



**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DOS EFEITOS DA TERAPIA  
COMPORTAMENTAL DIALÉTICA PARA OS SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
REGULAÇÃO EMOCIONAL EM ADOLESCENTES E JOVENS**

Raphaele Nonnenmacher Colferai

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Leticia Sanguinetti Czepielewski

PORTO ALEGRE

2022

Raphaele Nonnenmacher Colferai  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Letícia Sanguinetti Czepielewski

**UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DOS EFEITOS DA TERAPIA  
COMPORTAMENTAL DIALÉTICA PARA OS SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
REGULAÇÃO EMOCIONAL EM ADOLESCENTES E JOVENS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado para aprovação na atividade  
de TCC II do Curso de Bacharelado em  
Psicologia da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul.

PORTO ALEGRE

2022

## AGRADECIMENTO

A conclusão do presente trabalho só foi possível porque tive o apoio de muitas pessoas que me inspiraram e incentivaram durante a graduação de psicologia e a realização do trabalho. Agradeço imensamente a todos vocês:

Aos meus pais por acreditarem no meu potencial e me incentivaram a alcançar voos que nem eu mesma pensava ser capaz.

Às minhas irmãs, Karoline e Marcele, por estarem presentes em todos os momentos, celebrando a minhas conquistas e me apoiando nas dificuldades.

À minha Vó Luiza pela inspiração de força e coragem para se permitir envolver pela vida de forma integral.

Às minhas queridas amigas que fiz no vôlei pelos conselhos carinhosos e sábios em momentos que me sentia perdida e pelo incentivo de continuar nessa jornada, eu amo vocês.

À minha supervisora de estágio Mariana, pelo carinho durante todo o meu processo de aprendizagem, por acreditar em mim e por ser um exemplo de profissional e pessoa para mim.

À orientadora desse trabalho Prof. Letícia por me guiar nesse caminho, me dar o suporte que eu precisei para realização do trabalho e por se fazer tão presente nesse momento desafiador.

Ao time *Hemomindful*, principalmente a Angélica, por me oportunizar viver experiências diversas na pesquisa, confiar no meu trabalho e me introduzir a um caminho tão importante para mim na psicologia.

Aos meus colegas de estágio, Karina, Laura, Guilherme, Marina e Pedro por todo o conhecimento compartilhado com tanta bondade e humildade, por tantas trocas valiosas que me fizeram crescer e aprender muito.

Ao meu amor, André, que esteve comigo nos momentos mais difíceis, pela compreensão, carinho e afeto tão necessários.

A todos vocês e a tantas outras pessoas que me apoiaram nesse caminho e contribuíram para realização desse trabalho, sou muito grata. Sem vocês nada disso seria possível, vocês dão sentido e propósito para a minha caminhada!

## RESUMO

A prevalência de depressão na adolescência em todo o mundo vem aumentando em níveis alarmantes. As dificuldades na regulação emocional parecem estar relacionadas com a manutenção e o desenvolvimento de transtorno mentais. A terapia comportamental dialética (*Dialectical Behavioral Therapy* – DBT) tem como foco a regulação emocional, e, portanto, poderia ser uma estratégia importante para redução de sintomas depressivos em jovens. O presente estudo é uma revisão sistemática que visa avaliar os efeitos da DBT em sintomas depressivos e habilidades de regulação emocional em adolescentes e jovens, e discutir os efeitos desta terapia na regulação emocional e suas consequências para os sintomas depressivos nesta população. Após a busca em três bases de dados, foram incluídos 27 estudos que envolveram 1474 participantes com idade média entre 15 e 16 anos e que se identificavam, em sua maioria, como sendo do sexo feminino e brancos/caucasianos. A maior parte dos estudos avaliou a depressão como desfecho secundário e encontrou efeito significativo da DBT para redução de sintomas depressivos em adolescentes. Alguns estudos avaliaram a regulação emocional, e estes também apresentaram melhora significativa deste desfecho após o tratamento da DBT. Nenhum estudo avaliou a relação da regulação emocional com os sintomas de depressão. Desta forma, a presente revisão sugere que a DBT pode ser potente para melhora de sintomas depressivos e de habilidades de regulação emocional em adolescentes e jovens. Pesquisas futuras devem avaliar a regulação emocional como um mecanismo de mudança da DBT para melhor compreender a sua relação com sintomas depressivos em jovens.

Palavras-chave:

Terapia comportamental dialética; Adolescente; Depressão; Regulação emocional; Revisão sistemática;

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2 MÉTODO</b> .....	10
2.1 <i>Fonte de dados e pesquisa</i> .....	10
2.2 <i>Critérios de Inclusão</i> .....	11
2.3 <i>Seleção dos estudos</i> .....	11
2.4 <i>Extração de dados</i> .....	12
2.5 <i>Medidas sumarizadas</i> .....	12
<b>3 RESULTADOS</b> .....	12
3.1 <i>Características dos estudos e suas amostras</i> .....	12
3.2 <i>Características das intervenções em DBT</i> .....	13
3.3 <i>Efeitos da DBT para sintomas depressivos em adolescentes e jovens</i> .....	14
3.4 <i>Efeitos da DBT para habilidade de regulação emocional em adolescentes e jovens</i> .....	19
3.5 <i>Efeitos da DBT na regulação emocional e suas consequências para os sintomas depressivos em adolescentes e jovens</i> .....	1
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	1
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	4
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	4
<b>ANEXO A</b> - Tabela Suplementar 1.....	1
<b>ANEXO B</b> - Tabela Suplementar 2.....	7

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano é um processo para a vida toda que envolve fases de crescimento distintas e é determinado pela história evolutiva (Papalia D & Martorell G, 2021; Sawyer et al., 2018). A adolescência é uma construção social do século XX reconhecida como um período único do desenvolvimento (Papalia D & Martorell G, 2021; Sawyer et al., 2018). O Ministério da Saúde considera adolescentes pessoas com idades entre 10 e 19 anos, enquanto a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) considera como jovens pessoas entre 15 e 24 anos (*youth*) (Ministério da Saúde, 2007; UNESCO, n.d.). Alguns autores afirmam que atualmente há um adiamento das transições de papéis para a vida adulta. Neste cenário, se faz necessário considerar como adolescentes pessoas que possuem idade entre 10 e 24 anos (Sawyer et al., 2018). Nesta fase do ciclo vital, ocorrem grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais.

As mudanças físicas estão relacionadas à chegada da puberdade, processo através do qual o sujeito atinge a maturidade sexual (Papalia D & Martorell G, 2021). Além disso, ocorrem mudanças estruturais e funcionais no cérebro. O desenvolvimento cerebral não é linear e uniforme durante a adolescência, o que significa que ocorrem mudanças em diferentes partes do cérebro, em taxas e momentos diferentes (Dow-Edwards et al., 2019). As regiões límbicas amadurecem mais cedo do que as regiões frontais, executivas (Dow-Edwards et al., 2019; Fuhrmann et al., 2015). Assim, os adolescentes estão mais propensos a realizar comportamentos de risco, com tendência à impulsividade, já que eles estão mais responsivos à recompensa, especialmente social (Dow-Edwards et al., 2019; Fuhrmann et al., 2015; Papalia D & Martorell G, 2021). A adolescência apresenta múltiplos períodos sensíveis, definidos como os intervalos de tempo em que diferentes regiões cerebrais estão mais sensíveis a estímulos específicos do ambiente para o desenvolvimento de certas habilidades e aprendizagens (Dow-Edwards et al., 2019; Fuhrmann et al., 2015; Sakai, 2005). Durante os períodos sensíveis da adolescência, há uma maior plasticidade neural, caracterizada como a capacidade de reorganização estrutural e funcional do sistema nervoso em respostas às demandas ambientais (Dow-Edwards et al., 2019; Fuhrmann et al., 2015). Entretanto, autores argumentam que a maior plasticidade neural neste período do desenvolvimento é como uma “faca de dois gumes” (Dow-Edwards et al., 2019). Se por um lado há uma maior oportunidade para

aprendizado de novas habilidades, há também uma maior vulnerabilidade aos efeitos da exposição a eventos adversos e estresse, especialmente ao estresse gerado pelas relações interpessoais, que tem um maior impacto durante a adolescência (Dow-Edwards et al., 2019; Fuhrmann et al., 2015). Assim, acredita-se que os transtornos psiquiátricos podem em parte ser desencadeados devido aos efeitos da exposição a eventos adversos e estressores na infância ou na adolescência (Dow-Edwards et al., 2019; Fuhrmann et al., 2015). A interação entre puberdade, maturação cognitiva e mudanças psicossociais somadas a maior plasticidade neural tornam o adolescente mais vulnerável ao desenvolvimento de transtornos mentais (Dow-Edwards et al., 2019; Thapar et al., 2012).

Um dos transtornos que parece ter relevância nesta fase do desenvolvimento é o Transtorno Depressivo Maior (TDM). Evidências apontam que quase 40% das pessoas com TDM experimentam seu primeiro episódio depressivo antes dos 20 anos (Malhi & Mann, 2018). A depressão é uma das principais causas de incapacidade e sobrecarga devido a uma doença durante a adolescência em todo o mundo (Vos et al., 2020). A prevalência de sintomas depressivos é maior nesta fase do desenvolvimento se comparada à infância, sendo que este aumento pode estar relacionado às mudanças que ocorrem neste período (Dow-Edwards et al., 2019; Thapar et al., 2012). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V), um episódio de depressão do TDM é caracterizado pela presença de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas (Psychiatric Association, 2014). Além desses sintomas, o indivíduo também pode apresentar: perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalia ou culpa excessiva; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (Psychiatric Association, 2014). Em crianças e adolescentes, o humor pode ser deprimido ou irritável, não estando relacionado a um contexto de frustração presente na vida do sujeito (Psychiatric Association, 2014). Estudos demonstram que os sintomas mais centrais de depressão na adolescência são humor deprimido e sentimentos de inutilidade, mas para além do DSM V também foram encontrados como sintomas centrais nessa fase do desenvolvimento a solidão e o ódio a si mesmo (Manfro et al., 2021; Mullarkey et al., 2021).

Durante a pandemia de COVID-19, a prevalência de jovens com sintomas de depressão no mundo todo dobrou, passando de 12,9% para 25,2% (Racine et al., 2021). Estudos longitudinais indicam que jovens que experienciam a depressão no período da adolescência, estão mais propensos a apresentar pelo menos um episódio de depressão na vida adulta (Fombonne et al., 2001). Revisões sistemáticas, meta-análises e estudos longitudinais demonstram associações significativas entre depressão na adolescência e variáveis psicossociais na idade adulta como: maiores chances de não conclusão do ensino médio; menor probabilidade de entrada no ensino superior; maiores índices de desemprego; períodos de desemprego múltiplos ou de longo prazo; maior probabilidade de gravidez ou paternidade; menor remuneração ou renda; baixo apoio social ou necessidade de maior apoio social; maior sensação de solidão na vida adulta (Clayborne et al., 2019; Fergusson & Woodward, 2002). Nessa perspectiva, intervenções durante a adolescência podem ser potentes devido à maior plasticidade neural que acarreta maior facilidade para aprender novas habilidades. Além disso, intervenções nessa fase do desenvolvimento podem ser importantes para prevenção de transtornos mentais como a depressão e diminuição de variáveis psicossociais adversas na vida adulta.

Estudo de revisão sistemática e meta-análise que teve como objetivo comparar as intervenções disponíveis para o tratamento agudo de transtornos depressivos em crianças e adolescentes evidenciou que o antidepressivo fluoxetina somado à terapia cognitivo comportamental (TCC) foram significativamente mais eficazes que o placebo para redução dos sintomas depressivos nessa população (Zhou et al., 2020). Embora a TCC combinada com medicamento tenha se mostrado eficaz, estudos demonstram que 40% dos adolescentes com depressão não respondem ao tratamento, e somente um terço apresenta redução completa dos sintomas com o tratamento agudo (March et al., 2004; Wood et al., 1996). Nessa perspectiva, a investigação de outros tratamentos eficazes para redução de sintomas de depressão em adolescentes se faz necessária para diminuição do número de adolescentes que não respondem ao tratamento.

Um estudo piloto sugeriu que o treinamento de habilidade baseado na Terapia Comportamental Dialética (em inglês, *Dialectical Behavioral Therapy* - DBT) pode ser uma intervenção potente para a melhora de sintomas do TDM resistente ao tratamento (Feldman et al., 2009). Alguns autores propõem que a depressão é um transtorno de desregulação emocional, relacionado ao déficit na regulação e



manutenção de emoções positivas (Heller et al., 2009). A DBT descreve as dificuldades na regulação emocional através da teoria biossocial, que explica que a desregulação emocional é resultado da interação da vulnerabilidade biológica com ambientes invalidantes ao longo do tempo (Koerner, 2020; Linehan, 2010). A vulnerabilidade emocional combinada a ambientes invalidantes na infância torna mais provável a desregulação emocional, tendo em vista que a pessoa não aprende as habilidades necessárias para lidar e manejar suas experiências emocionais (Linehan, 2010). Nessa perspectiva, a DBT tem como foco trabalhar a desregulação emocional através do ensino de habilidades, terapia individual, consulta telefônica e consultoria de caso entre terapeutas (Linehan, 2018).

Estudos de revisão e meta-análise sugerem que as dificuldades na regulação emocional estão relacionadas com desenvolvimento e manutenção de diversos transtornos mentais como depressão, ansiedade, transtornos alimentares, uso de substâncias e transtorno de personalidade borderline (Schäfer et al., 2017; Sloan et al., 2017). Revisões sistemáticas demonstram a eficácia da DBT para adolescentes na redução da frequência de comportamentos auto-lesivos e ideação suicida (Kothgassner et al., 2021; Witt et al., 2021) e diminuição de sintomas dos transtornos alimentares (Vogel et al., 2021), porém as evidências da DBT para depressão nessa população são escassas. Um ensaio clínico randomizado realizado com jovens estudantes de medicina durante a pandemia do COVID aponta que o treinamento de habilidades em grupo da DBT pode ser uma intervenção potente para redução de sintomas de ansiedade e depressão nessa população (Liang et al., 2021). Uma meta-análise que incluiu 12 estudos examinando DBT com adolescentes sugere melhora nos sintomas de depressão, porém devido às evidências escassas os autores ressaltam que seus achados são uma estimativa inicial da eficácia da DBT nessa população (Cook & Gorraiz, 2016).

Desta forma, considerando as lacunas na literatura de revisões atuais sobre os efeitos da DBT para depressão em jovens e sobre o papel da regulação emocional em sintomas depressivos, o presente estudo é uma revisão sistemática que tem como objetivos: (a) avaliar os efeitos da DBT nos sintomas de depressão em jovens; (b) avaliar os efeitos da DBT na regulação emocional em jovens; (c) discutir os efeitos da DBT na regulação emocional e suas consequências para os sintomas depressivos nesta população.

## 2 MÉTODO

A presente revisão sistemática foi desenvolvida de acordo com os itens do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021).

### 2.1 Fonte de dados e pesquisa

As bases de dados incluídas na busca foram *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed, PsycINFO, *Excerpta Medical Database* (Embase). Não foram delimitados limite para ano de publicação e os estudos foram extraídos até 11 julho de 2022. Visando ampliar a busca e utilizar apenas uma chave nas diferentes bases de dados para a pesquisa, foram adicionados sinônimos. Dessa forma, foram inseridos os seguintes termos de busca, unidos pelo operador “AND”:

1. “adolescent” OR “teenager” OR “teenage” OR “teen” OR “teens” OR “adolescence” OR “adolescents” OR “adolescents female” OR “adolescents male” OR “youth” OR “youths” OR “young adult” OR “adult, young” OR “adults, young” OR “prime adult” OR “prime adults” OR “young adults”.
2. “DBT” OR “dbt” OR "dialectical behavior therapy" OR "dialectical behavior treatment" OR "dialectical behavioral therapy" OR "dialectical behavioral treatment" OR "dialectical behaviour therapy" OR "dialectical behavioural therapy" OR “Behavior Therapy, Dialectical” OR “Dialectical Behavior Therapies”.
3. “depression” OR “depress\*” OR “depressive symptoms” OR “depressive symptom” OR “symptom, depressive” OR ““symptoms, depressive” OR “emotional depression” OR “depression, emotional” OR "central depression" OR "clinical depression" OR "depressive disease" OR "depressive disorder" OR "depressive episode" OR "depressive illness" OR "depressive state" OR "depressive syndrome" OR "mental depression" OR “Depressive Disorder, Major” OR "Unipolar Depression" OR "Depression, Unipolar" OR "Depressions, Unipolar" OR "Unipolar Depressions" OR "emotion regulation" OR "emotion self-regulation" OR "emotional regulation" OR "emotional self-regulation" OR "difficulties in emotion regulation scale" OR "36-item ders" OR "36-item difficulties in emotion regulation scale (ders)" OR "ders scale" OR "difficulties in emotion dysregulation scale (ders)" OR "difficulties in emotion regulation scale

(ders)" OR "difficulties in emotional regulation scale" OR "difficulty in emotion regulation scale" OR "difficulty in emotional regulation scale" OR "difficulties emotion regulation scale (ders)" OR "difficulties in emotion regulation questionnaire" OR "difficulties in emotion regulation questionnaire (ders)" OR "difficulties in emotion regulation scale"

## 2.2 Critérios de Inclusão

Para refinar a pergunta de pesquisa e formular os critérios de inclusão e exclusão, foram utilizados os componentes do PICOS (participantes, intervenções, comparação, desfechos e desenho do estudo) (Moher et al., 2009). Foram incluídos estudo que atenderam os seguintes critérios de inclusão: (1) pesquisas que possuíam uma amostra de jovens com idades entre 10 a 24 anos; (2) estudos empíricos controlados ou não que avaliaram intervenções da DBT (ou seja, excluindo revisões da literatura, estudos teóricos, meta-análises ou dissertações) e nenhum estudo de caso (N>5); (3) estudos que incluíam medidas de depressão e/ ou regulação emocional; (4) estudos que possuíam pelo menos dois momentos de avaliação (longitudinal, pré ou pós intervenção); (5) artigos que foram escritos ou traduzidos para o inglês ou português. Foram excluídos: (1) estudos que tinham intervenções de DBT, mas que não incluíam, no mínimo, treinamento de habilidades de DBT (cobrindo atenção plena, tolerância ao mal-estar, eficácia interpessoal e regulação emocional) e terapia individual. Em caso de estudos que incluíam a mesma amostra, foi mantido o estudo original que apresentava os dados de forma completa.

## 2.3 Seleção dos estudos

As buscas nos bancos de dados foram importadas para a plataforma RAYYAN (<https://rayyan.ai/reviews>) para a realização da etapa de seleção de estudos. Para evitar erros e garantir a objetividade do processo, dois revisores (RC e FN) realizaram de forma independente a triagem inicial por meio da leitura dos títulos e resumos a fim de remover estudos duplicados e estudos que não atendiam os critérios de inclusão. Em seguida, um revisor (RC) realizou a revisão do texto completo dos estudos restantes para garantir que os critérios de inclusão tinham sido atendidos nos estudos selecionados. Todos os motivos de exclusão de estudo foram registrados. Diferença de opinião entre os revisores foram resolvidas através da opinião de um terceiro revisor (LS).

## 2.4 Extração de dados

As informações extraídas dos estudos foram: nome dos autores, ano de publicação, título, resumo, características do estudo, características da amostra, características da intervenção de DBT, características do grupo controle se existente, medidas de depressão e de regulação emocional, médias e desvio padrão para medidas de depressão e regulação emocional.

## 2.5 Medidas sumarizadas

Devido à heterogeneidade dos estudos, uma meta-análise não pode ser realizada. Dessa forma, para exposição dos resultados encontrados foi realizada uma síntese narrativa descrevendo os dados extraídos dos artigos e análise crítica considerando suas limitações.

## 3 RESULTADOS

A busca inicial nas bases de dados identificou 816 estudos. Após a remoção dos estudos duplicados ( $n = 241$ ), 575 artigos seguiram para a etapa de seleção, realizada através da leitura do título e resumo. Durante a triagem inicial, foram excluídos artigos que não atenderam aos critérios de inclusão ( $n = 404$ ). O texto completo de 171 artigos foi acessado para etapa de elegibilidade, sendo que foram incluídos na presente revisão 27 estudos. As etapas de identificação, seleção e elegibilidades dos estudos foram ilustradas na Figura 1.

### 3.1 Características dos estudos e suas amostras

A Tabela 1 apresenta as características dos estudos e suas amostras. Os estudos incluídos foram realizados em 7 países diferentes, sendo a maioria nos Estados Unidos (18), seguido pela Inglaterra (3), Reino Unido (2), Austrália (1), Alemanha (1), Espanha (1) e Canadá (1). Os artigos apresentaram um total de 1474 participantes divididos em grupo de DBT ( $n = 1179$ ) e grupo controle ( $n = 295$ ). Na maioria dos estudos (19), a idade média dos participantes foi semelhante, situando-se na faixa dos 15 a 16 anos. Apenas três estudos incluíram jovens adultos com idade média entre 20 e 21 anos e dois estudos não informaram a idade média da amostra apenas a faixa de idade que estava entre 13 e 19 anos (Fleischhaker et al., 2011a) e 14 a 17 anos (Fischer & Peterson, 2015). A maioria dos participantes dos estudos (80%) se identificava como sendo do gênero feminino. Entre os estudos que informaram a

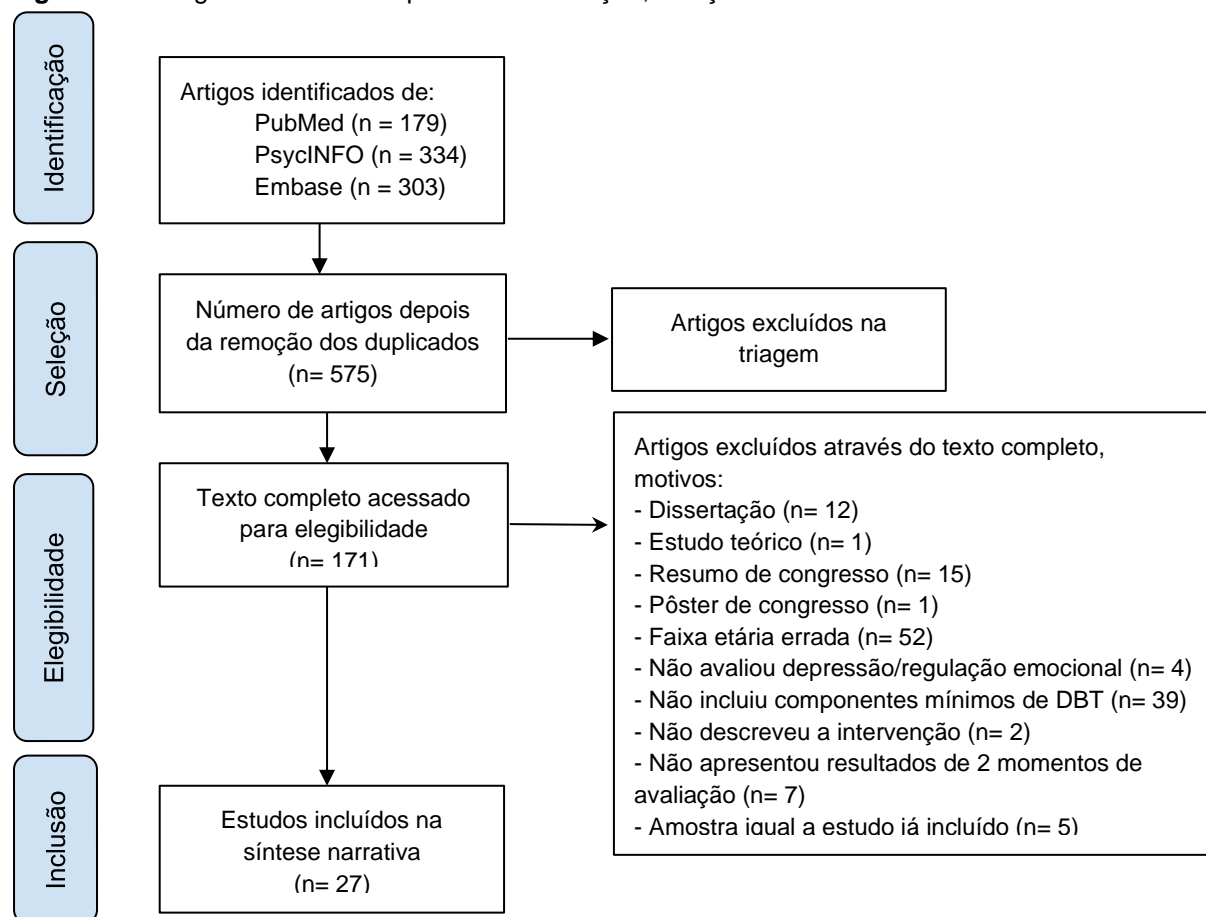
raça/etnia (17), 44% (n= 497) eram brancos/caucasiano e 14% (n= 165) se declaravam como hispânico/latino. Apenas 4% (n= 52) era afro-americana/ negra e 3% (n= 36) asiática. Um estudo possuía 80% dos participantes pertencentes a etnia norueguesa (Mehlum et al., 2014). A amostra dos estudos incluía pessoas que possuíam em sua maioria transtorno depressivos e de ansiedade. Além disso, parte dos participantes também relataram possuir Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno por Uso de substância. Alguns estudos avaliaram frequência de autolesão não suicida e tentativa de suicídios anteriores na linha de base.

Em relação ao desenho, a maioria dos estudos não possuía grupo controle, e entre os estudos que possuíam controle (12), apenas seis utilizaram método de distribuição aleatória para amostra (Apsche et al., 2006; Asarnow et al., 2021; Goldstein et al., 2015; Mehlum et al., 2014; Pistorello et al., 2012; Ramsey et al., 2021). Quanto às medidas de acompanhamento, nove estudos possuíam acompanhamentos: um realizou acompanhamento de três meses (Geddes et al., 2013), dois de seis meses (Berk et al., 2020; Fischer & Peterson, 2015), um de nove meses (James et al., 2008) e seis estudos possuíam seguimento de até um ano (Asarnow et al., 2021; Fleischhaker et al., 2011a; Goldstein et al., 2007, 2015; Katz et al., 2004; Schmeck et al., 2022).

### *3.2 Características das intervenções em DBT*

Informações mais detalhadas sobre o tipo e componentes das intervenções são apresentadas na Tabela 2 do material suplementar. Dentre os estudos incluídos, vinte utilizaram DBT-A (Terapia comportamental dialética para adolescentes), quatro utilizaram DBT padrão para adultos (Fischer & Peterson, 2015; James et al., 2008, 2011; Pistorello et al., 2012) e três incluíam componentes da DBT, no mínimo treinamento de habilidades e terapia individual (Apsche et al., 2006; Murray et al., 2015; Wasser et al., 2008). Em relação ao grupo controle, onze estudos possuíam controle, sendo que dez eram grupos controle ativos, ou seja, a DBT era comparada com algum outro tratamento, e um estudo teve como controle lista de espera (McCay et al., 2015).

**Figura 1.** Fluxograma com as etapas de identificação, seleção e inclusão dos estudos.



### 3.3 Efeitos da DBT para sintomas depressivos em adolescentes e jovens

Os resultados dos estudos estão descritos na Tabela 3. A maior parte dos estudos (23) avaliou sintomas de depressão. Quinze estudos utilizaram variações do Inventário de Beck para Depressão, sendo que cinco aplicaram a primeira edição, nove a segunda edição e um utilizou o Inventário de Beck para Jovens (BDI-Y)(Gillespie et al., 2019). Além desses instrumentos, os artigos utilizaram outras medidas para avaliar depressão: Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Lenz & del Conte, 2018; McCay et al., 2015; Ramsey et al., 2021), Depression Rating Scale (KSADS-DRS) (Goldstein et al., 2007, 2015), The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Asarnow et al., 2021) e Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C) (Wasser et al., 2008). Dois artigos avaliaram os sintomas de depressão através de dois instrumentos diferentes, o Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) e Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Mehlum et al., 2014), e o SCL-90-R e Depression Inventory for Children and Adolescents (DIKJ) (Fleischhaker et al., 2011).

Entre os estudos que avaliaram depressão (23), vinte demonstraram que a intervenção DBT teve efeito significativo para redução de sintomas de depressão em adolescentes e jovens e, desses estudos, quatro avaliaram que os ganhos se mantiveram até um ano e meio depois (Fleischhaker et al., 2011a; Goldstein et al., 2007, 2015; Pistorello et al., 2012). Apenas dois estudos não apresentaram mudanças significativas nos sintomas de depressão (Fischer & Peterson, 2015; Schmeck et al., 2022), e um estudo não realizou a análise para verificar se as diferenças ao longo do tempo na depressão foram significativas (Ramsey et al., 2021).

Em relação aos estudos que avaliaram sintomas depressivos e possuíam grupo controle (11), seis demonstraram que a DBT foi superior ao grupo controle na redução de sintomas de depressão (Goldstein et al., 2015; Lenz & del Conte, 2018; McCay et al., 2015; Mehlum et al., 2014; Pistorello et al., 2012; Wasser et al., 2008). A maior parte dos grupos controle referidos era ativo, sendo que apenas era um lista de espera (McCay et al., 2015). Em três artigos não houve diferença significativa entre os grupos (Asarnow et al., 2021; Katz et al., 2004; Santamarina-Perez et al., 2020a), e em dois o grupo controle foi superior à DBT na redução de sintomas de depressão (Apsche et al., 2006; Schmeck et al., 2022).

Entre os estudos incluídos, alguns avaliaram se a intensidade do tratamento e características da amostra tinha algum efeito na melhora dos sintomas depressivos ou regulação emocional. Em relação à idade, três estudos tiveram como participantes jovens adultos (idade média: 20,9), realizaram intervenção DBT padrão e DBT-A e demonstraram reduções significativas nos sintomas de depressão, sendo a DBT superior ao controle (Darrow et al., 2022; McCay et al., 2015; Pistorello et al., 2012). Um destes estudos teve como objetivo comparar a efetividade da DBT-A para adolescentes (idade média: 15,9) e jovens adultos (idade média: 20,7) e encontrou que a intervenção foi igualmente efetiva na redução de sintomas depressivo nos dois grupos (Darrow et al., 2022). Em relação à orientação sexual, um estudo que teve como objetivo avaliar os efeitos da DBT-A para adolescentes que se identificavam como LGBTQ (gay, lésbica, bissexual) e comparar com um grupo de pessoas heterossexuais apresentou que a intervenção foi igualmente efetiva nos dois grupos na redução de sintomas depressivos e aumento da regulação emocional (Poon et al., 2022). Por fim, um estudo que visou comparar os resultados de programas DBT-A de 16 e 24 semanas para adolescentes evidenciou que os participantes que realizaram

a intervenção de 24 semanas apresentaram redução significativamente maior nos sintomas depressivos (Gillespie et al., 2019).

**Tabela 1.** Características dos estudos e da amostra de participantes.

Autores, ano	País	Desenho do estudo	N total	Intervenção / Controle	Idade Média (SD)	Gênero F N (%)	Raça/ etnia N (%)
Poon et al., 2022	Estados Unidos	Estudo não controlado antes e depois	39	DBT-A / -	15,21(1,65);	F: 34 (86,8%)	Branco: 27 (71,1) Hispanicos: 8 (22,9) Bi ou multirracial: 5 (13,1) Asiático, Afro-americano, outros: 3 (7,9)
Asarnow et al., 2021	Estados Unidos	Ensaio randomizado controlado multi-local com seguimento de até 1 ano,	164	DBT-A / TAIG	DBT 14,77 (1,50) Controle 15,04 (1,43)	DBT F: 82 (95,30) Controle F: 81 (94,19)	Branco: 97 (67,36) Hispanico: 47 (32,63)
Ramsey et al., 2021	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado controlado,	40	DBT-A / -	DBT 15,19 (1,83) DBT + Autocritica 14,63 (1,86)	F: 30 (75)	Branco: 37 (92,5) Afro-americano: 2 (5) Àsio-americano: 1 (2,5) Hispanico: 1 (2,5)
Berk et al., 2020	Inglaterra	Estudo não controlado antes e depois com seguimento de até 6 meses	24	DBT-A / -	15,21 (1,32)	F: 22 (92)	Latino: 15 (63) Caucasiano: 4 (17) Outra etnia: 5 (21)
Goldstein et al., 2015	Estados Unidos	Estudo piloto randomizado controlado com seguimento de até 1 ano	20	DBT-A / SCAB	DBT 15,82 (2,1) Controle 16,83 (1,4)	DBT F: 11 (79) Controle F: 4 (67)	Caucasiano: 6 (60) Afro-americano: 2 (20) Multirracial: 2 (20)
Hiller & Hughes, 2022	Estados Unidos	Estudo não controlado antes e depois	91	DBT-A / -	15,21 (1,57)	F: 76 (84) M: 11 (12) Transgênero: 3 (3) Não se identificou: 1 (1)	Hispanico/latino: 35 (39) Branco: 27(29) Negro: 18 (20) Misto/multiétnico: 8 (9) Asiática: 3 (3)
Darrow et al., 2022	Estados Unidos	Estudo piloto não controlado antes e depois	132	DBT-A / -	Adolescentes 15,9 (1,2) Jovens adultos 20,7 (2,3)	F: 102 (77,27) M: 19 (14,39) Transgênero: 3 (2,27) Não-binário: 8 (6)	Euro - americano: 84 (63) Hispanico/ Latino:12 (9) Asiático: 11 (8,33) Raça mista: 19 (14,39) Afro-americano: 5 (66) Nativo americano e ilhéu do Pacífico: 1 (0,75)



Schmeck et al., 2022	Estados Unidos	Estudo clínico não randomizado controlado com seguimento de 1 ano	60	DBT-A / TAU	DBT 15,51 (1,15) Controle 16,22 (1,57)	DBT F: 35 (95) Controle F: 21 (91)	NI
Santamarina-Perez et al., 2020	Espanha	Estudo clínico não randomizado controlado	35	DBT-A / TAU + GS	DBT 15,3 (1,2) Controle 15,2 (1,5)	DBT F: 16 (88,9) Controle F: 15 (88,2)	NI
Gillespie et al., 2019	Inglaterra	Estudo multi-local não controlado antes e depois	152	DBT-A / -	DBT-A 16 semanas 15,72 (1,06)  DBT-A 24 semanas 15,62 (1,21)	F: 129 (84,86)	NI
Lenz & del Conte, 2018	Estados Unidos	Estudo controlado não randomizado antes e depois	103	DBT-A / TAU	DBT 15,4 (1,55) Controle 15,7 (1,34)	DBT F: 37 (60) M: 25 (40) Controle F: 26 (63) M: 15 (37)	Caucasiano: 91 (88,34) Afro-americano: 7 (6,7) Ásio-americano: 4 (3,8) Outra: 3 (2,9)
Moran et al., 2018	Estados Unidos	Estudo não controlado antes e depois	53	DBT-A / -	17,00 (1,89)	F: 53 (100)	Branco: 41 (77,36) Raça mista: 7 (13,2) Asiático: 4 (7,5) Afro-americano: 1 (2)
McCay et al., 2015	Canada	Estudo não randomizado controlado antes e depois com método misto	139	DBT-A / Lista de espera	DBT 21,08 (2,36) Controle 21,34 (1,90)	DBT F: 32 (53,3) M: 28 (46,7) Controle F: 11 (37,9) M: 17 (58,6)	NI
Fischer & Peterson, 2015	Estados Unidos	Estudo piloto não controlado com seguimento de 6 meses	7	DBT / -	14 a 17 anos	F: 7 (100)	NI
Mehlum et al., 2014	Estados Unidos	Ensaio randomizado controlado simples-cego,	77	DBT-A / TAU	DBT 15,9 (1,4) Controle 15,3 (1,6)	DBT F: 34 (87,2) Controle F: 34 (89,5)	Norueguesa: 62 (80,51)
Pistorello et al., 2012	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado controlado,	63	DBT / TAU	DBT 20,42 (1,56) Controle 21,28 (2,14)	DBT F: 49 (77,4) Controle F: 27 (84,4)	Afro-americano: 2 (6,5) Asiático: 1 (3,2) Hispânico: 1 (3,2) Nativo americano: 3 (9,7) Outro: 1 (3,2) Branco: 23 (74,2)

James et al., 2011	Reino Unido	Estudo não controlado antes e depois,	25	DBT / -	15,5 (1,5)	F: 22 (88)	NI
Fleischhaker et al., 2011	Alemanha	Estudo piloto não controlado com seguimento de 1 ano,	12	DBT / -	Entre 13 e 19 anos	F: 12 (100)	NI
James et al., 2008	Reino Unido	Estudo não controlado com seguimento de 9 meses,	16	DBT / -	16,4 (1,2)	F: 14 (100)	NI
Wasser et al., 2008	Estados Unidos	Estudo não randomizado controlado antes e depois,	24	DBT / STM	DBT 14,67 (1,83) Controle 14,58 (1,78)	DBT F: 3 (25) Controle F: 3 (25)	NI
Goldstein et al., 2007	Estados Unidos	Estudo piloto não controlado com seguimento de até 1 ano	10	DBT-A / -	15,8 (1,5)	F: 8 (80)	Branco: 6 Afro-americano: 1 Multirracial: 3
Apsche et al., 2006	Estados Unidos	Estudo randomizado controlado antes e depois	20	DBT / MDT	15,9	DBT M: 10 (100) Controle M: 10 (100)	Afro-americano: 11 (55) Europeu Americano: 7 (35) Hispanico/Latino: 2 (10)
Katz et al., 2004	Estados Unidos	Estudo não randomizado controlado antes e depois com seguimento de 1 ano	62	DBT-A / TAU	15,4	----	Branco: 45 (72,6) Latinos: 1 (1,6) Afro-americanos: 0 (0,00) Asiático: 3 (4,8) Populações das Primeiras Nações: 12 (19,4) Outras origens: 1 (1,6)
Yeo et al., 2020	Inglaterra	Estudo não controlado antes e depois	101	DBT-A / -	14,73 (1,43);	M: 7 (13,7) F: 41 (80,4)	Hispanico/Latino: 32 (62,7) Afro-americano: 8 (15,7) Caucasiano: 1 (2) Outro: 6 (7,8)
Smith et al., 2019	Estados Unidos	Estudo não controlado antes e depois	93	DBT-A / -	15,05 (1,40)	F: 81 (87) M: 12 (13)	Caucasiano: 58 Afro-americano: 3 Hispanico: 19 Asiático: 4 Outro: 9
Murray et al., 2015	Estados Unidos	Estudo piloto não controlado antes e depois	40	DBT+FBT / -	15,7 (1,11)	F: 35 (100%)	Caucasiano: 22 (63,8) Hispanicos: 5 (14,5) Asiaticos: 1 (2,9) Negros: 1 (2,9) Outros: 6 (15,9)

Geddes et al., 2013	Australia	Estudo piloto não controlado antes e depois com seguimento de 3 meses	6	DBT-A / -	15,1	F: 6 (100%)	NI
---------------------	-----------	---	---	-----------	------	-------------	----

DBT-A: Terapia comportamental dialética para adolescentes; FBT: Tratamento baseado na família; MDT: Terapia de Desativação de Modos; GS: Sessões de grupo; SCAB: Serviços para Crianças e Adolescentes Bipolares; STM: Meio Terapêutico Padrão; TAIG: Terapia de Apoio Individual e em Grupo; TAU: Tratamento Usual Aprimorado;

### 3.4 Efeitos da DBT para habilidade de regulação emocional em adolescentes e jovens

Os resultados dos estudos estão descritos na Tabela 3. Em relação à regulação emocional, nove estudos avaliaram este desfecho, sendo que a maioria (6) utilizou a escala Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Foram utilizados também os instrumentos: Children's Affective Lability Scale (CALS) (Goldstein et al., 2015), Behavior Rating Inventory of Executive Function - Self Report (BRIEF-SR) (Smith et al., 2019) e Modified Affective Control Scale for Adolescents (MACS-A) (Geddes et al., 2013).

Entre os artigos que utilizaram a escala DERS, quatro encontraram diminuição significativa nas dificuldades de regulação emocional ao longo do tempo (Asarnow et al., 2021; Berk et al., 2020; Poon et al., 2022; Yeo et al., 2020). Um estudo demonstrou que esses ganhos se mantiveram por até 12 meses depois (Asarnow et al., 2021). Dois artigos utilizaram outras escalas para avaliar o desfecho, um apresentou melhora significativa na regulação emocional e o outro não encontrou diferença significativa no escore total de regulação emocional, apenas em duas subescalas do instrumento o medo da depressão e da raiva (Geddes et al., 2013; Smith et al., 2019). Um estudo não encontrou diferença significativa na pontuação total da DERS ao longo do tempo, demonstrando melhora significativa apenas na subescala de acesso às estratégias de regulação emocional ao longo do tratamento (Murray et al., 2015). Somente dois estudos possuíam grupo controle e apresentaram diferença significativa entre os grupos, sendo a DBT a intervenção mais efetiva para melhora da regulação emocional (Asarnow et al., 2021; Goldstein et al., 2015).

**Tabela 3.** Descrição e interpretações dos resultados de sintomas depressivos e habilidades de regulação emocional dos estudos incluídos.

Autores, ano	SINTOMAS DEPRESSIVOS				REGULAÇÃO EMOCIONAL				Interpretação dos resultados
	DBT (n)		Controle (n)		DBT (n)		Controle (n)		
	PRÉ [média(DP)]	PÓS [média(DP)]	PRÉ [média(DP)]	PÓS [média(DP)]	PRÉ [média(DP)]	PÓS [média(DP)]	PRÉ [média(DP)]	PÓS [média(DP)]	
Poon et al., 2022	DBT-A (n = 16)		-		DBT-A (n = 16)		-		↓ Sintomas Depressivos ↑ Regulação emocional
	BDI-II: 28,64 (14,61)	BDI-II: 15,77 (13,52)	-	-	DERS: 122,35 (16,16)	DERS: 81,41 (23,52)	-	-	
Asarnow et al., 2021	DBT-A (n = 84)		TAIG (n = 80)		DBT-A (n = 84)		TAIG (n = 80)		Sintomas Depressivos: DBT = Controle Regulação emocional: DBT > Controle
	CES-D: 36,00 (1,24)*	CES-D: 26,36 (1,49)*	CES-D: 36,82 (1,25)*	CES-D: 27,37 (1,57)*	DERS: 126,79 (2,37)*	DERS: 101,83 (3,01)*	DERS: 125,88 (2,34)*	DERS: 109,96 (3,13)*	
Ramsey et al., 2021	DBT-A (n = 40)		-		DBT-A (n = 40)		-		Não foi realizada análises sobre diferença entre os momentos de avaliação;
	SCL-90-R: 31,22 (12,58)	SCL-90-R: 18,27 (12,41)	-	-	DERS: 122,46 (26,55)	DERS: 104,17 (23,78)	-	-	
Berk et al., 2020	DBT-A (n = 24)		-		DBT-A (n = 24)		-		↓ Sintomas Depressivos ↑ Regulação emocional
	BDI-II: 32,29 (11,96)	BDI-II: 17,19 (12,82)	-	-	DERS: 120,04 (21,87)	DERS: 92,00 (28,88)	-	-	
Goldstein et al., 2015	DBT-A (n = 14)		SCAB (n = 6)		DBT-A (n = 14)		SCAB (n = 6)		Sintomas Depressivos: DBT > Controle Regulação emocional: DBT > Controle
	KSADS-DRS: 25,71 (7,1)	KSADS-DRS: 13,65 (-)	KSADS-DRS: 19,17 (9,6)	KSADS-DRS: 7,94 (-)	CALS - C 40,17 (19,1)	-	CALS - C 31,00 (18,0)	-	
	DBT-A (n = 90)		-		-		-		↓ Sintomas Depressivos

Hiller & Hughes, 2022	BDI-II: 21,84 (12,3)	BDI-II: 14,01 (11,67)	-	-	-	-	-	-
Darrow et al., 2022	DBT-A (n = 56)		-	-	-	-	-	↓ Sintomas Depresivos
	BDI-II: 31,18+ (14,32)+	BDI-II: 18,89+ (14,23)+	-	-	-	-	-	
Schmeck et al., 2022	DBT-A (n= 24)		TAU (n= 17)		-	-	-	Sintomas Depresivos: DBT < Controle
	BDI-II: 38,29 (10,99)	BDI-II: 29,13 (18,30)	BDI-II: 36,50 (7,55)	BDI-II: 17,73 (15,05)	-	-	-	
Santamarina-Perez et al., 2020a	DBT-A (n= 18)		TAU + GS (n= 17)		-	-	-	Sintomas Depresivos: DBT = Controle
	BDI-II: 30,5 (8,8)	BDI-II: 25,8 (18,1 - 33,3)	BDI-II: 37,6 (7,5)	BDI-II: 28,7 (20,4 - 37,3)	-	-	-	
Gillespie et al., 2019	DBT-A (n= 84)		-	-	-	-	-	↓ Sintomas Depresivos
	BDI-Y: 74,42 (9,51)	BDI-Y: 67,22 (13,79)	-	-	-	-	-	
Lenz & del Conte, 2018	DBT-A (n= 62)		TAU (n= 41)		-	-	-	Sintomas Depresivos: DBT > Controle
	SCL-90-R: 21,83 (13,32)	SCL-90-R: 8,00 (6,80)	SCL-90-R: 22,51 (12,33)	SCL-90-R: 12,80 (10,07)	-	-	-	
Moran et al., 2018	DBT-A (n= 51)		-	-	-	-	-	↓ Sintomas Depresivos
	BDI-II: 32,71 (13,40)	BDI-II: 25,00 (14,92)	-	-	-	-	-	
McCay et al., 2015	DBT-A (n= 60)		Lista de espera (n= 29)		-	-	-	Sintomas Depresivos: DBT > Controle

	SCL-90-R: 2,01 (0,966)	SCL-90-R: 1,39 (0,976)	SCL-90-R: 1,54 (1,00)	SCL-90-R: 1,38 (0,892)	-	-	-	-	
Fischer & Peterson, 2015	DBT (n= 7)		-		-	-	-	-	Sem mudanças significativas nos sintomas depressivos;
	BDI-II: 29,33 (15,22)	BDI-II: 25,25 (16,99)	-	-	-	-	-	-	
Mehlum et al., 2014	DBT-A (n= 39)		TAU (n= 38)		-	-	-	-	Sintomas Depressivos: DBT > Controle
	SMFQ: 14,92 (5,35)	SMFQ: 10,19 (5,04)	SMFQ: 15,11 (6,23)	SMFQ: 12,58 (6,62)	-	-	-	-	
	MADRS: 19,03 (7,84)	MADRS: 12,29 (7,52)	MADRS: 17,50 (7,13)	MADRS: 15,76 (8,14)	-	-	-	-	
Pistorello et al., 2012	DBT (n= 31)		TAU (n= 32)		-	-	-	-	Sintomas Depressivos: DBT > Controle
	BDI-II: 34,74 (8,67)	BDI-II: 8,86 (8,52)	BDI-II: 30,59 (11,38)	BDI-II: 16,67 (12,87)	-	-	-	-	
James et al., 2011	DBT (n= 18)		-		-	-	-	-	↓ Sintomas Depressivos
	BDI: 8,7 (9,5) <sup>π</sup>	-	-	-	-	-	-	-	
	DBT-A (n= XX)		-		-	-	-	-	↓ Sintomas Depressivos

Fleischhaker et al., 2011b	SCL-90-R: 1,63 (0,6)	SCL-90-R: 0,79 (0,47);	-	-	-	-	-	-	
	DIKJ: 0,78 (0,2)	DIKJ: 0,45 (0,21);							
James et al., 2008	DBT (n= XX)		-	-	-	-	-	-	↓ Sintomas Depressivos
	BDI: 42,0 (9,6)	BDI: 29,5 (19,3)	-	-	-	-	-	-	
Wasser et al., 2008	DBT (n= 19)		STM (n= 19)		-	-	-	-	Sintomas Depressivos: DBT > Controle
	BPRS-C: 2,22+ (1,59)+	BPRS-C: 1,10+ (0,97)+	BPRS-C: 2,26+ (1,50)+	BPRS-C: 0,98+ (1,11)+	-	-	-	-	
Goldstein et al., 2007	DBT-A (n= 10)		-	-	-	-	-	-	↓ Sintomas Depressivos
	KSADS-DRS: 23,1 (12,0)	KSADS-DRS: 14,9 (10,6)	-	-	-	-	-	-	
Apsche et al., 2006	DBT (n= 10)		MDT (n= 10)		-	-	-	-	Sintomas Depressivos: DBT < Controle
	BDI: 36,9 (19,21)	BDI: 13,1 (12,90)	BDI: 38,4 (14,25)	BDI: 8,9 (6,1)	-	-	-	-	
Katz et al., 2004	DBT-A (n= 30)		TAU (n= 30)		-	-	-	-	Sintomas Depressivos: DBT = Controle
	BDI: 20,61 (7,67)	BDI: 12,97 (8,70)	BDI: 16,97 (9,18)	BDI: 12,69 (7,29)	-	-	-	-	
	-	-	-	-	DBT-A (n= 101)		-	-	↑ Regulação emocional

Yeo et al., 2020	-	-	-	-	DERS: 110,28	DERS: 84,79	-	-	
Smith et al., 2019	-	-	-	-	BRIEF-SR: 63,86 (12,37)	BRIEF-SR: 55,67 (12,47)	-	-	↑ Regulação emocional
Murray et al., 2015	-	-	-	-	DERS: 106,23 (14,71)	DERS: 103,83 (14,87)	-	-	Sem mudança significativa na regulação emocional;
Geddes et al., 2013	-	-	-	-	MACS-A 4,00 (0,83)	MACS-A 3,40 (0,55)	-	-	Sem mudanças significativas na regulação emocional;

\*Este artigo utilizou o erro padrão ao invés do desvio padrão; + Médias e desvio padrão foram combinadas; † Este artigo informou apenas a mudança média entre as avaliações; TAIG: Terapia de Apoio Individual e em Grupo; SCAB: Serviços para Crianças e Adolescentes Bipolares; TAU: Tratamento Usual Aprimorado; STM: Meio Terapêutico Padrão; MDT: Terapia de Desativação de Modos; FBT: Tratamento baseado na família; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale, BDI- II: Beck Depression Inventory, 2º edição; CES-D: The Center for Epidemiological Studies Depression Scale; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised; KSADS-DRS: Depression Rating Scale; CALS: Children's Affective Liability Scale; BDI-Y: Beck depression inventory – youth; SMFQ: Short Mood and Feelings Questionnaire; MADRS: Montgomery - Asberg Depression Rating Scale; DIKJ: Depression Inventory for Children and Adolescents; BPRS-C: Brief Psychiatric Rating Scale for Children; BRIEF-SR: Behavior Rating Inventory of Executive Function—Self Report; MACS-A: Modified Affective Control Scale for Adolescents;



### 3.5 Efeitos da DBT na regulação emocional e suas consequências para os sintomas depressivos em adolescentes e jovens.

Nenhum estudo incluído investigou o potencial papel da mudança nas habilidades de regulação emocional para a mudança nos sintomas depressivos em adolescentes e jovens que passaram por intervenções de DBT.

## 4 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar, através de uma revisão sistemática, os efeitos da DBT nos sintomas de depressão e na regulação emocional em jovens e adolescentes e, posteriormente, discutir os efeitos da intervenção na regulação emocional e suas consequências para os sintomas depressivos, considerando a relevância de saúde pública dos transtornos depressivos nesta etapa do desenvolvimento. Os nossos resultados indicam que a DBT pode reduzir sintomas depressivos e melhorar habilidades de regulação emocional ao longo do tempo em adolescentes e jovens. Desta forma, esses achados sugerem que a DBT, mesmo que não tenha sido inicialmente desenvolvida para isso, pode ser uma estratégia potente para redução de sintomas de depressão em indivíduos neste período sensível da vida.

De forma geral, os resultados do presente estudo apontam para redução dos sintomas depressivos em jovens que receberam uma intervenção em DBT. Os estudos incluídos utilizaram a Terapia Comportamental Dialética para Adolescentes (DBT-A) (Miller et al., 2007) ou a DBT padrão incluindo, no mínimo, treinamento de habilidades e terapia individual (Linehan, 2010) – seguindo os critérios de inclusão definidos previamente. O treinamento de habilidades em DBT possui um módulo de habilidades de *mindfulness* e componentes de *mindfulness* e aceitação (aceitação radical, disposição, atenção plena das emoções) nos outros módulos (Linehan, 2010; Miller et al., 2007). A literatura sugere que o aumento das habilidades de *mindfulness*, principalmente da atitude de aceitação sem julgamento cultivada nas práticas, está fortemente relacionada a reduções nos sintomas de depressão, estas habilidades estão presentes no tratamento da DBT e DBT-A (Mehlum, 2021; Mitchell et al., 2019; van Swearingen & Lothes, 2022). Nessa perspectiva, se hipotetiza que o mecanismo que poderia ter atuado na melhora dos sintomas de depressão dos jovens seria as habilidades de *mindfulness* e aceitação presentes nos tratamentos da DBT. Contudo,

é preciso cautela para interpretar esses achados, tendo em vista que apenas metade dos estudos que avaliaram depressão possuíam grupo controle. Os nossos achados são apoiados por meta-análises anteriores, que sugeriram efeitos positivos da DBT na depressão em adolescentes (Cook & Gorraiz, 2016), e efeitos moderados do treinamento de habilidades da DBT para depressão e outros desfechos de saúde mental em adultos (Delaquis et al., 2022). Entretanto, apenas dois estudos incluídos na presente revisão não evidenciaram diferença significativa nos sintomas de depressão, o que pode ter ocorrido devido ao pequeno tamanho da amostra (Fischer & Peterson, 2015) e às altas taxas de desistência da intervenção antes do término (Schmeck et al., 2022).

Menos da metade dos estudos incluídos avaliou a regulação emocional, mesmo esse sendo um dos processos de mudanças da DBT. A maioria destes estudos apresentou melhora significativa da regulação emocional após o tratamento com DBT. Apenas dois estudos possuíam controle, e nestes estudos a DBT foi mais efetiva para melhora da regulação emocional (Asarnow et al., 2021; Goldstein et al., 2007). Porém, devido à escassez de estudos que avaliaram o desfecho em jovens e que possuíam grupo controle, não é possível evidenciar se a melhora na regulação emocional está relacionada à intervenção ou a outras variáveis. Uma revisão sistemática que teve como objetivo investigar as evidências atuais para entender a eficácia da DBT na melhora das dificuldades na regulação emocional também observou limitações metodológicas nos estudos incluídos que dificultaram encontrar resultados ou fazer conclusões (Harvey et al., 2019).

Curiosamente, nos últimos anos, vários autores vêm questionando o modelo biomédico que foca em transtornos psicológicos e protocolos, sem investigar quais seriam os componentes ou processos em comum nos tratamentos que estão relacionados à mudança nos sintomas e melhora de outros desfechos de saúde mental (Hayes & Hofmann, 2020). Nessa perspectiva, um estudo de revisão sistemática e meta-análise demonstrou que a regulação emocional é um mecanismo subjacente à eficácia da DBT na redução de sintomas de psicopatologia geral (Delaquis et al., 2022). Tais achados da literatura estão de acordo com os resultados da presente revisão, que encontrou melhora na regulação emocional e diminuição dos sintomas de depressão com a DBT. Contudo, apenas um estudo incluído avaliou a regulação emocional como processo de mudança da DBT, e este estudo observou que mudanças na regulação emocional durante tratamento poderiam funcionar como

mediadores para a remissão de comportamentos auto lesivos em jovens (Asarnow et al., 2021). Entretanto, não é possível concluir se a melhora nos sintomas de depressão dos jovens na presente revisão está relacionada ao aumento da regulação emocional, já que nenhum estudo avaliou a relação destes desfechos.

A DBT descreve a regulação emocional como a capacidade de inibir comportamento inapropriado e impulsivo relacionado a emoções negativas ou positivas intensas, se organizar para a realização de ações em direção a objetivos externos, reduzir a intensidade da ativação fisiológica induzida pelas emoções e alternar o foco atencional na presença de uma emoção intensa (Linehan, 2018). Estudos demonstram que não há diferença significativa no aumento da regulação emocional durante os diferentes módulos do treinamento de habilidades da DBT (mindfulness, regulação emocional, tolerância ao mal-estar e efetividade interpessoal) sugerindo que todos os módulos são igualmente importantes para o desenvolvimento da regulação emocional (Cheavens et al., 2022; Heath et al., 2021). Tais achados reforçam a importância da regulação emocional como um dos principais enfoques do tratamento e dão suporte para a base conceitual da DBT.

Entretanto, para melhor compreensão dos nossos resultados é necessário considera algumas limitações, que estão descritas mais detalhadamente na Tabela 1 do material suplementar. A maioria dos estudos incluídos não possuía grupo controle, o que impossibilitou afirmar que os resultados ocorreram exclusivamente devido ao tratamento da DBT. Entre os participantes dos estudos, a maior parte se identificava como sendo do sexo feminino e como branco/caucasiano, não sendo possível afirmar se esses achados se estendem a outras populações. Quanto ao desenho dos estudos, apenas um quarto eram ensaios clínicos randomizados controlados, o que pode ter gerado vieses nos nossos resultados. Em relação aos momentos de avaliação, a maioria dos estudos não avaliou se os ganhos se mantiveram a longo prazo. Por fim, entre os estudos incluídos, apenas nove avaliaram a regulação emocional e um analisou este desfecho como um processo de mudança, mas não investigou a relação com os sintomas de depressão, o que dificultou a discussão sobre a relação destes desfechos. Além disso, os estudos não tinham os sintomas depressivos ou as habilidades de regulação emocional como desfechos primários de avaliação das intervenções. Ou seja, as nossas conclusões derivam de desfechos secundários. Nossos critérios abrangentes de inclusão dos estudos resultaram em uma heterogeneidade muito grande. Também não consideramos uma avaliação do

risco de viés dos estudos incluídos. Por fim, as idades dos participantes dos estudos incluídos consideravam jovens com idade de 20 a 24 anos, porém apenas três estudos possuíam participantes nesta faixa etária, o que torna difícil afirmar se estes achados se estendem para população adulto-jovem.

Em suma, o presente estudo sugere que o tratamento com DBT pode ser importante para melhora de sintomas depressivos e da habilidade de regulação emocional em adolescentes e jovens. Contudo, estudos futuros devem investigar quais os componentes específicos da DBT estão relacionados com a melhora de sintomas depressivos em adolescentes, e investigar se a melhora na regulação emocional estaria mediando a diminuição de sintomas de depressão nesta população. A presente revisão reforça a importância de pesquisas explorarem o processo através do qual mudanças em psicoterapia ocorrem, a fim de adaptar as intervenções psicológicas às demandas e singularidades do sujeito nas práticas da psicologia.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo é um Trabalho de Conclusão do curso de Psicologia, sua realização, juntamente com a orientação da professora, contribuiu para aquisição de conhecimentos sobre a busca de evidência atuais na literatura e o desenvolvimento de um olhar crítico para os artigos. O presente trabalho também oportunizou aprofundamento teórico sobre adolescência e sobre a DBT. O processo de realização do trabalho, exigiu organização, planejamento, concentração e dedicação, habilidades desenvolvidas pela aluna no decorrer dos semestres, que serão utilizadas, também, no exercício da profissão.

## 6 REFERÊNCIAS

- Apsche, J. A., Bass, C. K., & Houston, M.-A. (2006). A one year study of adolescent males with aggression and problems of conduct and personality: A comparison of MDT and DBT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(4), 544–552. <https://doi.org/10.1037/h0101006>
- Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., Korslund, K., Hughes, J., Avina, C., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2021). Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation, Mechanisms, and Mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(9), 1105-1115.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>

- Berk, M. S., Starace, N. K., Black, V. P., & Avina, C. (2020). Implementation of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents in a Community Clinic. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 64–81. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509750>
- Cheavens, J. S., Southward, M. W., Howard, K. P., Heiy, J. E., & Altenburger, E. M. (2022). Broad strokes or fine points: Are dialectical behavior therapy modules associated with general or domain-specific changes? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/per0000557>
- Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81–89. <https://doi.org/10.1111/camh.12112>
- Darrow, S. M., Maliken, A. C., Piatigorsky, A., Stuart, B. K., Todd, N., Yaeger, A. M., & Londahl-Shaller, E. A. (2022). Effectiveness of the family-based model of dialectical behavior therapy for both suicidal adolescents and young adults in an academic medical center. *Journal of Clinical Psychology*, 78(7), 1422–1435. <https://doi.org/10.1002/jclp.23317>
- Delaquis, C. P., Joyce, K. M., Zalewski, M., Katz, L. Y., Sulymka, J., Agostinho, T., & Roos, L. E. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.062>
- Dow-Edwards, D., MacMaster, F. P., Peterson, B. S., Niesink, R., Andersen, S., & Braams, B. R. (2019). Experience during adolescence shapes brain development: From synapses and networks to normal and pathological behavior. *Neurotoxicology and Teratology*, 76, 106834. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2019.106834>
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 316–321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.005>
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental Health, Educational, and Social Role Outcomes of Adolescents With Depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 225. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.3.225>
- Fischer, S., & Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study. *Psychotherapy*, 52(1), 78–92. <https://doi.org/10.1037/a0036065>
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011a). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011b). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>

- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *British Journal of Psychiatry*, *179*(3), 210–217. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.3.210>
- Fuhrmann, D., Knoll, L. J., & Blakemore, S.-J. (2015). Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. *Trends in Cognitive Sciences*, *19*(10), 558–566. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.008>
- Geddes, K., Dziurawiec, S., & Lee, C. W. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for the Treatment of Emotion Dysregulation and Trauma Symptoms in Self-Injurious and Suicidal Adolescent Females: A Pilot Programme within a Community-Based Child and Adolescent Mental Health Service. *Psychiatry Journal*, *2013*, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2013/145219>
- Gillespie, C., Joyce, M., Flynn, D., & Corcoran, P. (2019). Dialectical behaviour therapy for adolescents: a comparison of 16-week and 24-week programmes delivered in a public community setting. *Child and Adolescent Mental Health*, *24*(3), 266–273. <https://doi.org/10.1111/camh.12325>
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder: A 1-Year Open Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(7), 820–830. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31805c1613>
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., Brent, D. A., & Birmaher, B. (2015). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *25*(2), 140–149. <https://doi.org/10.1089/cap.2013.0145>
- Harvey, L. J., Hunt, C., & White, F. A. (2019). Dialectical Behaviour Therapy for Emotion Regulation Difficulties: A Systematic Review. *Behaviour Change*, *36*(3), 143–164. <https://doi.org/10.1017/bec.2019.9>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Processos: Ciência e Competências Clínicas* (1st ed.). Artmed.
- Heath, N., Midkiff, M. F., Gerhart, J., & Turow, R. G. (2021). Group-based DBT skills training modules are linked to independent and additive improvements in emotion regulation in a heterogeneous outpatient sample. *Psychotherapy Research*, *31*(8), 1001–1011. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1878306>
- Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G., Kalin, N. H., & Davidson, R. J. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *106*(52), 22445–22450. <https://doi.org/10.1073/pnas.0910651106>
- Hiller, A. D., & Hughes, C. D. (2022). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Treatment Outcomes in an Outpatient Community Setting. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/23794925.2022.2056929>
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A Preliminary Community Study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, *13*(3), 148–152. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2007.00470.x>
- James, A. C., Winmill, L., Anderson, C., & Alfoadari, K. (2011). A Preliminary Study of an Extension of a Community Dialectic Behaviour Therapy (DBT) Programme to

- Adolescents in the Looked After Care System. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 9–13. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00571.x>
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3).
- Koerner, K. (2020). *Livro Aplicando a Terapia Comportamental Dialética: Um Guia Prático - Koerner - Sinopsys* (Sinopsys Editora, Ed.; 1st ed.).
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Lenz, A. S., & del Conte, G. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents in a Partial Hospitalization Program. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 15–26. <https://doi.org/10.1002/jcad.12174>
- Liang, L., Feng, L., Zheng, X., Wu, Y., Zhang, C., & Li, J. (2021). Effect of dialectical behavior group therapy on the anxiety and depression of medical students under the normalization of epidemic prevention and control for the COVID-19 epidemic: a randomized study. *Annals of Palliative Medicine*, 10(10), 10591–10599. <https://doi.org/10.21037/apm-21-2466>
- Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo Comportamental para TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE*. 511.
- Linehan, M. (2018). *Treinamento de Habilidades em DBT: Manual de Terapia Comportamental Dialética para o Terapeuta* (Artmed, Ed.; 2nd ed.).
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Manfro, P. H., Pereira, R. B., Rosa, M., Cogo-Moreira, H., Fisher, H. L., Kohrt, B. A., Mondelli, V., & Kieling, C. (2021). Adolescent depression beyond DSM definition: a network analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01908-1>
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., Domino, M., McNulty, S., Vitiello, B., & Severe, J. (2004). Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents With Depression. *JAMA*, 292(7), 807. <https://doi.org/10.1001/jama.292.7.807>
- McCay, E., Carter, C., Aiello, A., Quesnel, S., Langley, J., Hwang, S., Beanlands, H., Cooper, L., Howes, C., Johansson, B., MacLaurin, B., Hughes, J., & Karabanow, J. (2015). Dialectical Behavior Therapy as a catalyst for change in street-involved youth: A mixed methods study. *Children and Youth Services Review*, 58, 187–199. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2015.09.021>
- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.017>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Miller, A., Rathus, J., Linehan, M., & Swenson, C. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. Guilford Press.

- Ministério da Saúde. (2007). *MARCO LEGAL: SAÚDE, UM DIREITO DE ADOLESCENTES*.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf)
- Mitchell, R., Roberts, R., Bartsch, D., & Sullivan, T. (2019). Changes in mindfulness facets in a dialectical behaviour therapy skills training group program for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 75*(6), 958–969.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22744>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine, 6*(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moran, L. R., Kaplan, C., Aguirre, B., Galen, G., Stewart, J. G., Tarlow, N., & Auerbach, R. P. (2018). Treatment Effects Following Residential Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 3*(2), 117–128.  
<https://doi.org/10.1080/23794925.2018.1476075>
- Mullarkey, M. C., Marchetti, I., Bluth, K., Carlson, C. L., Shumake, J., & Beevers, C. G. (2021). Symptom centrality and infrequency of endorsement identify adolescent depression symptoms more strongly associated with life satisfaction. *Journal of Affective Disorders, 289*, 90–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.064>
- Murray, S. B., Anderson, L. K., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S., & Kaye, W. H. (2015). Integrating Family-Based Treatment and Dialectical Behavior Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa: Preliminary Outcomes of an Open Pilot Trial. *Eating Disorders, 23*(4), 336–344. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1044345>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, n71*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Papalia D, & Martorell G. (2021). *Desenvolvimento Humano* (14th ed.). McGraw Hill Brasil. [https://play.google.com/store/books/details/Desenvolvimento\\_Humano\\_14\\_ed?id=f0RK EAAQBAJ&hl=en\\_US&gl=US](https://play.google.com/store/books/details/Desenvolvimento_Humano_14_ed?id=f0RK EAAQBAJ&hl=en_US&gl=US)
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 982–994.  
<https://doi.org/10.1037/a0029096>
- Poon, J., Galione, J. N., Grocott, L. R., Horowitz, K. J., Kudinova, A. Y., & Kim, K. L. (2022). Dialectical behavior therapy for adolescents (DBT-A): Outcomes among sexual minorities at high risk for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 52*(3), 383–391. <https://doi.org/10.1111/sltb.12828>
- Psychiatric Association, A. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição*.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. *JAMA Pediatrics, 175*(11), 1142.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Ramsey, W. A., Berlin, K. S., del Conte, G., Lightsey, O. R., Schimmel-Bristow, A., Marks, L. R., & Strohmer, D. C. (2021). Targeting self-criticism in the treatment of nonsuicidal self-injury in dialectical behavior therapy for adolescents: a randomized clinical trial.



- Child and Adolescent Mental Health*, 26(4), 320–330.  
<https://doi.org/10.1111/camh.12452>
- Sakai, K. L. (2005). Language Acquisition and Brain Development. *Science*, 310(5749), 815–819. <https://doi.org/10.1126/science.1113530>
- Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020a). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 652–667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12612>
- Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020b). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 652–667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12612>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Schmeck, K., Weise, S., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Fürer, L., Koenig, J., Krause, M., Lerch, S., Schenk, N., Valdes, N., Zimmermann, R., & Kaess, M. (2022). Effectiveness of adolescent identity treatment (AIT) versus DBT-a for the treatment of adolescent borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/per0000572>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Smith, A., Freeman, K., Montgomery, S., Vermeersch, D., & James, S. (2019). Executive Functioning Outcomes Among Adolescents Receiving Dialectical Behavior Therapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(5), 495–506. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0578-9>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- UNESCO. (n.d.). *Juventude no Brasil*. Retrieved September 13, 2022, from <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/expertise/youth-brasil>
- van Swearingen, K. M., & Lothes, J. E. (2022). Symptom reduction in DBT-informed partial hospital, intensive outpatient, and step-down programs: Mindfulness matters. *Psychotherapy Research*, 32(5), 640–651. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2001602>
- Vogel, E. N., Singh, S., & Accurso, E. C. (2021). A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00461-1>
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M.

- R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Wasser, T., Tyler, R., McIlhane, K., Taplin, R., & Henderson, L. (2008). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) versus Standard Therapeutic Milieu (STM) in a cohort of adolescents receiving residential treatment. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(2), 114–125.
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>
- Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled Trial of a Brief Cognitive-Behavioural Intervention in Adolescent Patients with Depressive Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 737–746. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01466.x>
- Yeo, A. J., Germán, M., Wheeler, L. A., Camacho, K., Hirsch, E., & Miller, A. (2020). Self-harm and self-regulation in urban ethnic minority youth: a pilot application of dialectical behavior therapy for adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 127–134. <https://doi.org/10.1111/camh.12374>
- Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Coghill, D., Xiang, Y., Hetrick, S. E., Leucht, S., Qin, M., Barth, J., Ravindran, A. v., Yang, L., Curry, J., Fan, L., Silva, S. G., ... Xie, P. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 581–601. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1)

## ANEXOS (MATERIAL SUPLEMENTAR)

### ANEXO A - Tabela Suplementar 1

**Tabela 1.** Descrição das limitações dos estudos incluídos.

Autores, ano	Limitações dos estudos
Poon et al., 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li></ul>
Asarnow et. al., 2021	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Desfecho primário do estudo foram tentativas suicidas;</li><li>▪ Resultados podem diferir com os tratamentos administrados em condições de prática de rotina;</li><li>▪ Resultado de acompanhamento apenas até 12 meses;</li><li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminino;</li></ul>
Ramsey et al., 2021	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li><li>▪ Sem grupo controle inativo;</li><li>▪ Autolesão sem intenção suicida foi avaliada por meio de autorrelato e retrospectivamente;</li><li>▪ Sem avaliação formal da adesão ao tratamento;</li><li>▪ Sem avaliação de acompanhamento;</li><li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminino e caucasianas;</li></ul>
Berk et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sem grupo controle;</li><li>▪ Falta de acompanhamento de longo prazo;</li><li>▪ Falta de avaliação da aderência a DBT;</li><li>▪ Amostra predominantemente mulheres e latinas;</li></ul>

---

Goldstein et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li><li>▪ Estrutura de randomização propositalmente desigual (2 DBT:1 TAU);</li><li>▪ Grupo DBT era mais sintomáticos no início do estudo do que o grupo TAU;</li><li>▪ Adolescentes e pais não estavam cegos para a atribuição do tratamento;</li></ul>
Hiller & Hughes, 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sem grupo controle;</li><li>▪ Dados foram coletados como parte de uma avaliação do programa;</li><li>▪ Atribuição aleatória não pode ser realizada;</li><li>▪ Sem acompanhamento após o tratamento;</li><li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminino;</li><li>▪ Sem avaliações de acompanhamento para aqueles que abandonaram o programa ou não concluíram;</li><li>▪ Falta de medidas para avaliar a aderência ao modelo da DBT;</li></ul>
Darrow et al., 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Falta de dados de autolesão e depressão;</li><li>▪ Sem grupo controle;</li><li>▪ Falta de medidas para verificar a aderência a DBT;</li></ul>
Schmeck et al., 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li><li>▪ Diferença significativa no número de autolesão sem intenção suicida entre os dois grupos na linha de base;</li><li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminino;</li></ul>
Santamarina et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li><li>▪ O grupo controle não foi manualizado;</li><li>▪ Efeitos da medicação não foram avaliados;</li><li>▪ Sem avaliação da adesão ao modelo da DBT;</li><li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminino;</li><li>▪ Não incluiu avaliação de acompanhamento além do final do tratamento;</li></ul>

---

---

Gillespie et al., 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sem grupo controle;</li><li>▪ Sem avaliação da adesão ao modelo da DBT;</li><li>▪ Terapeutas começaram com o programa de 16 semanas e depois mudaram para o programa de 24 semanas, é possível que esses terapeutas possam ter sido mais experientes e proficientes na entrega do programa de 24 semanas;</li><li>▪ Sem avaliação para examinar a possibilidade de efeitos do terapeuta ou do centro;</li><li>▪ Sem avaliação para explorar a eficácia econômica dos programas;</li></ul>
Lenz & Del Conte, 2018	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sem distribuição aleatória;</li><li>▪ Sem avaliação para explorar quais aspectos do tratamento foram mais eficazes ou quais características individuais dos participantes mediaram os resultados;</li></ul>
Moran et al., 2018	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li><li>▪ Sem grupo controle;</li><li>▪ Sem avaliação dos efeitos da medicação;</li><li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminina e branca;</li><li>▪ Participação da família em componentes opcionais da intervenção não foi monitorado;</li></ul>
McCay et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tamanhos de amostra desiguais dos grupos;</li></ul>
Fischer & Peterson, 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li><li>▪ Sem grupo controle;</li><li>▪ Participantes podiam retornar ao tratamento anterior, desistir ou permanecer inscritos no DBT o que torna difícil separar se DBT contribuiu ou não especificamente para a manutenção dos ganhos de tratamento que foram observados;</li><li>▪ Sem avaliação da aceitabilidade do tratamento ou aliança do terapeuta;</li></ul>

---

Mehlum et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li> <li>▪ Controle não possuía um tratamento manualizado;</li> <li>▪ Terapeutas do grupo controle não foram monitorados quanto à fidelidade;</li> <li>▪ Apenas grupo DBT recebeu sessões de grupo de treinamento de habilidades, diferença significativa na intensidade do tratamento;</li> <li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminino;</li> </ul>
Pistorello et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não foi avaliada a adesão ao modelo no grupo controle;</li> <li>▪ Terapeutas do grupo controle e DBT diferiram um pouco em termos de formação e afiliação profissional;</li> </ul>
James et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li> <li>▪ Sem grupo controle ativo;</li> <li>▪ Taxas de desistência moderadamente altas;</li> </ul>
Fleischhaker et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sem grupo controle;</li> <li>▪ Confiabilidade e validade do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline não foram avaliadas;</li> <li>▪ Avaliações conduzidas por terapeutas;</li> </ul>
James et al., 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pequeno tamanho da amostra;</li> <li>▪ Sem grupo controle;</li> <li>▪ Não é um estudo controlado randomizado;</li> <li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminino;</li> </ul>
Wasser et al., 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminino;</li> <li>▪ Não compara os custos associados ao aumento do tempo de permanência em DBT em comparação com controle;</li> </ul>

Goldstein et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudo não controlado;</li> <li>▪ Sem grupo controle;</li> <li>▪ Sem avaliação sobre a adesão a DBT;</li> </ul>
Apsche et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não realizada avaliação de acompanhamento de longo prazo;</li> <li>▪ Controle apenas para adolescentes com transtornos de conduta e personalidade;</li> <li>▪ A população de clientes não homogênea, possuíam diversos problemas;</li> </ul>
Katz et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tamanho de amostra pequeno;</li> <li>▪ Avaliações não foram cegas;</li> <li>▪ Não foi realizada a randomização para os grupos;</li> <li>▪ Sem avaliação da adesão ao modelo da DBT;</li> <li>▪ Ausência de populações afro-americanas e latinas;</li> <li>▪ Uso de farmacoterapia não foi monitorado durante a internação;</li> </ul>
Yeo et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sem grupo controle;</li> <li>▪ Não observou mudanças nos sintomas como resultado;</li> <li>▪ Não avaliou características do médico, família e/ou comunidade;</li> <li>▪ DBT-WCCL não foi validado para uso com populações jovens;</li> </ul>
Smith et al., 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não foi realizada randomização aleatória;</li> <li>▪ Sem grupo controle;</li> <li>▪ Foco apenas em funções executivas não avaliando outras variáveis;</li> <li>▪ Amostra predominantemente do sexo feminino e caucasiana;</li> </ul>
Murray et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foi realizada avaliação de acompanhamento de longo prazo;</li> <li>▪ Sem grupo controle;</li> <li>▪ Estudo aberto, não controlado;</li> </ul>

---

Geddes et al., 2013

- Sem grupo controle;
- Taxa de conclusão da intervenção de 62% da amostra;
- Avaliações com medidas de autorrelato;
- Não foi realizada coleta de outras variáveis colaterais que podem ter influenciado os resultados;

---

DBT: *Dialectical behavior therapy*; DBT-WCCL: *DBT-Ways of Coping Checklist*



## ANEXO B - Tabela Suplementar 2

**Tabela 2.** Características das intervenções DBT e dos grupos controles dos estudos.

Autores, ano	Grupo DBT	Grupo Controle
Poon et al., 2022	<sup>1</sup> DBT-A (16 semanas);	-
Asarnow et al., 2021	<sup>1</sup> DBT-A - Duração de 6 meses;	Terapia de Apoio Individual e em Grupo: - 6 meses de intervenção; - Enfatizou aceitação, validação e conexão/pertencimento. - Psicoterapia individual; - Terapia de grupo de apoio ao adolescente; - Sessões com os pais (conforme necessário); - Consulta da equipe de terapeutas (semanal); - Terapeutas estavam disponíveis por telefone (horário de expediente);
Ramsey et al., 2021	<sup>1</sup> DBT-A + Adaptações: - 7 semanas em um ambiente de hospitalização parcial; - Grupo de resolução de problemas (diário, 60 min); - Treinamento de habilidades em grupo (diário, 90 min); - Reunião familiar (semanal, 60 min);	Grupo controle do estudo foi considerado, para a presente revisão como intervenção, pois possuía: <sup>1</sup> DBT-A + Adaptações para autocrítica;
Berk et al., 2020	<sup>1</sup> DBT-A - Duração de 6 meses;	-

Goldstein et al., 2015	<sup>1</sup> DBT-A + Adaptações: - Grupo de treinamento de habilidades multifamiliares – realizado apenas com familiares (semanal); - Módulo de psicoeducação; - 36 sessões ao longo de 12 meses;	Serviços para Crianças e Adolescentes Bipolares - Psicoterapia individual (conforme necessidade); - Terapia familiar (conforme necessidade); - Reunião semanal da equipe de tratamento;
Hiller & Hughes, 2022	<sup>1</sup> DBT-A (16 semanas);	-
Darrow et al., 2022	<sup>1</sup> DBT-A + Adaptações: - Permanece no tratamento até que seus objetivos em relação aos comportamentos que ameaçam a vida forem alcançados;	-
Schmeck et al., 2022	<sup>1</sup> DBT-A + Adaptações: - 25 sessões individuais + 20 sessões de treinamento de habilidades;	-
Santamarina et al., 2020	<sup>1</sup> DBT-A (16 semanas);	Tratamento usual + Grupo - Duração de 16 semanas; -Tratamento usual fornecidos por serviços de saúde mental de adolescentes para a comunidade. - Sessão individual (quinzenal, 60 minutos); - Intervenções específicas, aconselhamento, elementos de terapia cognitivo comportamental ou psicoeducação. - Sessões de grupo foram adicionadas.

Gillespie et al., 2019	<sup>1</sup> DBT-A (16 ou 24 semanas);	-
Lenz & Del Conte, 2018	<sup>1</sup> DBT-A - Hospitalização: - Check-in da manhã: Metas diárias, lição de casa e habilidade do DBT; - Grupo da manhã: Análise em cadeia e ênfase na solução de problemas; - Grupo de engajamento dos pais: Três sessões das habilidades do Caminho do Meio; - Grupo de fechamento da tarde: Autoavaliação e revisão das metas;	Tratamento Usual - Hospitalização: - Terapia individual (frequência determinada pelo terapeuta); - Terapia familiar (semanal); - Check-in da manhã: Metas diárias; - Grupo da manhã: relações com os pares e para atitude, Identificação e expressão de emoções, feedback de pares e contingências de grupo para aumentar os comportamentos funcionais; - Grupo da tarde: Autoexpressão, a cooperação e a compreensão de tópicos pertinentes aos adolescentes. - Grupo de engajamento dos pais: Apoio dos pais ao programa, discussões abertas e gestão de comportamento; - Grupo de fechamento da tarde: Feedback da equipe e revisão da meta individual;
Moran et al., 2018	<sup>1</sup> DBT-A (16 semanas);	-
McCay et al., 2015	<sup>*</sup> DBT-A + Adaptações: - Grupo de treinamento de habilidades multifamiliares (semanal – reduzido para 3 módulos); - Intervenção reduzida de 16 semanas para 12;	Lista de espera;
Fischer & Peterson, 2015	<sup>2</sup> DBT padrão - Duração de 6 meses;	-

Mehlum et al., 2014	<sup>1</sup> DBT-A + Adaptação (19 semanas);	Tratamento Usual: - 19 semanas; - 1 sessão de tratamento (semanal); - Terapia psicodinâmica ou terapia cognitivo-comportamental combinada com tratamento psicofarmacológico, conforme necessário;
Pistorello et al., 2012	<sup>2</sup> DBT padrão - Duração de 1 ano;	Tratamentos Usual – Centros de aconselhamento universitário (CCCs): - Terapia individual (50 minutos, semanal); - Terapia em grupo (90 minutos, semanal – 8 semanas); - Supervisão em grupo para terapeutas (90 minutos, semanal) - Consulta entre sessões (conforme necessário); - Intervenções familiares (conforme necessárias);
James et al., 2011	<sup>2</sup> DBT padrão + Adaptações <sup>1</sup> DBT-A - Duração de 6 meses;	-
Fleischhaker et al., 2011	<sup>1</sup> DBT-A (16 a 24 semanas);	-
James et al., 2008	<sup>2</sup> DBT padrão	-

Wasser et al., 2008	DBT tratamento residencial: - Terapia em grupo: estratégias de compromisso, treinamento de habilidades, psicoeducação; - Orientação familiar sobre tratamento; - Terapia individual;	Meio Terapêutico Padrão (STM): - Psicoeducação: grupos de habilidades e ambiente Juvenil Positivo; - Terapia familiar: orientação sobre medicação e habilidades; - Terapia recreacional: socialização terapêutica supervisionada; - Terapia individual;
Goldstein et al., 2007	<sup>1</sup> DBT-A + Adaptações: - Grupo de treinamento de habilidades multifamiliares realizado com as famílias sem os adolescentes; - Adicionado um módulo de psicoeducação; - Focado em habilidades para auxiliar pessoas com transtorno bipolar;	-
Apsche et al., 2006	DBT: - Terapia individual (semanal); - Grupo de treinamento de habilidades (semanal);	Terapia de Desativação de Modos (MDT): - Tratar problemas entre clientes adolescentes que não foram abordados com sucesso em eventos de tratamento anteriores;
Katz et al., 2004	<sup>1</sup> DBT-A (2 semanas - 10 sessões diárias);	Tratamento Usual: - Grupo de psicoterapia psicodinâmica (diária); - Psicoterapia psicodinâmica individual (semanal);
Yeo et al., 2020	<sup>1</sup> DBT-A (20 semanas);	-
Smith et al., 2019	<sup>1</sup> DBT-A (16 semanas);	-

---

Murray et al., 2015	<p>DBT + FBT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FBT (tratamento baseado na família)</li> </ul> <p>Incluiu componentes individuais, familiares, multifamiliares e apenas para os pais, que foram entregues até 6 dias por semana, por 3 a 10 horas por dia, dependendo da gravidade da doença.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessões individuais;</li> <li>- Sessões de terapia familiar;</li> <li>- Treinamento de habilidades de DBT multifamiliar e refeições multifamiliares;</li> </ul>	-
<hr/>		
Geddes et al., 2013	<sup>1</sup> DBT-A (24 semanas);	-

---

<sup>1</sup>DBT-A (Terapia comportamental dialética para adolescentes): Fase 1 (16 semanas - podendo ser contratado mais 16 semanas se necessário) + Fase 2 (16 semanas); Psicoterapia individual (semanal); Grupo de treinamento de habilidades multifamiliares (semanal); Terapia familiar (conforme necessário); Coaching por telefone para o adolescente e familiares (disponível 24h); Consultoria em equipe entre terapeutas; <sup>2</sup>DBT padrão (Terapia comportamental dialética): Psicoterapia individual (semanal); Grupo de treinamento de habilidades (semanal); Coaching por telefone (disponível 24h); Consultoria em equipe entre terapeutas;