

Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo?

Dialectical behavior therapy: a behavioral or cognitive protocol?

Paulo Roberto Abreu ✉

Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba (IACC)

Juliana Helena dos Santos Silvério Abreu ✉✉

Departamento de Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo e Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba (IACC)

RESUMO

A terapia comportamental dialética (DBT) é um protocolo clínico inicialmente desenvolvido para o tratamento de comportamentos suicidas e parasuicidas, e posteriormente estendido para algumas psicopatologias, como o transtorno da personalidade borderline. O tratamento envolve a aprendizagem de comportamentos pré-requisitos, divididos nos estágios (1) “alcançando as habilidades básicas”, (2) “redução do estresse pós-traumático” e (3) “resolvendo problemas de vida e aumentando o respeito próprio”. O presente artigo analisa se, e em que medida, a DBT preenche os critérios filosófico-aplicados de inclusão nas terapias baseadas na análise do comportamento. Para isso analisou sua concepção filosófica de base, bem como as estratégias de avaliação e intervenção. Argumentou-se que o embasamento filosófico adotado se aproxima do behaviorismo, devido a sua definição de comportamento, concepção de causas e de seleção. Foram identificadas também estratégias de avaliação e intervenção, com foco na aceitação e na mudança, baseadas em análises funcionais, no reforçamento e na modelagem para a aprendizagem de novas habilidades.

Palavras-chave: terapia comportamental dialética; behaviorismo; análise do comportamento; análise funcional do comportamento; transtorno de personalidade borderline.

ABSTRACT

The dialectical behavior therapy (DBT) is a clinical protocol originally developed for the treatment of suicidal and parasuicidal behaviors, and later extended to psychopathology as the borderline personality

✉ pauloabreu@iaccsul.com.br

✉✉ julianahelena@iaccsul.com.br

disorder. Treatment involves learning prerequisites behaviors, divided in stages (1) “attaining basic capacities” (2) “reducing posttraumatic stress” and (3) “increasing self-respect and achieving individual goals”. This article examines whether and how DBT meet the philosophical and applied criteria for inclusion in therapies based on behavior analysis. We revised philosophical conception basis as well as the assessment and intervention strategies. It is argued that the philosophical foundation approaches behaviorism, due to its behavior definition, conceptions of causes and selection. We also identified assessment and intervention strategies, focusing on acceptance and change, based on functional analysis, reinforcement and shaping for learning new skills.

Key words: dialectical behavior therapy; behaviorism; behavior analysis; functional analysis of behavior; borderline personality disorder.

As terapias comportamentais contemporâneas surgiram na década de 80 apresentando intervenções baseadas em evidência para transtornos psiquiátricos como abuso de substâncias, tabagismo, psicose, depressão maior, transtornos alimentares, uma variedade de transtornos de ansiedade, transtorno bipolar, bem como para problemas não-psiquiátricos, como o medo de falar em público, o estresse no trabalho, a dor crônica, **problemas de casais e os problemas de inter-relacionamento** (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero, 2004). Jacobson (Martell, Addis, & Jacobson, 2001) definiu as novas intervenções clínicas como compoendo uma terceira onda de terapias comportamentais, também referida como terceira onda de terapias cognitivas e comportamentais (Hayes, 2004). Hayes (2004) descreve a terceira onda:

“Baseada em uma abordagem empírica, focada em princípios, a terceira onda de terapia comportamental e cognitiva é particularmente sensível ao contexto e função dos fenômenos psicológicos, e não somente a sua forma, e assim tende a enfatizar as estratégias contextuais e experimentais de mudança em adição às estratégias mais diretas e didáticas.”

Estes tratamentos procuram antes construir repertórios mais amplos, flexíveis e efetivos, no lugar de uma abordagem para problemas estritamente definidos, e assim eles enfatizam a relevância das questões examinadas para os clínicos, bem como para os clientes. A terceira onda reformula e sintetiza as gerações comportamentais e cognitivas prévias e as estendem para além de questões, assuntos, e domínios previamente abordados pelas outras tradições, na esperança de avançar os entendimentos e resultados (p. 658).

Em comum, essas terapias utilizam princípios baseados na ciência da Análise do Comportamento para a avaliação funcional e a intervenção, priorizando o papel preponderante das contingências de reforçamento na mudança clínica. Nesse sentido as terapias de terceira onda romperam com as intervenções das terapias cognitivas tradicionais que enfatizavam a correção de pensamento como sendo necessária para a mudança clínica (e.g., Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck, Freeman, A., & Associates, 1990; Ellis, 1962, 1973). Contudo, o novo movimento não rompeu com a necessidade de continuar dialogando com uma comunidade de

cientistas e aplicadores muito mais ampla do que a comunidade de analistas de comportamento. Isso porque, como o próprio adjetivo sugere, uma terceira onda vem com inovações, porém nunca desarticulada das contribuições culturais de uma primeira ou de uma segunda onda.

Um reflexo da influência das gerações anteriores de terapias foi à adoção de metodologias de pesquisa de grupo, com controles estatísticos, como as tradicionalmente adotadas nos ensaios clínicos randomizados (ECR). Os ECRs têm sido o padrão ouro na investigação da efetividade dos protocolos aplicados a problemas de comportamento específicos, e dada a sua complexidade, **têm sido a via árdua de acesso ao universo das terapias** cognitivas e comportamentais baseadas em evidências (Lars-Göran Öst, 2008). No sistema de saúde privado dos Estados Unidos (*manage care*) o interesse do mercado pelas terapias baseadas em evidência e os financiamentos científicos se tornaram condicionais aos bons resultados nos ECRs (Neno, 2005).

As terapias de terceira onda adotam termos **técnicos que se situam em um *continuum*** entre os termos básicos (e.g., reforçamento) e os termos da “psicologia senso-comum” (e.g., *mindfulness*, aceitação, qualificação) Esses termos têm sido referidos na literatura como *middle-level terms* (McEnterggart, Barnes-Holmes, Hussey, & Barney-Holmes, 2015), e foram adotados para fins de comunicação, pelo fato da clínica psicológica ser um campo multidisciplinar de atuação.

Outro ponto em comum entre as terapias de terceira onda é a adoção de bases filosóficas contextualistas, norteadoras das aplicações e da

pesquisa científica, a exemplo do behaviorismo radical (Kohlenberg & Tsai, 1991), da dialética (Linehan, 1993a, b) e do funcionalismo contextual (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Martell et al., 2001). Essas filosofias, ainda que sejam diferentes em algumas características, trazem em comum a concepção central de interação comportamento-ambiente como foco da delimitação do fenômeno psicológico.

Dentre as terapias citadas como sendo de terceira onda, destaca-se a terapia comportamental dialética (DBT). A DBT **é um protocolo de atendimento em clínica, criado** pela psicóloga estadunidense Marsha Linehan, e divulgada (mas não publicada) inicialmente em 1984 como estratégia orientada a modificar comportamentos de suicídio e parassuicídio (Dimeff & Koerner, 2007). Posteriormente a autora publicou dois livros apresentando um protocolo desta terapia aplicada a clientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline (TPB), já que ao longo dos anos de estudo foi reconhecendo grande prevalência de comportamentos suicidas e parassuicidas nessa população. O primeiro livro, chamado *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* (Linehan, 1993a), descreve as diretrizes conceituais e aplicadas de atendimento, e o outro livro, intitulado *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, prescreve o treinamento de habilidades específicas a ser realizado com as clientes borderlines¹ (Linehan, 1993b). Os títulos sugerem forte compromisso com as terapias cognitivo-comportamentais, tradição científico-aplicada tida como *mainstream* em psicoterapia quando da **época de publicação do protocolo**.

¹ Em sintonia com os trabalhos sobre a DBT, ao longo de todo o artigo será adotado também o termo cliente no feminino devido a maior prevalência de mulheres com o diagnóstico do TPB.

Sempre equilibrando técnicas de aceitação com técnicas de mudança, o protocolo foi dividido em três estágios (Linehan, 1993a), com metas comportamentais específicas, organizadas em forma de pré-requisitos, em que a aprendizagem de uma meta é condição para que se consiga promover aprendizagens mais específicas dentro das metas subsequentes.

O estágio 1, chamado de “alcançando as habilidades básicas” é composto de metas terapêuticas, como “reduzir comportamentos de suicídio ou parassuicídio”, “reduzir comportamentos que interferem na terapia”, “reduzir comportamentos que interferem na qualidade de vida” e a “promoção de habilidades”. Por redução de comportamentos suicidas a autora entende que toda a forma de ameaça, plano, ideação ou tentativa de suicídio deve ganhar prioridade máxima no tratamento. Assim também deve ser priorizada a redução da frequência dos comportamentos parassuicidas sem intenção de morte (também chamados de comportamentos de auto-agressão não suicidas ou NSSI), como o cortar-se com lâminas, a ingestão de vidros, ou o queimar-se com pontas de cigarros. A segunda meta dentro do estágio 1, focada em reduzir os comportamentos que interferem na terapia, aborda comportamentos como o isolar-se durante a sessão, a recusa em trabalhar na terapia, o mentir, não falar, retrair-se emocionalmente, ou discutir incessantemente as afirmações do terapeuta. A terceira meta tem o objetivo de diminuir comportamentos que interferem com a qualidade de vida, como o abuso de substâncias, as dificuldades financeiras extremas, o comportamento sexual de risco, os comportamentos inadequados relacionados à doença, a negligência com cuidados de saúde mental, os relacionamentos abusivos, dentre outros. E como última meta estágio 1, a promoção de habilidades envolve a aprendizagem

de habilidades fundamentais para o TPB, como as de mindfulness (e.g., aprender a prestar a atenção, a descrever os eventos abertos encobertos), as de tolerância ao estresse (e.g., habilidade que guarda proximidade com a aceitação), as habilidades de regulação das emoções (e.g., identificar a emoção e as variáveis que a mantém), as de eficácia interpessoal (e.g., assertividade, resolução de problemas interpessoais) e ainda as de autocontrole (e.g., auto-manejo de contingências).

O estágio 2, intitulado de “redução do estresse pós-traumático”, foca na meta de descrever e aceitar as interações aversivas “traumáticas” que comumente clientes com TPB passaram em sua história de vida, a exemplo do abuso sexual. Nesse estágio a cliente é levada a lembrar e aceitar eventos traumáticos e sintetizar as interpretações sobre abuso físico ou psicológico. Ainda, outros eventos “traumáticos” são abordados, como a separação, as perdas de entes queridos, a mudança, os ataques “alcoólicos” dos cuidadores, e as ameaças traumáticas dos pares.

Por fim o estágio 3, intitulado “resolvendo problemas de vida e aumentando o respeito próprio”, utiliza a interação entre terapeuta e cliente como ambiente em que o terapeuta reforça os comportamentos da cliente relacionados a capacidade de confiar em si mesmo, validar as próprias opiniões, emoções e ações, independente do terapeuta. Nesse estágio também são abordados alguns valores particulares de vida da cliente, identificados nessa fase ou ao longo da terapia, como estudar, trabalhar, constituir família, ser uma boa mãe, dentre outros.

Em conjunto, os três estágios encerram uma proposta de tratamento ampla, desde a sua concepção de etiologia para o TPB, até designação do papel de

cada profissional de saúde envolvido na aplicação do protocolo. A DBT vem sendo apresentada junto a diferentes audiências científico-profissionais. São terapeutas cognitivo-comportamentais, terapeutas comportamentais de terceira onda e médicos de orientação biológica. Muitas audiências refletem igualmente as muitas influências de sua autora. Segunda Linehan e Dexter-Mazza (2008) embora a DBT tenha bases behavioristas consistentes, os procedimentos e estratégias coincidem com as empregadas em terapêuticas alternativas, como as terapias centradas no cliente, psicodinâmica, estratégica e cognitiva. Depreende-se daí, que dado essa influência, a autora fosse empregar termos não behavioristas em muitas nomenclaturas dentro do protocolo, como os *middle-level terms* (McEnterggart et al., 2015).

Mas dadas as múltiplas influências, seria possível realmente concluir que a DBT é uma terapia baseada na análise do comportamento? Sua filosofia subjacente seria compatível com o behaviorismo radical de B. F. Skinner? Com que trabalha o terapeuta DBT, cognição ou comportamento? Os métodos de avaliação e intervenção são compatíveis com as abordagens funcionalmente-orientadas das terapias comportamentais? O presente artigo discute e tenta responder essas questões.

ASPECTOS FILOSÓFICOS

No empreendimento científico das terapias de terceira onda, indiferentemente do campo da investigação, normalmente foi necessário uma delimitação inicial através da formulação ou adoção de postulados ou temas de interesse. E ainda, para acessar um sistema teórico, houve que existir algumas regras de evidência ou critérios de verdade que permitiram dizer que uma dada concepção, ou conjunto de con-

cepções, eram melhores do que outras (Hayes, et al., 1999). Assim o papel da filosofia na base teórica das novas terapias comportamentais tem sido não de coadjuvante, mas de protagonista para a organização das concepções de pesquisa e de aplicação. Da mesma forma a DBT foi organizada, baseando-se em postulados adaptados da filosofia dialética (Linehan, 1993a; Linehan & Dexter-Mazza, 2008).

Sobre a definição de comportamento

A taxonomia de Linehan (1993a) para o comportamento é semelhante à de autores cognitivo-comportamentais, dividindo-o didaticamente em sistemas, como o comportamento motor (e.g., movimentos), o comportamento cognitivo-verbal (e.g., pensamento, solução de problemas) e o comportamento fisiológico (e.g., atividades do sistema nervoso central). Contudo a autora enfatiza que, ao contrário da concepção cognitiva clássica (e.g., Beck, et. al, 1990; Beck et al., 1979; Ellis, 1962, 1973), nenhum nível de comportamento é superior ao outro. A DBT não considera, por exemplo, que uma desregulação emocional no TPB seja invariavelmente causada pelos pensamentos. Ressalta a autora que “isso não quer dizer que, em certas condições, as atividades cognitivas não influenciem os comportamentos motores ou fisiológicos, bem como a ativação de comportamentos emocionais” (Linehan, 1993a, p. 38)”.

Cumprir pontuar que ao afirmar a equidade entre os sistemas comportamentais, Linehan (1993a) ressalta que mais importante do que assumir a causalidade de um sistema sobre o outro, é entender sob quais condições uma determinada relação comportamento-comportamento se sustenta (e.g., pensamento-comportamento aberto), ou sob quais condições essa relação indica o sentido da influência causal, de um sobre o outro, na etiologia do TPB (Linehan & Dex-

ter-Mazza, 2008). Para a DBT, dividir o comportamento em sistemas é algo arbitrário, sendo portanto, apenas recortes de análise feitos por conveniência do observador (Linehan, 1993a). Linehan (1993a) afirma que o funcionamento humano é contínuo, e que qualquer resposta envolve o sistema humano como um todo, pois mesmo subsistemas compartilham circuitos neurais, ou vias neurais interconectadas.

Ao seu tempo Skinner também definiu o comportamento como objeto de estudo legítimo da psicologia, apresentando um conceito de comportamento, em que respostas motoras, cognitivas ou fisiológicas, teriam suas funções identificadas nas relações estabelecidas com o ambiente (Skinner, 1953/1965). Interessa para a análise do comportamento skinneriana estudar o comportamento de *organismos intactos*, no sentido de que variáveis biológicas são constitutivas, mas não definidoras do fenômeno comportamental (Tourinho, Texeira, & Maciel, 2000). É possível concluir dessas análises pela existência de uma aproximação entre as concepções relacionais de comportamento de Linehan (1993a) e de Skinner (1953/1965; 1974/1976).

Sobre as causas do comportamento

A DBT apresenta uma concepção causal particular de comportamento no entendimento do TPB. Ela define o TPB, pautada em parte nos critérios topográficos trazidos inicialmente no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 3º edição revisada, e em parte nas observações empíricas de sua autora, embasadas por interpretações de causalidade biosociais, em que através das interações, organismo e ambiente social se adaptam e influenciam um ao outro (Linehan & Dexter-Mazza, 2008). A autora chamou o seu modelo de transacional ou dialético, por entender que os fenômenos compor-

tamentais seriam caracterizados pela interdependência recíproca entre comportamento e ambiente (Linehan, 1993a). Essa proposta etiológica para o TPB, conforme especifica Linehan (1993a), rompeu com o modelo causal de diátese ao estresse, tido como o mais ubíquo em psiquiatria por afirmar que uma predisposição orgânica/desenvolvimental e o estresse produzido no ambiente se somariam para produzir o transtorno.

A concepção de Linehan (1993a) para explicar o TPB pode, em grande medida, ter semelhanças com o modelo causal da seleção pelas consequências proposto por Skinner (1981). O modelo skinneriano parte do pressuposto de que todo comportamento teria suas causas localizadas em três níveis de análise; sendo primeiro o nível filogenético, relacionado às heranças genéticas da espécie; segundo o nível ontogenético, relacionado às aprendizagens individuais que ocorreriam ao longo da vida do organismo; e terceiro o nível cultural, constituído pelas contingências sociais especiais responsáveis pela instalação e manutenção de práticas coletivas. Dentro dessa concepção, todo comportamento humano ocorre porque, por exemplo, um organismo possui uma dada estrutura biologicamente determinada, teve aprendizagens únicas, e ainda porque recebe influências sociais para aprendizagens específicas de sua cultura. Linehan (1993a), em seu modelo dialético, aborda os três níveis descritos por Skinner (1981).

Com relação ao nível filogenético, Linehan (1993a) concebe o TPB como partindo de uma desregulação emocional, que é, por sua vez, decorrente de uma vulnerabilidade emocional biologicamente herdada. A vulnerabilidade emocional consiste em uma sensibilidade elevada aos estímulos emocionais, intensidade emocional e um lento retorno ao nível emocio-

nal basal. No adulto, por exemplo, o fato do terapeuta sair da cidade no fim de semana pode eliciar uma forte resposta emocional na cliente borderline, embora não aconteça tal resposta em outros clientes. Segundo a autora, quando a cliente reage rapidamente a um estímulo e tem um baixo limiar para uma reação emocional, pode-se dizer que ela tem uma “alta sensibilidade”. Essa sensibilidade emocional envolve variáveis como a suscetibilidade ao estímulo reforçador descrito por Skinner (1974/1976).

No nível ontogenético, assim como em Skinner (1981), as contingências de reforçamento são o foco da análise causal. A relação entre comportamento e o meio é evidenciada, sobretudo quando Linehan analisa funcionalmente como ocorre à aprendizagem de comportamentos borderlines por meio da invalidação de pais ou cuidadores. Um ambiente invalidante, conforme descreve a autora (Linehan 1993a, Linehan & Dexter-Mazza, 2008), é aquele no qual a expressão de experiências privadas é punida, quando a resposta é invalidada, ridicularizada, ignorada ou banalizada. É comum a família invalidante afirmar que os comportamentos extremados da familiar borderline são consequência de excessiva dependência feminina, falhas de personalidade, caráter, ou ainda, expressões de uma doença. Conforme pontua a autora “ao punir a expressão das emoções negativas e reforçar erráticamente a comunicação emocional somente depois de exageros da criança, a família modela um estilo de expressão emocional que oscila entre a inibição extrema e a desinibição extrema” (Linehan, 1993b, p. 3). O produto das invalidações é a seleção de padrões de respostas problema da cliente (e.g., cortes na pele, agressividade dirigida ao outro, tentativas de suicídio), reforçadas intermitentemente, pois só dessa maneira esses indivíduos conseguiriam ou atenuar

as punições constantes, ou evocar alguma atenção dos cuidadores (Linehan & Dexter-Mazza, 2008).

No nível cultural, Linehan (1993a) cita o sexismo como fator que acentua muito as invalidações a que frequentemente as mulheres com TPB estão socialmente expostas. O caso mais expressivo é a forma com que pode ocorrer o abuso sexual na infância - experiência comum entre mulheres com TPB (Linehan & Dexter-Mazza, 2008). Normalmente os abusadores são indivíduos adultos, parentes da vítima. O abusador quase sempre diz para a vítima que a relação sexual é normal, muitas vezes impondo ameaças para que a vítima não revele o abuso para os outros familiares. Mesmo as famílias, quando de alguma forma têm conhecimento do abuso, impedem que a abusada conte para o restante dos familiares, e comumente a culpam pelo ocorrido, ou não acreditam no relato. Um outro problema decorrente do sexismo são as exigências que incidem sobre as mulheres em algumas culturas. Alguns comportamentos tidos como masculinos são punidos ou ignorados nas mulheres, como as habilidades em matemática, mecânica, pensamento lógico, apenas para citar alguns. O problema se intensifica quando são associados comportamentos anti-femininos, como pouco interesse em parecer bonita ou desenvolver habilidades domésticas. Sobretudo quando a mulher não apresenta outras características femininas valorizadas, como empatia, leveza ou afetividade. Para a garota que não atinge o ideal cultural de mulher as punições são muito comuns, contribuindo para mais experiências de invalidação.

Notadamente, assim como prescreve Skinner (1972a), embora as contribuições do primeiro e terceiro nível entrem na equação da causalidade da doença mental, Linehan (1993a, Linehan & Dexter

-Mazza, 2008), tem focado sua análise e intervenção no segundo nível. Isso fica evidente pelos procedimentos do protocolo baseados na análise funcional do comportamento, doravante descritos.

Sobre o valor de sobrevivência do comportamento e a sua adaptação ao ambiente

Alguns termos que a autora utiliza para designar os comportamentos problema, característicos dos critérios diagnósticos do TPB, podem causar certo estranhamento em audiências behavioristas. Linehan (1993a) adota termos como *comportamento disfuncional* e *comportamento desadaptativo* ao longo de todo o protocolo da DBT.

Dentro do modelo de seleção por consequências de Skinner (1981) todo comportamento que foi selecionado guarda função com o ambiente onde ele ocorreu, sendo por isso adaptativo, por mais extremada que possa ser a sua topografia para o contexto social (Skinner, 1972a). Então teria de fato Linehan (1993a) rompido com uma concepção selecionista de comportamento?

As análises funcionais de comportamentos borderlines que a autora descreve parecem desmentir qualquer acusação de uso desinformado dos termos. Para a autora, por exemplo, um comportamento extremo de se cortar, embora possa causar dor e oferecer perigo de vida, tem muitas vezes função de produzir alívio dos sentimentos de disforia, ou mesmo conseguir ajuda, sendo esta uma função reforçadora (Linehan, 1993a). E dada à compreensão comportamental-orientada trazida nas análises funcionais ao longo do protocolo, acredita-se que “disfuncional”, nos contextos em que foi usado, seja um exemplo de *middle-level term*. Ele estaria em sintonia com os termos clássicos das terapias cognitivas (e.g., Beck,

et al., 1990; Beck et al., 1979; Ellis, 1962, 1973), e mesmo da psiquiatria, visto que muitos artigos da autora foram publicados em periódicos desta ciência (e.g., Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong, 1994; Shearin, & Linehan, 1994; Strosahl, Chiles, & Linehan, 1992). O mesmo ocorre com o uso do termo comportamento “desadaptativo”. Nota-se que é possível encontrar uma compreensão behaviorista desse termo em alguns trechos do livro. Assim Linehan (1993a), por exemplo, ao descrever a importância das estratégias de validação, afirma que:

“O terapeuta considera os estímulos do ambiente atual que dão suporte ao comportamento da paciente. Embora possa não haver informações disponíveis sobre todas as causas relevantes, os sentimentos, pensamentos e ações do paciente fazem perfeito sentido no contexto da experiência atual da pessoa e de sua vida até o momento. O comportamento é *adaptativo* no contexto em que ocorre, e o terapeuta deve encontrar a sabedoria dessa adaptação. Ele não está cego pela natureza disfuncional da resposta da paciente, mas pelo contrário, presta atenção nos *aspectos das respostas que possam ser razoáveis ao contexto.*” (p. 224, grifos acrescentados)

No sentido exposto, observa-se uma concepção selecionista e contextualista para o termo “adaptativo”, o que novamente, demonstra o entendimento analítico-comportamental da autora.

Na forma como foram empregados na DBT, os termos “disfuncional” e “desadaptativo” são semelhantes a outros *middle-level terms* bastante usados na literatura, como comportamento “problema” ou comportamento “alvo” (Ullman & Krasner, 1975). De fato, historicamente a terapia comportamental

mesmo chegou a empregar taxonomias atreladas às psicopatologias, como no comportamento “depressivo”, “ansioso” e “psicótico” (Martell, et al., 2001; Coêlho & Tourinho, 2008; Skinner, 1972b). Os adjetivos adotados para designar esses tipos de comportamento, ainda que possam sugerir instâncias causais (e.g., a depressão, a ansiedade, a psicose), têm função de *middle-level terms* por facilitar a comunicação entre diferentes audiências profissionais. E essa postura não seria destoante do que prescreve Skinner. Segundo o autor, os psicólogos analistas do comportamento podem usar os termos do vernáculo, mas devem estar dispostos a dar explicações comportamentais científicas sempre que for conveniente fazê-lo (Skinner 1990). Linehan (1993a) pareceu fazê-lo estrategicamente em seu protocolo.

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO

A DBT tem como binômio de trabalho a utilização de procedimentos de aceitação e de mudança. As estratégias de aceitação consistem em amplificar (e.g., descrever) e reforçar as percepções da cliente borderline. Linehan (1993a) as divide didaticamente em “emocional”, “comportamental” e “cognitiva”. As estratégias de mudança, ao seu turno, valem-se da aplicação da tecnologia comportamental para mudança de comportamento. Elas são subdivididas “exposição”, “treinamento de habilidades”, “modificação cognitiva” e “manejo de contingências”. Determinadas estratégias possibilitam ao cliente identificar e modificar os problemas de comportamento ocorridos em situações extra consultório, ou na relação terapêutica com o psicólogo.

Estratégias de aceitação

O termo dialética na DBT, em um outro sentido, está correlacionado à forma de condução do trata-

mento. O raciocínio dialético se fundamenta na necessidade do terapeuta em aceitar as clientes como são, mas em um contexto de ensiná-las a mudar (Linehan, 1993a). Segundo a autora, uma tecnologia aceitação é tão importante quanto à de mudança. Nesse sentido, para além da mudança, a aceitação de sentimentos, comportamentos e pensamentos, tornou-se técnica fundamental no tratamento do TPB (Linehan, 1993a).

O foco recai na relação terapêutica como ambiente privilegiado em que o terapeuta reforça os comportamentos da cliente, na tentativa de criar um ambiente terapêutico contrário ao histórico de punições parentais a que normalmente essas clientes estiveram expostas. Para isso o terapeuta ensina a cliente a rotular e a descrever sentimentos, pensamentos e comportamentos, sempre tendo o cuidado de proporcionar oportunidades para a ocorrência dessas verbalizações. Na relação terapêutica, o terapeuta reforça a descrição de sentimentos, bem como modela as suas expressões. O reforçamento acontece quando, por exemplo, o terapeuta contingentemente comunica que as respostas da cliente fazem sentido e são compreensíveis dentro do contexto em que ocorrem. Outra técnica, propícia à modelagem, é a “encontrar o grão da verdade” no discurso da cliente (Linehan, 1993a). Ela permite que o terapeuta esteja sensível ao atual nível operante, pois embora a compreensão da realidade da cliente possa não ser completa, ela também não será incompleta.

Devido ao foco nas contingências dispostas na relação terapêutica como ambiente especial para a modelagem e/ou reforçamento de comportamentos relacionados à validação, a DBT apresenta forte aproximação com outras terapias notadamente analítico-comportamentais, como a psicoterapia analítica funcional (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991).

Estratégias de mudança

Voltado às metas extra consultório, o procedimento de solução de problemas, aborda a formulação do problema em termos de comportamento. Para isso a análise funcional do comportamento, chamada pela autora de análise de cadeia, tem sido a ferramenta de avaliação e intervenção. Assim a DBT ensina a cliente a descrever o comportamento de forma contextualizada, com perguntas sobre eventos vitais, de modo a levantar informações sobre os fatores desencadeantes e a função do comportamento. Também é incentivada a descrição das dimensões do comportamento problema, como a topografia, a intensidade e a frequência (Linehan, 1993a).

Uma implicação direta da solução de problemas em termos de análises de cadeia é a promoção da desestigmatização da cliente com TPB. É comum os familiares, e mesmo muitos psicólogos, imputarem intenções de manipulação nos episódios de auto-mulção ou de tentativa de suicídio. Ao discutir a motivação para esses comportamentos a autora descreve as características do reforçamento no intento de desmistificar qualquer explicação internalista culpabilizante. Nesse sentido, Linehan (1993a) afirma que dizer que um comportamento produz reforçamento é diferente de afirmar que alguém se comporta intencionalmente para produzir este reforçamento (Linehan, 1993a). A primeira situação identifica relações de controle do comportamento parassuicida ou de tentativa de suicídio, e na segunda, inevitavelmente, eleger-se um valor moral estigmatizante. Na concepção da autora, portanto, não seriam os comportamentos “extremados”, mas sim as contingências históricas e atuais que os influenciam.

As análises de cadeia são feitas ao longo de todos os estágios da DBT para avaliação constante e interven-

ção (Linehan, 1993a). No estágio 1, durante a avaliação, quando a cliente se automutila com cortes de lâminas na pele, o terapeuta aborda o ocorrido em sessão, incentivando a cliente a analisar as consequências de curto e longo prazo do comportamento. Da mesma forma, no estágio 3, com uma cliente que se isolou socialmente, mas que deseja fazer amizades para que seu filho não se desenvolva igualmente isolado, o terapeuta pode analisar as consequências de afastamento produzidas pela intolerância da cliente com as preferências culturais do outro (e.g., músicas, passeios, valores).

Após a identificação da função dos comportamentos problema, o terapeuta e o cliente deverão pensar estrategicamente em comportamentos alternativos. Mas muitas vezes o novo comportamento não é facilmente aprendido. Linehan (1993a) prescreve formas de contornar as dificuldades de aprendizagem do comportamento alternativo. Assim propõe um modelo de análise que chamou de “modelo de inibição de respostas”. De acordo com esse modelo, o comportamento alternativo não ocorreria devido à inibição que se dá (1) pelas respostas negativas condicionadas (e.g., ansiedade), (2) pelos comportamentos incompatíveis que interferem (abertos ou encobertos, como as crenças), (3) pelas contingências que favorecem o reforçamento do comportamento inadequado (e.g., família reforça intermitentemente as respostas extremas) e ainda (4) pelas contingências que punem ou não reforçam os comportamentos adequados (e.g., família pune a expressão adequada de sentimentos). Todas essas possibilidades, de acordo com a autora, foram sistematizadas a partir da tecnologia já produzida na terapia comportamental (Linehan 1993a).

E como possíveis estratégias aplicadas a esses problemas, são sugeridas soluções como (1) a ex-

posição à emoção negativa, (2) o treinamento de habilidades, (3) os procedimentos de modificação cognitiva e ainda (4) os procedimentos de manejo de contingências.

Assim, por exemplo, uma cliente em que a análise de cadeia tenha identificado inassertividade devido à ansiedade, poderia se beneficiar dos procedimentos de exposição. Na DBT os procedimentos de exposição ocorrem também com outros sentimentos, como a culpa, o medo ou a raiva. Além da exposição com o uso das técnicas comportamentais, a DBT explora exposições aos sentimentos eliciados nas interações entre terapeuta e cliente, por entender que as contingências da relação terapêutica oferecem reforçadores e punidores naturais únicos (Linehan, 1993a).

Caso seja identificado déficit de repertório, a cliente então seria incentivada a tentar alguma das habilidades treinadas. Habilidades de mindfulness, por exemplo, podem ser úteis em situações em que a cliente não consegue atentar para os acontecimentos, como nas discussões entre pares, ou com o terapeuta. Nessas circunstâncias é muito comum a cliente borderline não conseguir se envolver na atividade, apresentando comportamentos de dissociação ou de ruminação (Linehan, 1993b). No treinamento do mindfulness a cliente aprende a observar, descrever e participar dos acontecimentos (Linehan, 1993b). Outras habilidades fundamentais para o TPB são as habilidades relacionadas à eficácia interpessoal. Aqui entram as habilidades de assertividade, resolução de problemas, dentre outras. O treinamento de habilidades é parte integrante do tratamento na DBT, sendo em geral conduzido em grupo por outro terapeuta. Para o treinamento são utilizados três tipos de procedimentos: (1) aquisição da habilidade via instrução e modelagem; (2) fortalecimento de habilidades, que ocorre via ensaio comportamental;

e a (3) generalização de habilidades, com prescrição de tarefas de casa e discussões de semelhanças e diferenças entre situações. As estratégias para generalização, em especial, desempenham um papel fundamental dentro do protocolo (Koerner & Dimeff, 2007). Para isso o relacionamento com diferentes terapeutas é utilizado de forma estratégica. Assim quando a cliente tem uma discussão com o treinador de habilidades, por exemplo, o terapeuta principal, ao telefone, pode incentivar a cliente a tentar alguma das habilidades aprendidas em grupo. O telefone é utilizado também muitas vezes para reparar os danos das discussões na sessão ou mesmo para que o terapeuta converse sobre o uso das habilidades com algum familiar (Linehan, 1993b).

Outra solução para a inibição é o procedimento de modificação cognitiva, utilizado quando um pensamento concorre com o comportamento alternativo. A forma que a DBT caracteriza o pensamento é diferente da forma conduzida pelas tradições cognitivas clássicas (e.g., Beck, et. al, 1990; Beck et al., 1979; Ellis, 1962, 1973). Na DBT o entendimento do papel da cognição é contextual, pois não ocorreria pensamento sem a sua inserção em uma análise de cadeia (Linehan, 1993a). A modificação cognitiva da DBT não é estruturada em torno dos pensamentos distorcidos (Linehan, 1993a). Na DBT é enfatizado que o exagero dos fatos pela cliente borderline costuma ser uma tentativa de produzir validação. A cliente que é consistentemente punida ao demonstrar sua percepção dos fatos acaba, em algum momento, apresentando uma resposta forte, modulada por forte emoção, onde é reforçada intermitentemente por uma audiência (Linehan, 1993a).

Linehan (1993a) classificou dois tipos de procedimento de modificação cognitiva na DBT, sendo elas o esclarecimento de contingências e a reestrutura-

ção cognitiva. O esclarecimento de contingências é em geral o procedimento mais adotado (Linehan, 1993a). Ela é igual à análise de consequências, recorte da análise de cadeia. Análises do tipo “se... então...”, permitem esclarecer as consequências dos comportamentos inadequados da cliente. E se estas não forem negativas ou dolorosas, então a cliente é levada a prestar a atenção nas consequências de médio e longo prazo do seu comportamento. A reestruturação cognitiva, ao seu turno, muda o conteúdo ou forma de pensar da cliente. O objetivo da mudança cognitiva porém não é alterar, mas expandir as possibilidades interpretativas dos acontecimentos ocorridos na vida da cliente. Pela grande possibilidade de que este procedimento possa gerar novo ambiente de invalidação, ele é pouco recomendado pela autora (Linehan, 1993a). E mesmo quando usado, todo o processo deve ser conduzido pelo terapeuta tendo sempre o cuidado de validar o ponto de vista da cliente enquanto sugere outro.

Por último, o manejo de contingências tem sido uma técnica fundamental na solução de problemas por inibição de respostas. Na relação terapêutica o terapeuta tem possibilidade de reforçar ou punir os comportamentos de problema e de avanço da cliente. Linehan (1993a), em sintonia com alguns achados da pesquisa de base, prescreve cuidados no reforçamento dos comportamentos alternativos. Primeiramente a autora prescreve que o comportamento alternativo seja reforçado contingentemente. Segundo, no início o reforço deve ser apresentado em esquema contínuo, até que o comportamento se instale e fortaleça. Terceiro, na aplicação da extinção, a autora recomenda consistência do terapeuta e que seja reforçado outra resposta concorrente, indiferentemente de não ser ainda um desempenho ideal. Do mesmo modo, Linehan (1993a) pres-

creve cautela ao utilizar consequências aversivas. Assim utiliza-se a punição somente quando os reforços para os comportamentos problema não estão sob o controle do terapeuta (e.g., internação) e quando um comportamento problema concorre com o comportamento alternativo (e.g., excesso de hostilidade em sessão).

O manejo de contingências pode acontecer ao longo de todos os estágios da DBT, mas com maior frequência em alguns, como no estágio 1 e 2. No estágio 1, durante a meta de diminuir comportamentos que interferem com a terapia, o terapeuta pode pontuar que a não participação da cliente na sessão está indo contra os objetivos de melhorar explicitados. Ao mesmo tempo, pode reforçar um avanço na participação, permitindo que alguns minutos da sessão possam ser reservados para que a cliente apenas expresse os seus sentimentos, sem interrupções para análise objetiva (Linehan, 1993a). No estágio 2, durante a redução do estresse pós traumático, o terapeuta pode reforçar os esforços para descrever um abuso sexual vivenciado pela cliente. Em comum essas intervenções utilizam a relação terapêutica como reforçador eficaz, possibilitando a modelagem de acordo com o ritmo da cliente (Linehan, 1993a).

Em conjunto, a utilização da análise de cadeia para a caracterização do problema de comportamento, o uso do modelo de inibição de respostas, o formato prescrito para a solução de problemas, por meio da “exposição”, do “treinamento de habilidades”, da “modificação cognitiva” e do “manejo de contingências”, bem como o cuidado com a promoção da generalização das novas habilidades, sugerem forte compromisso com os procedimentos de avaliação e intervenção da análise comportamental clínica.

CONCLUSÃO

A DBT vem sendo apresentada por Linehan (1993a, Linehan & Dexter-Mazza, 2008) como sendo uma terapia de orientação cognitivo-comportamental, provavelmente pelo apelo publicitário desse tipo de divulgação, ainda que reiteradamente desaprove as abordagens cognitivas clássicas pautadas em concepções e intervenções focadas na mudança de pensamentos. Devido a sua concepção filosófica contextual, e pelos procedimentos de avaliação e intervenção notadamente comportamentais, a DBT pode ser adequadamente categorizada como sendo uma terapia baseada na análise do comportamento. Nada, ou muito pouco do protocolo sugere qualquer compromisso conceitual-aplicado com as terapias de orientação cognitiva.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.) Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Coêlho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008). O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 21*, 171-178.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). Overview of dialectical behavior therapy. In L. A. Dimeff, & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings* (pp. 1-18). New York: The Guilford Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: the rational-emotive approach*. New York: Lyle Stuart.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy, 35*, 3-54.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., & Dexter-Mazza, E. T. (2009). Terapia comportamental dialética para transtorno de personalidade borderline In D. H. Barlow (Ed.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*, (pp. 366-421). (Translated by M. R. B. Osório) Porto Alegre: Artmed.
- 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.
- 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*, 971-974.
- 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*, 1771-1776.
- Martell, C. R.; Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.
- McEntergart, C., Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., & Barney-Holmes, D. (2015). The ties between a basic science of language and cognition and clinical applications. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 56-59.
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in)compatibilidade com a terapia analítico-comportamental*. Tese de Doutorado. Belém: Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará.
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 296-321.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89 (Supplement)*, 61-68.
- Skinner, B. F. (1976). *About behaviorism*. New York: Vintage Books. (Original work published 1974)
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York/London: Free Press/Collier Macmillan. (Original work published 1953)
- Skinner, B. F. (1972a). Psychology in the understanding of mental disease. In B. F. Skinner (Ed), *Cumulative record* (pp. 249 –256). East Norwalk, CT: Appleton-Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1972b). What is psychotic behavior? In B. F. Skinner (Ed), *Cumulative record* (pp. 257 –275). East Norwalk, CT: Appleton-Century Crofts.
- Skinner, B.F. (1981). Selection by consequences. *Science*, *213*, 501-504.
- Skinner, B. F. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist*, *45*, 1206-1210.
- Strosahl, K., Chiles, J. A., & Linehan, M. M. (1992). Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: Reasons for living, hopelessness, and depression. *Comprehensive Psychiatry*, *33*, 366-73.
- Tourinho, E. Z., Teixeira, E. R., & Maciel, J. M. (2000). Fronteiras entre análise do comportamento e fisiologia: Skinner e a temática dos eventos privados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *1*, 425-434.
- Ullman, L., & Krasner, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.