



Terapia Comportamental Dialética para Transtornos Alimentares Graves (DBT-MED)

Fellipe Augusto Lenzing
Programa de Transtornos
Alimentares AMBULIM
IPq HC FMUSP

Andréa Vargas
Programa de Transtornos
Alimentares AMBULIM
IPq HC FMUSP

Vanessa Tomasini
Ambulatório para
Desenvolvimento dos
Relacionamentos e das
Emoções - ADRE IPq HC
FMUSP.

Simone Ilma do Carmo
Klemens
Centro Brasileiro de
Atualização em Transtornos
Alimentares - CEBRTA.

Transtornos Alimentares e DBT

Os transtornos alimentares (TAs) são alterações complexas do comportamento alimentar, principalmente devido às altas taxas de recidiva, comorbidades psiquiátricas e comportamento suicida associado. O efeito da DBT em abordar déficits na desregulação emocional, impulsionou a testagem clínica em diversas outras condições psiquiátricas associadas à desregulação emocional, como no caso de pessoas com transtornos alimentares.

Desafios dos Transtornos Alimentares

Os TAs apresentam altas taxas de recidiva, comorbidades psiquiátricas e comportamento suicida associado, tornando-os condições complexas de tratar.

Abordagem da DBT

A DBT aborda déficits na regulação emocional, impulsionando sua testagem clínica em diversas condições psiquiátricas associadas à desregulação emocional, incluindo transtornos alimentares.

Evidências Científicas

Três revisões sistemáticas sugerem que a DBT é um tratamento promissor para pacientes com transtornos alimentares, especialmente para indivíduos não respondentes à terapia cognitiva comportamental (Vogel, Singh & Accurso, 2021; Ben-Porath et al., 2020; Bankoff et al., 2012).

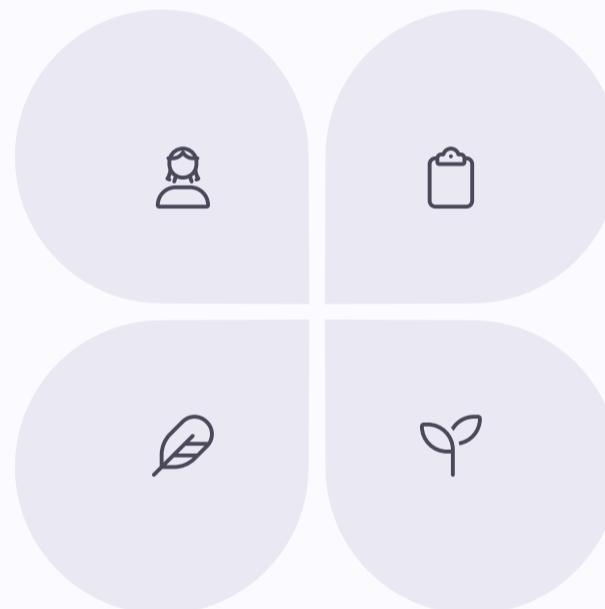
Pré-tratamento

Avaliação inicial

Processo mútuo entre paciente e terapeuta (2-4 semanas) para avaliar gravidade do comportamento alimentar, risco médico e comprometimento com o tratamento.

Adaptação do ambiente invalidante

Influências culturais (pressão estética, valorização da magreza, gordofobia) que afetam a relação com peso, corpo e alimentação.



Análise clínica

Avaliação da história do TA, comportamentos compensatórios, restrição alimentar, compulsão alimentar, imagem corporal e risco médico.

Adaptação da vulnerabilidade biológica

Inclui aspectos interoceptivos (percepção de fome e saciedade, precisão do tamanho corporal, entre outros) que aumentam a vulnerabilidade biológica às emoções.

Estágio 1 de Tratamento

Alvo 1.1 : Risco Iminente de Vida

O tratamento começa com comportamentos alimentares de risco iminente de vida, como:

Restrição alimentar em pacientes bradicárdicos

Restrição alimentar ou de líquidos em pacientes com ritmo cardíaco abaixo do normal (bradicárdicos), entre outros.

Desequilíbrio hidroeletrolítico

Pacientes com desequilíbrio hidroeletrolítico (magnésio, fósforo, potássio e sódio) que apresentam comportamentos compensatórios visando o controle de peso

Uso indevido de insulina

Uso indevido da insulina em pacientes diabéticos associado ao TA

Outros riscos

Outros comportamentos alimentares que representam risco iminente à vida do paciente

No estágio 1 de tratamento é realizado a implementação com os procedimentos da TCC- TA na estrutura da terapia individual, por exemplo: uso do diário alimentar (automonitoramento), pesagem colaborativa, estratégia de comer regularmente, exposição aos alimentos e intervenções focadas na imagem corporal.

Alvo 1.2: Problemas que Interferem na Terapia

Problemas do Paciente

Dificuldades em se concentrar na sessão derivada da desnutrição ou restrição alimentar; não preencher o cartão diário; beber muita água antes da pesagem para alterar o peso, entre outros.

Problemas dos Familiares

Não fazer refeições em família, ensinar métodos compensatórios, fazer comentários negativos sobre o corpo, entre outros.

Problemas do Terapeuta

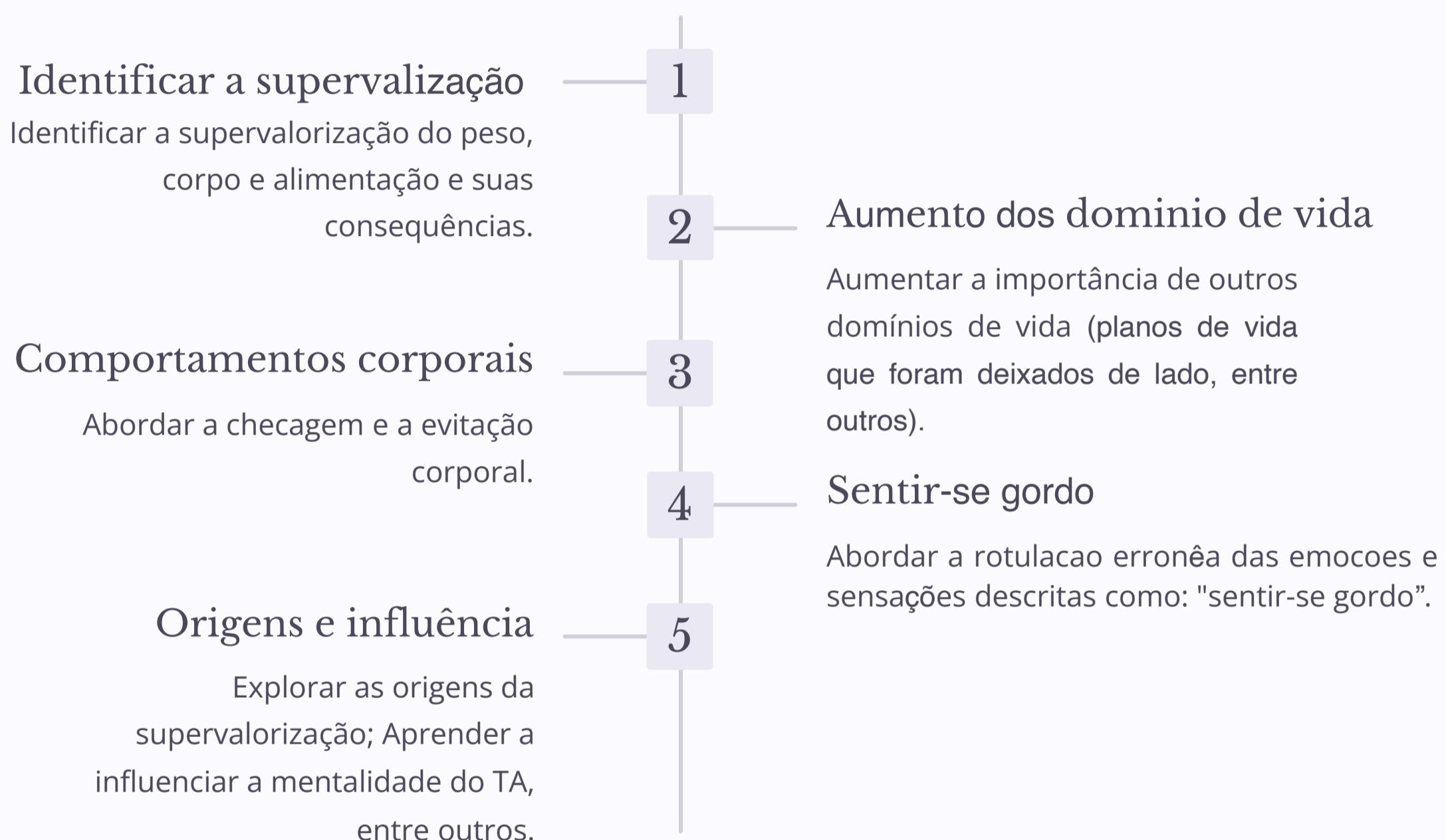
Ter um transtorno alimentar não tratado, não ter treinamento em transtornos alimentares; não trabalhar em equipe multidisciplinar, entre outros.

Alvo 1.3 Problemas graves que interferem na qualidade de vida

É basicamente grande parte dos comportamentos de que os pacientes se queixam no consultório, como restrição alimentar (quantidade ou grupo), pular refeições completas, comportamentos compensatórios, compulsão alimentar e qualquer outro comportamento alimentar desadaptativo com prejuízo importante.

Estágio 2 de Tratamento

O estágio 2 na DBT-MED é o momento que o clínico pode implementar com o módulo de imagem corporal da TCC-TA, utilizando os seguintes procedimentos:



Estágio 3 de tratamento

Os pacientes com TA em estágio 3 são encaminhados para as adaptações da DBT-Stanford para bulimia nervosa e TCA ou DBT-Stanford de autoajuda guiada para o comer emocional e compulsivo. No tratamento de DBT-Stanford os pacientes têm 13 a 20 sessões de habilidades reduzidas de mindfulness, regulação emocional e tolerância ao mal-estar. As taxas de resposta variam de 64 a 89% dos pacientes, mostrando-se um tratamento potencial para pacientes com bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar não respondentes à TCC-TA.

Treino de Habilidades DBT

Nos transtornos alimentares o treino de habilidades contempla os módulos de mindfulness (incluindo mindfuleating), tolerância ao mal-estar, regulação emocional e efetividade interpessoal - direcionados para narrativas do comportamento alimentar.

As adaptações envolvem a expansão da habilidade de Mindfulness para incluir o mindfuleating. Tomando cuidado nas práticas de mindfulness: evitar práticas direcionadas ao corpo.

No módulo de tolerância ao mal-estar é desencorajado o uso da habilidade TIP com gelo em pacientes com IMC abaixo de 17,5 pelo risco de parada cardíaca e arritmias. Evitar usar a habilidade TIP com gelo para o impulso de ter uma compulsão alimentar (caso o gelo encontre-se na geladeira) e uso de baldes para pacientes com comportamentos purgativos. Uma vez que o inclinamento do corpo pode induzir ao comportamento purgativo.

É recomendado retirar a habilidade de exercício físico intenso das habilidades TIP e o item de auto acalmar-se com o paladar. Além disso, no treino de habilidades para transtornos alimentares é incluído outros profissionais da equipe multidisciplinar, por exemplo: psiquiatras, nutricionistas, enfermeiros, entre outros.



Coaching por Telefone

Nos transtornos alimentares, o coaching por telefone é uma ferramenta essencial para ajudar pacientes a manejar comportamentos alimentares de risco entre as sessões de terapia.



Adaptação da regra das 24 horas

Nos transtornos alimentares, a regra padrão DBT das 24 horas é adaptada para "até a próxima refeição" exclusivamente para comportamento alimentar. O paciente pode solicitar coaching por telefone ao prever dificuldade com uma refeição programada, recebendo suporte para se acalmar e manejar o ímpeto de restringir a alimentação, quando envolve risco eminente à vida.



Situações recomendadas

É recomendado coaching por telefone quando o paciente apresenta dificuldade em tomar suplementos hipercalóricos, iniciar uma refeição quando tem impulso de restringir, ou para manejar impulsos relacionados ao peso, corpo e alimentação. Especialmente importante em casos com gravidade suficiente ou risco iminente de vida.

Reunião de Consultoria

Inclui profissionais envolvidos na equipe multidisciplinar, como: psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e psiquiatras, sem adaptações na estrutura em relação à DBT-Standard.

Referência bibliográfica:

- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eating disorders*, 20(3), 196-215.
- Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E. J., & Wisniewski, L. (2020). Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2), 101-121.
- Lenzing F. A. L. S. Terapia comportamental dialética para transtornos alimentares graves (DBT-MED). In: Lenzing F. A. L. S, Cangelli Filho R, Cordás T. A. Manual de psicoterapia dos transtornos alimentares. São Paulo: Manole; 2024.
- Vogel, E. N., Singh, S., & Accurso, E. C. (2021). A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of eating disorders*, 9, 1-38.
- Lenzing F. A. L. S, Guimarães B. P, Klemens S. L. C. Terapia comportamental dialética (DBT-Stanford) para Bulimia e o Transtorno de compulsão alimentar. In: Lenzing F. A. L. S, Cangelli Filho R, Cordás T. A. Manual de psicoterapia dos transtornos alimentares. São Paulo: Manole; 2024.