

## **TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR: UMA DISCUSSÃO ENTRE A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA<sup>1</sup>**

Marina Almeida Furtado<sup>2</sup>

Auxiliatrice Caneschi Badaró<sup>3</sup>

### **RESUMO:**

O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) caracteriza-se por episódios recorrentes de ingestão alimentar excessiva, levando a consequências físicas e psicológicas. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), visa modificar padrões de pensamento disfuncionais que influenciam comportamentos inadequados, utilizando técnicas como a automonitoração, o controle de estímulos e o treinamento em resolução de problemas. Uma outra modalidade terapêutica, a Terapia Comportamental Dialética (DBT), originalmente desenvolvida para o tratamento do transtorno de personalidade borderline, oferece uma abordagem dialética que integra aceitação e mudança, focando na regulação emocional e no desenvolvimento de habilidades de tolerância ao mal-estar. O artigo apresenta uma discussão sobre o tratamento do TCA, destacando a TCC e a DBT, por meio de uma revisão narrativa da literatura. Os resultados demonstram que ambas as abordagens são eficazes, embora apresentem processos de mudanças diferentes. A TCC se destaca na modificação dos padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais, enquanto a DBT se destaca como uma abordagem eficaz para pacientes com alta desregulação emocional. O estudo sugere que a escolha entre as terapias deve ser baseada nas características individuais do paciente, considerando fatores como impulsividade e dificuldades emocionais, e que mais pesquisas sejam realizadas para comparar a eficácia dessas abordagens, promovendo tratamentos cada vez mais adequados e com melhores resultados terapêuticos.

Palavras-chave: Compulsão Alimentar. Terapia Cognitivo-Comportamental. Terapia Comportamental Dialética.

## **BINGE EATING DISORDER: A DISCUSSION BETWEEN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY**

### **ABSTRACT:**

---

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 13/10/2024 e aprovado, após reformulações, em 13/11/2024.

<sup>2</sup> Graduada em Administração pela Faculdade Machado Sobrinho e Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: marinadealmeida@gmail.com

<sup>3</sup> Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br

Binge Eating Disorder (BED) is characterized by recurrent episodes of excessive food intake, leading to physical and psychological consequences. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) aims to modify dysfunctional thought patterns that influence maladaptive behaviors through techniques such as self-monitoring, stimulus control, and problem-solving training. Another therapeutic modality, Dialectical Behavior Therapy (DBT), originally developed for the treatment of borderline personality disorder, offers a dialectical approach that integrates acceptance and change, focusing on emotional regulation and distress tolerance skills development. This article presents a discussion on BED treatment, highlighting CBT and DBT through a narrative literature review. The findings demonstrate that both approaches are effective, though they employ different change processes. CBT stands out in modifying dysfunctional cognitive and behavioral patterns, while DBT proves to be an effective approach for patients with high emotional dysregulation. The study suggests that the choice between therapies should be based on individual patient characteristics, considering factors such as impulsivity and emotional challenges, and encourages further research to compare the effectiveness of these approaches, promoting increasingly suitable treatments with improved therapeutic outcomes.

Keywords: Binge Eating. Cognitive Behavioral Therapy. Dialectical Behavior Therapy.

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) é caracterizado pela falta de controle na ingestão de alimentos, levando a um consumo calórico excessivo em comparação com a maioria das pessoas em situações semelhantes. O indivíduo muitas vezes come escondido e experimenta sentimento de culpa após o episódio compulsivo e, ao contrário de outros distúrbios alimentares, não há comportamentos compensatórios associados a esse transtorno, sendo uma de suas consequências frequentes o desenvolvimento da obesidade (Ferreira; Bossi, 2021).

Um aspecto crucial a ser considerado em indivíduos com compulsão alimentar, é a regulação emocional, ou seja, a habilidade desses indivíduos de ajustarem seus estados internos conforme as demandas do ambiente, e a capacidade de reconhecer e distinguir sentimentos e emoções. Frequentemente, esses indivíduos têm dificuldade em identificar seus pensamentos em determinadas situações e nomear as emoções que os perturbam, o que os leva a agir impulsivamente sem uma análise adequada da situação, e recorrendo aos alimentos como um mecanismo regulador (Santos *et al.*, 2020).

A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), concebida por Aaron T. Beck na década de 1950 inicialmente para tratar a depressão, foi posteriormente adaptada e amplamente utilizada por diversos pesquisadores em todo o mundo, abrangendo uma variedade de transtornos mentais. Seu embasamento científico, respaldado por evidências, tem demonstrado sua eficácia em uma ampla gama de psicopatologias, incluindo depressão, ansiedade, dependência química, e transtornos alimentares. Um dos princípios fundamentais da TCC é que os padrões de pensamento influenciam diretamente as emoções e os comportamentos das pessoas, o que por sua vez afeta sua autoimagem, suas relações interpessoais e sua percepção do mundo ao seu redor (Santos *et al.*, 2020).

Apesar da TCC ser considerada como um dos tratamentos mais eficazes para os transtornos alimentares, apresentando alta taxa de remissão de sintomas (Santos *et al.*, 2020), nem todos os pacientes irão alcançar esse alívio sintomático. E dentro desse contexto, a Terapia Comportamental Dialética (DBT) surge como uma alternativa promissora para o tratamento desses transtornos (Guimarães, 2020).

Desenvolvida por Marsha Linehan em 1987, a DBT surge como uma abordagem terapêutica destinada a tratar comportamentos suicidas e autolesivos, sendo posteriormente reconhecida como o tratamento padrão para o transtorno de personalidade borderline. Mais recentemente, foi estendida como uma opção eficaz para o tratamento de transtornos alimentares. Dentro da DBT, a compulsão alimentar tem sido interpretada como uma estratégia de enfrentamento para regular os estados emocionais desconfortáveis, assim como nos casos de autolesão associados ao transtorno de personalidade borderline (Guimarães, 2020).

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é discutir o tratamento do TCA por meio de uma revisão narrativa da literatura, com foco nas abordagens da TCC e DBT, explorando as aproximações e divergências entre essas abordagens. Foram utilizadas as bases de dados Scielo, PubMed, Lilacs e Psycinfo, abrangendo publicações em português, inglês e espanhol. Os descritores incluíram “compulsão alimentar”, “terapia cognitivo-comportamental” e “terapia comportamental dialética” e foram usados tanto de forma isolada quanto combinadas. Além disso, livros, teses e dissertações foram consultados para ampliar o material de discussão.

## 2 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares se caracterizam principalmente por uma alteração contínua nos hábitos alimentares ou nos comportamentos associados à alimentação, levando a um consumo ou absorção inadequada dos alimentos e afetando de forma significativa a saúde física e o funcionamento psicossocial do indivíduo (APA, 2023). Normalmente os transtornos alimentares causam prejuízos na qualidade de vida, sendo a psicoterapia fundamental no tratamento em razão do forte componente emocional e comportamental envolvido além da resposta limitada dos fármacos para alguns tipos de transtornos alimentares. Os inibidores seletivos da recombinação de serotonina (ISRSs) ou antipsicóticos atípicos por exemplo, têm apresentado maior eficácia para a bulimia nervosa, especialmente para o controle dos impulsos e em situações de comorbidades. Entretanto, em casos de anorexia nervosa e transtorno de compulsão alimentar, sua eficácia clínica tem sido menos significativa (Brunstein *et al.*, 2019).

As autoras Estella e Maranhão (2022) afirmam que apesar dos transtornos alimentares serem condições clínicas complexas, eles têm sido objeto de crescente investigação científica, permitindo a criação e atualização de modelos etiológicos, sendo o primeiro modelo de natureza restritiva e o segundo modelo, de natureza compulsiva. Esses modelos compartilham aspectos multifatoriais semelhantes, podendo contribuir para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, e sendo classificados em três categorias principais: aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos.

Em relação aos aspectos biológicos envolvidos nos transtornos alimentares, embora o sistema neural seja complexo, é amplamente reconhecido que o cérebro orienta o comportamento, incluindo o comportamento alimentar. A regulação do apetite resulta da interação entre mecanismos homeostáticos, que controlam a necessidade biológica de preservar as reservas de energia, aumentando a vontade de comer, e mecanismos hedônicos, os quais, por meio do sistema de recompensa alimentar, intensificam o desejo por alimentos de alto teor palatável. Em pacientes com transtornos alimentares, esses mecanismos costumam se apresentar alterados (Estella; Maranhão, 2022).

Os aspectos socioculturais, também podem contribuir para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, influenciando significativamente a cognição, a emoção e o comportamento de uma pessoa. Por último, os aspectos psicológicos, que podem ser considerados individuais, e englobam processos como aprendizagem, percepção, memória, motivação e as emoções (Estella; Maranhão, 2022).

Sob a perspectiva da neurociência, o processo de aprendizagem é entendido como transformações no Sistema Nervoso Central, que podem ser desencadeadas por estímulos e/ou experiências vividas pelo indivíduo. As percepções auditivas, visuais, olfativas e sonoras, entre outras, influenciam a atenção dedicada a determinados eventos relevantes, diretamente ligados à memória humana, onde as informações serão armazenadas e posteriormente recuperadas. Um fator essencial que facilita a retenção de informações é a motivação, definida como qualquer razão ou impulso que leva a uma ação, mudança de comportamento, aprendizado ou alcançar um objetivo. E as emoções, que fazem parte de todo o processo descrito, uma vez que ativam mecanismos cognitivos, como a atenção e a percepção, sinalizando a importância de certos eventos (Costa, 2023).

Em sua versão mais atualizada, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-5-TR (APA, 2023), aponta que os transtornos alimentares são definidos por uma alteração constante na forma de se alimentar ou nos comportamentos ligados à alimentação, resultando em consumo ou absorção inadequada de alimentos e causando prejuízos significativos à saúde física e ao funcionamento psicossocial. Fazem parte do grupo dos transtornos alimentares: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.

Diversos subtipos de transtornos alimentares podem compartilhar fatores semelhantes relacionados à vulnerabilidade, ao seu desenvolvimento e à sua manutenção. Além disso, é comum que um diagnóstico evolua para outro, ou que apareçam outros transtornos alimentares não especificados, que são aqueles que não atendem a todos os critérios para um diagnóstico específico. Esses fatores em comum levaram alguns especialistas a adotar um modelo de tratamento **transdiagnóstico**, que sugere que a escolha das técnicas terapêuticas deve ser baseada no modelo idiográfico, ou seja, ter como base a compreensão individual de cada paciente, em

vez de se restringir ao modelo nomotético, que considera apenas o diagnóstico específico (Duchesne, 2022).

Ainda sobre a perspectiva transdiagnóstica para os transtornos do espectro alimentar, é importante destacar que ela incorpora quatro fatores mediadores da resposta alimentar disfuncional. Esses fatores incluem: o perfeccionismo clínico, que se refere a uma autoavaliação exageradamente crítica em relação à forma corporal, levando os pacientes a buscar padrões de perfeição além de suas capacidades físicas; a baixa autoestima, que pode dificultar a adesão ao tratamento; dificuldades interpessoais, que, ao serem comprovadas num contexto mais amplo, mostram que esses indivíduos enfrentam problemas em suas relações, o que reforçam comportamentos alimentares inadequados; e, por fim, a intolerância afetiva, uma dificuldade em entender, processar e lidar de maneira saudável com as emoções (Nunes-Costa, Lamela; Gil-Costa, 2009).

Dentre os transtornos alimentares de maior relevância clínica, aqueles que envolvem a aversão ao aumento da ingestão de calorias ou episódios de compulsão alimentar, afetam principalmente indivíduos do sexo feminino, começando geralmente na adolescência ou início da vida adulta. (Ferreira; Bossi, 2021). De acordo com Cauduro, Paz e Pacheco (2018), explorar os fatores que precedem episódios de compulsão alimentar, buscando identificar os motivos que levam indivíduos a consumir grandes quantidades de alimento em um curto período, permite compreender como os aspectos emocionais mostram-se associados a esses episódios.

### **3 TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR**

O psiquiatra Albert Stunkard foi o primeiro a relatar um episódio de compulsão alimentar em um indivíduo com obesidade, em 1959. Em 1994, o TCA, foi listado no apêndice B do DSM-IV como uma categoria diagnóstica, necessitando de mais investigação. Então, após extensas pesquisas, o TCA foi oficialmente reconhecido como um transtorno alimentar distinto, sendo incluído como uma nova categoria diagnóstica nas classificações do DSM-5 (Claudino *et al.*, 2022).

De acordo com o DSM-5-TR (APA, 2023), indivíduos que sofrem de TCA frequentemente sentem-se envergonhados por seus comportamentos alimentares, e por isso realizam os episódios de compulsão escondidos ou discretamente. Normalmente, esses episódios são desencadeados por afetos negativos, mas também podem ser provocados por fatores como conflitos interpessoais, dietas restritivas, insatisfação com o próprio corpo ou até mesmo pelo tédio. Embora a compulsão possa proporcionar um alívio momentâneo para esses sentimentos desagradáveis, ela geralmente resulta em consequências negativas a longo prazo, como autoavaliação negativa e a disforia. As principais características diagnósticas do TCA são descritas como:

[...] episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses [...] Um “episódio de compulsão alimentar” é definido como a ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sob circunstâncias semelhantes [...] Uma ocorrência de consumo excessivo de alimento deve ser acompanhada por uma sensação de falta de controle para ser considerada um episódio de compulsão alimentar [...] É preciso que a compulsão alimentar seja caracterizada por sofrimento marcante [...] e pelo menos três dos seguintes aspectos: comer muito mais rapidamente do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; ingerir grandes quantidades de alimento sem estar com sensação física de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se come; e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida [...] (APA, 2023, p. 597-598).

Assim, um indivíduo com TCA irá apresentar uma ingestão excessiva de alimentos, quando comparado à maioria das pessoas em situações semelhantes, comendo muitas vezes escondido e experimentando sentimento de culpa após o episódio compulsivo (Ferreira; Bossi, 2021). Outra característica importante, é que indivíduos com TCA, de acordo com Safer, Adler e Masson (2020a), podem apresentar uma vulnerabilidade aumentada não apenas às emoções, mas também ao próprio ato de se alimentar e às recompensas associadas a esse comportamento. A repetição desses episódios de compulsão altera o circuito de recompensa do cérebro, aumentando a probabilidade de novos episódios compulsivos. Além disso, os autores, ressaltam que a dificuldade em adiar recompensas, preferindo gratificações imediatas, como ceder à vontade de comer compulsivamente, em vez de esperar por benefícios

a longo prazo, reflete um padrão onde o valor das recompensas futuras é ignorado em favor de satisfações imediatas.

De acordo com Cauduro, Paz e Pacheco (2018), os aspectos emocionais, especialmente aqueles de natureza negativa, podem estar associados ao TCA, levando o paciente a consumir grandes quantidades de comida em um curto espaço de tempo. O repertório individual do paciente para lidar com situações potencialmente estressantes pode aumentar a probabilidade de um consumo calórico excessivo quando comparado a outros indivíduos em circunstâncias similares. E esse consumo excessivo ocorre porque os alimentos consumidos durante esses períodos tendem a ser altamente palatáveis, agindo como um reforço negativo ao diminuírem as sensações de emoções negativas, como tristeza ou estresse.

A compulsão alimentar atua muitas vezes como uma forma de se escapar das emoções negativas, sendo a comida o meio imediato de se ter alívio, sendo que essa evasão também ocorre em momentos de emoções positivas intensas, sugerindo uma dificuldade em lidar com sentimentos intensos. Os pacientes que sofrem com o TCA requerem uma abordagem que focalize os tratamentos e técnicas destinadas a mitigar as dificuldades emocionais. Investir no manejo das emoções, ensinar estratégias compensatórias e oferecer treinamento em habilidades sociais e regulação emocional são medidas que podem desempenhar um papel preventivo na ocorrência de episódios de compulsão alimentar (Santos *et al.*, 2020).

Quando se refere às emoções, todos em algum momento da vida, enfrentam situações estressantes ou traumáticas, e essas experiências podem intensificar as emoções, levando a comportamentos disfuncionais. Porém, é importante lembrar que as emoções desempenham um papel essencial na vida, ajudando a avaliar diferentes respostas a situações em que é preciso enfrentar e identificar necessidades (Ferreira, 2020).

De acordo com Leahy, Tirsch e Napolitano (2013) a desregulação emocional refere-se à dificuldade ou incapacidade de gerenciar e processar emoções e experiências, podendo se manifestar tanto como uma intensificação quanto como uma supressão excessiva das emoções. A intensificação envolve um aumento da intensidade emocional que o indivíduo percebe como indesejada, invasiva, ou difícil de controlar. Já a supressão emocional excessiva inclui experiências dissociativas

como despersonalização ou desrealização, um entorpecimento emocional em contextos onde seria esperado que certas emoções fossem vivenciadas em alguma medida.

Pacientes com TCA normalmente apresentam um funcionamento emocional prejudicado, agindo impulsivamente sem avaliar a situação e sem identificar o que de fato os incomoda. Por isso é importante ser trabalhado a consciência emocional e a regulação emocional. A primeira, se refere à capacidade do paciente reconhecer e diferenciar sentimentos e emoções. E a segunda, se refere à capacidade do paciente modular seus estados internos de acordo com o mundo ao seu redor, lidando com as emoções e as situações que surgem delas de forma mais adaptável (Santos *et al.*, 2020).

Os principais modelos de psicoterapia tradicionalmente pesquisados no tratamento dos transtornos alimentares incluem a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia Interpessoal e as Terapias Psicodinâmicas. Atualmente, as psicoterapias recomendadas pela American Psychological Association (APA) para o tratamento de transtornos alimentares abrangem cerca de 60% dos pacientes com anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. Isso ressalta a necessidade de explorar novos modelos teóricos de psicoterapia, ampliar a compreensão da fisiopatologia dos transtornos alimentares e implementar práticas clínicas que aumentem a eficácia dos tratamentos. A busca por alternativas terapêuticas para pacientes que não responderam às recomendações da APA, um período médio de dois anos, levou à tentativa de novas abordagens. Entre elas, destacam-se a Terapia Comportamental Dialética, a Terapia de Aceitação e Compromisso, a Terapia de Esquemas e a Terapia Focada na Compaixão (Souza; Nunes, 2022).

#### **4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO DE COPULSÃO ALIMENTAR**

A TCC é uma abordagem psicológica que enfatiza os processos cognitivos e considera que a cognição é fundamental para entender os transtornos mentais. Uma abordagem que tem sido amplamente estudada e investigada, demonstrando resultados positivos quanto à sua eficácia (Ferreira, 2020).

De acordo com Beck (2022a), nas décadas de 1960 e 1970, Aaron Beck desenvolveu um modelo de psicoterapia, que denominou como terapia cognitiva, uma abordagem estruturada e com foco no presente para o tratamento da depressão. Desde então, tanto Aaron Beck quanto outros pesquisadores ao redor do mundo conseguiram adaptar essa terapia, que posteriormente ficou conhecida como terapia cognitivo-comportamental, a uma variedade de grupos e uma ampla gama de transtornos, em diferentes contextos e formatos. E embora essas adaptações tenham introduzido variações no foco, nas técnicas e na duração dos tratamentos, os fundamentos teóricos permaneceram inalterados. Todas as variantes da TCC baseadas no modelo de Aaron Beck partem de uma formulação cognitiva, que se concentra em entender as crenças disfuncionais, estratégias comportamentais e fatores que mantêm um transtorno específico.

De acordo com Knapp (2007), as terapias cognitivo-comportamentais são baseadas em três pilares principais: a atividade cognitiva influencia o comportamento, essa atividade pode ser observada e modificada, e a mudança cognitiva pode impactar o comportamento desejado. A interconexão entre cognição, emoção e comportamento, ocorre tanto no funcionamento humano saudável quanto na psicopatologia, por isso um único evento pode gerar diferentes emoções e comportamentos em pessoas distintas, uma vez que o que realmente afeta esses sentimentos e ações não é o evento em si, e sim a forma como ele foi interpretado.

Outro ponto essencial é que as distorções cognitivas, ou os pensamentos disfuncionais de como as experiências foram interpretadas, são comuns em vários transtornos mentais, gerando muitas vezes interpretações equivocadas (Knapp, 2007). O modelo cognitivo sugere que os pensamentos distorcidos desempenham um papel importante ao influenciar o humor e o comportamento do indivíduo, e que ao analisar esses pensamentos de maneira mais realista e funcional, ocorre uma diminuição nas emoções negativas e nos comportamentos inadequados (Beck, 2022a).

A interpretação da situação ou evento como impulsionadora das emoções e comportamentos, proposto pelo modelo cognitivo, geram os pensamentos automáticos, um fluxo de ideias que surgem de maneira espontânea e coexistem os pensamentos mais conscientes. E por serem muito breves, a pessoa tende a ter mais

consciência das emoções geradas por esses pensamentos automáticos do que dos próprios pensamentos (Beck, 2022b).

Os pensamentos automáticos fazem parte dos três níveis de cognição identificados pela TCC, juntamente com as crenças centrais e as crenças intermediárias. As crenças centrais, ou nucleares, se formam durante a infância por meio das interações do indivíduo com pessoas importantes e pela experiência em situações que reforçam essas ideias, sendo geralmente amplas, excessivamente generalizadas e absolutistas. As crenças intermediárias são regras, atitudes ou suposições que se manifestam de maneira rígida e imperativa, frequentemente em formato de “se.... então” ou “deveria”. São ideias coerentes que sustentam as crenças centrais, e que foram adquiridas ao longo da vida, ajudando a dar significado ao mundo (Neufeld; Cavenage, 2010).

Embora a TCC seja extremamente reconhecida por sua ênfase na modificação de pensamentos, essa abordagem envolve muito mais do que isso. Se as emoções do paciente não forem abordadas adequadamente, a terapia pode acabar se limitando a um exercício intelectual, sem gerar um impacto terapêutico real. O envolvimento cognitivo e emocional é essencial para que a reestruturação tenha um efeito significativo. Além disso, é importante considerar que os padrões de comportamento do indivíduo também reforçam as disfunções emocionais e cognitivas, e por isso, devem ser igualmente tratados no processo terapêutico (Knapp, 2007).

O método desenvolvido por Aaron Beck foi utilizado para investigar uma variedade de condições, como ansiedade, abuso de substâncias, transtornos de personalidade, problemas conjugais, hostilidade, transtorno bipolar, entre outros. Foram realizadas observações clínicas sobre esses transtornos, seguido da identificação dos fatores que os mantinham e as principais cognições envolvidas, como pensamentos, crenças subjacentes, emoções e comportamentos. Posteriormente suas hipóteses foram testadas, tratamentos ajustados e ensaios clínicos randomizados conduzidos. Ao longo dos anos, o próprio Aaron Beck e outros pesquisadores continuaram a estudar, desenvolver teorias, adaptar e testar tratamentos para um número cada vez maior de problemas, sendo a TCC hoje a terapia mais amplamente praticada no mundo (Beck, 2022a).

Assim, para além do tratamento da depressão para o qual foi inicialmente desenvolvida, a TCC hoje é utilizada em uma vasta gama de transtornos (Knapp, 2007). Quanto ao padrão alimentar disfuncional, a TCC tem se mostrado como um tratamento eficaz, ajudando o paciente a identificar e avaliar os pensamentos inadequados que contribuem para a manutenção do TCA. Para que haja uma modificação comportamental, a identificação e avaliação desses pensamentos torna-se parte fundamental no processo terapêutico, reestruturando a cognição. É preciso entender como diferentes fatores se inter-relacionam para promover uma melhora no gerenciamento dos sintomas, permitindo ao paciente desenvolver habilidades para lidar com os desafios do dia a dia (Scotton *et al.*, 2019).

É comum que a compulsão alimentar atue como um mecanismo regulador, uma ação disfuncional para satisfazer outras necessidades não imediatas. Essa distorção na cognição e não identificação dos pensamentos, acaba gerando emoções negativas que por sua vez, por serem de fácil identificação, acabam retroalimentando todo o sistema. A TCC auxilia o paciente a desenvolver estratégias e comportamentos mais adaptativos, promovendo a resolução de problemas e respostas alternativas aos eventos estressores (Santos *et al.*, 2020).

Ferreira (2020) aponta que a regulação emocional seria um conjunto de habilidades adaptativas que permite ao indivíduo reconhecer e entender suas emoções, controlar comportamentos impulsivos por meio de estratégias ajustadas e adaptar suas reações emocionais às situações vivenciadas. Para alcançar a autorregulação emocional, ou seja, gerenciar as emoções diante de situações que podem provocar intensas reações emocionais, positivas ou negativas, é necessário seguir algumas etapas, como por exemplo: reconhecer a emergência da emoção e a necessidade de controlá-la, identificar o fator que desencadeia a emoção e explorar possíveis ações. Em seguida, estabelecer metas e considerar diferentes respostas para alcançá-las, para então avaliar os possíveis resultados dessas respostas e implementar a resposta escolhida.

Para o tratamento do TCA, a TCC fundamenta-se na ideia de que crenças disfuncionais desempenham um papel crucial no desenvolvimento e na manutenção desse transtorno. Assim, o tratamento se concentra na utilização de técnicas cognitivas para modificar os padrões de pensamento distorcidos e reestruturar as

crenças excessivamente valorizadas relacionadas ao peso e à imagem corporal (Duchesne *et al.*, 2007). O terapeuta em TCC deve aprofundar sua compreensão dentro do contexto do TCA, para melhor entender os aspectos psicológicos relevantes, como pensamentos e sintomas predominantes e característicos dessa população (Scotton *et al.* 2019).

Além das técnicas cognitivas, a TCC utiliza métodos comportamentais para promover a mudança nos hábitos alimentares. Entre essas técnicas, destacam-se a automonitoração, que envolve a observação e registro sistemático dos alimentos consumidos e das circunstâncias relacionadas; as técnicas de controle de estímulos, que ajudam a identificar e evitar situações que possam desencadear episódios de compulsão alimentar, promovendo um estilo de vida que reduza a exposição a esses gatilhos; e o treinamento em resolução de problemas, que auxilia o paciente a criar estratégias alternativas para lidar com os desafios sem recorrer a padrões alimentares inadequados; incluindo também estratégias para a prevenção de recaídas (Duchesne *et al.*, 2007).

Uma conceitualização de caso minuciosa e bem elaborada, permite além de intervenções mais adequadas, a identificação de comorbidades que possam estar contribuindo com o comer compulsivo e agravando o TCA (Santos *et al.*, 2020). Essa conceitualização envolve uma análise detalhada que identifica os fatores de vulnerabilidade e os fatores que contribuíram para o desenvolvimento e a manutenção do transtorno alimentar, relacionando-os com os sintomas alimentares e outras dificuldades presentes. Um processo que deve ser realizado em colaboração com o paciente e incluir uma avaliação minuciosa das características individuais, bem como uma análise do sistema familiar e do contexto interpessoal mais amplo do indivíduo. Com base nessas informações, é desenvolvido um plano terapêutico que é orientado tanto pelo diagnóstico específico do transtorno alimentar quanto pela análise das particularidades do paciente. Assim, pode-se dizer que a conceitualização guia a seleção das técnicas terapêuticas que visam melhorar as dificuldades atuais do paciente, levando em conta os eventos históricos que influenciaram seu desenvolvimento (Duchesne, 2022).

Apesar da TCC apresentar evidências de uma melhora significativa nos sintomas relacionados a esse transtorno (Guimarães, 2020), terapias

comportamentais, especialmente a DBT, surgem como uma alternativa que poderia reduzir a frequência de episódios compulsivos alimentares e aumentar a taxa de remissão entre os pacientes diagnosticados com esse transtorno (Cauduro; Paz; Pacheco, 2018).

## **5 TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA PARA O TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR**

A DBT é uma abordagem psicoterapêutica que foi desenvolvida por Marsha Linehan, para tratar pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade borderline que apresentavam comportamentos autolesivos e/ou suicidas (Costa; Tatton-Ramos; Pizutti, 2019). De acordo com a própria Linehan (2010a), pacientes com esse diagnóstico demonstram um padrão de instabilidade e desregulação no comportamento, nas emoções e na cognição.

Atualmente, a DBT é considerada o tratamento referência para indivíduos com transtorno de personalidade borderline. E por demonstrar tal eficácia, ao longo dos anos foi ampliado o seu uso em outras psicopatologias que também envolvem desregulação emocional, como o transtorno por uso de substância, o transtorno de estresse pós-traumático e os transtornos alimentares (Souza; Nunes, 2022).

Na fase inicial do tratamento, é fundamental que paciente e terapeuta trabalhem juntos para definir objetivos que visem a construção de uma vida que realmente vale a pena ser vivida. Para esses pacientes, um tratamento focado apenas na mudança pode causar grande desconforto, devido à sensação constante de invalidação que isso pode gerar. Da mesma forma, concentrar-se somente na aceitação pode ser igualmente doloroso, pois são pacientes que sofrem intensamente com sua realidade atual (Costa; Tatton-Ramos; Pizutti, 2019).

Assim, o tratamento consiste na utilização de diversas estratégias da terapia cognitiva e comportamental, como a resolução de problemas, técnicas de exposição, treinamento de habilidades, gestão de contingências e modificação cognitiva. Além disso, um aspecto central do programa é a ênfase na dialética, que envolve a aceitação dos pacientes como são, ao mesmo tempo em que se trabalha para ajudá-los a mudar (Linehan, 2010a).

Buscando o equilíbrio entre técnicas de aceitação e técnicas de mudança, o protocolo foi dividido em três etapas, cada uma com metas específicas comportamentais. Essas metas são organizadas de forma que a aprendizagem de cada meta é necessária para permitir o avanço e o desenvolvimento de habilidades mais complexas nas etapas subsequentes (Abreu; Abreu, 2016).

Assim como na TCC, onde os objetivos do tratamento são geralmente expressos em termos de metas comportamentais, ou seja, comportamentos que se deseja aumentar ou diminuir, na DBT cada meta corresponde a um conjunto de comportamentos que está ligado a uma área específica de funcionamento. E como esse conjunto de comportamentos a ser abordado é individualizado para cada paciente, faz-se necessário a definição de metas de acordo não só com a avaliação inicial, mas com uma avaliação constante (Linehan, 2010b).

O comprometimento com as metas do tratamento e a definição apropriada dessas metas é fundamental para que resultados significativos sejam alcançados. O início da terapia é determinado pela priorização dos problemas, considerando a ameaça que estes representam para a vida, a integridade física e a qualidade de vida do paciente (Melo, 2014).

Na primeira etapa, as metas aparecem por ordem de prioridade como sendo, redução de comportamentos suicidas ou autolesivos; diminuição de comportamentos que interferem na eficácia da terapia, como por exemplo recusar-se a participar ativamente das sessões, mentir ou evitar falar; redução de comportamentos que acabam interferindo na qualidade de vida, como o abuso de substância, negligência com os cuidados de saúde mental, entre outros; e por último, a promoção de habilidades, através de quatro módulos de treinamento: *mindfulness*, tolerância ao estresse, regulação emocional e habilidades de eficácia interpessoal (Abreu; Abreu, 2016).

A segunda etapa consiste na redução do estresse pós-traumático, ajudando o paciente a descrever e aceitar as experiências traumáticas e aversivas que muitas vezes marcaram sua história de vida. E finalmente, na terceira etapa, a relação terapêutica aparece como um ambiente em que o terapeuta reforça comportamentos do paciente fortalecendo sua capacidade de confiar em si mesmo, validando suas

próprias opiniões, emoções e ações, sem depender da aprovação do terapeuta (Abreu; Abreu, 2016).

Como o próprio nome indica, a dialética é um componente fundamental da terapia, em que o terapeuta deve aceitar o paciente como ele é, ao mesmo tempo em que busca promover mudanças significativas em seu comportamento e estilo de vida. Durante a análise, o terapeuta formula hipóteses sobre os fatores que influenciam o comportamento problemático do paciente, desenvolvendo alternativas para esses comportamentos e planejando a implementação dessas novas possibilidades (Costa; Tatton-Ramos; Pizutti, 2019).

Para prevenir o esgotamento dos terapeutas e manter a característica dialética da terapia, é recomendado que eles trabalhem em equipe e realizem reuniões semanais, conhecidas como reuniões de consultoria. Essas reuniões começam com uma prática de atenção plena, seguida pela agenda de assuntos administrativos e discussão de casos, respeitando a hierarquia de tratamento da DBT (Costa; Tatton-Ramos; Pizutti, 2019).

O modelo da DBT oferece uma estrutura valiosa para compreender o papel da compulsão alimentar. Da mesma forma que ocorre com os comportamentos de autolesão no transtorno de personalidade borderline, a compulsão alimentar é vista como uma estratégia de enfrentamento do paciente lidar com os estados emocionais que ele considera como desconfortáveis. Ou seja, os episódios de compulsão alimentar funcionam como mecanismos de reforço negativo temporariamente eficazes, cujo propósito é suprimir, negar ou atenuar suas emoções, ao invés de recorrer a estratégias mais adaptativas de regulação emocional (Guimarães, 2020).

A regulação emocional consiste em sentir e ajustar as emoções, além de aceitar e tolerar o estado emocional quando não é possível modificar as emoções imediatamente. Em situações em que não se consegue regular as emoções, ou seja, quando as emoções se tornam muito intensas para serem moduladas, toleradas ou gerenciadas de outras formas, há uma tendência a recorrer à compulsão alimentar para aliviar o desconforto emocional (Safer; Adler; Masson, 2020a).

A teoria biossocial da DBT ajuda a entender por que algumas pessoas parecem ser mais propensas a experimentar emoções intensas e por que algumas são mais suscetíveis à compulsão alimentar. A intensidade e a frequência com que as emoções

são sentidas, em parte, são pré-determinadas biologicamente, interagindo com o ambiente em que uma pessoa cresceu e com os eventos específicos da vida que ela viveu. Assim, essa interação entre predisposição biológica e fatores ambientais pode influenciar significativamente o modo como uma pessoa lida com suas emoções e seus comportamentos alimentares (Safer; Adler; Masson, 2020a).

Além disso, Safer, Adler e Masson (2020a) afirmam que, pessoas com compulsão alimentar podem apresentar uma vulnerabilidade aumentada não apenas em relação às emoções, mas também em relação à alimentação e às características de recompensa associadas a ela. A repetição dos episódios de compulsão alimentar altera o circuito de recompensa do cérebro, o que aumenta a probabilidade de novos episódios compulsivos.

Na abordagem da DBT o processo de mudança nos padrões de comportamento desadaptativos é sustentado por quatro elementos, o treinamento de habilidades, procedimento de exposição, manejo de contingências ambientais e reestruturação cognitiva. Ressalta-se que as metas e objetivos não se restringem à supressão dos comportamentos problemáticos, mas sim em alcançar uma vida que poderia ser considerada por qualquer um como digna de ser vivida (Melo, 2014).

A pesquisa realizada por Guimarães (2020), focou em abordar apenas três dos quatro módulos de treinamentos de habilidade do programa padrão da DBT para o programa para TCA. São eles, *mindfulness*, regulação emocional e tolerância a mal-estar. A decisão de não incluir o módulo de habilidades de efetividade interpessoal foi tomada para evitar redundância com outro tratamento destinado à compulsão alimentar, que se concentra especificamente na abordagem de questões interpessoais.

As habilidades de *mindfulness* promovem o autoconhecimento, permitindo que o paciente identifique os motivos que o levam a comer de forma exagerada em momentos de estresse, ao mesmo tempo que proporciona a capacidade de escolher respostas mais saudáveis em vez de correr à comida. Além disso, auxilia na identificação dos três estados principais da mente: a mente racional, que se baseia no pensamento lógico; a mente emocional, guiada pelas emoções e pelo humor; e a mente sábia, que integra tanto a razão quanto as emoções. Ao acessar a mente sábia,

é possível combinar informações do raciocínio lógico com os sentimentos, levando a decisões mais equilibradas (Safer; Adler; Masson, 2020b).

As habilidades de regulação emocional ajudam a lidar diretamente com emoções desconfortáveis, reduzindo a vulnerabilidade a emoções dolorosas e aumentando a experiência de emoções positivas. A prática da atenção plena permite desenvolver uma consciência plena do momento presente, aceitando todas as experiências emocionais. Usando técnicas de *mindfulness*, como observar sem julgar e focar em uma atividade por vez, é possível se distanciar da emoção e observá-la de forma mais objetiva (Safer; Adler; Masson, 2020c).

E por último, as habilidades de tolerância ao mal-estar, que envolve o aprendizado de novas maneiras para lidar com desconfortos, permitindo mais tempo para refletir e tomar melhores decisões. Essas habilidades ajudam a enfrentar a dor ou o desconforto em situações fora de controle ou quando se está emocionalmente sobrecarregado, sem recorrer a comportamentos específicos como a compulsão alimentar. Esse tipo de habilidade se divide em dois tipos: as habilidades de aceitação, que ajudam a aceitar a realidade sem necessariamente aprová-la, e as habilidades de sobrevivência à crise, que oferecem estratégias para enfrentar momentos de emergência emocional (Safer; Adler; Masson, 2020d).

Contudo, é importante considerar o desenvolvimento de habilidades de efetividade interpessoal, uma vez que o aprimoramento dessas habilidades contribui para uma maior eficácia nas interações interpessoais, promovendo a melhoria da qualidade dos relacionamentos, o fortalecimento da autoestima e o desenvolvimento de crenças de autoeficácia. Esses elementos possibilitam uma ampliação das experiências e interesses pessoais, incentivando que diversas atividades assumam um papel mais significativo no processo de autoavaliação, o que, por sua vez, pode diminuir o foco dado à alimentação e à imagem corporal (Duchesne, 2022).

Dessa forma, a DBT se configura como uma abordagem que traz a relação direta entre desregulação emocional e compulsão alimentar, onde muitos indivíduos recorrem à alimentação como um mecanismo para acalmar e aliviar temporariamente o desconforto emocional. Embora essa estratégia possa proporcionar um alívio momentâneo, seu impacto na qualidade de vida é considerável. Com o desenvolvimento de habilidades práticas, os pacientes aprendem a tolerar e manejar

suas emoções de maneira mais saudável, promovendo uma mudança significativa na relação com a alimentação (Safer; Adler; Masson, 2020e).

## **6 APROXIMAÇÕES E DIVERGÊNCIAS ENTRE AS ABORDAGENS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR**

A TCC e a DBT são abordagens terapêuticas que, embora compartilhem objetivos comuns no tratamento do TCA, abordam em sua filosofia técnicas aplicadas e mecanismos de intervenção divergentes. Ambas as abordagens concordam que o TCA envolve padrões de comportamento disfuncionais e emoções desreguladas, e por isso focam na modificação dos comportamentos desadaptativos e no desenvolvimento de habilidades emocionais e cognitivas para o manejo do TCA, reconhecendo a importância dos pensamentos e emoções como desencadeadores de episódios de compulsão alimentar.

A TCC e a DBT partem da premissa de que os episódios de compulsão alimentar são usados pelos pacientes como uma estratégia para lidar com emoções intensas ou desconfortáveis. Nesse sentido, as duas terapias buscam ajudar os pacientes a desenvolver formas mais seguras de gerenciar suas emoções, diminuindo a necessidade de recorrer a episódios de compulsão alimentar como uma solução imediata.

Apesar das aproximações, existem diferenças significativas entre as duas abordagens, sendo a principal a filosofia que ancora o tratamento. A perspectiva cognitivista, que fundamenta a TCC, enfatiza o papel dos pensamentos disfuncionais na manutenção de comportamentos inadequados. Segundo essa abordagem, crenças distorcidas sobre si mesmo e sobre o mundo influenciam diretamente as emoções e comportamentos, reforçando os padrões alimentares compulsivos. A mudança cognitiva, portanto, aconteceria através da modificação dessas crenças, permitindo ao paciente reconhecer e substituir os pensamentos automáticos por interpretações mais realistas e adaptativas.

Por outro lado, a DBT foca na modificação direta dos comportamentos inadequados, se baseando em uma abordagem dialética que integra tanto a mudança quanto a aceitação, abordando o comportamento de compulsão alimentar como uma

forma de enfrentamento desadaptativo, mas compreensível, das emoções intensas. Além disso, a DBT promove a “tolerância ao mal-estar”, que ajuda o paciente a lidar com emoções negativas sem a necessidade de modificá-la.

Outra divergência importante está na estrutura do tratamento. Que de acordo com Costa, Tatton-Ramos e Pizutti (2019), é um dos diferenciais da DBT, devido à hierarquização de metas, determinando a ordem pela qual os problemas serão abordados. Enquanto a TCC segue um protocolo estruturado e linear com conteúdo específico para cada sessão, a DBT é orientada por princípios que definem quais comportamentos devem ser primeiro trabalhados a cada encontro terapêutico e quais as técnicas mais apropriadas para essa abordagem.

Dentre as buscas nas bases de dados foi encontrado um artigo de eficácia relevante, comparando a TCC e a DBT no tratamento do TCA. O estudo conduzido por Lammers *et al.* (2022), foi realizado com pacientes portadores do TCA, encaminhados para um serviço comunitário holandês de transtornos alimentares. Os pacientes iniciaram um dos dois tratamentos oferecidos em grupo, um com abordagem comportamental dialética e o outro com abordagem cognitivo-comportamental.

O tratamento baseado na TCC acompanhou os pacientes por 20 semanas consecutivas, com 20 dias de terapia em formato de grupo semiaberto. Cada dia incluiu pesagem e três módulos de 75 minutos cada, abordando o automonitoramento do comportamento alimentar, o desafio de pensamentos e experimentos comportamentais, além da promoção de consciência corporal e exercícios regulares. Os parceiros também foram incentivados a participar de seis reuniões de grupo de apoio de 90 minutos cada. Após o término do tratamento, foram oferecidas sessões de grupo semestrais para fortalecer as mudanças alcançadas e lidar com possíveis contratempos, sendo o progresso revisado seis meses após o tratamento em uma sessão individual (Lammers *et al.*, 2022).

Já o tratamento baseado na DBT acompanhou um outro grupo de pacientes por 20 semanas, com 20 sessões de 2 horas em formato de grupo fechado, onde todos os pacientes (até nove) começaram e terminaram juntos. As duas primeiras sessões focaram na lógica, nos objetivos da terapia e no compromisso com a mudança. Da terceira à décima oitava sessão, foram ensinadas habilidades de

regulação emocional em três módulos: atenção plena, regulação emocional e tolerância ao sofrimento. Nas duas últimas sessões foram revisadas as competências aprendidas e a prevenção de recaídas. No acompanhamento após 6 meses, o progresso foi revisado e as habilidades reforçadas em uma sessão de grupo (Lammers *et al.*, 2022).

Ao final do tratamento, verificou-se que ambas as abordagens conseguiram alcançar resultados significativos. Porém apesar de as reduções na psicopatologia geral dos transtornos alimentares terem sido mais rápidas com a abordagem em TCC e esse grupo ter apresentado menor sintomatologia depressiva após 6 meses de acompanhamento, esse mesmo grupo apresentou uma tendência à recaída do transtorno alimentar. Ao passo que o programa apoiado pela DBT, menos dispendioso, resultou em melhorias significativas e contínuas ao longo desse acompanhamento (Lammers *et al.*, 2022).

Tanto a TCC quanto a DBT são eficazes no tratamento do TCA, cada uma com sua abordagem e estrutura que se complementam e respondem a diferentes necessidades dos pacientes. Ambas contribuem significativamente para o manejo do TCA, cabendo ao contexto clínico e ao perfil do paciente a escolha da abordagem mais adequada.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A comparação entre a TCC e a DBT no tratamento do TCA revela que ambas as abordagens oferecem intervenções eficazes, com algumas aproximações, mas também com enfoques diferentes. A TCC se concentra principalmente na modificação dos pensamentos disfuncionais e comportamentos desadaptativos, fornecendo ferramentas claras e estruturadas para ajudar os pacientes a modificar padrões alimentares inadequados. A DBT destaca-se pela sua ênfase na regulação emocional, abordagem dialética, que integra tanto a mudança quanto a aceitação, e no desenvolvimento de habilidades de tolerância ao desconforto, sendo especialmente útil para pacientes com alta desregulação emocional.

A escolha entre as duas abordagens deve ser orientada pelas características individuais de cada paciente, levando em consideração seu grau de impulsividade,

desregulação emocional e os padrões cognitivos que mantêm o comportamento compulsivo. Enquanto a TCC é ideal para a modificação de pensamentos e comportamentos alimentares, a DBT oferece uma estrutura robusta para aqueles que enfrentam dificuldades emocionais mais intensas.

Ao longo da elaboração deste artigo, observou-se a necessidade de expandir as investigações direcionadas ao tratamento do TCA, especialmente no que tange à comparação entre a TCC e a DBT. Pesquisas que possam explorar de maneira mais aprofundada a eficácia e efetividade dessas abordagens são essenciais para oferecer um entendimento mais profundo sobre as técnicas e mecanismos envolvidos em cada uma e como elas podem ser aplicadas de maneira complementar ou alternativa no manejo do TCA, permitindo assim uma intervenção mais adequada para cada paciente e potencializando os resultados terapêuticos.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Paulo Roberto; ABREU, Juliana Helena dos Santos Silvério. Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 18, n. 1, p. 45–58, 2016. DOI: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.831>. Disponível em: <https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/831>. Acesso em: 11 set. 2024.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BECK, Judith S. Introdução à terapia cognitivo-comportamental. *In*: BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022a. p. 27-53.
- BECK, Judith S. Identificação de pensamentos automáticos. *In*: BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022b. p. 362-390.
- BRUNSTEIN, Miriam G.; BEHENCK, Andressa S.; HUBER, Júlia Medeiros; NUNES, Katiúscia Gomes. Psicoterapias dos transtornos alimentares. *In*: CORDIOLI, Aristides Volpato; GREVET, Eugenio Horacio. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 984-1007.
- CAUDURO, Giovanna Nunes; PAZ, Gabriel Machado; PACHECO, Janaína Thaís Barbosa. Avaliação e intervenção no transtorno da compulsão alimentar (TCA): uma revisão sistemática. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 49, n. 4, p. 384-394, 2018. DOI:
- CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.3-28, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.**

<http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2018.4.28385>. Disponível em:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969663>. Acesso em: 21 ago. 2024.

CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ALMEIDA, Mireille Coêlho de; CLAUDINO, Denise Achoa; PALAVRAS, Marly Amorim. Diagnósticos e classificação dos transtornos alimentares. In: APPOLINARIO, Jose Carlos; NUNES, Maria Angélica; CORDÁS, Taki Athanássios. **Transtornos Alimentares: diagnóstico e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 11-30.

COSTA, Marianna de Abreu; TATTON-RAMOS, Tiago Pires; PIZUTTI, Leandro Timm. Terapias contextuais comportamentais: *mindfulness*, terapia de aceitação e compromisso, terapia comportamental dialética, terapia metacognitiva e terapia focada na compaixão. In: CORDIOLI, Aristides Volpato; GREVET, Eugenio Horacio. **Psicoterapias: Abordagens Atuais**. 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 322-347.

COSTA, Raquel Lima Silva. Neurociência e aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 28, p. 1-22, 2023. DOI: <http://doi.org/10.1590/S1413-24782023280010>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbedu/a/ZPmWbM6n7JN5vbfj8hfbyfK/>. Acesso: 16 set. 2024.

DUCHESNE, Mônica. Terapia Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Alimentares. In: APPOLINARIO, Jose Carlos; NUNES, Maria Angélica; CORDÁS, Taki Athanássios. **Transtornos Alimentares: diagnóstico e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 380-407.

DUCHESNE, Mônica; APPOLINÁRIO, José Carlos; RANGÉ, Bernard Pimentel; FREITAS, Silvia; PAPELBAUM, Marcelo; COUTINHO, Walmir. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 1, p. 80-92, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/jdpgVvZG7F6v8YVKsZcR6jL/?lang=pt>. Acesso em: 6 set. 2024.

ESTELLA, Nara Mendes; MARANHÃO, Mara Fernandes. Etiologia dos transtornos alimentares. In: APPOLINARIO, Jose Carlos; NUNES, Maria Angélica; CORDÁS, Taki Athanássios. **Transtornos Alimentares: diagnóstico e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 112-129.

FERREIRA, Pâmella de Jesus; BOSSI, Tatiele Jacques. A produção científica sobre os transtornos alimentares na área da psicologia. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 433-458, 2021. DOI: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2021v30i2p433-458>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-139238>. Acesso em: 21 ago. 2024.

FERREIRA, Walison José. Regulação emocional em terapia cognitivo-comportamental. Pretextos. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**. v. 5, n. 9, p. 618-630, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/24411>. Acesso em: 02 set. 2024.

GUIMARÃES, Beatriz Passos. **Terapia comportamental dialética para compulsão alimentar**: um estudo na população brasileira. 2020. 68f. Dissertação (Mestrado em Profissional em Análise do Comportamento Aplicada) - Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://mestrado.institutopar.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/09/Beatriz-Passos-Guimaraes-.pdf>. Acesso em: 13 set. 2024.

KNAPP, Paulo. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. *In*: KNAPP, Paulo, *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 19-41.

LAMMERS, Mirjam W; VROLING, Maartje S; CROSBY, Ross D; STRIEN, Tatjana van. Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, v. 55, n. 7, p. 902-913, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.23750>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35665526/>. Acesso em: 19 set. 2024.

LEAHY, Robert L; TIRCH, Dennis; NAPOLITANO, Lisa A. Por que a regulação emocional é importante? *In*: **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 19-36.

LINEHAN, Marsha. Transtorno da personalidade borderline: conceitos, controvérsias e definições. *In*: LINEHAN, Marsha. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de personalidade borderline**. Porto Alegre: Artmed, 2010a. p. 16-38.

LINEHAN, Marsha. Metas comportamentais do tratamento: comportamentos a promover e a reduzir. *In*: LINEHAN, Marsha. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de personalidade borderline**. Porto Alegre: Artmed, 2010b. p. 120-160.

MELO, Wilson Vieira. Terapia comportamental dialética. *In*: MELO, Wilson Vieira. **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014. p. 314-343.

NEUFELD, Carmem Beatriz; CAVENAGE, Carla Cristina. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 3-36, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20100014>. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872010000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200002). Acesso em: 04 set. 2024.

NUNES-COSTA, Rui Alexandre; LAMELA, Jorge Pereira do Vale; GIL-COSTA, Laura. Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no

transtorno da compulsão alimentar periódica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 2, p. 122-127, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000200010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/7YTPHksxqkbGyFRWLSym6Tx/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2024.

SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. A abordagem DBT para eliminar a compulsão alimentar. *In*: SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. **Programa DBT para o comer emocional e compulsivo**. 1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2020a. p. 22-38.

SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. As metas do programa e as ferramentas para atingi-las. *In*: SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. **Programa DBT para o comer emocional e compulsivo**. 1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2020b. p. 57-73.

SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. Como ter consciência plena das emoções atuais e aceitá-las de forma radical. *In*: SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. **Programa DBT para o comer emocional e compulsivo**. 1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2020c. p. 133-141.

SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. Tolerância ao mal-estar. *In*: SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. **Programa DBT para o comer emocional e compulsivo**. 1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2020d. p. 171-187.

SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. Introdução. *In*: SAFER, Debra L; ADLER, Sarah; MASSON, Philip C. **Programa DBT para o comer emocional e compulsivo**. 1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2020e. p. 9-21.

SANTOS, Diogo Emmanuel Lucena dos; SILVA, Romildo Fellipe do Nascimento; LIMA, Maria Estella Ferreira de; SILVA, Tatiana Araújo Bertulino da. A importância da regulação emocional em terapia cognitivo-comportamental no transtorno de compulsão alimentar. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 88323-88337, nov., 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-305>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19896>. Acesso em: 21 ago. 2024.

SCOTTON, Isabela Lamante; AFFONSO, Gabriela; PESSA, Rosane Pilot; CONCEIÇÃO, Eva Martins; NEUFELD, Carmem Beatriz. Aspectos psicológicos em indivíduos com sobrepeso e obesidade. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, PR, v. 12, n. 2, p. 295-307, ago., 2019. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p295-307>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015860>. Acesso em: 04 set. 2024.

SOUZA, Fellipe Augusto de Lima; NUNES, Maria Angélica. Outras formas de psicoterapia dos transtornos alimentares. *In*: APPOLINARIO, Jose Carlos; NUNES,

Maria Angélica; CORDÁS, Taki Athanássios. **Transtornos Alimentares: diagnóstico e manejo.** Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 428-129.