

# Novas direções no tratamento da depressão na adolescência: desenvolvimento e estudo de um programa de intervenção psicoterapêutica

Andreia Azevedo, & Ana Paula Matos  
CINEICC-FPCE-UC

**Resumo:** A adolescência é um período crítico para o aparecimento dos primeiros episódios depressivos, que acarretam sérias consequências e uma forte probabilidade de reincidir. Por estes motivos, é necessário tratá-los. Os programas cognitivo-comportamentais são os mais suportados empiricamente, mas têm-se revelado pouco eficazes na manutenção dos ganhos terapêuticos. Componentes das "terapias de 3ª geração" têm um papel fundamental a este nível. Na presente comunicação, apresentamos a estrutura do novo programa de tratamento, fundamentando a escolha dos seus componentes nos dados evidenciados pelo atual panorama científico internacional.

**Palavras-chave:** Depressão; Adolescência; Tratamento; Terapias de 3ª geração.

## INTRODUÇÃO

A depressão *major* é uma das condições psicopatológicas mais comuns, incapacitantes e fatais (Monroe, & Harkness, 2011), acarretando enormes custos para a sociedade. Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para que em 2020, a depressão seja a segunda causa de incapacidade em todo o mundo, particularmente entre os 15 e os 44 anos.

Na adolescência, a depressão é amplamente reconhecida. A prevalência de episódio depressivo *major* nas fases finais da adolescência situa-se entre os 2 e os 5%, registando uma taxa de prevalência ao longo da vida próxima dos 20% (Lewinsohn et al, 1993).

Em Portugal, os estudos de prevalência da depressão na adolescência são escassos. A partir dos poucos dados que existem, estima-se uma prevalência de sintomas depressivos na adolescência da ordem dos 11% (Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004). Os estudos portugueses encontram igualmente uma maior taxa de prevalência de sintomas depressivos nas adolescentes do sexo feminino (p. e., Marujo, 1994; Monteiro, & Fonseca, 1998; Cardoso, Rodrigues, & Vilar, 2004), em conformidade com os dados internacionais.

A investigação em torno da epidemiologia da depressão sugere que a adolescência é um período crítico para a compreensão do desenvolvimento desta perturbação. De acordo com Abela e Hankin (2011), enquanto que na infância não se encontram grandes diferenças na prevalência e incidência da depressão em função do género, durante a adolescência, nomeadamente entre os 12 e os 15 anos, estas diferenças tornam-se evidentes, apresentando as raparigas níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves, & Costello, 2002; Twenge, & Nolen-Hoeksema, 2002) e maior taxa de perturbações do humor (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003) do que os rapazes. Desta forma, parece ser no decurso da adolescência que se começa a configurar a maior incidência da perturbação depressiva no sexo feminino, a qual é amplamente verificada na idade adulta.

Por outro lado, a maioria dos indivíduos fazem o seu primeiro episódio depressivo *major* entre os 15 e os 18 anos, sendo este um intervalo etário com elevadas taxas de prevalência (Burke, Burke, Regier, & Rate, 1990; Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994; Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001). Dados apontam ainda para que a depressão adulta seja

habitualmente precedida por depressão na adolescência (Kim-Cohen, Caspi, & Moffitt, 2003).

Na literatura, a depressão tem sido conceptualizada de várias formas (Angold, 1988; Compas, Ey, & Grant, 1993). Os autores referem essencialmente a sua conceptualização em termos de um *continuum* de sintomatologia depressiva ou em termos de categorias diagnósticas, numa perspetiva de presença/ausência de determinada perturbação mental de acordo com sistemas de classificação como o da Associação Americana de Psiquiatria (1994) e o da Organização Mundial de Saúde (1993). Estas conceptualizações representam diferentes abordagens na medição da depressão e levantam questões controversas no âmbito da psicopatologia infantil e juvenil. Uma questão-importante diz respeito ao limite a partir do qual se considera a depressão clinicamente significativa em crianças e adolescentes. Em termos categoriais, e consistente com a evidência empírica de que as características essenciais da depressão são semelhantes em adultos e adolescentes (p.e., Lewinsohn, Pettit, Joiner, & Seeley, 2003), os critérios de diagnóstico para todas as perturbações do humor são praticamente idênticos para crianças e adultos.

Apesar das semelhanças nos sintomas centrais da depressão, há evidências de diferenças na expressão dos sintomas associadas à idade, que podem refletir mudanças desenvolvimentais ao nível das competências cognitivas, emocionais, biológicas e sociais (p.e., Kovacs, Obrosky, & Sherrill, 2003; Weiss, & Garber, 2003). Vários estudos têm revelado que as queixas somáticas dos adolescentes deprimidos diminuem com a idade, ao passo que a hipersónia e a perda de apetite (principalmente nas raparigas) aumentam durante a adolescência. O risco de suicídio é mais elevado na fase intermédia da adolescência nas raparigas, enquanto que nos rapazes este tende a expressar-se mais tarde (Kashani, Rosenberg, & Reid, 1989; Kovacs, & Gatsonis, 1989; Kovacs et al., 2003; Mitchell, McCauley, Burke, & Moss, 1988; Ryan et al., 1987; Weiss et al., 1992).

Dados recentes têm enfatizado ainda a necessidade de se identificar e tratar sintomas ou categorias subclínicas. Sabe-se atualmente que crianças e adolescentes que não chegam a preencher critérios para uma perturbação depressiva *major*, apresentam tanta ou mais incapacidade funcional que crianças e adolescentes com quadros depressivos *major* (Gonzalez-Tejera et al., 2005). Tem-se observado, ainda, que sintomatologia depressiva residual na adolescência se associa significativamente com depressão *major* na idade adulta (Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999).

#### *Tratamento da depressão na adolescência*

Na adolescência, a depressão acarreta graves consequências psicossociais, incluindo baixo rendimento escolar e/ou prejuízo da atividade ocupacional, atividade sexual de elevado risco, gravidez precoce, dificuldades sociais e diminuição do funcionamento global (Kandel, & Davies, 1986; Kovacs et al, 1994; Lewinsohn et al, 2003; Rao et al, 1995). Os estudos sugerem igualmente que os adolescentes deprimidos tendem a revelar défices psicossociais graves quando adultos, nomeadamente dificuldades de interação social, baixa satisfação com a vida e problemas com a justiça (Kovacs, & Goldston, 1991; Reinhertz et al., 1999).

Ao conjunto de consequências graves, associa-se o problema da reincidência. O risco de recorrência da perturbação depressiva *major* aumenta progressivamente com cada episódio sucessivo e à medida que aumenta o tempo de recuperação (Solomon et al., 2000). Atendendo a este conjunto de evidências, o tratamento precoce é fundamental, não apenas para diminuir sintomatologia atual como também para evitar o aparecimento de novos episódios depressivos.

No entanto, apenas uma minoria das crianças e adolescentes deprimidos recebe tratamento antes da idade adulta (Aveneloni, Knight, Kessler, & Merikangas, 2008). Estudos epidemiológicos sugerem que apenas um quarto das crianças e adolescentes com perturbações psiquiátricas, incluindo depressão, recebem algum tipo de ajuda dos serviços

públicos, sendo ainda em menor número aqueles que são acompanhados por especialistas em saúde mental (Angold et al., 2002; Canino et al., 2004; Wu et al., 1999).

No que diz respeito aos tratamentos clínicos da depressão na adolescência, meta-análises (p.e., Watanabe et al., 2007) têm encontrado que a psicoterapia é eficaz, sendo o tratamento de primeira linha recomendado para depressão leve a moderada, enquanto que a psicofarmacoterapia é usada naqueles que não respondem à psicoterapia e nos casos de depressão grave.

Se a psicoterapia funciona é importante perceber porquê e para quem. Alguns estudos têm procurado dar resposta a estas questões, procurando identificar variáveis preditoras e moderadoras da eficácia da psicoterapia. De acordo com Rohde et al. (2006), estas variáveis são de ordem demográfica, psicopatológica e psicossocial. Fatores de ordem psicopatológica incluem quer as características específicas da depressão (p.e., idade de início do episódio depressivo major, severidade da depressão), quer índices mais amplos de psicopatologia (p.e, comorbidade, prejuízo funcional). Os fatores de índole psicossocial incluem envolvimento em atividades agradáveis, frequência de cognições depressogénicas e fatores mais gerais de resiliência, como por exemplo ajustamento social, coesão familiar e boas aptidões de *coping*.

Idades mais altas (Clarke et al, 1992), maior severidade dos sintomas (Birmaher et al, 2004), reincidência e maior duração de episódio depressivo *major* (Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994), maior número de condições comórbidas (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1995), maior impacto funcional (Kaminski, & Garber, 2002), elevado conflito geracional e criticismo parental (Asarnow, Goldstein, Tompson, & Guthrie, 1993; Birmaher et al., 2000; McCleary, & Sanford, 2002), relatos parentais de problemas de comportamento e ideação suicida (Rohde et al, 2006) são importantes variáveis preditoras, que se associam com maior tempo para recuperação do episódio depressivo *major*.

Os estudos de moderação dos resultados do tratamento são escassos. Dados disponíveis de estudos de eficácia de tratamento com programas cognitivo-comportamentais revelam que adolescentes com maiores recursos cognitivos (p.e, menor frequência de cognições depressogénicas) e comportamentais (maior ativação comportamental) respondem melhor à intervenção (Rohde et al., 2006). Os fatores de resiliência, particularmente ajustamento social, coesão familiar e boas aptidões de *coping*, têm também um impacto moderador na eficácia do tratamento (Brent et al., 1998; Rohde et al., 2006).

Na literatura, podemos encontrar vários modelos e programas de intervenção ou de tratamento. Os programas com maior suporte empírico até ao momento baseiam-se, de facto, no modelo cognitivo-comportamental (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006). Estas intervenções podem ser implementadas quer num registo grupal (p.e. Clarke, Lewinsohn, & Hops, 1990; Curry et al, 2000) quer individual (p.e. Clarke, DeBar, Ludman, Asarnow, & Jaycox, 2002). Uma parte considerável destes programas inclui intervenção específica com pais (p.e. Lewinsohn, Rohde, Hops, & Clarke, 1991), ainda que a investigação seja inconclusiva quanto às vantagens da inclusão deste componente parental (Clarke et al., 1999).

Apesar da terapia cognitivo-comportamental continuar a demonstrar maior eficácia no tratamento de depressão, parece haver espaço para a inovação (Hayes, Bach, & Boyd, 2010). Das maiores críticas apontadas às intervenções cognitivo-comportamentais consta a reincidência de episódios depressivos nos anos seguintes à intervenção (Hayes, Bach, & Boyd, 2010; Hayes et al, 2004). As *booster sessions* testadas nalguns estudos, embora tendam a acelerar a recuperação dos adolescentes ainda deprimidos no final do tratamento, não têm sido eficazes na diminuição da reincidência da sintomatologia (p.e., Clarke et al., 1999).

As terapias baseadas no *mindfulness*, como a Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993), a Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (Segal, Teasdale, & William, 2004) e a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), têm suscitado

grande interesse para o tratamento da depressão. De um modo geral, a ACT desenvolve-se no sentido de facilitar a aceitação da experiência interna e promover o compromisso com valores pessoais, tendo como principal conceito o de flexibilidade psicológica. Flexibilidade psicológica é a capacidade de estar em contacto com o momento presente e/ou a capacidade de persistir com comportamentos consistentes com os valores escolhidos para a vida (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Encontramos alguns programas terapêuticos estruturados para o tratamento da depressão em adultos baseados na ACT (p.e., Strosahl, & Robinson, 2008; Zettle, & Hayes, 1986, 1987), cujos estudos de eficácia têm revelado resultados promissores no que toca à manutenção dos ganhos (p. e. Hayes, Bissett et. al, 2004; Zettle & Rains, 1989). Os princípios subjacentes ao modelo ACT têm sido demonstrados em meta-análises correlacionais de 32 estudos com 6628 participantes adultos (Hayes et al., 2006). Nestas análises, o princípio da flexibilidade psicológica, medida na ACT através do AAQ (*Acceptance and Action Questionnaire*), associa-se com melhoria da qualidade de vida. A flexibilidade psicológica também tem sido correlacionada com níveis mais baixos de doença mental (Bond, & Bunce, 2003; Donaldson-Feilder, & Bond, 2004). Longitudinalmente, níveis mais elevados de aceitação predizem a saúde mental, medida um ano mais tarde (Bond, & Bunce, 2003). Análises de mediação para explicar o processo de mudança no tratamento ACT estão a demonstrar que os processos ACT têm um efeito mediador nas mudanças observadas na terapia. Por exemplo, utilizando os dados de Zettle e Hayes (1986) acerca da depressão, verificou-se que a crença nos pensamentos depressivos medida a meio do tratamento era preditora de resultados de tratamento quando este era efetuado com base na ACT, comparativamente com o tratamento efetuado com base na terapia cognitiva clássica (Hayes et al., 2006).

Os programas com base na ACT para adolescentes com sintomatologia depressiva só agora dão os primeiros passos. Apesar de preliminar, a evidência empírica é encorajadora (Hayes, Boyd, & Sewell, 2011). Estudos sobre inflexibilidade psicológica nos adolescentes mostraram que a inflexibilidade se encontra positivamente correlacionada com medidas clínicas de ansiedade, somatização e problemas comportamentais; e negativamente associada com qualidade de vida, aptidões sociais e competência académica (Greco, Lambert, & Baer, 2008). No que respeita a estudos de resultados de intervenção na depressão, Hayes e Rowse (2008) estão a obter resultados encorajadores quer no tratamento da sintomatologia depressiva/depressão nos adolescentes em contexto clínico, quer na aplicação de um programa de intervenção precoce, em escolas (Hayes & Rowse, 2008).

A investigação tem ainda apontado a vantagem de incluir componentes mais específicos de auto-compaixão (Barnard, & Curry, 2011; Neff & McGehee, 2010). A auto-compaixão foi descrita por Neff (2003) como uma perspetiva que assenta numa visão positiva de si mesmo/a e das experiências emocionais individuais. Pessoas auto-compassivas, porque capazes de aceitar o sofrimento e a perda, mais facilmente se auto-perspetivam com bondade e tolerância. A investigação tem evidenciado que a auto-compaixão é um forte preditor de recuperação da depressão, mesmo quando são controladas outras variáveis associadas positivamente com depressão, nomeadamente o auto-criticismo, sugerindo que a auto-compaixão produz efeitos amortecedores únicos (Neff, 2003, 2009).

A terapia focada na compaixão e o treino da mente compassiva desenvolvidos por Gilbert (2009) são exemplos de intervenções terapêuticas que desenvolvem a auto-compaixão. O treino da mente compassiva tem como principal objetivo ajudar os pacientes a desenvolver um entendimento compassivo do seu sofrimento e preocupação com o seu bem-estar, bem como a tolerar sentimentos e pensamentos, de forma consciente. Os estudos de resultados de tratamento com utilização deste treino são escassos (Barnard, & Curry, 2011). Por exemplo, Mayhew e Gilbert (2008) encontraram uma diminuição, no pós-teste, dos níveis de depressão, ansiedade, psicoticismo, paranoia, sintomas obsessivo-compulsivos e sensibilidade interpessoal.

Atendendo às vulnerabilidades encontradas nos programas de tratamento existentes e à ausência de tratamentos empiricamente validados para a população portuguesa, o desenvolvimento de um programa de tratamento inovador e manualizado, que revele ser eficaz na redução da sintomatologia depressiva e na manutenção dos ganhos terapêuticos é de extrema importância.

A presente investigação tem como principal objetivo o desenvolvimento e estudo de eficácia de um novo programa de tratamento da depressão na adolescência, baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso e na Terapia da Auto-Compaixão. O programa destina-se a adolescentes entre os 14 e os 18 anos de idade. A amplitude de idades escolhida justifica-se por se tratar de um intervalo etário com elevadas taxas de incidência de primeiro episódio depressivo *major*.

O novo protocolo terapêutico é composto por 14 sessões, destinadas a grupos compostos por 6 a 8 adolescentes, distribuídas da seguinte forma: sessões bissemanais nas primeiras quatro semanas; e semanais nas seis semanas seguintes. A duração total é de 10 semanas, portanto, dois meses e meio. Cada sessão durará entre 60 a 90 minutos. O protocolo inclui duas sessões para pais. Contempla ainda *booster sessions* de 4 em 4 meses ao longo dos 24 meses de *follow-up*, para facilitar a recuperação dos adolescentes que mantenham sintomatologia após fase de tratamento.

O programa está desenhado para proporcionar um conjunto de oportunidades e experiências que permitam aos adolescentes desenvolver maiores níveis de aceitação e de flexibilidade psicológica, derivando daí uma diferente relação com a sua experiência interna

A estrutura das sessões está uniformizada da seguinte forma: 1) Revisão da sessão anterior; 2) Análise da tarefa de casa; 3) Informação, experiências e análise dos pontos da sessão; 4) Síntese da sessão (revisão dos aspetos da sessão mais importantes para cada adolescente); 5) estalecimento da tarefa para casa.

## **CONCLUSÕES**

Dados epidemiológicos revelam que a depressão na adolescência representa um problema clínico muito significativo. Além disso, são poucos os adolescentes que recebem qualquer tipo de tratamento.

Estudos epidemiológicos sugerem ainda que a adolescência é um período crítico para a compreensão do desenvolvimento desta perturbação. Parece ser no decurso da adolescência que a maioria dos indivíduos fazem o seu primeiro episódio depressivo *major* e que começa a verificar-se—configurar a maior incidência da perturbação depressiva no sexo feminino.

Ao conjunto de consequências psicossociais graves acarretadas pela depressão na adolescência, acresce o problema da sua reincidência.

Atendendo a este conjunto de evidências, o tratamento precoce é fundamental. A investigação aponta para que a psicoterapia seja um tratamento eficaz da depressão.

Na literatura, podemos encontrar vários modelos e programas de intervenção psicoterapêutica. Os programas com maior suporte empírico até ao momento baseiam-se no modelo cognitivo-comportamental, mas têm-se revelados ineficazes na capacidade de manter os ganhos no *follow up*.

As terapias baseadas no *mindfulness*, particularmente a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT), parecem ser uma abordagem válida para o tratamento da depressão, revelando-se inclusivamente capazes de manter os ganhos num *follow up* alargado. Enquanto abordagem terapêutica, a ACT tem como objetivo aumentar a flexibilidade

psicológica. Estudos de resultados de tratamento e análises de mediação desses mesmos resultados, embora na sua maioria com adultos, sugerem que a flexibilidade psicológica deve ser alvo de tratamento, e que a ACT é eficaz, mantendo-se os resultados positivos no *follow-up*, os quais podem mesmo continuar a crescer ao longo do tempo (Hayes, Bissett et al, 2004). Assim, afigura-se oportuno considerar que ACT pode ser útil para o trabalho de tratamento com adolescentes.

A investigação tem ainda apontado para a vantagem de incluir componentes de auto-compaixão (Barnard & Curry, 2011; Neff & McGehee, 2010).

Com base nestas evidências, desenvolvemos um novo programa de intervenção, cujos resultados vão ser testados e analisados longitudinalmente, num período de *follow up* alargado, de modo a verificar a capacidade do tratamento em manter os ganhos ao longo do tempo.

Hipotetizamos que o tratamento seja eficaz, reduzindo significativamente a sintomatologia depressiva e aumentando o funcionamento adaptativo no final do tratamento, e que estes resultados se mantenham dois anos depois.

## CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Andreia Azevedo, Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, Apartado 6153 / 3001-802 Coimbra, [andreia.azevedo81@gmail.com](mailto:andreia.azevedo81@gmail.com)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 (2), 259-271.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression: I. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601-617.
- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., & Costello, E. J. (2002). Depression scale scores in 8-17-year-olds: Effects of age and gender. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43, 1052-1063.
- Asarnow, J. R., Goldstein, M. J., Tompson, M., & Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric inpatients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 129-137.
- Aveneloni, S., Knight, E., Kesler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.). *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6-32). New York, NY: Guilford Press.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15 (4), 289-303.
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D., et al. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 63-70.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental-health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88 (6), 1057-1067.
- Brent, D. A., Kolko, D. J., Birmaher, B., Baugher, M., Bridge, J., Roth, C., et al. (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 906-914.

- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramirez, R., et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4, 667-675.
- Clarke, G. N., DeBar, L. L., Ludman, E., Asarnow, J. & Jaycox, L. (2002). *Steady Project: Intervention Manual*.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). *Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course*. Portland, OR: Kaiser Permanente Center for Health Research. (Disponível em [www.kpchr.org/acwd/acwd.html](http://www.kpchr.org/acwd/acwd.html)).
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-Behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (3), 272-279.
- Compas, B. E., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Curry, J. F., Wells, K. C., Brent, D. A., Clarke, G. N., Rohde, P., Albano, A. M. et al. (2000). *Treatment for adolescents with depression study (TADS): Cognitive Behavior Therapy Manual*. Duke University Medical Center.
- Donaldson-Feilder, E. J., & Bond, F. W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance and Counselling*, 32 (2), 187-203.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: How to use compassion to develop happiness, self-acceptance and well-being*. London: Constable & Robinson.
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J., & Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (8), 888-899.
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20 (2), 93-102.
- Hayes, L., Bach, P. A., & Boyd, C. P. (2010). Psychological treatment for adolescent depression: perspectives on the past, present and future. *Behavior Change*, 27 (1), 1-18.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roger, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., & Fisher, G. (2004). The impact of acceptance and commitment training on stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35, 821-836.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44 (1), 1-25.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behaviour therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavioral change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2 (2), 86-94.
- Kaminski, K. M., & Garber, J. (2002). Depressive spectrum disorders in high-risk adolescents: Episode duration and predictors of time to recovery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 410-418.

- Kandel, D. B., & Davies, M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 255-262.
- Kashani, J. H., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1989). Developmental perspectives in child and adolescent depressive symptoms in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 146, 871-875.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002-1014.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717.
- Kovacs, M., Akiskal, H. S., Gatsonis, C. P., & Parrone, P. L. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365-374.
- Kovacs, M., & Gatsonis, C. (1989). Stability and change in childhood-onset depressive disorders: Longitudinal course as a diagnostic validator. In L. E. Robbins & J. E. Barrett (Eds.), *The validity of psychiatric diagnoses* (pp. 57-75). New York: Raven Press.
- Kovacs, M., & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 388-39
- Kovacs, M., Obrosky, D. S., & Sherrill, J. (2003). Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. *Journal of Affective Disorders*, 74, 33-48.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 809-818.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Pettit, J. W., Joiner, T. E., & Seeley, J. R. (2003). The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 244-252.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Hops, H., & Clarke, G. N. (1991). *The Coping With Depression Course – Adolescent version: Instructor’s manual for the parent course*. Unpublished manuscript.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 510-519.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Marujo, H. M. A. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Dissertação de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Mayhew, S., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 113-138.
- Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P. M., & Moss, S. J. (1988). Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 12-20.
- McCleary, L., & Sanford, M. (2002). Parental expressed emotion in depressed adolescents: Prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 587-595.
- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2011). Recurrence in major depression: A conceptual case analysis. *Psychological Review*, 118 (4), 655-674.
- Monteiro, C. M., & Fonseca, A. C. (1998). Problemas emocionais na adolescência e juventude: O ponto de vista dos alunos e dos professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 32 (2), 187-208.



- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. D. (2009). Self-Compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561-573). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brooks, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156, 133-135.
- Rao, U., Ryan, N. D., Birmaher, B., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Kaufman, J., et al. (1995). Unipolar depression in adolescents: Clinical outcomes in adulthood. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 34, 566-578.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Carmola, A. M., Wasserman, M. S., & Silverman, A. B. (1999). Major depression in young adulthood: Risks and impairments. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 500-510.
- Rohde, P., Seeley, J. R., Kaufman, N. K., Clarke, G. N., & Stice, E. (2006). Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial group interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), 80-88.
- Ryan, N. D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, H., Robinson, D., Nelson, B., et al. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854-861.
- Segal, A.V., Teasdale, J.D., & Williams, J.M.G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S.C. Hayes, V.M. Follett & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioural tradition* (pp. 45-65). New York: The Guilford Press.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Muller, T. I., Lavori, P. W., Shea, T., et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233.
- Strosahl, K. D., & Robinson, P. J. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using Acceptance and Commitment Therapy to move through depression and create a life worth living*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socio-economic status, and birth cohort difference on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578-588.
- Watanabe, N., Hunt, V., Omori, I. M., Churchill, R., & Furukawa, T. A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (2), 84-95.
- Weiss, B., & Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, 15, 403-430.
- Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., & Finch, A. J. (1992). Relations among self-reported depressive symptoms in clinic-referred children versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 391-397.
- Weisz, J., McCarty, C., & Valeri, S. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.
- World Health Organization (1993). *ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: Author.
- Wu, P., Hoven, C. W., Bird, H. R., Moore, R. E., Cohen, P., Alegria, M., et al. (1999). Depressive and disruptive disorders and mental health utilization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1081-1090.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (3), 436-445.