. A eficácia desta terapia foi avaliada num estudo não controlado e demonstrou melhorias na patologia alimentar global no FT, e reduziu a FECA, que se manteve no *follow-up* de 3 meses, pelo que é uma terapia promissora e os resultados devem ser replicados em estudos controlados, com maior período de *follow-up* e com maior amostra⁶.

Conclusões

A TCCG continua a ser a terapia mais estudada para o tratamento da PIAC e tem evidenciado resultados consistentes na melhoria da CA, da psicopatologia global e da sintomatologia depressiva com estudos a comprovar os resultados 4 anos após o término da terapia. Ao nível da redução do peso, a TCCG parece apenas ter efeito nos casos de obesidade mais grave, com resultados mantidos até 5 anos em alguns estudos. Em doentes candidatos a cirurgia bariátrica demonstrou também reduzir a CA e melhorar a sintomatologia depressiva e autoestima, podendo ser considerada em indivíduos com obesidade mórbida não elegíveis para cirurgia bariátrica ou como tratamento complementar à cirurgia bariátrica no sentido de otimizar os *outcomes*, o seu estado clínico e conseqüentemente o pós-operatório. Alguns estudos demonstram também melhorias na distorção da imagem corporal do próprio, principalmente se associada a AA e aconselhamento sobre atividade física, sendo que com essa associação se verificam melhorias na qualidade de vida e da percepção da capacidade física. Uma vez que foi demonstrado que indivíduos com padrão de restrição alimentar e psicopatologia ligeiras podem não responder à TCCG e necessitar de outras terapias ou terapias complementares, pode ser necessário rastreá-los antes do IT, formar grupos homogêneos e encaminhá-los adequadamente. Para outros indivíduos, sem padrões específicos, o grau de envolvimento do terapeuta no grupo parece não influenciar a eficácia da terapia.

A TCCG orientada para as emoções apresenta resultados promissores e parece ser mais adequada para indivíduos com níveis mais elevados de psicopatologia, e torna-se particularmente pertinente, uma vez que indivíduos com padrão emocional tendencialmente negativo não beneficiam de TCCG ou TIG. Serão necessários mais estudos, com uma amostra maior para confirmar se esta adaptação da TCC poderá ser uma alternativa.

A TCPP parece ser mais vantajosa em relação à TCCG uma vez que apresenta resultados semelhantes e pode ser aplicada mais rapidamente e com menor custo, uma vez que o terapeuta não necessita de grau de formação tão elevado.

Relativamente à TCDG alguns estudos mostram resultados semelhantes à TCCG, no entanto a TCDG parece ser vantajosa por apresentar custo inferior. Os estudos mostram melhorias na CA e patologia alimentar global, mas nos fatores emocionais os estudos não são concordantes. Além disso, só existem dados de *follow-up* de 1 mês, pelo que seria importante avaliar os resultados num prazo mais longo. Além disso, parece ser uma terapia vantajosa para indivíduos que não beneficiam de TCC e psicoterapia interpessoal.

A TCC adaptada à impulsividade apresenta melhorias nos *outcomes* gerais, mas não apresenta evidência de melhoria na impulsividade, pelo que não parece apresentar vantagens em relação a outras terapias.

A TAC apresentou melhorias significativas nos vários parâmetros avaliados, com 60% de abstinência aos 3 meses de *follow-up*. Poderá ser uma terapia promissora, mas existem ainda poucos dados para confirmar.

A TIPG tem sido também muito estudada nos últimos anos e apresenta melhorias não só ao nível da CA e da sintomatologia depressiva, mas também na gestão emocional e na autoestima. Parece ser mais benéfica que a TCCG para indivíduos com dificuldades interpessoais com tendência para o isolamento social e padrões de vinculação do tipo ansioso e evitante. Assim, pode ser útil avaliar este parâmetro antes do IT, homogeneizar grupos de intervenção e encaminhar os grupos com perfil de vinculação do tipo ansioso diretamente para TIPG com forte aliança terapêutica, de forma a otimizar os resultados.

A TPEG ainda não apresenta muita evidência, mas além das melhorias na CA, psicopatologia alimentar e no domínio dos sentimentos e atividades sociais também demonstrou reduzir o IMC, pelo que pode ser útil em indivíduos com PIAC e sobrepeso. No entanto são necessários mais estudos, com amostras maiores e grupo controlo que repliquem estes resultados.

Relativamente à PGCA devem ser desenvolvidos estudos que permitam quantificar a resposta à terapia. Para avaliar corretamente a eficácia da TBN esta deve ser comparada com grupo controlo de TAC. A TGFE apresentou resultados favoráveis não só ao nível da perda de peso, CA, psicopatologia global, mas também na qualidade de vida, que se mantiveram até 6 meses de *follow-up*. Ainda assim, a TC apresentou melhores *outcomes* que a TGFE pelo que a terapia multidisciplinar parece ser mais vantajosa, mas devem ser realizados mais estudos que corroborem estes resultados. O programa de mudança de estilo de vida demonstrou benefícios em indivíduos com obesidade mórbida e pode ser uma alternativa à cirurgia bariátrica em indivíduos não elegíveis, no entanto seria importante confirmar estes resultados visto que há poucos estudos com esta população e verificar se seriam semelhantes em população com menor IMC. A TRI também parece promissora, uma vez que os resultados são semelhantes a outras terapias, mas esta não necessita de terapeuta especializado. No entanto os dados são ainda escassos pelo que é importante confirmar estes resultados com mais estudos.

Em suma, conclui-se que ao nível das terapias com pouca evidência científica, nomeadamente TCCG orientada para as emoções, TCPP, TAC, TPEG, PGCA e TRI são necessários mais estudos no sentido de reforçar os resultados obtidos. Ao nível das terapias mais estudadas, a TCCG continua a demonstrar resultados promissores que se mantêm a longo prazo, a TCDG parece apresentar *outcomes* favoráveis, ter aplicação mais económica e ter utilidade em indivíduos que não beneficiem de TCC ou terapia interpessoal; e a TIPG evidencia benefício em indivíduos com tendência para isolamento social e padrão de vinculação do tipo ansioso e evitante.

Bibliografia

- 1 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition (DSM-V) edn, (American Psychiatric Association, 2013).
- 2 Hilbert, A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am* **42**, 33-43 (2019). <https://doi.org:10.1016/j.psc.2018.10.011>
- 3 Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* **29** (2016). <https://doi.org:10.1097/YCO.0000000000000278>
- 4 Kessler, R. C. et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* **73**, 904-914 (2013). <https://doi.org:10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- 5 Gruzca, R. A., Przybeck, T. R. & Cloninger, C. R. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* **48**, 124-131 (2007). <https://doi.org:10.1016/j.comppsy.2006.08.002>
- 6 Robinson, A. Integrative Response Therapy for Binge Eating Disorder. *Cogn Behav Pract* **20**, 93-105 (2013). <https://doi.org:10.1016/j.cbpra.2012.02.004>
- 7 *in Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance* (2004).
- 8 Linardon, J. Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. *Int J Eat Disord* **51**, 785-797 (2018). <https://doi.org:10.1002/eat.22897>
- 9 Pisetsky, E. M., Schaefer, L. M., Wonderlich, S. A. & Peterson, C. B. Emerging Psychological Treatments in Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* **42**, 219-229 (2019). <https://doi.org:10.1016/j.psc.2019.01.005>
- 10 Maxwell, H. et al. Change in Attachment Dimensions in Women with Binge-Eating Disorder Following Group Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy. *Psychother Res* **28**, 887-901 (2018). <https://doi.org:10.1080/10503307.2017.1278804>
- 11 Marmarosh, C. L. Group Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: Integrating Theories, Research, and Practice. *International Journal of Group Psychotherapy* **71**, 487-493 (2021). <https://doi.org:10.1080/00207284.2021.1922040>
- 12 Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N. & Vocks, S. Body image disturbance in binge eating disorder: a review. *Eur Eat Disord Rev* **19**, 375-381 (2011). <https://doi.org:10.1002/erv.1100>
- 13 Goldschmidt, A. B. et al. The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behav Res Ther* **48**, 187-193 (2010). <https://doi.org:10.1016/j.brat.2009.10.008>
- 14 Lewer, M. et al. Effects of a cognitive-behavioral exposure-based body image therapy for overweight females with binge eating disorder: a pilot study. *J Eat Disord* **5**, 43 (2017). <https://doi.org:10.1186/s40337-017-0174-y>
- 15 Fischer, S., Meyer, A. H., Dremmel, D., Schlup, B. & Munsch, S. Short-term cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: long-term efficacy and predictors of long-term treatment success. *Behav Res Ther* **58**, 36-42 (2014). <https://doi.org:10.1016/j.brat.2014.04.007>
- 16 Peterson, C. B. et al. Predicting group cognitive-behavioral therapy outcome of binge eating disorder using empirical classification. *Behav Res Ther* **51**, 526-532 (2013). <https://doi.org:10.1016/j.brat.2013.05.001>
- 17 Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr. & Kessler, R. C. The prevalence and correlates of eating disorders in the National

- Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* **61**, 348-358 (2007).
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- 18 Levine, M. D., Marcus, M. D. & Moulton, P. Exercise in the
treatment of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* **19**, 171-177
(1996). [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-
108X\(199603\)19:2<171::AID-EAT7>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<171::AID-EAT7>3.0.CO;2-K)
- 19 Vancampfort, D. et al. Changes in physical activity, physical
fitness, self-perception and quality of life following a 6-month
physical activity counseling and cognitive behavioral therapy
program in outpatients with binge eating disorder. *Psychiatry Res*
219, 361-366 (2014). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.016>
- 20 Abiles, V. et al. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in
morbidly obese candidates for bariatric surgery with and without
binge eating disorder. *Nutr Hosp* **28**, 1523-1529 (2013).
<https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6699>
- 21 Calugi, S. et al. Residential cognitive-behavioral weight-loss
intervention for obesity with and without binge-eating disorder: A
prospective case-control study with five-year follow-up. *Int J Eat
Disord* **49**, 723-730 (2016). <https://doi.org/10.1002/eat.22549>
- 22 Pacanowski, C. R. et al. Weight Change over the Course of Binge
Eating Disorder Treatment: Relationship to Binge Episodes and
Psychological Factors. *Obesity (Silver Spring)* **26**, 838-844 (2018).
<https://doi.org/10.1002/oby.22149>
- 23 de Zwaan, M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat
Metab Disord* **25 Suppl 1**, S51-55 (2001).
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801699>
- 24 Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H. & Graubard, B. I. Association
of all-cause mortality with overweight and obesity using standard
body mass index categories: a systematic review and meta-analysis.
JAMA **309**, 71-82 (2013). <https://doi.org/10.1001/jama.2012.113905>
- 25 Cecchini, M. et al. Tackling of unhealthy diets, physical
inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness.
Lancet **376**, 1775-1784 (2010). [https://doi.org/10.1016/S0140-
6736\(10\)61514-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61514-0)
- 26 Pisetsky, E. M. et al. Examination of early group dynamics and
treatment outcome in a randomized controlled trial of group
cognitive behavior therapy for binge eating disorder. *Behav Res
Ther* **73**, 74-78 (2015). <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.013>
- 27 Torres, S. et al. Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy in
Comorbid Obesity With Binge Eating Disorder: A Pilot Study of
Feasibility and Long-Term Outcomes. *Front Psychol* **11**, 343 (2020).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00343>
- 28 Munsch, S., Meyer, A. H. & Biedert, E. Efficacy and predictors of
long-term treatment success for Cognitive-Behavioral Treatment and
Behavioral Weight-Loss-Treatment in overweight individuals with
binge eating disorder. *Behav Res Ther* **50**, 775-785 (2012).
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.009>
- 29 Tasca, G. A., Balfour, L., Presniak, M. D. & Bissada, H. Outcomes
of specific interpersonal problems for binge eating disorder:
comparing group psychodynamic interpersonal psychotherapy and group
cognitive behavioral therapy. *Int J Group Psychother* **62**, 197-218
(2012). <https://doi.org/10.1521/ijgp.2012.62.2.197>
- 30 Dounchis, J. Z., Karam, A. M., Stein, R. I. & Wilfley, D. E.
Subtyping patients with binge-eating disorder by dietary restraint
and negative affect: Characteristics and treatment outcome. *J
Consult Clin Psychol* **89**, 1020-1025 (2021).
<https://doi.org/10.1037/ccp0000700>
- 31 Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D. & van Strien, T.
Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to
cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating

- disorder: a controlled study. *J Eat Disord* **8**, 27 (2020).
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00299-z>
- 32 Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D. & van Strien, T. Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *Int J Eat Disord* **55**, 902-913 (2022).
<https://doi.org/10.1002/eat.23750>
- 33 Blood, L., Adams, G., Turner, H. & Waller, G. Group dialectical behavioral therapy for binge-eating disorder: Outcomes from a community case series. *Int J Eat Disord* **53**, 1863-1867 (2020).
<https://doi.org/10.1002/eat.23377>
- 34 *Eating disorders: recognition and treatment*,
<<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations-for-research#2-duration-and-intensity-of-psychological-treatment>>
(2017).
- 35 Rahmania, M., Omidia, A., Asemib, Z. & Akbaric, H. The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health & Prevention* **9**, 13-18 (2018). <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.002>
- 36 Adams, G., Turner, H., Hoskins, J., Robinson, A. & Waller, G. Effectiveness of a brief form of group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: Case series in a routine clinical setting. *Int J Eat Disord* **54**, 615-620 (2021).
<https://doi.org/10.1002/eat.23470>
- 37 Schag, K. et al. IMPULS: Impulsivity-Focused Group Intervention to Reduce Binge Eating Episodes in Patients with Binge Eating Disorder - A Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom* **88**, 141-153 (2019). <https://doi.org/10.1159/000499696>
- 38 Schag, K., Schlatter, J. E., Martus, P., Zipfel, S. & Giel, K. E. Reduction of impulsivity after an impulsivity-focused group intervention in patients with binge eating disorder in a long-term follow-up of the randomized controlled IMPULS trial. *Psychol Med*, 1-2 (2022). <https://doi.org/10.1017/S0033291722000368>
- 39 Schag, K. et al. Food-related impulsivity assessed by longitudinal laboratory tasks is reduced in patients with binge eating disorder in a randomized controlled trial. *Sci Rep* **11**, 8225 (2021).
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-87231-w>
- 40 Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Schumacher, L., Espel, H. & Forman, E. M. Developing an Acceptance-Based Behavioral Treatment for Binge Eating Disorder: Rationale and Challenges. *Cogn Behav Pract* **24**, 1-13 (2017). <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.12.005>
- 41 Juarascio, A. S. et al. A Pilot Study of an Acceptance-based Behavioral Treatment for Binge Eating Disorder. *J Contextual Behav Sci* **6**, 1-7 (2017). <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.12.003>
- 42 Marmarosh, C. L. & Tasca, G. A. Adult attachment anxiety: using group therapy to promote change. *J Clin Psychol* **69**, 1172-1182 (2013). <https://doi.org/10.1002/jclp.22044>
- 43 Tasca, G. A. et al. Matching women with binge eating disorder to group treatment based on attachment anxiety: outcomes and moderating effects. *Psychother Res* **23**, 301-314 (2013).
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.717309>
- 44 Gallagher, M. E. et al. Interpersonal learning is associated with improved self-esteem in group psychotherapy for women with binge eating disorder. *Psychotherapy (Chic)* **51**, 66-77 (2014).
<https://doi.org/10.1037/a0031098>
- 45 Hill, R. et al. Changes in Defense Mechanism Functioning During Group Therapy for Binge-Eating Disorder. *Psychiatry* **78**, 75-88 (2015). <https://doi.org/10.1080/00332747.2015.1015897>

- 46 Tasca, G. A. et al. Testing a stepped care model for binge-eating disorder: a two-step randomized controlled trial. *Psychol Med* **49**, 598-606 (2019). <https://doi.org:10.1017/S0033291718001277>
- 47 Maxwell, H. et al. Change in attachment states of mind of women with binge-eating disorder. *Clin Psychol Psychother* **24**, 1292-1303 (2017). <https://doi.org:10.1002/cpp.2095>
- 48 Brugnera, A., Carlucci, S., Compare, A. & Tasca, G. A. Persistence of friendly and submissive interpersonal styles among those with binge-eating disorder: Comparisons with matched controls and outcomes after group therapy. *Clin Psychol Psychother* **26**, 603-615 (2019). <https://doi.org:10.1002/cpp.2385>
- 49 Eik-Nes, T. T., Vrabel, K., Raman, J., Clark, M. R. & Berg, K. H. A Group Intervention for Individuals With Obesity and Comorbid Binge Eating Disorder: Results From a Feasibility Study. *Front Endocrinol (Lausanne)* **12**, 738856 (2021). <https://doi.org:10.3389/fendo.2021.738856>
- 50 Pinto-Gouveia, J. et al. Incorporating psychoeducation, mindfulness and self-compassion in a new programme for binge eating (BEfree): Exploring processes of change. *J Health Psychol* **24**, 466-479 (2019). <https://doi.org:10.1177/1359105316676628>
- 51 Solbakken, O. A., Hansen, R. S. & Monsen, J. T. Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychother Res* **21**, 482-496 (2011). <https://doi.org:10.1080/10503307.2011.583696>
- 52 Baikie, K. A. & Wilhelm, K. Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment* **11**, 338-346 (2005). <https://doi.org:10.1192/apt.11.5.338>
- 53 Smyth, J., True, N. & Souto, J. Effects of writing about traumatic experiences: The necessity for narrative structuring. *Journal of Social and Clinical Psychology* **20**, 161-172 (2001). <https://doi.org:10.1521/jscp.20.2.161.22266>
- 54 Rortveit, K., Furnes Ph, D. B., Dysvik Ph, D. E. & Ueland Ph, D. V. Patients' Experience of Attending a Binge Eating Group Program - Qualitative Evaluation of a Pilot Study. *SAGE Open Nurs* **7**, 23779608211026504 (2021). <https://doi.org:10.1177/23779608211026504>
- 55 Corazon, S. S. et al. The Tree Is My Anchor: A Pilot Study on the Treatment of BED through Nature-Based Therapy. *Int J Environ Res Public Health* **15** (2018). <https://doi.org:10.3390/ijerph15112486>
- 56 Compare, A. et al. Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite* **71**, 361-368 (2013). <https://doi.org:10.1016/j.appet.2013.09.007>
- 57 Compare, A. & Tasca, G. A. The Rate and Shape of Change in Binge Eating Episodes and Weight: An Effectiveness Trial of Emotionally Focused Group Therapy for Binge-Eating Disorder. *Clin Psychol Psychother* **23**, 24-34 (2016). <https://doi.org:10.1002/cpp.1932>
- 58 Faulconbridge, L. F. et al. Changes in depression and quality of life in obese individuals with binge eating disorder: bariatric surgery versus lifestyle modification. *Surgery for Obesity and Related Diseases* **9**, 790-796 (2013).