

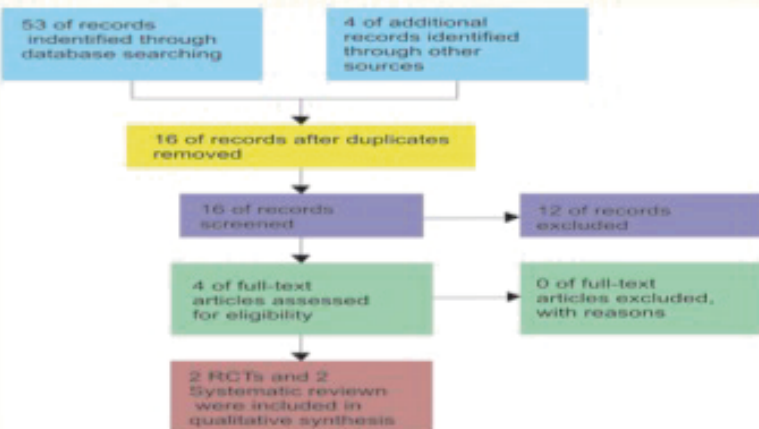
**ABSTRACT**

**OBJECTIVES:** to review the literature for evidence of the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) for treatment borderline disorder in adolescents aged 12 to 18.

**METHODS:** We searched Pubmed and Cochrane Library using a sensitive search strategy developed by review author. A electronic search was perform using the MESH terms in PubMed with the keywords "Dialectical Behavior therapy "and "borderline personality disorder" and "adolescents" and (adolesc\* or preadolesc\* or pre-adolesc\* or child\* or boys or girls or juvenil\* or minors or pre-school or preschool or paediatric\* or pediatric\* or pubescen\* or puberty or \*school\* or campus or teen\* or (young next (adult\* or people or patient\* or men\* or women\* or mother\* or male or female or survivor\* or offender\* or minorit\*)) or youth\* or (student\* and (college or universit\*)) or undergraduate\* or peer or peers):ti,ab. Inclusion criteria :Published SR and RCTs reporting efficacy of DBT for borderline disorders in adolescents were eligible for inclusion in the overview. Selection of SR and RCTs, data extraction and quality assessment were undertaken in duplicate. Review quality was assessed using the AMSTAR tool. Two review authors independently carried out searches, selected reviews for inclusion, carried out assessment of methodological quality, and extracted data. We resolved any disagreements by discussion, involving a third review author if necessary.

**RESULTS:**

Last search was carried on March 2016. We found 53 RCTs (flow fig 1)



**4<sup>th</sup> International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders**

Bridging the Gap – from Basic Science to Treatment Implementation

8 – 10 September 2016  
 University of Vienna // Vienna, Austria



European Society for the Study of Personality Disorders  
[www.esspd.eu](http://www.esspd.eu)

► Abstract Overview

[www.borderline-congress.org](http://www.borderline-congress.org)

**Terapia comportamental Dialética (TCD) para o tratamento do transtorno de Personalidade Borderline (TPB) em adolescentes : Resultados Preliminares de uma visão geral de Revisões sistemáticas (SR) e Estudos clínicos Randomizados (RCTs).**

MARIA DE LOS ANGELES OLORTEGUI AGUINAGA

pesquisadora colaboradora no Instituto de Psiquiatria da Univeridade de Sao Paulo- Brazil

IPQ-FMUSP

Mestra em Ensino de ciências

Candidata para o programa de doutorado

**BACKGROUND : OBJETIVOS :** Revisar a literatura nos últimos dez anos para comprovar a eficácia de Terapia Comportamental Dialética para o tratamento de transtorno de personalidade Borderline em adolescentes com idade de 12 a 19 anos.

**METODOS :** A revisão de Literatura foi realizada nas seguintes bases eletrônicas : Pubmed, Embase, Lilacs, Cochrane Library, Psycinfo, Clinical Trials, WHO, ADOLEC. dos últimos dez anos, sendo o último acesso em Março de 2016, usando os termos: "terapia comportamental dialética" and "transtorno de personalidade borderline" and "adolescentes" and "transtorno depressivo" and "self injurie Behavior" and "tentativas de suicídio" . A extração de dados e avaliação da qualidade dos estudos clínicos randomizados foram efetuadas em duplicado. Para tal finalidade foi utilizado o formulário de extração de dados indicadores proposto pela Revisão Cochrane. E a revisão da qualidade foi realizada através da ferramenta AMSTAR. **RESULTADOS :** Foram identificados 53 estudos que avaliaram terapia comportamental dialética com adolescentes dos quais duas Revisões sistemáticas completas ( reportaram seis estudos comparativos) e três Ensaio clínicos Randomizados completaram critério de inclusão. Severidade nos sintomas de transtorno de personalidade Borderline : dificuldade no controle de raiva, Impulsividade, tentativa de suicídio, ideação suicida e comportamento de auto mutilação, diminuíram após de intervenção com Terapia comportamental Dialética (TCD) e problemas múltiplos de comportamento , aumentando as frequências de adesão ao tratamento , conclusão do protocolo e diminuição de hospitalização. TCD está associado a resultados positivos com adultos e levaram pesquisadores para adaptação do modelo original com adolescentes.

**BACKGROUND : OBJECTIVES :** Review the literature for evidence of the effectiveness of DBT for treatment personality disorders in adolescents aged 12 to 19 in the last ten years **METHODS :** A literature review was realized using the search –terms in PubMed and Medline with the keywords “Dialectical Behavior therapy “and “borderline personality disorder” and “adolescents” Published SR and RCTs reporting efficacy of DBT for borderline disorders in adolescents were eligible for inclusion in the overview. Selection of SR and RCTs, data extraction and quality assessment were undertaken in duplicate. Review quality was assessed using the AMSTAR tool. **RESULTS** Last search was carried on March 2016. We found 53 RCTs. Only three RCTs and two systematic complete Reviews fulfill the inclusion criteria and several outcomes

were studied: BPD total severity, inappropriate anger, Impulsivity anger, suicidality, parasuicidality .Dialectical Behavioral therapy is an effective treatment for adolescents with Borderline disorder, and multi problems behaviors, including suicide ideation and behavior, non-suicidal self-injury (NSSI), hospitalization and adherence to treatment. DBT is associated with Positive outcomes with adults have prompted researchers to adapt DBT for adolescents.

## **Introdução**

Em 2005, American Psychological Association (APA), convocou cientistas e psicólogos clínicos para discutir sobre a importância das práticas profissionais Baseadas em Evidências , essa concepção permitiu outorgar uma nova visão para a prática da psicologia, que no passado era caracterizada por uma prática clínica guiada pela subjetividade pela aplicação de teorias sem comprovação científica sistematizada ,para dar passo a comprovação experimental, através do análises dos métodos estatísticos que nos permitem verificar a eficácia e eficiência de uma intervenção que pode ser medida por meio de indicadores tais como: adesão e participação dos indivíduos ao tratamento, diminuição sintomatológica, redução de comportamentos de risco, frequência na exibição de hábitos de auto cuidado e projetos de vida significativos . Intervenções destinadas para gerar soluções a diversos problemas que colocam em risco o equilíbrio de saúde física e mental nos indivíduos.

Nesse sentido as políticas de Saúde Pública no Brasil tem a missão de priorizar projetos que enfatizem Intervenções terapêuticas e preventivas para otimizar a saúde mental em crianças e adolescentes, assim como o gerenciamento de programas eficazes que promovam o desenvolvimento de hábitos saudáveis e uma vida mais significativa com autonomia e qualidade. É na adolescência que acontecem desequilíbrios físicos hormonais e psíquicos, como parte inerente as mudanças necessárias no processo de desenvolvimento , porem que em alguns indivíduos essas mudanças poderiam desencadear transtornos de conduta diversos, sendo os principais fatores : habilidades ainda em desenvolvimento em crianças e adolescentes para responder com equilíbrio nas regulações emocionais as diversas situações desafiadoras, assim como a predisposição de fatores genéticos que reforçam o desenvolvimento dos diversos transtornos os quais podem se iniciar desde muito cedo podendo se manter como respostas disfuncionais permanentes na vida adulta. Saggese e colab (1999).

Silva & Freyre( 2014), realizaram um estudo no âmbito nacional para identificar literatura relacionada com Regulação de emoções e comorbidades em transtornos de comportamento na infância e na adolescência, as evidências demonstraram a importância da desregulação de emoções para manutenção de comportamentos disfuncionais de externalização (comportamentos disruptivos e transtornos de controle de impulsos versus comportamentos de internalização (transtornos de depressão).

Estudo realizado por Viana e colab.( 2012) na Região metropolitana de São Paulo com 5,037 jovens adultos, com a finalidade de verificar a prevalência de transtornos mentais e sua relação com idade de início ,distribuição por sexo e fatores correlacionados identificados a traves de uma entrevista Diagnostica (Composite International Diagnostic Interview, versão World Mental Health Survey). mostraram que os transtornos de controle de impulsos e fobias aparecem

com mais frequência na infância e adolescência, sendo que na fase adulta são mais evidentes os Transtornos de Humor. Em relação a gênero, mulheres são mais propensas para desenvolver ansiedade, transtornos de humor, depressão maior, e os homens transtornos do uso de álcool e drogas.

Uma outra revisão de literatura estrangeira, realizada por Gratz et al, (2014) com adolescentes encontraram estudos que indicaram correlação significativa entre dificuldades para controlar comportamentos de impulsividade, acesso limitado a estratégias de regulação emocional e transtorno de personalidade Borderline nas dimensões de consciência emocional, não aceitação das emoções e dificuldades para se engajar em comportamentos direcionados a metas.

Winsper e colab ( 2016) realizaram uma revisão sistemática com 34 estudos publicados entre 1980 e 2016 os quais pesquisaram fatores neurobiológicos associados a transtorno limítrofe de personalidade em adolescentes com menos de 19 anos, organizando os estudos em três categorias : a primeira relacionada com estudos que reportaram bases genéticas (herança, estudos genéticos moleculares e interações ambientais genéticas) a segunda identificando medidas correlacionais neurofisiológicas (medidas eletrofisiológicas e medidas fisiológicas) com estruturas cerebrais, e uma terceira categoria que avaliaram o desenvolvimento neuro psicológico(cognição e reconhecimento das emoções). Resultados indicaram níveis moderadamente elevados de hereditabilidade do transtorno de personalidade limítrofe e sua relação com interações ambientais em população de gêmeos , esses dados concordam com outros achados que identificaram alterações nas substancia cinzenta e branca nas regiões límbico frontais, reduzindo funções executivas e alterações na cognição social , Por outro lado foi identificada a relação entre experiências de vida (abandono, violências psicológicas, físicas ) e seu impacto nos fatores neuro biológicos na modificação das estruturas do funcionamento cerebral e sua relação com a programação epigenetica ( expressão de genes relacionados a estresse durante processo de desenvolvimento e seu papel preponderante na modulação dos estressores no desenvolvimento de Transtorno de Personalidade limitrofe ou Borderline.

Segundo o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Ed. 2013) O Transtorno de Personalidade Borderline é uma condição mental grave e complexa, cujos sintomas instáveis e pungentes podem invadir o indivíduo de modo súbito, caótico, avassalador e desenfreado. Os critérios diagnósticos de Transtorno de Personalidade Borderline compreendem os seguintes sintomas: a)Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginário; Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização. b)Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar) c)Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante d)Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade do humor (disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias) Sentimentos crônicos de vazio e)Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes)f)Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Nesse contexto apresentado, Tratamentos em psicoterapia seriam necessários para diminuir o processo de evolução sintomática do Transtorno, favorecendo a adesão a tratamentos farmacológicos, e intervenções em psicoterapia necessárias para acompanhar o processo de Regulação emocional na vida do adolescente. Surge na década de 1980 na universidade de Washington a terapia comportamental Dialética (Dialectical Behavior therapy (DBT), com as pesquisas da Doutora Marsha Lineham para o tratamento de pacientes com transtorno de Personalidade Borderline (TPB) com desregulação emocional cronicamente suicidas e com auto mutilações não letais, tendo como base o modelo da teoria Biossocial a qual refere que fatores biológicos estão relacionados a vulnerabilidade emocional caracterizado por intensidade emocional e sensibilidade aumentada a fatores ambientais. Para a autora os comportamentos de desregulação emocional podem ser considerados como falhas dialéticas guiadas pelo pensamento dicotômico denominado de clivagem (Miller et al 2007). A intervenção prioriza princípios e estratégias de validação e aceitação para resolução de problemas, promovendo mudanças de comportamento a traves da capacidade de sínteses e integração, O programa foi estruturado em três estágios de tratamento: No primeiro promove-se a segurança e o equilíbrio dos clientes, reduzindo comportamentos suicidas, comportamentos que interferem com a terapia e comportamentos que interferem com a qualidade de vida. O segundo estagio relacionado a diminuição de estresse pós traumático; e o terceiro orientado a desenvolver comportamentos de auto respeito e alcançar metas individuais através de uma vida independente e com segurança. (Linehan, 1993<sup>a</sup>).

A eficácia da terapia comportamental dialética com treinamento de habilidades para o tratamento de pacientes adultos com ideação suicida, foi comprovada por inúmeras evidencias científicas a traves de estudos controlados randomizados e revisões, os quais mostraram diminuição de sintomas da TPB, diminuição de taxas de depressão e raiva, quando comparados com tratamentos usuais (TAU).( Neacsiu et al 2010). A partir do modelo padrão de tratamento foi realizada uma adaptação para população adolescente com transtornos de personalidade Borderline por Miler & Rathus ( 2002). com as seguintes modificações: foi reduzido o tempo de tratamento de 24 semanas para 12 semanas com base na realidade dos participantes, os conteúdos foram adaptados para uma linguagem mais próxima da população adolescente, incluindo uma sessão grupal de treino de habilidades para os pacientes, e suas famílias, foi adicionado o modulo in the Middle Path , com a finalidade de ensiná-los a equilibrar as respostas racionais e emocionais( Miller et al,2007). O presente estudo pretendeu fazer uma Revisão de estudos para avaliar a eficácia da terapia comportamental dialética (TCD) no tratamento de Transtorno de Personalidade Borderline com idade entre 12 a19 anos (WHO,1986).

## **Método**

Foi realizada uma estratégia de busca sensível nas bases eletrônicas: Pubmed, Embase, Lilacs, Cochrane Library, Psycinfo, Clinical Trials, WHO, ADOLEC. dos últimos dez anos, sendo o ultimo aceso em Março de 2016, usando os termos: "terapia comportamental dialética" and "transtorno de personalidade borderline" and "adolescentes" and "transtorno depressivo "and self injurie Behavior and "tentativas de suicídio" . A extração de dados e avaliação da qualidade dos estudos clínicos randomizados foram efetuadas em duplicado. Para tal finalidade foi utilizado o formulário de extração de dados indicadores proposto pela Revisão Cochrane. Dois

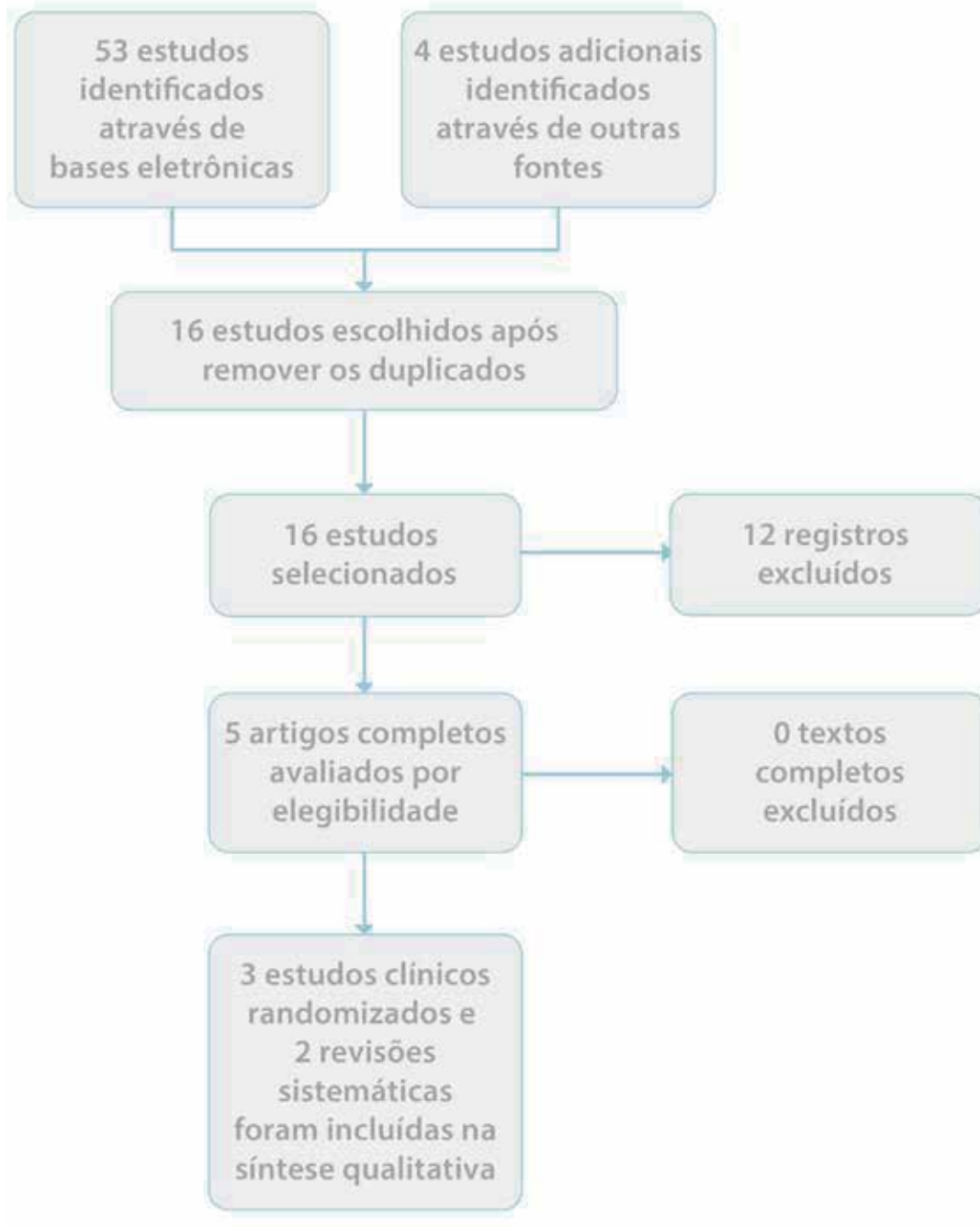
autores da revisão realizaram de forma independente avaliação da qualidade metodológica e dados extraídos. Resolvemos quaisquer discordâncias por discussão, envolvendo um terceiro autor de revisão. Para avaliação do Risco de Viés foi utilizada a Ferramenta Cochrane Collaboration's 'Risk of bias' tool (Higgins 2011) a qual avalia 7 domínios. Julgamento dos autores foram realizadas para identificar risco de viés incerto, baixo ou alto. Foi utilizada a ferramenta GRADE para avaliar a qualidade da evidência, assim como o instrumento AMSTAR para avaliar a qualidade Metodológica das Revisões.

Os Critérios de Inclusão: participantes adolescentes com idade de 12 a 19 anos ; Estudos que incluíam Transtorno de personalidade Borderline, com características de ideação suicida, comportamento suicida e Comportamentos de para suicídio. Estudos relacionados a terapia comportamental dialética com dados calculados sobre medidas de efeito contínuo dos tratamentos e sua relação com diminuição de sintomas e adesão ao tratamento; Artigos publicados em todas as línguas. Os Critérios de Exclusão foram: Estudos com diagnósticos de Transtornos de Esquizofrenia , transtorno psicótico, déficit intelectual e síndrome de Asperger Transtornos de Humor.

Desfecho Primário : Adesão ao tratamento, diminuição de internamentos após de um ano de seguimento; Remissão sintomática evidenciada na Regulação de emoções e no controle de impulsos; diminuição de auto dano e de comportamentos agressivos medidos através das seguintes escalas: the Child version of the Diagnostic Interview for Borderlines (C-DIB), Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Personality Disorders (SCID II), Beck Scale for Suicidal Ideation. The Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C). LPC, Lifetime Parasuicide Count. Desfecho secundário: Melhorar a qualidade de vida; participação em Projetos de Vida.

## Resultados

Foram identificados 53 estudos que avaliaram terapia comportamental dialética com adolescentes dos quais duas Revisões sistemáticas completas (reportaram seis estudos comparativos) e três Ensaio clínico Randomizados completaram critério de inclusão.



Análises estatísticas realizadas dos resultados indicaram efeito benéfico de Terapia Comportamental Dialética (TCD) sobre Tratamento Usual (TAU) para raiva ( $n = 46$ , dois ECRs; diferença média normalizada (SMD)  $-0,83$ , intervalo de confiança de 95% (CI)  $-1,43$  a  $-0,22$ ;  $I^2 = 0\%$ ), para suicídio ( $n = 110$ , três ECRs; SMD  $-0,54$ , 95% CI  $-0,92$  a  $-0,16$ ;  $I^2 = 0\%$ ) e saúde mental ( $n = 74$ , dois ECRs; mostraram diferença (SMD)  $-0,65$ , 95% CI  $0,07$  a  $1,24$   $I^2 = 30\%$ ). superioridade estatística de TCD sobre TA no tratamento em relação a indicadores de adesão ao tratamento ( $n = 252$ , dois ECRs; risk ratio 1.25, 95%, CI 0.54 to 2.92

Para identificar heterogeneidade estatística das evidências foi utilizado o teste  $\chi^2$  e para medida de inconsistência o teste  $I^2$ . Foi identificado que não há heterogeneidade entre os estudos. Quanto à qualidade metodológica das revisões incluídas completaram 9 dos 11 critérios do AMSTAR. (Shea et al, 2007).

### **Revisões sistemáticas**

Revisões de estudos observacionais foram realizadas nos últimos dez anos para verificar a eficácia da Terapia comportamental Dialética em pacientes adultos e adolescentes. Groves et al (2011), encontraram 12 estudos no período entre 1997 e 2008, assim mesmo Heather et al (2012), identificaram 18 estudos relacionados a Terapia comportamental Dialética para o tratamento de adolescentes dos quais 7 estudos (4 open trials e 2 estudos quase experimentais) relacionaram TCD a Transtorno de personalidade Borderline e sintomas de ideação suicida, comportamentos de suicídio e comportamentos sem intenção de suicídio (Non suicidal self injury Behavior- NSSI). Os resultados em geral de ambas revisões mostraram variabilidade nos grupos, nas configurações, na estrutura, no formato do tratamento e sugerem que TCD é potencialmente eficaz para adolescentes com uma ampla gama de dificuldades de regulação emocional, resultando em excesso comportamental, com melhoras nos indicadores de ideação suicida, auto mutilação, solidão, sintomas dissociativos, irritabilidade (Katz 2004), comportamento suicida, funcionamento geral, ajustamento psicossocial. (Fleischhaker et al. 2011). Popenoe & Woodberry (2008), realizaram um estudo com adolescentes e suas famílias, com TCD, foi evidenciado diminuição dos sintomas depressivos, de raiva e nos sintomas dissociativos. Sunseri (2004), (Miller et al. 2000) Desenvolveram estudos quase experimentais com adolescentes femininas com comportamentos suicidas, resultados mostraram redução nos indicadores abandono de tratamento, e na diminuição nos comportamentos de auto mutilação e taxas de nível moderadas para habilidade gentileza. Outros estudos demonstraram manter ganhos acima de 8 meses e incluíram terapia familiar para adolescentes com comportamento suicida e de automutilação com Transtornos de humor, (James et al 2008). Os resultados indicaram melhoras nos sintomas depressivos, sintomas de raiva, sintomas dissociativos e déficits funcionais em adolescentes e nos pais.



**Tabela 1: Artigos com estudos quase experimentais comparativos que avaliaram a Terapia Comportamental dialética no tratamento do transtorno de Personalidade Borderline em adolescents**

Autores	Sujeitos/Settings	Desenho	Modalidades de tratamento	Medidas de desfecho	Resultados
Miller, Rathus (2002)	Participaram 111 adolescentes mulheres de 13 a 17 anos com tratamento ambulatorial num hospital da criança	Estudo Quase experimental Comparando dois grupos um com TCD (n = 29) a outro com tratamento usual (TAU) (n = 82) por um período de 12 semanas de tratamento com duas sessões semanais.	CD recebeu terapia individual, treinamento de habilidades grupais multi familiares; o grupo com tratamento usual recebeu Terapia de suporte psicodinâmica e terapia familiar com modulo de habilidades para treinamento grupal de pais e Caminho no Meio.	Os instrumentos utilizados para realizar as avaliações antes e após do tratamento foram: Inventário de problemas de vida, (LPI); (SCID II) Borderline ; Harkavy-Asnis (HASS); (SSI- Beck).	Diminuição significativa nas respostas de ideação suicida (t9 = 2.65; < .026), na frequência de internamento, diminuição de sintomas de ansiedade (t9 = 2.29, p = .048), depressão, (t9 = 3.89, p = .004).
Katz;Cox Miller,(2004)	2 (10 meninos) e (52 meninas) adolescentes De 14 a 17 anos com ideação e tentativas de suicídio participaram do estudo	Estudo piloto comparativo 62 adolescentes N=26 participantes foram designados ao Grupo DBT e N=27 participantes para o grupo com tratamento usual	O grupo com TCD recebeu duas semanas de tratamento com 10 sessões de psicoterapia individual e sessões de habilidades de treinamento grupal. O grupo com tratamento usual recebeu terapia de grupo e terapia individual de base psicodinâmica	Avaliações foram realizadas antes, depois do tratamento e após de 1 ano de seguimento	26 dos pacientes no grupo de TCD (83%), e 27 pacientes com terapia usual (90%) completaram o tratamento diminuíram as desistências ao tratamento assim como o número e tempo de internamentos, 16.7% e 0%. Medida estatística de Fisher foi utilizada para comparar os dois grupos na variável abandono do tratamento (X2 = 4.9, p = 04) e o teste de Poisson de regressão para avaliar frequência de internamento. (X2 = 43.5, p < .001)
Sunseri (2004)	68 crianças e adolescentes meninas entre 12 a 18 anos de idade com histórico de tentativas de suicídio e auto mutilação participaram de um tratamento ambulatorial residencial	Estudo comparativo 42 clientes participaram do grupo de tratamento e 26 clientes do segundo grupo com TCD	Ambos participaram de 29 meses de tratamento; grupo com TCD recebeu terapia individual, grupo de habilidades terapêuticas, consulta por telefone.	As avaliações foram realizadas no pré teste e pós teste. Os instrumentos utilizados foram: Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII), IK SADS-PL Schedule	Resultados indicaram diminuição de tentativas de suicídio, e o número de dias que os clientes procuraram internamentos nos hospitais devido a comportamentos de auto mutilação.

Autores	Sujeitos/Settings	Desenho	Modalidades de tratamento	Medidas de desfecho	Resultados
<p>Popenoe; Woodberry (2007)</p>	<p>46 adolescentes meninos e meninas entre 13 a 18 anos e suas famílias. Participaram do estudo desde 1997 a 2007 tendo como cenário o serviço comunitário ambulatorial de uma clínica de saúde mental. Os critérios de inclusão foram: déficit na regulação de emoções, comportamentos suicidas e déficit nas relações interpessoais nos últimos três a seis meses antes do tratamento.</p>	<p>Desenho não controlado de tratamento, pré e pós teste. 28 adolescentes no pré teste e 19 adolescentes no pós teste.</p>	<p>Terapia individual, terapia de habilidades grupais. E terapia de habilidades multi familiares.</p>	<p>Avaliações foram realizadas no pré tratamento e no pós tratamento com os seguintes instrumentos: Reynolds Adolescent Depression Scale (RADSD); Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32); Adult Attachment Scale (AAS); Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC); Child Behavior Checklist (CBCL); Beck Depression Inventory (BDI) (Parent rating).</p>	<p>análise estatística foi realizada com o teste T em cruzamento de pares e com o chi quadrado. TCD mostrou eficácia na diminuição dos sintomas de auto dano (<math>d = .72</math>) (<math>P = .04</math>) e nas tentativas de suicídio (<math>n = 27, d = .73, p = .001</math>).</p>
<p>James; Taylor; Winmill; Alfoadari (2008)</p>	<p>16 meninas adolescentes entre 15 a 18 anos participaram do tratamento em clínica ambulatorial de saúde mental, com critérios de inclusão: transtorno de auto mutilação severa, comportamento auto agressivo, sobre doses de medicamentos e uso de drogas, histórico clínico de não resposta ao tratamento farmacológico e psicoterápico entre os 18 meses e os 24 meses antes do tratamento.</p>	<p>Desenho pré e pós teste. Com 12 semanas de tratamento.</p>	<p>As participantes receberam terapia individual e grupal com TCD no estágio 1.</p>	<p>Avaliações foram realizadas no início no final do tratamento e após 8 meses, com os seguintes instrumentos: Entrevista clínica estruturada (SCID-II), foi utilizada para selecionar características do transtorno de personalidade Borderline, Inventário de Depressão de Beck (BDI), a escala de desesperança de Beck (BHS), DSM-IV Global e Avaliação do funcionamento global (GAF).</p>	<p>78% dos adolescentes e suas famílias participaram de todas as sessões. Foi observado diminuição nos sintomas depressivos (BDI) (<math>F = 12.79, df = 2, p &lt; .001</math>), desesperança (BHS) (<math>F = 15.97, df = 2, p &lt; .001</math>), episódios de auto-mutilação (<math>F = 23.95, df = 2, p &lt; .001</math>), assim como resposta maiores de funcionamento geral (GAF) (<math>F = 22.95, df = 2, p &lt; .001</math>).</p>

Autores	Sujeitos/Settings	Desenho	Modalidades de tratamento	Medidas de desfecho	Resultados
<p>Fleischhaker; Böhm; Sixt; Brück; Schneider; Schutz. (2011).</p>	<p>Estudo realizado com 12 adolescentes de 13 a 19 anos e suas famílias no ambulatório do departamento de saúde mental do hospital para crianças e adolescentes com transtornos de comportamento, os quais completaram os seguintes critérios de inclusão: características TPB, comportamento suicida e para suicida, na últimas 16 semanas antes do tratamento.</p>	<p>Estudo piloto de 16 a 24 semanas</p>	<p>Terapia individual, treinamento grupal e familiar, com habilidades de: Mindfulness, eficácia interpessoal, tolerância ao estresse, Regulação emocional, habilidades de comunicação em família e caminho do Meio.</p>	<p>Para realizar o diagnóstico e inclusão dos participantes ao estudo piloto foram utilizados os seguintes instrumentos: SKID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV, German version, [13]) - SKID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV, German version, [13]) - Parts of Kiddie-SADS-PL (semi-structured interview; present and life-time version) in the German version; supplementary interview: Social behavior disorder, attention deficit and hyperactive disorder. Avaliações realizadas no início da terapia entre a segunda e a quarta semana: LPC, Lifetime Parasuicide Count [15] - THI, Treatment History Interview [16] - GAF, Global Assessment Scale of Functioning [17] - CGI, Clinical Global Impression [18] - ILC, Inventory of Life Quality in Children and Adolescents [19] - SCL-90-R, Symptom-Checklist -90-Revised [20] - CBCL und YSR, Child Behavior Checklist und Youth-Self-Report [21,22] - DIKJ, Depression Inventory for Children and Adolescents [23]</p>	<p>Em relação a comportamentos suicidas, os resultados mostraram diminuição na frequência e na intensidade ao final do tratamento quando comparados ao início, efeitos de medida <math>d = 0.92</math>, <math>p</math>-nível = 0.015 no Wisconsin teste, na variável conclusão do tratamento. 9 dos 12 participantes (75%) finalizaram o programa terapêutico.</p>

## Estudos clínicos Randomizados

Ensaio Clínico Randomizado realizado por Melhum e colaboradores (2012), selecionaram 77 adolescentes entre 12 e 18 anos com histórico clínico de comportamentos de auto mutilação os quais foram randomicamente designados para dois grupos de tratamento um grupo com protocolo de DBT A de Forma abreviada e o segundo com intervenção de cuidados habituais melhorados (EUC – enhanced usual care). durante 16 semanas, Avaliações de auto-agressão, ideação suicida, depressão, desesperança e sintomas de transtorno de personalidade Borderline. foram realizadas no início e após da 9, 15 e 19 semanas e ao termino do ano de período experimental, por entrevistadores independentes com cegamento em randomização na condição de tratamento. Foram identificadas como medidas de desfecho: frequências de hospitalizações e visitas aos serviços de emergência . para identificar a presença de quadros clínicos foram utilizadas Entrevistas e auto reportes. antes da randomização , na 9 e na 15 semana de tratamento: 15 item self report questionnaire (SIQ JR) SMPQ , BHS e BSL , ; (K-SADS-PL- Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-presen tand life time version). Entrevista clinica estruturada para DSM IV axial II (SCID II) foi utilizada para avaliar TPB. The child Behavior Checklist (CBCL) para avaliar comportamentos disfuncionais em pais e adolescentes . Global Assessment Scale (C\_GAS) Escala de avaliação global de emparelhamento. 15 item self report Suicidal ideation Questionnaire (SIQJR) para avaliar a severidade de ideação suicida. 13 item version of the self report short mood and feelings questionnaire (BSL). Para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos , Montgomery Asberg Depression Rating scale (MADRS). 20 item self report Beck hopelessness scale (BHS) para medir sintomas de desesperança , e 23 items self report Borderline symptom list (BSL) para medir sintomas do transtorno Borderline.

Os resultados mostraram que boa adesão dos participantes para ambos tratamentos , No grupo que recebeu terapia comportamental dialética foram identificados valores médios de 13.8 (SD=6.9) referentes a sessões individuais, 11.2 (SD=5.9) terapia grupal de treinamento de habilidades, 2.6 (SD=2.2) sessões de terapia familiar e 3.3(SD=4.5) comunicações breves por telefone . No grupo de cuidados usuais: valores de 11.5 (SD=6.4) correspondente as sessões individuais, 0.5 (SD=2.1) Sessões de Terapia grupal, 5.8 (SD=9.8) sessões de terapia familiar e 3.5 (SD=4.4) corresponde as sessões de telefone.

Em relação as variáveis: Depressão, Desesperança, ideação suicida e sintomas Borderline, a Terapia comportamental dialética se mostrou mais eficaz em comparação com tratamento usual como foi evidenciado nas avaliações realizadas na linha basal quando comparadas com as avaliações na decima nona semana de tratamento. ideação suicida (SIQ-JR) 36.91 (SD= 20.82) vs 18.30 (SD= 11.11). Desesperança (BHS) 11.48 (SD=5.41) vs 6.23 (SD=5.30). Depressão (SMFQ) 14.92 SD=(5.35) vs 10.19( SD=5.04). Sintomas Borderline (BSL) 38.47 (SD=19.32)vs 21.34 (SD=14.38)

O segundo estudo foi conduzido por Cooney e colaboradores (2012) dentro de um programa de tratamento ambulatorial de 18 semanas em 6 meses de tratamento , o qual teve como objetivo avaliar a viabilidade do tratamento com DBT em comparação ao tratamento usual em dois serviços de saúde mental especializados para atendimento de população adolescente em Nova

Zelandia. Participaram 29 adolescentes de 13 a 19 anos, os quais foram selecionados para dois grupos de tratamento, a través de um procedimento e randomização computarizada, um grupo com intervenção usual (n=15) e o segundo com terapia comportamental Dialética (n=14), os critérios de inclusão foram: apresentar um episódio de tentativa de suicídio ou um episódio intencional de auto mutilação três meses antes do tratamento, morar com algum adulto responsável com disposição para participar do tratamento, não apresentar comorbidade com deficiência mental e transtorno psicótico.

O grupo de terapia Usual recebeu tratamento dentro de um contexto de equipe multidisciplinar com sessões individuais, grupais sessões de terapia familiar e manejo de protocolo farmacológico e de hospitalização para comportamentos de auto mutilação, os temas que foram abordados estariam em função do contexto familiar, da natureza dos problemas no momento da intervenção

O grupo experimental recebeu terapia individual, habilidades de treinamento de grupo multi familiares, atendimento individual de pais e cuidadores, psicoterapia familiar e monitoramento telefônico. Para ambas condições foi oferecido um protocolo de manejo de crises em situações de risco, acesso a hospitalização e a tratamento farmacológico.

Para avaliação antes e depois dos tratamentos foram utilizados os seguintes instrumentos: The Structured Clinical Interview for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version, (K-SADS-PL) com a finalidade de descartar transtorno psicótico e estabelecer diagnóstico antes da intervenção na fase de pré tratamento. Wechsler Intelligence Scale for Children Australian Standardised Edition (WISC-IV) para medir déficit intelectual. Suicide Attempt-Self-Injury Interview (SASII). Para avaliar frequência de automutilação. Inventory for Adolescents (RFL-A) que investiga os motivos de estar com vida. Beck Scale for Suicide Ideation (BSS- Beck). Escala com 23 itens que avalia tentativa de suicídio, como construto independente de sub teste Depressão e Desesperança e identifica fatores protetivos contra o suicídio. Substances and Choices Scale (SACS), para medir níveis de uso de substâncias e Burnout Inventory (Maslach & Jackson), para sintomas de fadiga nos terapeutas que administraram os tratamentos. para avaliar adesão ao tratamento DBT global Rating Scale e para identificar relevância clínica nas dificuldades de Regulação emocional foi utilizada a escala DERS

Medidas de aceitação ao tratamento para os adolescentes tiveram como indicadores: participação nas sessões, abandono do tratamento e respostas dos grupos focais no final do tratamento. Sintomas de tentativas de suicídio, episódios de auto mutilação, ideação suicida, uso de substâncias e habilidade para regular emoções, foram registradas por um avaliador com cegamento da condição de tratamento em intervalos de três meses durante um ano e meio de tratamento. Assim também foram avaliados os níveis de aceitação dos clínicos para ofertar o tratamento através de indicadores como boa disposição. Os resultados mostraram que o estudo providenciou investigação sistemática da implementação de DBT dentro dos serviços de saúde mental infantil e adolescente na Nova Zelândia, taxas de respostas comparadas favoravelmente com os participantes do grupo controle que receberam tratamento usual, indicaram que DBT foi aceitável aos tratamentos estándares dentro dos serviços clínicos, e que os adolescentes e cuidadores ficaram satisfeitos com o programa, 13 dos 14 adolescentes

completaram as sessões de tratamento. (93%). A participação em terapia individual e grupal foi de 91% e 88% respectivamente. Taxas de adesão (4.0, range 3.7– 4.4, SD=.15) mostraram porcentagem mínima de abandono ao tratamento (7%). Respostas dos terapeutas ao questionário anônimo indicaram que eles consideraram o tratamento aceitável para ser aplicado dentro de um desenho clínico o qual gera desafios dentro de uma experiência positiva. Avaliações dos sintomas de fadiga dos terapeutas indicaram bem estar emocional dos terapeutas. Assim mesmo se identifica diminuição da frequência de comportamentos de auto mutilação associados a motivos para continuar com vida. Em relação a variável adesão ao tratamento com TCD, quando comparada com tratamento usual.

Um Terceiro estudo foi desenvolvido por McCauley et al (2014), através de um programa denominado pesquisa colaborativa para adolescentes com tentativas de suicídio. (CARES) em parceria com o Hospital para crianças de Seattle, o Centro médico de Harbor- UCLA, a universidade Califórnia em Los Angeles. Um total de 173 adolescentes foram selecionados desde 2012-2014 para participar do estudo, 86 participantes foram randomicamente distribuídos ao grupo Terapia comportamental Dialética (TCD), e 87 participantes para o grupo de terapia de suporte individual e grupal (TSIG). Os participantes foram randomizados a ambas condições utilizando o procedimento computarizado de randomização mínima adaptativa utilizando dados como: idade, número de tentativas de suicídio prévias, antecedentes de auto mutilação e uso de medicamentos. Os critérios de inclusão foram: Adolescentes com idade de 12 a 18 anos, com ideação suicida, mais de uma tentativa de auto mutilação com desregulação emocional. O grupo experimental recebeu terapia individual semanal, terapia de grupo multi familiar, assim como terapia semanal com a equipe de consultoria. Risco de suicídio foi avaliado e monitorizado regularmente através do protocolo de manejo de avaliação (Linehan Suicide-Risk Assessment and Management Protocol), adesão a terapia foi avaliado através da escala Global (DBT Adherence Scale -computed 5-point global scale). Foram seguidas as diretrizes da sociedade Americana de práticas de psiquiatria da infância e da juventude.

Terapia de suporte individual e grupal incluiu indicadores de aceitação, validação e sentimentos de conexão e pertença, os quais foram trabalhados em terapia individual, terapia de grupo de suporte e sessões para pais e consulta semanal com o grupo de consultoria.

As variáveis de desfecho primário foram: diminuição das tentativas de suicídio, visita ao departamento de urgência ou ao ambulatório, diminuição nos sintomas para transtornos de humor, dependência química, e transtorno de personalidade Borderline, manejo de impulsos, estratégias de adaptação, aumento de habilidades de regulação emocional e diminuição do conflito familiar.

Medições foram realizadas na linha basal antes do tratamento e durante o tratamento na 3, 6, 9, e ao completar o primeiro ano de tratamento. Foram utilizadas as seguintes entrevistas: (Suicide Attempt Self Injury Interview [SASII], Entrevista para transtornos de humor e transtorno esquizofrênico através do (K-SADS-PL- Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and life time version); Entrevista clínica estruturada para DSM IV axial II (SCID II). E o inventário de uso de drogas (Drug Use Screening Inventory- (DUSI)

análises estatísticas  $\chi^2$  para variáveis binárias e categóricas e 2-tailed t tests para variáveis contínuas, regressão logística foram utilizadas para identificar medidas de abandono ao

tratamento e adesões de não resposta , assim mesmo análises de variabilidade de modelo misto para identificar mudanças a traves do tempo foram realizadas e análises secundário Cobson e Truax para identificar a significância clinica : não exibição de comportamentos de auto mutilação durante os intervalos entre os grupos.

Os Resultados mostraram níveis significativas de adesão em ambos grupos , em 384 sessões de TCD e 386 sessões com TSIG. 99.32%[3.64][ $\geq 90\%$ . TCD foi associada com níveis altamente significativos de mudanças clinicas definida como ausência de auto mutilação durante os 6 primeiros meses de participação no grupo experimental , (46.5%) vs (27.6%) no grupo controle , e no final de um ano de tratamento (51.2%) no grupo com TCD vs (32.2%)no grupo controle. O presente estudo foi o primeiro a demonstrar a eficácia da TCD com adolescentes com tentativas de suicídio e comportamentos de auto mutilação. Sugerindo a necessidade de realizar mais Pesquisas com ensaios clínicos controlados que confirmem o poder estatísticos do tratamento.

**Tabela2 . Artigos com estudos clínicos Randomizados que aplicam Terapia Comportamental dialética para adolescentes com transtorno de Personalidade Borderline**

Autores	Sujeitos/Settings	Desenho	Modalidades de tratamento	Medidas de desfecho	Resultados
<p>Cooney, Davis, Thompson Stewart (2010)</p>	<p>Participaram 29 adolescentes de 13 a 19 anos com episódios prévios de tentativa de suicídio três meses antes do tratamento</p>	<p>Foram designados para dois grupos de tratamento, a través de um procedimento e randomização computarizada, um grupo com intervenção usual (n=15) e o segundo com terapia comportamental Dialética (n=14),</p>	<p>Grupo com terapia comportamental dialética recebeu terapia individual, habilidades de treinamento de grupo multi familiares, atendimento individual de pais e cuidadores, psicoterapia familiar e monitoramento telefónico</p> <p>o segundo grupo recebeu sessões individuais, grupos sessões de terapia familiar e manejo de protocolo farmacológico</p>	<p>Foram aplicados os seguintes instrumentos: Entrevistas e auto reportes 15 item self report questionnaire (SIQ-JR) SMPQ, BHS e BSL, antes da randomização, na 9 e na 15 semana de tratamento, Entrevista e auto reporte na 19 semana. (K-SADS-PL- Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and life time version); Entrevista clínica estruturada para DSM IV axial II (SCID-II); The child Behavior Checklist (CBCL) Global Assessment Scale (C-GAS) Escala de avaliação global de emparelhamento 15 item self report Suicidal ideation Questionnaire (SIQJR)</p>	<p>13 dos 14 adolescentes completaram as sessões de tratamento, (93%). A participação em terapia individual e grupal foi de 91% e 88%</p> <p>taxas de adesão (4,0, range 3,7-4,4, SD=,15) mostraram porcentagem mínima de abandono ao tratamento (7%)</p>
<p>Mehlum, Tormoen, Romberg, Grohold (2014)</p>	<p>77 adolescentes de 12 a 18 anos com comportamentos repetitivos de auto mutilação, receberam tratamento no ambulatório psiquiátrico comunitário.</p>	<p>A randomização gerou 39 sujeitos para o grupo de terapia comportamental Dialética e 38 para o grupo de tratamento usual</p>	<p>um grupo recebeu protocolo de DET A de Forma abreviada e o segundo intervenção de cuidados habituais melhorados (EUC-enhanced usual care), durante 16 semanas; Avaliações de auto-agressão, ideação suicida, depressão, desesperança e sintomas de transtorno de personalidade Borderline</p>	<p>Para avaliação antes e depois dos tratamentos foram utilizados os seguintes instrumentos: The Structured Clinical Interview for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version, (K-SADS-PL); Wechsler Intelligence Scale for Children Australian Standardised Edition (WISC-IV); Attempt-Self-Injury Interview (SASII); (RFL-A); Beck Scale for Suicide Ideation (BSS- Beck); Substances and Choices Scale (SACS); Burnout Inventory (Maslach &amp; Jackson);</p>	<p>Terapia comportamental dialética se mostrou mais eficaz em comparação com tratamento usual como mostram as avaliações realizadas na linha basal quando comparadas com as avaliações na décima nona semana de tratamento, ideação suicida (SIQ-JR) 36.91 (SD= 20.82) vs 18.30(SD= 11.11), Desesperança (BHS) 11,48 (SD=5,41) vs 6,23 (SD=5,30), Depressão(SMFQ) 14,92(SD= 5,35)vs 10,19 (SD=5,04), Sintomas Borderline (BSL)</p>



Autores	Sujeitos/Settings	Desenho	Modalidades de tratamento	Medidas de desfecho	Resultados
McCauley, Berk, Asarnor, Adrian, Cohen, Korslund, Avina, Hughes, Harned, Gallop, Linehan - (2018)	173 adolescentes de 13 a 18 anos com ideação suicida, mais de uma tentativa de auto mutilação com desregulação emocional participaram do estudo em três hospitais ambulatoriais de saúde Mental.	86 participantes foram randomicamente distribuídos ao grupo de Terapia comportamental-Dialética (TCD), e 87 participantes para o grupo de terapia de suporte individual e grupal (TSIG).	O grupo experimental recebeu terapia individual semanal, terapia de grupo multi familiar, assim como terapia semanal com a equipe de consultoria. Terapia de suporte individual e grupal incluiu indicações de aceitação, validação e sentimentos de conexão e pertença, os quais foram trabalhados em terapia individual, terapia de grupo de suporte e sessões para pais e consulta semanal com o grupo de consultoria.	Medições foram realizadas na linha basal antes do tratamento e durante o tratamento na 3, 6, 9, e ao completar o primeiro ano de tratamento. Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII), (K-SADS-PL Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and life time version); DSM IV axial II (SCID II); - (DUSI).	Níveis significativas de adesão em ambos grupos, em 384 sessões de TCD e 386 sessões com TSIG. 99.32% (3.64) ≥ 90%. TCD foi associada com níveis altamente significativos de mudanças clínicas (46.5%) vs (27.6%) no grupo controle. E no grupo com TCD (51.2%) vs (32.2%)

## Conclusões

Conclui-se que no presente estudo, foram identificados 53 estudos que avaliaram terapia comportamental dialética com adolescentes, dos quais duas Revisões sistemáticas completas e três Ensaios clínicos controlados completaram critérios de inclusão. Os resultados reportaram eficácia da Terapia comportamental dialética em adolescentes e suas famílias com diagnóstico de transtorno de personalidade Borderline, associado a sintomas de ideação suicida e tentativas de suicídio, quando comparados ao grupo controle no funcionamento abrangente, nas reduções significativas de impulsividade, desregulação emocional, comportamentos de auto mutilação, ideação suicida, diminuição de internamentos, dificuldades interpessoais adesão ao tratamento, No entanto, ensaios clínicos randomizados são extremamente necessários para generalização dos resultados.

## Referências

1. Cooney E; Davis K; Thompson P; Stewart J; Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent. A small randomised controlled trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010; 43, 276–282.
- 2.-Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - **DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.**DSM-IV-TR**TM - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. trad.
3. Fleischhaker C; Böhme R; Sixt B; Brück C; Schneider C; Schulz E. Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. Journal Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2011; vol 5:3

4. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093-102. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60512-6
5. Groves H; Backer S; Van den Bosch W; Miller A; Dialectical Behaviour Therapy with Adolescents. *Journal of child and adolescent mental Health*. 2011; volume 17 : 2 doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00611.
6. Heather A; MacPherson J; Cheavens S; Fristad Mary. A Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes. *Rev. Clinical Child and Family Psychology Review*. 2012; DOI: 10.1007/s10567-012-0126-7.
7. Higgins J; Altman D; Gøtzsche P; Juni P; Moher D; Oxman A; Savović J; Schulz K; Weeks L; Sterne J. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. 2011. *BMJ*;343:d5928doi:10.1136/bmj.d5928
8. James C; Taylor A; Winmill L; Alfoadari K. A preliminary community study of dialectical behavior therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health* Volume 13, Issue 3, 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2007.00470.x>.
9. Katz L; Cox B; Gunasekara S; Miller, A. Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43(3):276-82 · April 2004 DOI: 10.1097/00004583-200403000-00008
10. Linehan M.M; *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. (1993a).
11. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Dsm V 5ª Ed.* 2014
12. McCauley E; Berk M; Asarnoff J; Adrian M; Cohen J; Korslund k; Avina C; Hughes J; Harned M; Gallop R; Linehan M. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. doi :10.1001/jamapsychiatry.2018.1109 Published online June 20, 2018.
13. Mehlum L; Tormoen A; Romberg M; Grohold B. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up: *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*. 2014;vol.55(4).DOI:10.1016/j.jaac.2016.01.005
14. Miller A. L., Rathus J.H. Dialectical Behavior Therapy Adapted for suicidal Adolescents. *Suicide & Life Threatening-Behavior*. Vol. 32, Issue 2, Summer 2002, Pages 146–157. DOI: 10.1521/suli.32.2.146.24399
15. Miller A.L; Rathus J.H; Linehan M. *Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescents*. *Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews*. 2007 Vol. 3, No. 6-7. New York: Guilford Press, 346 pp.
16. Neacsiu A.D; Rizvi S.L; Linehan, M.M .Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment of a Borderline Personality Disorder .*Behavioral Research and therapy*

Volume 48, Issue 9, September 2010, Pages 832-839 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>.

17. Gratz K; Katherine L; Gordon D; Tull M. (2014) Self Injurious Behaviors in adolescents with Borderline Personality Disorder In Sharp C; Tackett J. *Borderline Personality disorders in Children and adolescents*. (pp 195-210). New York, Springer.

18. Popenoe E. J., Woodberry K. A; Implementing Dialectical Behavior Therapy with Adolescents and Their Families in a Community Outpatient Clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*. Vol. 15, Issue 3, August, 2008; Pages 277–286. [.doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.004](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.004)

19. Saggese E; Leite L. Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília : Ministério da Saúde, v. 1, p.197-205, 1999.

20. Shea B; Grimshaw J; Wells G; Boers M; Neil A; Hamel C; Porter A; Tugwell P; Mother D; Bouter L. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic Reviews .2007 *BMC Medical Research Methodology* 2007, 7:10 ,Doi: 10.1186 /1471-2288/7/10

21. Silva E; Freire T. Regulação emocional em adolescentes e seus pais: Da psicopatologia ao funcionamento ótimo. *Análise Psicológica* (2014), 2 (XXXII): 187-198 doi: 10.14417/ap.746

22. Sunseri P.A; Preliminary outcomes on the use of dialectical behavior therapy to reduce hospitalization among adolescents in residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 21, 59-76. 2004.

23. Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(3):249-60. DOI:10.1016/j.rbp.2012.03.001

24. Winsper C; Marwaha S; Lereya S; Thompson A; Eyden J; Swaran P. A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence . *Rev. Neurosci.* 2016; DOI 10.1515/revneuro-2016-0026

WHO, World Health Organization. *Young People's Health - a Challenge for Society*. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.



## **EACCME**

European Accreditation Council for Continuing Medical Education

# **Certificate**

The Conference "4th International Congress on Borderline Personality Disorder" has been accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) to provide the following CME activity for medical specialists.

The Conference "4th International Congress on Borderline Personality Disorder" 08 - 10 September 2016 | University of Vienna | Austria is designated for a maximum of 17 European CME credits (ECMEC).

**Based on her attendance  
Prof. Maria de Los Angeles Aguinaga (Brazil)  
receives 17 credits.**

Each medical specialist should claim only those credits that he/she actually spent in the educational activity.

The EACCME is an institution of the European Union of Medical Specialists (UEMS), [www.uems.net](http://www.uems.net).

Through an agreement between the European Union of Medical Specialists and the American Medical Association, physicians may convert EACCME credits to an equivalent number of AMA PRA Category 1 Credits™. Information on the process to convert EACCME credit to AMA credit can be found at [www.ama-assn.org/go/internationalcme](http://www.ama-assn.org/go/internationalcme).

Live educational activities, occurring outside of Canada, recognized by the UEMS-EACCME for ECMEC credits are deemed to be Accredited Group Learning Activities (Section 1) as defined by the Maintenance of Certification Program of The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.