

A background image showing three people (two women and one man) smiling and engaged in conversation. The image is dimmed to serve as a backdrop for the text.

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).

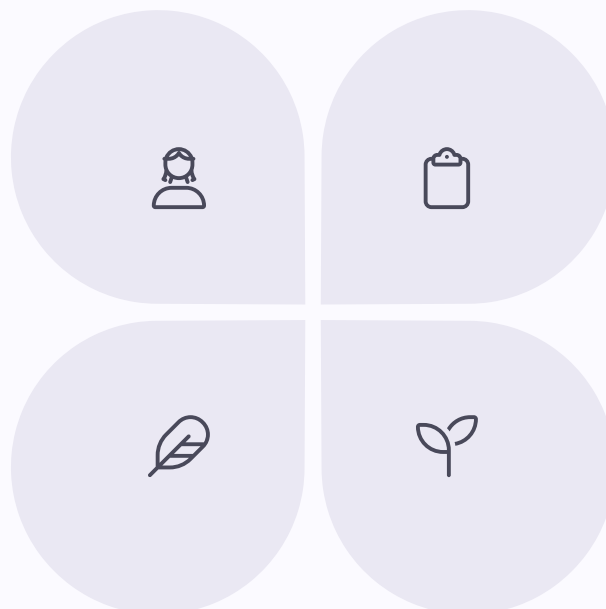
Pré-tratamento

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	Desequilíbrio hidroeletrólítico	Uso indevido de insulina	Outros riscos
Restrição alimentar ou de líquidos em pacientes com ritmo cardíaco abaixo do normal (bradicárdicos), entre outros.	Pacientes com desequilíbrio hidroeletrólítico (magnésio, fósforo, potássio e sódio) que apresentam comportamentos compensatórios visando o controle de peso	Uso indevido da insulina em pacientes diabéticos associado ao TA	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

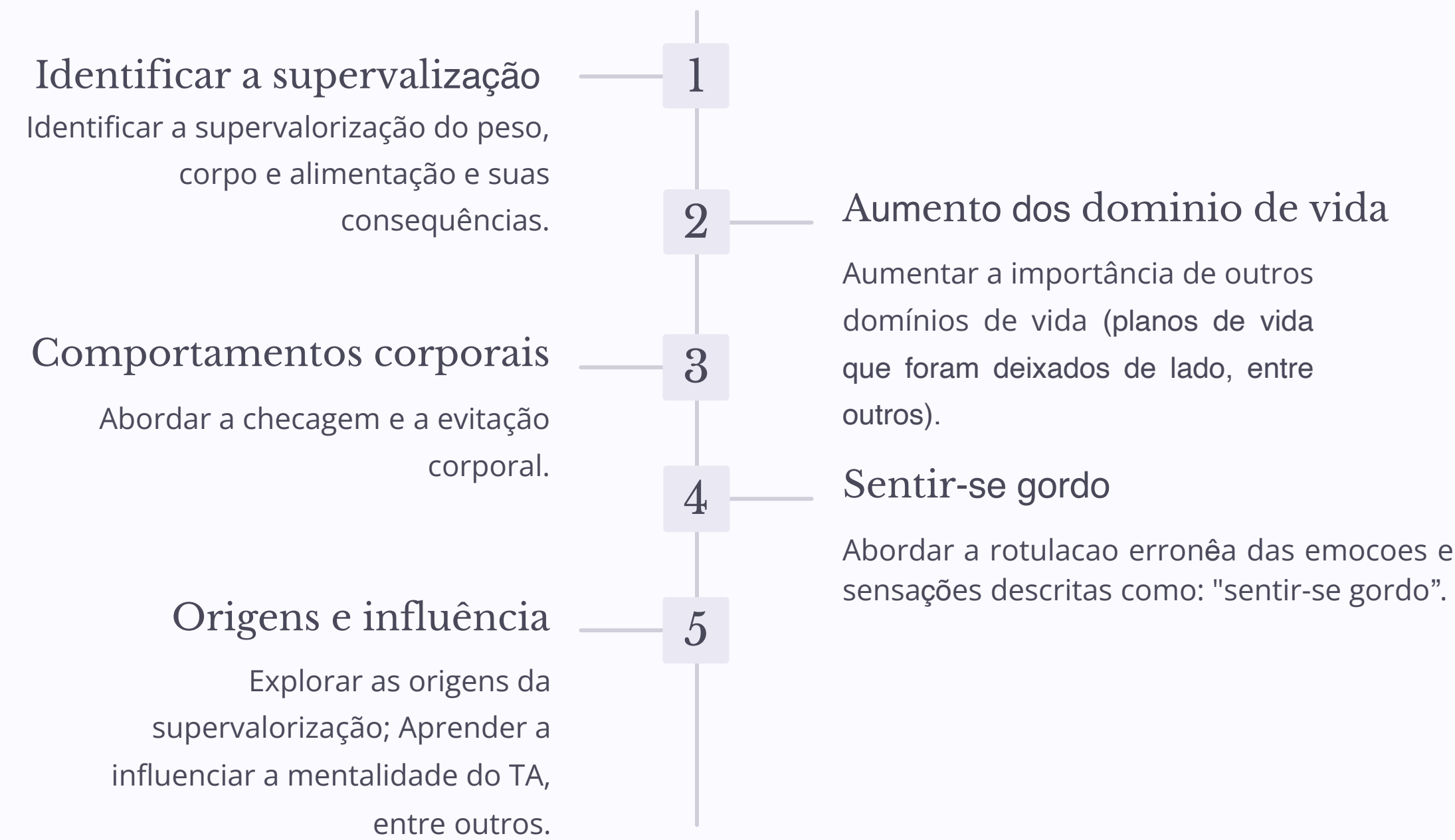
Ter um transtorno alimentar não tratado, não ter treinamento em transtornos alimentares; não trabalhar em equipe multidisciplinar, entre outros.

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 inclinação 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 a 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.