

**PARADIGMA - CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO
COMPORTAMENTO**

MARILIA BARBAN

***Family Connections:* Treino de habilidades embasado na DBT para
familiares de indivíduos com transtorno de personalidade borderline**

São Paulo

2020

MARILIA BARBAN

Family Connections: Treino de habilidades embasado na DBT para familiares de indivíduos com transtorno de personalidade borderline

Dissertação apresentada ao Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi

São Paulo

2020

MARILIA BARBAN

Family Connections: Treino de habilidades embasado na DBT para familiares de indivíduos com transtorno de personalidade borderline

Dissertação apresentada ao Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada.

COMISSÃO JULGADORA:

Luciana G. Payne, PhD
McLean Hospital

Prof^a. Dr^a. Liane Dahás Jorge de Souza
Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi
Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

São Paulo, 03 de fevereiro de 2020

RESUMO

Barban, M. (2020). Family Connections: Treino de habilidades embasado na DBT para familiares de indivíduos com transtorno de personalidade borderline. Dissertação de Mestrado. Paradigma – Centro de Ciência e Tecnologia do Comportamento, São Paulo, SP, Brasil.

Familiars de indivíduos com transtornos mentais costumam apresentar sintomas depressivos, sentir-se sobrecarregados e ter dificuldades na interação com o membro diagnosticado com o transtorno. Estudos apontam que o Programa *Family Connections* (FC), que consiste em um treino de habilidades, pode ser eficaz para familiares de indivíduos com transtornos mentais, como o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e Esquizofrenia. O presente estudo avaliou o efeito do treinamento FC em familiares de indivíduos diagnosticados com TPB, e investigou mudanças na percepção da qualidade da relação familiar tanto do ponto de vista dos familiares dos indivíduos diagnosticados com TPB quanto dos próprios indivíduos diagnosticados. Participaram da pesquisa 21 familiares de pessoas diagnosticadas com TPB e 16 familiares diagnosticados com TPB. O treino de habilidades foi aplicado semanalmente ao longo de 12 semanas por dois terapeutas treinados apenas nos parentes dos indivíduos diagnosticados. Questionários de autorrelato para medir qualidade de vida, sintomas psicopatológicos, desregulação emocional, sobrecarga, sintomas depressivos de ansiedade e estresse, qualidade da relação familiar e resiliência familiar foram aplicados pré intervenção, pós intervenção e seis meses após o início do treinamento para obtenção de dados de follow-up. Como resultado notou-se redução significativa da sobrecarga objetiva e de um aspecto da desregulação emocional, além de melhora na resiliência familiar. Não foram observadas mudanças significativas nas demais variáveis estudadas. Concluiu-se que apesar de o treino de habilidades FC ter sido efetivo para os participantes do estudo em alguns aspectos, se faz necessária uma adaptação cultural do protocolo.

Palavras-chave: Family Connections, treino de habilidades, transtorno de personalidade borderline, familiares, parentes.

ABSTRACT

Barban, M. (2020). Family Connections: DBT-based skills training for family members of individuals with borderline personality disorder. Master's Thesis. Paradigma – Centro de Ciência e Tecnologia do Comportamento, São Paulo, SP, Brasil.

Family members of individuals with mental health disorders usually have depressive symptoms, feel overwhelmed and have difficulty interacting with the member diagnosed with the disorder. Studies have shown that the Family Connections (FC) Program, which consists of skills training, can be effective for family members of individuals with mental health disorders such as Borderline Personality Disorder (BPD) and Schizophrenia. The present study evaluated the effect of FC training on family members of individuals diagnosed with BPD, and investigated changes in the perception of the quality of family relationship from the point of view of family members of individuals diagnosed with BPD and those diagnosed themselves. The study included 21 relatives of people diagnosed with BPD and 16 relatives diagnosed with BPD. Skills training was applied weekly over 12 weeks by two therapists trained only on relatives of diagnosed individuals. Self-report questionnaires to measure quality of life, psychopathological symptoms, emotional dysregulation, burden, depressive, anxiety and stress symptoms, quality of family relationship and family resilience were applied pre-intervention, post-intervention and six months after the beginning of training to obtain follow-up data. As a result, there was a significant reduction in objective burden and an aspect of emotional dysregulation, as well as improvement in family resilience. No significant changes were observed in the other variables studied. It was concluded that although the FC skills training was effective for the study participants in some aspects, it is necessary a cultural adaptation of the protocol.

Keywords: Family Connections, skills training, borderline personality disorder, Family member, relatives.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Número de participantes que responderam aos questionários pré intervenção, pós intervenção e <i>follow-up</i>	20
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Comparação dos Artigos Encontrados Referentes à Efetividade do Treino de Habilidades para Familiares de Diferentes Populações Clínicas</i>	16
Tabela 2. <i>Dados Descritivos e Comparação entre Grupo dos Escores dos Instrumentos QFF e FACES-IV</i>	26
Tabela 3. <i>Comparação entre Tempos de Intervenção nos Escores dos Instrumentos QFF e FACES-IV nos Três Tempos de Intervenção (N = 24; familiares e pacientes)</i>	27
Tabela 4. <i>Comparação entre Médias das Medidas de Sintomatologia nos Três Tempos da Intervenção para os Familiares (N = 14)</i>	28
Tabela 5. <i>Percentual das Respostas do Questionário AIP sobre Qual Módulo Gostariam de Mais Informações e Sobre Qual Consideram Mais e Menos Importantes</i>	29
Tabela 6. <i>Percentual das Respostas do Questionário AIP sobre Mudanças na Interação Familiar, no Comportamento Pessoal e do Familiar</i>	29
Tabela 7. <i>Percentual das Respostas do Questionário AIP sobre Desejo de Realizar o Treinamento Novamente e Probabilidade de Indicá-lo para Outras Pessoas</i>	29

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
MÉTODO	17
Participantes	17
Considerações Éticas.....	19
Instrumentos	21
Procedimento.....	22
Análise Estatística	24
RESULTADOS	25
Resultados Descritivos	25
Comparação entre grupos com relação às variáveis familiares.....	25
Efeitos do tratamento sobre sintomas psiquiátricos, qualidade de vida e sobrecarga.....	26
Resultados quantitativos do questionário AIP	27
DISCUSSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Familiar do indivíduo diagnosticado com TPB	41
APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- Familiar diagnosticado com TPB)	43
APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE TRIAGEM ONLINE (FTO).....	45
APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE DADOS GERAIS.....	49
ANEXO A - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL- BREF)	50
ANEXO B - DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SCALE (DERS)	54
ANEXO C - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES (FBIS- BR).....	56
ANEXO D - DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE	68
ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE FORÇAS FAMILIARES.....	70
ANEXO F - AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO PELOS PARTICIPANTES	73

A terapia comportamental dialética (DBT, do original *dialectical behavior therapy*) é considerada o tratamento mais eficaz para o transtorno da personalidade borderline (TPB) e, mais recentemente, teve sua eficácia comprovada em outros quadros psiquiátricos, como transtornos alimentares, dependência química e transtorno de estresse pós-traumático (Behavioral Tech, s.d.; Dimeff & Koerner, 2007; O'Connel & Dowling, 2014). A intervenção padrão da DBT é um programa com duração de um ano que envolve terapia individual, treino de habilidades em grupo, consultoria por telefone e reunião de consultoria, que visa manter a competência técnica e a motivação dos terapeutas que trabalham com pacientes que apresentam comportamentos que colocam a vida em risco (Behavioral Tech, s.d.; Linehan, 2015; O'Connel & Dowling, 2014; Wilks et al., 2017). Tendo em vista que o presente trabalho abarca exclusivamente o treinamento de habilidades, apenas este componente da DBT será abordado mais detalhadamente a seguir.

O treino de habilidades tem por objetivo ensinar aos clientes competências comportamentais específicas referentes ao enfrentamento e resolução de problemas a partir de aulas dadas por dois terapeutas (líder e colíder) com o apoio de uma apostila constituída de fichas explicativas para o ensino e aprendizagem do conteúdo ensinado e fichas de tarefas de casa, que são prescritas a cada aula para exercício das habilidades aprendidas ao longo da semana (Linehan, 1993). Com frequência semanal, tendo 2 horas e meia de duração cada encontro, leva-se 24 semanas para percorrer todas as habilidades, o que resulta em um programa com duração de um ano visto que se faz necessária a repetição de todas as habilidades (Leonardi, 2018). Os quatro módulos de habilidades que constituem o treino são: (1) *Mindfulness*: processo que envolve práticas de observação, descrição e participação com foco em uma única tarefa, vivenciando o momento presente e de modo eficaz; (2) Tolerância a mal-estar: habilidades utilizadas em momentos emergenciais com o objetivo de tolerância e sobrevivência à crises e aceitação da realidade; (3) Efetividade interpessoal: estratégias para conquistar objetivos, desenvolver e manter relacionamentos e o autorrespeito; e (4) Regulação emocional: compreensão, identificação e nomeação das emoções somado a técnicas que modificam emoções indesejadas, reduzem fatores de vulnerabilidade às emoções e gerenciam emoções extremas. A habilidade *mindfulness* é a primeira a ser ensinada e é revisada após o encerramento de cada um dos módulos por ser um alicerce às demais habilidades (Behavioral Tech, s.d.; Koerner, 2007; Linehan, 1993; Linehan, 2010; Neacsiu, Ward-Ciesielski, & Linehan, 2012; O'Connel & Dowling, 2014).

Pesquisas recentes têm avaliado a efetividade do treino de habilidades da DBT aplicado individualmente ou em conjunto com outros componentes da DBT e até mesmo

com outros tratamentos. Até o ano de 2016, 13 ensaios-clínicos foram publicados, sendo que estes variaram quanto à população-alvo, duração da intervenção, habilidades ensinadas e grau de adaptação.

Ao revisarem essas publicações, Harned e Botanov (2016) constataram que os módulos de *mindfulness* e *regulação emocional* costumam ser os mais utilizados, enquanto que o módulo de *efetividade interpessoal* o mais omitido. Somado a isso, observaram também que, em grande parte, foram ensinados apenas subconjuntos de habilidades de um módulo, não contemplando-o como um todo.

Quatro dos ensaios clínicos realizados foram na área de transtornos alimentares (Hill, Craighead, & Safer, 2011; Safer, Telch, & Agras, 2001; Safer, Robinson, & Jo, 2010; Telch, Agras & Linehan, 2001). Os resultados apontaram que participantes que passaram pelo treino de habilidades embasados na DBT tiveram maior redução de comportamentos de compulsão alimentar e de purgação quando comparados ao grupo-controle (lista de espera ou terapia suportiva Rogeriana com foco no encorajamento ao invés do ensino de técnicas e habilidades).

Três das pesquisas avaliaram o efeito do treino de habilidades da DBT em indivíduos com transtornos de humor (transtorno depressivo maior e transtorno afetivo bipolar tipo I e tipo II). Um dos estudos (Lynch, Morse, Mendelson, & Robin, 2003) comparou a eficácia do treino de habilidades em conjunto com consultoria telefônica com a eficácia de manejo clínico (não especificado) em indivíduos com transtorno depressivo maior fazendo uso de antidepressivos. Já o outro estudo (Harley, Sprich, Safren, Jacobo, & Fava, 2008) avaliou o treino de habilidades em pacientes medicados em comparação ao grupo-controle (lista de espera com pacientes também medicados). Nos dois contextos, o treino de habilidades se mostrou mais eficaz na redução dos sintomas da depressão. Já o estudo feito com indivíduos com transtorno afetivo bipolar tipo I e II (Van Dijk, Jeffrey, & Katz, 2013) não demonstrou tendências significativas na redução da depressão e mania entre os participantes que receberam o treino de habilidades e os que estavam na lista de espera.

Ainda com relação aos transtornos de humor, quatro estudos (Bradley & Follingstad, 2003; Hill, Craighead, & Safer, 2011; Linehan et al., 2015; Soler et al., 2009) concluíram que o treino de habilidades da DBT é mais efetivo para reduzir a depressão em indivíduos com TPB, sintomas de bulimia nervosa e que passaram por experiência de abuso, quando comparado aos grupos-controle (grupo educativo, lista de espera, intervenção DBT sem o treino de habilidades e terapia individual DBT sem os demais componentes da DBT, respectivamente). Contudo, outras duas pesquisas, realizadas com indivíduos que apresentam

alto nível de desregulação emocional (Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann, & Linehan, 2014) e diagnosticados com transtorno de compulsão alimentar (Safer, Robinson, & Jo, 2010), não evidenciaram diferenças entre o grupo de treino de habilidades e o grupo-controle (terapia suportiva Rogeriana com foco no encorajamento ao invés do ensino de técnicas e habilidades) no que se refere à diminuição da depressão.

Apesar de nenhum estudo ter sido direcionado para verificação da efetividade do treino de habilidades da DBT em transtornos de ansiedade, ensaios clínicos (Bradley & Follingstad, 2003; Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann, & Linehan, 2014; Soler et al., 2009) com indivíduos com TPB, desregulação emocional e com história de abuso revelaram que a utilização do treino de habilidades foi mais eficaz na redução dos sintomas de ansiedade quando comparado a outros tratamentos (grupo educativo ou terapia individual DBT sem os demais componentes da DBT). Somado a isso, intervenções da DBT que incluíram o treinamento de habilidades apresentaram melhores resultados na redução da gravidade da ansiedade entre indivíduos com TPB com comportamentos suicidas e de autolesão em comparação com intervenções da DBT sem o treino de habilidades (Linehan et al., 2015).

A eficácia do treino de habilidades da DBT também foi verificada em indivíduos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em dois ensaios clínicos. Ambos compararam o treino com grupo controle, sendo na primeira pesquisa (Hirvikoski et al., 2011) um grupo de discussão semiestruturado para indivíduos que tomavam medicação, e na segunda (Fleming, McMahon, Moran, Peterson, & Dreessen, 2015) um grupo de indivíduos que estudaram por conta própria o material do treino de habilidades. Como resultado dos dois estudos, observou-se que os participantes que passaram pelo treino de habilidades da DBT tiveram maior redução dos sintomas.

Por fim, dois ensaios-clínicos foram realizados para investigar a eficácia do treino de habilidades em indivíduos diagnosticados com TPB moderado. Soler et al. (2009) compararam por três meses um grupo de treino de habilidades DBT com um grupo de terapia controle, em que os terapeutas apenas conduziam as interações entre os participantes, que compartilhavam suas dificuldades e utilizavam técnicas como interpretação, clarificação e confronto. Foi verificado que os participantes que passaram pelo treino de habilidades apresentaram maior redução dos sintomas de depressão, ansiedade e outros sintomas psiquiátricos, diminuição nos sentimentos de raiva e de vazio, além de maior regulação emocional e adesão ao tratamento. Quanto às tentativas de suicídio, autolesão e entrada no departamento de emergência, não houve diferença entre os grupos. Já o outro estudo, realizado por Linehan et al. (2015), comparou três tratamentos em mulheres diagnosticadas

com TPB que apresentavam tentativa de suicídio e autolesão: (1) treino de habilidades DBT combinado com intervenção de gestão de caso focada em buscar recursos, fornecer informações, gerenciar crises suicidas e auxiliar na solução de problemas, (2) terapia individual DBT combinada com atividades de grupo (em que eram realizadas atividades de psico-educação, recreativas e terapêuticas, como desenhos, filmes e passeios sociais), e (3) terapia individual DBT combinada com grupo de treino de habilidades da DBT (i.e., DBT padrão sem consultoria por telefone e sem reunião de equipe de terapeutas). Os pesquisadores verificaram que todas as intervenções proporcionaram redução no número de comportamentos suicida e do uso de serviços de emergência, assim como houve aumento na pontuação da escala de razões para viver (*Reasons for Living Inventory*). No entanto, os tratamentos que incluíram o treino de habilidades foram superiores na diminuição da autolesão e nos sintomas de depressão e ansiedade.

Conforme descrito até aqui, a eficácia do treino de habilidades da DBT tem sido confirmada em diferentes populações clínicas tanto quando aplicado individualmente quanto em conjunto com outras intervenções. Segundo Harned e Botanov (2016), as evidências mais fortes de sua eficácia podem ser constatadas na população diagnosticada com transtornos alimentares, seguida da população com transtorno depressivo maior em conjunto com medicação (antidepressivo) e como intervenção única para pessoas com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Quanto à comprovação da efetividade do treino para indivíduos com TPB, os resultados encontrados ainda precisam ser replicados devido às interferências de diferentes variáveis nos ensaios clínicos publicados, tais como tempo do tratamento, intervenções concomitantes e gravidade do transtorno (Harned & Botanov, 2016; Wilks et al, 2017).

A maioria dos estudos direcionados ao treino de habilidades destina-se às populações clínicas (Goodman et al., 2010; Sanders & Pearce, 2010) apesar do reconhecimento dos problemas e dificuldades vivenciados pelos cuidadores e familiares de pessoas com TPB. Pesquisas sugerem que cuidar de uma pessoa com TPB está associado ao declínio da própria saúde mental e problemas nas relações pessoais (Briggs & Fisher, 2000 citado em Sanders & Pearce, 2010; Bailey & Grenyer, 2014; Maurin & Boyd, 1990; Song, Biegel, & Milligan, 1997). O relacionamento entre os familiares e estes indivíduos torna-se desafiador, uma vez que todos estão expostos às experiências de desregulação emocional, relações conturbadas, tendências a comportamentos suicidas e agressões verbais e físicas (Goodman et al., 2010; Lawn, Walsh, Barbara, Springngay, & Sutton, 2013; Scheirs & Bok, 2007).

Os estudos realizados na área (Bailey, 2014; Ekdahl, Idvall, Samuelsson, & Perseius,

2011; Giffin, 2008; Penney & Woodward, 2002; Scheirs & Bok, 2007) sugerem que familiares que cuidam do membro diagnosticado com TPB costumam experimentar sintomas de depressão, ansiedade e estresse, além de elevados níveis de sobrecarga familiar. A sobrecarga familiar é dividida em objetiva e subjetiva (Hoenig & Hamilton, 1966). A objetiva (experiência observável) refere-se a responsabilidades diárias dos membros da família que cuidam da pessoa diagnosticada, tais como problemas financeiros, limitações das atividades do cuidador, perturbação da vida cotidiana, isolamento social e relacionamentos conturbados. Já a sobrecarga subjetiva (experiência interna) está relacionada ao sofrimento psicológico dos cuidadores, ou seja, refere-se a como os membros da família se sentem em relação ao seu papel como cuidadores, que muitas vezes geram ressentimento, vergonha, impotência, culpa, incertezas e preocupações constantes (Biegel, Sales, & Schulz, 1991 citado em Scheirs & Bok, 2007; Bailey, 2014; Goodman et al., 2010; Scheirs & Bok, 2007). Além disso, os familiares geralmente sentem incapacidade de ajudar e ter que apenas observar a perda da vida potencial do familiar com TPB e vivenciam preocupação sobre quem irá cuidar dele no futuro. Tal incapacidade e preocupação têm sido referidas na literatura como “luto” (Ekdahl et al., 2011).

Em vista disso, cuidar da qualidade de vida e bem-estar do familiar do indivíduo diagnosticado com TPB torna-se primordial tanto para a melhora da relação familiar como para a melhora do próprio indivíduo. Considerando essas questões, programas direcionados aos familiares de indivíduos com TPB foram desenvolvidos e avaliados, como será descrito a seguir.

O programa *Family Connections* (FC) é um programa de treino de habilidades embasado na DBT direcionado a familiares de indivíduos com TPB. Com duração total de 12 semanas e de 2 horas por encontro, podem participar até 12 famílias por grupo. O programa conta com 6 módulos: (1) Introdução: informações e pesquisas em TPB; (2) Psico-educação: desenvolvimento do TPB, tratamentos disponíveis, comorbidades e iniciação à reatividade e desregulação emocional; (3) Habilidades individuais e de relacionamento: autogerenciamento de emoções, habilidades *mindfulness*, diminuição da vulnerabilidade a emoções negativas e da reatividade emocional; (4) Habilidades familiares: modificação das interações familiares e habilidades de aceitação nos relacionamentos; (5) Autoexpressão de forma precisa e eficaz: como validar; e (6) Resolução de problemas: definir problemas de maneira eficaz, resolver problemas colaborativos, saber quando focar na aceitação e quando focar na mudança (Hoffman et al., 2005; Hoffman, Fruzzetti, & Buteau, 2007). Além dos exercícios práticos e lições de casa em todos os módulos, presentes no treino de habilidades

padrão da DBT, o programa oferece um fórum no qual os participantes podem construir uma rede de suporte.

Hoffman et al. (2005) avaliaram o efeito do FC em familiares de indivíduos com TPB. Participaram do estudo 44 indivíduos, totalizando 34 famílias. Foram aplicados questionários pré e pós intervenção, além de *follow-up* de 6 meses após a primeira aplicação, para avaliar sobrecarga, sintomas depressivos, luto e maestria (habilidades de autogerenciamento para lidar com o parente diagnosticado). Os resultados demonstraram que, logo após o término do programa, houve queda na pontuação de sobrecarga (objetiva e subjetiva) e na de luto, aumento da pontuação de maestria e nenhuma alteração na depressão. Passados 3 meses do término da intervenção, a sobrecarga continuou a diminuir significativamente, enquanto que luto e maestria apresentaram oscilações, porém sem significância estatística para mais ou para menos. A pontuação na medida de depressão não apresentou mudanças entre o fim da intervenção e *follow-up*. A partir dos dados obtidos, foi possível concluir que os familiares obtiveram melhoras significativas em diversas esferas importantes de suas vidas, demonstrando o benefício do programa.

Com o objetivo de expandir esses achados iniciais, Hoffman, Fruzzetti e Buteau (2007) replicaram o estudo de Hoffman et al. (2005) em 55 participantes, tendo como resultado queda nos níveis de sobrecarga objetiva e subjetiva, luto e depressão, além de aumento no nível de maestria. Três meses após o término do programa, o nível de luto continuou a baixar e o nível de maestria a subir; no entanto, não foram observadas mudanças nos níveis de sobrecarga e de depressão. Segundo os autores, a discrepância encontrada entre os dois estudos no que se refere às mudanças na depressão podem estar relacionadas a fatores como os níveis de depressão antes da intervenção, experiência dos líderes, entre outros fatores. O programa FC foi visto pelos participantes como satisfatório e produziu melhorias para o bem-estar durante e após sua realização.

Em 2009, Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti e Jokinen avaliaram o efeito de uma versão modificada¹ do programa FC em familiares de indivíduos que tentaram suicídio. Participaram do estudo 18 familiares (oito homens e dez mulheres) sem diagnóstico psiquiátrico. O treino de habilidades ocorreu semanalmente ao longo de 9 semanas e foi conduzido por dois terapeutas treinados. Foram aplicados questionários pré e pós intervenção

¹ A adaptação ocorreu principalmente no primeiro módulo, de psicoeducação, em que foram incluídas informações tanto sobre fatores de risco por tentativas de suicídio e suicídio quanto sobre transtornos psiquiátricos com alto risco de suicídio.

para medir depressão, sobrecarga (objetiva e subjetiva), qualidade das relações familiares, qualidade de vida e sintomas psiquiátricos. Como resultado, foi possível identificar melhora na qualidade das relações familiares, redução nos sintomas depressivos, na sobrecarga (principalmente da subjetiva) e nos sintomas psiquiátricos, mas não foram observadas mudanças significativas nos índices de qualidade de vida. Concluiu-se que o treino de habilidades do programa FC contribuiu significativamente na redução dos sintomas experienciados pelos participantes, o que indica melhora na saúde mental e bem-estar dos familiares de indivíduos com tentativa de suicídio.

Mais recentemente, Miller e Skerven (2017) avaliaram a efetividade de outro programa direcionado a familiares de indivíduos com transtornos de regulação emocional (não especificados pelos autores do artigo), o programa *Family Skills*, estruturado com um *workshop* inicial de 8 horas em que os participantes tiveram psico-educação e aprenderam *mindfulness*, seguido de quatro módulos (validação, efetividade interpessoal, regulação emocional e aceitação) de 2 horas, totalizando 9 encontros que ocorreram 2 vezes por semana. O estudo utilizou dados coletados de 70 indivíduos que completaram o programa entre 2005 e 2011. Os participantes responderam a questionários pré e pós intervenção que mediam depressão, sobrecarga (objetiva e subjetiva), desesperança e sintomas psiquiátricos. Como resultado, os autores observaram que houve queda significativa nas medidas de depressão, desesperança e sintomas psiquiátricos (com exceção da sub-escala de *hostilidade*), enquanto que não ocorreram mudanças em sobrecarga, exceto na sub-escala de *culpa*.

Por sua vez, Wilks et al. (2017) investigaram a viabilidade e os resultados preliminares de um treino de habilidades da DBT em familiares de indivíduos com transtornos comportamentais (ansiedade, depressão, TPB e transtorno de estresse pós-traumático). Participaram da pesquisa 20 familiares. O treino de habilidades foi realizado semanalmente ao longo de 6 meses, seguindo o padrão de aplicação da DBT padrão. Os resultados, avaliados por meio de instrumentos de autorrelato, mostraram redução significativa na desregulação emocional, tensão do cuidador, estresse percebido, problemas interpessoais, reatividade e atitudes negativas (como *hostilidade* e *insatisfação*) em direção aos familiares; porém, não houve mudanças significativas nas medidas de depressão e ansiedade. Concluiu-se que o treino de habilidades da DBT padrão pode ser uma intervenção

efetiva para familiares que procuram tratamento relacionado ao sofrimento associado ao fato de terem parentes com transtornos psiquiátricos.²

Em revisão prévia de literatura, não foram localizados artigos que tenham aplicado treino de habilidades para familiares de indivíduos com TPB no Brasil, em especial com população com renda baixa. As diferenças culturais, decorrentes do país de moradia e até mesmo das condições socioeconômicas, podem interferir diretamente na viabilidade e na efetividade do treino de habilidades, considerando os temas ensinados e a forma como é administrado. As pesquisas encontradas também não investigam os efeitos indiretos do treino de habilidades nos familiares diagnosticados com TPB, dado que poderia indicar a generalização das habilidades aprendidas para o ambiente familiar, bem como o benefício da do treino de habilidades para familiares para o próprio indivíduo com TPB.

Em vista disso, o presente estudo tem por objetivo primário avaliar o efeito do *Family Connections*, um treino de habilidades embasado na DBT, no familiar de um indivíduo diagnosticado com TPB, como objetivo secundário avaliar o efeito desse treino na qualidade da relação de familiares de indivíduos diagnosticados com TPB e, como objetivo terciário, avaliar se há alteração na percepção da qualidade da relação familiar dos indivíduos diagnosticados com TPB. Com base nos resultados encontrados na literatura, a hipótese levantada pela pesquisadora é que, após a intervenção, os familiares dos indivíduos com TPB terão mudanças positivas no que se refere aos relacionamentos familiares e apresentarão diminuição na pontuação da percepção da sobrecarga objetiva e subjetiva, dos sintomas psiquiátricos, depressivos e ansiosos, assim como terão aumento na pontuação das medidas de qualidade de vida e de regulação emocional. Da mesma forma, apesar de a literatura nunca ter avaliado o impacto dessas mudanças nos familiares diagnosticados, acredita-se que os familiares diagnosticados com TPB também apresentarão alterações na percepção dos relacionamentos familiares, decorrentes das mudanças de comportamento dos familiares que passaram pelo treinamento, uma vez que como entendido pela análise do comportamento, quando alterado o ambiente deste indivíduo, este também passará a ser modificado pelo meio.

² Para melhor compreensão e visualização dos cinco estudos citados acima, foi realizado uma tabela comparativa (ver Tabela 1).

Tabela 1

Comparação dos Artigos Encontrados Referentes à Efetividade do Treino de Habilidades para Familiares de Diferentes Populações Clínicas

AUTORES (ANO)	TREINO DE HABILIDADES	PARTICIPANTES	VD	RESULTADOS			FOLLOW-UP		
				Redução	Aumento	Sem Alteração	Redução	Aumento	Sem Alteração
Hoffman et. al. (2005)	Family Connections	Familiares de indivíduos com TPB	Sobrecarga Sintomas depressivos Luto Maestria	Sobrecarga Luto	Maestria	Sintomas depressivos	Sobrecarga	-	Sintomas depressivos Luto Maestria
Hoffman, Fruzzetti e Buteau (2007)	Family Connections	Familiares de indivíduos com TPB	Sobrecarga Sintomas depressivos Luto Maestria	Sobrecarga Luto Sintomas depressivos	Maestria	-	Luto	Maestria	Sobrecarga Sintomas depressivos
Rajalin, Wickholm- Pethrus, Hursti e Jokinen (2009)	Family Connections (com adaptações)	Familiares de indivíduos que tentaram suicídio	Sobrecarga Sintomas depressivos Sintomas psiquiátricos Qualidade das relações familiares Qualidade de vida	Sobrecarga Sintomas depressivos Sintomas psiquiátricos	Qualidade das relações familiares	Qualidade de vida		Não Houve	
Miller e Skerven (2017)	Family Skills	Familiares de indivíduos com desregulação emocional	Sobrecarga Sintomas depressivos Sintomas psiquiátricos Desesperança	Sintomas depressivos Sintomas psiquiátricos Desesperança	-	Sobrecarga		Não Houve	
Wilks et.al. (2017)	DBT Padrão	Familiares de indivíduos com transtornos comportamentais (ansiedade, depressão TEPT, TPB)	Estresse Regulação emocional Funcionamento interpessoal Depressão Ansiedade	Estresse	Regulação emocional Funcionamento interpessoal	Depressão Ansiedade		Não Houve	

MÉTODO

Participantes

Vinte e um familiares de pessoas diagnosticadas com TPB foram selecionados a partir dos dados de triagem do Laboratório de Terapia Comportamental Dialética (DBT-LAB)¹ e de divulgações convocatórias via mala direta, folhetos e redes sociais. Esses familiares foram convidados a participar do treino de habilidades *Family Connections* via e-mail, no qual constava uma breve explicação do estudo, a quantidade de vagas disponíveis e um link para preencher o Formulário de Triagem Online (FTO), caso tivessem interesse. O convite se estendeu aos demais membros da família que, caso também quisessem participar, deveriam igualmente preencher o FTO.

O treino de habilidades foi aplicado apenas nos familiares dos indivíduos diagnosticados com TPB; no entanto, os indivíduos com TPB também participaram da pesquisa respondendo a informações pessoais e questionários pré e pós intervenção e *follow-up*.

Para serem incluídos, os participantes que passaram pelo treino de habilidades deveriam ter pelo menos um familiar diagnosticado com TPB (comprovado a partir de atestado psiquiátrico) com 18 anos ou mais e que aceitasse livremente responder aos questionários de pré e pós intervenção e de *follow-up*, ser brasileiro acima de 18 anos, alfabetizado, estar em condições de responder aos questionários utilizados, verbalizar interesse em participar do estudo e ter disponibilidade para frequentar o grupo de habilidades presencialmente. À princípio, foi dada prioridade a familiares com renda familiar baixa (nesta pesquisa, determinada por ser beneficiário de algum programa social e/ou ter renda mensal individual ou familiar de até três salários mínimos²). No entanto, devido à baixa

¹ Projeto vinculado ao grupo de pesquisa intitulado “Prática Baseada em Evidências em Psicologia Clínica e Desenvolvimento das Terapias Comportamentais” que visa oferecer tratamento DBT gratuito para pessoas de baixa renda.

² Segundo o G1, o portal de notícias da Globo (2013), a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP) passou a adotar em 2014 um critério para a definição das classes sociais no Brasil que contrasta com o utilizado pelo Governo Federal desde 2012, determinado pela Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE). De acordo com a SAE, a renda familiar do grupo “extremamente pobre” é de até R\$ 324,00, enquanto que o modelo da ABEP determina uma base com renda média familiar de, em média, R\$ 854,00. Segundo os critérios da SAE os grupos “extremamente pobres”, “pobres” e “vulneráveis” estão enquadrados dentro de uma renda familiar de até R\$1.164,00 e renda percapta até R\$291,00, enquanto que para a ABEP estes grupos estão incluídos em uma renda familiar de até R\$1.484,00. Em 2016, a ABEP elaborou um documento em que consta a determinação de que as classes E, D e C2 estão enquadradas dentro de uma renda familiar média de até R\$ 1.625,00 (em torno de dois salários mínimos da época). Tendo em vista que a definição de “baixa renda” pode se pautar em diversas variáveis, optamos por aumentar o valor deste enquadramento, considerando o fato de que o participante terá que arcar

procura, as vagas foram abertas para quaisquer familiares que desejassem participar, independentemente da renda individual e/ou familiar.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: familiares que tivessem diagnóstico de esquizofrenia e/ou apresentassem sintomas psicóticos (mesmo que estes não preenchessem critérios diagnósticos para algum transtorno), que tivessem ideação suicida e/ou tentado suicídio nos últimos 12 meses e que já tivessem passado ou estivessem em algum tratamento em DBT.

Como a primeira triagem não completou o número esperado de familiares participantes, foi realizada uma nova convocação tanto de familiares que não preencheram o FTO na primeira convocação quanto de novos familiares, seguindo as mesmas etapas descritas. O início do treinamento foi postergado e a seleção foi encerrada após completar 21 participantes.

Ao longo do treinamento, houve algumas desistências: no Grupo 1 (G1), desde o primeiro encontro, dois familiares (da mesma família) não compareceram. Após a segunda falta consecutiva, estes foram informados da impossibilidade de prosseguir no grupo devido à perda de conteúdos importantes além da possível interferência no funcionamento do grupo enquanto unidade. Além destes, um familiar compareceu apenas no segundo encontro e, na semana seguinte, enviou um email à pesquisadora informando que não conseguiria acompanhar o grupo pois apareceram compromissos concorrentes com o horário do treinamento. Ao longo dos encontros, foi possível observar um aumento das faltas e, dado o ocorrido, a pesquisadora sugeriu uma reflexão aos pais sobre o que os levou a procurar o treinamento, bem como a importância deste para cada um naquele momento (a proposta da reflexão condiz com habilidades ensinadas no treinamento) e que avaliassem se desejavam e conseguiam participar dos encontros. Em decorrência desta intervenção, um dos familiares (que apresentava quatro faltas após seis encontros) informou que não conseguiria dar continuidade ao treinamento naquele momento. O G1 ficou, portanto, com sete participantes.

No Grupo 2 (G2), desde o primeiro encontro uma das mães não compareceu e explicou que a filha, apesar de ter concordado em responder aos instrumentos, após respondê-los, rasgou-os e se recusou a devolvê-los. Desta forma, sua participação ficou impossibilitada. Assim sendo, o G2 contou com nove participantes até o 10º encontro. No 11º encontro (penúltimo) um dos participantes informou, após contato da pesquisadora devido à sua falta, que havia decidido se afastar do treinamento por sentir-se sobrecarregado com as

com custos de deslocamento, assim como dificilmente teria possibilidade de pagar por tratamentos psicológicos dentro de uma faixa salarial de três salários mínimos.

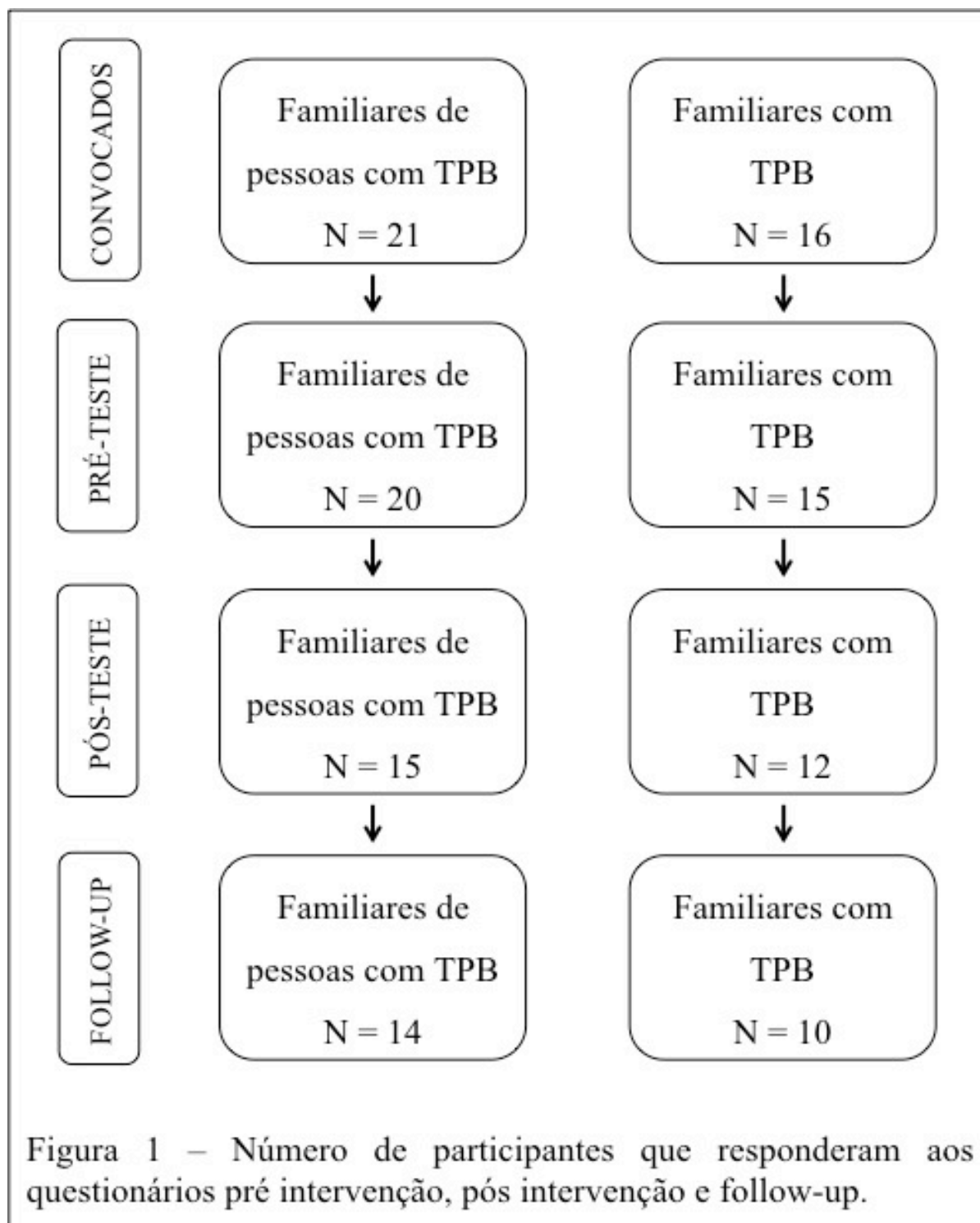
demandas do familiar com TPB (segundo ele, o treinamento passou a ter um efeito negativo e “se tornou mais um peso e obrigação” do que um apoio). A este participante foi oferecida terapia comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, porém ela informou já estar em atendimento com psicólogo comportamental. O participante também afirmou que o treinamento em si não fez mal a ele, mas sim a responsabilidade assumida para ajudar seu familiar. Por fim, o grupo encerrou seu último encontro com oito participantes.

Dos 21 participantes, 15 eram mulheres (71,4%) e 6 homens (28,6%), sendo que 12 eram mães (57,1%), três eram pais (14,3%), dois filhos (9,5%), dois maridos (9,5%), uma avó (4,8%) e uma irmã (4,8%) de pessoas diagnosticadas com TPB. A idade variou de 22-72, com uma idade média de 53,2 anos. Dezesesseis familiares (76%) moravam junto com o indivíduo diagnosticado. Onze participantes (52,4%) realizaram sozinhos o treinamento, ou seja, sem outros familiares, e dez participaram com outra pessoa da família, mais especificamente marido e mulher (duas duplas), pais e filhos (três duplas, sendo que em uma destas, um pai estava em um grupo e o filho em outro). Dos 17 familiares diagnosticados com TPB, 12 eram mulheres (70,6%) e 5 homens (29,4%). A idade variou de 18-54, com uma idade média de 32,1 anos.

Quinze participantes permaneceram até o último encontro, dentre eles 20% (três participantes) faltaram em mais de três encontros, sendo que no Grupo 1 foram 13,5% (duas pessoas) e no Grupo 2, 6,5% (uma pessoa). Com relação aos questionários, 20 participantes responderam aos pré intervenção, 15 aos de pós intervenção e 14 aos de *follow-up*. Já dos familiares diagnosticados, 16 responderam aos questionários pré intervenção, 12 da pós intervenção e 10 do *follow-up* (ver Figura 1).

Considerações Éticas

Atendendo à resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde sobre a participação de humanos em pesquisa, foram garantidos aos participantes o direito de terem conhecimento acerca dos procedimentos e dos riscos mínimos a que estariam submetidos; de poder desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo algum; e de que as informações obtidas não iriam expor a identidade de qualquer indivíduo (a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Apêndices A e B). Com o objetivo de minimizar os possíveis riscos dos familiares que participaram do treino de habilidades, como receber feedbacks negativos, ouvir comentários desagradáveis e sensação de vulnerabilidade, no primeiro dia de treinamento foram discutidas as regras do grupo, que



determinavam que o participante deveria assumir uma postura não julgamentosa e validante, assim como só poderiam dar feedbacks construtivos, dentre outras (Linehan, 2015, p.51). Em todos os encontros os treinadores estavam atentos para intervir prontamente caso algum participante descumprisse tais regras, com o intuito de reparar qualquer dano que o familiar possa ter sofrido. Da mesma forma, com o objetivo de minimizar os possíveis riscos dos

familiares diagnosticados com TPB, como sentirem-se vulneráveis pela possível exposição das relações com os familiares no grupo do treino de habilidades, ou prejudicados caso fossem desligados devido à desistência de seus familiares, foi oferecida terapia analítico-comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. Após a conclusão deste trabalho foi dada uma devolutiva referente aos resultados obtidos a todos os participantes.

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, apenas após sua aprovação (Parecer número 3.131.732 e CAAE número 04320118.2.0000.5493), a triagem foi realizada e os dados foram coletados.

Instrumentos

(A) *Formulário de Triagem Online* – FTO – (Apêndice C). Formulário elaborado pela pesquisadora solicitando informações pessoais, do familiar diagnosticado com TPB e sobre a disponibilidade para participação.

(B) *Formulário de dados gerais* - (Apêndice D). Formulário elaborado pela pesquisadora solicitando informações pessoais.

(C) *World Health Organization Quality of Life* – WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL, 1998); tradução para o português Fleck, et. al., 2000) – (Anexo A). Questionário de uso livre do tipo *likert* com escala de cinco pontos contendo 26 questões que avaliam a qualidade de vida geral (duas primeiras questões) e a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambientais.

(D) *Brief Symptom Inventory* – BSI (Derogatis, 1993; tradução para o português: Canavarro, 1995). Versão adaptada do Symptom Chek-List 90 (SCL-90-R) validada para a população portuguesa. Inventário gratuito do tipo *likert* com escala de 5 pontos contendo 53 questões que avaliam sintomas psicopatológicos e perturbação emocional.

(E) *Difficulties in Emotion Regulation Scale* – DERS (Gratz & Roemer, 2004; tradução para o português: Cancian, Souza, Silva, Machado, & Oliveira, 2019) – (Anexo B). Questionário de uso livre do tipo *likert* com escala de 5 pontos contendo 36 questões que avaliam a regulação emocional.

(F) *Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares* - FBIS-BR (Tessler & Gamache, 1996; tradução para o português: Bandeira, Calzavara, & Varela, 2005) – (Anexo C). Escala de uso livre com 70 questões que avaliam o grau de sobrecarga objetiva e subjetiva dos familiares de pacientes psiquiátricos.

(G) *Family Adaptation and Cohesion Scale IV* - FACES IV (Osion, 2011; tradução para o português: Santos, Bazon, & Carvalho, 2017). Escala de autorrelato do tipo *likert* com escala de 5 pontos composta de 62 questões que avaliam coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiar.

(H) *Depression Anxiety and Stress Scale* - DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; tradução para o português: Vignola & Tutti, 2014) - (Anexo D). Escala de uso livre do tipo *likert* com escala de 0 a 3 pontos contendo 21 questões que avaliam níveis de estresse, depressão e ansiedade a partir da descrição de comportamentos e sensações experimentadas nos sete dias anteriores à aplicação.

(I) *Questionário de Forças Familiares* - QFF (Melo & Alarcão, 2011)³ - (Anexo E). Questionário de uso livre do tipo *likert* com escala de 5 pontos composto por 29 questões que avaliam a resiliência familiar.

(J) *Avaliação da Intervenção pelos Participantes* – AIP (Anexo F). Tradução e adaptação livre realizados pela própria autora do “Evaluación del curso”, material retirado da apostila “Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados de Personas con Inestabilidad Emocional” de Pechon e Stoewsand (s.d.), apresentado no Foro Argentino de DBT.

Procedimento

Os FTOs foram analisados para seleção dos familiares que poderiam participar do treino de habilidades e, em seguida, a pesquisadora entrou em contato, via email ou telefone, com os familiares que não poderiam participar do treinamento, justificando o porquê, e com os familiares diagnosticados com TPB das famílias selecionadas para confirmar a sua concordância em participar da pesquisa.

Considerando que os familiares selecionados tinham disponibilidades de horários diferentes para participação no treinamento, e este seria determinado a partir da disponibilidade da maioria dos selecionados, optou-se por realizar dois grupos de treinamento, sendo um com 11 e outro com 10 familiares (G1 e G2, respectivamente). Desta forma, foi possível manter o número desejado de participantes para pesquisa, assim como atender a todos os familiares triados.

³ O instrumento está validado para o português de Portugal. Foram realizadas pequenas alterações, trocando as palavras e expressões: “toda gente”, “resolvemo-lo”, “sítios” e “nos podem” por “todo mundo”, “o resolvemos”, “lugares” e “podem nos”, respectivamente.

Uma semana antes do início do treinamento, todos os participantes selecionados (i.e., familiares dos indivíduos com TPB e os familiares diagnosticados com TPB) foram convocados para comparecer em data e horário específicos no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, para ler e assinar o TCLE e responder aos questionários WHOQOL, BSI, DERS, FBIS-BR, FACES-IV, DASS-21 e QFF (familiar do indivíduo com TPB) ou o formulário de dados gerais, FACES-IV e QFF (familiar com TPB). Neste primeiro encontro, o familiar do indivíduo diagnosticado com TPB, ou ele próprio, deveria trazer um atestado psiquiátrico confirmando o diagnóstico de TPB. Os familiares com TPB que não puderam comparecer puderam responder aos instrumentos em casa. Dois questionários foram enviados por correio, visto que os indivíduos com TPB não moram em São Paulo, e os demais foram levados em envelope lacrado pelos seus familiares. Na bateria de instrumentos constava, assim como nos demais, uma folha de rosto com instruções de como deveriam ser respondidos, incluindo condições ambientais. Os questionários foram preenchidos e devolvidos à pesquisadora na semana seguinte, no primeiro dia de treinamento, em envelope igualmente lacrado, pelos familiares dos indivíduos com TPB ou pelo correio. Quatro dos familiares dos indivíduos com TPB selecionados não puderam comparecer na convocação e, portanto, na mesma semana foi marcado com cada um deles um horário para que comparecessem ao consultório da pesquisadora para responder aos questionários.

Na semana seguinte o treino de habilidades foi iniciado, apenas com os familiares dos indivíduos diagnosticados com TPB, no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, situado na Rua Wanderley, 611 – Perdizes. O treinamento ocorreu semanalmente, tendo cada encontro duração de 2 horas, totalizando 12 semanas, sendo um grupo no período da manhã (G1) e outro no período da tarde (G2), no mesmo dia da semana. O treino foi conduzido pela presente pesquisadora em parceria com duas psicólogas (uma em cada grupo) com experiência na condução do treino de habilidades da DBT e que, assim como a pesquisadora, passaram pelo treinamento do *Family Connections*⁴.

Na semana seguinte após completarem o treino de habilidades, tanto os participantes que passaram pelo treino de habilidades quanto os familiares diagnosticados com TPB foram convocados a retornar ao Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento para responder à mesma bateria de questionários, além da AIP (respondida apenas pelos familiares que participaram do treino de habilidades). A pesquisadora voltou a entrar em

⁴Nos dias 07, 08 e 09 de janeiro de 2019 ocorreu o treinamento oficial do programa no Brasil.

contato dentro de 3 meses para que todos retornassem e respondessem novamente aos questionários, em vistas a obter medidas de *follow-up*.

No primeiro encontro, para cada participante foi entregue uma apostila⁵ que contém informações dos conteúdos ensinados e tarefas que foram solicitadas no decorrer do período em que o participante estava realizando o treino de habilidades. O treinamento foi aplicado de acordo com o formato e protocolo original.

Análise Estatística

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel e analisados no programa SPSS versão 22 (IBM statistics). Inicialmente, todas as variáveis foram testadas em relação à distribuição normal pelo teste Shapiro-Wilk. Todas as variáveis que apresentaram distribuição normal (i.e., $p > 0,05$ no teste de Shapiro-Wilk) foram analisadas com cálculos paramétricos. Os dados que apresentaram distribuição anormal foram analisados com estatísticas não-paramétricas. Análises Multivariadas de Variância (MANOVAs) foram utilizadas para comparar os grupos de familiares com relação às **medidas iniciais de relacionamento familiar**.

Análises de Variância (ANOVAs) de medidas repetidas 2 x 4 x 3 (2 = familiares e pacientes com TPB; 4 = fatores das escalas QFF e FACES-IV; 3 = pré-teste, pós-teste e *follow-up*) foram utilizadas para comparar os familiares e os pacientes com TPB com relação às **medidas de relacionamento familiar**. Para avaliar os efeitos da intervenção sobre os sintomas psiquiátricos (BSI; DERS; DASS-21), qualidade de vida (WHOQOL-bref) e sobrecarga familiar (FBIS-BR) nos familiares submetidos à intervenção, ANOVAs e testes de Friedman para grupos independentes foram aplicados. Análises de *post-hoc* foram utilizadas quando diferenças significativas foram obtidas nas análises de medidas repetidas. Os níveis de significância serão reportados para todas as análises e os tamanhos de efeito serão reportados para as análises com p menor que 0,05.

Por fim, a adesão ao tratamento foi analisada tendo por base o número de participantes que permaneceu até o oitavo encontro do tratamento, em porcentagem. A opção pelo oitavo encontro tem relação com dados de estudos naturalísticos que indicam que melhoras clínicas em psicoterapia tendem a ocorrer até a oitava sessão (Baldwin et al., 2009).

⁵ Apostila oficial do treinamento, já traduzida para o português devido ao treinamento realizado no Brasil.

RESULTADOS

Resultados Descritivos

A tabela 2 mostra os dados descritivos iniciais dos familiares e pacientes com TPB com relação às variáveis de relacionamento familiar e os resultados da MANOVA utilizada para comparar os grupos. Os resultados da MANOVA comparando os grupos com relação à QFF indicaram que não havia diferenças iniciais nos grupos ($F(5, 29) = 0,653, p = 0,662$; Wilk's $\Lambda = 0,899$; η^2 parcial = 0,101). De maneira semelhante, os resultados comparando os grupos com relação aos fatores da escala FACES-IV demonstraram apenas uma diferença próximo do nível de significância ($F(4, 27) = 2,594, p = 0,059$; Wilk's $\Lambda = 0,722$; η^2 parcial = 0,278).

Tabela 2

Dados Descritivos e Comparação entre Grupo dos Escores dos Instrumentos QFF e FACES-IV.

Variável	Familiares		Pacientes		Valor <i>p</i>
	Média	DP	Média	DP	
QFF					
Escore Geral	87,55	24,02	79,33	24,69	0,330
Organização familiar positiva	42,55	11,97	39,8	12,63	0,516
Crenças familiares positivas	26,55	8,57	23,4	7,84	0,273
Gestão positiva dos recursos, suporte familiar e resolução de problemas	21,55	5,67	19,2	4,91	0,209
Emoções positivas	25,2	7,79	22,73	7,57	0,355
FACES – IV					
Coesão	24,11	5,78	23,71	7,17	0,963
Flexibilidade	20,28	6,55	19,43	6,49	0,717
Comunicação	32,5	7,64	28,21	9,69	0,172
Satisfação	26,5	8,5	25,57	10,18	0,780

Comparação entre grupos com relação às variáveis familiares

Uma série de ANOVAs foi aplicada para avaliar a diferença nos escores dos familiares e dos pacientes nos três tempos do tratamento. Efeitos de interação entre grupos e tempos de intervenção não foram encontrados. Os resultados indicaram que, em geral, houve um aumento significativo nos escores do QFF em todos os fatores da escala e para ambos os grupos: *organização familiar positiva*, ($F(2, 44) = 6,528, p = 0,003$; η^2 parcial = 0,229); *crenças familiares positivas*, ($F(2, 44) = 3,627, p = 0,036$; η^2 parcial = 0,142); *gestão positiva dos recursos, suporte familiar e resolução de problemas*, ($F(2, 44) = 4,287, p = 0,026$; η^2 parcial = 0,163); *emoções positivas*, ($F(2, 44) = 4,905, p = 0,012$; η^2 parcial =

0,182). Quando os resultados obtidos nos quatro fatores do instrumento FACES-IV foram comparados ao longo da intervenção, nenhuma diferença entre os tempos de tratamento e entre os familiares e pacientes foi identificado. A tabela 3 mostra a diferença entre os escores da escala QFF e FACES-IV nos três tempos de intervenção para os dois grupos.

Tabela 3

Comparação entre Tempos de Intervenção nos Escores dos Instrumentos QFF e FACES-IV nos Três Tempos de Intervenção (N = 24; familiares e pacientes).

VD	Pré intervenção Média (EPM)	Pós intervenção Média (EPM)	Follow-up Média (EPM)	Valor <i>p</i>
QFF				
Organização familiar positiva	43,5 (2,231)	47,93 (2,205)	47,37 (2,230)	0,003* ¹
Crenças familiares positivas	26,03 (1,548)	29,04 (1,534)	28,16 (1,747)	0,036* ^{1,2}
Gestão positiva dos recursos, suporte familiar e resolução de problemas	21,52 (1,01)	23,59 (1,141)	23,83 (1,240)	0,026* ^{1,3}
Emoções positivas	25,23 (1,406)	28,24 (1,582)	28,42 (1,597)	0,012* ¹
FACES – IV				
Coesão	25,09 (1,016)	25,87 (1,015)	25,14 (1,149)	0,614
Flexibilidade	21,27 (1,198)	22,11 (1,208)	22,1 (1,162)	0,430
Comunicação	31,55 (1,634)	32,99 (1,634)	31,26 (1,820)	0,346
Satisfação	26,78 (1,792)	28,93 (1,950)	27,37 (1,903)	0,317

Nota. * $p < 0,05$; ¹ Diferenças entre pré e demais tempos; ^{1,2} Diferenças entre pré e pós; ^{1,3} Diferenças entre pré e *follow-up*; EPM: erro padrão da média.

Efeitos do tratamento sobre sintomas psiquiátricos, qualidade de vida e sobrecarga

Ao todo, cerca de 76% dos familiares aderiram à intervenção. Quando os familiares foram comparados ao longo dos três tempos de intervenção com relação a sintomas psiquiátricos, qualidade de vida e sobrecarga familiar, poucos efeitos significativos foram observados. Os resultados descritivos das análises e o nível de significância encontrado para cada estatística constam na tabela 4. Houve uma redução significativa nos escores do fator *dificuldade para engajar em comportamentos direcionados a objetivos* da escala DERS ($F(2, 26) = 4,400, p = 0,023; \eta^2 \text{ parcial} = 0,253$) do pré para o pós-intervenção. O *score geral* de sobrecarga objetiva da escala FBIS-BR também demonstrou uma redução significativa da pré para a pós-intervenção ($F(2, 26) = 6,294, p = 0,006; \eta^2 \text{ parcial} = 0,326$), enquanto o *score geral* de sobrecarga subjetiva teve uma redução próxima do nível de significância ($F(2, 26) = ,281, p = 0,057; \eta^2 \text{ parcial} = 0,202$).

Tabela 4
Comparação entre Médias das Medidas de Sintomatologia nos Três Tempos da Intervenção para os Familiares (N = 14).

VD	Pré intervenção Média (EPM)	Pós intervenção Média (EPM)	Follow-up Média (EPM)	Valor <i>p</i>
DERS				
Não-aceitação [#]	9 (2,11)	8,5 (1,93)	8 (1,96)	0,479
Dificuldade em agir de acordo com objetivos	16,78 (1,306)	14 (0,877)	15,57 (1,321)	0,023* ^{1,2}
Dificuldade no controle de impulsos [#]	12 (2,21)	10 (1,64)	9,5 (2,14)	0,212
Falta de consciência emocional	16,79 (1,611)	15,57 (1,142)	16,07 (1,307)	0,577
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional [#]	16 (2,21)	12,5 (1,75)	15 (2,04)	0,408
Falta de clareza emocional [#]	8,5 (2,18)	8,5 (1,86)	8 (1,96)	0,657
FBIS-BR				
Escore geral objetivo	2,63 (0,275)	1,96 (0,157)	2,3 (0,290)	0,006* ^{1,2}
Escore geral subjetivo	2,42 (0,251)	2,04 (0,221)	2,31 (0,256)	0,057
DASS-21				
Depressão [#]	13 (2,25)	6 (1,75)	9 (2)	0,328
Ansiedade	14 (2,685)	9,57 (2,045)	13,29 (2,917)	0,161
Estresse [#]	10 (2,21)	5 (1,86)	7 (1,93)	0,513
BSI				
Índice geral de sintomas [#]	1,11 (2,10)	0,75 (2,03)	0,66 (1,87)	0,793
Índice de sintomas positivos [#]	1,63 (2,11)	1,44 (1,93)	1,63 (1,96)	0,872
WHOQOL-bref				
Percepção de qualidade de vida [#]	3 (1,64)	3 (2,18)	3,5 (2,18)	0,096
Satisfação com saúde [#]	3 (1,96)	3 (1,75)	4 (2,29)	0,266
Domínio Físico [#]	3,1 (1,68)	3,1 (2,25)	3,8 (2,07)	0,262
Domínio Psicológico	3,24 (0,163)	3,56 (0,147)	3,36 (0,204)	0,216
Relações sociais	2,96 (0,250)	2,99 (0,273)	3,16 (0,250)	0,454
Meio ambiente	3,68 (0,175)	3,79 (0,154)	3,78 (0,159)	0,797

Nota. [#] Análise de Friedman, com valores de mediana e postos de média entre parênteses; * $p < 0,05$; ^{1,2} Diferenças entre pré e pós; EPM: erro padrão da média.

Resultados quantitativos do questionário AIP

As respostas quantitativas do questionário AIP foram analisadas percentualmente, como demonstram as tabelas 5, 6 e 7. Mais de 50% dos participantes gostariam de mais informações a respeito do conteúdo discutido no módulo 6 (Resolução de Problemas), assim como consideram-no como o de maior relevância. Os participantes notaram mudanças tanto no próprio comportamento (93,4%) quanto no do familiar (93,4%), assim como na interação familiar (73,33%). Todos recomendariam o treinamento para outras pessoas e 86,66% gostariam de voltar a realizá-lo.

Tabela 5

Percentual das Respostas do Questionário AIP sobre Qual Módulo Gostariam de Mais Informações e Sobre Qual Consideram Mais e Menos Importantes.

PERGUNTAS	MÓDULOS					
	1	2	3	4	5	6
Mais informação / treino	20%	13,33%	20%	46,66%	33,33%	66,66%
Mais importância	13,33%	13,33%	20%	40%	13,33%	53,33%
Menos importância	13,33%	20%	-	-	6,66%	6,66%

Tabela 6

Percentual das Respostas do Questionário AIP sobre Mudanças na Interação Familiar, no Comportamento Pessoal e do Familiar.

MUDANÇAS	RESPOSTAS		
	Sim	Não	Dúvida
Na interação familiar	93,4%	6,7%	-
No próprio comportamento	93,4%	6,7%	-
No comportamento do familiar	73,33%	13,33%	13,33%

Tabela 7

Percentual das Respostas do Questionário AIP sobre Desejo de Realizar o Treinamento Novamente e Probabilidade de Indicá-lo para Outras Pessoas.

TREINAMENTO	RESPOSTAS		
	Sim	Não	Dúvida
Gostaria de voltar a realizar?*	86,66%	-	6,66%
Indicaria para outras pessoas?	100%	13,33%	20%

Nota. * Um participante respondeu que gostaria de ser líder ou co-líder.

DISCUSSÃO

O objetivo principal deste trabalho foi avaliar o efeito do treinamento *Family Connections* (FC) no familiar de um indivíduo diagnosticado com TPB. Além disto, buscou-se avaliar o efeito do FC na qualidade da relação familiar, tanto pela percepção dos familiares de indivíduos diagnosticados com TPB quanto pela percepção dos próprios familiares diagnosticados com TPB. Foi observado nos dados de pré intervenção, pós intervenção e *follow-up* que, logo após o término do programa, os familiares participantes do treinamento apresentaram melhoras significativas no que se refere às forças familiares, sobrecarga objetiva, e desregulação emocional. Quanto aos diagnosticados, notou-se melhora significativa na variável de forças familiares. Ao avaliar as mudanças no período de três meses após o término do treinamento, foi possível notar que apesar de não haver mudanças significativas, há uma tendência de retorno para a condição inicial ao treinamento com relação a todas as variáveis avaliadas. Considerando a aprendizagem de habilidades e a mudança de comportamento de um indivíduo como um processo, esperava-se que os dados de *follow-up* apresentariam uma tendência na continuidade da mudança dos participantes na direção contrária à encontrada no pré-teste.

De forma geral, houve melhora tanto nos participantes do treinamento quanto nos respectivos familiares diagnosticados no quesito de relacionamento familiar avaliado através do questionário QFF e FACES-IV. Apesar de o FACES-IV não ter apresentado nenhuma diferença significativa ao longo do tempo, notou-se um aumento na pontuação, o que pode indicar o início de uma possível melhora clínica. O fato de a amostra ser muito heterogênea fez com que os dados tivessem muita variância, tal condição pode ter contribuído para não ser encontrado uma diferença significativa, tanto na sobrecarga subjetiva quanto na qualidade da relação familiar avaliada pelo questionário FACES-IV. Já o resultado do QFF apresentou tamanho de efeito alto, o que permite a confiabilidade do dado apesar de a amostra ser pequena e poder não representar uma população significativamente. A percepção de sobrecarga objetiva também apresentou queda significativa e tamanho de efeito alto, enquanto que a subjetiva chegou próximo ao nível de significância

Ambos os grupos criaram grupos no *WhatsApp* entre eles, a líder e co-líder para avisarem sobre faltas, atrasos e também compartilharem vídeos, reflexões e experiências para além do encontro semanal. Após o término da intervenção os participantes solicitaram a união dos dois grupos no *WhatsApp* para continuarem os encontros entre si, o que demonstra que o treinamento cumpriu com uma de suas funções, que é a de criar uma rede de apoio

entre os familiares de pessoas com TPB. Manter o relacionamento com outros familiares que experienciam sofrimento similar favorece um espaço de troca e acolhimento, com isenção de julgamentos e estigmas, tornando o ambiente do indivíduo menos aversivo e, conseqüentemente, diminuindo ou mantendo estável a sua dor.

Os resultados encontrados se aproximaram dos encontrados na literatura no que diz respeito a diminuições significativas na pós-intervenção com relação à sobrecarga (Hoffman, et. al., 2005; Hoffman, Fruzzetti e Buteau, 2007; Miller e Skerven, 2017; Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti e Jokinen, 2009), aumento significativo da regulação emocional (Wilks et. al., 2017) e qualidade das relações familiares (Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti e Jokinen, 2009). Não foram encontradas mudanças nos sintomas depressivos, ansiosos nem de qualidade de vida em nenhum momento, assim como os estudos de Hoffman et. al. (2005), Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti e Jokinen (2009) e Wilks et. al. (2017). Com relação aos resultados analisados no *follow-up*, estes também não apresentaram melhora clínica, assim como grande parte das variáveis estudadas por Hoffman, et. al. (2005) e Hoffman, Fruzzetti e Buteau (2007), que observaram mudança significativa apenas na sobrecarga (Hoffman, et. al., 2005) e no luto e maestria (Hoffman, Fruzzetti e Buteau, 2007), sendo estas duas últimas não estudadas neste trabalho. Os achados também confirmaram a hipótese inicial de que os familiares diagnosticados, mesmo não participando do treinamento, apresentariam mudanças positivas na percepção dos relacionamentos familiares.

Alguns familiares com TPB apresentaram melhora do quadro após o treinamento. Porém, estes também vivenciaram eventos externos significativos, como por exemplo gravidez e mudanças de medicamento, o que podem ter sido as variáveis responsáveis pela piora ou melhora do quadro. Após o término do treinamento, no pós-teste, os participantes relataram ter sentido mudanças tanto na relação, quanto no comportamento deles próprios e do familiar diagnosticado, apesar de os questionários terem demonstrado alteração apenas na força familiar, sobrecarga objetiva e em um domínio da desregulação emocional (*dificuldade para engajar em comportamentos direcionados a objetivos*).

Os dados encontrados são relevantes para a melhora do bem-estar de familiares de pessoas diagnosticadas com TPB assim como para uma melhora da própria pessoa diagnosticada e da interação entre ambos. Como mostram os estudos de Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti e Jokinen (2009), Miller e Skerven (2017) e Wilks et. al. (2017), familiares de pessoas com desregulação emocional e com outros diagnósticos também poderiam se beneficiar do treinamento, tendo em vista que o *Family Connections* ensina diferentes habilidades de relacionamento e individuais, tendo apenas que passar por modificações nos

módulos 1 e 2, que falam especificamente do diagnóstico em si. A obtenção de dados semelhantes aos estudos estrangeiros ao replicar o programa FC no Brasil, em participantes brasileiros, sugere que o programa FC pode ser generalizável para esta população.

Visto que tanto o treinamento quanto os instrumentos foram aplicados pela mesma pessoa (pesquisadora principal), há uma preocupação quanto à fidedignidade das respostas nos instrumentos de pós testes e de *follow-up*, o que pode acarretar uma ameaça à validade interna da pesquisa. Essa hipótese ocorre devido ao vínculo criado entre a treinadora e os participantes ao longo da intervenção, que pode ter contribuído para que estes não se sentissem à vontade para dizer não terem tido melhora após o treinamento considerando que a própria treinadora é a pesquisadora e, portanto, faria a entrevista da escala FBIS-BR e verificaria as respostas dos questionários e os respectivos resultados. Outro limite importante do trabalho diz respeito ao cálculo de fidelidade ao FC, uma vez que nenhuma das profissionais envolvidas na aplicação do treinamento passou por avaliação quanto à fidelidade do procedimento (i.e., não houve avaliação para verificar se as treinadoras seguiram os parâmetros e critérios do treinamento FC). O fato de os participantes não terem apresentado mudanças significativas no *follow-up* também pode representar um limite quanto à eficácia do treinamento, dado que ele se propõe a ensinar habilidades que possam ser aplicadas no decorrer da vida do indivíduo, mesmo após o término do treinamento.

Nas duas últimas semanas do treinamento, os participantes se manifestaram quanto ao término do grupo e o desejo de continuarem com o aprendizado. Em função disso, o G2 solicitou à pesquisadora uma “reciclagem” do treinamento para que pudessem se sentir mais apropriados das informações e habilidades e, mais adiante, pudessem atuar como co-líderes e líderes. Devido à coleta de *follow-up* três meses após o término do treinamento, a pesquisadora explicou o porque não poderia, naquele momento, dar novamente o treinamento, porém incentivou os participantes a manterem a ideia dos encontros e colocou os dois grupos em contato (todos os familiares, de ambos os grupos, demonstraram interesse na continuidade dos encontros entre eles). Dadas as considerações, foi levantada a hipótese de que o tempo de treinamento possivelmente não foi suficiente para que os familiares se sentissem mestros nas habilidades. Somado a isso, observou-se nas respostas do AIP que 13 participantes (86,66%) gostariam de realizar o treinamento novamente, o que pode indicar também uma insegurança com relação às habilidades aprendidas. O fato de desejarem voltar a fazer o treinamento não indica necessariamente que não o aprovam, visto que 100% dos participantes que responderam ao questionário recomendariam-no para outras pessoas. É importante que ressaltar que esses dados não foram coletados com as pessoas que não

finalizaram o treinamento, não sendo possível afirmar se estas o desaprovam ou não, apesar dos relatos de desistência não estarem relacionados ao FC em si, mas a questões pessoais para além do treinamento. Na coleta de *follow-up* o AIP não foi reaplicado, o que seria importante para verificar se houve mudança nas opiniões com relação à importância do conteúdo dos módulos, assim como na percepção de mudança contínua na relação, em si e no familiar.

Pesquisas futuras podem desenvolver a validação e adaptação cultural do treinamento para a população brasileira, compreendendo que possivelmente o treinamento com duração de 12 semanas na estrutura apresentada pode não ter sido o suficiente para que os familiares tivessem diminuição nos sintomas psiquiátricos, melhorassem a própria qualidade de vida e nem para que soubessem lidar com o ente querido. Mudanças não significativas nos participantes do grupo, mas próximas de uma significância, foram encontradas na análise dos resultados, o que indica que possivelmente o treinamento pode favorecer o processo de mudança. Coletar dados com uma amostra maior e mais homogênea pode trazer resultados mais consistentes, bem como aplicar escalas após cada encontro que pode favorecer a avaliação da efetividade do treinamento a partir da discriminação de quais conteúdos contribuem mais para a mudança esperada do participante. Além disso, seria interessante realizar uma coleta de *follow-up* extra, avaliando os participantes seis meses após o treinamento com o objetivo de verificar se o processo de mudança ainda está ocorrendo, incluindo o instrumento AIP em todas as coletas após o término do treinamento. Outra possível hipótese que pode ter contribuído para a baixa efetividade do treinamento para estes fatores em questão pode estar relacionada à fidelidade dos treinadores ao programa, uma vez que não foi feito este cálculo.

Este estudo permite concluir que o treinamento *Family Connections* foi efetivo para os participantes do estudo na diminuição da sensação de sobrecarga, melhora das interações familiares e em partes na regulação emocional, além de ter favorecido uma rede de apoio entre os familiares de pessoas com TPB. Apesar das mudanças significativas, se faz necessária uma adaptação cultural do protocolo, reconsiderando a estrutura do programa com a finalidade de proporcionar melhora nas demais variáveis estudadas, como os estudos citados apresentam.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. R., Aguiar, R. G., & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção*. São Carlos: Edufscar.
- ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2016). Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. Recuperado de: <http://www.abep.org>
- Bailey, R. (2014). *Caring for a person with personality disorder: A study of carer burden, support needs and interventions* (Tese de doutorado, University of Wollongong, New South Wales, Austrália). Recuperado de: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=5195&context=theses>.
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. S. (2014). Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being. *Journal of Personality Disorders, 28*, 796–809.
- Bandeira, M., Calzavara, M.G. P., & Varella, A. A. B. (2005). Escala de Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos – FBIS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54*, 206-214.
- Behavioral Tech. (s.d.). Recuperado de: <http://behavioraltech.org/resources/whatisdbt.cfm>
- Bradley, R. G., & Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: a pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 337-340.
- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos B.S.I. Em Simões, M. R., Gonçalves, M. M., & Almedida, L. S. (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal, 2*, 95-109.
- Cancian, A. C. M., Souza, L. A. S., Silva, V. H. P., Machado, W. L., & Oliveira, M. S. (2019). Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 41*, 18-26.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24*, 497-505.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). Overview of Dialectical Behavior Therapy. Em

- Dimeff, L. A. & Koerner, K. (Eds). *Dialectical Behavior Therapy in clinical practice: applications across disorders and settings* (Cap. 1, pp. 1-18). New York: Guilford Press.
- Ekdahl, S., Idvall, E., Samuelsson, M., & Perseus, K. I. (2011). A life tiptoeing: Being a significant other to persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*, 69-76.
- Fleck, M. P. Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública, 34*, 178-183.
- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., & Dreesen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of Attention Disorders, 19*, 260-271.
- G1 – O portal de notícias da globo (2013). Veja diferenças entre definições de classes sociais no Brasil. Recuperado de: <http://g1.globo.com/economia/seu-dinheiro/noticia/2013/08/veja-diferencas-entre-conceitos-que-definem-classes-sociais-no-brasil.html>
- Giffin, J. (2008). Family experiences of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 29*, 133-138.
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, A. Z., & New, A. (2010). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders, 25*, 59–74.
- Harley R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*, 136-143.
- Harned, M. S., & Botanov, Y. (2016, 31 de março). Dialectical Behavior Therapy skills training is effective intervention. *Psychiatric Times, 33*, 1-2. Retirado de <http://www.psychiatrictimes.com/special-reports/dialectical-behavior-therapy-skills-training-effective-intervention>.
- Hill, D. M., Craighead, L. W., & Safer, D. L. (2011). Appetite-focused dialectical behavior

- therapy for the treatment of binge eating with purging: a preliminary trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 249-261.
- Hirvikoski T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., . . . Nordström, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 175-185.
- Hoening, J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165–176.
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42, 469–478.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., & Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy: Family skills training. *Family Process*, 38, 399-414.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M., . . . Struening, E. (2005). Family Connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorders. *Family Process*, 44, 217-225.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 69-82.
- Hoffman, P. D., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy in Practice*, 4, 39-54.
- Hooley, J. M., & Hoffman, P. D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1557-1562.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Koerner, K. (2007). Case formulation in Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder. Em Eells, T. D. (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation*

- (Cap. 11, pp. 317- 348, 2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 234-243.
- Lawn, S., Walsh, J., Barbara, A., Springgay, M., & Sutton, P. (2013). The bond we share: experiences of caring for a person with mental and physical health conditions. Em: R. Woolfolk (Ed.), *Mental Disorders – Theoretical and empirical perspectives* (pp. 199–229). Rijeka, Croácia: IntechOpen. Retirado de <https://www.intechopen.com/books/mental-disorders-theoretical-and-empirical-perspectives/the-bond-we-share-experiences-of-caring-for-a-person-with-mental-and-physical-health-conditions>.
- Leonardi, J. L. (2018). A terapia comportamental dialética (DBT). Em A. E. A Antúnez & G. Safrá (Orgs.), *Psicologia clínica: da graduação à pós-graduação* (pp. 95-103). São Paulo: Atheneu.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade Borderline: guia do terapeuta* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1993).
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., . . . Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72, 475-482.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- Maurin, J. T., & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 99–107.

- McGlinchey, J. M.; Atkins, D. C.; Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: witch one to use and how useful they are? *Behavior Therapy*, *33*, 529-550.
- Melo, A., & Alarcão, M. (2011). Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares. *Mosaico*, *48*, 34-41.
- Miller, M. L., & Skerven, K. (2017). Family skills: A naturalistic pilot study of a family-oriented dialectical behavior therapy program. *Couple and Family Psychology Research and Practice*, *6*, 79-93.
- 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.
- Neacsiu, A. D., Ward-Ciesielski, E. F., & Linehan, M. M. (2012). Emerging approaches to counseling intervention: Dialectical behavior therapy. *Counseling Psychologist*, *40*, 1003–1032.
- O’Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*, 518-52.
- Penney, D., & Woodward, P. (2002). Family perspectives on borderline personality disorder. Em: J. Gunderson & P. Hoffman (Eds.), *Understanding and treating Borderline Personality Disorder: a guide for professionals and families* (pp. 117-130). Washington DC e Londres: American Psychiatric Publishing.
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical Behavior Therapy: Based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, *13*, 257-263.
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, *41*, 106-120.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia

- nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Sanders, S., & Pearce, S. (2010). The Oxford Friends and Family Empowerment (OFAFE) service: support and education for those affected by friends or family with personality disorder. *Mental Health Review Journal*, 15, 58-62.
- Santos, P. L., Bazon, M. R., Carvalho, A. M. P. (2017). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV): adaptação brasileira. *Avaliação Psicológica*, 16, 120-127.
- Scheirs, J. G. M., & Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 195–203.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., . . . Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358.
- Song, L. Y., Biegel, D. E., & Milligan, S. E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 33, 269–286.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145, 386-393.
- Vianna, V. P. T., Silva, E. A., & Souza-Formigoni, M. L. O. (2007). Versão em português da Family Environment Scale: aplicação e validação. *Revista de Saúde Pública*, 41, 419-426.
- Vignola, R., & Tutti, A. (2014). Adaptation and validation of the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109.
- Wilks, C. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. M. M., Lungu, A., & Linehan, M. M.

(2017). Dialectical Behavior Therapy skills for families of individuals with behavioral disorders: Initial feasibility and outcomes. *Cognitive and Behavior Practice*, 24, 288-295.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Familiar do indivíduo diagnosticado com TPB)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Considerando que familiares que cuidam do membro diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) costumam experienciar sintomas de depressão, ansiedade e estresse, além de elevados níveis de sobrecarga familiar, cuidar da qualidade de vida e bem-estar do familiar do indivíduo diagnosticado com TPB torna-se primordial tanto para a melhora da relação familiar como para a melhora do próprio indivíduo. Este estudo tem como objetivo avaliar o efeito do *Family Connections*, um treino de habilidades embasado na Terapia Comportamental Dialética (DBT) no familiar de um indivíduo diagnosticado com TPB, avaliar o efeito desse treino na qualidade da relação de familiares de indivíduos diagnosticados com TPB e, por fim, avaliar se há alteração na percepção da qualidade da relação familiar dos indivíduos diagnosticados com TPB.

Antes do início do treinamento, será solicitado a você e ao seu familiar que compareçam ao consultório da pesquisadora para responder a uma bateria de questionários. Você responderá a questionários relacionados à (a) qualidade de vida, (b) regulação emocional, (c) sobrecarga familiar, (d) coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiar, (e) resiliência familiar, (f) sintomas psicopatológicos, (g) sintomas depressivos, de ansiedade e estresse. Na semana seguinte será iniciado um treino de habilidades apenas com familiares de pessoas diagnosticadas com TPB, ou seja, o seu familiar diagnosticado com TPB não participará do treino de habilidades.

O treino será realizado no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, situado na Rua Wanderley, 611 – Perdizes e será conduzido pela presente pesquisadora em parceria com uma psicóloga com experiência na condução do treino de habilidades da DBT. O treino ocorrerá semanalmente, com duração de 2 horas cada, totalizando 12 semanas. Após o término do treino de habilidades, você e o seu familiar diagnosticado com TPB serão convocados a retornar na semana seguinte no consultório da pesquisadora para responder à mesma bateria de questionários respondida anteriormente. Você também irá responder a uma avaliação a respeito do treinamento. A pesquisadora voltará a entrar em contato dentro de 3 e 6 meses para que vocês retornem e respondam novamente aos mesmos questionários já respondidos, em vistas a obter medidas de *follow-up*. Caso o seu familiar diagnosticado desista da pesquisa, você não será prejudicado e permanecerá participando da pesquisa.

Você será ressarcido pelos gastos que obtiver com transporte público em decorrência da participação nesta pesquisa (para idas e vindas ao consultório da pesquisadora e/ou local onde ocorrerá o treino de habilidades).

Por se tratar de um treinamento em grupo, qualquer participante está sujeito a riscos inerentes, como receber *feedbacks* negativos, ouvir comentários desagradáveis e sensação de vulnerabilidade. Com o objetivo de minimizar os possíveis riscos, no primeiro dia de treinamento serão discutidas as regras do grupo, que determinam que o participante deve assumir uma postura não julgamentosa e validante, assim como só deve dar *feedbacks* construtivos, dentre outras. Em todos os encontros os treinadores irão intervir prontamente

caso algum participante descumpra tais regras, com o intuito de reparar qualquer dano que o familiar possa ter sofrido.

É esperado, para os familiares dos indivíduos com TPB, que o treino de habilidades permita mudanças positivas no que se refere aos relacionamentos familiares e diminuição da percepção da sobrecarga objetiva e subjetiva, dos sintomas psiquiátricos, depressivos e ansiosos, assim como melhora na qualidade de vida e maior capacidade para regulação emocional. Da mesma forma, apesar de a literatura nunca ter avaliado o impacto dessas mudanças nos familiares diagnosticados com TPB, acredita-se que estes também apresentarão alterações na percepção dos relacionamentos familiares, decorrentes das mudanças de comportamento dos familiares que passaram pelo treinamento.

Após a conclusão deste trabalho será dada uma devolutiva referente aos resultados obtidos a todos os participantes. Lembramos que será garantido o sigilo absoluto sobre as respostas obtidas, resguardando-se o anonimato de todos os participantes envolvidos, e que você terá o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum. Sua participação permanecerá sob sigilo em qualquer publicação e apresentação em reuniões científicas após a conclusão do estudo.

Todos os participantes irão receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa atende às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde sobre a participação de humanos em pesquisa. Se você tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa e seus direitos enquanto participante, entre em contato com o Pesquisador Responsável, Marília Barban*, ou com o Orientador da Pesquisa Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi**, ou com o Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Anhanguera de São Paulo (UNIAN)***.

.....
 Marília Barban - CRP: 06/121804
 RG: 30.010.699-3

.....
 Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi - CRP: 06/97994

.....
 Assinatura do sujeito ou seu representante legal

***Contato da pesquisadora responsável:**

Endereço: Rua Maranhão, 598 – Cj 64, Higienópolis, São Paulo | CEP: 01240-905,
 Telefone: (11) 98202-2324
 E-mail: marilia.barban@gmail.com

**** Contato do orientador da pesquisa:**

Telefone: (11) 3871-0185

*****Contato do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Anhanguera de São Paulo (UNIAN):**

Endereço: Avenida Raimundo Pereira de Magalhães, 3305, Jd. Iris/Pirituba, 05.145-200, São Paulo, SP
 Telefone (11) 3512-8412
 E-mail: cep.uniansp@anhanguera.com

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Familiar diagnosticado com TPB)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Considerando que familiares que cuidam do membro diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) costumam experienciar sintomas de depressão, ansiedade e estresse, além de elevados níveis de sobrecarga familiar, cuidar da qualidade de vida e bem-estar do familiar do indivíduo diagnosticado com TPB torna-se primordial tanto para a melhora da relação familiar como para a melhora do próprio indivíduo. Este estudo tem como objetivo avaliar o efeito do *Family Connections*, um treino de habilidades embasado na Terapia Comportamental Dialética (DBT) no familiar de um indivíduo diagnosticado com TPB, avaliar o efeito desse treino na qualidade da relação de familiares de indivíduos diagnosticados com TPB e, por fim, avaliar se há alteração na percepção da qualidade da relação familiar dos indivíduos diagnosticados com TPB.

Antes do início do treinamento, será solicitado a você e ao seu familiar que compareçam ao consultório da pesquisadora para responder a uma bateria de questionários. Você responderá a questionários relacionados à (a) dados gerais, (b) coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiar e (c) resiliência familiar. Na semana seguinte será iniciado um treino de habilidades apenas com familiares de pessoas diagnosticadas com TPB, ou seja, você não participará do treino de habilidades.

O treino será realizado no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, situado na Rua Wanderley, 611 – Perdizes e será conduzido pela presente pesquisadora em parceria com uma psicóloga com experiência na condução do treino de habilidades da DBT. O treino ocorrerá semanalmente, com duração de 2 horas cada, totalizando 12 semanas. Após o término do treino de habilidades, você e o seu familiar que participou do treinamento serão convocados a retornar na semana seguinte no consultório da pesquisadora para responder à mesma bateria de questionários respondida anteriormente, com exceção dos dados gerais. A pesquisadora voltará a entrar em contato dentro de 3 e 6 meses para que vocês retornem e respondam novamente aos mesmos questionários já respondidos, em vistas a obter medidas de *follow-up*. Caso todos os seus familiares desistam de participar da pesquisa, você não será mais solicitado a responder aos questionários faltantes.

Você será ressarcido pelos gastos que obtiver com transporte público em decorrência da participação nesta pesquisa (para idas e vindas ao consultório da pesquisadora e/ou local onde ocorrerá o treino de habilidades).

Por se tratar de um treinamento em grupo com familiares de pessoas com TPB, possivelmente serão discutidas dificuldades de relacionamento entre esses familiares e a pessoa diagnosticada a fim de buscar soluções mais efetivas, o que pode dar ao participante a sensação de vulnerabilidade. Somado a isso, qualquer familiar pode desistir de participar do treinamento a qualquer momento, o que pode acarretar no desligamento do familiar diagnosticado. Com o objetivo de minimizar esses possíveis riscos, será garantido que, no caso de o familiar diagnosticado sentir-se prejudicado pela exposição no grupo do treino de

habilidades e/ou pelo desligamento, será oferecida terapia comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

É esperado, para os familiares dos indivíduos com TPB, que o treino de habilidades permita mudanças positivas no que se refere aos relacionamentos familiares e diminuição da percepção da sobrecarga objetiva e subjetiva, dos sintomas psiquiátricos, depressivos e ansiosos, assim como melhora na qualidade de vida e maior capacidade para regulação emocional. Da mesma forma, apesar de a literatura nunca ter avaliado o impacto dessas mudanças nos familiares diagnosticados com TPB, acredita-se que estes também apresentarão alterações na percepção dos relacionamentos familiares, decorrentes das mudanças de comportamento dos familiares que passaram pelo treinamento.

Após a conclusão deste trabalho será dada uma devolutiva referente aos resultados obtidos a todos os participantes. Lembramos que será garantido o sigilo absoluto sobre as respostas obtidas, resguardando-se o anonimato de todos os participantes envolvidos, e que você terá o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum. Sua participação permanecerá sob sigilo em qualquer publicação e apresentação em reuniões científicas após a conclusão do estudo

Todos os participantes irão receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa atende às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde sobre a participação de humanos em pesquisa. Se você tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa e seus direitos enquanto participante, entre em contato com o Pesquisador Responsável, Marília Barban*, ou com o Orientador da Pesquisa Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi**, ou com o Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Anhanguera de São Paulo (UNIAN)***.

.....
 Marília Barban - CRP: 06/121804
 RG: 30.010.699-3

.....
 Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi - CRP: 06/97994

.....
 Assinatura do sujeito ou seu representante legal

***Contato da pesquisadora responsável:**

Endereço: Rua Maranhão, 598 – Cj 64, Higienópolis, São Paulo | CEP: 01240-905,
 Telefone: (11) 98202-2324
 E-mail: marilia.barban@gmail.com

**** Contato do orientador da pesquisa:**

Telefone: (11) 3871-0185

*****Contato do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Anhanguera de São Paulo (UNIAN):**

Endereço: Avenida Raimundo Pereira de Magalhães, 3305, Jd. Iris/Pirituba, 05.145-200, São Paulo, SP
 Telefone (11) 3512-8412
 E-mail: ep.uniansp@anhanguera.com

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE TRIAGEM ONLINE (FTO)

Obrigada por se interessar em participar da pesquisa intitulada "*Family Connections: Treino de Habilidades para familiares de indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline*". Por gentileza, preencha o formulário a seguir. Assim que avaliarmos todos os formulários, voltaremos a entrar em contato para informá-lo(a) a respeito da possibilidade de participação.

Endereço de email: _____

Nome Completo: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O FAMILIAR

1. Você tem algum familiar diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?

Sim ()

Não ()

2. Qual o nome completo do familiar diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?

Resposta: _____

3. Indique o e-mail do familiar diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)

Resposta: _____

4. Indique o telefone do familiar diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)

Resposta: _____

5. Quantos anos tem o familiar com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?

Resposta: _____

6. Selecione abaixo características que o seu familiar apresentou nos últimos 6 meses (você pode selecionar mais de uma):

Tentativa de suicídio ()

Pensamentos de se matar ()

Se machuca de forma proposital – por ex: se corta, se queima, se bate ()

Comportamentos impulsivos – por ex: gastos descontrolados, dirigir perigosamente ou sexo de risco ()

Parece não ter nenhum controle sobre suas emoções ()

Sensação de não saber quem é ()

Se envolve em relacionamentos amorosos ou sociais turbulentos nos quais costua se sentir abandonado(a) ()

Quando fica muito triste/deprimido(a) não consegue sair de casa ()

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Qual a sua relação com o familiar que tem Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?

Eu sou o pai ()

Eu sou a mãe ()
Eu sou o/a irmão(ã) ()
Eu sou a esposa ()
Eu sou o marido ()
Eu sou o/a cunhado(a) ()
Eu sou o/a filho(a) ()
União estável ()
Outros () Qual? _____

2. Você mora junto com o familiar com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?
Sim ()
Não ()

3. Você já fez algum tratamento com base na DBT (terapia comportamental dialética)?
Sim ()
Não ()
Não sei ()

4. Atualmente você faz terapia?
Sim ()
Não ()

5. Em caso positivo, qual o tipo/linha?
Terapia Comportamental Dialética - DBT ()
Não sei ()
Outras () Qual? _____

6. Você tem algum diagnóstico psiquiátrico?
Sim ()
Não ()
Não sei ()

7. Em caso positivo: qual?
Transtorno Afetivo Bipolar ()
Esquizofrenia ()
Transtorno de Personalidade Borderline ()
Outros () Qual? _____

8. Você apresenta sintomas psicóticos (ex: delirious e/ou alucinações)?
Sim ()
Não ()

9. Você tem ideação suicida?
Sim ()
Não ()

10. Nos últimos 12 meses, você tentou acabar com a sua própria vida?
Sim ()
Não ()

DISPONILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO

O Treino de Habilidades ocorrerá semanalmente no Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, situado na Rua Wanderley, 611 - Perdizes, sempre no mesmo dia e horário, ao longo de 12 semanas.

- Segunda-feira – 8h às 10h ()
 Segunda-feira – 18h às 20h ()
 Terça-feira – 13h às 15h ()
 Quinta-feira – 9h às 11h ()
 Sexta-feira – 9h às 11h ()
 Nenhum dos anteriores ()

DADOS SOCIO ECONÔMICOS

1. Você é beneficiário de algum programa social?

Sim (exemplos: Bolsa Família, Minha Casa Minha Vida ou outros) ()

Não ()

2. Qual é a sua renda mensal?

Até 1 salário mínimo (Até R\$998,00) ()

Entre 1 e 2 salários mínimos (De R\$998,00 até R\$1.996,00) ()

Entre 2 e 3 salários mínimos (De R\$1.996,00 até R\$2.994,00) ()

Entre 3 e 4 salários mínimos (De R\$2.994,00 até R\$3.992,00) ()

Mais de 4 salários mínimos (Acima de R\$3.992,00)

3. Qual é a renda mensal da sua família?

Até 1 salário mínimo (Até R\$998,00) ()

Entre 1 e 2 salários mínimos (De R\$998,00 até R\$1.908,00) ()

Entre 2 e 3 salários mínimos (De R\$1.908,00 até R\$2.994,00) ()

Entre 3 e 4 salários mínimos (De R\$2.994,00 até R\$3.992,00) ()

Mais de 4 salários mínimos (Acima de R\$3.992,00)

4. Quantos dependentes financeiros diretos você tem? (exemplos: filhos, parceiro(a), enteado(a), pais e outros)

Nenhum ()

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

Mais de 4 ()

DADOS GERAIS

1. Data de Nascimento: _____

2. Telefone com DDD: _____

3. Cidade: _____

4. Estado: _____

5. Nacionalidade

Brasileiro ()

Outros () _____

6. Gênero

Feminino ()

Masculino ()

7. Grau de escolaridade

Fundamental incompleto()

Fundamental completo ()

Ensino Médio incompleto ()

Ensino Médio completo ()

Superior incompleto ()

Superior completo ()

Especialização em andamento ()

Especialização ()

Mestrado em andamento ()

Mestrado ()

Doutorado em andamento ()

Doutorado ()

8. Profissão: _____

9. Estado civil

Solteiro(a) ()

Casado(a) ()

Separado(a) ()

Divorciado(a) ()

Viúvo(a) ()

Obrigada por preencher o formulário. Assim que finalizarmos o processo de triagem você será contactado para ser informado a respeito da possibilidade da sua participação na pesquisa

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE DADOS GERAIS

Obrigada por se interessar em participar da pesquisa intitulada "*Family Connections: Treino de Habilidades para familiares de indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline*". Por gentileza, preencha o formulário a seguir.

1. Nome Completo: _____

2. Endereço de email: _____

3. Gênero: M () F ()

4. Data de Nascimento: _____

5. Diagnóstico: _____

6. Há quanto recebeu o diagnóstico?

Menos de um ano ()

Entre 1 ano e 3 anos ()

Entre 3 anos e 6 anos ()

Entre 6 anos e 9 anos ()

Entre 9 anos e 12 anos ()

Mais de 12 anos ()

7. Você está passando por algum tratamento?

Sim () Não ()

8. Em caso positivo: qual?

Psicoterapia ()

Psiquiatra ()

Acompanhamento Terapêutico ()

Outros: _____

9. Caso você faça psicoterapia, indique o tipo/linha:

Terapia Comportamental Dialética - DBT ()

Não sei ()

Outras: _____

10. Selecione abaixo características que você apresentou nos últimos 6 meses (você pode selecionar mais de uma):

Tentativa de suicídio ()

Pensamentos de se matar ()

Se machuca de forma proposital – por ex: se corta, se queima, se bate ()

Comportamentos impulsivos – por ex: gastos descontrolados, dirigir perigosamente ou sexo de risco ()

Parece não ter nenhum controle sobre suas emoções ()

Sensação de não saber quem é ()

Se envolve em relacionamentos amorosos ou sociais turbulentos nos quais costua se sentir abandonado(a) ()

Quando fica muito triste/deprimido(a) não consegue sair de casa ()

ANEXO A - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-BREF)

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

(World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL, 1998); tradução para o português: Fleck, et. al., 2000)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B - DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SCALE (DERS)

(Gratz & Roemer, 2004; tradução para o português: Cancian, Souza, Silva, Machado, & Oliveira, no prelo).

Instruções: Por favor, indique a frequência que as frases a seguir se aplicam a você, escrevendo o número apropriado conforme escala abaixo ao lado de cada item.

Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maior parte do tempo (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
1	2	3	4	5

_____ 1) Para mim, os meus sentimentos são claros.

_____ 2) Presto atenção à forma como me sinto.

_____ 3) Experiencio minhas emoções como intensas e fora de controle.

_____ 4) Não faço ideia de como me sinto.

_____ 5) Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos.

_____ 6) Eu observo cuidadosamente meus sentimentos.

_____ 7) Sei exatamente como me sinto.

_____ 8)importo-me com aquilo que sinto.

_____ 9) Sinto-me confuso (a) com a forma como me sinto.

_____ 10) Quando estou chateado(a), reconheço as minhas emoções.

_____ 11) Quando estou chateado (a), fico zangado (a) comigo mesmo (a) por me sentir assim.

_____ 12) Quando estou chateado (a), fico constrangido(a) por me sentir assim.

_____ 13) Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em completar tarefas.

_____ 14) Quando estou chateado (a), fico descontrolado (a).

_____ 15) Quando estou chateado (a), acredito que vou continuar assim por muito tempo.

_____ 16) Quando estou chateado(a), acredito que vou acabar ficando muito deprimido(a).

_____ 17) Quando estou chateado (a), acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.

Quase nunca	Algumas vezes	Cerca de metade do tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)
1	2	3	4	5

_____ 18) Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em focar a minha atenção em outras coisas.

_____ 19) Quando estou chateado (a), sinto-me descontrolado (a).

_____ 20) Quando estou chateado (a), sou capaz de continuar a fazer o que tenho para fazer.

_____ 21) Quando estou chateado (a), sinto-me envergonhado (a) por me sentir assim.

_____ 22) Quando estou chateado (a), eu sei que vou acabar descobrindo uma maneira de me sentir melhor.

_____ 23) Quando estou chateado (a), sinto-me como se eu fosse fraco (a).

_____ 24) Quando estou chateado (a), sinto que continuo podendo controlar os meus comportamentos.

_____ 25) Quando estou chateado (a), sinto-me culpado (a) por me sentir assim.

_____ 26) Quando estou chateado(a), tenho dificuldades de concentração.

_____ 27) Quando estou chateado (a), tenho dificuldades em controlar os meus comportamentos.

_____ 28) Quando estou chateado (a), acredito que não há nada que possa fazer para me sentir melhor.

_____ 29) Quando estou chateado (a), fico irritado (a) comigo mesmo (a) por me sentir assim.

_____ 30) Quando estou chateado (a), começo a me sentir mal comigo mesmo (a).

_____ 31) Quando estou chateado (a), acredito que me afundar nesse estado é a única coisa que posso fazer.

_____ 32) Quando estou chateado (a), perco o controle sobre os meus comportamentos.

_____ 33) Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em pensar em qualquer outra coisa.

_____ 34) Quando estou chateado(a), reservo um tempo para descobrir o que realmente estou sentindo.

_____ 35) Quando estou chateado (a), passa muito tempo até que me sinta melhor.

_____ 36) Quando estou chateado (a), as minhas emoções são muito intensas.

**ANEXO C - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES
(FBIS-BR)**

(Tessler & Gamache, 1996; tradução para o português: Bandeira, M., Calzavara, M. G. & Varella, A., 2005)

PARTE A: ASSISTÊNCIA NA VIDA COTIDIANA

Geralmente as pessoas que têm doenças mentais precisam de ajuda ou precisam ser lembradas de fazer as coisas comuns do dia-a-dia. As perguntas que vou fazer agora são sobre isso. Talvez, nem todas elas se apliquem a (Nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele(a).

A1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer coisas como se pentear, tomar banho ou se vestir ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ A2a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

A1b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (Nome) ou lembrar-lhe de fazer essas coisas?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

A2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou encorajou (Nome) a tomar os remédios dele(a) ou teve que dar o remédio pessoalmente ou às escondidas? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ A3a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

A2b. Quanto lhe incomodou ter que fazer alguma coisa para (Nome) tomar os remédios dele(a)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

A3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer tarefas da casa (ex. arrumar a cama, limpar o quarto, lavar roupa, etc.) ou teve que fazer isto para ele(a)? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ A4a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

A3b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele(a)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

A4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer compras de alimentos, roupas ou outros objetos ou teve que fazer compras para ele(a)? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ A5a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

A4b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele(a)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

A5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você cozinhou para (Nome) ou o (a) ajudou a preparar as refeições? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ A6a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

A5b. Quanto lhe incomodou ter que cozinhar para (Nome) ou ajudá-lo(a) a preparar as refeições dele(a)?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____
 Nem um pouco Muito pouco Um pouco Muito ?

A6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou a levar (Nome) a algum lugar, à pé, de carro, de ônibus ou por outros meios de transporte? Foram quantas vezes? _____ 1 _____

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____ _____ 5 _____
 Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes p/ de 3 a 6 vezes p/ Todos os dias?
 (PASSE P/ **A7a**) vez p/ semana semana semana

A6b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar a levar (Nome) a algum lugar?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____
 Nem um pouco Muito pouco Um pouco Muito ?

A7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) a cuidar do dinheiro dele(a) ou teve que fazer isso por ele/ela? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____ _____ 5 _____
 Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes p/ de 3 a 6 vezes p/ Todos os dias?
 (PASSE P/ **A8a**) vez p/ semana semana semana

A7b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (Nome) a cuidar do dinheiro dele(a) ou a fazer isto por ele(a)?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____
 Nem um pouco Muito pouco Um pouco Muito ?

A8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou insistiu com (Nome) para ele(a) se ocupar com alguma coisa, não ficar à toa, usar o seu tempo para fazer alguma coisa, como ler revista, se divertir com alguma coisa, trabalhar, estudar ou visitar as pessoas, etc. ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ A9a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

A8b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar ou lembrar (Nome) a se ocupar com alguma coisa?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

A9a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você lembrou, encorajou ou insistiu com (Nome) ou teve que levá-lo(a) para as suas consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ B1a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

A9b. Quanto lhe incomodou ter que lembrar, encorajar ou levar (Nome) para as suas consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

PARTE B: SUPERVISÃO AOS COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS

Algumas vezes, as pessoas com doenças mentais podem precisar de ajuda quando ocorrem alguns comportamentos problemáticos. As perguntas que vou fazer agora talvez não se apliquem a (Nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele (a).

B1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de apresentar algum comportamento que te deixasse envergonhado(a) ou incomodado(a) ou teve que lidar com estes comportamentos ou com suas conseqüências ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ B2a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

B1b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento desconcertante de (Nome)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

B2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) ficasse exigindo demais sua atenção ou você teve que lidar com este comportamento ou suas consequências ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ B3a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

B2b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com o comportamento de (Nome) de exigir que você dê atenção a ele(a)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

B3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) incomodasse as pessoas durante a noite ou teve que lidar com este comportamento ou com suas consequências ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ B4a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

B3b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento perturbador de (Nome)?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____
 Nem um pouco Muito pouco Um pouco Muito ?

B4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) insultasse alguém, ameaçasse ou machucasse alguém ou teve que lidar com este comportamento ou suas conseqüências ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____ _____ 5 _____
 Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes p/ de 3 a 6 vezes p/ Todos os dias?
 (PASSE P/ **B5a**) vez p/ semana semana semana

B4b. Quanto lhe incomodou ter que fazer isso?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____
 Nem um pouco Muito pouco Um pouco Muito ?

B5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de falar em morrer, ou de falar em se matar, de ameaçar ou tentar se matar? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____ _____ 5 _____
 Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes p/ de 3 a 6 vezes p/ Todos os dias?
 (PASSE P/ **B6a**) vez p/ semana semana semana

B5b. Quanto lhe incomodou estas conversas, ameaças ou tentativas de (Nome) de se matar ou de falar em morrer?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____
 Nem um pouco Muito pouco Um pouco Muito ?

B6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) bebesse demais (bebidas alcoólicas) ou teve que lidar com as conseqüências deste comportamento? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ B7a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

B6b. Quanto lhe incomodou o fato de (Nome) beber ?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

B7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) comesse ou bebesse demais (bebidas não alcoólicas, ex. café, xaropes, etc.) ou fumasse demais? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ B8a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

B7b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento de (Nome)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

B8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de usar drogas (ilegais) ou teve que lidar com as conseqüências deste comportamento? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez (PASSE P/ C1a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

B8b. Quanto lhe incomodou o fato de (Nome) usar drogas (ilegais)?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco Muito pouco Um pouco Muito ?

PARTE C : GASTOS FINANCEIROS

C1. Nos últimos 30 dias, você, pessoalmente, pagou ou deu algum dinheiro seu à (Nome) para cobrir algumas despesas dele (a) e que ele não lhe tenha devolvido? Sim___ Não___

	Sim	Não	Gastos nos últimos 30 dias
j- Objetos pessoais?	1	2	\$.....
k- Telefone?.....	1	2	\$.....
l- Pagamento de profissionais p/cuidar do paciente.....	1	2	\$.....

C2. Nos últimos 30 dias, o paciente teve gastos com os itens abaixo?	Sim	Não	Gastos nos últimos 30 dias
a- Transporte (carro, combustível, ônibus,táxi, etc?)	1	2	\$.....
b- Roupas e calçados?.....	1	2	\$.....
c- Trocados para pequenos gastos?.....	1	2	\$.....
d- Alimentação?..... (se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela destas despesas correspondente ao paciente).	1	2	\$.....
e- Moradia (aluguel , prestação da casa) ?..... (se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela desta despesa correspondente ao paciente)	1	2	\$.....
f- Medicamentos ?.....	1	2	\$.....
g- Tratamento de saúde mental ?	1	2	\$.....
h- Outros gastos médicos (dentista,fisioterapeuta,etc.)?	1	2	\$.....
i- Cigarros?	1	2	\$.....

m- Plano de saúde _____ 1 2 \$.....

n- Outras despesas ? (Especifique) :..... 1 2 \$.....

C2-Total: \$ _____

C3. Quantia com a qual o paciente contribuiu para as despesas mensais: _____

C4. Gastos da família com o paciente (diferença entre C2 e C3): _____

C5. No último ano, os gastos que você teve com (Nome) foram pesados para você com que frequência?

Sempre ou quase sempre	5
Frequentemente	4
Às vezes	3
Raramente	2
Nunca	1

PARTE D. IMPACTO NAS ROTINAS DIÁRIAS

D1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você faltou, chegou atrasado ou cancelou algum compromisso, como no trabalho, na escola ou em outros lugares, porque teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

D1b. Nos últimos 30 dias, quantas vezes as suas atividades sociais e de lazer (ex. sair para descansar ou visitar alguém) foram alteradas ou perturbadas, porque você teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

D1c. Nos últimos 30 dias, quantas vezes os seus serviços de casa ou a rotina da casa foi alterada ou perturbada porque você teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

D1d. Nos últimos 30 dias, quantas vezes o fato de cuidar de (Nome) impediu de você dedicar aos outros membros da família a atenção e o tempo de que eles necessitavam? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

D2. A doença de (Nome) provocou mudanças mais ou menos permanentes na sua rotina diária, no seu trabalho ou na sua vida social? Sim () Não ().

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito ?

D3. Por causa da doença de (Nome):

(Nota ao entrevistador: Você pode circular mais de uma resposta)

	Sim	Não
a- Você teve que trabalhar menos ou abandonar o seu emprego ou teve que... trabalhar mais para cobrir os gastos?	2	1
b- Você teve que se aposentar mais cedo do que você planejava?.....	2	1
c- Você deixou de ter (ou tem menos) vida social (ex. deixou de..... passear, visitar pessoas, ir a festas, etc.)?.	2	1
d- Você perdeu amizades?	2	1
e- Você deixou de tirar férias (ex. visitar parentes, viajar)?.....	2	1

f- Você deixou de receber (ou recebe menos) pessoas em casa (familiares e/ou amigos)? 2 1

PARTE E: PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE

Mesmo quando as pessoas não se veem por algum tempo, às vezes, mesmo assim elas se preocupam umas com as outras. Eu gostaria de perguntar-lhe sobre suas preocupações com (Nome).

E1. Você fica preocupado(a) com a segurança física de (Nome) (ex. que alguma coisa ruim aconteça com ele(a), que ele(a) sofra um acidente, entre em uma briga, que alguém se aproveite dele(a), que fuja, etc.):

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E2. Você fica preocupado(a) com o tipo de ajuda e tratamento médico que (Nome) está recebendo ?(ex. com receio de que ele(a) não esteja sendo bem atendido(a), de que não esteja recebendo um bom tratamento para a doença dele(a), etc.?)

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E3. Você fica preocupado(a) com a vida social de (Nome) (ex. preocupado se ele(a) não sai muito de casa, ou se sai demais ou se tem poucos amigos ou se sai com amigos que não lhe convém ?)

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E4. Você fica preocupado(a) com a saúde física de (Nome)? (ex. dores, doenças, etc.)

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E5. Você fica preocupado(a) com as condições de moradia atual de (Nome)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E6. Você fica preocupado(a) ao pensar como (Nome) faria para sobreviver financeiramente se não houvesse você para ajudá-lo?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E7. Você fica preocupado(a) com o futuro de (Nome)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

ANEXO D - DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE

Versão traduzida e validada para o português do Brasil Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3

11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE FORÇAS FAMILIARES

(Melo & Alarcão, 2011)

Segue-se uma lista de coisas que, por vezes, acontecem nas famílias. Por favor em que medida considera que as características descritas são parecidas com as da sua família de acordo com a seguinte escala:

- 1- Nada parecidas
- 2- Pouco parecidas
- 3- Mais ou menos parecidas
- 4- Bastante parecidas
- 5- Totalmente parecidas.

1. Na minha família somos otimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2. Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas.	1	2	3	4	5
3. Na minha família somos muito unidos.	1	2	3	4	5
4. Na minha família todo mundo tem o direito de dar a sua opinião.	1	2	3	4	5
5. Na minha família tomamos decisões em conjunto.	1	2	3	4	5
6. Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar.	1	2	3	4	5
7. Na minha família todo mundo dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projetos individuais e ao que é importante para si.	1	2	3	4	5
8. Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo.	1	2	3	4	5
9. Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas.	1	2	3	4	5
10. Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros.	1	2	3	4	5
11. Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer.	1	2	3	4	5
12. Na minha família existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir.	1	2	3	4	5

13. Na minha família fazemos coisas e atividades em conjunto.	1	2	3	4	5
14. Na minha família há boa disposição e encontramos sempre momentos para rir.	1	2	3	4	5
15. Na minha família todo mundo é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros.	1	2	3	4	5
16. Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e o resolvemos em conjunto.	1	2	3	4	5
17. Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que nos ajudam quando precisamos.	1	2	3	4	5
18. Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de maneira a conseguir pagar as principais despesas.	1	2	3	4	5
19. Na minha família sabemos a que lugares temos que nos dirigir para cada dificuldade que surge.	1	2	3	4	5
20. Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar.	1	2	3	4	5
21. Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão.	1	2	3	4	5
22. Na minha família há valores que se deseja que todo mundo aprenda.	1	2	3	4	5
23. Na minha família conseguimos lidar bem com imprevistos e dificuldades.	1	2	3	4	5
24. Na minha família acreditamos que os momentos de dificuldade podem nos ajudar a ser mais fortes.	1	2	3	4	5
25. Na minha família é importante que cada um tente ser feliz.	1	2	3	4	5
26. Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos.	1	2	3	4	5
27. A minha família consegue encontrar ajuda, quando precisa, nas pessoas que conhece.	1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 28. Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Na minha família as decisões importantes, que afetam todos, são tomadas em conjunto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Muito obrigada pela sua colaboração!

Copyright 2009 by Ana Melo & Madalena Alarcão

ANEXO F - AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO PELOS PARTICIPANTES

Módulo 1 – Introdução: Objetivos, formato semanal, direitos da família, critérios e sintomas do TPB, pressupostos básicos e pesquisas

Módulo 2 – Educação Familiar: Considerações importantes, financiamento e recursos, tipos de tratamentos para TPB, transtornos comorbidos, estudo da emoção expressa, teoria biossocial, modelo transacional

Módulo 3 – Habilidades de Mindfulness para Relacionamentos: Definição de ambiente familiar validanete, Mindfulness, redução de julgamentos, manejo de emoções, emoções primárias e secundárias, diminuição da vulnerabilidade e reatividade emocional, estados da mente, ação oposta

Módulo 4 – Técnicas para o ambiente familiar: Bem-estar individual e familiar, reciprocidade familiar, aceitação e mudança, perda e luto

Módulo 5 – Técnicas de Validação: Definição de validação, tipos/níveis de validação, por que e o que validar, auto-invalidação, observando limites, prioridades do relacionamento (DEARMAN, GIVE, FAST)

Módulo 6– Gerenciamento de Problemas: Definição e análise do problema, estratégias de resolução de problemas, aceitação radical

1. Dos temas acima, qual você gostaria de mais informação ou treino/práticas?

2. Qual dos temas tem mais importância para você?

3. Qual dos temas tem menos importância para você?

4. Que relevância teve o material de leitura para você?

5. As informações do material estavam claras?

6. Você tem alguma sugestão para mudanças tanto com relação à intervenção quanto com relação ao material?

8. Deixe comentários e sugestões para as treinadoras

9. Você observou alguma mudança a partir do curso:

a) Na interação familiar?

b) No seu próprio comportamento?

c) No comportamento do seu familiar com TPB?

9. Você recomendaria o treinamento para outras pessoas?

10. Você gostaria de voltar a realizar o treinamento?

11. Comentários:
