

ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA/NARRATIVE REVIEW ARTICLE

Como Parar de Devorar os Problemas? Estado de Arte sobre as Intervenções na Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

How to Stop From Eating Problems? State of the Art Regarding Intervention in Binge Eating Disorder

✉ CATARINA CORDEIRO*^{1,2}, ✉ RODRIGO SARAIVA^{1,2}, ✉ BEATRIZ CÔRTE-REAL^{1,2}, ✉ MANUEL CARVALHO¹

¹ Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

² Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Resumo

As perturbações do comportamento alimentar são incapacitantes, mortais e acarretam um custo elevado para as sociedades. Apesar do enorme impacto, existem poucas alternativas terapêuticas disponíveis, com psicofármacos a serem prescritos *off-label* e a psicoterapia cognitivo-comportamental indicada como primeira linha de tratamento. O objetivo deste trabalho recai sobre um levantamento da evidência científica sobre as estratégias terapêuticas, com especial foco na psicoterapia cognitivo comportamental e perturbação da ingestão alimentar compulsiva (PIAC). Esta patologia pode ser vista como uma tentativa de controlar experiências internas negativas, tais como pensamentos, emoções dolorosas ou impulsos percebidos como incontroláveis. Para além desta característica, a investigação científica tem mostrado a importância da vergonha e autocrítica nos distúrbios alimentares. Existem várias intervenções terapêuticas tais como a psicoterapia cognitivo-comportamental (PCC), PCC melhorada, psicoterapia interpessoal, técnicas de terceira geração de PCC e psicofarmacologia. Todas elas apresentam abordagens com base em ângulos distintos. Neste sentido, é importante que os clínicos tenham conhecimento sobre as diferenças por forma a oferecerem uma intervenção mais individualizada e dirigida a cada doente.

Abstract

Eating disorders are incapacitating, mortal, and can come with high costs for society. Despite the great impact, there are very few available alternatives, psychopharmacology is used off-label, and cognitive behavioral therapy is indicated as first-line treatment.

The aim of this work is to revise the scientific evidence regarding therapeutic strategies for binge eating disorders. This disorder can be seen as a coping mechanism for negative internal experiences, such as thoughts, painful emotions, or uncontrollable urges. Besides these characteristics, studies have also shown the importance of shame and self-criticism in eating disorders.

There are several therapeutic interventions available, such as cognitive-behavioral therapy (CBT), improved CBT, interpersonal psychotherapy, CBT third generations techniques, and psychopharmacology. All of them approach the disorder in different angles. Therefore, it is important for the clinics to know about the differences between them, so they can offer a more individualized intervention.

Palavras-chave: Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva/psicologia; Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva/tratamento; Psicoterapia Cognitivo Comportamental

Recebido/Received: 2022-07-04

Aceite/Accepted: 2022-08-31

Publicado Online/Published Online: 2022-09-23

Publicado/Published: 2022-09-23

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Catarina Rodrigues Cordeiro | catarinarodriguescordeiro@gmail.com | Av. Prof. Egas Moniz MB, 1649-028 Lisboa
© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.
© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPPSM 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.
Nenhuma reutilização comercial.

Keywords: Binge-Eating Disorder/psychology; Binge-Eating Disorder/therapy ; Cognitive Behavioral Therapy

INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar são incapacitantes, mortais e acarretam um custo elevado para as sociedades. Estas perturbações têm visto um aumento nos últimos 50 anos, e a alteração da alimentação na sociedade ocidental tem sido implicada.¹

Apesar do enorme impacto, existem poucas alternativas terapêuticas disponíveis, com psicofármacos a serem prescritos *off-label* e a psicoterapia cognitivo-comportamental indicada como primeira linha de tratamento.²

As perturbações do comportamento alimentar ocorrem em todas as idades e géneros, etnias ou regiões geográficas. É certo que os adolescentes e adultos jovens estão em maior risco, particularmente de desenvolver anorexia nervosa, patologia que se desenvolve numa idade mais precoce, quando comparada com a bulimia nervosa ou a ingestão alimentar compulsiva.³ Na população adulta as patologias do espectro da ingestão alimentar compulsiva (conhecida em inglês como *binge eating disorder*) dominam os perfis clínicos.⁴ A perturbação de ingestão alimentar compulsiva (PIAC) foi apenas recentemente introduzida na quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5). Esta perturbação é caracterizada por episódios recorrentes de ingestão alimentar, superior ao que seria expectável para um adulto (por exemplo, durante duas horas), num curto período de tempo (pelo menos 1 episódio por semana), acompanhada por sensação de perda de controlo e por três ou mais dos seguintes sintomas: 1) ingestão mais rápida que o habitual, 2) comer até se sentir desagradavelmente cheio, 3) ingestão de grandes quantidades de comida embora não sinta fome, 4) comer sozinho por vergonha ou 5) culpa após o sucedido.⁵ Este distúrbio simboliza uma fonte de elevado *stress*, com menos comportamentos compensatórios relativamente à bulimia.⁶

A PIAC torna-se ainda de maior relevo quando nos deparamos com o facto da incidência da anorexia nervosa e bulimia nervosa ter diminuído nos últimos anos, enquanto se tem assistido a um aumento do número de casos desta condição.⁷ A nível global, houve um aumento de 25% das perturbações do comportamento alimentar e apenas 20% dos indivíduos procura tratamento.⁸ Por outro lado, PIAC é já a perturbação alimentar mais comum no mundo, com vários problemas de saúde pública associados.

Tendo em consideração a prevalência elevada do problema e a ausência de respostas farmacológicas eficazes e aprovadas, a psicoterapia apresenta um papel central na resolução desta questão. Desta forma, o objetivo deste trabalho recai sobre um levantamento da evidência científica sobre as psicoterapias disponíveis para o tratamento da PIAC, nomeadamente a psicoterapia cognitivo-comportamental.

DESENVOLVIMENTO

No que diz respeito à anorexia nervosa, vários estudos apontam para uma sobreposição de resultados relativamente aos diferentes modelos psicológicos. Ou seja, apesar do

desenvolvimento de tratamentos especializados, a eficácia dos tratamentos não pôde ser estabelecida. No entanto, os resultados são muitas vezes prejudicados pela má qualidade e heterogeneidade dos estudos realizados.⁹

Na PIAC, uma meta-análise compreensiva encontrou grandes efeitos da psicoterapia cognitivo comportamental (PCC), ao passo que o tratamento de autoajuda, estruturado, apresentou efeitos moderados a expressivos.¹⁰ Um outro estudo, desenvolvido por Zwaan e colegas, comparou PCC e autoajuda guiada, chegando à conclusão de que a PCC foi mais eficaz, embora mais dispendiosa, quando comparadas as duas técnicas.¹¹

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O aparecimento e manutenção da PIAC tem sido encarado como o resultado de estratégias de regulação emocional deficientes.¹² Desta forma, esta patologia pode ser vista como uma tentativa de controlar experiências internas negativas, tais como pensamentos, emoções dolorosas ou impulsos percebidos como incontroláveis.¹³ Tal situação parece ser uma característica inerente da inflexibilidade psicológica, que é definida como seguimento de regras rígidas e tentativas de controlo interno de experiências difíceis, o que leva a uma diminuição da probabilidade destes indivíduos se envolverem em ações geradoras de valor.¹⁴ De facto, a inflexibilidade psicológica tem sido associada às diferentes patologias de comportamento alimentar.¹⁵ Para além desta característica, a investigação científica tem mostrado a importância da vergonha e autocrítica¹⁶ na PIAC e na psicopatologia relacionada com os distúrbios alimentares. Uma outra característica que parece ser importante na conceptualização da PIAC é a desregulação da capacidade de sentir saciedade e fome,¹⁷ bem como a reação a sensações relacionadas com a comida.¹⁸

Os episódios de compulsão alimentar são mais limitados do que aqueles que ocorrem na bulimia nervosa, possivelmente porque não existe perda calórica por episódios purgativos. Na clínica, podemos objetivar que a PIAC está associada a aumento de peso, embora esta patologia não seja exclusiva de pessoas com excesso de peso e obesidade. A taxa de recuperação tende a ser melhor na PIAC quando comparada com a bulimia, possivelmente pelo maior impacto do efeito placebo.¹⁹

a. Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (PCC)

A PCC é uma das principais indicações terapêuticas para as perturbações do comportamento alimentar, desde logo pelo facto de a psicopatologia assentar numa sobrevalorização do corpo e forma, alterações de natureza cognitiva.¹⁶

As intervenções baseadas na PCC assentam no modelo de restrição, que defende que as preocupações com uma alimentação pouco saudável, forma e peso podem dar origem a restrição. Será esta restrição inicial que dá origem a um ciclo de restrição e compulsão alimentar.²⁰ Esta terapia tem como objetivo interromper o ciclo, abordando os pensamentos e

comportamentos desadaptativos, que funcionam como gatilhos para a compulsão alimentar e, ao invés disso, desenvolver respostas mais saudáveis e adaptativas para os mesmos.²¹ Este tipo de intervenção pode ser dividido em 4 fases. Numa primeira fase são explorados os fatores que têm influência na patologia de comportamento alimentar, é instituída uma única pesagem semanal (reforçando que as variações diárias normais não devem ter importância), é ainda pedido que realize uma automonitorização (apontar os horários de compulsão alimentar e os fatores associados) e, por fim, estabelecer um horário de refeições, reforçando a necessidade de não comer entre as refeições. A segunda fase é uma fase maioritariamente de manutenção, em que é reforçada a importância de manter aquilo que foi instituído na primeira fase, revendo o processo e ajustando o foco quando necessário. A terceira fase diz respeito à introdução de comidas ditas “proibidas”, muitas vezes relacionadas com compulsões alimentares, discussão das preocupações relacionadas com o peso e forma e abordagem dos fatores desencadeantes dos episódios de compulsão alimentar, muitas vezes relacionados com conflitos interpessoais. Por fim, na quarta fase deve ser feita uma revisão de todo o processo, abordar possíveis gatilhos para posteriores recaídas e discussão de estratégias para minimizar esse risco.²²

Tendo em conta as semelhanças entre a bulimia nervosa e a PIAC, as técnicas de PCC aplicadas à bulimia podem ser reproduzidas sem alteração no caso da PIAC. Contudo, uma vez que vários pacientes querem aliar o tratamento a uma perda de peso, é necessário ter cuidado para que não adotem dietas restritivas, mas antes, uma adaptação gradual a um estilo de vida mais saudável, que possa ser sustentável a longo prazo.²³

De acordo com uma meta-análise, a PCC revelou-se superior relativamente à psicoterapia comportamental focada na diminuição do peso.²⁴ Uma outra meta-análise, realizada em 2010, concluiu que a PCC revelou resultados positivos, quando comparada com o grupo de controlo, relativamente à compulsão alimentar, sem, no entanto, alterar o peso ou as preocupações relacionadas com o mesmo.²⁵

Tendo em conta a importância desta abordagem, tanto a American Psychological Association como o National Institute for Health and Care Excellence recomendam a PCC como primeira linha de tratamento, juntamente com a psicoterapia interpessoal e a psicoterapia comportamental dialética como alternativas potenciais.^{2,26}

b. Psicoterapia Cognitiva Comportamental Melhorada (PCCm)

Este tipo de intervenção, derivada da PCC, encontra a sua maior diferença no facto de dar uma visão transdiagnóstica às doenças do comportamento alimentar, sendo uma alternativa viável para todas elas, com um foco principal na psicopatologia e não no diagnóstico. São descritas duas formas, uma mais focada, semelhante à intervenção original, e uma outra intervenção mais vasta. Esta última alternativa diferencia-se por conter um módulo extra que aborda a temática do perfeccionismo, da baixa autoestima e dos problemas interpessoais, que contribuem para a manutenção das patologias do comportamento alimentar, e é normalmente utilizada

em casos mais graves. Numa comparação controlada, não foi possível apurar diferenças substanciais entre estas duas abordagens, embora tenham uma aparente superioridade relativamente à TCC convencional.²⁷

No que diz respeito à duração do tratamento, estão recomendadas 20 sessões, distribuídas por 20 semanas para aqueles que apresentam um índice de massa corporal (IMC) superior a 17,5 kg/m² e uma maior duração, com 40 sessões distribuídas ao longo de 40 semanas para aqueles com um IMC inferior a esse limiar.²⁸

c. Terapias de Terceira Geração

As intervenções comportamentais, dirigidas para o contexto específico, com particular foco em intervenções e não na redução da internalização das experiências negativas têm surgido. Ou seja, promove-se uma mudança no modo como o paciente se relaciona com essas experiências. Estas mudanças, tais como aquelas que são focadas no *mindfulness* e autocompaixão parecem particularmente úteis para estas patologias do foro alimentar, em específico na PIAC. A promoção de maior consciência para a sensação de saciedade e fome está relacionada com uma redução de depressão e ansiedade em pacientes com PIAC.²⁹

Foram desenvolvidas técnicas de *mindfulness* em particular para a PIAC e doenças relacionadas. Trata-se de doenças com um componente emocional, comportamental e fisiológico marcado, com desregulação em relação à ingestão de comida e autoidentidade. Este tipo de intervenção requer treino em *mindfulness* para abordar os assuntos centrais desta patologia: 1) controlo de respostas a estímulos emocionais, 2) escolhas alimentares conscientes, 3) desenvolvimento de maior sensibilidade para estímulos fisiológicos (fome e saciedade) e 4) fortalecer a autoaceitação. De acordo com a evidência científica este tipo de intervenções diminuem o número de episódios de compulsão alimentar, melhoram os sentimentos de autocontrolo e diminuem a sintomatologia depressiva.²⁹ As melhorias alcançadas com esta técnica estão relacionadas com a regularidade da sua utilização, diretamente relacionada também com uma redução do peso,³⁰ ao contrário do que ocorre na PCC, tal como explorado anteriormente.

d. Psicoterapia Interpessoal (PI)

Esta abordagem tem como base a o facto de que a compulsão alimentar existe como mecanismo de adaptação para escapar a afetos negativos originários numa interação social deficiente.³¹

De acordo com um ensaio clínico randomizado em que se comparou os efeitos a longo prazo da PCC relativamente à PI, ambos mostraram uma eficácia semelhante.³²

Esta terapia envolve um contacto semelhante em termos de número de horas, contudo são menos os estudos realizados. Comparativamente com a TCC tradicional, a TI demora cerca de 8 a 12 meses mais para atingir um resultado semelhante.³³

e. Terapêutica Farmacológica

Comumente são prescritos antidepressivos, estabilizadores de humor ou estimulantes. A lisdexanfetamina é o único

medicamento aprovado para a PIAC, nos Estados Unidos, não existindo essa aprovação na Europa.³⁴ De acordo com uma meta análise realizada por Vocks, a psicofarmacologia tem um efeito significativo na redução dos dias com episódios de compulsão alimentar e sintomatologia depressiva.²⁵ Relativamente à terapia farmacológica, é necessário ter cautela face aos efeitos secundários daí decorrentes. De acordo com uma meta análise realizada em 2016, 80% dos estudos incluídos apresentaram efeitos secundários, em comparação com nenhum efeito secundário recorrente de psicoterapia.³⁴

CONCLUSÃO

Cada uma das intervenções aborda o tema das compulsões alimentares sobre ângulos distintos. A PCC baseia-se no ciclo restrição-compulsão, adotando ao mesmo tempo medidas cognitivas para desconstruir a sobrevalorização do corpo da forma. Esta intervenção apresenta uma forma melhorada, dirigida aos distúrbios de comportamento alimentar, com um foco adicional no perfeccionismo, na baixa autoestima e nos problemas interpessoais, que contribuem

para a manutenção das patologias do comportamento alimentar. Existem ainda psicoterapias de terceira geração com intervenções comportamentais, recorrendo a técnicas de *mindfulness* e autocompaixão, abordando a componente emocional, comportamental e fisiológica, com o objetivo de dar ao indivíduo uma nova sensação de autocontrolo. A PI refugia-se mais no facto das compulsões serem respostas emocionais desadaptativas em indivíduos com dificuldades interpessoais. Existe ainda terapêutica medicamentosa, sem qualquer fármaco aprovado na Europa para PIAC e com elevada taxa de efeitos secundários associados.

A PCC é recomendada como primeira linha, sendo que a PI parece uma terapia de segunda linha promissora, que possivelmente pode ser uma boa opção para aqueles que utilizam a compulsão alimentar como mecanismo de adaptação para lidar com as suas dificuldades interpessoais.

Em suma, é necessária mais investigação científica de qualidade, nesta área das perturbações do comportamento alimentar, por forma a serem retiradas conclusões mais robustas, nomeadamente comparando as diferentes abordagens psicológicas disponíveis.

Declaração de Contribuição

CC: Escrita e revisão do artigo

RS e BCR: Escrita do artigo

MC: Revisão do artigo

Contributorship Statement

CC: Writing and revision of the article

RS and BCR: Writing of the article

MC: Revision of the article

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio o bolsa ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências

1. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395:899-911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment (NICE Guideline 69). 2017. [acedido 30 Agosto 2021] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
3. Javaras KN, Runfola CD, Thornton LM, Agerbo E, Birgegård A, Norring C, et al. Sex- and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete swedish 1979-2001 birth cohort. *Int J Eat Disord*. 2015;48:1070-81. doi: 10.1002/eat.22467.
4. Dahlgren C, Stedal K, Wisting L. A systematic review of eating disorder prevalence in the Nordic countries: 1994–2016. *Nordic Psychol*. 2017; 3:209-27. doi: 10.1080/19012276.2017.1410071
5. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

6. Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatric Clin North Am.* 2019; 42:33–43. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.011
7. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure J. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open.* 2013; 3:e002646. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002646
8. Solmi F, Hotopf M, Hatch S, Treasure J, Micali N. Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016; 51:360–81. doi: 10.1007/s00127-015-1146-7
9. van den Berg E, Houtzager L, de Vos J, Daemen I, Katsaragaki G, Karyotaki E, et al. Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27:331–51. doi: 10.1002/erv.2683.
10. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2019;87:91–105. doi: 10.1037/ccp0000358
11. de Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S, Svaldi J, Friederich H, Schmidt F, et al. Effect of Internet-Based Guided Self-help vs Individual Face-to-Face Treatment on Full or Subsyndromal Binge Eating Disorder in Overweight or Obese Patients: The INTERBED Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2017;74:987–95. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2150.
12. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel K. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity—a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015;49:125–34. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.008
13. Lillis J, Hayes S, Levin E. Binge eating and weight control: the role of experiential avoidance. *Behav Modif.* 2011;35:252–64. doi: 10.1177/0145445510397178
14. Hayes S, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44:1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
15. Masuda A, Boone M, Timko, C. The role of psychological flexibility in the relationship between self-concealment and disordered eating symptoms. *Eat Behav.* 2011;12:131–5. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.01.007
16. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Ferreira C. Escaping from body image shame and harsh self-criticism: exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eat Behav.* 2014;15:638–43. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.025
17. Sysko R, Devlin M, Walsh B, Zimmerli E, Kissileff H. Satiety and test meal intake among women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2007;40:554–61. doi: 10.1002/eat.20384
18. Sobik L, Hutchison K, Craighead L. Cue-elicited craving for food: a fresh approach to the study of binge eating. *Appetite.* 2005; 44:253–61. doi: 10.1016/j.appet.2004.12.001
19. Blom T, Mingione C, Guerdjikova A, Keck P, Welge J, McElroy S. Placebo response in binge eating disorder: a pooled analysis of 10 clinical trials from one research group. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22:140–6. doi: 10.1002/erv.2277
20. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison K. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci.* 2018;1411:96–105. doi: 10.1111/nyas.13467
21. Iacovino J, Gredysa D, Altman M, Wilfley D. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:432–46. doi: 10.1007/s11920-012-0277-8. doi: 10.1007/s11920-012-0277-8
22. Agras W. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42:169–79. doi: 10.1016/j.psc.2019.01.001
23. Blom T, Mingione C, Guerdjikova A, Keck P, Welge J, McElroy S. Placebo response in binge eating disorder: a pooled analysis of 10 clinical trials from one research group. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22:140–6. doi: 10.1002/erv.2277
24. Palavras M, Hay P, Filho C, Claudino A. The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese—A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients.* 2017;9:299. doi: 10.3390/nu9030299
25. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach S, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2010;43:205–17. doi: 10.1002/eat.20696
26. Yager J, Devlin M, Halmi K. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. Third. American Psychiatric Association; 2006. Acedido 30 Agosto 2021] Disponível em: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
27. Fairburn C, Cooper Z, Doll H, O'Connor M, Bohn K, Hawker D, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry.* 2009;166:311–9. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040608
28. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn C. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33:611–27. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.004
29. Kristeller J, Wolever, R. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord.* 2011;19:49–61. doi: 10.1080/10640266.2011.533605
30. Kristeller J, Wolever R, Sheets V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness.* *Eat Disord.* 2011;19:49–61. doi: 10.1080/10640266.2011.533605
31. Rieger E, Buren D, Bishop M, Tanofsky-Kraff M, Welch R, Wilfley D. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): causal

- pathways and treatment implications. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30:400–10. doi: 10.1016/j.cpr.2010.02.001
32. Hilbert A, Bisho M, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson A, Welch R, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry.* 2012; 200:232–7. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089664
33. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn C. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clin North Am.* 2010; 33:611–27. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.004
34. Brownley K, Berkman N, Peat C, Lohr K, Cullen K, Bann C, et al. M. Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2016; 165: 409–20. doi: 10.7326/M15-2455