



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

IDENTIFICATION OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER SYMPTOMS IN ADOLESCENTS: A NARRATIVE REVIEW

Elaine Machado Chagas¹, José Carlos Tavares de Silva², Luis Antônio Monteiro Campos³, Cláudio Manoel Luiz Santana⁴, Cleia Zanata⁵, Henriette Barqueta Moreira de Lucena⁶, Luiz Fabio Domingos⁷

e2288

<https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i2.88>

RESUMO

Conforme descrito na literatura, o comportamento de automutilação, tentativa de suicídio ou ideação suicida, desregulação emocional, problemas no *self*, relações caóticas e impulsividade em adolescentes, podem ser as premissas do diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB). Nesta direção, o modelo de tratamento da Terapia Comportamental Dialética adaptado para adolescentes (DBT-A) tem mostrado resultados promissores e suas aplicações expandidas para outros contextos como unidades de internação e escolas. Este artigo tem como questão norteadora: Qual a influência da desregulação emocional e do autoconceito nos comportamentos de risco em adolescentes entre 12 e 18 anos? Como objetivos específicos, o artigo pretende caracterizar os sintomas de TPB em adolescentes, mapeando áreas como confusão sobre identidade, impulsividade, desregulação emocional e relações interpessoais caóticas e, em por fim, indicar medidas de intervenção psiquiátrica ou psicoterápica. Por meio de um estudo qualitativo, de revisão bibliográfica, constatou-se que o tratamento da DBT oferece o ferramental necessário não somente para saber lidar com as crises, mas também em formas de evitar que elas ocorram.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Comportamental Dialética. Adaptação. Transtorno de Personalidade Borderline. Adolescência

ABSTRACT

As described in the literature, self-mutilation behavior, suicide attempt or suicidal ideation, emotional dysregulation, problems with the self, chaotic relationships and impulsivity in adolescents can be the premises for the diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD). In this direction, the treatment model of Dialectical Behavior Therapy adapted for adolescents (DBT-A) has shown promising results and its applications expanded to other contexts such as inpatient units and schools. This article has as its guiding question: What is the influence of emotional dysregulation and self-concept on risk behaviors in adolescents between 12 and 18 years old? As specific objectives, the article aims to characterize the symptoms of BPD in adolescents, mapping areas such as confusion about identity, impulsivity, emotional dysregulation and chaotic interpersonal relationships and, finally, indicating psychiatric or psychotherapeutic intervention measures. Through a qualitative study, a literature review, it was found that the treatment of DBT offers the necessary tools not only to know how to deal with crises, but also in ways to prevent them from occurring.

KEYWORDS: *Dialectical Behavior Therapy. Adaptation. Borderline Personality Disorder. Adolescence*

¹ Universidade Católica de Petrópolis - UCP

² Instituto TCC Assist

³ Psicólogo, professor na UCP, PUC-Rio e UNILASALLE - Rio de Janeiro, Brasil

⁴ Universidade Católica de Petrópolis - UCP

⁵ Universidade Católica de Petrópolis - UCP

⁶ Universidade Católica de Petrópolis - UCP

⁷ Mitra



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA
Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o suicídio se apresenta como um dos temas mais relevantes e antigos relacionados à saúde. É discutido desde a Grécia Antiga e tratado como um fenômeno social impactante, além de ser possível ser pensado sob uma perspectiva histórica, sociológica, econômica e filosófica (BAGGIO; PALAZZO; AERTS, 2009). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (2014), o suicídio é um ato intencional e consciente de acabar com a própria vida, e a manifestação de pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo do tempo a principal característica do comportamento suicida.

A investigação das causas e situações desencadeadoras ou preditoras do suicídio na infância e da adolescência norteiam esse trabalho, na medida em que podemos considerar o período da adolescência por si só um momento de intensas mudanças e conflitos e que, por isso, pode induzir o adolescente a apresentar comportamentos que ofereçam risco à própria vida à qualidade de vida (RATHUS; WAGNER; MILLER, 2015).

Dentre os tratamentos descritos na literatura para adolescentes com comportamentos suicida e parassuicida está a terapia cognitivo-comportamental (PORR, 2010). O modelo de tratamento contempla um grupo de estratégias cognitivo-comportamentais a fim de obter formas mais funcionais de manejo de situações desafiadoras (BECK, 2007). Para tal, utiliza-se a identificação e alteração de crenças disfuncionais e monitoramento e mudança dos estados de humor e, conseqüentemente, dos comportamentos de risco (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Também como um modelo de intervenção, a internação psiquiátrica surge como uma alternativa concomitante à psicoterapia para o tratamento desses comportamentos, uma vez que o objetivo maior é buscar minimizar os riscos para os adolescentes, que muitas vezes apresentam um grau de resistência maior ao uso de medicações e à psicoterapia convencional em consultório e, ao mesmo tempo, adotam condutas de risco à própria vida (MCDONELL; TARANTINO; DUBOSE; MATESTIC; STEINMETZ; GALBREATH; MCCLELLAN, 2010). A Terapia Comportamental Dialética (TCD) é um protocolo clínico que propõe uma intervenção baseada em evidências, inicialmente desenvolvida para o tratamento de mulheres diagnosticadas com Transtorno de Personalidade *Boderline* (TPB) com comportamentos suicida e parassuicida (LINEHAN, 2010).

Linehan (2010), com sua teoria fundamentada na ciência comportamental, filosofia dialética e elementos de prática Zen, sustenta a ideia de que os pacientes com TPB ou com desregulação emocional apresentam uma vulnerabilidade emocional biológica, conforme argumenta, que é constituída por três características denominadas por ela como “vulnerabilidades emocionais”, são elas: (1) por um pequeno estímulo ambiental uma emoção intensa é deflagrada; (2) as emoções são sentidas com intensidade maior do que na maioria das pessoas e (3) há um retorno mais lento, também com relação a maioria das pessoas, ao estado de calma (LINEHAN, 2010). Posteriormente,



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luis Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

a DBT foi estendida para outros diagnósticos que possuem a desregulação emocional como parte dos sintomas apresentados para população adolescente (RATHUS; WAGNER; MILLER, 2015).

O desenvolvimento desses sintomas, tanto na adolescência quanto na vida adulta, é compreendido a partir da teoria Biossocial também desenvolvida por Marsha Linehan, destacando a presença das três vulnerabilidades emocionais que quando somada a ambientes invalidantes ou ambientes incongruentes, propicia o desenvolvimento do TPB na vida adulta (LINEHAN, 2010). Os ambientes invalidantes ou incongruentes são aqueles que punem o indivíduo (SANTANA *et al.*, 2021b) por ser e sentir como se sente e é sem ensinar a fazer diferente, é aquele que negligencia ou banaliza as expressões emocionais ou que não atende às necessidades básicas de conexão entre crianças e adultos de referência desde a tenra idade até a vida adulta.

Desenvolver a adaptação de protocolos de tratamento para adolescentes com comportamento de risco pode, além de evitar o suicídio ou comportamentos parassuicidas, minimizar as chances do desenvolvimento de diagnóstico de TPB (RATHUS; MILLER, 2015). Entende-se que pacientes com TPB crescem em ambientes invalidantes (aqueles que punem, criticam, não compreendem ou mesmo deboçam da experiência emocional típica do TPB) e, por isso, desenvolvem uma relação transacional com os pais, cuidadores, pares etc., reforçando a vulnerabilidade emocional e vice-versa, resultando em um *déficit* de habilidades para lidar com suas emoções, criando assim um ambiente propício para o desencadeamento de crises de desregulação emocional (LINEHAN; 2010).

O tratamento em Terapia Comportamental Dialética adaptado para adolescentes (DBT) denominado *Standard* contempla diferentes modos de tratamento a saber: a terapia individual, o treinamento de habilidades, a consultoria por telefone e equipe de consultoria para suporte ao terapeuta (SWESON, 2016). Assim, o tratamento em DBT passou a ser uma referência para outros diagnósticos e outras populações com problemas com a desregulação emocional e comportamentos de risco, incluindo adolescentes suicidas. O tratamento *Standard* em DBT para pacientes adolescentes possui a mesma estrutura do tratamento de adultos incluindo mais um grupo de habilidades do treinamento de habilidades (RATHUS; MILLER, 2015).

A DBT considera o diagnóstico de TPB em indivíduos que apresentam disfunção em quatro domínios centrais: 1) desregulação emocional; 2) desregulação interpessoal; 3) desregulação comportamental; 4) desregulação cognitiva. Como parte do tratamento para essas disfunções, a DBT sugere além da terapia individual, um treino de habilidades para abordar os déficits de capacidade associados a esses domínios. Por isso, os módulos de habilidades comportamentais correspondentes são, respectivamente: Regulação emocional, Efetividade interpessoal, Tolerância ao mal-estar, e Consciência Plena (RATHUS; LINEHAN; MILLER, 2007).

Por meio de um estudo qualitativo, de revisão bibliográfica, constatou-se que o tratamento proposto pressupõe que o paciente e seus familiares façam uso dos aprendizados contemplados nos treinamentos de habilidades e/ou terapia individual da DBT, principalmente no que diz respeito aos



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA
Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

ambientes invalidantes ou incongruentes, uma vez que eles oferecem o ferramental necessário não somente para saber lidar com as crises, mas também em formas de evitar que elas ocorram.

2. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: CONCEITO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Segundo o DSM-5, um transtorno de personalidade é caracterizado por um padrão estável, difuso e inflexível na forma de se sentir, pensar e se comportar que tem início na adolescência ou início da fase adulta e que é capaz de provocar prejuízos significativos da vida dos indivíduos por provocar sofrimento de modo estável ao longo do tempo. Existem dez diferentes transtornos de personalidade e em todos eles há um padrão persistente de experiência interna manifestadas através da cognição (SANTANA; ZANATTA, 2021), como forma de se perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos; através da afetividade, que se configura sob a forma de uma variação, intensidade, labilidade e adequação das respostas emocionais experimentadas pelo indivíduo e através do funcionamento interpessoal e do controle dos impulsos.

O TPB pode ser compreendido como um padrão de instabilidade que acomete as relações interpessoais, a formação de crenças, os afetos e os comportamentos devido a uma impulsividade acentuada que geralmente surge no começo da vida adulta e que pode trazer prejuízos em diferentes contextos. Os traços de personalidade mais importantes para a compreensão da sintomatologia do TPB são a desregulação emocional e a impulsividade. Estas podem ser compreendidas como os sintomas que mais estão relacionados com o histórico de eventos traumáticos na infância que maximizam as chances do desenvolvimento do diagnóstico de TPB na idade adulta.

Pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* (TPB), apresentam um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem, dos afetos e de impulsividade que surge no início da vida adulta e que está presente em diferentes contextos indicados por cinco mais áreas descritas a seguir: (1) esforços frenéticos de evitar abandono real ou imaginário; (2) padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos que leva o paciente a desenvolver e alternar entre duas visões: uma visão idealizada e outra de desvalorização da pessoa com quem se relaciona; (3) uma perturbação da identidade que leva o paciente a uma visão instável sobre si mesmo; (4) impulsividade que pode levar a condutas autodestrutivas como direção irresponsável, automutilação, atos suicidas, abuso de substâncias, compulsão alimentar, dentre outros; (5) recorrência de comportamentos ou ameaças suicidas; (6) instabilidade afetiva acentuada capaz de provocar episódios de ansiedade, irritabilidade e tristeza; (7) sensação crônica de vazio; (8) raiva intensa e inapropriada que mesmo quando entendida é difícil de controlar, e o paciente comumente se envolve em brigas físicas ou discussões coléricas e (9) ideação paranoide geralmente associada ao estresse capaz de induzir sintomas dissociativos intensos (DSM-5, 2014).

Os autores partem de uma perspectiva desenvolvimental das psicopatologias para pesquisar se há fatores precursores para o desenvolvimento da TPB já presentes na infância, entendendo que



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luis Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

os modelos explicativos mais aceitos para este transtorno sugerem uma interação de vulnerabilidades individuais e estressores ambientais, os denominados ambientes invalidantes ou incongruentes (MILLER; RATHUS; LINEHAN, 2007). Diversos estudos salientam a correlação entre TPB e eventos traumáticos (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional) e a impulsividade, um traço caracterizado por padrões cognitivos e comportamentais que se traduzem consequências disfuncionais em curto, médio e longo prazos, pode ser observada nos comportamentos de automutilação, promiscuidade e abuso de substâncias, todos comumente vistos em indivíduos com TPB (KREISMAN, 2010).

Marsha Linehan, nas décadas de 70 e 80, através de estudos sobre suicídio, desenvolveu um modelo de tratamento para pacientes suicidas ou parassuicidas denominado Terapia Comportamental Dialética. A abordagem é focada na mudança e na aceitação de condições que não podem ser modificadas. Marsha percebeu que para muitos pacientes a terapia cognitivo-comportamental parecia ser invalidante, pois eles não conseguiam modificar suas formas de pensar e tampouco a forma como se sentiam. As bases epistemológicas da terapia comportamental dialética são: a visão de mundo dialética, baseado na ideia da transitoriedade das coisas e de que não há verdades absolutas, o comportamentalismo, baseado na ideia de que comportamentos podem ser modificados quando reforçados, ignorados ou punidos e práticas Zen, oriundas do budismo, baseado na ideia da autoaceitação, autoconhecimento e que a virtude está no meio e não nos extremos das vivências. Exemplo: um esportista sofre tanto quanto um sedentário (SWENSON, 2016).

Ainda na juventude, Marsha Linehan foi internada em um hospital psiquiátrico após mais uma tentativa de suicídio. Enquanto internada em unidade fechada, Marsha foi submetida a uma diversidade de tratamentos na busca por minimizar seus sintomas que se apresentavam cada vez mais graves. De religião budista, Marsha afirma que as práticas Zen muito a auxiliaram no curso do seu tratamento e hoje são consideradas as estratégias centrais da terapia comportamental dialética. O protocolo clínico desenvolvido por ela propôs inicialmente uma intervenção baseada em evidências para o tratamento de mulheres adultas diagnosticadas com Transtorno de Personalidade *Borderline* que apresentavam comportamento suicida e parassuicida (LINEHAN, 2010).

A aplicação da teoria, iniciada na década de oitenta, se deu através das observações de Marsha e sua equipe sobre os atendimentos dos pacientes com comportamento de risco que Marsha realizava. Juntos, eles puderam observar e discutir de que forma os pacientes respondiam ao tratamento, na ocasião, baseado na terapia cognitivo-comportamental. Essa discussão tinha como objetivo selecionar o que mais parecia eficaz ou que não prejudicasse os pacientes e a retirada daquilo que pudesse prejudicá-los. O grupo mantinha o que parecia ser útil, descartava o que não fosse e buscava descrever em termos comportamentais tudo o que se passava durante as sessões. Esse movimento levou o grupo a algumas conclusões importantes. A primeira é que a terapia cognitivo-comportamental poderia ser usada para essa população e a segunda é que Marsha se utilizava de métodos que não estavam descritos na terapia cognitiva e nem na terapia



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA
Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luis Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

comportamental, mas sim com técnicas paradoxais, como por exemplo a técnica “Advogado do Diabo”, que significa defender o indefensável (LINEHAN, 2010).

Além disso, o grupo pôde perceber que o ritmo da terapia também era influenciado por uma forma de comunicação entre terapeuta e paciente que parecia ser tão eficaz quanto as técnicas. A comunicação oscilava entre um modo mais brusco que visava confrontação, denominada como comunicação irreverente e um modo mais compassivo e afetuoso que visava validação, denominada comunicação validante. Essas diferentes formas de comunicação estão descritas na literatura como “estilísticas”. Deste modo, pareceu bastante claro, que o que estava sendo feito não era uma terapia cognitivo-comportamental padrão e que as intervenções não estavam somente centradas na reestruturação cognitiva, mas sim em uma alternância entre uma interação que mova o paciente para a mudança e que ao mesmo tempo valida e aceita a ideia de que as suas respostas emocionais, mesmo trazendo prejuízo e sofrimento, são produto de experiências aversivas e que portanto esses modos de enfrentamento aprendidos podem ter sido ou ainda se mostram eficazes para neutralizar o desconforto causados pela sua emocionalidade intensa.

Diversos estudos dão suporte à eficácia da DBT (QUINN; HYMAS, 2017; NELSON-GRAY *et al.*, 2006; MEHLUM *et al.*, 2014) demonstrada pela redução no número de dias de hospitalização (MCDONNELL *et al.*, 2010) diminuição dos comportamentos de risco (FLYNN *et al.*, 2018; KATZ *et al.*, 2004) e ideação suicida e abandono do tratamento (GILL; WARBURTON; SIMES; SWELLER, 2017), tanto por parte dos pacientes, quanto por parte dos terapeutas. Assim, o tratamento em DBT passou a ser uma referência para outros diagnósticos e outras populações com problemas com a desregulação emocional e comportamentos de risco, incluindo adolescentes suicidas (RATHUS; MILLER, 2015).

A teoria põe foco na aceitação e na validação de comportamentos públicos ou privados por meio de estratégias de regulação emocional, tolerância ao mal-estar, consciência plena e efetividade interpessoal (SWENSON, 2016). As estratégias dialéticas que fazem parte do protocolo de tratamento em DBT visam o confronto de duas ou mais teses e/ou antíteses competidoras buscado chegar a uma síntese que possibilite a resolução de conflitos vivenciados pelos pacientes, de forma sábia, por meio de exposição direta aos elementos estressores que disparam as emoções em alta intensidade, sem deixar de priorizar a serenidade, a validação e o acolhimento. Quando uma dialética é trabalhada, as chances de um movimento para a mudança aumentam e o paciente tende a ficar mais estável, comprometido, considerando outras perspectivas sobre si mesmo, sobre os fatos, sobre os problemas e sobre a relação terapêutica (LINEHAN, 2010).

Faz parte do tratamento em DBT, o entendimento por parte de todos os envolvidos: pacientes, familiares e profissionais, sobre os dilemas dialéticos que quando claros, auxiliam na escolha de atitudes mais adaptativas frente as problemáticas geralmente oriundas da desregulação emocional, na busca por equilíbrio entre os opostos desses dilemas dialéticos que podem ser: os



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA
Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

dilemas dialéticos do terapeuta; os dilemas dialéticos do paciente e os dilemas dialéticos dos familiares.

Os dilemas dialéticos das famílias são apresentados e discutidos através de fichas didáticas e tarefas de casa dentro do próprio módulo trilhando caminho do meio seguindo a mesma estrutura dos demais grupos de habilidades contempladas no treinamento (RATHUS; LINEHAN; MILLER, 2007).

O diagnóstico de personalidade na adolescência é controverso, pois de um modo geral avaliar se os sintomas apresentados pelos adolescentes são ou não os esperados na faixa etária podem ser bastante desafiadores. Afirmar que eles são considerados já parte de um diagnóstico pode levar a uma estigmatização dispensável, por outro lado aguardar dia do 18º aniversário para intervir, pode significar a cronificação de sintomas e maior sofrimento psíquico. Sendo o TPB caracterizado por padrões duradouros de instabilidade nas relações interpessoais, instabilidade da forma se perceber, ou seja, da própria identidade, além de impulsividade e desregulação emocional grave, na medida em que os adolescentes manifestam esses mesmos sintomas ao longo do tempo, podemos considerar que sua desregulação comportamental e emocional pode ser um indicativo do desenvolvimento de TPB ainda na adolescência (RATHUS; WAGNER; MILLER, 2015).

Se essas características TPB se prolongam ao longo do tempo, estando presentes de forma intensa e na maior parte dos dias e/ou em situações diversas, trazendo prejuízos da vida do adolescente e de sua família, não há motivo para não considerar a hipótese do diagnóstico TPB em curso e muito menos na implementação de tratamento especializado e focado nessa sintomatologia. Quanto mais e por mais tempo os sintomas se manifestam ao se relacionar, ao pensar sobre si mesmo e no manejo desadaptativo de regulação emocional como tentativas de suicídio, explosões de raiva, autolesões, compulsões, dentre outros, maior é o risco de suicídio consumado ou outros comportamentos capazes de provocar prejuízos irreversíveis para os adolescentes e suas famílias.

O tratamento em DBT para adultos e na adaptação para adolescentes, é composto por diferentes modos de tratamento, cada um com uma função pré-estabelecida, dentre eles o treino de habilidades que tem como objetivo atenuar os sintomas relacionados a quatro áreas problemáticas comuns dos pacientes com TPB, são elas: (1) desregulação emocional; (2) problemas com os relacionamentos interpessoais; (3) impulsividade e (4) prejuízos no *self*. Com o intuito de treinar os pacientes para que fossem mais efetivos frente a essas dificuldades, Marsha desenvolveu quatro grupos de habilidades a serem ensinadas para os pacientes, em grupos, e direcionados por dois terapeutas diferentes, como uma espécie de curso, em que os pacientes aprendem sobre como lidar com essa instabilidade pervasiva comum no diagnóstico de TPB. Os quatro grupos de habilidades são: habilidades de consciência plena, habilidades de regulação emocional, habilidades de tolerância ao mal-estar e habilidades de efetividade interpessoal.

Jill Rathus é professora de psicologia na Universidade de *Long Island* em Nova York onde dirige o laboratório de pesquisa em DBT. Suas pesquisas incluem a DBT para adolescentes,



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luis Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

tendências suicidas entre adolescentes e avaliação da personalidade. Jill começou a aplicação da DBT *standard* (que contempla atendimento individual e treino de habilidades), desenvolvido por Marsha Linehan para pacientes adultos com adolescentes e logo percebeu que precisavam ser feitas adaptações. Ela considerava urgente algum tipo de tratamento específico para adolescentes suicidas visto que era grande a demanda nesse sentido e nenhum tratamento com enfoque empírico nessa direção e o tratamento com DBT era o único tratamento empírico que Jill encontrou para pacientes suicidas (LINEHAN, 2015).

Quando da aplicação do modelo *standard* do tratamento em DBT, Jill e colegas perceberam que geralmente o primeiro episódio de comportamento suicida acontece por volta dos 13 anos de idade e que um tratamento de um ano parecia muito longo para pacientes dessa faixa etária, assim, a primeira mudança foi a relacionada ao tempo de tratamento que foi reduzido para seis meses, podendo se estender a mais seis caso fosse do interesse dos adolescentes. 50% dos pacientes repetiram a automutilação após os primeiros seis meses e por isso eram encorajados a repetir por mais seis. Além de alterações quanto ao tempo de tratamento, Jill e equipe perceberam a necessidade de tornar mais lúdico o material do treino de habilidades, e assim, mantiveram os conceitos, mas fizeram alterações na linguagem, que se tornou mais simplificada e com menos palavras por página, a descrição de uma habilidade por página e a inclusão de artes lúdicas. Os familiares passaram a fazer parte do tratamento e um novo grupo de habilidades, denominada “caminho do meio” foi desenvolvida com o objetivo de orientar os familiares e conseqüentemente minimizar a invalidação no ambiente que parece surgir comumente como um forte desencadeador de crises de desregulação emocional.

Para a inclusão no tratamento em DBT adaptado, Jill se baseou nos mesmos critérios de inclusão descritos por Linehan para pacientes adultos com TPB considerando que os sintomas TPB podem estar presentes em indivíduos com idade inferior a 18 anos. Os adolescentes que participaram do tratamento apresentavam problemas com a desregulação emocional, impulsividade, relacionamentos instáveis, confusão de identidade e por fim, conflitos com os pais ou outros cuidadores. O tratamento iniciou com parte dele focado no ensino de habilidades em módulos direcionados para a essas 5 áreas problemáticas: (1) habilidades de regulação emocional com o objetivo de minimizar a desregulação emocional; (2) habilidades de tolerância ao mal estar, direcionado para minimizar os sintomas de impulsividade; (3) habilidades de consciência plena - *mindfulness*, direcionado a minimizar os efeitos na confusão de identidade; (4) habilidades de efetividade interpessoal direcionado para minimizar o caos interpessoal e (5) habilidades de caminho do meio, para minimizar os problemas de relacionamento entre os adolescentes e seus pais.

Com o desenrolar do tratamento, a questão central que passou a ser como distinguir características de TPB em adolescentes de características normais da faixa etária. A solução foi desenvolver um inventário de problemas de vida em forma de autorrelato que pudesse medir os problemas nessas áreas e comparar com três diferentes grupos de adolescentes antes e após o



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA
Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

treino de habilidades. O primeiro grupo foi composto por adolescentes com mais de três sintomas de TPB, o segundo com no máximo dois e o terceiro um grupo controle, estes faziam tratamento sem uso de medicamentos, faziam a terapia sem a psiquiatria. Descobriram que os resultados eram maiores em pacientes com mais características de TPB. As propriedades psicométricas desenvolvidas puderam demonstrar medidas válidas e confiáveis de características TPB em adolescentes que mapeiam as quatro áreas problemáticas para TPB (confusão sobre si mesmo, desregulação emocional, impulsividade e caos interpessoal) com medição nas escalas e indicação da DBT para ensino das habilidades de regulação emocional, tolerância ao mal-estar, efetividade interpessoal e consciência plena – *mindfulness*.

Em seu estudo de validação (RATHUS; WAGNER; MILLER, 2015), o LPI foi aplicado em 195 sujeitos apresentados à clínica de Psiquiatria Adolescente, com sintomas depressivos ou comportamentos suicidas. A aplicação consistiu em uma entrevista clínica, uma entrevista semiestruturada diagnóstica (SCID-II) e questionários preenchidos na localidade (BDI, SCL-90-R, LPC, SIQ-JR e o LPI). A amostra foi separada em três grupos principais, com base no diagnóstico de TPB: Diagnósticos, Não-Diagnósticos e Pacientes medicados para outras condições psiquiátricas que não a TPB. O instrumento foi validado utilizando os valores de consistência interna dos fatores ($\alpha = 0,82 - 0,96$) bem como os escores produzidos pela aplicação dos outros instrumentos, que foram utilizados para fornecer a validade convergente. Esta convergência foi avaliada utilizando correlação de Pearson ($r = 0,33 - 0,61$). Não houve maiores informações a respeito da estrutura fatorial, bem como investigações exploratórias ou confirmatórias que ajustem o modelo hipotetizado e a variação dos dados.

3. A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA COM ADOLESCENTES

A adaptação da DBT para pacientes adolescentes evoluiu a partir de desafios enfrentados com os números alarmantes de comportamentos auto lesivos, comportamento suicida ou ideação suicida associados a importante desregulação emocional nesta faixa etária (MILLER; RATHUS; LINEHAN, 2007). Considerando também que os adolescentes podem estar vivendo em ambientes invalidantes, e que frequentemente as interações com seus pais ou cuidadores surgem como importantes desencadeadores ou mantenedores de comportamentos de risco, a adaptação da Terapia Comportamental Dialética para adolescentes supre a necessidade de dar suporte aos pais que comumente se sentem estigmatizados e isolados (RATHUS; MILLER, 2015). Além disso, a literatura recente discute e considera a presença de características de TPB em pacientes com idade inferior a 18 anos, por muitos apresentarem sintomas que atendem ao critério diagnóstico em adultos (RATHUS; WAGNER; MILLER, 2015).

Denominada DBT *Standard*, o tratamento em DBT para pacientes adolescentes possui a mesma estrutura, composta por cinco modos de tratamento, cada uma com sua função específica a saber: 1) terapia individual semanal – tem como objetivo manter a motivação do paciente para



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luis Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

mudança, entendendo que seus padrões disfuncionais vão ao longo do tempo se cronificando; 2) treinamento de habilidades – tem como objetivo ensinar habilidades para lidar com as situações desafiadoras e desencadeadoras de desregulação emocional (habilidade de regulação emocional, habilidades de consciência plena, habilidades de tolerância ao mal estar e habilidades de efetividade interpessoal); 3) *coaching* telefônico – objetiva assegurar a generalização dos aprendizados na terapia individual e do treinamento de habilidades; 4) sessões familiares – objetivam estruturar o ambiente, ajudando a torná-lo menos invalidante; e 5) equipe de consultoria – uma reunião clínica, composta por terapeutas formados em DBT que se auxiliam na manutenção das habilidades do terapeuta e a sua motivação (RATHUS; WAGNER; MILLER, 2015).

A aplicação do tratamento de DBT *Standard*, segundo estudos, contribui para a generalização das habilidades aprendidas no treinamento, bem como na minimização de atitudes parentais invalidantes e comportamentos de risco. A DBT para pacientes tem mostrado resultados promissores para população adolescente com comportamento suicida, ideação suicida e automutilação e problemas relacionados a desregulação emocional (RATHUS; MILLER, 2015).

Levando em consideração, que muitos dos sintomas preditivos do diagnóstico TPB surgem no período da adolescência como parte normal das mudanças dessa faixa etária, o instrumento *Life Problem Inventory* (LPI), vem sanar essa lacuna, ajudando a diferenciar o que é esperado e dentro do normal nessa fase do desenvolvimento e o que pode estar oferecendo risco para o adolescente. Agindo mais preventivamente e rapidamente podemos não somente minimizar comportamentos de risco oferecendo o tratamento que contemple o ensinamento e treino das habilidades, mas também diminuir as chances do desenvolvimento do TPB.

As pesquisas realizadas com adolescentes que apresentam comportamentos de risco, utilizando a DBT para adolescentes, de forma geral, visam explorar as mudanças clínicas observadas, incluindo a redução da gravidade dos sintomas de ideação suicida, sintomas de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), autoagressão, uso de substâncias e outros potenciais preditores de resposta a adesão/manutenção do tratamento (FLEISCHHAKER *et al.*, 2011). A viabilidade da implementação do modelo para pacientes adolescentes também foi pensada e implementada em diferentes contextos, incluindo a internação psiquiátrica, um dos objetivos é o de avaliar se há redução de comportamentos de risco e a diminuição do tempo de internação e uso de medicamentos (COURTNEY; FLAMENT, 2015).

Realizado nos Estados Unidos, com a participação de 61 adolescentes com idade entre 15 e 18 anos, todos com histórico de automutilação e ideação suicida nos quatro meses anteriores ao tratamento teve como avaliação pré-tratamento os questionários SIQ que avalia Ideação Suicida além do LPI (*Life Problem Inventory*), a Escala de Resiliência (RSCA) e Escala de Envolvimento com Álcool e Drogas (AADIS). Os adolescentes que apresentassem quadro psicótico e/ou atrasos de desenvolvimento ou que fossem participantes de qualquer outro tipo de tratamento psicoterápico estavam excluídos da pesquisa. Este estudo comparou a eficácia da DBT para comportamentos de



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís António Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

automutilação e ideação suicida em tratamento composto por 15 sessões em grupo no qual as habilidades de *mindfulness*, tolerância ao mal-estar, regulação emocional e efetividade interpessoal se faziam presentes, concomitantemente com sessões de psicoterapia individuais no modelo da DBT e acompanhamento psiquiátrico. Os terapeutas participavam de grupos de consultoria semanal e os familiares de quatro das 15 sessões em grupo e *coaching* telefônico em horários pré-determinados. Os resultados apresentados apontaram para uma redução desses comportamentos; entretanto, verifica-se com relação ao resultado primário, que ideias suicidas autorreferidas podem não ter uma validade adequada, pois os relatos de ideação suicida podem variar dia após dia, dependendo do humor rapidamente flutuante, comum nesta população (COURTNEY; FLAMENT, 2015).

Um outro estudo piloto na área, foi desenvolvido na Alemanha, com a participação de 12 adolescentes com idade entre 13 e 19 anos que apresentavam pelo menos 3 dos critérios diagnósticos descritos no DSM-IV para TPB e comportamentos de risco nas últimas 16 semanas. O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia do tratamento em DBT para esses comportamentos, medindo a diminuição ou não do número desses critérios diagnósticos entre o início e o final do tratamento ocorrido no período entre 16 e 24 semanas com a DBT na sua versão adaptada para adolescentes por Jill Rathus & Allec Miller. Para a mensuração do número desses critérios diagnósticos foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e os pacientes que apresentassem um desempenho cognitivo com quociente de inteligência abaixo de 70, transtorno psicótico, episódios depressivos graves ou de mania, abuso de substância ou diagnóstico alimentar como diagnósticos primários e analfabetismo não poderiam participar da pesquisa. Os resultados foram promissores e apontaram para uma diminuição do número de critérios diagnósticos como o número de comportamentos autolesivos não suicida e tentativa de suicídio; porém, os resultados ficam restritos a pacientes com sintomas de TPB, quando na realidade, comportamentos de risco podem também estar associados a outros quadros diagnósticos (FLEISCHHAKER *et al.*, 2011).

Em estudo realizado por um serviço da rede pública em saúde mental para crianças e jovens, com idade entre 0 e 18 anos na área de Ryde em Sydney, Austrália, observou a necessidade de atender às adolescentes que experimentavam níveis significativos de desregulação das emoções e comportamentos que representassem risco à vida. O programa desenvolvido pelo serviço se baseou na adaptação do protocolo de treinamento de habilidades para essa faixa etária desenvolvido por Marsha Linehan, Alec Miller e Jill Rathus e teve como proposta oferecer um grupo de treinamento de habilidades em DBT para adolescentes que incluísse os seus familiares e que contemplasse as seguintes habilidades: habilidades de caminho do meio, habilidades de regulação emocional, habilidades de tolerância ao mal-estar e habilidades de efetividade interpessoal. Para fazer parte do grupo, os adolescentes deveriam apresentar queixa de desregulação emocional e serem clientes frequentadores do serviço de terapia individual oferecida lá, e seus familiares deveriam participar das sessões de treinamento dirigidas a eles. Diferentemente de outros programas com a mesma



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA
Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

finalidade a apresentação de sintomas de TPB não foi um critério de exclusão e nem de inclusão no grupo.

A amostra contou com a participação de 12 famílias e teve a duração de seis meses, contudo, observou-se que a aderência ao projeto se mostrou frágil e uma adaptação com relação ao tempo de duração precisou ser considerada embora ao final os adolescentes terem apresentado uma melhora significativa nos questionários aplicados antes e após a execução do grupo (GILL *et al.*, 2017).

Um outro estudo realizado nos Estados Unidos, também buscou avaliar o impacto do treinamento de habilidades da DBT em adolescentes com autolesão de moderada a grave em um serviço de saúde mental para essa população. O treinamento desenvolvido em 3 rodadas durante o período de 1 ano, incluiu: habilidades de consciência plena, que ensina a usar o controle de atenção para estar presente no momento; habilidades de tolerância ao mal estar que ajuda a identificar emoções fortes enquanto inibe comportamentos disfuncionais; habilidades de eficácia interpessoal que visa ensinar a responder de forma eficaz diferenças interpessoais a habilidades de regulação emocional que ajuda a reconhecer e orientar as próprias respostas às emoções evocadas pelo ambiente. Participaram do estudo 13 jovens, dentre eles, 12 eram do sexo feminino todos da faixa etária entre 11 e 14 anos.

Embora alguns pacientes tenham abandonado tratamento, todos foram acompanhados desde o início até a conclusão do teste sem desistências da pesquisa e apontaram melhora dos comportamentos que os fizeram fazer parte do estudo.

Dados quantitativos e qualitativos foram coletados para avaliar a intervenção, dentre os procedimentos estavam: os Inventários de depressão (CDI), de ansiedade (BAI), de raiva (BANI) e comportamentos disruptivos (BDBI) além da participação de um psicólogo assistente imparcial que solicitou que os adolescentes também preenchessem um questionário com três perguntas abertas: O que você gostou sobre o grupo? O que tornaria um grupo melhor? E se o grupo ajudou com suas dificuldades e, se sim, de que maneira?

Os resultados sugerem que os jovens acharam o grupo útil e de apoio, e experimentaram resultados positivos, incluindo uma redução nos comportamentos de autolesão. No entanto, eles também sugerem que o treinamento de habilidades, sozinho, pode ser insuficiente, e que a contribuição terapêutica adicional, como intervenção familiar e terapia individual, pode melhorar os resultados (NELSON-GRAY *et al.*, 2016).

Um estudo desenvolvido em Oslo contou com a participação de 77 adolescentes com idade entre 12 e 18 anos, recrutados de ambulatórios psiquiátricos da criança e do adolescente recém-encaminhados para o tratamento de comportamento de automutilação, buscou avaliar a melhora desses comportamentos por meio de tratamento com DBT que incluía a participação dos pais (SANTANA *et al.*, 2021c). Os pacientes e seus pais foram convidados para uma entrevista diagnóstica na qual os critérios de inclusão foram verificados. Essas avaliações diagnósticas foram feitas por



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

clínicos experientes que coletavam informações sobre a histórico de pelo menos dois episódios de automutilação e pelo menos 1 nas últimas 16 semanas e a apresentação de pelo menos 2 critérios de TPB do DSM-IV. Os critérios de exclusão foram o diagnóstico de transtorno bipolar (exceto bipolar II), esquizofrenia, transtorno esquizo-afetivo, transtorno psicótico não especificado de outra forma, deficiência intelectual e síndrome de Asperger. Foi considerado automutilação os comportamentos de envenenar-se ou provocar autolesões, independentemente da intenção suicida. Os resultados foram promissores apesar de terem sido fruto do resultado de um estudo que começou avaliando um número bem maior de sujeitos. Dos mais 142 adolescentes encaminhados somente 77 adolescentes foram incluídos (MEHLUM *et al.*, 2014).

Uma outra pesquisa realizada nos Estados Unidos, que visava investigar os resultados de tratamentos com DBT em pacientes entre 14 e 17 anos, contou com a participação de 106 sujeitos que foram divididos tendo como base suas características clínicas como: critérios para TPB e histórico de automutilação. O estudo buscou investigar se o tratamento em DBT para os adolescentes que estiveram em internação psiquiátrica entre os anos de 2000 e 2005, foi capaz de provocar não só a diminuição de comportamentos suicidas, mas também uma diminuição no número de medicamentos psicotrópicos já prescrito pela psiquiatria durante a internação.

Na amostra total, dos 106 pacientes, a maioria era do sexo feminino e iniciaram o tratamento na instituição através de admissões voluntárias e involuntárias. As admissões involuntárias são definidas como indivíduos que foram detidos sob as leis de comprometimento civil pois tiveram comportamentos que colocaram a vida de outros em risco. O cenário geral de tratamento contava com uma equipe que assistência direta aos pacientes composta por: equipe de enfermagem, assistente social e psicologia. Ao final, os resultados foram favoráveis, mas não se sabe sua eficácia foi influenciada pelo fato de os pacientes estarem em situação restrita, o que permite a adaptação das intervenções às características individuais de cada paciente (MCDONNELL *et al.*, 2010).

O ambiente escolar é frequentemente identificado como um ambiente apropriado para o acesso de jovens para a aquisição de habilidades preventivas para problemas futuros. Pensando nisso, um grupo de pesquisadores da Irlanda, implementou dentro de duas escolas, o estudo piloto de um programa de aprendizagem de habilidades socioemocionais para 72 adolescentes com idades entre 15 e 16 anos. Os alunos que participaram vivenciaram o tratamento em DBT nas escolas (DBT Steps-A) cuja coleta de dados foi agendada com os professores e realizada em dois momentos: no início do ano letivo (dentro de 1 semana da data de início do programa para o grupo de intervenção); e no final do ano letivo (no final do programa do grupo de intervenção). Para a implementação desse projeto de pesquisa, os pesquisadores visitaram as escolas para informar aos alunos sobre o estudo e administrar medidas com os participantes. O consentimento por escrito para participar do estudo foi exigido de adolescentes e seus pais / responsáveis, bem como uma avaliação de risco após a coleta de dados, onde as respostas dos participantes aos itens selecionados foram revisadas. No caso de risco identificado, a escola era informada e um protocolo de gestão de risco acordado entre escola e



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE
EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís António Monteiro Campos,
Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

responsáveis. Os participantes foram notificados desse limite à confidencialidade antes de consentirem com sua participação.

Os resultados em uma análise quantitativa incluíram a avaliação de sintomas de emoção, *coping* disfuncional e uso de habilidade DBT e foi observado um efeito estatisticamente significativo do tratamento através de medidas que avaliam sintomas de depressão, ansiedade e estresse social indicando que a DBT Steps-A pode produzir efeitos positivos para os adolescentes que vivenciaram essa intervenção. De acordo com o feedback dos adolescentes e professores é necessário que haja um refinamento de conteúdo, estrutura e implementação, pois embora tenham sido observadas melhorias significativas em relação aos sintomas emocionais não foram observadas melhoras para o enfrentamento disfuncional de situações complexas ou o uso eficaz das habilidades da DBT. É possível que as medidas de enfrentamento disfuncional e o uso de habilidade possam não ser sensíveis o suficiente para capturar mudanças, uma vez que essas são medidas tipicamente usadas com populações clínicas (FLYNN *et al.*, 2018).

Em um outro estudo que visou verificar a viabilidade da implementação da DBT com pacientes internados em instituição psiquiátrica para crianças e adolescentes, 62 adolescentes com idades entre 14 e 17 anos (média = 15,4) que foram internados em unidades de internação psiquiátrica e que tivessem sido admitidos após ter tido pelo menos uma ideação suicida grave o suficiente para justificar a admissão, conforme determinado pela criança ou adolescente e a psiquiatra. Os pacientes não eram elegíveis para o estudo se tivessem retardo mental, psicose, transtorno afetivo bipolar ou deficiências graves de aprendizado e foram selecionados em duas unidades de internação diferentes. Uma delas utilizou como tratamento o protocolo DBT adaptado para adolescentes e a outra contou com outro modelo de tratamento. Além disso, os adolescentes concordaram em permanecer no hospital para tratamento breve.

A avaliação pré-tratamento e pós-tratamento envolveu uma bateria de medidas de autorrelato visando os fatores de risco de suicídio que eram obrigatoriamente preenchidos pela equipe do hospital. Entre as medidas de autorrelato estavam o Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Desesperança para Crianças (KHS) e o Questionário de Ideação Suicida de Reynolds - Jr. (SIQ). Os indivíduos completaram essas medidas na admissão e na alta. Após o término do estudo, o número de relatos de incidentes preenchidos pelo grupo de trabalho foi calculado para ambos os grupos.

Dentre os sintomas avaliados estavam: os sintomas depressivos, ideação suicida, desesperança, comportamento parassuicida, internações hospitalares, atendimentos de emergência e aderência às recomendações de acompanhamento. Essa avaliação foi feita antes e após o tratamento que teve 1 ano de duração para ambos os grupos. Os resultados na unidade em que a DBT foi utilizada, reduziu significativamente os incidentes comportamentais durante a admissão quando comparada com outra, embora ambos os grupos demonstraram reduções nos comportamentos parassuicida, sintomas depressivos e ideação suicida no decorrer do tratamento. A



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

conclusão é que a implementação do tratamento com DBT em pacientes pediátricos e psiquiátricos em unidades psiquiátricas podem ser promissores (KATZ *et al.*, 2004).

O presente estudo é resultado de uma revisão bibliográfica não-sistemática em artigos existentes na literatura incluindo uma coleção selecionada de periódicos na internet através de biblioteca eletrônica, usando principalmente as palavras-chave: terapia comportamental dialética, adolescentes e transtorno de personalidade *borderline*. As bases de dados usados nesta pesquisa foram: SciELO, PePSIC e Google Acadêmico.

Dos 28 artigos investigados, oito deles foram desenvolvidos no Brasil, sendo apenas um publicado em revista e os demais em livros traduzidos para português ou capítulos de livros que retratam aspectos relevantes sobre a teoria comportamental dialética. Dos artigos encontrados em português, nenhum deles direcionado ao estudo da teoria para a população adolescente.

Com base nos resultados dos programas aqui apresentados, os tratamentos em DBT adaptados para a faixa etária, de fato, parecem ajudar os adolescentes a melhorar suas capacidades de regulação emocional e conseqüentemente, minimizam os comportamentos de risco, contudo, alguns dados devem ser considerados, um deles se refere aos diferentes tamanhos de amostra, muitos com número reduzido de participantes (GILL *et al.*, 2017). Um outro ponto a refletir é o quão influenciável é a melhora dos pacientes quando há ou não a participação dos familiares nos treinamentos de habilidades e qual a diferença entre os tratamentos com DBT *standard* para os tratamentos que contemplam somente o treinamento de habilidades adaptado para adolescentes (GILL *et al.*, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora até o presente momento não existam tratamentos empiricamente validados de boa qualidade para adolescentes que apresentem comportamentos suicidas e parassuicidas, a adaptação da Terapia Comportamental Dialética para Adolescentes (DBT-A), tem se mostrado o tratamento mais efetivo para essa população (QUINN; HYNAS, 2017).

As pesquisas realizadas com adolescentes que apresentam comportamentos de risco, de forma geral, visam explorar as mudanças clínicas observadas, incluindo a redução da gravidade dos sintomas de ideação suicida, sintomas de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), autoagressão, uso de substâncias e potenciais preditores de resposta a adesão/manutenção do tratamento, entretanto, estamos lidando com um grupo que é difícil tratar, estima-se que 60% dos pacientes abandonam o tratamento antes do seu término (FLEISCHHAKER *et al.*, 2011).

Entendendo que o público adolescente possui essa taxa de desistência maior quando inseridos em terapias mais longas, os autores diminuíram o tempo de treino de habilidades, que deixou de ser um programa de 12 meses para ser um programa de 16 semanas. Esse encurtamento obrigou-os simplificar a linguagem utilizada em algumas habilidades, retirar algumas e inserir as denominadas habilidades de “caminho do meio” que se trata da inclusão de familiares (SANTANA *et*



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

al., 2021c) no tratamento dos adolescentes por meio de sessões direcionadas a eles e treino de habilidades. Essas mudanças parecem não ter comprometido os resultados e sim ter aumentado as chances de bons resultados no uso de DBT para adolescentes e seus familiares (MILLER; RATHUS; LINEHAN, 2007).

A aplicação do tratamento de DBT com a inclusão dos familiares, segundo os estudos apresentados, contribuiu para a generalização das habilidades aprendidas no treinamento de habilidades em DBT, bem como na diminuição de práticas parentais invalidantes que costumam anteceder e aumentar a gravidade dos comportamentos de risco apresentados pelos adolescentes. Pode ser que, para se obter resultados realmente relevantes e duradouros, há de se usar o tratamento com DBT *standard*, pois adolescentes gravemente desregulados normalmente não são capazes de se beneficiar completamente de treinamento de habilidades sem que este venha acompanhado de outros modos de tratamento como o treino de habilidades com os pais, a terapia individual e coaching telefônico (QUINN; HYNAS, 2017).

Quando o assunto se trata de pacientes em idade escolar, não podemos deixar de pensar na clara e crescente necessidade de intervenções universais em saúde mental nas escolas (MAZZA; DEXTER-MAZZA; MILLER; RATHUS; MURPH, 2016). A DBT Steps-A, adaptação da DBT para o contexto escolar veio com a promessa de uma opção viável para atender a essa necessidade, contudo, o programa leva a crer que sejam necessárias mais investigações para determinar se as habilidades do DBT aplicadas nesse contexto realmente respondem por mudanças ou se essas mudanças acontecem devido ao fato de os estudantes terem encontrado um sistema de apoio e linguagem em ambiente que rotineiramente frequentam (FLYNN, 2018).

Os estudos apresentados que destacam a implementação de protocolos de tratamento com pacientes adolescentes internados também mostram uma melhora nos comportamentos de risco, mas de forma geral, os pacientes que apresentaram algum grau de comprometimento cognitivo ou diagnósticos comórbidos foram excluídos, indicando então que essas pesquisas não puderam avaliar os resultados da DBT para pacientes com outras questões que também podem colocar a vida em risco como por exemplo o consumo de drogas ou transtornos alimentares, bastante comuns nesses pacientes com ideação ou tentativa de suicídio e automutilação (KATZ *et al.*, 2004).

A avaliação da discrepância entre os resultados qualitativos e quantitativos nos estudos apresentados também é destacado aqui. Os dados qualitativos positivos se apoiam na ideia de os adolescentes aprenderem uns com os outros e desenvolver as habilidades dentro de um grupo de suporte terapêutico que em contraste com os dados quantitativos sugerem que o treinamento de habilidades sozinho pode não ser suficiente para reduzir sintomas de ansiedade e depressão ou melhorar significativamente o funcionamento da vida (QUINN; HYMAS, 2017)

Conforme antecipado, com base nos resultados dos programas aqui apresentados, os tratamentos em DBT adaptados para a faixa etária parecem ajudar os adolescentes a melhorar suas capacidades de regulação emocional e conseqüentemente, minimizam os comportamentos de risco,



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luis Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

contudo, alguns dados devem ser considerados, um deles se refere aos diferentes tamanhos de amostra, muitos com número reduzido de participantes (GILL *et al.*, 2017). Um outro ponto a refletir é o quão influenciável é a melhora dos pacientes quando há ou não a participação dos familiares nos treinamentos de habilidades em DBT e qual a diferença entre os tratamentos com DBT *standard* para os tratamentos que contemplam somente o treinamento de habilidades adaptado para adolescentes, e por fim, qual a fidedignidade das medidas utilizadas para avaliar essa melhora (GILL *et al.*, 2017).

Os autorrelatos dos adolescentes são um ponto a explorar, pois muitos deles podem sofrer flutuação, visto que se trata de pacientes que de uma forma geral são estavelmente instáveis em suas emoções, o que interfere diretamente na apresentação dos sintomas e conseqüentemente na mensuração e avaliação dos mesmos (FLEICHHAKER *et al.*, 2011).

Uma outra área a ser explorada é exclusão de sujeitos que apresentem diagnósticos comórbidos como os transtornos alimentares ou de adicção, de diagnósticos primários como a bipolaridade ou transtorno do espectro do autismo ou que tenham comprometimento cognitivo, entretanto muitos desses quadros vêm se mostrando cada vez mais comuns em pacientes com desregulação emocional e comportamentos de risco (COURTNEY, 2015).

Um outro ponto a destacar é o das interações com pais ou cuidadores, pois estes, podem surgir como importantes desencadeadores e mantenedores de comportamentos de risco, e influenciadores no desenvolvimento da capacidade de regulação emocional. A identificação de problemas na relação entre os adolescentes e seus pais, vem sendo discutidos como algo a ser também medido (PEREPLETCHIKOVA *et al.*, 2010).

A DBT para adolescentes quando foi desenvolvida, tentou suprir a necessidade de dar suporte aos pais que comumente se sentem estigmatizados por não saberem como lidar com a desregulação emocional dos filhos e os impactos disso no ambiente familiar, para isso, a inclusão dos pais nos treinamentos de habilidades foi pensada e incluída (RATHUS; MILLER, 2015). Contudo, embora as pesquisas apontem para uma melhora na qualidade dessas interações, o LPI (*Life Problem Inventory*) em sua versão original não mede nem o impacto dos ambientes invalidantes na desregulação dos filhos tampouco o impacto da inclusão dos familiares no tratamento. O que traz dois questionamentos: se as estratégias desenvolvidas para ajudar pais e cuidadores a lidarem de forma mais efetiva diante da dificuldade de regulação emocional dos seus filhos (SANTANA *et al.*, 2021a) previnem o desenvolvimento e/ou a manutenção de ambientes invalidantes e se a participação, ou não, dos familiares impacta nas chances do desenvolvimento do diagnóstico de TPB em adolescentes.

Vale também destacar que a literatura recente discute e considera a presença de características de TPB em pacientes com idade inferior a 18 anos. Muitos dos adolescentes apresentam um número significativo de sintomas que atendem ao critério diagnóstico de TPB em adultos, que com o tratamento baseado no tratamento desenvolvido para pacientes adultos apresentam melhora e diminuição no número dessas características diagnósticas. Foi a partir



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

também dessas ideias que o LPI foi desenvolvido, partindo da premissa de que sintomas TPB podem sim ser investigados e mensurados em pessoas com idade inferior a 18 anos (RATHUS; WAGNER; MILLER, 2015).

A DBT para pacientes adolescentes tem mostrado resultados promissores com a diminuição de comportamento nos quatro domínios centrais do diagnóstico TPB (desregulação emocional, comportamental, interpessoal e cognitiva). O desenvolvimento do inventário LPI, inventário de autorrelato projetado para medir diretamente estes quatro domínios problemáticos pode ser utilizado como uma ferramenta de auxílio aos profissionais da área tanto sob a perspectiva da prevenção e identificação de comportamentos de risco dos adolescentes, quanto na avaliação dos resultados dos tratamentos desenvolvidos por eles para com seus pacientes. Seus medidores de mudança incluem suicídio, automutilação, abuso de substâncias, confusão sobre si mesmo, problemas nos relacionamentos, dentre outros.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo Comportamental**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2007.

COURTNEY, D. B.; FLAMENT, M. F. Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Self-injurious Thoughts and Behaviors. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 203, n. 7, p. 537–544, 2015.

FLEISCHHAKER, C.; BÖHME, R.; SIXT, B.; BRÜCK, C.; SCHNEIDER, C.; SCHULZ, E. Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and *Borderline* Symptoms with a one-year Follow-up. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 5, n. 1, p. 3, 2011.

FLYNN, D.; JOYCE, M.; WEIHRAUCH, M.; CORCORAN, P. Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy - skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A): evaluation of a pilot implementation in Irish post-primary schools. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 23, n. 4, 2018.

GILL, D.; WARBURTON, W.; SIMES, D.; SWELLER, N. Group Therapy for Emotional Dysregulation: Treatment for Adolescents and Their Parents. **Child and Adolescent Social Work Journal**, v. 35, n. 2, p. 169–180, 2017.

KATZ, L. Y.; COX, B. J.; GUNASEKARA, S.; MILLER, A. L. Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 43, n. 3, p. 276-282, 2004.

KREISMAN, J. J. **I Hate You, Don't Leave Me**: understanding the *borderline* personality. New York: Perigee Book, 2010.



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA

ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA
 Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luís Antônio Monteiro Campos, Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

LINEHAN, M. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MAZZA, J.; DEXTER-MAZZA.; MILLER, A.; RATHUS, J.; MURPHY, H. **DBT Skills in schools: Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents**. New York: Guilford Publications, 2016.

MCDONELL M. G.; TARANTINO, J.; DUBOSE, A. P.; MATESTIC, P.; STEINMETZ, K.; GALBREATH, H.; MCCLELLAN, J. M. A Pilot Evaluation of Dialectical Behavioural Therapy in Adolescent: Long-Term Inpatient Care. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 15, n. 4, p. 193-196, 2010.

MEHLUM, L.; TØRMOEN, A. J.; RAMBERG, M.; HAGA, E.; DIEP, L. M.; LABERG, S.; LARSSON, B. S.; STANLEY, B. H.; MILLER, A. L.; SUND, A. M.; GRØHOLT, B. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 53, n. 10, p. 1082–1091.

MILLER, A.; RATHUS, J. H.; LINEHAN, M. M. **Dialectical Behaviour Therapy with Suicidal Adolescents**. New York: Guilford Press, 2007.

NELSON-GRAY, R. O.; KEANE, S. P.; HURST, R. M.; MITCHELL, J. T.; WARBURTON, J. B.; CHOK, J. T.; COBB, A. R. A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. **Behaviour Research and Therapy**, v. 44, n. 12, p. 1811–1820, 2006.

PEREPLETCHIKOVA, F.; AXELROD, S. R.; KAUFMAN, J.; ROUNSAVILLE, B. J.; DOUGLAS-PALUMBERI, H.; MILLER, A. L. Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. **Child Adolesc Ment Health**, v. 16, n. 2, p. 116-121, 2011. doi:10.1111/j.1475-3588.2010.00583.x

PORR, V. **Overcoming Personality Disorder**. New York: Oxford University Press, 2010.

QUINN, M.; HYMAS, R. Evaluation of a pilot dialectical behaviour therapy skills training group, in a child and adolescent mental health service team. **Mental Health Practice**, v. 21, n. 4, p. 24–28, 2017.

RATHUS, J. H.; MILLER A. L. **DBT Skills Manual for Adolescents**. New York: Guilford Press, 2015.

RATHUS, J. H.; WAGNER, D.; MILLER, A. L. Psychometric Evaluation of the Life Problems Inventory, a Measure of *Borderline* Personality Features in Adolescents. **Journal Psychology and Psychotherapy**, v. 5, n. 4, 2015. doi 10.4172/2161-0487.1000198.

SANTANA, C. M. L. de; DOMINGOS, L. F.; MONTEIRO CAMPOS, L. A.; ZANATTA, C.; CORDEIRO TELLES, L. A contribuição da teoria de Schutz para a terapia familiar. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 4, p. e24274, 2021c. ISSN 2675-6218. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i4.274>

SANTANA, C. M. L.; DOMINGOS, L. F.; ZANATTA, C. Spirituality beliefs and sense of life realization: A social cognition research. **International Journal of Development Research**, v. 11, 2021a. DOI: <https://doi.org/10.37118/ijdr.22379.07.2021>

SANTANA, C. M. L.; DOMINGOS, L. F.; ZANATTA, C.; TELLES, L. C. O Homem em busca de sentido, frente a diversidade cultural. In: ZANATTA, C.; SANTANA, C. M. L.; CAMPOS, L. A. M. (Org). **Cognição social e Logoterapia**. Curitiba, SC: Editora CRV, 2021b. <https://doi.org/10.24824/978652510961.9>

SANTANA, C. M. L.; ZANATTA, C. **Espiritualidade e Sentido de vida**. Curitiba, PR: CRV, 2021. DOI: <https://doi.org/10.24824/978652510919.0>



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE
EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

Elaine Machado Chagas, José Carlos Tavares de Silva, Luis Antônio Monteiro Campos,
Cláudio Manoel Luiz Santana, Cleia Zanata, Henriette Barqueta Moreira de Lucena, Luiz Fabio Domingos

SWENSON, C. R. **DBT Principles in Action: acceptance, change and dialectics.** New York: The Guilford Press, 2016.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2008.