

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Tratamento da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva em crianças e adolescentes

Andreia Sofia Teixeira Dias

M

2021



Tratamento da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva em crianças e adolescentes

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Maio de 2021

Andreia Sofia Teixeira Dias

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Número de estudante: 201503591

Endereço eletrónico: up201503591@edu.icbas.up.pt

Orientadora: Doutora Liliana Correia de Castro

Assistente hospitalar graduada de Psiquiatria – Hospital de Magalhães Lemos EPE

Afiliação: Professora Auxiliar Convidada do ICBAS – Universidade do Porto

Endereço: lilianacorreiadecastro@gmail.com

Coorientadora: Doutora Joana Alexandra dos Santos Oliveira de Magalhães Saraiva

Assistente hospitalar graduada do Centro Hospitalar e Universitário do Porto – Centro Materno Infantil do Norte – Departamento de Pedopsiquiatria

Afiliação: Professora Auxiliar Convidada do ICBAS – Universidade do Porto

Endereço: joanasaraiva.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt

Andreia Sofia Teixeira Dias

Assinatura da Estudante

Assinado por: **LILIANA CORREIA DE CASTRO**
Num. de Identificação: BI117789232
Data: 2021.05.23 18:15:33 +0100



Assinatura da Orientadora

Joana Alexandra dos Santos Oliveira de Magalhães
Sequeira

Assinatura da Coorientadora

Porto, maio de 2021

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Liliana Castro e coorientadora, Dra. Joana Saraiva, pelo apoio imprescindível, pela disponibilidade e simpatia prestada durante a elaboração deste trabalho.

Resumo

Introdução: A perturbação de ingestão alimentar compulsiva é uma perturbação alimentar prevalente em crianças e adolescentes e representa uma das condições clínicas mais problemáticas desta faixa etária, apresentando repercussões a nível do desenvolvimento, saúde física, cognitiva e psicossocial. Nos últimos anos, tem-se vindo a verificar um desenvolvimento promissor no tratamento desta patologia em adultos e várias modalidades terapêuticas revelaram-se eficazes, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia interpessoal, a terapia comportamental dialética e a terapia farmacológica. Contudo, o tratamento desta patologia em crianças e adolescentes exige um maior aprofundamento e uma adaptação apropriada às características psicopatológicas específicas desta faixa etária.

Objetivos: Determinar qual a estratégia terapêutica mais eficaz no tratamento da perturbação de ingestão alimentar compulsiva em crianças e adolescentes e qual o seu impacto a nível de resultados físicos, sociais e psicológicos nesta faixa etária.

Métodos: Revisão bibliográfica de artigos indexados nas plataformas PubMed-MEDLINE, PsycInfo e PsycArticles. Foram incluídos artigos originais de meta-análises, ensaios clínicos e estudos clínicos, publicados entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de março de 2021, na língua portuguesa, inglesa e francesa. Foram, ainda, consultados artigos de revisão pela sua pertinência, bem como outros documentos de entidades científicas.

Desenvolvimento: A terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia interpessoal e a terapia comportamental dialética têm revelado resultados promissores no tratamento da perturbação de ingestão alimentar compulsiva, demonstrando eficácia na diminuição dos episódios de compulsão alimentar e da psicopatologia associada. Relativamente à farmacoterapia, até ao momento, não existem evidências suficientes para recomendar a sua utilização como primeira linha na população mais jovem. Contudo, os estudos realizados sobre o tratamento desta patologia em crianças e adolescentes são ainda escassos, incidindo maioritariamente em adolescentes do sexo feminino e em amostras de pequeno tamanho e intervalos de acompanhamento relativamente curtos.

Conclusão: É pertinente a realização de mais estudos, nomeadamente estudos longitudinais de longo prazo, que envolvam ambos os sexos, para comprovar a eficácia destas modalidades de tratamento na população mais jovem. De igual forma, será necessária a realização de estudo que comparem as diferentes intervenções terapêuticas de forma a compreender qual a mais eficaz e mais adequada à faixa etária.

Palavras-chave: Binge eating disorder; Treatment; Children; Adolescent.

Abstract

Introduction: Binge eating disorder is a prevalent eating disorder in children and adolescents and represents one of the most problematic clinical conditions in the age group, with repercussions on development, physical, cognitive and psychosocial health. In recent years, there has been a promising development in the treatment of this pathology in adults and several therapeutic modalities have proven to be effective, namely cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, dialectical behavioral therapy and pharmacological therapy. However, the treatment of binge eating disorder in children and adolescents requires further studies and an appropriate adaptation to the specific psychopathological characteristics of this age group.

Objectives: To determine which therapeutic strategy is most effective in treating binge eating disorder in children and adolescents, and its impact on physical, social and psychological outcomes in this age group.

Methods: Literature review of articles indexed on the PubMed-MEDLINE, PsycInfo and PsycArticles platforms. Original articles of meta-analyzes, clinical trials and clinical studies, published between January 1, 2010 and March 31, 2021, in Portuguese, English and French were included. Review articles were also consulted because of their relevance, as well as other documents from scientific entities.

Development: Cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychotherapy and dialectical behavioral therapy have shown promising results in the treatment of binge eating disorder, demonstrating effectiveness in reducing binge eating episodes and associated psychopathology. Regarding pharmacotherapy, so far, there is not enough evidence to recommend its use in children and adolescents as first line. However, studies on the treatment of this condition in children and adolescents are still limited, focusing mainly on female adolescents, using small samples and relatively short follow-up intervals.

Conclusion: Further studies are needed, including long-term longitudinal studies, involving both sexes, to prove the effectiveness of these treatment modalities in the younger population. Likewise, studies comparing different therapeutic interventions are needed to understand which is the most effective and appropriate for this age group.

Keywords: Binge eating disorder; Treatment; Children; Adolescent.

Lista de abreviaturas

CBT-E - Enhanced Cognitive Behavioral Therapy

DSM-III – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - terceira edição

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - quarta edição

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - quinta edição

EDNOS – Eating Disorder Not Otherwise Specified

FDA – Food and Drug Administration

IMC – Índice de Massa Corporal

PIAC – Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

WCEDCA – Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents

Índice

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
Abstract	iii
Lista de abreviaturas	iv
1. Introdução	1
2. Objetivos	2
3. Metodologia	2
4. Desenvolvimento	3
4.1. Diagnóstico.....	3
4.2. Diagnósticos diferenciais.....	6
4.3. Etiologia e fatores de risco	7
4.4. Comorbilidades	9
5. Tratamento.....	10
5.1. Terapia comportamental de perda de peso.....	11
5.2. Terapia cognitivo-comportamental	12
5.3. Psicoterapia interpessoal	15
5.4. Terapia comportamental dialética	17
5.5. Terapia farmacológica	20
6. Conclusão	22
7. Referências.....	24

1. Introdução

As perturbações do comportamento alimentar são doenças psiquiátricas caracterizadas por alterações no padrão alimentar, na quantidade ou natureza dos alimentos ingeridos, constituindo uma preocupação de saúde pública, uma vez que apresentam risco significativo de desenvolvimento de problemas orgânicos e psiquiátricos, traduzindo-se numa menor qualidade de vida, com aumento significativo da morbilidade e mortalidade, bem como aumento da utilização de cuidados de saúde e custos pessoais, familiares e sociais consideráveis. As perturbações do comportamento alimentar são comuns na infância e na adolescência e podem ter consequências potencialmente mais graves e prolongadas do que nas restantes faixas etárias dado tratar-se de um período crítico a nível do desenvolvimento, marcado por várias transformações tanto a nível biológico, como cognitivo e psicossocial.^{1 2 3} A preocupação com o peso e imagem corporal, a pressão social pela magreza e a necessidade de aceitação pelos colegas, tornam esta faixa etária num período de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações alimentares.⁴

O conceito de compulsão alimentar foi descrito pela primeira vez em 1959 por Albert Stunkard.⁵ Em 1980, foi integrado na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III) como um sintoma associado à bulimia e em 1994 foi introduzido no DSM-IV integrando a categoria de Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS).^{6 7} Com o tempo, uma nova compreensão sobre a compulsão alimentar levou à inclusão, em 2013, da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) no DSM-5, como um transtorno alimentar distinto.^{8 9}

A PIAC é uma perturbação do comportamento alimentar, caracterizada pela ocorrência de episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, sem comportamentos compensatórios inadequados, e acompanhada por uma sensação de perda de controlo sobre a quantidade de alimentos ingeridos. Esta perturbação ocorre mais frequentemente em países desenvolvidos e industrializados e é mais prevalente nas mulheres.¹⁰ A idade de início ocorre, geralmente, no final da adolescência e início da idade adulta, sendo que o início da PIAC em idades mais precoces está associado a mais psicopatologia associada à doença, traduzindo-se num pior prognóstico.^{11 12 13} A maioria dos estudos realizados em crianças e adolescentes utilizaram os critérios de diagnóstico de acordo com a DSM-IV e revelam taxas de prevalência entre 1 a 4%.^{14 15 16 17} Estudos realizados mais recentemente utilizaram os critérios da DSM-5, e revelaram uma prevalência ligeiramente maior, entre 1 a 5%, o que demonstra que estes critérios são mais abrangentes e eficazes no diagnóstico de PIAC.^{12 13 18 19 20 21} A PIAC é cerca de duas vezes mais prevalente em crianças e adolescentes do sexo

feminino em comparação com o sexo masculino.²² Um estudo realizado por Smink et al, revelou uma prevalência de 2,3% em raparigas e 0.7% em rapazes.¹³ Resultados semelhantes foram observados num outro estudo, realizado por Swanson et al, que demonstrou uma prevalência de 1.4% em raparigas e de 0.4% em rapazes.²³

Nos últimos anos, tem-se vindo a verificar um desenvolvimento promissor no tratamento da PIAC, sendo que várias modalidades terapêuticas se revelaram eficazes no tratamento desta perturbação em adultos, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia interpessoal, a terapia comportamental dialética e a terapia farmacológica. No entanto, os estudos sobre o tratamento desta patologia em crianças e jovens ainda são escassos, incidindo maioritariamente em adolescentes do sexo feminino, e carecem de um maior aprofundamento e uma adaptação apropriada às características psicopatológicas específicas desta faixa etária.

2. Objetivos

Este trabalho de revisão tem como intuito analisar estudos focados no tratamento da perturbação de ingestão alimentar compulsiva em crianças e adolescentes, de modo a compreender qual a estratégia terapêutica mais eficaz e qual o seu impacto a nível de resultados físicos e psicológicos nesta faixa etária. Para tal, é pertinente comparar a eficácia a curto e longo prazo das diferentes modalidades terapêuticas existentes atualmente para os adultos, adaptadas especificamente a populações mais jovens e identificar eventuais aspetos que carecem, ainda, de investigação adicional.

3. Metodologia

Para a realização deste trabalho de revisão bibliográfica foram selecionados artigos indexados nas bases de dados de literatura informatizada PubMed-MEDLINE, PsycInfo e PsycArticles, utilizando como estratégia de pesquisa palavras-chave relevantes nomeadamente “Binge eating disorder”, “Treatment”, “Adolescent” e “Children”, publicados entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de março de 2021, na língua portuguesa, inglesa e francesa. Foram incluídos, essencialmente, artigos originais de meta-análises, ensaios clínicos, estudos clínicos e relatos de caso. Foram, ainda, consultados e incluídos artigos de revisão pela sua pertinência, bem como outros documentos de entidades científicas. Em cada artigo foi realizada uma pesquisa manual da

lista de referências, de forma a encontrar publicações adicionais pertinentes, pelo que foram incluídos artigos fora do intervalo temporal selecionado.

Foram selecionados artigos sobre o tratamento da perturbação de ingestão alimentar compulsiva em crianças e adolescentes e foi ainda, essencial incluir pesquisas relativas ao tratamento da doença em adultos, com o objetivo de comparar a eficácia das técnicas terapêuticas utilizadas. Para permitir uma melhor compreensão sobre o tema foram também incluídos artigos que incidiam sobre a epidemiologia, etiologia, fatores de risco e comorbilidades, bem como artigos gerais sobre perturbações alimentares de modo a contextualizar o tema objetivado. Foram incluídas publicações que abordavam a doença tanto segundo os critérios da DSM-IV como da DSM-5, de forma a realizar uma análise comparativa.

4. Desenvolvimento

4.1. Diagnóstico

Em 1994 a perturbação de ingestão alimentar compulsiva foi introduzida na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) integrando a categoria de Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) e era caracterizada pela ocorrência de episódios de ingestão alimentar compulsiva (em inglês designados de binge eating), pelo menos 2 dias por semana, durante 6 meses.⁷

A realização de novos estudos e pesquisas permitiu adquirir um melhor conhecimento sobre a doença, tendo sido questionada a eficácia e validade dos critérios de frequência dos episódios de compulsão alimentar.^{24 25 26} Deste modo, em maio de 2013, na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), procedeu-se a uma adaptação dos critérios de classificação da PIAC, passando a ser necessário uma menor frequência e menor duração dos episódios de compulsão alimentar.⁹ Segundo o DSM-5, a PIAC é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar, que deverão ocorrer pelo menos uma vez por semana, ao longo de 3 meses, na ausência de comportamentos compensatórios inadequados depois do episódio de ingestão compulsiva, como por exemplo, uso de laxantes e diuréticos, vômito, jejum, exercício físico intenso e excessivo. Um episódio de ingestão compulsiva é definido pela ingestão, num curto período de tempo, de uma quantidade de alimentos superior à que a maioria dos indivíduos conseguiria comer num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias e é acompanhado por uma sensação de perda de controlo sobre a quantidade de

alimentos ingeridos (por exemplo, incapacidade de evitar comer ou de parar de comer depois de começar). Os indivíduos devem, ainda, apresentar pelo menos 3 das seguintes características: ingestão de forma muito mais rápida que o habitual; comer até se sentir desconfortavelmente saciado; ingestão de grandes quantidades de alimentos na ausência de sensação física de fome (por exemplo, após uma refeição completa); comer numa divisão isolada por se sentir envergonhado face à quantidade de alimentos ingerida; sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou culpado após o episódio de ingestão compulsiva.⁹

Segundo o DSM-5, o nível de gravidade da doença baseia-se na frequência dos episódios de compulsão alimentar. Desse modo, a PIAC é caracterizada como leve (1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana); moderada (4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana); grave (8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana) e extrema (14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana). Um estudo demonstrou que adultos com PIAC grave ou extrema apresentavam mais psicopatologia associada à perturbação alimentar do que os participantes com PIAC moderada a leve. Adultos com PIAC leve tiveram taxas de depressão mais baixas do que os restantes grupos.²⁷

O diagnóstico da PIAC em crianças e adolescentes exige uma maior atenção, pois apesar desta patologia apresentar características comuns entre a idade jovem e a idade adulta, existem características que são específicas de cada faixa etária, o que implica uma adaptação das estratégias de avaliação, que passa pela utilização de critérios de diagnóstico mais amplos e menos rigorosos.¹ A infância e adolescência são períodos críticos no que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo, físico e social, desse modo as perturbações alimentares podem originar consequências físicas e psicológicas potencialmente mais graves e prolongadas na juventude, uma vez que se trata de um período de maior vulnerabilidade. É, por isso, fundamental que seja realizado um diagnóstico precoce, que possibilite uma intervenção atempada.^{1 23}

É necessário ter em conta a maturidade cognitiva e emocional, uma vez que as crianças têm ainda limitações no raciocínio abstrato, podendo ser incapazes de identificar ou articular conceitos difíceis de entender e ser incapazes de refletir sobre as cognições tipicamente associadas a esses distúrbios. Como já referido, a compulsão alimentar é caracterizada pelo consumo de uma quantidade excessivamente elevada de alimentos e é acompanhada por uma sensação de perda de controlo sobre a quantidade de alimentos ingeridos. Estes conceitos são difíceis de entender, pelo que, é essencial adotar estratégias adequadas, que incluam o uso de exemplos concretos ou de metáforas de forma a facilitar a sua compreensão. Uma das descrições padronizadas é de que a experiência é semelhante a “uma bola a rolar por uma colina, indo cada vez mais rápido”.²⁸ Por outro lado, a definição de uma quantidade objetivamente elevada de alimentos pode ser incerta e difícil de caracterizar quando se trata de crianças e adolescentes em fase de crescimento, uma vez

que as necessidades calóricas variam ao longo do desenvolvimento e dependem da atividade de cada criança.^{29,30}

O critério de perda de controlo sobre a alimentação (em inglês *loss of control*, LOC), apesar de poder ser difícil de entender por parte das crianças e adolescentes, é um componente essencial para o diagnóstico e avaliação desta patologia. Marcus e Kalarchian apoiam que, nesta faixa etária, a experiência de perda de controlo sobre a alimentação é uma característica mais importante do que a ingestão de uma quantidade objetivamente elevada de alimentos.³¹ De facto, as crianças podem, por exemplo, não ter acesso direto aos alimentos, mas ainda assim apresentar o impulso de comer compulsivamente apresentando, desse modo, episódios de compulsão alimentar subjetiva, ou seja, ingestão de uma quantidade subjetivamente elevada de comida.³² Marcus e Kalarchian propuseram, por isso, critérios alternativos que incluem a ocorrência de episódios recorrentes de compulsão alimentar, que podem ser definidos como comer na ausência de fome e sensação de falta de controlo sobre a alimentação independentemente da quantidade de alimentos ingerida.³¹

Estudos posteriores apoiam as recomendações de Marcus e Kalarchian, demonstrando a importância da perda de controlo sobre a alimentação para o diagnóstico de PIAC e as suas implicações clínicas^{28 33 34}. Sonnevile et al avaliaram adolescentes que comiam em excesso com e sem perda de controlo sobre a alimentação, sendo que no seguimento do grupo com perda de controlo alimentar se verificou uma taxa mais elevada de excesso de peso, obesidade e sintomas depressivos.²⁰

Um outro aspeto a ter em conta é que, as crianças, frequentemente, apresentam um número de episódios de compulsão alimentar inferior ao necessário para o diagnóstico de PIAC.²³ É por isso, importante, avaliar a perturbação de ingestão alimentar compulsiva subdiagnóstica em crianças e adolescentes.¹² Um estudo realizado por Swanson et al, em adolescentes dos 13 aos 18 anos, revelou uma prevalência estimada de 1,6% para PIAC e 2,5% para PIAC subdiagnóstica.²³ Um outro estudo realizado por Stice et al evidenciou, de igual forma, taxas mais elevadas de PIAC subdiagnóstica, com prevalência de 4,6%, do que de PIAC com apenas 1%.¹⁴ Dada a maior prevalência de PIAC subdiagnóstica nesta faixa etária, questiona-se a eficácia dos critérios de diagnóstico. Um grupo internacional de especialistas no diagnóstico e tratamento de transtornos alimentares de crianças e adolescentes - Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA) é da opinião de que devem ser utilizados limiares mais baixos de frequência e duração dos episódios de compulsão alimentar para o diagnóstico da PIAC, uma vez que se trata de uma faixa etária em fase vulnerável de desenvolvimento e por isso as sequelas médicas, cognitivas e sociais podem ter um impacto significativamente maior. Defendem, então, que os episódios devem ocorrer pelo menos uma vez por mês durante os 3 meses anteriores.¹

A aplicação destes critérios adaptados para crianças e adolescentes permite uma identificação precoce da doença e a instituição terapêutica de forma mais atempada, de modo a prevenir a exacerbação dos sintomas permitindo obter melhores resultados.¹

4.2. Diagnósticos diferenciais

Como já referido, na perturbação de ingestão alimentar compulsiva não ocorrem comportamentos compensatórios para prevenir o ganho de peso, o que contribui para o diagnóstico diferencial de outras perturbações alimentares nas quais existe uma preocupação constante com o peso e forma corporal, como é o caso da bulimia nervosa e anorexia nervosa. Os indivíduos por medo de engordar ou por distorção da imagem corporal desenvolvem comportamentos compensatórios inadequados de eliminação calórica, com o objetivo de evitar o ganho ponderal, tais como indução do vômito, uso inadequado de laxantes ou diuréticos, jejum ou exercício físico excessivo.

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar com perda de controle sobre a alimentação, seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes, como forma de compensar as calorias ingeridas e impedir o ganho ponderal, uma vez que a autoavaliação do indivíduo é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal. O comportamento compensatório inapropriado mais comum é o vômito autoinduzido, uma vez que proporciona um alívio imediato do desconforto físico e redução do medo de engordar.⁹ Os indivíduos com bulimia nervosa apresentam, normalmente, um peso normal ou excesso de peso (IMC igual ou superior a 18,5 kg/m² e inferior a 30 kg/m²), sendo incomum entre indivíduos obesos. No entanto, nos últimos anos, tem-se vindo a verificar um aumento da percentagem de excesso de peso e obesidade nos indivíduos com bulimia nervosa.³⁵

A anorexia nervosa é uma perturbação alimentar com elevada morbidade e mortalidade. É caracterizada por restrição persistente da ingestão calórica em relação às necessidades, que ocorre devido ao medo intenso de engordar, insatisfação com o peso e com a forma corporal ou falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal. Indivíduos com anorexia nervosa desenvolvem comportamentos alimentares inadequados como restrição alimentar intencional e aversão alimentar com evicção de alimentos que consideram engordar. Isto leva a um peso corporal significativamente baixo, ou no caso de crianças e adolescentes, falha em atingir o peso esperado para a idade ou em manter uma trajetória de desenvolvimento normal. Na anorexia nervosa, tipo purgativa, os indivíduos apresentam episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos purgativos. Alguns indivíduos com este subtipo de anorexia nervosa não

apresentam episódios de hiperfagia, no entanto, recorrem a comportamentos purgativos regularmente após a ingestão de pequenas quantidades de alimento.⁹

A síndrome de ingestão noturna é caracterizada por anorexia matinal, hiperfagia noturna, insônia inicial e despertares noturnos para comer. Os indivíduos consomem uma maior percentagem das suas calorias diárias entre as 20h00 e as 06h00, e 40% apresentam episódios de compulsão alimentar associados.^{36 37}

4.3. Etiologia e fatores de risco

A perturbação de ingestão alimentar compulsiva tem origem multifatorial, resultando de uma combinação de fatores genéticos, psicológicos e ambientais. Os fatores de risco para o desenvolvimento da PIAC em crianças e adolescentes não são, ainda, definitivamente conhecidos. No entanto, é sabido que, tal como nas restantes perturbações alimentares, englobam a exposição a fatores de risco gerais para doenças psiquiátricas, nomeadamente história familiar de doença psiquiátrica, depressão, ansiedade, perturbação de personalidade e história familiar ou pessoal de uso de substâncias ilícitas.^{23,38,39}

Vários estudos destacam como fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação alimentar a história familiar de PIAC, sobretudo materna, uma vez que ocorrem entre gerações, independentemente de terem obesidade, o que pode refletir uma predisposição genética, no entanto não foram identificados genes individuais para esta patologia.^{40 41}

Outros fatores de risco incluem experiências traumáticas e adversas vivenciadas na infância e adolescência, incluindo abuso físico ou sexual e *bullying*. Problemas interpessoais, nomeadamente relação familiar disfuncional, baixa afetividade, críticas e comentários negativos sobre o peso ou forma corporal, são também fatores de risco para a perturbação de ingestão alimentar compulsiva.⁴² Por outro lado, os conflitos interpessoais contribuem para o desenvolvimento de sintomas negativos, como stress, ansiedade, depressão e baixa autoestima, o que por sua vez, se pode traduzir no desenvolvimento de comportamentos de ingestão alimentar compulsiva induzida emocionalmente.⁴³ Efetivamente, os episódios de compulsão alimentar podem surgir como uma forma de lidar com as emoções e sentimentos negativos e com a autocrítica, o que se chama de “ingestão alimentar emocional” (em inglês *emotional eating*), sendo uma estratégia para evitar ou diminuir temporariamente a frequência e intensidade de emoções ou memórias negativas.^{44 45 46 47}

Estudos prospetivos com adolescentes sugerem que a restrição alimentar excessiva, consequente de dietas, é também um fator de risco para a compulsão alimentar.^{48 47} A adolescência

é um período caracterizado por rápidas mudanças cognitivas e físicas, e por isso os jovens são mais suscetíveis a apresentar maior preocupação com a aparência, peso e forma corporal. Indivíduos com excesso de peso, com insatisfação com a imagem corporal e sobrevalorização da aparência, têm baixa autoestima e estão mais propensos a realizar dietas, tendo por isso, maior risco de vir a desenvolver comportamentos alimentares compulsivos.^{28 47 49} A pressão exercida pela sociedade em corresponder aos padrões de beleza, a exposição a comentários negativos sobre a forma, peso ou hábitos alimentares e a preocupação com a aceitação por parte dos colegas também contribuem para a insatisfação com a aparência corporal o que leva ao desenvolvimento de perturbações alimentares.⁴

Um índice de massa corporal elevado constitui também um dos fatores de risco para PIAC. Um estudo realizado em crianças entre os 6 e os 13 anos, com peso normal e com excesso de peso, mostrou que as crianças com excesso de peso têm mais comportamentos alimentares perturbados e mais episódios de perda de controlo alimentar do que crianças com peso normal.²⁸

Stice, Agras e Hammer acompanharam uma amostra de 216 crianças desde o nascimento até aos 5 anos de idade com o objetivo de avaliar o aparecimento de perturbações alimentares. Estes autores verificaram que ao fim dos 5 anos de acompanhamento, 18,1% das crianças comiam secretamente, em divisões isoladas e 33,8% comiam em excesso, sendo estes dois critérios relevantes para o diagnóstico de PIAC. Neste estudo, foram identificadas características parentais que previram o aparecimento de alimentação secreta nas crianças avaliadas ao fim dos 5 anos, nomeadamente desinibição alimentar materna (ingestão alimentar excessiva determinada por fatores emocionais ou fatores externos, como exposição a grande quantidade de alimentos ou ingestão de álcool), insatisfação com a imagem corporal e com o peso, e história familiar de excesso de peso. Por outro lado, a realização de restrições dietéticas por parte materna e o desejo de magreza assim como elevado IMC do bebé previam comer em excesso aos 5 anos.⁵⁰

Um estudo realizado por Balantekin, Birch e Savage em crianças do sexo feminino, acompanhadas desde a infância até à adolescência, revelou que as crianças que comiam na ausência de fome aos 7 anos tinham 1,7 vezes maior probabilidade de ter episódios de compulsão alimentar aos 15 anos. Este estudo revelou ainda, que as crianças que comiam na ausência de fome apresentavam outros fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de compulsão alimentar, entre os quais fatores psicológicos nomeadamente ansiedade e depressão, e outros como restrição alimentar, ingestão emocional, insatisfação com a imagem corporal e IMC elevado.⁵¹ Este estudo, no entanto, foi realizado apenas em jovens caucasianas de sexo feminino, pelo que não se pode generalizar a toda a comunidade de jovens. Todavia, os resultados são consistentes com um estudo realizado por Tanofsky-Kraff et al, que revela que crianças que comem

na ausência de fome têm também perda de controlo sobre a alimentação, que como vimos é um critério importante na perturbação de ingestão alimentar em crianças.^{52 53}

4.4. Comorbilidades

A PIAC, tal como as restantes perturbações alimentares, causa prejuízos a nível da saúde física, emocional, cognitiva e na função psicossocial, o que se pode traduzir de forma negativa no desenvolvimento das crianças e adolescentes, uma vez que esta faixa etária é caracterizada por um ser período crítico no desenvolvimento, podendo, por exemplo, influenciar negativamente a formação da identidade e a autoestima. A gravidade e as consequências desta patologia dependem da duração da perturbação alimentar e da intensidade dos episódios de compulsão, bem como da idade do paciente.³⁰

A literatura revela que adolescentes com PIAC têm um risco aumentado de desenvolver um amplo espectro de consequências negativas, mais graves e potencialmente mais prolongadas do que nos adultos, incluindo maior risco de ganho de peso e desenvolvimento de obesidade subsequente^{20 21 54 55}, sintomas depressivos^{3 10 20 21 39}, perturbações da ansiedade^{10 54 56}, baixa autoestima⁵⁷ maior preocupação com o peso e forma corporal⁵⁵, perturbações do humor⁵⁶, problemas sociais e familiares^{23 55 57}, uso de substâncias ilícitas^{20 54}, suicídio^{12 23 58}, entre outros problemas emocionais e comportamentais sendo, por isso, um tema que merece a nossa atenção.²³

Efetivamente, estudos realizados em amostras de adolescentes evidenciam que a compulsão alimentar na adolescência resulta em ganho de peso, aumentando assim, o risco de obesidade subsequente.²⁸ Estudo realizado por Field et al, revelou que 35.1% dos adolescentes do sexo feminino com PIAC, desenvolveram excesso de peso e/ou obesidade.²¹ Outros estudos revelaram resultados semelhantes para adolescentes do sexo feminino e masculino.^{20 54 55} A elevada prevalência de obesidade e excesso de peso na adolescência constitui um aspeto particularmente relevante, pois são problemas de saúde graves, que estão relacionados com o aumento da morbidade e mortalidade, dado o risco acrescido de desenvolvimento de problemas psicossociais como baixa autoestima e problemas médicos nomeadamente hipertensão, dislipidemia, diabetes *mellitus*, doença coronária e apneia do sono.⁵⁹ Assim sendo, a deteção da PIAC em crianças e adolescentes obesos deve constituir uma medida prioritária, possibilitando uma intervenção atempada, que permitirá prevenir e atenuar as consequências negativas a longo-prazo, no que diz respeito tanto à obesidade como às perturbações alimentares.

5. Tratamento

Nos últimos anos, tem-se vindo a verificar um desenvolvimento promissor no tratamento da PIAC, existindo várias modalidades terapêuticas que se revelaram eficazes no tratamento em adultos, nomeadamente a terapia comportamental de perda de peso, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia interpessoal, terapia comportamental dialética e terapia farmacológica.^{60 61 62} Como já referido, a PIAC é uma doença prevalente em crianças e adolescentes e provoca consequências negativas tanto a nível físico como psicológico e social, e por isso o tratamento é fundamental. No entanto, só mais recentemente surgiu o interesse na realização de pesquisas sobre a PIAC em crianças e adolescente, e por isso, existem ainda resultados limitados e poucos tratamentos foram validados para esta faixa etária.

O tratamento consiste não só na regulação dos padrões alimentares, reduzindo os episódios de compulsão alimentar e assegurando um comportamento alimentar saudável e diversificado, mas visa também tratar outras perturbações associadas nomeadamente ansiedade, depressão e perturbações obsessivo-compulsivas. Pretende-se adotar estratégias para gerir as emoções e sentimentos negativos sem recorrer a comportamentos alimentares disfuncionais e abordar problemas familiares e sociais e outros fatores de risco e comorbilidades físicas e psiquiátricas que possam estar relacionados com a perturbação alimentar e que influenciem o tratamento.⁶³ Apenas uma reduzida percentagem de adolescentes com PIAC (11,9%) tende a procurar tratamento, quer devido ao estigma e vergonha, quer pela falta de motivação ou por negação ou não perceção da gravidade da doença. Desse modo, o tratamento deve também incidir sobre estes fatores.⁶⁴

Um aspeto importante da eficácia do tratamento é a adesão terapêutica, que pode ser alcançada através de supervisão regular na prática clínica, treino adequado do terapeuta e ajuste das expectativas de tratamento dos pacientes antes do início da terapia.⁶⁵

Uma abordagem multidisciplinar e integrada é necessária, incluindo diversos profissionais de saúde, nomeadamente psiquiatras, psicólogos, pediatras, nutricionistas, médico de família e enfermeiros.⁶⁶ É essencial estabelecer uma boa relação médico doente, integrar o jovem e a sua família nos objetivos, procedimentos e estratégias terapêuticas. Deve-se definir, juntamente com o jovem, qual o tratamento considerado mais adequado, e sempre que possível deve ser dada opção de escolha e incluir o jovem no processo de tomada de decisão. Durante todo o tratamento, o crescimento da criança deve ser monitorizado e os riscos orgânicos e psiquiátricos devem ser avaliados de forma contínua pois variam ao longo do tratamento.⁶⁶

5.1. Terapia comportamental de perda de peso

Como já referido, os jovens com PIAC, por terem um aumento do consumo de calorias, têm um risco aumentado de ganho excessivo de peso e de desenvolvimento de obesidade a longo prazo.^{20,21} Dada a relevância das complicações da obesidade infantil, tanto no que diz respeito a complicações médicas como psicológicas e sociais e os custos de saúde associados, é de extrema importância desenvolver intervenções terapêuticas eficazes na prevenção de ganho excessivo de peso, através de modificações do comportamento alimentar.^{67 68 69}

A terapia comportamental de perda de peso é usada especialmente em doentes obesos, mas também está indicada no tratamento da PIAC, e tem como objetivo promover hábitos alimentares saudáveis através de modificações na dieta, recorrendo a restrição calórica moderada e a uma nutrição melhorada, bem como aumento da atividade física.^{61 70}

As necessidades nutricionais do paciente são avaliadas, bem como os padrões atuais e passados de ingestão alimentar, incluindo a quantidade de alimentos ingeridos em cada refeição, o horário das refeições, perceções e interpretações sobre dietas, imagem corporal e alimentação. Esta terapia ajuda os pacientes a identificar os comportamentos alimentares inadequados e incentiva a realização de mudanças nos hábitos alimentares, através de reeducação alimentar e nutricional. Devem ser evitadas restrições alimentares excessivas, uma vez que as dietas, como já referido, podem provocar episódios de compulsão alimentar. Desse modo, os pacientes são motivados a selecionar alimentos de qualidade e quantidade adequadas de acordo com as necessidades nutricionais.^{71 72}

Um fator relevante a ter em conta é que os programas comportamentais de perda de peso aplicados a adultos normalmente têm como objetivo promover a perda ponderal. No entanto, em jovens com excesso de peso, ou seja, com IMC acima do percentil 85, pode ser mais eficaz optar por estratégias de manutenção do peso, uma vez que as crianças e os adolescentes ainda estão em fase de crescimento, e a manutenção do peso diminui o IMC, dado que a altura aumenta, enquanto que o peso permanece o mesmo. Por outro lado, a manutenção do peso em crianças e adolescentes pode ser alcançada com uma menor restrição calórica, potencializando, assim, hábitos que são mais prováveis de serem mantidos.^{73,74}

O planeamento de refeições consiste em distribuir as refeições e lanches ao longo do dia e manter um padrão e horário regular, de modo a minimizar o hábito de saltar refeições e diminuir a probabilidade de episódios de ingestão alimentar compulsiva. A escolha das refeições e lanches deve incidir numa alimentação saudável e equilibrada (20–35% da ingestão de energia de gordura, 45–65% de carboidratos e 10–35% de proteínas).⁶⁶ Em alguns casos pode ser vantajoso pedir ajuda

a um nutricionista para desenvolver um plano alimentar individual adequado, em casos que exijam preocupações nutricionais específicas.

Os pais, cuidadores e professores são essenciais no apoio à alimentação das crianças e adolescentes, e por isso, geralmente também usufruem de sessões de apoio e educação alimentar, com o objetivo de reforçar o seu conhecimento sobre quais os comportamentos alimentares normais que são de esperar. ⁶⁶

Comparativamente com as terapias psicológicas, que serão de seguida abordadas, a terapia comportamental de perda de peso, tem como vantagens uma diminuição clinicamente significativa do peso a curto prazo, bem como o facto de ser um tratamento fácil de realizar e que pode ser implementado por uma ampla gama de profissionais de saúde. ⁶¹ No entanto, a terapia comportamental de perda de peso tem piores resultados na remissão dos episódios de compulsão alimentar. Um estudo realizado por Grilo et al em adultos com PIAC revelou maior eficácia da terapia cognitivo-comportamental comparativamente à terapia comportamental de perda de peso na redução de compulsão alimentar ao longo de 12 meses de acompanhamento. Já a perda de peso foi superior com a terapia comportamental alimentar. ⁶⁰ Estes resultados são apoiados por outros estudos, que demonstraram, de igual forma, uma maior eficácia da terapia cognitivo-comportamental, a curto prazo, no tratamento da PIAC, tanto em adultos como em adolescentes. ^{75 76 77} A terapia interpessoal foi também analisada e comparada com a terapia comportamental de perda de peso e revelou-se mais eficaz. Um estudo realizado por Wilson et al, revelou que ao fim de 2 anos de tratamento, a terapia interpessoal e a terapia cognitivo-comportamental obtiveram melhores resultados na remissão de episódios de ingestão alimentar compulsiva do que o tratamento comportamental de perda de peso. ⁶¹

5.2. Terapia cognitivo-comportamental

Como referido existem diversos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de PIAC nomeadamente dificuldade em regular emoções negativas, problemas interpessoais e afetivos e fatores cognitivos e comportamentais. Estes fatores de risco são, portanto, alvo de intervenção pelas diferentes estratégias terapêuticas. ⁶⁹

Os fatores de risco cognitivos e comportamentais que contribuem para o desenvolvimento da PIAC incluem a sobrevalorização do peso e da forma corporal e conseqüente insatisfação com a imagem corporal. O desejo constante de magreza e as expectativas irrealistas em relação ao próprio corpo resultam na realização de restrições alimentares e dietas inadequadas. ⁷⁸ O tratamento cognitivo-comportamental incide, portanto, nestes fatores e é o tratamento com melhor evidência

científica, sendo a primeira linha no tratamento da PIAC em adultos com PIAC.⁷⁹ A terapia cognitivo-comportamental aprimorada (*Enhanced Cognitive Behavioral Therapy [CBT-E]*) inclui componentes de tratamento específicos para as perturbações alimentares.^{80 81}

Esta terapia tem como objetivo estabelecer modificações a nível comportamental e reestruturação cognitiva, de forma a reconfigurar o padrão de pensamentos e sentimentos que emergem face a eventos ou estímulos, e que contribuem para o desenvolvimento de comportamentos alimentares inadequados, e dessa forma regular os padrões alimentares.⁶⁶ O tratamento passa, portanto, por modificar os pensamentos distorcidos sobre o peso, sobre a imagem corporal e sobre os alimentos, pensamentos estes que influenciam negativamente a autoestima. Ainda a fim de diminuir os episódios de compulsão alimentar, são incluídas técnicas terapêuticas que ajudam na modificação e normalização dos padrões alimentares, motivando a implementação de refeições e lanches regulares e saudáveis e que incluam os alimentos até então evitados.^{66 82}

A eficácia deste tratamento a longo prazo em adultos, foi comprovada em vários estudos, com taxas de remissão da PIAC em torno de 50-70%.^{60 83 83,84} No entanto, esta terapia, como já referido, não é tão eficaz na redução do índice de massa corporal como a terapia comportamental de perda de peso.⁸³

A terapia cognitivo-comportamental tem-se mostrado promissora no tratamento de PIAC em adolescentes.^{82 85 86 77} No entanto, dadas as características particulares desta faixa etária, é necessário proceder a uma adaptação das técnicas terapêuticas de modo a atingir melhores resultados. É importante ter em conta a maturação cognitiva de cada adolescente e as limitações do raciocínio abstrato, sendo relevante incorporar exemplos com cenários da vida quotidiana do adolescente e exemplos concretos usando linguagem adequada. É necessário educar os adolescentes no que diz respeito à alimentação e informar sobre as consequências negativas das restrições alimentares e da evicção de alimentos. Deve ser incentivada a realização de refeições e lanches regulares, não saltar refeições e monitorizar as circunstâncias em que ocorre a ingestão alimentar. O foco em técnicas de auto monitorização é também essencial, sendo geralmente utilizados diários para registo dos episódios de compulsão alimentar, dos alimentos ingeridos, dos pensamentos associados e do peso. É ainda, fundamental aumentar a motivação dos adolescentes para o tratamento, de forma autónoma, uma vez que na maioria dos casos são os pais que procuram tratamento.^{69 86}

O tratamento pode ser dividido em 3 fases. A primeira fase, fase motivacional, tem como objetivo informar e educar os pacientes sobre a doença e identificar os fatores desencadeantes e de manutenção da doença. São adotadas estratégias comportamentais como auto monitorização e registo do comportamento alimentar, para que os pacientes possam identificar os problemas da

sua alimentação, aumentando assim a sua consciencialização. A segunda fase, fase de tratamento intensivo, incide na educação sobre nutrição, comportamentos alimentares saudáveis e atividade física, bem como na reestruturação cognitiva. São utilizadas técnicas para o paciente aprender a identificar e modificar os pensamentos distorcidos sobre o peso, de modo a estabelecer uma imagem corporal positiva e manutenção do peso. Ainda nesta fase, procede-se à identificação e tratamento de patologias e comorbilidades associadas, nomeadamente stress, ansiedade, problemas de identidade e dificuldade em regular emoções. A terceira fase, fase de autogestão, tem como objetivo a manutenção dos novos hábitos e a prevenção de recaídas. É realizado um acompanhamento do progresso, com identificação de situações e sinais de risco para recaídas, e elaboração de um plano de emergência.⁶⁹

Dalle Grave et al, realizaram um estudo que demonstrou a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em adolescentes entre os 13 e os 19 anos com PIAC, bulimia nervosa e outras perturbações alimentares, tendo-se verificado uma melhoria substancial na redução dos episódios de compulsão alimentar, dos comportamentos compensatórios e da psicopatologia associada.⁸⁵

Um estudo realizado por DeBar LL et, com 8 sessões de terapia cognitivo-comportamental, mostrou eficácia deste tratamento na eliminação dos episódios de compulsão alimentar, após 6 meses de acompanhamento, em 26 adolescentes do sexo feminino, entre os 12 e os 18 anos de idade com PIAC, em comparação com o grupo de controlo, tendo-se obtido uma taxa de 100% de abstinência no follow-up. Além disso, verificou-se ainda uma redução significativa das preocupações relacionadas com o peso, forma corporal e alimentação, bem como uma diminuição dos sintomas depressivos. Não se verificou, no entanto, redução no índice de massa corporal. Contudo, dado o reduzido tamanho da amostra e o facto de apenas englobar adolescentes do sexo feminino e incluir episódios de compulsão alimentar não só em contexto de PIAC como também de bulimia nervosa, não permite a generalização dos resultados.⁸⁶

Hilbert et al, realizaram um estudo em 37 pacientes sexo masculino e feminino entre os 12 e os 20 anos de idade, com diagnóstico de PIAC adaptado para a idade, que realizaram terapia cognitivo-comportamental comparativamente a um grupo de controlo de 36 adolescentes a realizar terapia comportamental de perda de peso. Verificou-se maior taxa de abstinência dos episódios de compulsão alimentar (51 VS 33%), maior remissão da patologia (57 VS 33%) e uma maior diminuição da psicopatologia associada nos pacientes que realizaram terapia cognitivo-comportamental. No entanto, não houve diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito à diminuição da depressão, do índice de massa corporal, da autoestima e da qualidade de vida. A longo prazo, os episódios de compulsão alimentar permaneceram significativamente reduzidos ao longo do acompanhamento aos 6, 12 e 24 meses. Estes resultados comprovam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental na redução da sintomatologia da PIAC a longo prazo.

Não houve redução significativa do índice de massa corporal, mas o peso manteve-se ao longo do acompanhamento de 24 meses, o que sugere que a terapia cognitivo-comportamental previne o ganho excessivo de peso.⁷⁷

A utilização de tecnologias, nomeadamente acesso a computador e internet, permite amplificar o acesso ao tratamento.⁸⁷ Jones et al investigaram a eficácia de um programa de intervenção online de terapia cognitivo-comportamental de autoajuda, durante 16 semanas, aplicado a 105 adolescentes entre os 14 e os 16 anos, em risco de excesso de peso, ou seja, com IMC maior ou igual ao percentil 85 e que apresentavam episódios de compulsão alimentar pelo menos uma vez por semana nos últimos 3 meses.⁸² Este programa incorporou técnicas cognitivo-comportamentais do manual de autoajuda para PIAC de Fairburn “Overcoming Binge Eating” e intervenções de comportamentais de perda de peso.⁸⁸ Os resultados mostraram redução do IMC, redução dos episódios de compulsão alimentar tanto objetivos como subjetivos, e redução das preocupações com peso e forma corporal.⁸² Os resultados sugerem que as intervenções online são eficazes na redução dos episódios de compulsão alimentar bem como na perda de peso a curto prazo e na manutenção do peso a longo prazo.⁸² As intervenções comportamentais tradicionais de controlo de peso exigem investimento em recursos e podem ser caras, o que limita a sua acessibilidade. Assim, o uso de intervenções online é bastante vantajoso, permitindo maior acessibilidade a um maior número de jovens, pois apresenta custos mais reduzidos, menos restrições de tempo e menos dificuldade de transporte, o que poderia diminuir a adesão ao tratamento por parte dos jovens. Permite também preservar a privacidade do jovem o que é um aspeto muito importante, devido ao sentimento de vergonha que é bastante comum.⁸²

5.3. Psicoterapia interpessoal

O modelo interpessoal defende que os problemas interpessoais ou sociais contribuem para o desenvolvimento de sintomas psicológicos negativos, com diminuição da autoestima, disforia, isolamento, défices de habilidades interpessoais e insatisfação com as relações interpessoais, o que leva ao desenvolvimento e manutenção dos episódios de compulsão alimentar.⁸⁹

Efetivamente, as crianças e adolescentes são bastante influenciados pelas relações familiares e relações entre colegas e amigos. Nesta faixa etária é evidente a preocupação com o que os outros pensam sobre si e sobre a sua aparência, bem como a necessidade constante de se sentirem aprovados pelos pais e colegas, o que vai influenciar negativamente a sua autoestima⁹⁰. De facto, a psicoterapia interpessoal apresenta um papel de elevada relevância particularmente em adolescentes obesos ou em risco de excesso de peso, dado que os jovens com maior massa corporal

são mais frequentemente alvo de críticas e comentários negativos por parte dos colegas, levando a rejeições, isolamento social e baixa autoestima.⁹¹

A psicoterapia interpessoal foi inicialmente desenvolvida por Klerman e colegas para o tratamento da depressão em adultos, e posteriormente foi adaptada por Wilfley para o tratamento da perturbação alimentar compulsiva.^{92 93} É dividida em 3 fases e tem como objetivo a identificação e resolução de problemas interpessoais em quatro domínios principais nomeadamente, luto, transição de papéis, conflitos interpessoais e défices interpessoais.⁸⁹

A primeira fase engloba a realização de uma revisão cronológica dos eventos significativos da vida do paciente a fim de identificar áreas de funcionamento social associadas ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas psicológicos negativos. Os quatro domínios problemáticos abordados neste tratamento incluem o luto, em que os sintomas de compulsão alimentar surgem face à perda de um ente querido ou fim de um relacionamento; transição de papéis, em que os episódios alimentares compulsivos se associam a uma mudança nos papéis desempenhados pelo indivíduo (por exemplo, entrar no colégio ou faculdade, saída da casa dos pais); conflitos interpessoais, entre o indivíduo com PIAC e outras pessoas importantes na sua vida (pais e outros familiares, amigos próximos e colegas); défices interpessoais, em que as alterações do comportamento alimentar surgem em contexto de um ambiente social empobrecido, com história de isolamento, relações difíceis ou incapacidade de formar ou manter relações próximas estáveis.^{89 90}

Depois de identificar os problemas interpessoais, a segunda fase do tratamento tem como objetivo ajudar o paciente a realizar mudanças interpessoais nas áreas específicas identificadas e desenvolver estratégias para manter o paciente motivado ao longo do tratamento até serem atingidas as metas preconizadas. Na última fase, é realizada uma revisão do progresso do paciente, de forma a fomentar sentimentos de realização e competência. São delineadas metas e planos para executar após o fim do tratamento e são exploradas formas de lidar com futuras dificuldades interpessoais e recaídas.^{61,89}

Vários estudos demonstraram a eficácia da psicoterapia interpessoal no tratamento da PIAC em adultos, a curto e longo prazo.^{61,93 94 95} Dois estudos realizados por Wilfley et al, demonstraram que a psicoterapia interpessoal apresentou resultados comparáveis com a terapia cognitivo-comportamental no tratamento desta patologia, verificando-se uma redução significativa nos episódios de compulsão alimentar em comparação com um grupo de controlo.^{93,94}

Um estudo realizado por Wilson et al, comparou a eficácia da terapia interpessoal, da terapia cognitivo-comportamental e da terapia comportamental de perda de peso, tendo revelado taxas mais elevadas de remissão da compulsão alimentar após 2 anos de follow-up, nos adultos tratados com psicoterapia interpessoal e terapia cognitivo-comportamental. Este estudo revelou

ainda, uma maior eficácia da terapia interpessoal comparativamente com os restantes tratamentos, na melhoria sintomática em indivíduos com baixa autoestima e elevada psicopatologia associada à doença.⁶¹

Até à data apenas dois estudos foram realizados para investigar a eficácia da terapia interpessoal em adolescentes. Tanofsky-Kraff et al, avaliaram um grupo de 38 adolescentes entre os 12 e 17 anos de idade, do sexo feminino com IMC entre o P75 e P97 (portanto, em risco de desenvolver obesidade na idade adulta), 20 das quais apresentavam perda de controlo sobre a alimentação, que foram submetidas a um tratamento com psicoterapia interpessoal, comparativamente a um grupo de adolescentes tratados apenas com técnicas de educação para a saúde. De entre as adolescentes que apresentavam perda de controlo sobre a alimentação, o estudo revelou que aqueles que foram tratados com psicoterapia interpessoal tiveram melhores resultados na redução da perda de controlo alimentar em 6 meses de acompanhamento e na redução do IMC após um ano de tratamento.⁹⁶ Estes resultados foram replicados, pelos mesmos autores, numa amostra maior de 113 adolescentes do sexo feminino com IMC entre o P75 e P97 e com episódios de perda de controlo alimentar, submetidas a tratamento com psicoterapia interpessoal, em comparação com um grupo de controlo de adolescentes tratadas com técnicas de educação para a saúde. Ambos os grupos demonstraram diminuição do IMC e da adiposidade, diminuição da perda de controlo sobre a alimentação e diminuição da ansiedade e de sintomatologia depressiva. O grupo de adolescentes tratadas com psicoterapia interpessoal revelou uma redução significativa dos episódios de compulsão alimentar objetivada, em 12 meses de acompanhamento após tratamento.⁹⁷

5.4. Terapia comportamental dialética

A terapia comportamental dialética foi originalmente desenvolvida por Marsha Linehan (1993a, 1993b) como um tratamento para a Perturbação da Personalidade Borderline.⁹⁸ Posteriormente foi adaptada para a perturbação de ingestão alimentar compulsiva por Telch CF.⁶²

A terapia comportamental dialética tem como princípio que a compulsão alimentar surge como uma tentativa comportamental de mudar, controlar ou evitar estados emocionais indesejados e avaliações negativas acerca de si próprios.⁷⁸ Esta terapia não se focaliza diretamente nos episódios de compulsão alimentar, mas sim nos estados emocionais que antecedem ou seguem esse episódio. O stress no trabalho, ansiedade, solidão, conflitos com amigos ou familiares, insatisfação com a imagem corporal, provocam emoções negativas que influenciam negativamente os padrões alimentares.

O indivíduo que não é capaz de regular as suas emoções, utiliza a compulsão alimentar como uma forma de desviar a atenção das emoções sentidas, concentrando-se em questões concretas relacionadas com a comida - sabor, textura, forma dos alimentos. Os indivíduos referem um alívio e uma sensação reconfortante durante o episódio de compulsão alimentar, que é utilizado como uma forma de contrabalançar as emoções desagradáveis que está a sentir no momento. ^{78 62}

Este tratamento tem como objetivo identificar os estados emocionais indesejados que levam à compulsão alimentar, incidindo nas dificuldades em lidar com as próprias emoções, e adotando estratégias para promover a capacidade de reconhecer, controlar e tolerar as emoções e identificar os fatores internos e externos que as desencadeiam. ^{78 66}

Nas sessões iniciais do tratamento, os indivíduos aprendem a identificar as emoções que desencadeiam os episódios de ingestão alimentar compulsiva e quais os aspetos que o tornam mais vulnerável. Os pacientes são ainda solicitados a realizar uma lista de comportamentos ou atividades que considerem agradáveis, para substituir os comportamentos alimentares problemáticos. Nas sessões seguintes são instruídas técnicas de *mindfulness*, habilidades de regulação emocional e técnicas de tolerância ao sofrimento. As sessões finais são dedicadas à revisão do progresso do paciente e prevenção de recaídas. Ao longo de todo o tratamento são utilizados registos diários das experiências emocionais, dos episódios de compulsão alimentar e prática das técnicas de terapia comportamental dialética. ^{78 99}

As técnicas de *mindfulness* permitem direcionar o foco mais para o momento presente e menos para os pensamentos, aumentando a capacidade do indivíduo vivenciar as emoções sem julgamentos, sem tentar controlar ou alterar o momento presente e sem preocupações sobre ações futuras, concentrando-se apenas no momento presente. O indivíduo deve ser capaz de observar, descrever e vivenciar momentos sem julgar as suas emoções e impulsos. O julgamento crítico tende a ser associado a reações emocionais secundárias, nomeadamente sentimentos de culpa ou vergonha, que por sua vez intensificam e agravam os sentimentos já existentes. Este tratamento pretende ajudar os pacientes a atingir uma postura aberta e recetiva das emoções em vez de evitá-las, aceitando os pensamentos negativos relativos à alimentação, peso e forma corporal ^{78 99}. Foram realizados estudos para verificar a eficácia da aplicação de técnicas de *mindfulness* a adolescentes com perturbações alimentares, que revelaram uma diminuição dos episódios de compulsão alimentar, de ingestão alimentar na ausência de fome, redução das preocupações com o peso e forma corporal e de psicopatologia associada. ¹⁰⁰

As técnicas de regulação emocional têm como principais objetivos instruir o paciente sobre a forma como as emoções funcionam, diminuir a intensidade, duração e frequência de estados emocionais negativos, construir experiências emocionais positivas e aumentar a capacidade de alterar a experiência emocional, agindo de forma oposta à emoção atual. Com esta técnica

pretende-se, ainda, diminuir a vulnerabilidade a emoções negativas, diminuindo fatores de risco como uso de drogas, elevados níveis de stress, hábitos de sono irregulares, etc. ^{78 99}

As técnicas de tolerância ao sofrimento procuram ensinar estratégias eficazes para tolerar sentimentos e emoções desconfortáveis (stress, ansiedade, angústia, raiva, tristeza, medo, tédio) sem recorrer a respostas inadequadas como a compulsão alimentar. São implementadas técnicas cognitivas e comportamentais com o objetivo de desviar temporariamente a atenção de momentos ou situações dolorosas, de forma a tolerar ou atenuar o sofrimento vivenciado. Por exemplo, através de técnicas de distração, com realização de atividades agradáveis e prática de exercício físico; estratégias auto-calmantes, recorrendo a exercícios de respiração ou outras atividades que transmitam serenidade; aprender a avaliar as vantagens e desvantagens de tolerar e não tolerar o sofrimento atual. ^{62 78 99}

Num estudo realizado por Telch et al em mulheres com PIAC verificou-se remissão dos episódios de compulsão alimentar em 89% dos participantes, no fim do tratamento, contudo, após 6 meses de follow-up a taxa de remissão desceu para 56%. Não se verificou, no entanto, ao longo do tratamento, uma redução significativa no índice de massa corporal. ¹⁰¹ Num outro estudo realizado por Safer et al em mulheres e homens com PIAC observou-se uma taxa de remissão, no final do tratamento, de 64% que se manteve constante até 12 meses de follow-up. ⁶²

Tal como nas restantes terapias já referidas existem poucos estudos relativos à aplicação da terapia comportamental dialética em crianças e adolescentes. Safer et al, descreveram algumas adaptações específicas deste tratamento para adolescentes com PIAC, nomeadamente inclusão de sessões familiares, ajudar os pacientes a implementar habilidades de tolerância ao sofrimento que envolvam os pais, irmãos e amigos, uso de definições mais simples e menos abstratas para transmitir os conceitos de *mindfulness*. Safer et al consideram essencial envolver os pais no tratamento de forma a ser possível abordar questões relativas à ansiedade sentida face às expectativas dos pais. Além disso, os pais têm o papel de apoiar os filhos no processo de aplicação daquilo que aprenderam na terapia para o seu cotidiano e ajudar a lidar com os sentimentos e comportamentos de forma eficaz. Safer et al colocaram em prática estas adaptações do tratamento através de um caso clínico ilustrativo de uma adolescente de 16 anos com PIAC que realizou tratamento com terapia comportamental dialética adaptada, tendo demonstrado redução significativa dos episódios de compulsão alimentar, com abstinência aos 3 meses de follow-up. Apesar de ser um estudo limitado, dado se tratar apenas de um caso controlo, a sua análise forneceu um suporte preliminar para a eficácia da terapia comportamental dialética adaptada a adolescentes no tratamento da PIAC, e da importância da adição de sessões familiares. ⁹⁹

Mazzeo et al, realizaram um estudo com 45 adolescentes do sexo feminino, entre os 13 e os 17 anos, com ingestão alimentar compulsiva e perda de controlo sobre a alimentação,

comparando a eficácia da terapia comportamental dialética com um grupo de controlo a realizar tratamento comportamental de perda de peso. Verificou-se uma diminuição dos sintomas de compulsão alimentar, com significativa redução na preocupação relativa à alimentação e forma corporal e redução das emoções negativas em ambos os grupos, sem diferenças significativas.¹⁰²

5.5. Terapia farmacológica

As técnicas de psicoterapia apresentam melhores resultados na redução dos sintomas e na psicopatologia associada, e são por isso, consideradas primeira linha no tratamento da PIAC, principalmente se os sinais e sintomas forem leves e não houver comorbilidades psiquiátricas clinicamente significativas. No entanto, no caso de sintomas moderados ou graves, pode ser considerado o uso de terapia farmacológica, em monoterapia ou associada a outras intervenções psicoterapêuticas.^{103 104}

Em adultos foram estudadas várias classes de fármacos, nomeadamente antidepressivos, anticonvulsivantes, fármacos aprovados para a perturbação do défice de atenção e hiperatividade e fármacos para perda ponderal.¹⁰⁵

Os antidepressivos tricíclicos, nomeadamente imipramina e desipramina, são eficazes na redução dos episódios de compulsão alimentar e de sintomatologia depressiva, no entanto, não demonstraram redução significativa do peso corporal. Devido aos seus efeitos colaterais, os antidepressivos tricíclicos apenas são indicados como tratamento de segunda linha em adultos, se a psicoterapia for ineficaz ou não estiver disponível.¹⁰⁶ Os fármacos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (fluoxetina, sertralina, fluvoxamina e citalopram) são bem tolerados e reduzem a frequência dos episódios de compulsão alimentar e comorbilidades associadas, no entanto, têm efeito limitado na perda de peso.^{83 106} Na população adolescente, apenas foi realizado um estudo sobre a eficácia da fluoxetina (dose 60 mg/dia) durante 8 semanas em adolescentes dos 12 aos 18 anos, com bulimia nervosa, tendo-se verificado redução nos episódios de compulsão alimentar e dos comportamentos compensatórios purgativos.¹⁰⁷ Dada a semelhança da PIAC com a bulimia nervosa em termos de ocorrência de episódios de ingestão alimentar compulsiva, seria relevante avaliar a eficácia da fluoxetina, de igual forma, no tratamento da PIAC em adolescentes.

O orlistat, inibidor da lipase pancreática, é um fármaco usado para perda ponderal, que se revelou também eficaz na redução dos comportamentos alimentares compulsivos.^{104 108} Este fármaco não foi estudado em adolescentes com PIAC, mas foram realizados estudos em adolescentes com obesidade, tendo demonstrado eficácia na redução do peso e é aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento da obesidade em adolescentes.¹⁰⁶

Estudos demonstraram ainda a eficácia dos anticonvulsivantes (topiramato e zonisamida), na supressão dos episódios de compulsão alimentar e na perda de peso em adultos obesos. No entanto, o seu uso é limitado devido aos seus efeitos laterais, essencialmente fadiga e comprometimento cognitivo.^{106 109 110 111} Não foram realizados estudos em crianças ou adolescentes.

Em 2015 o dimesilato de lisdexanfetamina foi aprovado pela FDA para o tratamento da PIAC moderada a grave em adultos, sendo eficaz na redução do número de episódios de compulsão alimentar e na perda de peso. Este fármaco é também utilizado no tratamento da perturbação do défice de atenção e hiperatividade em adultos e também em adolescentes.^{104 112} A eficácia do dimesilato de lisdexanfetamina no tratamento da PIAC em adolescentes foi avaliada num estudo retrospectivo de 25 pacientes dos 12 aos 19 anos. 15 dos participantes relataram melhoria da sintomatologia de PIAC após o tratamento e a medicação foi bem tolerada. No entanto, não houve redução significativa do IMC.¹¹² Será necessário realizar mais estudos para comprovar a sua eficácia, tolerabilidade e segurança nesta faixa etária.

Um estudo recente realizado em 33 adolescentes entre os 12 e os 19 anos, demonstrou a eficácia da naltrexona (50mg/dia), um antagonista opioide, no tratamento da compulsão alimentar e de comportamentos purgativos, e revelou ser segura e bem tolerada.¹¹³ Deverão, portanto, ser realizados estudos que incidam especificamente em adolescentes com PIAC para avaliar a resposta a nível dos episódios de compulsão alimentar. A realização de mais estudos é essencial também para confirmar a eficácia da naltrexona prospectivamente.

Não há, portanto, evidências suficientes para recomendar a utilização de farmacoterapia em crianças e adolescentes com PIAC.¹¹⁴

6. Conclusão

A perturbação de ingestão alimentar compulsiva é uma doença comum em crianças e adolescentes e representa uma das condições clínicas mais problemáticas desta faixa etária, apresentando repercussões no desenvolvimento, saúde física, cognitiva e psicossocial. Existem ainda, várias questões relativas a esta patologia nesta faixa etária, essencialmente no que diz respeito à etiologia e à adaptação dos critérios de diagnóstico e do tratamento, pelo que, é fundamental a realização de mais estudos que permitam aumentar o conhecimento acerca da doença.

A terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia interpessoal, a terapia comportamental dialética bem como a terapia farmacológica revelaram-se eficazes no tratamento da perturbação de ingestão alimentar compulsiva em adultos. Estas intervenções terapêuticas têm vindo a ser adaptadas para o tratamento em populações mais jovens. De facto, a terapia cognitivo-comportamental tem-se mostrado promissora no tratamento de PIAC em adolescentes, demonstrando eficácia na diminuição dos episódios de compulsão alimentar, e da psicopatologia associada com diminuição significativa das preocupações relacionadas com o peso e forma corporal, bem como uma diminuição dos sintomas depressivos. O recurso a técnicas de intervenção online revelou também resultados positivos, sendo bastante vantajoso uma vez que possibilita uma maior acessibilidade a um maior número de jovens e permite preservar a privacidade, o que é um aspeto muito importante devido ao sentimento de vergonha que é comumente manifestado.

A psicoterapia interpessoal revelou ser eficaz na diminuição dos episódios de perda de controlo alimentar em adolescentes. Contudo, quando comparada com um grupo de tratamento de técnicas de educação para a saúde, a redução do IMC, ansiedade e sintomatologia depressiva foi idêntica em ambos os grupos.

A terapia comportamental dialética demonstrou redução significativa dos episódios de compulsão alimentar num estudo de caso clínico de uma adolescente. No entanto, num outro estudo realizado, esta terapia não demonstrou ser mais eficaz do que a terapia comportamental de perda de peso.

Até ao momento não há evidências suficientes para recomendar a utilização de farmacoterapia em crianças e adolescentes como primeira linha. O dimesilato de lisdexanfetamina, aprovado para o tratamento da perturbação do défice de atenção e hiperatividade em adolescentes, revelou ser eficaz na redução da sintomatologia associada à PIAC, e foi bem tolerado nesta faixa etária. No entanto, a realização de mais estudos é essencial para comprovar a sua eficácia e segurança. A naltrexona demonstrou resultados positivos no tratamento da compulsão

alimentar e de comportamentos purgativos, mas carece, de igual forma, de mais estudos que provem a sua eficácia. Relativamente aos antidepressivos, apenas a fluoxetina foi avaliada em adolescentes com bulimia nervosa, obtendo-se um resultado positivo, sendo, por isso, relevante a realização de estudos em adolescentes com PIAC. O orlistat demonstrou eficácia na redução do peso em adolescentes obesos.

Em suma, existem ainda poucos estudos que comprovem a eficácia das diversas terapias em populações mais jovens. Além disso, a grande maioria desses estudos, incidiram maioritariamente em adolescentes do sexo feminino e em amostras de pequeno tamanho e intervalos de acompanhamento relativamente curtos. É por isso, necessário realizar mais estudos, nomeadamente estudos longitudinais de longo prazo, em amostras maiores, que envolvam ambos os sexos, para comprovar a eficácia e adequação destes tratamentos para adolescentes e crianças com PIAC, e quais os benefícios clínicos ao longo do tempo. Por outro lado, todos os estudos realizados envolveram apenas adolescentes, com intervalo de idades entre os 12 e os 20 anos, pelo que é de igual forma importante realizar estudos em crianças de idades mais baixas.

São também necessários estudos que comparem as diferentes intervenções terapêuticas de forma a compreender quais as mais eficazes e com melhores resultados a longo prazo.

7. Referências

1. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev.* 2010;18(2):79-89.
2. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):406-414.
3. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. Early onset binge eating and purging eating disorders: course and outcome in a population-based study of adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41(7):1083-1096.
4. Gondoli DM, Corning AF, Salafia EH, Bucchianeri MM, Fitzsimmons EE. Heterosocial involvement, peer pressure for thinness, and body dissatisfaction among young adolescent girls. *Body Image.* 2011;8(2):143-148.
5. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q.* 1959;33:284-295.
6. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM.* Third Edition ed. Washington D/C, 1980.
7. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM.* Fourth Edition ed. Washington D/C, 1994.
8. Chao A. Binge eating in obese adolescents: an evolutionary concept analysis. *Nurs Forum.* 2014;49(3):189-199.
9. association Ap. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM.* Fifth Edition ed. Washington D/C, 2013.
10. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* 2013;73(9):904-914.
11. Mustelin L, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *Int J Eat Disord.* 2015;48(8):1106-1112.
12. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol.* 2013;122(2):445-457.
13. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord.* 2014;47(6):610-619.
14. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(3):587-597.
15. Decaluwé V, Braet C. Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(3):404-409.
16. Kjelsås E, Bjørnstrøm C, Gøtestam KG. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behav.* 2004;5(1):13-25.
17. Ackard DM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *Int J Eat Disord.* 2007;40(5):409-417.
18. Lee-Winn AE, Reinblatt SP, Mojtabai R, Mendelson T. Gender and racial/ethnic differences in binge eating symptoms in a nationally representative sample of adolescents in the United States. *Eat Behav.* 2016;22:27-33.
19. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2013;122(3):720-732.

20. Sonneville KR, Horton NJ, Micali N, et al. Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA Pediatr.* 2013;167(2):149-155.
21. Field AE, Sonneville KR, Micali N, et al. Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics.* 2012;130(2):e289-295.
22. Croll J, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *J Adolesc Health.* 2002;31(2):166-175.
23. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):714-723.
24. Masheb RM, Grilo CM. Binge eating disorder: a need for additional diagnostic criteria. *Compr Psychiatry.* 2000;41(3):159-162.
25. Wilfley DE, Bishop ME, Wilson GT, Agras WS. Classification of eating disorders: toward DSM-V. *Int J Eat Disord.* 2007;40 Suppl:S123-129.
26. Wilson GT, Sysko R. Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *Int J Eat Disord.* 2009;42(7):603-610.
27. Grilo CM, Ivezaj V, White MA. Evaluation of the DSM-5 severity indicator for binge eating disorder in a clinical sample. *Behav Res Ther.* 2015;71:110-114.
28. Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Wilfley DE, Marmarosh C, Morgan CM, Yanovski JA. Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(1):53-61.
29. Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Schvey NA, Olsen CH, Gustafson J, Yanovski JA. A prospective study of loss of control eating for body weight gain in children at high risk for adult obesity. *Int J Eat Disord.* 2009;42(1):26-30.
30. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2015;24(1):177-196.
31. Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disord.* 2003;34 Suppl:S47-57.
32. Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Elliott C, et al. Salience of loss of control for pediatric binge episodes: does size really matter? *Int J Eat Disord.* 2010;43(8):707-716.
33. Tanofsky-Kraff M, Marcus MD, Yanovski SZ, Yanovski JA. Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eat Behav.* 2008;9(3):360-365.
34. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics.* 2003;111(1):67-74.
35. Villarejo C, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, et al. Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(3):250-254.
36. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(8):746-751.
37. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes (Lond).* 2007;31(11):1722-1730.
38. Johnson JG, Cohen P, Kotler L, Kasen S, Brook JS. Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(5):1119-1128.

39. Skinner HH, Haines J, Austin SB, Field AE. A prospective study of overeating, binge eating, and depressive symptoms among adolescent and young adult women. *J Adolesc Health*. 2012;50(5):478-483.
40. Javaras KN, Laird NM, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Pope HG, Jr., Hudson JI. Familiality and heritability of binge eating disorder: results of a case-control family study and a twin study. *Int J Eat Disord*. 2008;41(2):174-179.
41. Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, Stein A. The children of mothers with eating disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2002;5(1):1-19.
42. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(5):425-432.
43. Elliott CA, Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, et al. An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behav Res Ther*. 2010;48(5):424-428.
44. Czaja J, Rief W, Hilbert A. Emotion regulation and binge eating in children. *Int J Eat Disord*. 2009;42(4):356-362.
45. Ranzenhofer LM, Hannallah L, Field SE, et al. Pre-meal affective state and laboratory test meal intake in adolescent girls with loss of control eating. *Appetite*. 2013;68:30-37.
46. Schulz S, Laessle RG. Associations of negative affect and eating behaviour in obese women with and without binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2010;15(4):e287-293.
47. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychol*. 2002;21(2):131-138.
48. Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(7):1004-1011.
49. Sonnevile KR, Grilo CM, Richmond TK, et al. Prospective association between overvaluation of weight and binge eating among overweight adolescent girls. *J Adolesc Health*. 2015;56(1):25-29.
50. Stice E, Agras WS, Hammer LD. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *Int J Eat Disord*. 1999;25(4):375-387.
51. Balantekin KN, Birch LL, Savage JS. Eating in the absence of hunger during childhood predicts self-reported binge eating in adolescence. *Eat Behav*. 2017;24:7-10.
52. Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Olsen C, et al. A prospective study of pediatric loss of control eating and psychological outcomes. *J Abnorm Psychol*. 2011;120(1):108-118.
53. Tanofsky-Kraff M, Ranzenhofer LM, Yanovski SZ, et al. Psychometric properties of a new questionnaire to assess eating in the absence of hunger in children and adolescents. *Appetite*. 2008;51(1):148-155.
54. Micali N, Solmi F, Horton NJ, et al. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(8):652-659.e651.
55. Micali N, Ploubidis G, De Stavola B, Simonoff E, Treasure J. Frequency and patterns of eating disorder symptoms in early adolescence. *J Adolesc Health*. 2014;54(5):574-581.
56. Pauli-Pott U, Becker K, Albayrak Ö, Hebebrand J, Pott W. Links between psychopathological symptoms and disordered eating behaviors in overweight/obese youths. *Int J Eat Disord*. 2013;46(2):156-163.
57. Ranzenhofer LM, Columbo KM, Tanofsky-Kraff M, et al. Binge eating and weight-related quality of life in obese adolescents. *Nutrients*. 2012;4(3):167-180.
58. Forrest LN, Zuromski KL, Dodd DR, Smith AR. Suicidality in adolescents and adults with binge-eating disorder: Results from the national comorbidity survey replication and adolescent supplement. *Int J Eat Disord*. 2017;50(1):40-49.
59. Canoy D, Bundred P. Obesity in children. *BMJ Clin Evid*. 2011;2011.

60. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT, Gueorguieva R, White MA. Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(5):675-685.
61. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(1):94-101.
62. 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):106-120.
63. Goldschmidt AB, Wall MM, Loth KA, Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. The course of binge eating from adolescence to young adulthood. *Health Psychol*. 2014;33(5):457-460.
64. Ali K, Fassnacht DB, Farrer L, et al. What prevents young adults from seeking help? Barriers toward help-seeking for eating disorder symptomatology. *Int J Eat Disord*. 2020;53(6):894-906.
65. Griffiths S, Rossell SL, Mitchison D, Murray SB, Mond JM. Pathways into treatment for eating disorders: A quantitative examination of treatment barriers and treatment attitudes. *Eat Disord*. 2018;26(6):556-574.
66. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2016;101(12):1168-1175.
67. Park MH, Falconer C, Viner RM, Kinra S. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obes Rev*. 2012;13(11):985-1000.
68. Kalarchian MA, Marcus MD. Psychiatric comorbidity of childhood obesity. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(3):241-246.
69. Hilbert A. Cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder in adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14:312.
70. Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ. Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obes Res*. 2004;12 Suppl:151s-162s.
71. da Luz FQ, Hay P, Touyz S, Sainsbury A. Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*. 2018;10(7).
72. Reiter CS, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(2):122-136.
73. Carlisle LK, Gordon ST, Sothorn MS. Can obesity prevention work for our children? *J La State Med Soc*. 2005;157 Spec No 1:S34-41.
74. Viner R, Bryant-Waugh R, Nicholls D, Christie D. Childhood obesity. Aim should be weight maintenance, not loss. *Bmj*. 2000;320(7246):1401; author reply 1402-1403.
75. Munsch S, Biedert E, Meyer A, et al. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2007;40(2):102-113.
76. Grilo CM, Masheb RM. A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behav Res Ther*. 2005;43(11):1509-1525.
77. Hilbert A, Petroff D, Neuhaus P, Schmidt R. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents with an Age-Adapted Diagnosis of Binge-Eating Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*. 2020;89(1):51-53.
78. Wisner S, Telch CF. Dialectical behavior therapy for Binge-Eating Disorder. *J Clin Psychol*. 1999;55(6):755-768.
79. Agras WS. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(2):169-179.
80. Cooper Z, Fairburn CG. The Evolution of "Enhanced" Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. *Cogn Behav Pract*. 2011;18(3):394-402.
81. Davis LE, Attia E. Recent advances in therapies for eating disorders. *F1000Res*. 2019;8.

82. Jones M, Luce KH, Osborne MI, et al. Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. *Pediatrics*. 2008;121(3):453-462.
83. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry*. 2005;57(3):301-309.
84. Grilo CM, Masheb RM, Crosby RD. Predictors and moderators of response to cognitive behavioral therapy and medication for the treatment of binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(5):897-906.
85. Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M, Fairburn CG. Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behav Res Ther*. 2015;73:79-82.
86. Debar LL, Wilson GT, Yarborough BJ, et al. Cognitive Behavioral Treatment for Recurrent Binge Eating in Adolescent Girls: A Pilot Trial. *Cogn Behav Pract*. 2013;20(2):147-161.
87. Agras WS, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE. Evolution of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Behav Res Ther*. 2017;88:26-36.
88. Fairburn CG. *Overcoming Binge Eating*. First Edition ed. The Guilford Press, 1995.
89. Karam AM, Fitzsimmons-Craft EE, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Interpersonal Psychotherapy and the Treatment of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(2):205-218.
90. Rieger E, Van Buren DJ, Bishop M, Tanofsky-Kraff M, Welch R, Wilfley DE. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): causal pathways and treatment implications. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(4):400-410.
91. Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE, Young JF, et al. Preventing excessive weight gain in adolescents: interpersonal psychotherapy for binge eating. *Obesity (Silver Spring)*. 2007;15(6):1345-1355.
92. Klerman GL WM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. First Edition ed. New York: Basic Books, 1984.
93. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):713-721.
94. Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, et al. Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(2):296-305.
95. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry*. 2012;200(3):232-237.
96. Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE, Young JF, et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy for preventing excess weight gain in adolescent girls at-risk for obesity. *Int J Eat Disord*. 2010;43(8):701-706.
97. Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Wilfley DE, et al. Targeted prevention of excess weight gain and eating disorders in high-risk adolescent girls: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(4):1010-1018.
98. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press, 1993.
99. Safer DL, Lock J, Couturier JL. Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: a case report. *Cogn Behav Pract*. 2007;14(2):157-167.
100. Omiwole M, Richardson C, Huniewicz P, Dettmer E, Paslakis G. Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*. 2019;11(12).
101. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(6):1061-1065.

102. Mazzeo SE, Lydecker J, Harney M, et al. Development and preliminary effectiveness of an innovative treatment for binge eating in racially diverse adolescent girls. *Eat Behav.* 2016;22:199-205.
103. 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. *Int J Eat Disord.* 2010;43(3):205-217.
104. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Update on Binge Eating Disorder. *Med Clin North Am.* 2019;103(4):669-680.
105. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, Munoz MR, Keck PE. Overview of the treatment of binge eating disorder. *CNS Spectr.* 2015;20(6):546-556.
106. van den Heuvel LL, Jordaan GP. The psychopharmacological management of eating disorders in children and adolescents. *J Child Adolesc Ment Health.* 2014;26(2):125-137.
107. Kotler LA, Devlin MJ, Davies M, Walsh BT. An open trial of fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003;13(3):329-335.
108. Golay A, Laurent-Jaccard A, Habicht F, et al. Effect of orlistat in obese patients with binge eating disorder. *Obes Res.* 2005;13(10):1701-1708.
109. Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2011;12(6):400-443.
110. Mitchell JE, Roerig J, Steffen K. Biological therapies for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2013;46(5):470-477.
111. McElroy SL, Kotwal R, Guerdjikova AI, et al. Zonisamide in the treatment of binge eating disorder with obesity: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(12):1897-1906.
112. Guerdjikova AI, Blom TJ, Mori N, et al. Lisdexamfetamine in Pediatric Binge Eating Disorder: A Retrospective Chart Review. *Clin Neuropharmacol.* 2019;42(6):214-216.
113. Stancil SL, Adelman W, Dietz A, Abdel-Rahman S. Naltrexone Reduces Binge Eating and Purging in Adolescents in an Eating Disorder Program. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2019;29(9):721-724.
114. Couturier J, Isserlin L, Spettigue W, Norris M. Psychotropic Medication for Children and Adolescents with Eating Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019;28(4):583-592.