
Introdução

Quando começamos a escrever este livro, pensamos “Como devemos começar?”. Como terapeutas cognitivos, achamos natural começar apresentando uma série de questões ao leitor, bem como a nós mesmos, em relação ao objetivo do livro, a seu conteúdo e a seu formato.

QUEM SOMOS NÓS?

Somos terapeutas cognitivos em diferentes estágios de nossas carreiras. Robert Friedberg é um psicólogo clínico que se encontra nos estágios intermediários de sua carreira, enquanto Jessica McClure está iniciando profissionalmente. O Dr. Friedberg tem lidado com crianças e suas famílias em uma variedade de situações ambulatoriais e hospitalares. Seu trabalho é fundamentalmente moldado pelos escritos de Aaron Beck e de Martin Seligman, bem como por seus mentores Christine Padesky e Raymond Fidaleo. A Dra. McClure tem tido experiência clínica com crianças e adolescentes em uma variedade de ambientes, incluindo hospitais psiquiátricos, centros médicos pediátricos, clínicas ambulatoriais e programas inovadores de prevenção.

Começou-se a escrever este texto quando a Dra. McClure estagiava sob a supervisão do

Dr. Friedberg na Preventing Anxiety and Depression no Youth Program at Wright State University School of Professional Psychology. Acreditávamos que um livro escrito por dois psicólogos em diferentes pontos de suas carreirasalaria a profissionais com diferentes níveis de experiência.

POR QUE ESCREVER UM LIVRO SOBRE TERAPIA COGNITIVA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES?

Queríamos escrever um livro que fizesse uso de princípios da terapia cognitiva e oferecesse uma estrutura teórica coerente. A terapia cognitiva, conforme desenvolvida por Aaron T. Beck, é um sistema clínico e teórico robusto, aplicado a muitos problemas e a vários grupos de adultos (A. T. Beck, 1976, 1985, 1993; A. T. Beck, Emery e Greenberg, 1985; A. T. Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979), mas poucos textos de terapia cognitiva sobre crianças aplicam a abordagem de Beck (Knell, 1993; Ronen, 1997). Além disso, freqüentemente falta à psicoterapia infantil um foco teórico coerente (Ronen, 1997).

O QUE ESTE LIVRO LHE ENSINARÁ?

Este livro oferece um apoio completo sobre como fazer terapia cognitiva com crianças em idade escolar e com adolescentes. Além de ensinar muitas técnicas, o livro também enfatiza os princípios orientadores que moldam a terapia cognitiva de Beck. O empirismo colaborativo e a descoberta orientada, motivos condutores da terapia cognitiva, são definidos no Capítulo 3 e ilustrados no decorrer do texto. A estrutura da sessão que caracteriza a terapia cognitiva é descrita no Capítulo 4. Aplicar técnicas cognitivo-comportamentais na ausência de uma conceitualização de caso é um dos principais erros clínicos (J. S. Beck, 1995), pois técnicas desincorporadas de teoria fracassam. Conseqüentemente, a conceitualização de caso apresenta-se como um esquema básico para o sucesso na terapia cognitiva (J. S. Beck, 1995; Persons, 1989); as ferramentas que usamos para construir uma formulação de caso são apresentados no Capítulo 2.

Este livro também leva em consideração questões multiculturais e relativas ao desenvolvimento. Sensibilidade ao desenvolvimento é crucial para o sucesso de um trabalho cognitivo-comportamental com crianças (Ronen, 1997; Silverman e Ollendick, 1999), por isso, questões de desenvolvimento social são delineadas ao final deste capítulo introdutório. Além disso, explicamos como se poderiam adaptar diferentes técnicas para crianças menores e adolescentes. O Capítulo 2 discute a incorporação de aspectos multiculturais e de fatores familiares em uma conceitualização de caso abrangente.

Os Capítulos 5 a 14 descrevem várias estratégias de tratamento cognitivo-comportamental, variando de identificação do problema a técnicas para criar um diálogo socrático com crianças e adolescentes em forma de intervenção cognitivo-comportamental amistosa à criança. Cada capítulo lida com a aplicação desses métodos a crianças pequenas e a adolescentes; além disso, as abordagens cognitivo-comportamentais para jovens deprimidos, ansiosos e agressivos são tratadas em capítulos separados.

O QUE É TERAPIA COGNITIVA?

A terapia cognitiva baseia-se na teoria da aprendizagem social e usa uma mistura de técnicas, muitas das quais baseadas em modelos de condicionamento operante e clássico (Hart e Morgan, 1993). Em resumo, a teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977; Rotter, 1982) parte do pressuposto de que o ambiente, as características temperamentais e o comportamento situacional de uma pessoa determinam-se reciprocamente e que o comportamento é um fenômeno dinâmico, em evolução. Os contextos influenciam o comportamento, e este, por sua vez, molda os contextos; algumas vezes os contextos podem ter influência mais poderosa sobre o comportamento de uma pessoa, enquanto em outras, preferências, disposições e características pessoais determinarão o comportamento.

Imagine que uma criança deve escolher um instrumento para tocar na banda da escola. Se todos os instrumentos estiverem disponíveis, a escolha (p. ex., saxofone) será predominantemente em função de suas características individuais. Entretanto, se apenas alguns instrumentos estiverem disponíveis (p. ex., trompete, flautas e clarinetes) e muitos alunos estiverem competindo por cada instrumento, os fatores contextuais irão predominar. A avaliação da criança em cada situação moldará seu comportamento; por exemplo, sua participação em atividades musicais da escola pode aumentar ou diminuir ("Esta escola é uma droga. Eles não têm saxofones." ou "Uau, eu vou tocar trompete!"). Esse comportamento moldará o contexto no qual os instrumentos musicais são apresentados. Evidentemente, a teoria da aprendizagem social explícita e implicitamente encoraja os clínicos a examinarem a influência dinâmica mútua entre os indivíduos e o contexto mais amplo em que eles se comportam. Além disso, a teoria da aprendizagem social examina a forma como o comportamento afeta as circunstâncias atuais.

A terapia cognitiva sustenta que cinco elementos inter-relacionados estão envolvidos na conceitualização de dificuldades psicológicas

humanas (A. T. Beck, 1985; J. S. Beck, 1995; Padesky e Greenberg, 1995); são eles: contexto interpessoal/ambiental, fisiologia, funcionamento emocional, comportamento e cognição do indivíduo. Todos esses aspectos modificam-se e interagem, criando um sistema dinâmico e complexo. O modelo cognitivo foi ilustrado graficamente em muitas outras publicações (J. S. Beck, 1995; Padesky e Greenberg, 1995).

Sintomas cognitivos, comportamentais, emocionais e fisiológicos ocorrem em um contexto interpessoal/ambiental. Portanto, o modelo incorpora explicitamente questões de contexto sistêmico, interpessoal e cultural que são tão essenciais à psicoterapia infantil. Os sintomas não ocorrem no vazio, portanto os clínicos deveriam considerar as circunstâncias particulares ao avaliar e tratar uma criança ou adolescente. Em geral, embora considerando o contexto, os terapeutas cognitivos intervêm em nível cognitivo-comportamental para influenciar padrões de pensamento, de ação, sentimentos e reações corporais (Alford e Beck, 1997).

Por exemplo, Alice é uma menina branca de 16 anos que vive com sua mãe biológica e seu padrasto em um bairro pobre com escolas inadequadas. Fruto de uma gravidez indesejada, é abertamente rejeitada e bode expiatório de seus pais. Nesse contexto, ela está experimentando sintomas fisiológicos (dores de estômago, sono excessivo), de humor (depressão, sentimentos de inutilidade), comportamentais (passividade, evitação, retraimento) e cognitivos ("Eu não valho nada."). Embora esse exemplo seja severo, ilustra que os sintomas precisam ser considerados no contexto de circunstâncias ambientais e disposições pessoais que iniciam, exacerbam e mantêm o sofrimento.

A forma como crianças e adolescentes interpretam suas experiências molda profundamente seu funcionamento emocional. Sua visão é o foco principal do tratamento. A forma como os mais jovens constroem "embalagens mentais" sobre si mesmos, os relacionamentos com outras pessoas, as experiências e o futuro influenciam suas reações emocionais. As crianças e os adolescentes não recebem ou respondem pas-

sivamente a estímulos ambientais, antes, elaboram ativamente informações selecionando, codificando e explicando as coisas que acontecem a si e aos outros.

Esse sistema de processamento de informação é hierarquicamente organizado em camadas, consistindo de produtos cognitivos, operações cognitivas e estruturas cognitivas (A. T. Beck e Clark, 1988; Dattilio e Padesky, 1990; Ingram e Kendall, 1986; Padesky, 1994), e tem como produto os pensamentos automáticos (A. T. Beck e Clark, 1988). Estes são pensamentos ou imagens do fluxo de consciência específicos da situação e passam pela mente das pessoas durante uma mudança de humor. Portanto, Bárbara pode convidar uma amiga para brincar durante o recreio e a amiga pode recusar, dizendo que quer brincar com outra criança (situação). Bárbara fica triste (emoção) e interpreta a situação dizendo a si mesma: "Judy não é mais minha amiga. Ela não gosta de mim" (pensamento automático). Os pensamentos automáticos, relativamente fáceis de identificar, têm recebido muita atenção na literatura de terapia cognitiva. Entretanto, eles representam apenas um elemento no modelo cognitivo.

As distorções cognitivas também têm sido dignas de considerável atenção (J. S. Beck, 1995; Burns, 1980), refletindo processos cognitivos nesse modelo (A. T. Beck e Clark, 1988). As distorções transformam a informação que chega de modo que os esquemas cognitivos permaneçam intactos, influenciam os processos de assimilação e mantêm a homeostase. Por exemplo, o esquema de Susan reflete uma percepção de incompetência: ela acredita que não pode fazer nada direito, conseqüentemente, sente-se ansiosa (emoção) em situações de desempenho. Por isso, Susan pode tirar uma nota alta em uma prova de matemática (situação) e acreditar que a nota não importa porque a prova foi muito fácil (pensamento automático), depreciando seu sucesso (distorção cognitiva). A informação discrepante em relação a sua crença central é invalidada, o esquema cognitivo permanece intacto, perpetuando-se através do processo de distorção. Susan é incapaz de extrair dados

confirmatórios do ambiente. A escola provavelmente continuará sendo uma situação que a expõe a pressão de desempenho e a autodepreciação, enquanto a menina, por sua vez, provavelmente continuará a temer pressões de desempenho.

Os esquemas cognitivos representam estruturas centrais de significado que direcionam a codificação de atenção e a lembrança (Fiske e Taylor, 1991; Guidano e Liotti, 1983, 1985; Hammen, 1988; Hammen e Zupan, 1984). Os esquemas induzem produtos e operações cognitivas, que refletem as crenças mais básicas que um indivíduo mantém. Kagan (1986, p.121) descreveu o esquema como "a unidade cognitiva que armazena experiência de uma forma tão fiel que a pessoa pode reconhecer um evento passado".

Imagine um jovem de 15 anos, com ansiedade social, que lembra de ter sido humilhado em um encontro de escoteiros-lobinhos quando tinha 6 anos. Toda vez que entra em uma situação social nova, seu esquema o leva de volta à humilhação original, de modo que ele se sente como se estivesse revivenciando o evento. Talvez isso explique o fenômeno clínico no qual clientes parecem tão regredidos e imaturos quando estão severamente angustiados. No caso desse menino de 15 anos, sempre que seus botões esquemáticos são acionados, ele se vê e vê o mundo através dos olhos de um lobinho de 6 anos desprezado.

O material esquemático é relativamente inacessível e freqüentemente permanece latente até ser ativado por um estressor (Hammen e Goodman-Brown, 1990; Zupan, Hammen, e Jaenicke, 1987). Na teoria cognitiva, os esquemas podem representar um fator de vulnerabilidade que predispõe crianças a sofrimentos emocionais (A. T. Beck e cols., 1979; Young, 1990). Conceitualmente, um estilo atributivo pessimista pode ser considerado uma diátese para a depressão na infância (Gillham, Reivich, Jaycox e Seligman, 1995; Jaycox, Reivich, Gillham e Seligman, 1994; Nolen-Hoeksema e Girgus, 1995; Nolen-Hoeksema, Girgus e Seligman, 1996; Seligman, Reivich, Jaycox e Gillham, 1995).

Os esquemas desenvolvem-se cedo na vida, tornam-se reforçados com o passar do tempo e, como conseqüência de repetidas experiências de aprendizagem, consolidam-se por volta da adolescência e início da vida adulta (Guidano e Liotti, 1983; Hammen e Zupan, 1984; Young, 1990). O primeiro material esquemático pode ser codificado em nível pré-verbal, podendo conter imagens não-verbais além de material verbal (Guidano e Liotti, 1983; Young, 1990). Os esquemas das crianças tendem a não ser tão bem consolidados quanto os esquemas adultos. Por exemplo, Nolen-Hoeksema e Girgus (1995) concluíram que o estilo atributivo pessimista é determinado por volta dos 9 anos de idade, mas os efeitos nocivos deste estilo podem aparecer somente vários anos mais tarde. De fato, Turner e Cole (1994) verificaram que a diátese cognitiva era mais notável em alunos de oitava série do que em alunos de quarta ou sexta séries.

Como a maioria dos terapeutas percebe, reconhecer quando cognições significativas foram identificadas não é tão simples como superficialmente parece, é necessário um guia ou um mapa. A terapia cognitiva fornece um modelo útil através de um entendimento da *hipótese de especificidade do conteúdo*, a qual postula que diferentes estados emocionais são caracterizados por diferentes cognições (Alford e Beck, 1997; A. T. Beck, 1976; Clark e Beck, 1988; Clark, Beck e Alford, 1999; Laurent e Stark, 1993) e cujos aspectos foram submetidos a uma investigação empírica que lhe dá apoio (Jolly, 1993; Jolly e Dykman, 1994; Jolly e Kramer, 1994; Laurent e Stark, 1993; Messer, Kempton, Van Hasselt, Null e Bukstein, 1994).

De acordo com a hipótese de especificidade do conteúdo, a depressão é caracterizada pela clássica *triáde cognitiva negativa* (A. T. Beck e cols., 1979). Indivíduos deprimidos tendem a explicar eventos desfavoráveis por meio de uma visão autocrítica ("Eu sou um idiota."), uma visão negativa de suas experiências com outras pessoas ("Tudo está perdido. Ninguém vai gostar de mim.") e uma visão negativa do futuro ("Vai ser deste jeito para sempre."). Os pensamentos de uma pessoa deprimida tendem a ser direcionados

ao passado e representam temas enfocando perda (A. T. Beck, 1976; Clark e cols., 1999).

A ansiedade é caracterizada por grupos de cognições diferentes da depressão (A. T. Beck e Clark, 1988; Bell-Dolan e Wessler, 1994; Kendall, Chansky, Friedman e Siqueland, 1991). Na ansiedade, *catastrofização* é comum: os pensamentos de indivíduos ansiosos tendem a ser direcionados ao futuro e caracterizados por previsões de perigo (A. T. Beck, 1976). O Capítulo 6, sobre identificação de pensamentos e sentimentos, estende-se um pouco mais sobre a hipótese de especificidade do conteúdo e sua aplicação clínica.

De modo geral, esses princípios da terapia cognitiva são bastante pesquisados e teoricamente firmes; como consequência, a teoria cognitiva fornece uma base sólida para trabalhar com crianças e leva a intervenções teoricamente instigantes baseadas na conceitualização de caso. Por exemplo, nos centramos nos sistemas de processamento de informação da criança como uma forma de identificar seus pensamentos automáticos e seus esquemas cognitivos. A hipótese de especificidade do conteúdo fornece uma estrutura para reconhecer seus pensamentos automáticos que mantêm e perpetuam esquemas mal-adaptativos, bem como um método para determinar sua relação com a estimulação afetiva negativa da criança. Compreendendo-se a teoria cognitiva, os processos e as estratégias de intervenção adequadas, pode-se desenvolver o conhecimento básico e as habilidades necessárias para conduzir uma terapia cognitiva efetiva.

QUAIS AS SEMELHANÇAS ENTRE TERAPIA COGNITIVA COM ADULTOS E TERAPIA COGNITIVA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Embora a terapia cognitiva deva ser adaptada para adequar-se às características individuais das crianças, vários princípios originalmente estabelecidos através do trabalho com

adultos ainda se aplicam (Knell, 1993); por exemplo, o empirismo colaborativo e a descoberta orientada são úteis com crianças. Além disso, a estrutura da sessão também pode ser flexivelmente aplicada com crianças, portanto, estabelecimento da agenda e evocação de *feedback* são princípios centrais que orientam a terapia cognitiva com crianças. Spiegler e Guevremont (1995) observam corretamente que a tarefa de casa é um elemento central nas terapias cognitivo-comportamentais, que permite às crianças experimentar habilidades em contextos da vida real. A terapia cognitiva com crianças permanece focalizada no problema, ativa e orientada ao objetivo (Knell, 1993), assim como a terapia com adultos.

QUAIS AS DIFERENÇAS ENTRE TERAPIA COGNITIVA COM ADULTOS E TERAPIA COGNITIVA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Ao mesmo tempo, a terapia cognitiva com crianças difere da terapia cognitiva com adultos. Primeiro, poucas crianças vêm para terapia por sua própria vontade (Leve, 1995). Elas são trazidas para tratamento em geral pelos responsáveis, devido a problemas que elas podem ou não admitir que têm. Além disso, a experiência clínica sugere que freqüentemente as crianças são encaminhadas para terapia porque suas dificuldades psicológicas criam problemas para algum sistema (p. ex., família, escola).

As crianças raramente iniciam o tratamento, assim como não podem escolher quando ele termina. Em alguns casos, podem gostar da terapia e fazer progressos significativos, contudo, por várias razões, seus pais encerram o tratamento. Em outros casos, as crianças podem evitar o processo terapêutico e até temer a terapia, mas circunstâncias externas (p. ex., determinação de juizado de menores, exigência da escola, pais) podem forçá-las a continuar. Em nenhum dos casos as crianças controlam o processo.

Embora muitas delas possam receber bem a oportunidade de revelar pensamentos e sentimentos a um adulto, para outras, a experiência de ir à psicoterapia para falar com um adulto em uma posição de autoridade cria uma quantidade substancial de ansiedade. Não surpreendentemente, as crianças com frequência verbalizam um senso realístico de incontrolabilidade; portanto, deve-se trabalhar com diligência para envolver a criança no processo de tratamento e aumentar sua motivação.

A terapia cognitiva com crianças baseia-se geralmente em uma abordagem empírica, de aqui-e-agora (Knell, 1993). Visto que as crianças são orientadas à ação, elas aprendem com facilidade fazendo. Associar habilidades de controle a ações concretas provavelmente ajuda as crianças a prestar atenção, a lembrar e a realizar o comportamento desejado. Além disso, a ação na terapia é estimulante. A motivação das crianças aumentará quando elas estiverem se divertindo.

As crianças agem dentro de sistemas como famílias e escolas (Ronen, 1998, p.3). Ronen observou apropriadamente que “o foco da TCC (terapia cognitivo-comportamental) está no tratamento de crianças no interior de seu ambiente natural, seja a família, a escola ou o grupo de iguais”. Conseqüentemente, os terapeutas devem avaliar as questões sistêmicas complexas que circundam os problemas das crianças e elaborar planos de tratamento adequados às suas necessidades. Sem considerar as questões sistêmicas, os terapeutas ficam “voando às cegas”. Os sistemas nos quais as crianças atuam podem reforçar ou extinguir habilidades adaptativas de controle. O envolvimento da família e reuniões com a escola são cruciais para o início, a manutenção e a generalização bem-sucedidos de ganhos terapêuticos.

As crianças têm capacidades, limitações, preferências e interesses diferentes dos adultos. Sentar em uma cadeira olhando outra pessoa falar sobre problemas psicológicos pode parecer estranho e perturbador para os mais jovens. Visto que a terapia cognitiva com crianças baseia-se em capacidades verbais e cognitivas,

deve-se considerar cuidadosamente as idades das crianças, bem como suas habilidades socio-cognitivas (Kimball, Nelson e Politano, 1993; Ronen, 1997), e adaptar o nível de intervenção à idade e às capacidades do seu desenvolvimento. Crianças menores tendem a beneficiar-se de técnicas cognitivas simples como auto-instrução e intervenções comportamentais, enquanto adolescentes provavelmente se beneficiarão de técnicas mais sofisticadas, que exigem análises racionais (Ronen, 1998).

A idade, embora importante, é uma variável não-específica (Daleiden, Vasey e Brown, 1999), portanto, devemos permanecer conscientes de variáveis sociocognitivas, como linguagem, capacidade de tomada de perspectiva, capacidade de raciocínio e habilidades de regulação verbal (Hart e Morgan, 1993; Kimball e cols., 1993; Ronen, 1997, 1998). Quando as exigências da tarefa terapêutica excedem as capacidades sociocognitivas das crianças, elas podem equivocadamente parecer resistentes, esquivas e até incompetentes (Friedberg e Dalenberg, 1991). Mischel (1981, p.240) defendia corretamente que “as crianças são psicólogos intuitivos potencialmente sofisticados (embora falíveis) que vêm a saber e a usar princípios psicológicos para entender o comportamento social, para regular sua própria conduta e para alcançar domínio e controle sobre seus ambientes”. Tarefas terapêuticas simples e significativas, sensíveis ao nível de desenvolvimento, envolvem com sucesso na terapia cognitivo-comportamental inclusive crianças pequenas (Friedberg e Dalenberg, 1991; Knell, 1993; Ronen, 1997). Por exemplo, diários de pensamento que incluem balões de pensamento são facilmente entendidos por crianças pequenas (Wellman, Hollander e Schult, 1996). Portanto, as variáveis sociocognitivas dirigem quais, como e quando vários procedimentos cognitivo-comportamentais são utilizados.

A capacidade da linguagem influenciará o quanto as crianças se beneficiarão de intervenções verbais diretas (Ronen, 1997, 1998). Com aquelas com menos fluência verbal, desenhos, fantoches, brinquedos, jogos, trabalho manual e

outros meios que exigem menos mediação verbal podem ser indicados. Ler e contar histórias podem ser formas pelas quais podemos aumentar sua sofisticação verbal. Além disso, filmes, música e programas de televisão poderiam facilitar uma mediação verbal. Adaptar as tarefas para que estejam à altura da capacidade de linguagem das crianças é um desafio clínico crucial.

Vários autores delinearão importantes variáveis e tarefas do desenvolvimento para serem consideradas por terapeutas cognitivos (Kimball e cols., 1993; Ronen, 1997). Ronen (1998, p.7) observa que, para determinar se o comportamento de uma criança é problemático, é necessário um entendimento das tarefas do desenvolvimento exigidas com que elas se defrontam:

À medida que as crianças crescem, espera-se que obtenham controle de seus esfínteres, espera-se que aprendam que seus pais sempre voltam, e parem de chorar quando eles saem, e espera-se que gradualmente obtenham habilidades de autocontrole, desenvolvam a positividade e uma capacidade de auto-avaliação e aprendam a conduzir a comunicação e a negociação verbal em vez de chorar sempre que desejam alguma coisa.

Quando o comportamento das crianças desvia-se significativamente das expectativas do desenvolvimento, os clínicos trabalham para corrigir esses processos descarrilados. De fato, orientar crianças e suas famílias através desses desvios de desenvolvimento é freqüentemente um dos focos principais do tratamento.

Neste livro, tentamos mostrar uma forma lúdica e divertida de trabalhar com crianças. Embora muitas das questões psicológicas que desafiam as crianças sejam dolorosas e penosas para elas, temas desconfortáveis podem ser abordados de maneira imaginativa, criativa e

envolvente. Em nossa experiência, parece que quanto mais as crianças estão envolvidas e comprometidas, menos a terapia parece um trabalho.

O reforço explícito é uma parte central deste trabalho (Knell, 1993). As crianças são reforçadas a arrumar seus brinquedos na sala de jogos, completar a tarefa de casa, revelar seus pensamentos e sentimentos, e assim por diante. As recompensas comunicam expectativas e correspondem a funções de motivação, atenção e retenção (Bandura, 1977; Rotter, 1982), ou seja, envolvem as crianças, dirigem-nas ao que é importante e ensinam a elas o que lembrar.

UMA PALAVRA SOBRE AS TRANSCRIÇÕES E OS EXEMPLOS

Todos os exemplos e transcrições de casos são relatos clínicos fictícios ou disfarçados. Eles representam uma combinação de nossos casos e de nossas experiências como formas de ilustrar conceitos de maneira simples. Percebemos que em nosso contexto clínico real, os problemas raramente são tão claros e simples. Finalmente, embora tenhamos tratado inúmeras crianças, a maioria dos exemplos clínicos apresentados são com crianças e adolescentes brancos, de origem européia. Além disso, a maior parte da pesquisa empírica e teórica existente baseia-se em crianças brancas, de origem européia. Portanto, recomendamos cautela ao generalizar conceitos e práticas para o seu trabalho com crianças de diferentes origens. As seções que abordam questões de contexto cultural em todo o livro devem alertar para possíveis questões etnoculturais e estimular modificações culturalmente responsivas, se necessário.