

Treinamento de habilidades em DBT para o transtorno de personalidade borderline e sintomas compatíveis em adultos: uma revisão sistemática

**DBT skills training for borderline personality disorder and compatible symptoms in adults:
a systematic review**

Camila da Silva Gonçalves^{1*}

¹ Artigo decorrente do Trabalho de Conclusão de Curso, da primeira autora, como requisito parcial para obtenção do título de bacharela em Psicologia pela Universidade La Salle. Bacharelada em Psicologia pela Universidade La Salle. E-mail: camila.goncalves0660@unilasalle.edu.br

Juliana Burges Sbicigo²

² Professora e orientadora do trabalho de conclusão de curso na Universidade La Salle. Doutora (2015) e Mestre (2011) em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2008). email: juliana.sbicigo@unilasalle.edu.br.

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo verificar a efetividade do treinamento de habilidades em DBT para o transtorno de personalidade borderline (TPB). Para isso, foi realizada uma revisão sistemática utilizando a combinação dos descritores “dbt skills training” AND “borderline personality disorder” AND “Effectiveness” e seus respectivos em português, nas bases de dados PubMed, Bvs e Scielo. Dos 50 artigos encontrados nas bases consultadas, 7 artigos foram selecionados após a análise completa. Os resultados apresentados nos estudos sugerem que o treinamento de habilidades em DBT traz impactos positivos para pacientes com TPB, como a redução de sintomas, menor dificuldade de regulação emocional, diminuição de ansiedade,

sintomas de depressão, diminuição da polifarmácia, entre outros benefícios. Conclui-se que o treinamento de habilidades em DBT pode ser parte de um modelo escalonado para pacientes com TPB em menor risco, uma alternativa atraente para ambientes de saúde mental comunitários com poucos recursos, que não conseguem oferecer a DBT standart. Um maior número de ensaios clínicos randomizados ainda são necessários para determinar a eficácia científica do treinamento de habilidades DBT nacionalmente e internacionalmente.

Palavras chaves: terapia do comportamento dialético, transtorno de personalidade borderline, efetividade.

Abstract

The present study aimed to verify the effectiveness of DBT skills training for borderline personality disorder (BPD). For this, a systematic review was carried out using the combination of the descriptors “dbt skills training” AND “borderline personality disorder” AND “Effectiveness” and their respective ones in Portuguese, in the PubMed, Bvs and Scielo databases. Of the 50 articles found in the databases consulted, 7 articles were selected after the complete analysis. The results presented in the studies suggest that DBT skills training has positive impacts for patients with BPD, such as reduced symptoms, less difficulty in emotional regulation, decreased anxiety, symptoms of depression, decreased polypharmacy, among other benefits. We conclude that DBT skills training can be part of a scaled-up model for lower-risk BPD patients, an attractive alternative for under-resourced community mental health settings that are unable to offer standard DBT. A greater number of randomized controlled trials are still needed to determine the scientific effectiveness of DBT skills training nationally and internationally.

Keywords: Dialectical behavior therapy, borderline personality disorder, effectiveness.

Introdução

A personalidade como conceito é um tema complexo que vem sendo estudado há algum tempo pelas ciências humanas por diversos autores. Os traços, uma das dimensões que compõem a

personalidade são comumente conhecidos como características cognitivas, emocionais e comportamentais relativamente estáveis e previsíveis que caracterizam o indivíduo e a forma que o mesmo se relaciona com o mundo (American Psychological Association [APA], 2014).

Willians e Simms (2018) consideram que traços de personalidade desadaptativos diretamente ou indiretamente levam a resultados negativos. De acordo com Ekselius (2018) os transtornos de personalidade são manifestações de traços extremos de personalidade que causam sofrimento e prejuízo significativo na vida cotidiana, limitações funcionais ou ambos. Sujeitos com transtornos de personalidade possuem experiências internas e comportamentos que se desviam acentuadamente das expectativas da cultura em que o indivíduo está inserido (APA, 2014).

Existem diversos modelos que visam diagnosticar transtornos de personalidade, como os híbridos, categorial, dimensionais, entre outros (Gasparetto & Hutz, 2017). Apesar da preferência clínica pelos modelos dimensionais, como o modelo dos cinco grandes fatores (Gasparetto & Hutz, 2017) e a crítica ao modelo categórico (Willians & Simms, 2017), o último é utilizado pelo Manual Diagnóstico Estatístico (DSM 5) para diagnosticar diferentes transtornos de personalidade.

Torgersen (2009) indica que o transtorno da personalidade mais prevalente na população geral como primeiro diagnóstico é o transtorno da personalidade borderline (TPB). Para que o TPB seja diagnosticado, é necessário que o sujeito preencha cinco dos nove critérios diagnósticos do DSM 5, que incluem sintomas como instabilidade emocional, sentimentos crônicos de vazio, comportamentos para evitar o abandono, relacionamentos intensos e instáveis, perturbação da identidade, impulsividade e reatividade do humor, comportamento suicidas e autolesivos, entre outros. Como todos os outros transtornos de personalidade, estes padrões podem surgir ainda na adolescência, mas tendem a se estabilizar no início da vida adulta (APA, 2014).

De acordo com Gunderson et. al. (2018), o TPB é caracterizado pela instabilidade no senso de si mesmo e nas relações interpessoais, e pela apresentação de emoções intensas e voláteis

juntamente com comportamentos impulsivos. Linehan (2010) descreve padrões comportamentais de indivíduos com TPB, com ênfase naqueles que possuem histórico de tentativas de suicídio e automutilação, apresentando: padrão de dificuldades globais em regular emoções negativas; tendência de invalidar ou não reconhecer as próprias respostas; expectativas e padrões elevados e irreais para o self; situações ambientais normalmente negativas, estressantes e frequentes; tendência de inibir ou controlar excessivamente as respostas emocionais, especialmente aquelas associadas ao luto ou a perdas; tendência de apresentar um estilo passivo de resolução de problemas interpessoais, com tentativas ativas de que outros resolvam o seu problema; desamparo aprendido, desesperança e competência aparente, entre outros. A autora conclui que o transtorno de personalidade borderline é um *“transtorno global da regulação e da experiência do self”*.

Sujeitos com este transtorno foram considerados, por muito tempo, como manipuladores, de difícil manejo e intratáveis pelos modelos terapêuticos da época (Cunha & Vandenbergue, 2016), fazendo com que o TPB seja considerado um grande desafio para os profissionais de saúde mental (Gunderson et. al., 2018) Apesar disso, o grande interesse pela temática se justifica pela grande prevalência do TPB em serviços especializados em saúde mental e consultórios particulares.

A prevalência média do transtorno da personalidade borderline na população geral é estimada em 1,6%, embora possa chegar a 5,9%. (Grant. et. al, 2008; APA, 2014). Estima-se que 11% de todos os pacientes psiquiátricos ambulatoriais e 19% dos pacientes psiquiátricos internados com alguma forma de transtorno da personalidade preencham critérios para o TPB, 33% dos pacientes ambulatoriais e 63% dos internados parecem preencher critérios para o Transtorno (Linehan, 2010). Prevalências similares são encontradas no DSM V (APA, 2014).

De acordo com Grant et. al (2008), o TPB é o transtorno de personalidade mais prevalente em ambientes clínicos e esta associado a utilização substancial de serviços de saúde, comprometimento funcional e altas taxas de mortalidade por suicídio. Apesar do grande sofrimento que o TPB traz ao sujeito, frequentemente os mesmos procuram tratamento devido ao

agravamento de outro transtorno mental (Gunderson et. al, 2018). Muitos pacientes com TPB apresentam comorbidades elevadas com outros transtornos, como distúrbios de sono, transtorno do estresse pós-traumático, fobia social, transtornos depressivos, TDAH e transtornos alimentares (Bohus & Reicherzer, 2017).

Achados na literatura também indicam associação entre TPB e o transtorno por uso de substância (Hasin et. al, 2011; Gonzales et. al, 2019). Apesar da interessante distinção entre transtornos concomitantes e comórbidos, Gunderson et. al (2018) afirma que pacientes com TPB podem apresentar transtornos do humor, como o transtorno depressivo maior (variando de 61% a 83% ao longo da vida) ou transtorno bipolar. 88% de indivíduos com TPB também podem apresentar transtornos de ansiedade. Uma história de trauma, central no diagnóstico de estresse agudo ou TEPT, também é comum em sujeitos TPB. O TDAH é relatado em cerca de 20% dos pacientes.

O TPB torna o seu tratamento e de outros transtornos mentais mais desafiador, contribuindo para a cronificação dos quadros clínicos. Apesar disso, o tratamento eficaz do transtorno pode diminuir a psicopatologia associada a ele (Gunderson et. al., 2018). Existem algumas terapias que demonstraram eficácia no tratamento do TPB, através de pelo menos um ensaio clínico randomizado. Atualmente, a Terapia Comportamental Dialética é a mais difundida e que apresenta maior suporte empírico para a redução de sintomas relacionados ao TPB. (Bohus & Reicherzer, 2017; Gunderson et. al. 2018)

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) foi criada por Marsha M. Linehan, em 1990 com o objetivo de tratar pacientes de alto risco, com múltiplos diagnósticos e desregulação emocional global grave, indivíduos que normalmente possuem Transtorno de Personalidade Borderline (Linehan, 2010; Bohus e Reicherzer, 2017). A DBT é baseada na teoria biossocial do funcionamento da personalidade e a visão de mundo a partir da qual se constrói é a “dialética”.

Na Dialética, enfatiza-se a interdependência e a totalidade. Entende-se que a realidade não é estática: compreende pólos opostos (tese e antítese), que integram-se criando uma síntese.

Assim, Linehan acredita que a identidade em si é relacional. A síntese em uma dialética contém elementos tanto da tese quanto da antítese, de modo que nenhuma das posições originais pode ser considerada ‘absolutamente verdadeira’. A cada nova síntese surge uma nova antítese e, assim, atua como uma nova tese. A verdade, portanto, não é nem absoluta e nem relativa; pelo contrário, ela evolui, desenvolve-se e é construída ao longo do tempo. O espírito do ponto de vista dialético é nunca aceitar uma verdade final ou um fato como incontestável. (Linehan, 2010) De acordo com a autora, a perspectiva dialética sugere que

dentro da disfunção, também existe função; que, dentro da distorção, existe precisão; e que, dentro da destruição, pode-se encontrar construção (...). No lugar de procurar a validade do comportamento atual do paciente na aprendizagem do passado, comecei a procurá-la e encontrá-la no momento atual. (Linehan, 2010, p. 45)

A Teoria Biossocial, dentro da DBT, é o modelo teórico que busca explicar a desregulação emocional. Este modelo baseia-se na premissa de que o TPB é, em essência, um transtorno de desregulação emocional. Para regular a emoção é preciso inibir o comportamento inapropriado e impulso relacionado a fortes emoções negativas, organizar-se internamente a fim de alcançar um objetivo externo, independente do humor, reduzir a excitação fisiológica intensa causada pela emoção e alternar o foco atencional na presença da emoção intensa (Linehan, 2018).

Na desregulação emocional estes comportamentos a fim de regular as emoções não são possíveis mesmo com os melhores esforços. Sendo assim, sujeitos com desregulação emocional são incapazes de regular ou alterar gatilhos emocionais e outros aspectos relacionados à experiência, como ações, respostas verbais, entre outros. A desregulação emocional generalizada ocorre quando esta incapacidade se apresenta em uma ampla gama de emoções e contextos diferentes (Koerner, 2020). De acordo com Linehan (2018) e Koerner (2020), a origem da desregulação emocional se dá pela interação entre a vulnerabilidade biológica e um ambiente invalidante.

Dornelles e Sayago (2015) afirmam que pessoas com vulnerabilidade emocional possuem uma disposição biológica a ter: 1) a sensibilidade aumentada, 2) a intensidade emocional elevada e 3) um lento retorno ao estado de calma. Os autores ponderam que apesar de existir ativação frente a estímulos emocionais, é muito importante que a vulnerabilidade emocional não seja entendida como o fator causal para o desenvolvimento da desregulação emocional.

Entende-se como ambiente social invalidante aquele que: invalida as emoções e não consegue modelar expressões emocionais adequadas ao contexto; reforça a ativação emocional intensa; ou possui um ajuste frágil entre o temperamento da criança e o estilo de cuidado dos pais (Linehan, 2018). Dessa forma, podemos definir que ambientes invalidantes são aqueles que comunicam que as respostas características das crianças às situações, principalmente as respostas emocionais, são erradas ou inapropriadas para aquela situação. Dessa forma, as expressões emocionais não são levadas a sério, podendo envolver uma simplificação excessiva dos problemas e das resoluções encontradas por essas crianças (Dornelles & Sayago, 2015). Com a interação entre o ambiente invalidante e a vulnerabilidade emocional, se tem instalado a desregulação emocional.

De acordo com Abreu e Abreu (2016), sempre equilibrando técnicas de aceitação com técnicas de mudança, o tratamento na Terapia Comportamental Dialética é dividido em três estágios: 1) alcançando as habilidades básicas, 2) redução do estresse pós traumático e 3) resolvendo problemas de vida e aumentando o respeito próprio. Com metas específicas, organizadas em forma de pré-requisitos, a aprendizagem de uma meta é a condição para que se consiga promover aprendizagens mais específicas dentro das metas seguintes, a serem atingidas. Sendo assim, entende-se a DBT como um tratamento modular baseado em princípios, desenvolvida para tratar pacientes com desregulação emocional intensa, muitos deles diagnosticados com transtorno de personalidade borderline.

O programa DBT Standart inclui terapia individual, treinamento de habilidades, coaching entre as sessões e equipe de consultoria para terapeutas. O tratamento tem como objetivo aumentar

e/ou ensinar comportamentos habilidosos; motivar o paciente; generalizar as habilidades aprendidas; motivar os terapeutas e auxiliar o indivíduo a reestruturar o ambiente externo rumo à suas metas (Linehan, 2018).

O treinamento de habilidades em DBT, componente do tratamento, tem como objetivo ensinar as competências necessárias para que os pacientes possam enfrentar seus problemas de forma mais efetiva (Dornelles & Sayago, 2015). O treinamento não funciona como um grupo terapêutico comum, mas como um espaço de aprendizado de competências novas. Por isso, a exposição de situações, pensamentos e sentimentos alheios ao conteúdo do grupo não são incentivadas. A meta principal 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, através do ensino de habilidades adaptativas, até então desconhecidas. (Linehan, 2018).

A proposta do grupo padrão propõe o ensino de quatro grupos de habilidades fundamentais: (1) Mindfulness, (2) Efetividade interpessoal; (3) Regulação emocional; e (4) Tolerância ao mal-estar. Diferentes maneiras de aplicar o protocolo do treino de habilidades DBT foram bem descritas por Linehan (2018, pp.105-118) no seu livro “Treinamento de habilidades DBT: manual do terapeuta”, que reúne 11 cronogramas, estruturado sessão por sessão, para diferentes programas de habilidades DBT. Este manual compilou, de maneira didática, as habilidades que devem ser utilizadas na maioria dos programas de seis meses, como habilidades de mindfulness, TIP, entre outras. Também incluiu cronogramas com uma duração menor, pensando nas possíveis restrições de tempo e populações específicas e um grande conjunto de habilidades adicionais que podem ser integradas, complementando as habilidades-padrão.

Apesar da ampla evidência da DBT Standard como tratamento para o TPB (McMain et. al., 2016; Linehan, 2018) o tratamento é complexo, oneroso e demanda profissionais bem treinados. Devido a isso, a DBT Standart não consegue ser entregue a todos os pacientes que precisam, gerando longas listas de espera (McMain et. al., 2016). O treinamento de habilidades

em DBT, como tratamento único, exige menos recursos e são mais fáceis de implementar do que tratamentos da DBT Standart (Stratton et. al., 2018; Keng et. al., 2021).

Alguns estudos no exterior demonstram a eficácia do treinamento de habilidades de DBT como um tratamento autônomo entre indivíduos com TPB (McMain et. al. 2016; Soler et al., 2009). Estudos brasileiros mostraram que o treinamento de habilidades em DBT adaptado pode produzir efeitos positivos na redução da gravidade da compulsão alimentar, na melhora de sintomas depressivos e no aumento de comportamentos alimentares adaptativos em indivíduos com obesidade (Cancian, 2016). Apesar disso, os estudos no Brasil ainda são incipientes.

Hipotetizamos que intervenções grupais, como o treinamento de habilidades em DBT, quando comprovadamente eficazes, apresentam um grande vantagem no custo-benefício do tratamento, podendo ser aplicados serviços públicos de saúde mental, onde tratamentos como a DBT Standart são de difícil acesso (Stratton et. al., 2018). Desse modo, faz-se necessário compreender de que forma o treinamento de habilidades em DBT é aplicado e quais são as evidências de sua efetividade para sujeitos com TPB.

Método

O presente artigo trata-se de uma revisão sistemática, elaborada conforme proposto por Hearst et. al (2003). Buscando responder a questão norteadora “qual a efetividade do treino de habilidades em DBT para adultos com transtorno de personalidade borderline e sintomas compatíveis?”, foi realizado um levantamento nas bases de dados BVS, Scielo e Pubmed dos artigos publicados entre 2017 e agosto de 2022. Foi utilizada a combinação dos descritores “dbt skills training” AND “borderline personality disorder” AND “Effectiveness” e seus respectivos em português.

Resultados

Da Busca de Artigos

Dos 50 artigos encontrados nas bases de dados consultadas, foram excluídos 13 artigos duplicados. Por meio da leitura dos títulos e resumos, foi realizada a triagem dos 37 materiais

restantes. Consideraram-se critérios de inclusão artigos que continham: (1) métodos empíricos avaliando a efetividade do treino de habilidades DBT; (2) participantes adultos que tenham o TPB ou traços compatíveis; (3) estudos que utilizaram o protocolo de treino em habilidades elaborado por Linehan (2015), adaptado ou não, que continham os 4 módulos de conteúdo do treino de habilidades DBT. Os critérios de exclusão foram (1) estudos realizados com adolescente e (2) estudos que utilizaram menos do que os 4 componentes do treinamento em habilidades DBT.

A análise dos artigos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, resultaram em 10 estudos para a análise de texto completo. Após a leitura completa dos textos, 7 artigos foram selecionados.

O Protocolo

Todos os estudos (n=7) citam Linehan (2010; 2018), como base para construção do treinamento de habilidades DBT, porém nem todos disseram quais habilidades foram utilizadas (n=2) (Kells et. al., 2020) (Heerebrand et. al, 2020).

Três artigos especificaram o cronograma 1 utilizado por Linehan (2018, pp. 105-106) como aquele aplicado no seu estudo (Lynn et. al., 2019; Kells et. al., 2020; Soler et. al, 2021). O cronograma 1 é utilizado por Linehan (2018) nos estudos de programas da DBT Standart desde 2006. O ensino de todas as habilidades dura 24 semanas e o programa é distribuído da seguinte forma: No primeiro encontro são expostas as diretrizes, metas e pressupostos do treinamento, após são realizadas duas sessões de mindfulness que se repetem ao inícios dos módulos de tolerância ao mal estar (6 semanas), regulação emocional (7 semanas) e efetividade interpessoal (5 semanas).

Neste programa, as habilidades de mindfulness, ou atenção plena, visam ensinar os participantes a observar e descrever eventos internos e externos, assim como envolver-se no momento presente. Desenvolvendo consciência sem julgamento, controle da atenção e senso de self. No módulo de tolerância ao mal estar são ensinadas habilidades para gerenciar crises e aceitar a realidade, a fim de manejar a alta excitação emocional. As habilidades de regulação emocional visam ajudar os participantes a identificar e descrever emoções, diminuindo a vulnerabilidade a

emoções desagradáveis e aumentando emoções agradáveis. Também aprendem a agir de forma efetiva independente das emoções. O último modo, efetividade interpessoal, tem como objetivo agir de forma assertiva nas relações interpessoais. Os participantes aprendem como: fazer pedidos, terminar relacionamentos, manter o auto-respeito, entre outras habilidades.

Embora o protocolo de 14 semanas usado no estudo de Keng et. al (2021) seja baseado no manual padrão de treinamento de habilidades DBT, exemplos específicos e culturalmente relevantes foram utilizados para explicar o significado e a relevância das habilidades DBT, para uma amostra de pacientes de maioria muçulmana. No estudo de Vasiljevic et. al. (2022), apenas as habilidades mais “centrais” do módulo de mindfulness (O que fazer, Como fazer, Mente sábia), de tolerância ao mal estar (Habilidades TIP, Distraindo-se, Aceitação radical, Redirecionando a mente, Meio sorriso e Mãos dispostas), de regulação emocional (Identificar e rotular emoções, Verificar os fatos, Ação oposta a emoções ineficientes) e de efetividade interpessoal (esclarecendo metas e prioridades, DEAR MAN, Validação) foram contempladas devido ao tempo reduzido. Nem todos estudos (n=2), especificaram quais habilidades foram utilizadas (Keng et. al. 2021; Vasiljevic et. al., 2022).

O protocolo proposto no estudo de Williams et. al. (2021), foi adaptado para abordar as habilidades no contexto parental e fornecer para mães, diagnosticadas com TPB, estratégias para apoiar o próprio desenvolvimento social e emocional de seu bebê. Dessa forma, enquanto a mãe realizava a sessão de treinamento de habilidades DBT, seus bebês foram cuidados por funcionários ou voluntários do local em que o estudo foi aplicado. Na conclusão de cada sessão de grupo, as mães se reuniram com seus bebês para realizar atividades estruturadas e praticar habilidades de DBT que haviam acabado de aprender na sessão formal de grupo.

As intervenções tiveram em média 20 semanas, variando entre 8 (Vasiljevic et. al., 2022) e 25 (Williams et. al., 2021). Os encontros semanais duraram entre 2h (Keng et. al. 2021; Soler et. al., 2021) e 3h (Heerebrand et. al, 2020), com um tempo médio de 2h35min de duração. A

maioria das intervenções foram realizadas de forma presencial (n=6), enquanto uma aconteceu na modalidade assíncrona e online (Vasiljevic et. al., 2022).

Efeitos Das Intervenções

O artigo de Keng et. al. (2021), teve como objetivo avaliar a viabilidade e o potencial de um grupo de habilidades em DBT, de 14 semanas, para pacientes diagnosticados com TPB, de maioria muçulmana na Malásia. Os resultados indicaram diminuições significativas nos sintomas de TPB, sintomas depressivos, estresse e dificuldades com a regulação emocional, bem como aumentos na autocompaixão e bem-estar pessoal. Houve uma tendência de redução na frequência e nos tipos de comportamentos autolesivos não suicidas, ideação suicida e sintomas de ansiedade do pré para o pós-intervenção. O nível de satisfação dos participantes em relação ao grupo de habilidades foi alto, com a maioria indicando que o grupo de habilidades teve um impacto positivo sobre eles.

Lyng et. al (2019) realizou um quase-experimento comparando o protocolo da DBT Standart versus treinamento de habilidades DBT. O objetivo do estudo era verificar possíveis diferenças entre os resultados dos respectivos grupos, sendo que um critério de exclusão do treinamento de habilidades DBT foi a gravidade dos sintomas borderline. As análises entre os resultados de ambos tratamentos identificaram diferenças significativas entre desesperança e dificuldades na regulação emocional, em que as pontuações foram significativamente mais baixas para os concluintes em 6 meses na condição de treinamento de habilidades DBT se comparado às pontuações da condição DBT Standard. Uma associação significativa foi encontrada entre melhora e condição de tratamento (treinamento de habilidades DBT) para dificuldades na regulação emocional. Não foram encontradas associações entre melhora e condição de tratamento para a gravidade dos sintomas limítrofes, psicopatologia geral, desesperança e ideação de suicídio. Cabe ressaltar que os participantes do estudo apresentaram mudanças confiáveis positivas, apesar de não estatisticamente significativas, em algumas áreas como: gravidade dos sintomas limítrofes (61% dos pacientes) e psicopatologia geral (57.9%).

114 participantes com TPB realizaram o treinamento de habilidades em DBT em um serviço de saúde mental em uma comunidade australiana, entre o período de 2010 e 2016, no artigo apresentado Heerebrand et. al. (2020). Os achados indicam que o treinamento de habilidades em DBT, além do tratamento habitual, pode resultar em redução nos sintomas de TPB, redução significativa na gravidade do sofrimento psicológico geral e da depressão e menor utilização de serviços de saúde pública, ao mesmo tempo em que demonstrou aumento da qualidade do estado pessoal geral. Os resultados indicaram grandes tamanhos de efeito em quatro das seis medidas utilizadas, com um número de concluintes tornando-se subclínicos em relação ao número de sintomas de TPB.

Vasiljevic et. al., 2022 teve como objetivo explorar se um breve programa de treinamento de habilidades em DBT, online e autoguiado, é aceitável, útil e não causa danos aos pacientes com TPB. Para isso, os autores recrutaram 9 participantes de uma lista de espera para DBT padrão em um Hospital Universitário na Suécia para participar do estudo, com suporte mínimo do terapeuta (além das entrevistas pré e pós intervenção, o terapeuta fornecia feedback online das tarefas de casa, antes de liberar o material para próxima semana), através de medidas quantitativas e principalmente qualitativas. O treino de habilidades em DBT autoguiado não pareceu prejudicial, porém as classificações de comportamento suicida e automutilação foram semelhantes pré e pós intervenção. Nas entrevistas, os participantes afirmaram que adquiriram novos conhecimentos e habilidades para gerenciar situações. Alguns relataram níveis reduzidos de automutilação. O tempo gasto no contato com o paciente foi curto, e alguns pacientes relataram dificuldades para praticar por conta própria. Várias sugestões de mudanças foram relatadas, mais comumente, os participantes declararam que queriam mais apoio do terapeuta.

Soler et. al. (2021) realizaram um estudo de coorte retrospectivo e naturalista, analisando os dados de 377 participantes, separados em grupo controle e grupo intervenção. O objetivo era verificar se o treinamento de habilidades em DBT pode reduzir a polifarmácia, que é tão comum a pacientes com TPB. Os participantes do grupo que receberam a intervenção estavam tomando, em

média, mais medicamentos do que os controles, com uma maior proporção de pacientes recebendo polifarmácia, além de maiores índices de medicação e carga de sedação. Ao final do estudo, os pacientes que participaram da intervenção experimentaram uma diminuição significativa no número de medicamentos prescritos, no uso de medicação e nos índices de carga de sedação, reduzindo significativamente o uso de benzodiazepínicos, estabilizadores de humor e antipsicóticos. O efeito da intervenção para todas as variáveis foi grande. No grupo controle, não foi observada diminuição do uso de medicamentos em nenhuma classe de medicamentos, levando os autores a concluir que o treinamento de habilidades DBT leva a desprescrição, como hipotetizado.

No estudo piloto de Williams et. al. (2018), um treinamento de habilidades em DBT, adaptado para trabalhar a relação mãe-bebê, resultou em uma melhora significativa em todas as medidas de saúde mental exploradas, assim como uma melhor confiança parental e no relacionamento mãe-bebê. Em um novo estudo, Williams et. al. (2021) buscou explorar se há melhoras na saúde mental da mãe, bem como na sua maternidade, com avaliação adicional do impacto nos resultados da saúde mental da criança. Assim como no estudo anterior, houve melhorias significativas em todas as medidas de saúde mental materna, com as mulheres relatando menos sintomas de depressão, ansiedade e sintomas de TPB. O tamanhos de efeito foi entre moderado a grande para todas as escalas. As participantes também usaram habilidades de DBT com mais frequência e apresentaram menos comportamentos disfuncionais.

Da mesma forma, os resultados das medidas de competência parental, estresse parental e capacidade reflexiva avaliadas foram significativos. As mães relataram sentir maiores níveis de autoeficácia, satisfação derivada do papel parental e interesse na parentalidade pós-grupo. Apesar disso, não houve diferenças significativas na qualidade da interação mãe-bebê.

O quase-experimento, realizado por Kells et. al. (2020), avaliou o impacto do treinamento de habilidades DBT para participantes que possuem o diagnóstico de TPB (ou traços emergentes), mas que não realizam ativamente comportamentos autolesivos ou possuem comportamento

suicida. Medidas para avaliar dificuldades de regulação emocional, mindfulness e formas de enfrentamento foram utilizadas. Houve redução na dificuldade de regulação emocional e no enfrentamento disfuncional, além de um aumento no uso de habilidades de mindfulness e DBT.

Desistências

É possível constatar que as taxas de desistência em alguns programas foi alta (n=2) (Lyng et. al., 2019; Kells et. al., 2020), chegando a 49% em (Kells et. al., 2020). Outros estudos tiveram taxas de desistência moderadas (n=2), sendo 27,8% para Heerebrand et. al. (2020) e 29% para Williams et. al. Ao contrário dos outros estudos, Keng et. al. (2021). encontrou baixas taxas de desistência (5%), porém a duração da intervenção foi reduzido (14 semanas) e o número dos participantes (20 participantes) foi menor do que a maioria das intervenções realizadas.

No estudo de Lyng et. al. (2019), a desistência foi significativamente associada à condição de tratamento, visto que 38,2% dos pacientes na condição de treinamento de habilidades DBT abandonaram a intervenção antes de 6 meses em comparação com 16,7% na condição de DBT Standart. Não foram encontradas diferenças significativas nas medidas sociodemográficas dos concluintes e não concluintes, assim como no estudo de Kells et. al. (2020).

Discussão

Os resultados apresentados sugerem que o treinamento de habilidades DBT traz resultados positivos para pacientes com TPB, como a redução de sintomas de TPB, menor dificuldade de regulação emocional, diminuição de ansiedade, sintomas de depressão, entre outros (Lyng et. al., 2019; Heerebrand et. al., 2020; Kells et. al., 2020; Keng et. al., 2021; Williams et. al., 2021).

O único estudo que visou explorar a aceitabilidade e efeito de um treinamento de habilidades em DBT breve, na modalidade online e autoguiado, não mostrou resultados positivos em relação aos sintomas de TPB. Devido ao pequeno número de participantes, os resultados do estudo foram interpretados como preliminares e exploratórios (Vasiljevic et. al. 2022).

Heerbrand et. al. (2020) apresenta resultados promissores quando indica no seu estudo que um número de participantes tornaram-se subclínicos para o número de sintomas de TPB, além de

uma redução sintomatológica de efeito grande em quatro das seis medidas utilizadas. Uma fonte potencial de confusão dos resultados deve-se aos participantes continuarem envolvendo-se com o tratamento habitual externo (que pode ser psicológico e/ou psicofarmacológico) concomitante ao grupo. A extensão deste contato foi desconhecida aos autores e pode ter variado na amostra. Contudo, o grupo de controle (lista de espera) não apresentou melhora nos sintomas TPB, o que corrobora que a participação no treinamento de habilidades DBT está relacionada à melhora se comparado apenas ao tratamento habitual.

Os resultados de Soler et. al. (2021) indicaram que o treinamento de habilidades DBT é uma estratégia eficaz para reduzir a polifarmácia em pacientes com TPB, enquanto o estudo de Williams et. al. (2021) mostrou resultados positivos acerca da parentalidade e a capacidade reflexiva de mães com TPB.

Conforme expõem alguns autores, o fornecimento da DBT Standart é caro e intensivo em recursos, tornando-se uma intervenção escassa em serviços públicos de saúde mental. Devido a isso, os centros que oferecem a DBT Standart tendem a priorizar indivíduos com maior gravidade, em preterimento daqueles que apresentam menos risco (Kells et. al., 2020; Keng et. al, 2020; Williams et. al., 2021)

Lyng et. al (2019) e Heerebrand et. al. (2020) indicam o uso do treinamento de habilidades DBT como um modelo escalonado, adequado para pacientes menos graves e sem risco de suicídio eminente. Assim, em ambientes com poucos recursos, as intervenções intensivas como a DBT Standart podem ser reservadas para pessoas com TPB complexo e mais grave.

Cabe ressaltar que a desistência de alguns estudos foi alta, chegando a quase metade dos participantes na intervenção de Kells et. al (2020). Segundo Gunderson et. al. (1989) indivíduos diagnosticados com TPB tendem a apresentar taxas mais altas de abandono do tratamento do que indivíduos com outros transtornos psicológicos.

Uma meta-análise recente indicou que os tratamentos baseados em evidências para o TPB estão associados a uma taxa de retenção de 71% em programas com duração de 12 meses ou

mais e 75% para tratamentos mais breves (menos de 6 meses) (Barnicot et. al., 2011). Essa melhora significativa nas taxas de retenção provavelmente está ligada ao desenvolvimento de tratamentos baseados em evidências especificamente para este público (Stratton et. al., 2018). Contudo, a referida meta-análise encontrou um alto grau de variabilidade entre os estudos, o que pode ser visto na presente revisão (5%-49%).

É interessante notar que os treinamentos de habilidades em DBT em ambos estudos que obtiveram a maior taxa de desistência (Lyng et. al., 2019; Kells et. al., 2020) foram oferecidos para participantes com TPB que apresentam níveis menos graves de comportamentos de risco. Soler et. al. (2021) constataram que pacientes que participaram da intervenção tiveram maiores pontuações totais em escalas que indicam maior gravidade de sintomas TPB. Da mesma forma, Lyng et. al. (2019) encontrou diferenças significativas entre os que concluíram o tratamento e os que abandonaram o tratamento em relação ao histórico anterior de uso de um departamento de emergência para autolesão, que foi mais frequentemente utilizado pelos que completaram o tratamento na condição treinamento de habilidades DBT.

Uma hipótese possível é de que pacientes com sintomas de TPB mais graves podem estar mais motivados para mudar e, portanto, mais propensos a participar de um programa de treinamento de habilidades para aprender como gerenciar melhor sua condição, sem a necessidade de que a motivação para permanecer em tratamento seja continuamente abordada por um terapeuta individual. A menor taxa de duração do treinamento também pode estar relacionada a uma menor taxa de abandono (Keng et. al. 2021, Vasiljevic et. al. 2022).

Um estudo realizado por Stratton et. al. (2018) investigou se havia preditores de desistência no ensaio clínico randomizado realizado por McMMain et al., 2016, que verificou a eficácia do treinamento de habilidades em DBT de 20 semanas. De 42 participantes, a taxa de abandono no programa foi de 30.9%, e o recebimento de benefícios assistenciais por incapacidade esteve significativamente associado ao abandono do tratamento. Porém, o recebimento de benefícios assistenciais não foram citados com uma variável nos artigos analisados.

Pesquisas futuras poderão avaliar os fatores relacionados à desistência do treinamento e abordar tanto as variáveis dos participantes quanto do processo, em pesquisas quantitativas e qualitativas. Esses estudos, portanto, poderão fornecer os melhores indicadores de retenção para participantes em treinamento de habilidades em DBT.

Conclusão

Esta revisão aponta que o treinamento de habilidades em DBT é uma alternativa viável e efetiva para tratar os sintomas relacionados ao TPB e a polifarmácia, tão comum a esta população. Este programa é principalmente atrativo para ambientes comunitários e com poucos recursos, que se veem impossibilitados de oferecer a DBT Standart, como no Brasil.

Espera-se que esta revisão possa ser vista como um ponto de partida para a elaboração de projetos e intervenções que contemplem a DBT, intervenção amplamente consolidada no exterior, em espaços de saúde mental comunitários brasileiros. Como apontado nos estudos, o treinamento de habilidades em DBT pode ser parte de um modelo escalonado, que atenda paciente de menor risco, que não possuem necessidade de internação por comportamento autolesivo ou ideação suicida.

Finalmente, um maior número de ensaios clínicos randomizados ainda são necessários para determinar a eficácia científica do treinamento de habilidades DBT internacionalmente. Espera-se que, estudos futuros também comecem a investigar o impacto do treinamento de habilidades DBT para participantes com TPB na população brasileira.

Referências

- Abreu, P. R., Abreu, J. H. dos S. S. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo?. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 18(1): 45–58. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.831>
- American Psychological Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V* (5ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 327–338. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x
- Bohus, M.; Reicherzer, M. (2017) Como lidar com o transtorno de personalidade limítrofe - Borderline (4 ed.) São Paulo: Hogrefe.
- Cancian, Ana Carolina Maciel. (2016). Efeitos De Uma Intervenção Baseada No Treinamento De Habilidades Da Terapia Comportamental Dialética Em Indivíduos Com Obesidade. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul). Recuperado em <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/9804>
- Cunha, O. R. da, & Vandenberghe, L. (2016). O Relacionamento Terapeuta-Cliente e o Transtorno de Personalidade Borderline. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 18(1): 72–86. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.833>
- Ekselius L. (2018). Personality disorder: a disease in disguise. *Upsala journal of medical sciences*, 123(4): 194–204. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1526235>
- Dornelles, V. G., Sayago, C. W. (2015) Terapia Comportamental Dialética: Princípios e Bases do Tratamento. Santos, P. L, Gouveia, J. P. e Oliveira, M. S. Terapias Comportamentais de Terceira Geração: guia para profissionais. Novo Hamburgo: Synopsis Editora.
- Gasparetto, Letícia Garibaldi, & Hutz, Claudio Simon. (2017). Neuroticismo em pacientes com transtorno da personalidade borderline hospitalizados. *Avaliação Psicológica*, 16(4): 444-451. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1604.12839>
- González, E., Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., & Basurte, I. (2019). Coexistence between personality disorders and substance use disorder. Madrid study about prevalence of dual pathology. *Actas espanolas de psiquiatria*, 47(6): 218–228.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the

- Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Gunderson JG., Frank AF., Ronningstam EF., Wachter S., Lynch VJ., Wolf PJ. (1989) Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis.* 77:38–42.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Blanco, C., & Grant, B. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of general psychiatry*, 68(11): 1158–1167. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.136>
- Heerebrand, S. L., Bray, J., Ulbrich, C., Roberts, R. M., & Edwards, S. (2021). Effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group for adults with borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 77(7): 1573–1590. <https://doi.org/10.1002/jclp.23134>
- Hearst, N.; Grady, D.; Barron, H. Y. & Kerlikowske, K. (2003). Pesquisas com dados existentes: Análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas. Em: S. B. Hulley; S. R. Cummings; W. S. Browner; D. G. Grady & T. B. Newman. *Delineando a pesquisa clínica* (2 ed.) (pp. 225-244). Porto Alegre: Artmed.
- Keng, S. L., Mohd Salleh Sahimi, H. B., Chan, L. F., Woon, L., Eu, C. L., Sim, S. H., & Wong, M. K. (2021). Implementation of brief dialectical behavior therapy skills training among borderline personality disorder patients in Malaysia: feasibility, acceptability, and preliminary outcomes. *BMC psychiatry*, 21(1): 486. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03500-y>
- Koerner, K. (2020). *Aplicando a Terapia Comportamental Dialética: um guia prático*. Novo hamburgo: Sinopsys Editora.

- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: Guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M. (2018). *Treinamento de habilidades em DBT : manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta*. 2. ed. Porto Alegre : Artmed.
- Lyng, J., Swales, M. A., Hastings, R. P., Millar, T., Duffy, D. J., & Booth, R. (2020). Standalone DBT Group Skills Training Versus Standard (i.e. All Modes) DBT for Borderline Personality Disorder: A Natural Quasi-experiment in Routine Clinical Practice. *Community mental health journal*, 56(2): 238–250. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00485-7>
- McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. L. (2016). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(2): 138–148.
doi:10.1111/acps.12664
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Pérez, V. (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, 353–358. doi:10.1016/j.brat.2009.01.013
- Stratton, N., Mendoza Alvarez, M., Labrish, C., Barnhart, R., & McMain, S. (2020). Predictors of Dropout From a 20-Week Dialectical Behavior Therapy Skills Group for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 34(2): 216–230. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_391
- Torgersen S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian journal of psychology*, 50(6): 624–632. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x>
- Vasiljevic, S., Isaksson, M., Wolf-Arehult, M., Öster, C., Ramklint, M., & Isaksson, J. (2022). Brief internet-delivered skills training based on DBT for adults with borderline personality disorder - a feasibility study. *Nordic journal of psychiatry*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2055791>

Sved Williams, A., Osborn, A., Yelland, C., & Hollamby, S. (2021). Changing intergenerational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Archives of women's mental health*, 24(4): 641–648.
<https://doi.org/10.1007/s00737-021-01119-2>

Williams, T. F., & Simms, L. J. (2018). Personality traits and maladaptivity: Unipolarity versus bipolarity. *Journal of personality*, 86(5): 888–901. <https://doi.org/10.1111/jopy.12363>