RBTCC Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva
e-ISSN: 1982-3541

2022, v. 24, pp. 1–19, e221662
Pesquisas originais

Características de um protótipo brasileiro de Terapia Comportamental Dialética (DBT)

Characteristics of a Brazilian prototype of Dialectical Behavior Therapy (DBT)
Características del prototipo brasileño de Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

Tamires Pimentel Souza, Heitor Marques Holland, Fernanda Barcellos Serralta

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Histórico do Artigo
Recebido: 07/09/2021.
1ª Decisão: 20/10/2021.
Aprovado: 23/02/2022.

DOI
10.31505/rbtcc.v24i1.1662

Correspondência
Tamires Pimentel
psi.tamires@gmail.com

Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Avenida Unisinos, 950,
Cristo Rei, São Leopoldo, RS,
930022-750

Editores Responsáveis
Andeson Gonçalves Carneiro

Como citar este documento
Pimentel, T., Holland, H. M., & Serralta, F. B. (2022). Características de um protótipo brasileiro de Terapia Comportamental Dialética (DBT). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *24*, 1–19. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v23i1.1662

ABPMC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
OPEN ACCESS
2022 © ABPMC. É permitido compartilhar e adaptar. Deve dar o crédito apropriado, não pode usar para fins comerciais.

Resumo

O objetivo deste estudo foi elaborar e descrever as características de um protótipo brasileiro de Terapia Comportamental Dialética (DBT) para ser utilizado em investigações de processos e processos-resultados. Para tanto, 10 *experts* brasileiros em DBT responderam a um questionário sociodemográfico e ordenaram os 100 itens do Psychotherapy Process Q-Set (PQS) de acordo com o que avaliaram ser uma sessão ideal nessa psicoterapia. Houve alto nível de concordância entre os participantes (α= 0,94), e a análise de componentes principais do tipo Q diferenciou o protótipo de DBT dos protótipos de outras abordagens utilizadas para comparação. Foram identificadas correlações entre os distintos modelos psicoterápicos analisados, fomentando a discussão sobre os fatores comuns, e a natureza heterogênea da DBT e da amostra de *experts* brasileiros. Tais resultados possibilitam que o protótipo elaborado seja utilizado em investigações das múltiplas variáveis presentes no processo terapêutico deste modelo de tratamento.

Palavras-chave: Terapia Comportamental Dialética; Pesquisa de Processo; Psychotherapy Process Q-Set; protótipos.

Abstract

The aim of this study was to develop and characterize a Brazilian Dialectical Behavior Therapy (DBT) prototype to be used in future process and process-outcome studies in this approach. Therefore, 10 Brazilian experts in DBT answered a sociodemographic questionnaire and ordered the 100 items of the Psychotherapy Process Q-Set (PQS) according to what they considered to be an ideal session in this psychotherapy. There was a high level of agreement among participants (α = 0.94), and the Q-type principal components analysis differentiated the DBT prototype from the prototypes of other approaches used for comparison. Correlations were identified between the different psychotherapeutic models analyzed, fostering discussion about common factors and the heterogeneous nature of DBT and the Brazilian sample of experts. These results allow the prototype developed to be used in investigations of the multiple variables present in the therapeutic process of this treatment model.

Key words: Dialectical Behavior Therapy; Process Research; Psychotherapy Process Q-Set; prototypes.

Resumen

El objetivo de este estudio fue desarrollar y describir las características de un prototipo brasileño de Terapia Dialéctico Conductual (DBT) para utilizarse en futuras investigaciones de procesos y processos-resultado en este enfoque. Para tanto, 10 expertos brasileños en DBT respondieron un cuestionario sociodemográfico y ordenaron los 100 ítems del Psychotherapy Process Q-Set (PQS) según lo que consideraron una sesión ideal en esta psicoterapia. Hubo un alto nivel de acuerdo entre los participantes (α = 0,94) y el análisis de componentes principales de tipo Q diferenciaba el prototipo de DBT de los prototipos de otros enfoques utilizados para la comparación. Identificaron-se correlaciones entre los diferentes modelos psicoterapéuticos analizados, lo que propició la discusión sobre factores comunes y la heterogeneidad de la DBT y la muestra de expertos brasileños. Estos resultados permiten que el prototipo desarrollado sea utilizado en investigaciones de las múltiples variables presentes en el proceso terapéutico de este modelo de tratamiento.

Palabras clave: Terapia Dialéctico Conductual; Investigación de procesos; Psychotherapy Process Q-Set; prototipos.

Características de um protótipo brasileiro de Terapia Comportamental Dialética (DBT)

Tamires Pimentel Souza, Heitor Marques Holland, Fernanda Barcellos Serralta

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

O objetivo deste estudo foi elaborar e descrever as características de um protótipo brasileiro de Terapia Comportamental Dialética (DBT) para ser utilizado em investigações de processos e processos-resultados. Para tanto, 10 *experts* brasileiros em DBT responderam a um questionário sociodemográfico e ordenaram os 100 itens do Psychotherapy Process Q-Set (PQS) de acordo com o que avaliaram ser uma sessão ideal nessa psicoterapia. Houve alto nível de concordância entre os participantes (α= 0,94), e a análise de componentes principais do tipo Q diferenciou o protótipo de DBT dos protótipos de outras abordagens utilizadas para comparação. Foram identificadas correlações entre os distintos modelos psicoterápicos analisados, fomentando a discussão sobre os fatores comuns, e a natureza heterogênea da DBT e da amostra de *experts* brasileiros. Tais resultados possibilitam que o protótipo elaborado seja utilizado em investigações das múltiplas variáveis presentes no processo terapêutico deste modelo de tratamento.

Palavras-chave: Terapia Comportamental Dialética; Pesquisa de Processo; Psychotherapy Process Q-Set; protótipos..

A Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behavior Therapy* – DBT) é uma psicoterapia baseada em evidências para o tratamento do Transtorno da Personalidade *Borderline* (TPB) que dispõe de vasta sustentação empírica construída ao longo de três décadas de pesquisa por diferentes países e culturas (Chapman & Owens, 2020; Ward-Ciesielski, Limowski, & Krychiw, 2020). Para além das pesquisas de resultados, a literatura em DBT demonstra que há interesse em avançar a compreensão sobre seus mecanismos de mudança, e alguns destes estudos sugerem que as habilidades treinadas atuam como mediadoras da redução de comportamentos problemáticos (Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010; Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann, & Linehan, 2014). Contudo, Neacsiu et al. (2010) salientam que as análises de mediação diferenciam o melhor desempenho de um tratamento em relação a outro, mas não acessam o mecanismo pelo qual a mudança acontece no tratamento ao longo do tempo, sendo necessários a ampliação de estudos de inferências causais.

Entender como e por que a mudança ocorre é um campo necessário ao futuro das investigações dos tratamentos, especialmente na DBT (Boritz, Zeifman, & McMain, 2017; Rudge, Feigenbaum, e Fonagy (2017). Entretanto, chama a atenção que os estudos que examinaram os mediadores de mudança presentes na DBT (Barnicot, Gonzalez, McCabe, & Priebe, 2016; Gratz, Bardeen, Levy, Dixon-Gordon, & Tull, 2015; Kramer et al., 2016; Neacsiu et al., 2010; Zeifman, Boritz, Barnhart, Labrish, & McMain, 2020) acessaram variáveis de processo a partir de medidas de entrevistas e auto-relato, não fazendo uso de medidas observacionais.

Considerando pesquisas de processo em DBT, foi encontrado apenas um estudo internacional que investigou a ruptura e resolução da aliança terapêutica com pacientes com TPB atendidos pela DBT (Boritz, Barnhart, Eubanks, & McMain, 2018), e seus achados reforçam a importância da

aliança nos resultados psicoterapêuticos. A ausência de outras investigações evidencia uma importante lacuna de conhecimento sobre quais fatores estão associados a mudança neste tratamento.

O *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) é um instrumento do tipo *Q-sort*, panteórico, que consiste numa medida observacional global do processo terapêutico (incluindo componentes do terapeuta, do paciente e da relação), aplicável a casos individuais ou a múltiplos tratamentos (Jones, 2000). Décadas de estudo com esse sistema mostram a sua utilidade para explorar e descrever processos específicos e comuns, bem como avaliar relações causais entre processo e resultado em diferentes abordagens terapêuticas (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007; Smith-Hansen et al., 2012).

A derivação de modelos prototípicos de psicoterapias, a partir da convergência de avaliações de profissionais altamente qualificados sobre os itens do PQS que melhor representam a abordagem em questão, constitui uma das mais profícuas linhas de pesquisa com o instrumento (Smith-Hansen et al., 2012). Tais protótipos ou modelos ideais empiricamente derivados, além de permitir a exploração das características distintivas e comuns dos modelos teóricos em psicoterapia, servem para a avaliação da adesão de psicoterapias conduzidas em contexto naturalístico a determinados modelos teóricos, possibilitando assim a análise da correspondência entre os modelos teóricos presumidamente empregados e as práticas reais (Serralta & Ablon, 2016; Smith-Hansen et al., 2012). E ainda, uma vez que o modelo ideal desenvolvido toma por base descrições de processos observáveis, não saturados teoricamente e que podem estar presentes em qualquer terapia, o método se mostrou extremamente relevante para identificar processos ativos (inclusive inesperados, não prescritos na abordagem avaliada), em estudos clínicos randomizados, levando à conclusão de que é inadequado supor processos a partir da simples constatação de que um tratamento segue determinado manual ou de que porque algo ocorre com alguma frequência num tratamento, esse fator é relevante para explicar o resultado (Ablon & Jones, 1999; Ablon & Jones, 2002).

Originalmente delineado por Ablon e Jones (1998), o caminho metodológico para a construção do protótipo prevê estratégias empíricas e procedimentos estatísticos que garantem a validade de seu conteúdo, incluindo: a) seleção de um grupo de terapeutas altamente especializados e reconhecidos como "modelo" naquela abordagem; b) análise da concordância entre os *experts*, por meio de coeficiente alfa de Cronbach; c) análise comparativa das respostas desses *experts* com as respostas ideais de *experts* de outras abordagens (comparação entre protótipos), por meio de análise de componentes principais e de correlação. Atualmente, existem protótipos desenvolvidos em estudos internacionais com esse método para Terapia Cognitivo-Comportamental – TCC, Psicoterapia Psicodinâmica – PPD (Ablon & Jones, 1998), Terapia de Controle de Domínio – CMT (Pole, Ablon, & O'Connor, 2008), Terapia Focada na Transferência (TFP), Função Reflexiva (RF) e DBT (Goodman, 2013). No Brasil, Serralta e Ablon (2016) desenvolveram os protótipos brasileiros para Psicoterapia Psicodinâmica

Breve (PPB) e para TCC. Esses autores argumentam que embora se possa utilizar protótipos desenvolvidos em outros países para análises em estudos nacionais, diferenças culturais podem existir e acarretar a limitação dos achados.

O protótipo de DBT elaborado no estudo de Goodman (2013) contou com a avaliação de três *experts* americanos nesta abordagem, e a validade de construto desse protótipo foi testado em uma única sessão conduzida por Linehan e um ator representando o paciente. Com base nestas limitações, e considerando o apontamento de Serralta et al. (2010) de que, talvez protótipos americanos possam não captar as especificidades do processo psicoterápico do Brasil, este trabalho propõe a elaboração e descrição das características de um protótipo de DBT por *experts* brasileiros. Para a elaboração do protótipo, examina-se a convergência de pontos de vista de diferentes profissionais desta abordagem. O exame das características do protótipo busca responder as seguintes questões: 1) O modelo de DBT diferencia-se de outros modelos (neste caso, PPB e TCC)?; 2) Quais as correlações entre o protótipo elaborado e os protótipos PPB e TCC?; 3) Qual a correlação entre os protótipos brasileiro e americano de DBT?; e 4) Quais itens mais característicos do protótipo DBT também compõem os demais protótipos?

As hipóteses são: 1) O protótipo brasileiro de DBT será discriminado dos protótipos brasileiros de TCC e PPB, ou seja, a maior parte da variância do protótipo DBT não será explicada pelos protótipos TCC e PPB, 2) Serão encontrados fatores comuns entre os 3 modelos psicoterápicos, ou seja, o protótipo DBT irá apresentar correlação fraca ou moderada com os TCC e PPB, 3) O protótipo brasileiro de DBT apresentará correlação moderada ou forte com o protótipo americano, e 4) o protótipo DBT compartilhará alguns itens com os protótipos PPB e TCC, mas a sobreposição com o protótipo americano DBT será maior.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo de elaboração e avaliação das características de um modelo ideal de DBT a partir das respostas de um grupo de psicoterapeutas *experts* na abordagem a um *q-sort* do processo terapêutico (o PQS), conforme o caminho metodológico proposto por Ablon e Jones (1998).

Participantes

Os participantes são 10 psicoterapeutas (3 mulheres e 7 homens), todos brasileiros, residentes e atuantes em diferentes regiões do país. A seleção se deu por conveniência, sendo considerados critérios de *expert*ise a realização prévia do DBT *Instensive Training* (DBT-IT; *Behavioral Tech/Linehan Institute*) conduzido pela equipe da Dra. Marsha Linehan, ter experiência clínica nos diferentes módulos da abordagem, inserção em contextos de

ensino e pesquisa em psicoterapia e/ou DBT, assim como o reconhecimento de sua *expert*ise em âmbito nacional.

Quanto à formação acadêmica, 9 participantes são graduados em Psicologia e 1 em Medicina, especialista em Psiquiatria. A maioria possui especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental (n = 6), e a segunda especialidade referenciada é em Terapia Analítico Comportamental (n = 3). Com referência a pós-graduações stricto sensu, 3 respondentes possuem mestrado e doutorado, 3 possuem somente mestrado, sendo um destes com doutorado em andamento.

Os locais de atuação profissional dos participantes foram representados pelas regiões Sul (n = 5), Sudeste (n = 4) e Norte (n = 1). A média de idade dos psicoterapeutas foi 39,10 anos (DP = 9,207). O tempo de experiência clínica total variou de 4–35 anos, com média de 13,30 anos (DP = 8,538), enquanto o tempo de experiência clínica em DBT, variou de 2–12 anos, com média de 5,50 anos (DP = 2,838).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Foram coletadas informações como gênero, idade, formação, localidade em que atuam profissionalmente, entre outras, com intuito de caracterizar a amostra e clarificar os critérios de *expert*ise.

Psychotherapy Process Q-Set. O PQS é uma medida observacional do tipo *q-sort* que possui 100 itens que refletem comportamentos e posturas do terapeuta, ações e experiências do paciente, e particularidades da relação que podem estar ou não presentes em graus variados em diferentes tipos e abordagens de psicoterapia. Os itens são distribuídos em 9 categorias, variando do menos característico (categoria 1) ao mais característico (categoria 9). Itens neutros ou irrelevantes são pontuados na categoria intermediária (categoria 5). Esse ordenamento é forçado, conforme a metodologia Q, resultando em uma distribuição normal das descrições das sessões (Jones, 2000). Neste estudo, foi utilizada a versão em português do Brasil (Serralta et al. 2007), que possui equivalência semântica com o instrumento original. A fidedignidade entre avaliadores previamente treinados tem sido demonstrada em inúmeros estudos já publicados.

Procedimentos éticos e de coleta de dados

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade do Vale do Rio do Sinos (CAAE 12782619.5.0000.5344), atendendo às normas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes responderam a um formulário eletrônico, enviado por e-mail, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Questionário Sociodemográfico, o Formulário PQS, e orientações gerais para o preenchimento dos materiais. A partir do entendimento do que seria uma sessão ideal no processo terapêutico da DBT, cada *expert* realizou um ordenamento simples dos 100 itens do PQS, classificando os itens mais e menos característicos do processo. e de forma opcional, foi convidado a

descrever aspectos desta caracterização, que, em sua percepção, não foram contemplados pelo instrumento.

Análise dos dados

A análise de dados seguiu o modelo já utilizado em estudos semelhantes (para detalhes vide Serrralta & Ablon, 2016). Análises descritivas visaram caracterizar a amostra. A concordância entre os *experts* sobre uma sessão ideal de DBT foi avaliada por meio do coeficiente alfa de fidedignidade. Para o desenvolvimento do protótipo DBT foi utilizada a "técnica-Q", que consiste numa análise invertida, que agrupa pessoas ou pontos de vista. Neste tipo de análise, portanto, o banco de dados é transposto, os itens do PQS representam os casos (N=100), e os *experts*, as variáveis (Serralta & Ablon, 2016). No presente estudo, as respostas dos *experts* DBT foram contrastadas com as respostas já coletadas de *experts* PPB e TCC (Serralta & Ablon, 2016).

Seguindo a construção do protótipo, foram realizadas análises de correlações entre os *Q-sorts* (ordenamentos dos itens do PQS) dos participantes entre si, a fim de examinar se os pontos de vista apresentam concordâncias ou divergências. A tipologia foi definida por meio do procedimento de análise de componentes principais com rotação Varimax. As cargas fatoriais indicaram a afiliação dos itens nos fatores. Após esta etapa foi utilizada regressão linear para mensurar a contribuição de cada item no fator DBT. Dessa forma, para cada item do PQS haverá escores fatoriais que indicam a sua importância relativa para cada fator (DBT, PPB ou TCC).

Para a comparação e descrição de fatores comuns e diferenciais entre os modelos prototípicos DBT, TCC e PPB, foi realizada correlação de Pearson. Todos os dados foram analisados no *software Statistical Package for Social Sciences* 22.0 (IBM SPSS).

Resultados

Concordância entre Avaliadores e Análise de Componentes Principais

Foi encontrado alto nível de concordância entre *experts* DBT, com um alfa de Cronbach de 0,94. Como esperado, na análise de componentes principais foram encontrados 3 fatores que juntos explicam 68,995% de variância. A Tabela 1 apresenta os carregamentos e seus agrupamentos, sendo a coluna 1 nomeada de fator TCC, a coluna 2 de fator PPB e a coluna 3 de fator DBT.

Todos os 9 respondentes TCC carregaram no fator 1 (TCC), porém, não aconteceu o mesmo nas outras abordagens analisadas. Somente 8 dos 9 respondentes PPB carregaram no fator 2 (PPB), e 7 dos 10 respondentes DBT carregaram no fator 3 (DBT). O respondente PPB4 não afiliado ao fator de origem carregou significativamente somente ao fator 1 (TCC), já com os 3 respondentes DBT não agrupados em sua abordagem os carregamentos deram-se da seguinte forma: 1 deles (DBT7) carregou somente no fator 1 (TCC), e os outros dois (DBT 6 e DBT1) carregaram nos fatores 1 e 2 (TCC e PPB).

Tabela 1.

Análise de Componentes Principais com Rotação Varimax.

Respondente	Componente (Fatores)		
	1	2	3
DBT7	.781		
TCC4	.757		
TCC9	.700		
TCC7	.659		
DBT6	.654	.514	
TCC8	.649		.437
TCC2	.639		
TCC5	.617		
TCC3	.611	.442	.464
PPB8	.611	.526	
DBT9	.578		.499
PPB4	.576		
TCC6	.556	.421	.464
PPB2		.914	
PPB9	.418	.828	
PPB7		.740	
PPB3		.724	
PPB6	.413	.683	
PPB5		.581	.400
DBT1	.503	.545	
DBT10			.804
DBT3			.773
DBT5			.761
DBT2	.414		.742
DBT4	.520		.675
DBT8	.476		.666
TCC1	.474		.548
PPB1	.443	.503	520

Nota. Suprimidos valores abaixo de 0,4.

Também foi constatado que 4 respondentes TCC carregaram em mais fatores: 2 deles (TCC3 e TCC6) carregaram em todos os fatores, e os outros 2 (TCC8 e TCC1) carregaram além do fator original, no fator 3 (DBT). Ressalta-se que um dos respondentes TCC (TCC1) apresentou carregamento mais alto em DBT no que em sua abordagem. De forma semelhante, 5 respondentes PPB carregaram em fatores adicionais: 1 participante (PPB1) carregou em todos os fatores, 1 *expert* (PPB5) afiliou-se também ao fator 3 (DBT), e os outros 3 (PPB8, PPB9 e PPB6) pontuaram significativamente no fator 1 (TCC). Destes 5 *experts* PPB que carregaram em fatores adicionais, 2 apresentaram filiação mais alta em outras abordagens: PPB1 em DBT, e PPB8 em TCC.

Entre os *experts* DBT, 4 profissionais (DBT9, DBT2, DBT4 e DBT8) pontuaram também no fator 1 (TCC), e em apenas um dos casos (DBT9) o carregamento foi superior em TCC do que ao próprio modelo psicoterápico. De forma geral, observa-se que o número de afiliações no fator 1 (TCC) foi superior aos outros dois, apresentando 21 *experts* afiliados ao modelo TCC, enquanto 12 e 13 respondentes carregaram no modelo PPB e DBT, respectivamente. A Figura 1 representa a distribuição e intersecção observada entre os 3 fatores analisados.

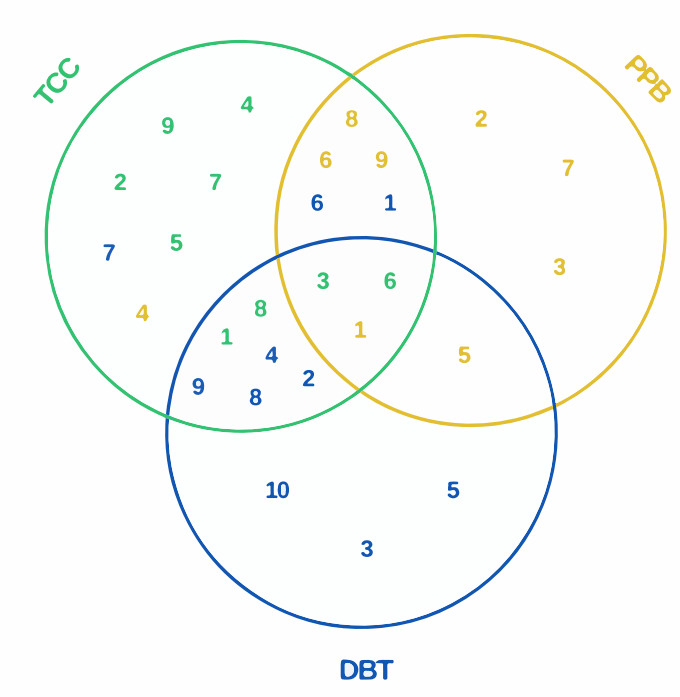

Figura 1. Distribuição dos protótipos brasileiros de TCC, PPB e DBT por Análise de Componentes Principais

Correlação entre Protótipos

A Tabela 2 apresenta a correlação encontrada entre os protótipos de PPB e TCC (Serralta & Ablon, 2016), o protótipo americano de DBT (DBT EUA; Goodman, 2013), e o protótipo brasileiro de DBT desenvolvido neste estudo. Nota-se que o modelo ideal DBT brasileiro apresentou correlação moderada com o norte-americano, relação fraca com o protótipo TCC e

nenhuma relação com o psicodinâmico. Nota-se que somente 15,84% da variância do protótipo DBT é explicada pelo protótipo TCC. Portanto, as hipóteses 1 e 3 foram confirmadas e a hipótese 2, parcialmente confirmada.

Tabela 2.
Correlações entre os protótipos TCC, PPB, DBT EUA e DBT BRA.

Protótipos	TCC	PPB	DBT EUA	DBT BRA
TCC	1	.000	.681**	.398**
PPB	.000	1	.278**	.057
DBT EUA	.681**	.278**	1	.568**
DBT BRA	.398**	.057	.568**	1

Legenda. TCC = Terapia Cognitivo-Comportamental; PPB = Psicoterapia Psicodinâmica Breve; DBT EUA = Terapia Comportamental Dialética dos Estados Unidos da América; DBT BRA = Terapia Comportamental Dialética do Brasil; ** = $p < .01$.

A partir dos 100 itens do PQS foram identificados os itens mais e menos característicos do protótipo de DBT, sendo os primeiros 20 apresentados nas Tabelas 3 e 4 com seus respectivos escores fatoriais. Dos 20 itens mais característicos em uma sessão ideal de DBT, 10 descrevem os comportamentos do paciente, 7 referem-se às ações do terapeuta e 3 itens apresentam aspectos da relação terapêutica. Já entre os 20 itens menos característicos, 5 descrições correspondem ao paciente, 10 afirmações são sobre o terapeuta e 5 itens remetem à natureza da relação entre a dupla.

Ainda que o estudo de Goodman (2013) tenha apresentado somente os 10 itens mais e menos representativos de seu protótipo, foram identificadas características compartilhadas entre as versões americana e brasileira de modelo ideal de DBT. Entre os itens comuns, 3 aparecem na lista dos que mais representam a abordagem (itens 2, 85 e 18) e 7 pontuam entre os que menos identificam um atendimento neste modelo (itens 36, 39, 91, 9, 67, 51 e 77).

A comparação entre os itens mais característicos do protótipo de DBT e os itens mais característicos dos protótipos de PPB e TCC desenvolvidos por Serralta e Ablon (2016), revela que dos 20 itens mais característicos de DBT, apenas 3 são representativos do protótipo PPB (itens 46, 81 e 98), enquanto outros 3 são compartilhados com o modelo TCC (itens 26, 17 e 85). Por outro lado, itens menos característicos de uma sessão prototípica de DBT pontuam na lista dos mais representativos das outras duas abordagens. Este é o caso dos itens 67, 36, 89, 92, 97 e 90 na PPB, e do item 30 na TCC. Os resultados apontados pela análise de componentes principais, análise de correlação e regressão linear comparados aos protótipos de TCC e PPB, são capazes de confirmar a hipótese 2 deste estudo, indicando a sobreposição e o compartilhamento de fatores comuns entre os 3 modelos analisados.

Tabela 3.
20 itens mais característicos em uma sessão ideal de DBT.

PQS	Descrição do Item	Escore Fatorial
26	P experimenta afetos incômodos ou penosos (dolorosos)	1.51112
59	P se sente inadequado ou inferior	1.26636
58	P resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas	1.20031
17	T exerce ativamente controle sobre a interação com P	1.19591
96	Há discussão sobre marcação de horários, ou honorários	1.18592
2	T chama a atenção para o comportamento não-verbal de P, por exemplo, postura corporal, gestos, tom de voz	1.16667
7	P está ansioso ou tenso	1.11323
34	P culpa outros, ou forças externas, pelas dificuldades	1.0857
85	T encoraja P a tentar novas formas de se comportar com os outros	1.05725
75	O término da terapia é discutido	1.05058
84	P expressa sentimentos de raiva ou agressivos	1.05013
46	T se comunica com P com um estilo claro e coerente	1.0445
71	P é auto-acusatório; expressa vergonha ou culpa	1.03182
76	T sugere que P aceite a responsabilidade por seus problemas	0.99636
20	P é provocador, desafia os limites da relação terapêutica	0.98564
18	T transmite a impressão de aceitação não-crítica	0.93212
81	T enfatiza os sentimentos do P para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente	0.92563
98	A relação terapêutica é um foco de discussão	0.87631
1	P verbaliza sentimentos negativos (por exemplo, crítica, hostilidade) dirigidos a T	0.86904
33	P fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém	0.83337

Legenda. PQS = Psychotherapy Process Q-Set; DBT = Terapia Comportamental Dialética

Tabela 4.
20 itens menos característicos em uma sessão ideal de DBT.

PQS	Descrição do Item	Escore Fatorial
77	T não tem tato	-2.78758
30	A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre ideias ou sistemas de crenças	-2.29353
90	Os sonhos ou fantasias de P são mencionados ou discutidos	-2.25721
89	T intervém para ajudar P a evitar ou suprimir ideias ou sentimentos perturbadores	-2.20425
54	P é claro e organizado em sua expressão	-2.18686
51	T subestima ou protege P	-1.98721
97	P é introspectivo, prontamente explora pensamentos e sentimentos íntimos	-1.90802
67	T chama a atenção de P para desejos, sentimentos ou ideias que podem não estar conscientes	-1.79162
9	T é distante, indiferente	-1.68253
56	P discute experiências como se estivesse distante dos seus sentimentos	-1.64066
43	T sugere o significado do comportamento de outros	-1.48455
19	Existe um tom erótico na relação terapêutica	-1.45515
91	Memórias ou reconstruções da infância são tópicos de discussão	-1.4449
99	T questiona a visão de P (versus valida as percepções de P)	-1.32813
39	Existe um tom competitivo na relação	-1.26993
55	P transmite expectativas positivas sobre a terapia	-1.23077
24	Os conflitos emocionais de T invadem a relação	- 1.12611
92	Os sentimentos ou percepções de P são relacionados a situações ou comportamentos do passado	-1.0426
36	T assinala as tentativas de P de evitar a consciência de informações ou sentimentos ameaçadores	-0.96633
5	P tem dificuldade para compreender os comentários de T	-0.9228

Legenda. PQS = Psychotherapy Process Q-Set; DBT = Terapia Comportamental Dialética

Discussão

O estudo apresenta as etapas de elaboração e as características do protótipo DBT desenvolvido no Brasil, ofertando não apenas um modelo ideal que pode servir como base para estudos futuros, mas também elementos para refletir sobre as características centrais dessa abordagem em relação a outros modelos psicoterapêuticos. Os achados das análises de componentes principais e de correlação deste estudo demonstraram que as respostas dos *experts* em DBT assemelham-se às respostas dos *experts* em TCC. Somado a este dado, o tempo de experiência clínica em DBT substancialmente inferior ao tempo de experiência clínica total dos respondentes, suscita a ampliação do cenário de discussão com a exploração de dois fatores: as bases constitutivas da teoria e prática da DBT, e o histórico de formação dos profissionais brasileiros.

Sendo a DBT compreendida como um modelo integrativo e heterogêneo, reunindo influências epistemológicas oriundas de diferentes modelos terapêuticos (Pederson, 2015), a sobreposição dos protótipos representada na Figura 1 é representativa dessa natureza, principalmente por evidenciar um dos principais componentes constitutivos da DBT: a TCC. Contudo, a discussão a respeito da estrutura destas abordagens se faz necessária à medida em que se observam confusões pelo uso intercambiável de suas terminologias. Abreu e Abreu (2016) revisitaram os aspectos filosóficos constituintes da base conceitual do protocolo proposto por Linehan, bem como as principais estratégias de avaliação e intervenção utilizadas pela autora no desenvolvimento da DBT, e identificaram os fundamentos notadamente comportamentais e contextuais da abordagem, sem, contudo, observar algum compromisso epistemológico com terapias de orientação cognitiva. Os autores entendem que a adoção da terminologia que dá título ao livro mestre publicado por Linehan em 1993, "*Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*", sugere a influência de viés publicitário atrativo a financiamentos científicos norte-americanos, que, na época, eram dominados pela tradição cognitivo-comportamental.

Além das afiliações por análise de componentes principais, e da correlação significativa demonstrada, o compartilhamento metodológico entre os dois modelos é evidenciado por 3 itens mais característicos em suas sessões prototípicas: Item 26 – O paciente experimenta afetos incômodos ou penosos/dolorosos; Item 17 – O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente; e Item 85 - O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de se comportar com os outros. O primeiro focaliza a psicopatologia do paciente e é genérico o suficiente para englobar quadros psicológicos que podem ser tratados numa ou noutra abordagem, enquanto os últimos salientam estratégias do terapeuta que podem estar presentes em ambas, ainda que com finalidades que podem ser distintas.

Por exemplo, na TCC, o estabelecimento da agenda serve como um roteiro sequencial para o atendimento, impedindo discursos improdutivos aos objetivos do paciente (Beck, 1997), enquanto na DBT a postura diretiva

é indicada a fim de evitar o caos na terapia, para que o terapeuta não atue constantemente "apagando incêndios", o que já foi observado por Linehan (2010) como não efetivo no início de suas pesquisas. Já o encorajamento para testar novos comportamentos é uma herança comum da chamada primeira onda da terapia comportamental, em que os esforços eram orientados para modificação de comportamentos problemáticos por meio de condicionamentos e princípios básicos do behaviorismo (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2015).

Apesar das semelhanças apontadas, o item 30 "A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre ideias ou sistemas de crenças" que aparece entre os mais descritivos de uma sessão ideal TCC (Serralta & Ablon, 2016), pontua entre os menos descritivos de um atendimento prototípico na DBT. E não por acaso, pois esta questão aborda uma das principais diferenças entre as abordagens: a compreensão e o trabalho com as cognições.

A TCC possui como pressuposto básico o entendimento de que pensamentos distorcidos possuem relação direta com quadros psicopatológicos, logo, se torna indispensável a utilização de métodos orientados a mudança cognitiva para que se obtenha a melhora clínica (Beck, 1997). Em contrapartida, o princípio conceitual fundamental defendido por Linehan (2010) é de que a cognição é somente uma forma de comportamento, não assumindo potencial causal a priori. Isso se torna evidente em estratégias como a análise em cadeia, prática regular de avaliação utilizada em DBT, em que, conjuntamente, paciente e terapeuta analisam o contexto de um comportamento para a compreensão de sua função e identificação de suas variáveis mantenedoras (Bedics, Korslund, Sayrs, & McFarr, 2013; Rizvi & Ritschel, 2014). Na análise em cadeia, o pensamento é um dos elos, podendo ou não, estar intrinsecamente relacionado ao problema em questão.

Outro fator que se mostrou relevante à compreensão dos resultados deste estudo é a formação dos clínicos brasileiros que trabalham com DBT. Como as Terapias Comportamentais Contextuais oriundas dos anos 90, alcançaram desenvolvimento no Brasil somente a partir dos anos 2010, salvo exceções, os profissionais brasileiros adquiriram esta formação na última década. Dessa forma, faz sentido que psicoterapeutas que já atuassem antes desse período, tenham adquirido repertório advindo de outras metodologias clínicas, em especial da TCC. Assim, ainda que os *experts* participantes deste estudo desenvolvam seu trabalho fortemente sustentados pelo modelo DBT, é necessário supor a influência desse contexto histórico na constituição heterogênea de profissionais brasileiros desta abordagem. Serralta e Ablon (2016) já haviam constatado que clínicos altamente qualificados e de referência numa abordagem eventualmente podem ter visões diferentes da mesma, possivelmente devido a particularidades de suas influências teóricas e trajetórias profissionais. A fim de refinar a identificação do modelo e deixá-lo mais homogêneo, optou-se pela exclusão dos 3 ordenamentos não afiliados ao fator DBT, definindo, assim, o protótipo a ser utilizado em análises futuras.

O protótipo DBT elaborado neste trabalho apresentou correlação moderada com o norte americano, desenvolvido por Goodman (2013), confirmando a hipótese 3. Os itens compartilhados como mais característicos de uma sessão ideal referem-se a processos marcantes na composição da DBT. A menção ao comportamento não-verbal do paciente (item 2) requer o uso da habilidade de *mindfulness* do terapeuta, que permite não só a observação e análise do contexto de forma mais completa, como também proporciona informações relevantes ao uso da estratégia de validação da experiência do paciente. É interessante observar que os itens 85 (o terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de se comportar com os outros) e 18 (o terapeuta transmite a impressão de aceitação não-crítica) versam justamente sobre a principal tensão dialética proposta pela DBT: aceitação e mudança. Este resultado indica que os protótipos captaram características fundamentais ao processo desta psicoterapia, indicando duas atitudes indispensáveis ao terapeuta comportamental dialético.

De forma ainda mais evidente, os modelos norte-americano e brasileiro compartilharam características que menos identificam a abordagem. Os 7 itens comuns assinalam que a DBT não utiliza intervenções que consideram a evitação da consciência ou ideias não conscientes (itens 36 e 67), não fomenta uma relação competitiva (item 39), e não direciona o foco a memórias ou reconstruções da infância (91), pelo menos não até o estágio 2 do tratamento. Da mesma forma que o terapeuta DBT não assume uma postura distante e indiferente (item 9), não subestima ou protege o paciente (item 51) não é insensível em seus comentários (item 77).

A constatação de que o protótipo DBT EUA apresentou correlação significativa com os 3 modelos brasileiros, sendo a de maior magnitude com o modelo TCC ($r = 0{,}681$; $p < 0{,}001$), indica que a heterogeneidade dos terapeutas comportamentais dialéticos ultrapassa as fronteiras geográficas e culturais. A investigação de Goodman (2013) já havia mostrado as associações entre o protótipo de DBT EUA com os de TCC, Psicoterapia Psicodinâmica, e de Função Reflexiva desenvolvidos naquele país, sustentando seu argumento de que há fatores compartilhados nas vertentes analisadas.

Os resultados do presente estudo também evidenciaram a sobreposição em menor grau de processos prototípicos DBT com a abordagem psicodinâmica, conforme representado na Figura 1. Esta tomada de perspectiva em um sentido mais amplo traz à discussão outro importante tópico: a hipótese levantada por alguns pesquisadores de que os fatores comuns nas psicoterapias podem ser agentes de mudança e, em alguma medida, explicar resultados semelhantes obtidos por abordagens diferentes (Wampold, 2015; Weinberg, Ronningstam, Goldblatt, Schechter, & Maltsberger, 2011).

Uma comparação entre os itens mais característicos em sessões de DBT e PPB (Serralta & Ablon, 2016) indicaram 3 descrições compartilhadas: Item 46 – O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente; Item 81 – O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente; e Item 98 – A relação terapêutica é um foco de discussão. Os itens 46 e 98 sinalizam a relevância da pessoa do

terapeuta e do relacionamento para ambas as abordagens. A capacidade de comunicação e as habilidades interpessoais são essenciais à aliança (Wampold & Imel, 2015), um dos fatores comuns mais pesquisados e fortemente associado com resultados satisfatórios em psicoterapia (Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018; Wampold, 2015). Apesar da difusão do enfoque técnico das intervenções comportamentais dialéticas, a aliança e a relação terapêutica são consideradas pontos-chave de contribuição a sua eficácia (Bedics & McKinley, 2020), tal como evidenciado nas terapias psicodinâmicas (Fisher, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Rafaeli, & Peri, 2016; Tanzilli et al., 2018). Diante disso, faz sentido que a relação terapêutica seja investida e considerada foco de discussão (item 98) em sessões prototípicas das duas abordagens.

O item 81 (O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente) é o único compartilhado por DBT e PPB que pode ser atribuído a elementos específicos dos modelos. A natureza teórico-prática de ambos compreende o processo de exposição emocional como uma intervenção indispensável. Para a PPB, é preciso que o paciente reexperimente emoções intensas ou dolorosas em ambiente terapêutico a fim de reconhecê-las e dar-lhes sentido, integrando-as em sua experiência (Fisher, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Rafaeli, & Peri, 2016). De forma semelhante, o fundamento da aceitação presente na DBT, preconiza a utilização de estratégias de exposição para que se possa construir um repertório hábil de regulação emocional e validação da própria experiência (Linehan, 2010).

Já os itens menos característicos para DBT que pontuam na lista de mais característicos para PPB indicam a distinção entre as bases epistemológicas das duas abordagens. Oriundo da prática psicanalítica, o modelo psicodinâmico abarca intervenções que consideram o trabalho com o inconsciente (item 67, 36 e 89), utilizando os sonhos (item 90) e métodos orientados à ressignificação de experiências do passado (item 92). Com exceção deste último, que é fortemente trabalhado no estágio 2 de tratamento em DBT, os outros recursos não são descritivos do método comportamental, justificando este resultado.

Conclusões

Este estudo desenvolveu e caracterizou um modelo prototípico de DBT que pode ser utilizado em futuras investigações de processos e processos-resultados de psicoterapias. Os resultados confirmam as hipóteses formuladas: houve discriminação do protótipo brasileiro de DBT em relação aos dois modelos utilizados para comparação (TCC e PPB), identificou-se correlações entre os diferentes tipos de psicoterapia, demonstradas também pelo compartilhamento de itens do PQS, e o protótipo brasileiro de DBT apresentou considerável sobreposição com o norte-americano. Ressalta-se que o modelo TCC reuniu o maior número de afiliações de outras abordagens, sugerindo a concentração de fatores compartilhados na constituição deste modelo. Recomenda-se o aprofundamento desta hipótese em futuros estudos.

Estes achados compreendem a natureza dos processos idealmente presentes durante o pré-tratamento e estágio 1 do trabalho com DBT. Há a

possibilidade de que protótipos adaptados a cada estágio subsequente sejam necessários para análises mais precisas de adesão ao modelo, em determinados estudos. O método pode ser facilmente replicado, se necessário, para abarcar características de outras etapas do tratamento.

Estudos subsequentes deverão verificar se o protótipo DBT captura suficientemente os processos supostamente presentes quando aplicado a sessões comportamentais dialéticas reais, e se discrimina seu modelo psicoterápico de outras abordagens. Espera-se, com isso, contribuir com o aprimoramento de ferramentas para avaliar o processo de psicoterapias no país, bem como clarificar as práticas subjacentes aos resultados clínicos da DBT no cenário brasileiro.

Referências

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the NIMH collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 64–75. https://doi.org/10.1037/0022-006x.67.1.64

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, *159*(5), 775–783. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.775

Ablon, J., & Jones, E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, *8*(1), 71–83. https://doi.org/10.1080/10503309812331332207

Abreu, P. R., & Abreu, J. H. 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

Aveline, M., Strauss, B., & Stiles, W. (2007). Pesquisa em psicoterapia. Em G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes. *Compêndio de Psicoterapia* de Oxford. Porto Alegre: Artmed.

Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R., & Priebe, S. (2016). Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *52*, 147–156. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.04.006

Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática* (S. Costa, trad.) Porto Alegre: Artmed.

Bedics, J. D., & McKinley, H. (2020). The therapeutic alliance and therapeutic relationship in dialectical behavior therapy. Em J. D. Bedics (Org.), *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 31–50). Academic Press. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-816384-9.00002-6

Bedics, J. D., Korslund, K. E., Sayrs, J. H., & McFarr, L. M. (2013). The observation of essential clinical strategies during an individual session of dialectical behavior therapy. *Psychotherapy*, *50*(3), 454. https://doi.org/10.1037/a0032418

Boritz, T., Barnhart, R., Eubanks, C. F., & McMain, S. (2018). Alliance rupture and resolution in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *32*(Supplement), 115–128. https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.supp.115

Boritz, T., Zeifman, R. J., & McMain, S. F. (2017). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy. Em M. A, Swales (Org.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.42

Chapman, A. L., & Owens, L. (2020). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy. Em J. D. Bedics (Org.), *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 51–69). Academic Press. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-816384-9.00003-8

Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy*, *53*(1), 105–116. https://doi.org/10.1037/pst0000041

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, *55*(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Goodman, G. (2013). Is mentalization a common process factor in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions? *Journal of Psychotherapy Integration*, *23*(2), 179–192. https://doi.org/10.1037/a0032354

Gratz, K. L., Bardeen, J. R., Levy, R., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour research and Therapy*, *65*, 29–35. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.005

Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic therapy*. New York: Jason Aronson.

Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, *19*(4–5), 418–428. https://doi.org/10.1080/10503300802448899

Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., De Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., ... & Page, D. (2016). Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour-informed skills training for borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, *23*(3), 189–202. https://doi.org/10.1002/cpp.1956

Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre:Artmed.

Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. D. S. (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, *62*(4), 459–480. https://doi.org/10.1002/jclp.20243

Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, *59*, 40–51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005

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. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017

Pederson, L. D. (2015). *Dialectical behavior therapy: A contemporary guide for practitioners*. United Kingdom: John Wiley & Sons.

Pole, N., Ablon, J. S., & O'connor, L. E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology*, *55*(2), 221–232. https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.221

Rangé, B. P., Falcone, E. M. D. O., & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *3*(2), 0–0. https://doi.org/10.5935/1808-5687.20070014

Rizvi, S. L., & Ritschel, L. A. (2014). Mastering the art of chain analysis in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, *21*(3), 335–349. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.09.002

Rudge, S., Feigenbaum, J. D., & Fonagy, P. (2017). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy and cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: a critical review of the literature. *Journal of Mental Health*, *29*(1), 92–102. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322185

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, *30*(1), 37–50. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011

Serralta, F. B., & Ablon, J. S. (2016). Development of Brazilian prototypes for short-term psychotherapies. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *38*(2), 71–79. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0039

Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *29*(1), 44–55. https://doi.org/10.1590/s0101-81082007000100011

Smith-Hansen, L., Levy, R. A., Seybert, C., Erhardt, I., & Ablon, J. S. (2012). The contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to psychotherapy research. Em *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 381–400). Humana Press, Totowa, NJ.

Tanzilli, A., Majorana, M., Fonzi, L., Pallagrosi, M., Picardi, A., de'Fornari, M. A. C., ... & Lingiardi, V. (2018). Relational variables in short-term psychodynamic psychotherapy: an effectiveness study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *21*(3). https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.327

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270–277. https://doi.org/10.1002/wps.20238

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203582015

Ward-Ciesielski, E. F., Limowski, A. R., & Krychiw, J. K. (2020). History and overview of dialectical behavior therapy. Em J. D. Bedics (Org.), *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 3–30). Academic Press. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-816384-9.00001-4

Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltsberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, *13*(1), 60–68. https://doi.org/10.1007/s11920-010-0167-x

Zeifman, R. J., Boritz, T., Barnhart, R., Labrish, C., & McMain, S. F. (2020). The independent roles of mindfulness and distress tolerance in treatment outcomes in dialectical behavior therapy skills training. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *11*(3), 181–190. https://doi.org/10.1037/per0000368