

.....

PARTE I

.....

Introdução ao treinamento de habilidades em DBT

.....

Capítulo 1

Justificativa para o treinamento de habilidades em terapia comportamental dialética

O QUE É DBT?

O treinamento de habilidades comportamentais descritas neste manual baseia-se em um modelo de tratamento chamado de terapia comportamental dialética (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT). A DBT é uma terapia cognitivo-comportamental que foi desenvolvida originalmente para indivíduos cronicamente suicidas, diagnosticados com transtorno da personalidade *borderline* (TPB). A DBT foi a primeira psicoterapia com efetividade demonstrada por meio de ensaios clínicos controlados em pacientes com TPB e consiste em uma combinação de psicoterapia individual, treinamento de habilidades em grupo, *coaching* por telefone e uma equipe de consultoria para os terapeutas.¹ Desde então, vários ensaios clínicos foram conduzidos, demonstrando a efetividade da DBT não só em casos de TPB, mas também em uma ampla gama de outros transtornos e problemas, incluindo tanto falta de controle quanto excesso de controle das emoções e padrões comportamentais e cognitivos associados. Além disso, um número crescente de estudos (resumidos mais adiante neste capítulo) sugere que o treinamento de habilidades é uma intervenção promissora para diversas populações, como pessoas com problemas de alcoolismo, famílias de indivíduos suicidas, vítimas de violência doméstica e outros.

A DBT, incluindo o treinamento de habilidades em DBT, baseia-se em uma teoria biossocial e dialética da psicopatologia, que realça o papel das dificuldades na regulação emocional (tanto na falta de controle quanto no excesso de controle) e do comportamento. A desregulação emocional tem sido associada a uma variedade de problemas de saúde mental² decorrentes de padrões de instabilidade emocional, no controle dos impulsos, nos relacionamentos interpessoais e na autoimagem. As habilidades da DBT não almejam diretamente esses padrões, mas são direcionadas. A meta geral do treinamento de habilidades em DBT é ajudar os indivíduos a modificar padrões comportamentais, emocionais, interpessoais e de pensamento associados com os problemas na vida. Portanto, compreender a filosofia e os fundamentos teóricos do tratamento da DBT como um todo é crucial para o uso eficiente deste manual. Essa com-

preensão também é importante porque determina a atitude dos terapeutas em relação ao tratamento e a seus pacientes. Essa atitude, por sua vez, é um componente importante do relacionamento dos terapeutas com seus pacientes, que, muitas vezes, é essencial à efetividade do tratamento e pode ser especialmente relevante com indivíduos suicidas e gravemente desregulados.

UM OLHAR ADIANTE

Este livro está organizado em duas partes principais. A Parte I (Caps. 1 a 5) orienta os leitores sobre a DBT e, em particular, sobre o treinamento de habilidades. A Parte II (Caps. 6 a 10) contém instruções detalhadas para o ensino de habilidades específicas. As fichas explicativas e de tarefas do paciente podem ser encontradas em *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o paciente*, também publicado pela Artmed.

No restante deste capítulo, descrevo a visão de mundo dialética que fundamenta o tratamento e os pressupostos inerentes a esse ponto de vista. Em seguida, é apresentada a teoria biossocial da desregulação emocional severa (incluindo o TPB) e seu desenvolvimento, bem como de que maneira as variações nesse modelo se aplicam às dificuldades na regulação emocional em geral. Conforme já observado, as habilidades em DBT apresentadas neste manual são projetadas especificamente para abordar a desregulação emocional e as suas consequências mal-adaptativas. O Capítulo 1 termina com um breve panorama sobre as pesquisas em DBT *standard* (psicoterapia individual, *coaching* telefônico, equipe de consultoria e treinamento de habilidades), bem como sobre as pesquisas em treinamentos de habilidades em DBT sem o componente de terapia individual. Nos Capítulos 2 a 5, discuto os aspectos práticos do treinamento de habilidades: planejar o treinamento de habilidades, incluir ideias para diferentes currículos das habilidades com base na população de pacientes e no contexto de aplicação (Cap. 2); estruturar o formato da sessão e iniciar o treinamento de habilidades (Cap. 3); alvos e procedimentos do treinamento de habilidades em

DBT (Cap. 4); e aplicar outros procedimentos e estratégias da DBT ao treinamento de habilidades comportamentais (Cap. 5). Juntos, esses capítulos preparam o “palco” para decidir como conduzir o treinamento de habilidades em uma clínica ou prática específica. Um conjunto de Apêndices da Parte I apresenta 11 currículos diferentes para programas de treinamento de habilidades.

Na Parte II, o Capítulo 6 inicia o componente formal do treinamento de habilidades em DBT. Abrange como apresentar aos pacientes o treinamento e como orientá-los rumo às metas da terapia. Em seguida, são apresentadas as diretrizes sobre como ensinar habilidades específicas, agrupadas em quatro módulos de habilidades: habilidades de *mindfulness* (Cap. 7), habilidades de efetividade interpessoal (Cap. 8), habilidades de regulação emocional (Cap. 9) e habilidades de tolerância ao mal-estar (Cap. 10).

Cada habilidade tem fichas correspondentes com instruções sobre como praticá-la. Cada ficha tem pelo menos uma (em geral, mais de uma) ficha de tarefas associada, para que os pacientes registrem suas práticas de habilidades. Vale lembrar que todas essas fichas e fichas de tarefas podem ser encontradas em *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o paciente*, também publicado pela Artmed. Descrições das fichas e fichas de tarefas relacionadas são fornecidas em quadros no início de cada seção principal, no âmbito das notas de ensino dos módulos de cada habilidade (Caps. 6 a 10).

Aqui, é preciso observar que todo o treinamento de habilidades em nossos ensaios clínicos foi conduzido em grupos, embora, em minha clínica, também ocorra a condução de treinamentos individuais. Boa parte das diretrizes do tratamento neste manual pressupõe que o treinamento de habilidades está sendo conduzido em grupos, principalmente porque é mais fácil adaptar técnicas de treinamento em grupo para pacientes individuais do que o contrário. (A questão do treinamento de habilidades em grupo *versus* individual é aprofundada no próximo capítulo.)

Este manual é um complemento ao meu texto mais completo sobre DBT, *terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline*.^{3*} Embora as habilidades em DBT sejam eficazes para outras doenças além do TPB, os princípios que fundamentam o tratamento continuam importantes e são discutidos na íntegra na obra citada. Ao longo deste manual, faço referências constantes àquele livro; por isso, de agora em diante, vou chamá-lo apenas de “o principal texto da DBT”. As referências e os fundamentos científicos para muitas das minhas declarações e posições encontram-se totalmente documentadas nos Capítulos 1 a 3 daquele texto; por isso, aqui não serão analisadas nem citadas outra vez.

A VISÃO DIALÉTICA DO MUNDO E OS PRESSUPOSTOS BÁSICOS

Como seu nome sugere, a DBT baseia-se em uma visão dialética do mundo. “Dialética”, quando aplicada à terapia comportamental, tem dois significados: o da natureza fundamental da realidade e o do diálogo e do relacionamento persuasivos. Como visão de mundo ou posição filosófica, a dialética constitui a base da DBT. Alternativamente, em se tratando de diálogos e relacionamentos, a dialética se refere à abordagem do tratamento ou às estratégias utilizadas pelo terapeuta para efetuar a mudança. Essas estratégias são descritas na íntegra no Capítulo 7 do principal texto da DBT e são resumidas no Capítulo 5 deste livro.

As perspectivas dialéticas sobre a natureza da realidade e o comportamento humano compartilham três características primordiais. Primeiro, assim como as perspectivas de sistemas dinâmicos, a dialética salienta que tudo está inter-relacionado e, que, assim tudo segue uma lógica relacional ou a realidade em sua totalidade. Isso significa que uma abordagem dialética considera que análises de partes individuais de um sistema têm valor limitado, a menos que relacionem com clareza as partes com o todo. Assim, a dialética direciona nossa atenção a partes individuais de um sistema (ou seja, um comportamento específico), bem como à inter-relação dessa parte com outras (p. ex., outros comportamentos, o contexto ambiental) e com o todo (p. ex., a cultura, a situação do mundo naquele momento). No que diz respeito ao treinamento de habilidades, o terapeuta primeiro deve levar em conta a inter-relação dos déficits das habilidades. É difícil aprender um novo conjunto de habilidades sem aprender simultaneamente outras habilidades relacionadas – tarefa ainda mais difícil. Uma visão dialética também é compatível com os pontos de vista contextual e feminista sobre a psicopatologia. Aprender habilidades comportamentais é particularmente difícil quando o ambiente imediato ou a cultura mais ampla de uma pessoa não dão suporte para essa aprendizagem. Assim, o indivíduo deve aprender não só as habilidades de autorregulação e como influenciar seu ambiente, mas também quando exercer essa regulação.

Em segundo lugar, a realidade não é vista como estática, mas, sim, composta de forças opostas internas (tese e antítese) de cuja síntese evolui um novo conjunto de forças opostas. Uma ideia dialética importantíssima é que todas as proposições contêm, dentro de si, suas próprias oposições. Conforme Goldberg, “suponho que a verdade seja paradoxal, que cada artigo da sabedoria contenha em seu bojo suas próprias contradições, que as “verdades pairam lado a lado” (p. 295-296, grifo no original).⁴ A dialética, nesse sentido, é compatível com modelos de conflito psicodinâmicos da psicopatologia. Pensamento dicotômico e comportamentos e emoções extremos são encarados como falhas dialéticas. O indivíduo está preso em polaridades, incapaz de progredir para a síntese. No que tange ao treinamento de habilidades

* N. de E.: Obra em língua portuguesa publicada pela Artmed em 2010.

comportamentais, três polaridades específicas podem tornar o progresso extremamente difícil. O terapeuta deve prestar atenção a cada polaridade e ajudar cada paciente a se mover rumo a uma síntese possível de ser trabalhada.

A primeira dessas polaridades é a dialética entre a necessidade de os pacientes se aceitarem como eles são no momento presente e a necessidade de mudarem. Essa dialética particular é a tensão mais fundamental em qualquer psicoterapia, e o terapeuta deve negociá-la habilmente para que aconteça a mudança.

A segunda é a tensão entre os pacientes receberem o que precisam para que se tornem mais competentes e perderem o que precisam para que se tornem mais competentes. Uma vez, tive um paciente no treinamento de habilidades que, a cada semana, relatava não ter feito as tarefas de casa comportamentais atribuídas e insistia que o tratamento não estava funcionando. Quando, após seis meses, sugeri que talvez esse não fosse o tratamento para ela, e a paciente relatou que estivera experimentando as novas habilidades o tempo todo e que *tinham* ajudado. No entanto, ela não me deixou saber disso, pois tinha medo de que, se demonstrasse qualquer evolução, eu a dispensaria do treinamento de habilidades.

Uma terceira e muito importante polaridade tem a ver com os pacientes manterem a integridade pessoal e validarem seus próprios pontos de vista sobre suas dificuldades *versus* aprenderem as novas habilidades que irão ajudá-los a sair de seu sofrimento. Se eles melhoram ao aprender as novas habilidades, validam seu ponto de vista de que o problema, o tempo todo, era a falta de habilidades suficientes para que se ajudassem. Eles não estavam tentando manipular as pessoas, como os outros os acusaram de ter feito. Não estão motivados a machucar os outros e não carecem de motivações positivas. No entanto, a aprendizagem de novas habilidades pelos pacientes talvez também pareça validar a opinião dos outros de maneiras diferentes: talvez pareça provar que os outros estavam certos desde o início (e que o paciente estava errado), ou que o paciente era o problema (não o ambiente). A dialética não só concentra a atenção do paciente a essas polaridades, mas também sugere maneiras para sair delas. (As maneiras de como fazer isso são discutidas no Cap. 7 do principal texto da DBT.)

A terceira característica da dialética é uma suposição, a partir das duas características supracitadas, de que a natureza fundamental da realidade é mudança e processo, em vez de conteúdo e estrutura. Aqui, a implicação mais importante é que tanto o indivíduo quanto o ambiente estão passando por uma transição contínua. Assim, a terapia não se centra em manter um ambiente estável e consistente, mas, em vez disso, visa a ajudar o paciente a se tornar confortável com a mudança. Um exemplo disso é que desencorajamos que as pessoas se sentem exatamente nos mesmos lugares no grupo de treinamento de habilidades durante todo o tempo em que estão no grupo. No âmbito do treinamento de habilidades, os terapeutas devem estar cientes não só

de como seus pacientes estão mudando, mas também de como eles próprios e o tratamento aplicado estão sendo modificados ao longo do tempo.

TEORIA BIOCROSSOCIAL: COMO A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL SE DESENVOLVE*

Como observado antes, a DBT foi originalmente desenvolvida para indivíduos com elevadas tendências suicidas e, em um segundo momento, para aqueles que satisfazem os critérios para TPB. Um tratamento eficaz, porém, exige uma teoria coerente. Minha primeira tarefa, portanto, foi desenvolver uma teoria que me permitisse entender o ato do suicídio, bem como o TPB. Utilizei três critérios para a minha teoria: precisava (1) orientar a implementação do tratamento, (2) gerar compaixão e (3) embasá-la em dados de pesquisas científicas. A teoria biossocial que desenvolvi baseou-se na premissa de que tanto o suicídio quanto o TPB são, em sua essência, transtornos da desregulação emocional. O comportamento suicida é uma resposta ao sofrimento emocional insuportável. O TPB é um grave transtorno mental, resultante da severa desregulação do sistema emocional. Indivíduos com TPB mostram um padrão característico de instabilidade na regulação das emoções, no controle de impulsos, no relacionamento interpessoal e na autoimagem.

A desregulação emocional também tem sido relacionada a uma variedade de outros problemas de saúde mental. Em geral, transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos aditivos, transtornos alimentares e muitos outros padrões comportamentais destrutivos funcionam como estratégias evitativas para emoções insuportáveis. Os teóricos têm proposto que o transtorno depressivo maior deve ser conceituado como um transtorno de desregulação emocional, com base parcialmente em um déficit na regulação de emoções agradáveis de sentir (capacidade de eliciá-las) e na manutenção das emoções positivas.⁵ Da mesma forma, as

* As ideias discutidas nesta seção a respeito da teoria biossocial em geral (e, em particular, do modelo de emoções da DBT) são extraídas não só do principal texto sobre DBT, mas também baseadas em: Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. Em J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2ª ed., p. 491-507). New York: Guilford Press; e Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. Neacsiu e colaboradores discutem a desregulação emocional como central ao TPB e aos transtornos mentais; Crowell e colaboradores apresentam uma elaboração e ampliação da minha teoria biossocial original.

revisões da literatura têm demonstrado que transtornos de ansiedade, esquizofrenia e até mesmo transtornos bipolares estão diretamente associados à desregulação emocional.^{6,7}

O modelo das emoções da DBT

Para entender a desregulação emocional, primeiro temos de entender o que as emoções de fato são. No entanto, propor qualquer definição do construto “emoção” é algo repleto de dificuldades, e raramente há consenso, mesmo entre os pesquisadores do assunto, sobre qualquer definição concreta. Dessa maneira, ensinar aos pacientes sobre as emoções e a regulação emocional exige alguma tentativa para descrever as emoções, mesmo não existindo uma definição exata. A DBT, em geral, e as habilidades em DBT, em particular, baseiam-se na visão de que as emoções são respostas breves, involuntárias, sistêmicas e com um padrão de ações a estímulos internos e externos.⁸ De modo semelhante a outras abordagens, a DBT enfatiza a importância do valor adaptativo evolucionário das emoções para compreendê-las.⁹ Embora as respostas emocionais sejam sistêmicas, elas podem ser consideradas partes dos seguintes subsistemas em interação: (1) vulnerabilidade emocional a pistas; (2) eventos internos e/ou externos que, quando atendidos, servem de pistas emocionais (p. ex., eventos geradores); (3) apreciação e interpretações dos sinais; (4) tendências de resposta, incluindo respostas neuroquímicas e fisiológicas, respostas experienciais e impulso de ação; (5) respostas, ações e expressões não verbais e verbais; e (6) efeitos colaterais do “disparo” emocional inicial, incluindo as emoções secundárias. É útil considerar que as ações padronizadas associadas às respostas emocionais são parte integrante dessas respostas, em vez de consequências das emoções. Ao combinar todos esses elementos em um sistema interacional, a DBT enfatiza que a modificação de qualquer componente do sistema emocional tem o poder de alterar o funcionamento de todo o sistema. Em suma, se alguém quer modificar as próprias emoções, incluindo as ações emocionais, pode fazer isso modificando qualquer parte do sistema.

Desregulação emocional

A desregulação emocional é a incapacidade, mesmo quando os melhores esforços são aplicados, para alterar ou regular sinais emocionais, experiências, ações, respostas verbais e/ou expressões não verbais sob condições normativas. A desregulação emocional global é vista quando a incapacidade de regular as emoções ocorre em uma vasta gama de emoções, problemas de adaptação e contextos situacionais. Esse tipo de desregulação emocional decorre da vulnerabilidade à elevada emocionalidade, junto com uma incapacidade de regular as respostas ligadas a emoções intensas. Características da desregulação emocional incluem excesso de experiências emocionais dolorosas; incapacidade de regular a ativação/

excitação emocional intensa; problemas em alternar a atenção dos sinais emocionais uma vez que estes tenham sido detectados; distorções cognitivas e falhas no processamento da informação; controle insuficiente de comportamentos impulsivos relacionados a fortes emoções positivas e negativas; dificuldades em organizar e coordenar as atividades para alcançar os objetivos não dependentes do humor durante a ativação/excitação emocional; e tendência a “paralisar” (*freeze*) ou dissociar sob estresse muito elevado. Ela também pode se apresentar na forma de excesso de controle e supressão emocional, que levam a emoções negativas invasivas, baixa emocionalidade positiva, incapacidade para regulação de emoções agradáveis de sentir e dificuldade com comunicação afetiva. A desregulação sistêmica é produzida pela vulnerabilidade emocional e por estratégias de modulação desadaptativas e inadequadas. A vulnerabilidade emocional é definida pelas seguintes características: (1) intensa emocionalidade negativa como linha de base, (2) sensibilidade aumentada aos estímulos emocionais, (3) resposta intensa aos estímulos emocionais e (4) retorno lento à linha de base emocional uma vez que a ativação/excitação emocional tenha ocorrido.

Regulação emocional

A regulação emocional, em contraste, é a capacidade de (1) inibir o comportamento inapropriado e impulsivo relacionado a fortes emoções negativas ou positivas; (2) organizar-se internamente para uma ação coordenada em prol de um objetivo externo (ou seja, agir de maneira não dependente do humor quando necessário); (3) reduzir a intensidade de qualquer ativação/excitação fisiológica que a forte emoção tenha induzido; e (4) alternar o foco atencional na presença de uma emoção intensa. A regulação emocional pode ser controlada de modo automático ou também consciente. Na DBT, o foco é primeiro aumentar o controle consciente e, em seguida, suscitar práticas suficientes para incorporar habilidades que se tornem, em última análise, automáticas.

Vulnerabilidades biológicas (o “bio” na teoria biossocial)*

Disposições para emocionalidade negativa, alta sensibilidade a pistas emocionais e impulsividade são precursores de base biológica da desregulação emocional. As influências biológicas incluem hereditariedade, fatores intrauterinos,

* A seção sobre “vulnerabilidades biológicas” (o “bio” na teoria biossocial) é adaptada de Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan’s theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. Copyright 2009 by the American Psychological Association. Adaptado com permissão.

danos físicos que afetam o cérebro na infância ou na idade adulta e efeitos das experiências de aprendizagem precoce tanto no desenvolvimento do cérebro quanto em seu funcionamento. Uma disfunção em qualquer parte do sistema de regulação das emoções humanas, que é extremamente complexo, pode fornecer a base biológica para a vulnerabilidade emocional inicial e as dificuldades posteriores na modulação das emoções. Assim, a disposição biológica pode ser diferente em pessoas distintas.

Duas dimensões do temperamento infantil, o controle com esforço e a emocionalidade negativa, são particularmente relevantes aqui. O controle com esforço, que contribui para a regulação tanto emocional quanto comportamental, é um termo geral para uma série de comportamentos de autorregulação (inclusive inibir respostas dominantes para se envolver em respostas menos dominantes, planejar e detectar falhas no comportamento). Crianças com risco de desregulação emocional global e descontrole comportamental têm a probabilidade de apresentar baixo controle com esforço e alta emocionalidade negativa, o que se caracteriza por desconforto, frustração, timidez, tristeza e incapacidade de ser acalmado.

O ambiente de cuidados (o “social” na teoria biossocial)

As contribuições do ambiente social, particularmente da família, incluem (1) tendência para invalidar emoções e incapacidade de modelar expressões emocionais apropriadas; (2) estilo de interação que reforça a ativação/excitação emocional; e (3) ajuste frágil entre o temperamento da criança e o estilo parental dos cuidadores. Esta última questão é enfatizada aqui porque ela destaca as transações ambiente *versus* biologia que modelam os comportamentos tanto da criança quanto do cuidador. Em teoria, uma criança com baixa vulnerabilidade biológica pode estar em risco de TPB e/ou alta desregulação emocional se houver discrepância extrema entre suas características e as de seu cuidador ou se houver sobrecarga nos recursos da família (p. ex., devido ao alcoolismo de um familiar ou a um irmão com câncer). Essas situações têm o potencial de perpetuar a invalidação, porque as demandas da criança, muitas vezes, excedem a capacidade do ambiente para atendê-las.

O inverso também é provável: uma criança biologicamente vulnerável pode ser resiliente em um ambiente bem adaptado, em que suportes familiares estejam atuando. Esses resultados diferenciais me levaram a propor três tipos principais de famílias que aumentam o risco para o TPB: a família desorganizada (p. ex., com constantes negligências ou maus tratos); a família perfeita (p. ex., em que expressar emoções negativas é um tabu) e a família normal (caracterizada principalmente pela fragilidade de ajuste das características da criança com a de seus pais). Vale ressaltar que as características do cuidador não são necessariamente fixas ou preexistentes. Em vez disso, esse indivíduo também é um produto de complexas transações biológicas, sociais e

psicológicas, incluindo efeitos evocativos da criança sobre o estilo parental.

O papel do ambiente invalidante

O papel da invalidação no desenvolvimento da desregulação emocional faz muito sentido, tão logo se percebe que uma função primordial das emoções nos seres humanos (assim como em outros mamíferos) é servir como um sistema de comunicação rápido. A invalidação das emoções envia a mensagem de que a comunicação não foi recebida. Quando a mensagem é importante, o remetente, de modo compreensível, intensifica sua comunicação por meio da intensificação da emoção. Quando o receptor não “capta” essa comunicação ou não acredita nela, ele, de modo compreensível, aumenta seus esforços para interrompê-la, geralmente por alguns meios de invalidação. E assim por diante, em um modelo circular, cada lado intensificando a sua resposta até que um deles recue. Muitas vezes, é o receptor que, enfim, resolve parar e escutar ou ceder às demandas do remetente ativado emocionalmente de modo intenso. Portanto, a intensificação emocional foi reforçada. Quando isso continua de modo intermitente, o padrão de desregulação emocional intensificada é consolidado.

Esse ambiente é particularmente prejudicial às crianças que começam a vida com alta vulnerabilidade emocional. O indivíduo emocionalmente vulnerável e reativo acaba obtendo invalidação de um ambiente que poderia ter sido favorável. Uma característica definidora de um ambiente invalidante é a tendência a responder de forma errática e inadequada a experiências privadas (p. ex., crenças, pensamentos, sentimentos, sensações) e, em especial, a ser insensível a experiências privadas que não sejam acompanhadas de respostas ou comportamentos públicos. Ambientes invalidantes também tendem a responder de forma extrema (i. e., a ter uma reação minimizada ou exagerada) às experiências privadas que são acompanhadas de respostas ou comportamentos públicos. Componentes fenomenológicos, fisiológicos e cognitivos das emoções são experiências privadas prototípicas que levam à invalidação nesses ambientes. Para esclarecer a contribuição do ambiente invalidante a padrões comportamentais emocionalmente desregulados, vamos contrastar este cenário com ambientes que promovem habilidades de regulação emocional mais adaptativas.

Na família ótima, a validação pública de experiências privadas é fornecida com frequência. Por exemplo, quando uma criança fala “Estou com sede”, seus pais lhe dão algo para beber (em vez de falar “Não, você não está. Agora mesmo você tomou uma bebida”). Quando ela chora, eles a acalmam ou tentam descobrir o que está errado (em vez de falar “Deixa de ser um bebê chorão!”). Quando a criança manifesta sua raiva ou frustração, os membros da família levam a sério (em vez de desconsiderá-la, como se aquilo fosse trivial). Quando a criança diz “Fiz o melhor que pude”, o pai concorda (em vez de dizer “Não, você não fez”). E assim por diante. Na família ótima, as preferências

da criança (p. ex., cor do quarto, atividades ou roupas) são levadas em conta; suas convicções e seus pensamentos são evocados e levados a sério; e as emoções da criança são vistas como comunicações importantes. Em uma família assim, a comunicação bem-sucedida de experiências privadas é seguida por alterações no comportamento dos outros membros da família. Essas mudanças aumentam a probabilidade de que as necessidades da criança sejam satisfeitas e diminuem a probabilidade de consequências negativas. A resposta parental que está em sintonia e não é aversiva resulta em crianças com mais capacidade para diferenciar suas próprias emoções das emoções dos outros.

Em contrapartida, uma família invalidante é problemática porque seus membros respondem à comunicação de preferências, pensamentos e emoções com respostas desconectadas – especificamente, com ausência de respostas ou com consequências extremas. Isso leva a uma acentuação das diferenças entre a experiência privada de uma criança vulnerável emocionalmente e a experiência que o ambiente social verdadeiramente apoia e responde. Discrepâncias persistentes entre a experiência privada de uma criança e a maneira como as outras pessoas no ambiente descrevem tal experiência fornecem o ambiente de aprendizagem fundamental necessário para muitos dos problemas comportamentais associados à desregulação emocional.

Além das falhas precoces para responder de maneira ideal, um ambiente invalidante enfatiza, de maneira geral, o controle da expressividade emocional, especialmente a expressão de emoções negativas. Experiências dolorosas são, muitas vezes, banalizadas e atribuídas a características negativas, como a falta de motivação, a falta de disciplina e a incapacidade de adotar uma atitude positiva. Fortes emoções positivas e preferências a elas associadas podem ser atribuídas a outras características negativas, como a falta de julgamento e de reflexão ou a impulsividade. Outras características do ambiente invalidante incluem restrição das demandas que uma criança pode fazer em relação ao ambiente, discriminação contra a criança com base no gênero ou outras características arbitrárias e o uso da punição (desde críticas até abuso físico e sexual) para controlar o comportamento.

O ambiente invalidante contribui para a desregulação emocional por não conseguir ensinar a criança a nomear e modular a ativação/excitação emocional, a tolerar o mal-estar ou confiar que suas próprias respostas emocionais são interpretações válidas dos eventos. Esse ambiente também ensina a criança a invalidar suas próprias experiências ao tornar necessário que ela faça varreduras do ambiente em busca de pistas sobre como deve agir e sentir. Ao simplificar demais a facilidade de solucionar os problemas da vida, esse ambiente fracassa em ensinar a criança a estabelecer metas realistas. Além disso, ao punir a expressão da emoção negativa e reforçar erráticamente a comunicação emocional só depois de a criança tê-la intensificado, a família modela um estilo de expressão emocional que vacila entre os extremos da inibição e da desinibição. Em outras palavras,

a resposta costumeira da família à emoção corta a função comunicativa das emoções comuns.

A invalidação emocional, em especial a de emoções negativas, é um estilo de interação característico das sociedades que valorizam o individualismo, incluindo o autocontrole individual e a realização individual. Assim, é uma característica essencial da cultura ocidental em geral. É claro que uma certa quantidade de invalidação é necessária para criar uma criança e ensinar o autocontrole. Nem todas as comunicações de emoções, preferências ou crenças podem ser respondidas de maneira positiva. A criança que é muito emocional e tem dificuldade em controlar os comportamentos emocionais suscitará do ambiente (especialmente dos pais, mas também dos amigos e professores) os maiores esforços para controlar a externalização dessa emocionalidade. A invalidação pode ser bastante eficaz em inibir temporariamente a expressão emocional. Ambientes invalidantes, no entanto, exercem efeitos diferentes em crianças diferentes. As estratégias de controle emocional usadas em famílias invalidantes podem ter pouco impacto negativo em crianças que são fisiologicamente bem equipadas para regular suas emoções ou, ainda, podem ser úteis para algumas dessas crianças. Porém, existe a hipótese de que essas estratégias tenham um impacto devastador em crianças emocionalmente vulneráveis.

Essa visão transacional do desenvolvimento da desregulação emocional global geralmente não deve ser usada para diminuir a importância do trauma na etiologia do TPB e da desregulação emocional. Os pesquisadores estimam que até 60 a 75% dos indivíduos com TPB têm histórico de trauma na infância,^{11,12} e muitos continuam a experimentar mais experiências traumáticas durante a vida adulta.^{13,14} Em um estudo, os pesquisadores constataram que 90% dos pacientes internados com TPB relataram alguma experiência adulta de abuso verbal, emocional, físico e/ou sexual e que essas taxas de abuso na vida adulta eram significativamente superiores às relatadas pelos participantes com outros transtornos da personalidade que não o TPB.¹⁴ Não está claro, no entanto, se o trauma, por si só, facilita o desenvolvimento do TPB e de padrões de alta desregulação emocional ou se tanto o trauma quanto o desenvolvimento do transtorno resultam da disfunção e da invalidação já existentes na família. Em outras palavras, a ocorrência da vitimização e dos problemas de regulação emocional podem decorrer do mesmo conjunto de circunstâncias desenvolvimentais.

Desenvolvimento da desregulação emocional: resumo

Em geral, a desregulação emocional, assim como a desregulação observada especificamente no TPB, é o desfecho da disposição biológica, do contexto ambiental e da transação entre ambos ao longo do desenvolvimento. O modelo do desenvolvimento biossocial propõe o seguinte: (1) o desenvolvimento de extrema labilidade

emocional baseia-se nas características da criança (p. ex., sensibilidade emocional e impulsividade basais) em transação com um contexto social que modela e mantém a labilidade; (2) reforços recíprocos transacionais entre as vulnerabilidades biológicas e os fatores de risco ambiental aumentam a desregulação emocional e o descontrole comportamental, o que contribui para os desfechos negativos cognitivos e sociais; (3) ao longo do tempo, desenvolve-se uma constelação de características identificáveis e estratégias de enfrentamento (*coping*) mal-adaptativas; e (4) esses traços e comportamentos podem exacerbar o risco da desregulação emocional global ao longo do desenvolvimento, devido aos efeitos evocativos nos relacionamentos interpessoais e no funcionamento social, bem como via interferência no desenvolvimento emocional saudável. Esse modelo é ilustrado na Figura 1.1.

AS CONSEQUÊNCIAS DA DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Maccoby argumentou que a inibição da ação é a base para a organização de todo o comportamento.¹⁵ O desenvolvimento de repertórios de autorregulação (como no controle por esforço, descrito anteriormente), especialmente a capacidade de inibir e controlar as emoções, é um dos aspectos mais importantes do desenvolvimento da criança. A habilidade de regular a experiência e a expressão das emoções é crucial, porque sua ausência leva a déficits comportamentais – em especial, dos comportamentos direcionados a objetivos e de outros pró-sociais. Alternativamente, emoções fortes reorganizam ou redirecionam o comportamento, preparando o indivíduo para ações que competem com o repertório comportamental conduzido de modo não emocional ou menos emocional.

As características comportamentais dos indivíduos que satisfazem os critérios para uma ampla gama de transtornos emocionais podem ser conceituadas como os efeitos da desregulação emocional e de estratégias de regulação emocional mal-adaptativas. Comportamentos impulsivos, em especial os suicidas e autolesivos, podem ser considerados estratégias de regulação emocional mal-adaptativas, mas muito eficazes. Por exemplo, uma *overdose* geralmente conduz a longos períodos de sono, que, por sua vez, reduz a suscetibilidade à desregulação emocional. Embora o mecanismo pelo qual a automutilação exerce propriedades de regulação emocional ainda não esteja claro, é muito comum que indivíduos engajados nesse comportamento relatem alívio substancial da ansiedade e de outros estados emocionais negativos intensos após cometer tais atos. O comportamento suicida também é muito eficaz em eliciar comportamentos de ajuda do ambiente, o que pode ser eficaz em evitar ou mudar situações que provoquem dor emocional. Por exemplo, o comportamento suicida é geralmente a maneira mais eficaz para um indivíduo não psicótico ser internado em

uma unidade psiquiátrica. A ideação suicida, o planejamento do ato e imaginar a morte pelo suicídio, quando acompanhados da convicção de que a morte vai extinguir a dor, podem trazer uma intensa sensação de alívio. Por fim, planejar e imaginar o suicídio, assim como engajar-se em comportamentos autolesivos (e seus efeitos colaterais, se isso se tornar público) podem reduzir as emoções dolorosas ao fornecer uma importante fonte de distração.

A incapacidade de regular a ativação/excitação emocional também interfere no desenvolvimento e na manutenção de um senso de *self*. Em geral, o senso de *self* da pessoa é formado por observações de si mesmo e sobre as reações dos outros às suas ações. A consistência e a previsibilidade emocionais, ao longo do tempo e de situações semelhantes, são pré-requisitos do desenvolvimento da identidade. A imprevisibilidade na labilidade leva à manifestação de comportamentos imprevisíveis e à inconsistência cognitiva e, por conseguinte, interfere no desenvolvimento da identidade. A tendência de indivíduos com desregulação emocional a tentar inibir respostas emocionais também pode contribuir para a ausência de um forte senso de identidade. O entorpecimento associado com inibição emocional é frequentemente experimentado como sensação de vazio, contribuindo ainda mais para um senso de *self* inadequado e, às vezes, completamente ausente. Da mesma forma, se a percepção de um indivíduo sobre os eventos nunca é “correta” ou é imprevisivelmente “correta” – a situação em um ambiente invalidante –, pode-se esperar que o indivíduo desenvolva uma dependência excessiva dos outros.

Os relacionamentos interpessoais efetivos dependem tanto de um sentido estável do *self* quanto da capacidade para a espontaneidade na expressão emocional. Relacionamentos bem-sucedidos também exigem uma capacidade de autorregulação das emoções e tolerância de estímulos emocionalmente dolorosos. Sem essa capacidade, é compreensível que os indivíduos desenvolvam relações caóticas. Quando a desregulação emocional é global ou severa, ela interfere na obtenção de um sentido estável do *self* e de uma expressão emocional normal. Dificuldades de controlar os comportamentos impulsivos e as expressões de emoções negativas extremas podem causar estragos nos relacionamentos de muitas maneiras; em particular, dificuldades com a raiva e a expressão dessa emoção impedem a manutenção de relacionamentos estáveis.

RELAÇÃO ENTRE DESREGULAÇÃO EMOCIONAL E O TREINAMENTO DE HABILIDADES EM DBT¹⁶

Conforme observado, muitos transtornos mentais podem ser conceituados como transtornos da regulação emocional, com déficits quando regular a emoção significa tanto aumentar quanto diminuir a resposta emocional. Ao entender que as emoções incluem ações e tendências de ações, você percebe a ligação entre a desregulação emocional e muitos

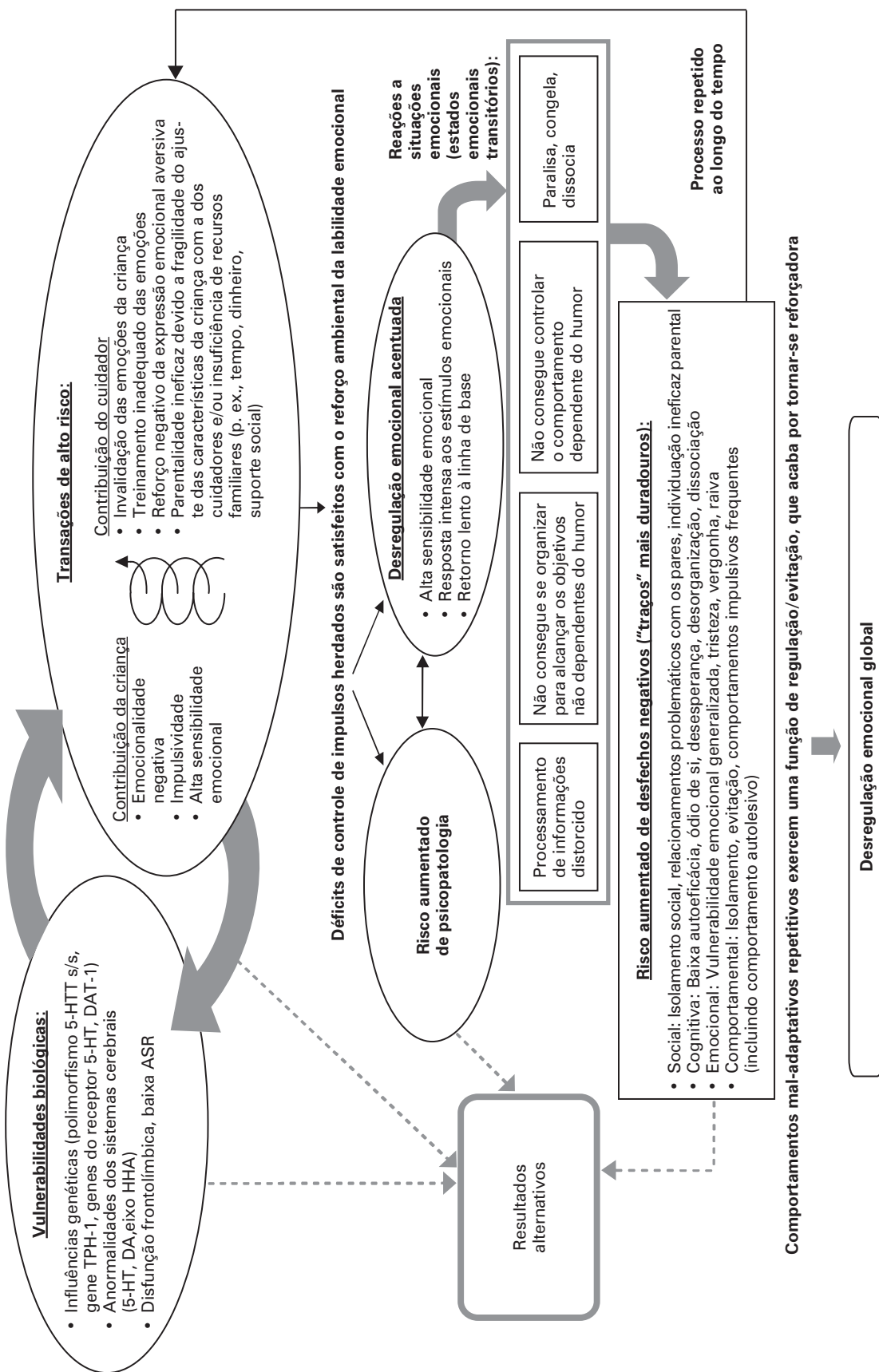


FIGURA 1.1. Ilustração do modelo de desenvolvimento biossocial do TPB. 5-HT, serotonina; 5-HTT, transportador de serotonina; TPH-1, triptofano hidroxilase 1; DA, dopamina; DAT-1, transportador de dopamina 1; HHA, hipotálamo-hipófise-adrenal; ASR, arritmia sinusal respiratória. Adaptada de Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Lenzenweger, M. F. (2008). The development of borderline personality and self-injurious behavior. Em T. P. Beauchaine & S. Hinshaw (Eds.), *Child psychopathology* (p. 528). Hoboken, NJ: Wiley. Copyright 2008 by John Wiley & Sons, Inc. Adaptada com permissão.

transtornos definidos como de descontrole comportamental (p. ex., transtornos relacionados a uso de substâncias e transtornos aditivos). As habilidades em DBT visam a diretamente esses padrões disfuncionais.

Em primeiro lugar, a desregulação do senso de *self* é comum em indivíduos com grave desregulação emocional. Tanto na depressão quanto no TPB, por exemplo, é comum que indivíduos relatem a ausência completa de um senso de *self*, sensação de vazio e falta de autocohecimento. Os sentimentos de estar desconectado dos outros, de desprezar a si mesmo, bem como de não ser válido ou útil, também não são raros. Além disso, indivíduos com alta desregulação emocional muitas vezes percebem a realidade através da lente de suas emoções, e não à luz da realidade como ela é. Assim, tanto as respostas julgadoras quanto as crenças, suposições e inferências distorcidas são sequelas comuns. Para abordar essa desregulação do senso de *self*, o primeiro módulo do treinamento de habilidades em DBT (Cap. 7) tem como objetivo ensinar um conjunto de habilidades de *mindfulness* – ou seja, habilidades que têm a ver com a capacidade de experimentar conscientemente e observar a si mesmo e aos eventos circundantes, com curiosidade e sem julgamentos; ver e articular a realidade como ela é; e participar no fluxo do momento presente de modo efetivo. Para lidar com o impacto da alta emotividade, as habilidades de *mindfulness* também estão centradas em observar e descrever com exatidão os eventos presentes internos e externos, sem julgamento ou distorção da realidade. Tais habilidades são fundamentais para todas as outras e, assim, são revisadas no início de cada novo módulo de habilidades.

Em segundo lugar, os indivíduos com desregulação emocional muitas vezes experimentam desregulação interpessoal. Por exemplo, eles podem ter relacionamentos caóticos e intensos, marcados por dificuldades. No entanto, eles podem considerar extremamente difícil abandonar essas relações; em vez disso, podem exercer esforços intensos e frenéticos para impedir que pessoas significativas os abandonem. Com frequência, esses indivíduos parecem estar bem quando estão em relacionamentos estáveis e positivos, e o contrário acontece quando não estão em relacionamentos assim. Problemas com a raiva e o ciúme podem arruinar relacionamentos íntimos e amizades; a inveja e a vergonha podem levar à evitação dos outros. Um indivíduo muito ansioso pode ter a necessidade de ter um parceiro por perto o tempo todo como um comportamento de segurança. Em contraste, a depressão severa pode causar dificuldades para conectar-se ou engajar-se em relacionamentos. Assim, outro módulo de treinamento de habilidades em DBT (Cap. 8) tem como objetivo ensinar as habilidades de efetividade interpessoal.

Em terceiro lugar, as dificuldades com a desregulação emocional são comuns em muitos transtornos. Estas incluem problemas com o reconhecimento das emoções, com descrever e nomear as emoções, com a evitação emocional e com saber o que fazer quando uma emoção entra em cena. Portanto, um terceiro módulo no treinamento de

habilidades em DBT (Cap. 9) tem como objetivo ensinar essas e outras habilidades de regulação emocional.

Quarto, os indivíduos com alta desregulação emocional muitas vezes têm padrões de desregulação no comportamento, tais como uso abusivo de substâncias, tentativas de se ferir ou se matar, além de outros comportamentos impulsivos problemáticos. Comportamentos impulsivos e suicidas são encarados, na DBT, como estratégias mal-adaptativas de solução de problemas, resultantes da incapacidade do indivíduo de tolerar o mal-estar emocional por tempo suficiente para buscar soluções potencialmente mais eficazes. Para contrabalançar esses comportamentos mal-adaptativos de solução de problemas e de tolerância ao mal-estar, um quarto módulo do treinamento de habilidades em DBT (Cap. 10) tem como objetivo ensinar habilidades efetivas e adaptativas de tolerância ao mal-estar.

A Tabela 1.1 lista as habilidades específicas em cada um desses módulos.

O PROGRAMA DE TRATAMENTO EM DBT STANDARD

A DBT foi criada originalmente para pacientes de alto risco, com múltiplos diagnósticos e desregulação emocional global grave; os problemas clínicos apresentados por esses pacientes são realmente complicados. Desde o início, ficou claro que o tratamento precisava ser flexível e basear-se em princípios, em vez de seguir um protocolo específico estabelecido para todos. Para dar um pouco de clareza e estrutura à flexibilidade inerente incorporada ao tratamento, a DBT foi construída na forma de uma intervenção modular, com componentes que podem ser inseridos e descartados conforme as necessidades de cada paciente e da estrutura do tratamento.

Funções do tratamento

A DBT articula claramente as funções do tratamento, que foi concebido para: (1) aprimorar a capacidade do indivíduo por meio de aumento do comportamento habilidoso; (2) melhorar e manter a motivação do paciente para mudar e se engajar no tratamento; (3) garantir que a generalização da mudança ocorra ao longo do tratamento; (4) aumentar a motivação do terapeuta para ministrar um tratamento eficaz; e (5) auxiliar o indivíduo a reestruturar ou mudar o seu ambiente de modo a sustentar e manter o progresso e a evolução rumo às metas (ver Fig. 1.2).

Modos de tratamento

Para realizar essas funções de maneira eficaz, o tratamento ocorre em uma variedade de modos: terapia individual ou manejo de casos, treinamento de habilidades em grupo ou individualmente, *coaching* de habilidades entre as

TABELA 1.1. Visão geral das habilidades em DBT específicas por módulo

Habilidades de <i>mindfulness</i> Habilidades centrais de <i>mindfulness</i> Mente sábia (estados da mente) Habilidades “o que fazer” (observar, descrever, participar) Habilidades “como fazer” (adotar uma postura não julgadora, fazer uma coisa de cada vez, ser efetivo) Outras perspectivas em <i>mindfulness</i> Práticas de <i>mindfulness</i> : uma perspectiva espiritual (inclusive a mente sábia e a prática da bondade amorosa) Meios hábeis: equilibrar a mente do fazer com a mente do ser Mente sábia: trilhando o caminho do meio	ABC SABER (Acumular emoções positivas, construir maestria – <i>Build mastery</i> , antecipação – <i>Cope ahead</i> , cuidar da Saúde – prevenir e tratar doenças físicas, equilibrar a Alimentação, Balancear o sono, fazer Exercícios físicos, evitaR substâncias que alteram o humor) Manejo de emoções realmente difíceis <i>Mindfulness</i> das emoções atuais Manejo de emoções extremas
Habilidades de efetividade interpessoal Alcançando objetivos habilmente Esclarecer as prioridades Efetividade nos objetivos DEAR MAN (Descrever, Expressar, comunicar Assertivamente, Reforçar; Manter-se em <i>mindfulness</i> , Aparentar confiança, Negociar) Efetividade nos relacionamentos GIVE (ser Gentil, estar Interessado, Validar e adotar um Estilo tranquilo) Efetividade no autorrespeito FAST (ser justo – <i>be Fair</i> , sem desculpar-se – <i>no Apologies</i> , Sustentar valores, ser Transparente) Avaliando o quão intensamente pedir algo ou dizer não Habilidades de efetividade interpessoal complementares Construir relacionamentos e terminar relacionamentos destrutivos Habilidades para encontrar potenciais amigos <i>Mindfulness</i> direcionada aos outros Como terminar relacionamentos Habilidades de trilhar o caminho do meio Dialéticas Validação Estratégias de modificação comportamental	Habilidades de tolerância ao mal-estar Habilidades de sobrevivência a crises Habilidade STOP Prós e contras Alterando a fisiologia corporal: habilidades TIP (Temperatura, exercício Intenso, respiração Pausada, relaxamento muscular Progressivo) Distraíndo-se com a mente sábia ACCEPTS (Atividades, Contribuições, Comparações, Emoções, afastamentos – <i>Pushing away</i> , pensamentos – <i>Thoughts</i> e Sensações) Autoacalmar-se por meio dos sentidos (visão, audição, olfato, paladar, tato; escaneamento corporal) Melhorar o momento (IMPROVE) (Imagística, significado – <i>Meaning</i> , oração – <i>Prayer</i> , ações Relaxantes, uma coisa no momento – <i>One thing in the moment</i> , férias breves – <i>Vacation</i> , Encorajando a si mesmo e repensando a situação)
Habilidades de regulação emocional Entender, identificar e nomear as emoções Modificar as respostas emocionais Verificar os fatos Ação oposta Solução de problemas Reduzir a vulnerabilidade à mente emocional	Habilidades de aceitação da realidade Aceitação radical Redirecionar a mente Boa disposição Meio sorriso Mãos dispostas <i>Mindfulness</i> dos pensamentos atuais Habilidades complementares de tolerância ao mal-estar quando a crise é uma adição: Abstinência dialética Esvaziar a mente Reforço da comunidade Queimar pontes e construir novas Rebelião alternativa e negação adaptativa

sessões e uma equipe de consultoria de terapeutas (ver Fig. 1.3). Cada um dos modos tem alvos de tratamento distintos, bem como diferentes estratégias disponíveis para alcançá-los. Não é o modo em si que é crucial, mas sua capacidade de lidar com uma função específica. Por exemplo, para assegurar que um paciente generalize novas habilidades da

terapia para a sua vida cotidiana, existem várias formas, dependendo do contexto. Em um contexto de comunidades terapêuticas, toda a equipe pode ser treinada para modelar, fornecer *coaching* e reforçar o uso das habilidades; em geral, em contextos ambientais, a generalização ocorre por meio de *coaching* telefônico. O terapeuta individual (que é sempre

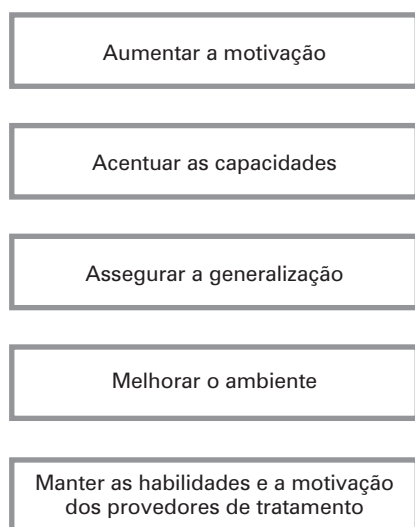


FIGURA 1.2. Funções do tratamento na DBT *standard*. Adaptada de Lungu, A., & Linehan, M. M. (2015). Dialectical behaviour therapy: A comprehensive multi-and trans-diagnostic intervention. Em A. Nezu & C. Nezu (Eds.), *The Oxford handbook of cognitive behavioural therapies*. New York: Oxford University Press. Copyright 2014 by The Guilford Press. Adaptada com permissão de The Guilford Press and Oxford University Press.

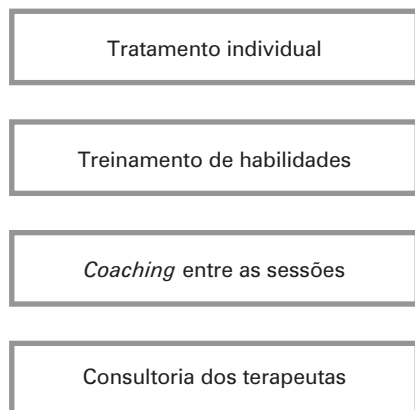


FIGURA 1.3. Os modos de tratamento. Adaptada de Lungu, A., & Linehan, M. M. (2015). Dialectical behaviour therapy: A comprehensive multi-and trans-diagnostic intervention. Em A. Nezu & C. Nezu (Eds.), *The Oxford handbook of cognitive behavioural therapies*. New York: Oxford University Press. Copyright 2014 by The Guilford Press. Adaptada com permissão de The Guilford Press and Oxford University Press.

o principal terapeuta na DBT *standard*), em conjunto com o paciente, é responsável por organizar o tratamento para que todas as funções sejam atendidas.

Módulos das habilidades em DBT

As habilidades ensinadas aos pacientes refletem uma dialética-chave descrita anteriormente – a necessidade de se aceitarem como são e de mudarem. Portanto, existem conjuntos de habilidades de aceitação e de mudança. Para qualquer problema encontrado, abordagens eficazes podem incluir tanto a aceitação quanto a mudança (ver Fig. 1.4). As habilidades são divididas novamente em quatro módulos, pelos tópicos que abordam: *mindfulness*, regulação emocional, efetividade interpessoal e tolerância ao mal-estar. Cada módulo de habilidades, por sua vez, é subdividido em uma série de seções, que são subdivididas em uma série de habilidades separadas – que são normalmente ensinadas em sequência, mas também podem ser revisadas e ensinadas isoladamente. Os pacientes podem trabalhar em uma única habilidade ou em um conjunto delas de cada vez; isso os ajuda a impedir que se sintam sobrecarregados por precisar aprender e mudar muitas coisas. Tão logo tenham feito progresso em um conjunto de habilidades, os pacientes podem incorporá-las no trabalho em um novo módulo. Algumas das habilidades mais complexas, como as de assertividade interpessoal (como as habilidades “*DEAR MAN*” descritas no Cap. 8), também são compostas de partes menores, a fim de aumentar a compreensão e a acessibilidade.

Papéis do treinador das habilidades e do terapeuta individual

Conforme descrito anteriormente neste capítulo, o modelo teórico em que se baseia a DBT postula que uma combinação entre os déficits de repertórios comportamentais adaptativos, ou de habilidades, com os problemas motivacionais subjaz à desregulação emocional. Primeiro, os indivíduos com desregulação emocional global severa, incluindo aqueles com TPB, possuem um importante déficit de habilidades interpessoais, de autorregulação e de tolerância ao mal-estar. Em especial, eles são incapazes de inibir comportamentos mal-adaptativos dependentes do humor ou de iniciar comportamentos que são independentes do humor atual e necessários para atingir metas de longo prazo. Segundo, as fortes emoções e as crenças disfuncionais associadas, aprendidas no ambiente invalidante original – em conjunto com os atuais ambientes invalidantes – formam um contexto motivacional que inibe o uso de quaisquer habilidades comportamentais que a pessoa tenha. Muitas vezes, a pessoa também é reforçada ao realizar comportamentos inadequados e disfuncionais. Portanto, é preciso prestar atenção ao aumento tanto do repertório de habilidades do indivíduo quanto da sua motivação para utilizá-lo. No entanto, à medida que meus colegas e eu desenvolvemos essa abordagem de tratamento, logo se tornou aparente que (1) o treinamento de habilidades

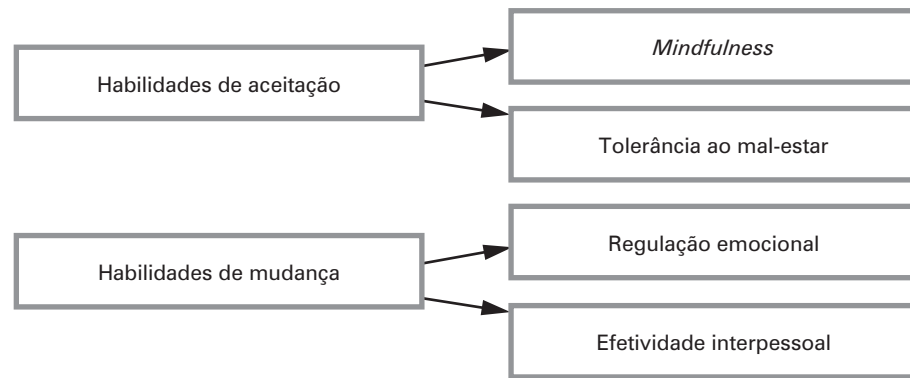


FIGURA 1.4. Modularidade das habilidades de aceitação e mudança. Adaptada de Lungu, A., & Linehan, M. M. (2015). Dialectical behaviour therapy: A comprehensive multi- and trans-diagnostic intervention. Em A. Nezu & C. Nezu (Eds.), *The Oxford handbook of cognitive behavioural therapies*. New York: Oxford University Press. Copyright 2014 by The Guilford Press. Adaptada com permissão de The Guilford Press e Oxford University Press.

comportamentais na extensão em que acreditamos ser necessária é extraordinariamente difícil, se não impossível, no âmbito do contexto de uma terapia orientada para reduzir a motivação para morrer e/ou as ações direcionadas pela alta reatividade emocional; e (2) a atenção suficiente às questões motivacionais não pode ser dada em um tratamento com a agenda terapêutica, rigorosamente controlada, necessária ao treinamento de habilidades. A partir desse dilema, nasceu a ideia de dividir o tratamento em dois componentes: aquele cujo foco principal é o treinamento de habilidades comportamentais, e outro cujo foco principal consiste nas questões motivacionais (incluindo a motivação para ficar vivo, para substituir comportamentos disfuncionais por habilidosos e construir uma vida que valha a pena ser vivida).

O papel do treinador de habilidades em DBT *standard* com pacientes ambulatoriais com desregulação emocional severa é aumentar a sua capacidade por meio do ensino das habilidades em DBT e suscitar a prática delas. O papel do terapeuta individual é controlar as crises e ajudar o paciente a aplicar as habilidades que estiver aprendendo para substituir comportamentos disfuncionais. O terapeuta individual fornece *coaching* telefônico das habilidades para o paciente, conforme necessário. Além disso, como observado anteriormente e na Figura 1.3, um componente integral da DBT *standard* é a equipe de consultoria de terapeutas – treinadores de habilidades e terapeutas individuais se reúnem com regularidade, não só para apoiar uns aos outros, mas também para proporcionar um equilíbrio dialético entre si em suas interações com os pacientes.

A terapia individual para indivíduos cronicamente suicidas e outros com transtornos graves pode ser necessária por várias razões. Em primeiro lugar, em um grupo de pacientes com graves e iminentes tendências suicidas, às vezes, pode ser extraordinariamente difícil para os treinadores de habilidades lidar com as ligações ou telefonemas de crises que talvez sejam necessárias. A carga de trabalho é simplesmente excessiva. Em segundo lugar, em um grupo orientado para habilidades que se reúne apenas uma vez

por semana, não há muito tempo para resolver questões de processo individual que possam surgir. Tampouco há tempo para ajudar de maneira adequada cada indivíduo a integrar as habilidades na sua vida. Alguns pacientes precisam de muito mais tempo do que os outros para aprender habilidades específicas. O ajuste necessário do ritmo às necessidades médias do grupo torna muito provável que, sem atenção externa, os indivíduos não consigam aprender pelo menos algumas das habilidades.

Que tipo de psicoterapia individual funciona melhor com o treinamento de habilidades? Até a presente data, os resultados das nossas pesquisas são contraditórios. Em nosso primeiro estudo sobre o tema, descobrimos que o treinamento de habilidades mais a terapia individual em DBT foi superior ao treinamento de habilidades mais terapia individual que não a DBT.¹⁷ Em um segundo estudo, constatamos que o treinamento de habilidades mais uma versão de manejo de caso intensivo também podem ser eficazes para alguns pacientes, enquanto, para outros, a DBT *standard* com a terapia individual da DBT pode ser melhor.¹⁸ Na DBT, “manejo ou a gestão de caso” refere-se a ajudar o paciente a gerenciar seu ambiente físico e social, de modo que o funcionamento geral da vida e o bem-estar sejam melhorados, o progresso rumo às metas de vida, facilitado, e o progresso do tratamento, acelerado.³ Muitas vezes, terapeutas individuais dos pacientes podem atuar como gestores de casos, ajudando-os a interagir com outros profissionais ou agências, bem como a lidar com problemas de sobrevivência no mundo cotidiano. Nesse estudo, no entanto, o manejo de casos substituiu a terapia individual da DBT. Nessa versão de manejo de casos, a carga de trabalho foi muito pequena (seis pessoas). Gestores de casos reuniram-se semanalmente com suas equipes; usaram a *checklist* de estratégias de comportamento suicidas em DBT (DBT Suicidal Behavior Strategies Checklist, ver Cap. 5, Tab. 5.2); estavam disponíveis para *coaching* telefônico durante o horário de trabalho, bem como tinham acesso a uma linha telefônica comunitária de crise nos demais

horários; e aplicavam muitos dos elementos de aceitação da DBT (validação, intervenção ambiental) que equilibravam o foco da mudança de muitas das habilidades da DBT.

Terapeutas que conduzem o treinamento de habilidades, no entanto, talvez nem sempre tenham controle sobre o tipo de psicoterapia individual que seus pacientes fazem. Isso é especialmente provável em contextos de saúde mental comunitária e em internações psiquiátricas ou unidades residenciais. Em contextos em que a DBT acaba de ser introduzida, talvez não haja um número suficiente de terapeutas individuais com essa formação para atender a todos. Ou talvez uma unidade esteja tentando integrar diferentes abordagens para o tratamento. Por exemplo, algumas unidades de internação psiquiátrica têm tentado uma integração do treinamento de habilidades em DBT com a terapia psicodinâmica individual. Unidades de internação de pacientes agudos podem estruturar o tratamento psicossocial principalmente em torno do ambiente comunitário e do treinamento de habilidades, com a terapia individual consistindo em terapia de apoio como um complemento à farmacoterapia. O próximo capítulo discute questões para os treinadores de habilidades na gestão de terapeutas individuais que não trabalham com DBT.

Modificações das estratégias terapêuticas cognitivas e comportamentais em DBT

A DBT como um todo e, em particular, o seu treinamento de habilidades, aplica uma vasta gama de estratégias terapêuticas cognitivas e comportamentais. Como os programas-padrão de terapias cognitivas e comportamentais, a DBT enfatiza a constante avaliação e coleta de dados sobre os comportamentos atuais; a definição clara e precisa das metas do tratamento; e a colaboração ativa entre o terapeuta e o paciente, incluindo tanto a atenção para orientar este último à intervenção quanto para a obtenção de comprometimento de ambas as partes com as metas do tratamento. Muitos componentes da DBT (p. ex., solução de problemas, treinamento de habilidades, manejo de contingências, exposição e modificação cognitiva) têm sido proeminentes nas terapias cognitivas e comportamentais durante anos.

Embora a DBT tome emprestados muitos princípios e procedimentos das terapias cognitivas e comportamentais padrão, ela se desenvolveu e evoluiu ao longo do tempo à medida que eu tentava e, de várias maneiras, fracassei ao aplicar a TCC-padrão na população de pacientes que estava tratando. Cada modificação que idealizei surgiu enquanto eu tentava solucionar problemas específicos que não conseguiria resolver com as intervenções de terapias cognitivas e comportamentais disponíveis na época. Essas modificações conduziram à ênfase da DBT em 10 áreas que, embora não sejam novas, não tinham recebido tanta atenção nas aplicações tradicionais das terapias cognitivas e comportamentais. Os componentes de tratamento que a DBT adicionou às terapias cognitivas e comportamentais estão listados a seguir. Muitos, se não a maioria, são agora

comuns em muitas intervenções em terapias cognitivas e comportamentais.

1. Síntese de aceitação com mudança.
2. Inclusão de *mindfulness* como prática para terapeutas e como habilidade fundamental para os pacientes.
3. Ênfase em tratar comportamentos que interferem na terapia, apresentados tanto pelo paciente quanto pelo terapeuta.
4. Ênfases na relação terapêutica e na autorrevelação como fundamentais à terapia.
5. Ênfase nos processos dialéticos.
6. Ênfase nos estágios do tratamento e em focar como alvo comportamentos de acordo com a gravidade e a ameaça.
7. Inclusão de um protocolo específico de avaliação e manejo do risco de suicídio.
8. Inclusão de habilidades comportamentais, obtidas principalmente de outras intervenções com base em evidências.
9. A equipe de tratamento é um componente integral da terapia.
10. Foco na avaliação contínua dos múltiplos desfechos por meio do cartão diário.

Até que ponto essas diferenças entre a DBT e as abordagens-padrão das terapias cognitivas e comportamentais são importantes? Essa é, naturalmente, uma questão empírica. Seja como for, as intervenções das terapias cognitivas e comportamentais expandiram seu escopo desde que a DBT apareceu pela primeira vez, e os componentes da DBT foram inseridos em muitas intervenções-padrão. As diferenças entre estas e a DBT têm diminuído. Isso é mais evidente na crescente atenção à síntese de aceitação e mudança e à inclusão de *mindfulness* em muitos tratamentos atuais (p. ex., terapia cognitiva baseada em *mindfulness*, terapia de aceitação e compromisso); também pode ser vista na ênfase em atender a comportamentos apresentados durante as sessões, em especial aqueles que interferem na terapia (p. ex., na psicoterapia analítico funcional). Até a presente data, os pesquisadores ainda não encontraram evidências de que a relação terapêutica necessariamente medeie os desfechos na terapia comportamental. Hoje, porém, o campo como um todo coloca mais ênfase no desenvolvimento e na manutenção de um relacionamento interpessoal colaborativo. Os Capítulos 4 e 5 discutem as estratégias de DBT listadas anteriormente, bem como aplicam as estratégias das terapias cognitivas e comportamentais no contexto do treinamento de habilidades em DBT.

EFICÁCIA DA DBT STANDARD

Uma visão geral dos ensaios clínicos randomizados controlados (ECRs) examinando a eficácia da DBT *standard* é apresentada na Tabela 1.2. Conforme observado anteriormente, a DBT *standard* inclui terapia individual, treinamento de habilidades, *coaching* entre as sessões e equipe

TABELA 1.2. ECRs da DBT *standard*

Tratamento/diagnóstico/ população do estudo	Grupo de comparação	Desfechos significativos
DBT para TPB: 44 mulheres	Tratamento habitual (TAU)	DBT diminuiu risco de comportamento suicida, utilização dos serviços e abandono do tratamento DBT e TAU (<i>treatment as usual</i>) diminuíram ideação suicida, depressão e desesperança ^{1, 17, 65}
DBT para TPB: 58 mulheres	TAU	DBT diminuiu tentativas de suicídio DBT diminuiu comportamento autolesivo sem intencionalidade suicida (CASIS); TAU aumentou CASIS DBT e TAU diminuíram uso de substâncias ^{20, 21}
DBT para TPB: 101 mulheres	Tratamento comunitário por especialistas (CTBE, <i>community treatment by experts</i>)	DBT diminuiu tentativas de suicídio, atendimento em unidades de emergência e internações hospitalares por risco de suicídio e abandono de tratamento DBT produziu redução significativa nos transtornos por uso de substâncias; mudanças significativas na autoafirmação, amor próprio e autoproteção; e menos ataques autodirigidos ao longo do tratamento e seguimento posterior DBT e CTBE diminuíram ideação suicida, depressão DBT e CTBE aumentaram remissão do transtorno depressivo maior, ansiedade e transtornos alimentares CTBE produziu uma interação significativa no tratamento de afirmação do terapeuta/projeção do terapeuta DBT aumentou afiliação introjetada ⁴²
DBT para TPB: 73 mulheres	TAU + lista de espera	DBT e TAU diminuíram CASIS, as internações hospitalares ou a duração da estadia no hospital, a qualidade de vida e a incapacitação ⁶⁴
DBT para veteranos com TPB: 20 mulheres	TAU	DBT diminuiu CASIS, internações hospitalares, ideação suicida, sintomas dissociativos, desesperança, depressão e supressão/expressão da raiva ²²
DBT para veteranos com TPB: 20 mulheres	TAU	DBT diminuiu CASIS, ideação suicida, depressão (autorrelato), desesperança, expressão da raiva DBT e TAU diminuíram uso de serviços de saúde, depressão, ansiedade e a supressão da raiva ²³
DBT para TPB com transtorno por uso de substâncias atual: 28 mulheres	TAU	DBT diminuiu abuso de substâncias DBT e TAU diminuíram desfechos relacionados com a raiva ³⁴
DBT + levo-alfa-acetilmetadol (LAAM; um medicamento agonista opioide) para TPB com transtorno por uso de subs- tâncias atual de opioides: 23 mulheres	Terapia de vali- dação abrangente com grupo de 12 passos (CVT-12s) + LAAM	DBT e CVT-12s diminuíram os índices de psicopatologia gerais e uso de opiáceos; no entanto, os participantes no CVT-12s aumentaram seu uso de opiáceos nos últimos 4 meses ³⁵
DBT para transtornos da personalidade do <i>cluster</i> B: 42 adultos	TAU	DBT diminuiu comportamentos de risco autorrelatados DBT e TAU diminuíram CASIS, uso de serviços de saúde, agressão, expressão agressiva de raiva, depressão e irritabilidade ²⁴
DBT + medicação para ao me- nos um transtorno da personalidade e altos índices de sintomas depressivos	Apenas medicação	DBT acelerou a remissão do transtorno depressivo maior ³⁷
DBT para TPB: 180 adultos	Terapia de manejo psiquiátrico geral	DBT e GPM diminuíram comportamento suicida, utilização de serviços de crise, depressão, raiva e sintomas graves de estresse ⁶⁶

(Continua)

TABELA 1.2. ECRs da DBT *standard* (Continuação)

Tratamento/diagnóstico/ população do estudo	Grupo de comparação	Desfechos significativos
DBT para estudantes universitários de 18 a 25 anos de idade com ideação suicida atual: 63 indivíduos	Supervisão por especialistas em tratamento psicodinâmico	DBT diminuiu CASIS, uso de medicação psicotrópica, tendências suicidas e depressão autorrelatada DBT aumentou satisfação com a vida ³¹
DBT para pacientes internados por TEPT: 74 mulheres	TAU + lista de espera	DBT aumentou a remissão do TEPT ³²
DBT para pacientes internados por TPB: 60 mulheres	TAU + lista de espera	DBT aumentou abstinência de CASIS, diminuiu depressão e ansiedade DBT e TAU diminuíram raiva ²⁶
DBT para qualquer transtorno alimentar e abuso de drogas/ transtorno por uso de substâncias: 21 mulheres	TAU	DBT diminuiu taxa de abandono de tratamento (dropout), comportamentos alimentares disfuncionais/attitudes e severidade do uso de substâncias no pós-tratamento em comparação ao pré-tratamento DBT aumentou capacidade de enfrentar (<i>coping</i>) e regular as emoções negativas no pós-tratamento em comparação ao pré-tratamento ³³

Fonte: Dados de Neacsiu, A. D., & Linehan, M. M. (2014). Borderline personality disorder. Em D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (5ª ed., pp. 394 – 461). New York: Guilford Press.

de DBT. Obtenha atualizações de pesquisa visitando o *site* The Linehan Institute (www.linehaninstitute.org).

DBT *standard* como tratamento para TPB

Um grande número de estudos tem avaliado a eficácia da DBT *standard* como tratamento para indivíduos de alto risco com transtornos mentais graves e complexos. A maior parte dessas pesquisas, mas não todas, foi desenvolvida em pacientes que satisfaziam os critérios diagnósticos para TPB – sobretudo porque os indivíduos com TPB têm altas taxas de suicídio e de desregulação emocional global e, em geral, apresentam uma gama complexa de graves comportamentos sem controle. É justamente para tratar da complexidade que surge dessa desregulação que a DBT originalmente foi concebida. Hoje, a DBT é o único tratamento com suficientes pesquisas de alta qualidade a ser avaliado como eficaz para essa população pelo Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas, um grupo de revisão independente e muito conceituado na Grã-Bretanha.¹⁹

DBT *standard* como tratamento para comportamentos suicidas

Em adultos diagnosticados com TPB e com risco de cometer suicídio, a DBT *standard* produziu melhoras significativamente superiores nas medidas de explosões de raiva, desesperança, ideação suicida e comportamento suicida, bem como reduziu a procura por atendimentos de emergência e admissões em internações hospitalares devido ao

risco de comportamentos suicidas, quando comparada ao tratamento habitual (TAU)^{1, 17, 20, 21, 22, 23, 24} e ao tratamento por especialistas da comunidade.^{23, 25} Neste último estudo, os terapeutas especialistas foram considerados os melhores terapeutas (não comportamentais) na área por líderes de saúde mental em Seattle, nos Estados Unidos. O objetivo da pesquisa foi descobrir se a DBT funciona em razão de suas próprias características únicas ou apenas por ser uma boa terapia padronizada. Em outras palavras, a pergunta foi “Todos os tratamentos são iguais?”. A resposta foi “Não”. Em comparação ao tratamento por especialistas da comunidade, a DBT reduziu as tentativas de suicídio pela metade, as admissões nas unidades de emergência hospitalares e as internações hospitalares por risco de suicídio ou por comportamento suicida em 73%. Bohus e colaboradores (2004) obtiveram conclusões semelhantes para uma adaptação da DBT em uma internação de 12 semanas para mulheres com TPB e histórico de comportamento suicida.²⁶ Mais pacientes que receberam DBT se abstiveram de comportamentos autolesivos no pós-tratamento em comparação àqueles que receberam TAU (62% vs. 31%).

DBT *standard* como tratamento para transtornos de humor e outros transtornos

Entre os indivíduos que satisfazem os critérios para TPB, os resultados, em todos os estudos sobre DBT, indicam que essa terapia é um tratamento efetivo para uma série de transtornos além do TPB. Em um ano de tratamento, pacientes que recebiam DBT apresentaram melhoras significativas de

sintomas depressivos, com taxas de remissão de transtorno depressivo maior e transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos tão boas quanto aquelas encontradas em TCC baseada em evidências e intervenções farmacológicas.²⁷ Participantes da DBT também relataram melhoras significativas no desenvolvimento de uma intuição mais positiva (construto psicodinâmico que medimos para testar a visão de que a DBT trata apenas os sintomas). Pacientes da DBT desenvolveram significativamente maior autoafirmação, amor próprio e autoproteção, bem como menos ataques autodirigidos, ao longo do tratamento; além disso, mantiveram esses ganhos em um seguimento de um ano.⁴²

A DBT como tratamento para o risco de suicídio e para o comportamento suicida não é limitada a adultos. A pesquisa com adolescentes^{28, 29, 30} e estudantes universitários³¹ com tendências suicidas também constataram significativas reduções no uso de medicações psicotrópicas, depressão e comportamentos suicidas, bem como aumento na satisfação de vida quando a DBT é comparada a grupos-controle.

DBT *standard* como tratamento geral

Embora a DBT tenha sido originalmente desenvolvida para indivíduos de alto risco, com muitos comportamentos descontrolados e dificuldades complexas, a composição modular do tratamento permite, aos terapeutas, ajustar o número dos componentes ativamente aplicados no tratamento em um dado momento. Até a presente data, adaptações da DBT mostraram-se efetivas para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em pacientes que sofreram abuso sexual na infância;³² transtornos alimentares comórbidos com transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos³³ em comorbidade com TPB;^{34, 35, 36} apenas transtornos alimentares;^{39, 40} transtornos da personalidade do *cluster B*;²⁴ TEPT com e sem TPB comórbido;⁴¹ e depressão em adultos com mais de 55 anos de idade.^{37, 38} Analisados como um todo, esses estudos sugerem que a DBT é um tratamento de ampla eficácia.

Essa flexibilidade modular também nos permite introduzir, no tratamento, novas intervenções e estratégias para substituir aquelas mais antigas e menos eficazes. Assim, com o passar do tempo, é provável que a utilidade da DBT se expanda à medida que a base das pesquisas aumentar.

TREINAMENTO DE HABILIDADES EM DBT COMO TRATAMENTO ÚNICO

O treinamento de habilidades em DBT está rapidamente emergindo como tratamento único. Embora a maioria das pesquisas sobre a eficácia da DBT consista em ensaios clí-

nicos com DBT *standard*, muitos locais, ao longo dos anos, têm fornecido apenas as habilidades em DBT, geralmente devido à insuficiência de recursos para fornecer o tratamento na íntegra. À medida que esses programas se multiplicaram, iniciaram-se as pesquisas para determinar se esses programas de tratamento eram, de fato, efetivos. Essa crescente área de pesquisa está sugerindo que apenas o treinamento de habilidades pode ser muito efetivo em diversas situações.

Evidência para a efetividade das habilidades em DBT como tratamento único

Uma visão geral dos ECRs examinando a efetividade do treinamento de habilidades em DBT sem terapia individual é apresentada na Tabela 1.3. Estudos adicionais (que não ECRs) examinando a efetividade das habilidades em DBT como tratamento único são apresentados na Tabela 1.4.

Como pode ser visto na Tabela 1.3, em ECRs, o treinamento de habilidades em DBT sem terapia individual simultânea foi considerado eficaz em várias áreas. Foi constatado que reduziu a depressão em nove estudos distintos;^{38, 42, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 54} a raiva em quatro pesquisas;^{43, 46, 52, 53} e a desregulação emocional.^{38, 51} inclusive a instabilidade afetiva⁴³ e a intensidade emocional,⁴⁴ em quatro trabalhos. Adaptações das habilidades em DBT também se revelaram efetivas no tratamento de transtornos alimentares em três estudos,^{39, 45, 46} bem como de transtornos relacionados ao álcool⁵¹ e com o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).⁵⁰ Entre mulheres apenadas, as habilidades em DBT têm sido efetivas na redução dos sintomas de TEPT, depressão e problemas interpessoais.⁵⁴ Entre homens e mulheres em penitenciárias, foi observado que as habilidades em DBT diminuíram a agressividade, a impulsividade e a psicopatologia em geral.⁵⁵ As habilidades também reduziram o potencial de violência com o parceiro íntimo e a expressão da raiva entre aqueles com histórico desse tipo de violência. Entre os indivíduos em reabilitação vocacional com transtornos mentais graves, as habilidades em DBT diminuíram a depressão, a desesperança e a raiva, bem como aumentaram o número de horas de trabalho e a satisfação no emprego.⁵²

Como pode ser visto na Tabela 1.4, estudos sobre o treinamento de habilidades em DBT em pesquisas estruturadas com o desenho pré e pós-tratamento (em que não há condição de controle com a qual se deseja comparar as medidas de desfecho) obtiveram resultados semelhantes aos dos ECRs. Esses estudos mostraram diminuição dos sintomas de depressão^{57, 58, 60, 61, 62} e de TDAH,⁶¹ bem como aumento do funcionamento global⁶⁰ e das estratégias de enfrentamento (*coping*) de adaptação social.⁶² Três estudos foram realizados sobre o treinamento de habilidades em

TABELA 1.3. ECRs sobre DBT apenas com treinamento das habilidades

Diagnóstico/população do estudo	Grupo de comparação	Resultados significativos
TPB: 49 mulheres, 11 homens	Terapia de grupo padrão	As habilidades em DBT diminuíram sintomas depressivos e de ansiedade, irritabilidade, raiva, instabilidade emocional e abandono do tratamento ⁴³
TPB: 29 mulheres, 1 homem	Vídeo de controle	As habilidades em DBT aumentaram o conhecimento sobre elas e a confiança nas habilidades e diminuíram a intensidade emocional ⁴⁴
Bulimia nervosa: 14 mulheres	Controle de lista de espera	As habilidades em DBT diminuíram os comportamentos de compulsão e purgação e os sintomas depressivos ⁴⁵
Transtorno de compulsão alimentar: 101 indivíduos	Terapia de grupo como controle ativo	As habilidades em DBT diminuíram a compulsão alimentar ³⁹
Transtorno de compulsão alimentar: 22 mulheres	Controle de lista de espera	As habilidades em DBT diminuíram raiva, peso e preocupações com a forma e com a alimentação e aumentaram abstinência do comportamento de compulsão ⁴⁶
Transtorno depressivo maior: 24 homens e mulheres	Condição de controle	As habilidades em DBT diminuíram os escores de depressão e aumentaram o processamento da emoção ⁴⁷
Transtorno depressivo maior: 29 mulheres e 5 homens com mais de 60 anos	DBT + tratamento farmacológico vs. apenas tratamento farmacológico	As habilidades em DBT diminuíram os escores de sintomas depressivos em autoavaliações e aumentaram a completa remissão dos sintomas depressivos e de adição, as estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>) adaptativas ³⁸
Transtorno depressivo maior: 18 mulheres, 6 homens	Controle de lista de espera	As habilidades em DBT aumentaram o processamento emocional associado com decréscimos na depressão ⁴⁸
Transtorno bipolar: 26 adultos	Controle de lista de espera	As habilidades em DBT diminuíram sintomas depressivos e o medo direcionado e aumentaram as habilidades de <i>mindfulness</i> e a regulação emocional ⁴⁹
TDAH: 51 adultos	Grupo de discussão pouco estruturado	As habilidades em DBT diminuíram os sintomas de TDAH ⁵⁰
Transtornos relacionados ao álcool: 87 mulheres, 58 homens (todos em idade universitária)	BASICS ^a ; controle	As habilidades em DBT diminuíram os sintomas depressivos e os problemas decorrentes do uso de álcool e aumentaram a regulação emocional e o humor positivo ⁵¹
Reabilitação vocacional para transtornos mentais graves: 12 adultos	TAU	As habilidades em DBT diminuíram sintomas depressivos, desesperança, raiva e aumentaram a satisfação no trabalho e o número de horas trabalhadas ⁵²
Violência conjugal: 55 homens	Programa de manejo da raiva	As habilidades em DBT diminuíram o potencial de violência conjugal e a expressão da raiva ⁵³
Detentas com histórico traumático: 24 mulheres	Comparação sem contato	As habilidades em DBT diminuíram TEPT e depressivos e problemas no funcionamento interpessoal ⁵⁴
Detentos em sistemas prisionais: 18 mulheres, 45 homens	Manejo de casos	As habilidades em DBT diminuíram a agressividade, a impulsividade e a psicopatologia geral e aumentaram as estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>) ⁵⁵

^aBrief Alcohol Screening and Intervention for College Students (Breve Varredura e Intervenção sobre Álcool em Alunos de Ensino Superior, abordagem de redução de danos).

TABELA 1.4. Ensaios clínicos que não ECRs sobre DBT apenas com treinamento de habilidades

Diagnóstico/população do estudo	Grupo de comparação	Resultados significativos
Membros da família de indivíduos com TPB: 44 homens e mulheres	Sem grupo controle; desenho pré e pós-intervenção	As habilidades em DBT diminuíram pesar e esgotamento e aumentaram a maestria. Foram observadas mudanças maiores em mulheres. ⁵⁶
Membros da família de pessoas que tentaram o suicídio: 13 homens e mulheres	Desenho pré e pós-intervenção	As habilidades em DBT diminuíram a ansiedade, o esgotamento percebido pelo membro da família, o superenvolvimento emocional e aumentaram a saúde psiquiátrica global ⁵⁷
Condutas autolesivas sem intencionalidade suicida (CA-SIS): 32 mulheres, 2 homens	Desenho pré e pós-intervenção	As habilidades em DBT diminuíram o número de internações hospitalares, consultas ambulatoriais, e a psicopatologia em geral ⁵⁸
Criminosos condenados com deficiência intelectual diagnosticada: 7 mulheres e homens	Desenho pré e pós-intervenção	As habilidades em DBT diminuíram o risco dinâmico e aumentaram pontos fortes, habilidades de enfrentamento (<i>coping</i>) e funcionamento global ⁵⁹
TOD: 54 adolescentes masculinos e femininos	Desenho pré e pós-intervenção	As habilidades DBT diminuíram sintomas depressivos e comportamentos negativos e aumentaram comportamentos positivos (p. ex., comportamentos produtivos) ⁶⁰
TDAH: 8 adultos (homens e mulheres)	Desenho pré e pós-intervenção	As habilidades em DBT diminuíram os sintomas de TDAH e os depressivos ⁶¹
Vítimas de violência interpessoal: 31 mulheres	Desenho pré e pós-intervenção	As habilidades em DBT diminuíram sintomas depressivos, desesperança, sintomas graves de estresse e aumentaram a adaptação social ⁶²

DBT com famílias de indivíduos com muitos problemas complexos,^{56, 57, 58} e todos eles mostraram redução no pesar e na sensação de esgotamento. Poucos estudos têm sido publicados sobre o treinamento de habilidades para crianças; no entanto, no caso de crianças com transtorno de oposição desafiante (TOD), o treinamento de habilidades em DBT teve associação com reduções de sintomas depressivos internalizantes e externalizantes, diminuição nos comportamentos problemáticos e aumento nos comportamentos positivos.⁶⁰

A maioria desses estudos ofereceu apenas um componente da DBT: o treinamento de habilidades. Duas exceções foram apresentadas por Lynch e colaboradores (2007).³⁷ No primeiro estudo, as habilidades em DBT e o acompanhamento por *coaching* telefônico da DBT foram adicionados aos antidepressivos e comparados a apenas antidepressivos para uma amostra de idosos com transtorno depressivo maior. No segundo estudo, a DBT *standard* associada ao uso de medicação foi comparada a somente o tratamento farmacológico para uma amostra de idosos com transtorno depressivo maior e transtornos da personalidade comórbidos. Nos dois estudos, os autores constataram que o transtorno depressivo maior teve remissão com muito mais rapidez quando os indivíduos foram tratados com DBT associada a medicação do que apenas com tratamento farmacológico.

Os estudos com transtornos alimentares usaram somente adaptações do treinamento de habilidades em DBT.

Vários desses trabalhos não relataram quais habilidades da DBT foram usadas, dificultando a tarefa de determinar quais habilidades foram importantes em promover a mudança clínica. Apesar do treinamento de habilidades ter sido associado à redução da desregulação emocional em geral,⁶³ é necessário o desenvolvimento de mais pesquisas para determinar exatamente quais habilidades são necessárias e quais podem ser descartadas.

O próximo capítulo aborda questões essenciais no planejamento para conduzir o treinamento de habilidades, inclusive sugestões para planejar um currículo de treinamento de habilidades.

REFERÊNCIAS

1. Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
2. Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
3. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
4. Goldberg, C. (1980). The utilization and limitations of paradoxical interventions in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 287–297.

5. Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G., et al. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 106, 22445–22450.
6. Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 68–82.
7. Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359–408). Mahwah, NJ: Erlbaum.
8. Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
9. Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology*, 11(4), 375–424.
10. Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510.
11. Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1008–1013.
12. Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 1–9.
13. Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 537–571.
14. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(6), 412–416.
15. Maccoby, E. E. (1980). *Social development: Psychological growth and the parent-child relationship*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
16. Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 491–507). New York: Guilford Press.
17. Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971–974.
18. Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2014). *Dialectical Behavior Therapy for high suicide risk in borderline personality disorder: A component analysis*. Manuscript submitted for publication.
19. Stoffers, J. M., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Hubbard, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8), CD005652.
20. van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911–923.
21. Verheul, R., van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., de Ridder, M. A., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135–140.
22. Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371–390.
23. Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., O'Rourke, B., Morse, N., & Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 146–156.
24. Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E. (2012). A realworld study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 121–141.
25. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766.
26. Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487–499.
27. Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, (1), 35–45.
28. Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276–282.
29. McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., & McClellan, J. M. (2010). A pilot evaluation of dialectical behavioural therapy in adolescent long-term inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 193–196.

30. Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146–157.
31. Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 982–994.
32. Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233.
33. Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(5), 434–449.
34. Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292.
35. Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13–26.
36. Linehan, M. M., Lynch, T. R., Harned, M. S., Korslund, K. E., & Rosenthal, Z. M. (2009). *Preliminary outcomes of a randomized controlled trial of DBT vs. drug counseling for opiate-dependent BPD men and women*. Paper presented at the 43rd Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York.
37. Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2), 131–143.
38. Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33–45.
39. Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106–120.
40. Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 339–345.
41. Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233.
42. Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Weekly therapist ratings of the therapeutic relationship and patient introject during the course of dialectical behavioral therapy for the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 49(2), 231–240.
43. Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353–358.
44. Waltz, J., Dimeff, L. A., Koerner, K., Linehan, M. M., Taylor, L., & Miller, C. (2009). Feasibility of using video to teach a dialectical behavior therapy skill to clients with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 214–222.
45. Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634.
46. Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065.
47. Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 136–143.
48. Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 316–321.
49. Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145, 386–393.
50. Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., et al. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 175–185.
51. Whiteside, U. (2011). *A brief personalized feedback intervention integrating a motivational interviewing therapeutic style and DBT skills for depressed or anxious heavy drinking young adults*. Unpublished doctoral dissertation, University of Washington.
52. Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., O'Rourke, B., Morse, N., & Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 146–156.
53. Cavanaugh, M. M., Solomon, P. L., & Gelles, R. J. (2011). The Dialectical Psychoeducational Workshop (DPEW) for males at risk for intimate partner violence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, 7(3), 275–291.

54. Bradley, R. G., & Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 337–340.
55. Shelton, D., Sampl, S., Kesten, K. L., Zhang, W., & Trestman, R. L. (2009). Treatment of impulsive aggression in correctional settings. *Behavioral Sciences and the Law, 27*(5), 787–800.
56. Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., et al. (2005). Family connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process, 44*(2), 217–225.
57. Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research, 13*(3), 257–263.
58. Sambrook, S., Abba, N., & Chadwick, P. (2007). Evaluation of DBT emotional coping skills groups for people with parasuicidal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*(2), 241–244.
59. Sakdalan, J. A., Shaw, J., & Collier, V. (2010). Staying in the here-and-now: A pilot study on the use of dialectical behaviour therapy group skills training for forensic clients with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*(6), 568–572.
60. Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T., et al. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy, 44*(12), 1811–1820.
61. Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykier, P., Richter, H., Berner, M., et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252*(4), 177–184.
62. Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(3), 242–248.
63. Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*(9), 832–839.
64. Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: Randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(2), 162–173.
65. Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 151*(12), 1771–1775.
66. McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R., Korman, L., & Streiner, D. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1365–1374.