

1

O começo

Este livro oferece aos terapeutas cognitivo-comportamentais diferentes técnicas e procedimentos a fim de tornar mais acessível e mais efetiva a terapia, seja para as crianças, seja para os terapeutas. Seu objetivo é servir como complementação do livro que o antecede, *Clinical Practice of Cognitive Therapy With Children and Adolescents: The Nuts and Bolts* (Friedberg e McClure, 2002). O primeiro livro oferecia informações básicas sobre o tratamento. Agora, o tema é aprofundado visando a apresentar mais técnicas e abordagens, abrangendo pacientes difíceis e problemas e casos mais complexos. Há exemplos ilustrativos de casos para ajudar os terapeutas a escolher a técnica que melhor se aplique ao paciente. Também se pensou em uma obra que reunisse os manuais de tratamento empiricamente embasados e aquilo que encontramos na prática clínica.

No Capítulo 1, apresentamos alguns dos achados da literatura a fim de orientar os terapeutas sobre meios de pôr em prática aspectos considerados efetivos em tratamentos empiricamente embasados. Além disso, é considerada uma abordagem paradigmática ao tratamento, avaliando-se como ela pode oferecer benefícios à vivência clínica.

A pesquisa como fundamento da terapia cognitivo-comportamental (TCC)

com crianças é metodologicamente rigorosa e tem apresentado eficácia significativa. Esses achados promissores demandam práticas também empiricamente embasadas ou, pelo menos, empiricamente conceituadas. Ainda assim, muitos terapeutas permanecem céticos quanto ao uso de protocolos de pesquisa em práticas clínicas (Southam-Gerow, 2004; Wisz, 2004). De fato, os esforços no sentido de divulgar amplamente tratamentos efetivos têm sido malsucedidos (Addis, 2002; Carroll e Nuro, 2002; Chambless e Ollendick, 2001; Edwards, Dattilio e Bromley, 2004; Gotham, 2006; Schulte, Bochum e Eifert, 2002; Seligman, 1995). Há várias razões para isso.

Os terapeutas enfrentam muitos desafios que os protocolos de pesquisa procuram evitar. Por exemplo, os terapeutas geralmente tratam pacientes bastante perturbados, com comorbidades, os quais têm grandes chances de abandonar o tratamento (Weisz, 2004). Por outro lado, os participantes recrutados para uma pesquisa geralmente ou são voluntários, ou são pagos por sua participação. Em clínicas típicas, os pacientes que buscam tratamento para seus filhos raras vezes reconhecem seus problemas, discordando dos objetivos do tratamento, e buscam ajuda por conta própria (Creed e Kendall, 2005; Shirk e Karver, 2003). As populações clíni-

cas geralmente sofrem de psicopatologias familiares mais abrangentes, e, tristemente, muitas dessas crianças podem sofrer alguma forma de abuso (Weisz, 2004). Somado a isso, os terapeutas geralmente estão sobrecarregados por demandas de produtividade, exigências burocráticas, formulários, entre outros (Southam-Gerow, 2004; Weisz, 2004). Southam-Gerow (2004) astutamente apontou que quem publicava manuais via incorretamente os clínicos como consumidores passivos ou “usuários finais”. Ele afirma que os terapeutas deveriam ser vistos como coparticipantes criativos capazes de tomar decisões inteligentes. Como Jones e Lyddon (2000, p. 340) escreveram: “desenvolver manuais de terapia não é um processo escrito na pedra, mas um processo em contínua evolução”. Em outras palavras, a pesquisa pode apontar a direção certa aos clínicos, mas os clínicos em sua prática cotidiana precisam encontrar formas específicas de atingir um objetivo.

A abordagem modular à TCC oferecida neste livro é uma alternativa atrativa aos manuais, equilibrando a precisão do paradigma com a flexibilidade e criatividade da prática clínica. Nós não podemos afirmar que uma abordagem modular é melhor do que uma terapia baseada em um manual. Os dados ainda não estão nessa questão; entretanto, a força de uma abordagem modular reside em seu potencial de aplicação prática.

UMA ABORDAGEM MODULAR À TCC

Uma abordagem modular à intervenção é baseada em habilidades e é aplicável a crianças e adolescentes com diferentes diagnósticos (Van Brunt, 2000). Chorpita, Daleiden e Weisz (2005b, p. 142) definem *modularidade* como “fragmentar atividades complexas em partes mais simples que funcionam independentemente.” A abor-

dagem modular referida neste livro consiste em selecionar técnicas individuais e procedimentos de manuais de tratamento empiricamente embasados e agrupá-las segundo tarefas de terapias em módulos (Chorpita, Daleiden e Weisz, 2005a; Curry e Wells, 2005; Rogers, Reinecke e Curry, 2005). Técnicas e procedimentos neste volume são organizados em seis módulos, nas seguintes áreas: psicoeducação, avaliação e intervenções comportamentais, auto-monitoramento, reestruturação cognitiva, análise racional e métodos de exposição/experimentação. Todas as técnicas de um módulo compartilham um propósito terapêutico comum (por exemplo, psicoeducação), mas elas podem diferir na adequação desenvolvimental (infantil ou adolescente), população-alvo e modalidade (individual, coletiva ou terapia de família).

Construir um conceito individualizado de caso é um passo fundamental na implementação da abordagem modular apresentada neste livro. Kendall, Chu, Gifford, Hayes e Nauta (1998) afirmaram que a TCC com crianças é direcionada por uma lógica teórica, e não por técnicas. Os leitores de diferentes orientações teóricas provavelmente reconhecerão algumas técnicas em geral associadas a outros paradigmas terapêuticos. Os elos entre as diversas técnicas neste livro são conceituais. Vale lembrar que o que determina uma técnica cognitiva é seu contexto teórico e o mecanismo conceitual de mudança proposto (J. S. Beck, 1995).

A Figura 1.1 apresenta os módulos e suas inter-relações ao longo do tratamento. A avaliação e a psicoeducação são os primeiros. Mesmo que se inicie com a avaliação e com a psicoeducação, as setas bidirecionais permitem o retorno a essas técnicas ao longo do processo de tratamento conforme segue-se para procedimentos comportamentais, de reestruturação cognitiva, análises racionais e de obtenção de performances.

As técnicas do módulo de testagem, automonitoramento e avaliação direcionam pacientes e terapeutas a um desenvolvimento apropriado da terapia, bem como fornecem dados sobre o andamento do tratamento. Por exemplo, se o paciente está com alta anedonia, atividades prazerosas devem ser iniciadas. Se há carência de habilidades sociais, então o encaminhamento para essa direção é uma estratégia lógica. Em alguns casos, o automonitoramento e outros métodos de testagem indicam a necessidade de uma intervenção de reestruturação cognitiva. Uma técnica nesse sentido pode ser aplicada e avaliada. Se os dados indicarem que a intervenção foi bem-sucedida, o terapeuta pode decidir ou por um procedimento avançado de reestruturação cognitiva ou por um

procedimento nos módulos subsequentes de análise racional ou de exposição. Se a avaliação revelar insucesso, então ou outra técnica de reestruturação cognitiva ou uma intervenção do módulo comportamental precedente pode ser o caminho. O Capítulo 2 apresenta vários métodos de testagem e automonitoramento.

A psicoeducação possibilita às crianças, aos adolescentes, às famílias e aos terapeutas um entendimento compartilhado do processo da terapia. Frank (1961) afirmou que todas as psicoterapias incluem uma lógica que explica a doença e a recuperação. Mais especificamente:

A lógica terapêutica permite ao paciente dar sentido a seus sintomas. Como ele comumente os vê como inexplicáveis, o

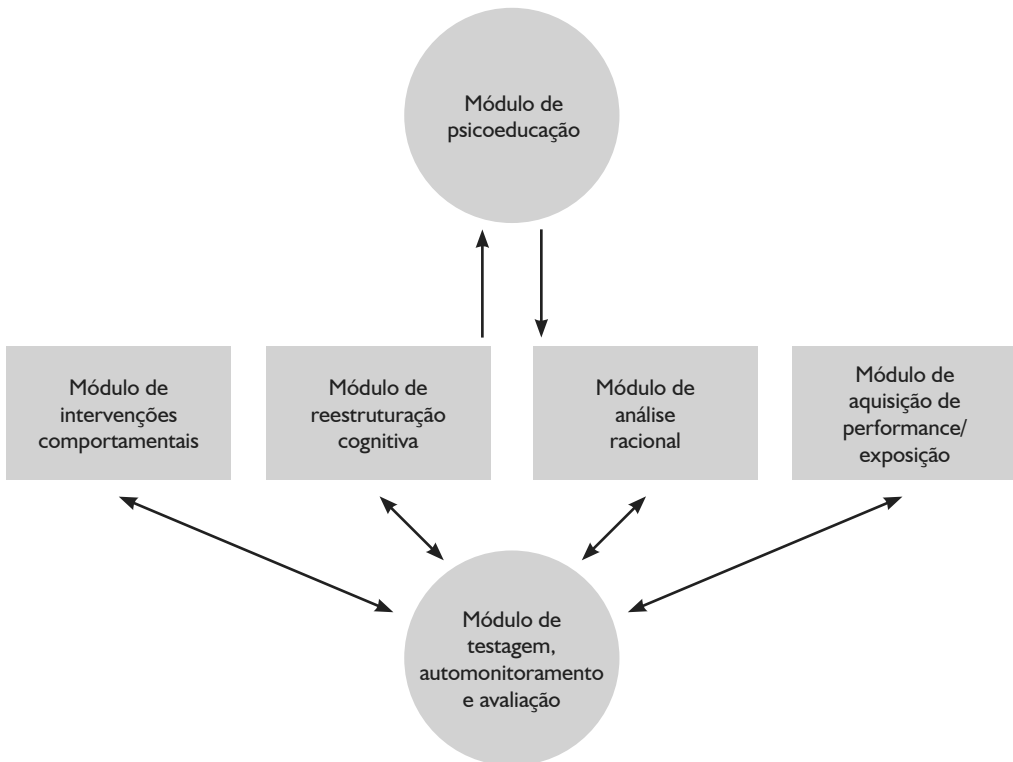


FIGURA 1.1

Abordagem modular à TCC.

que aumenta sua percepção de ameaça, ser capaz de nomeá-los e explicá-los em termos de um esquema conceitual maior é importante e confortador. O primeiro passo para adquirir controle de qualquer fenômeno é dar a ele um nome. (1961, p. 328)

O Capítulo 3 oferece muitas técnicas específicas de psicoeducação.

Há quatro módulos de intervenção: intervenções comportamentais, reestruturação cognitiva, análise racional e obtenção de performance/exposição. Eles são sequenciados conforme a aquisição de habilidades acontece: de uma tarefa simples a uma complexa. Em geral, é mais fácil para as crianças adquirir e aplicar as intervenções comportamentais (Capítulo 4), enquanto a reestruturação cognitiva (Capítulo 5) ou a análise racional (Capítulo 6) são mais sofisticadas. A exposição e outros métodos de obtenção de performance (Capítulo 7) são posteriores na sequência, o que permite a construção de habilidades de *coping* que podem facilitar o progresso em direção a tarefas de experiência/exposição.

A CONCEITUAÇÃO DO CASO É CRUCIAL

Confiar na conceituação do caso divide terapeutas e teóricos (Freeman, Pretzer, Fleming e Simon, 1990). Ela flexibiliza as estratégias de tratamento, permite ao terapeuta reconhecer quais técnicas funcionam e quais procedimentos são inócuos, facilitando a solução produtiva de problemas quando o tratamento encontra obstáculos. Ainda que uma discussão ampla da conceituação do caso ultrapasse o escopo deste capítulo, haverá um breve comentário sobre conceituar pacientes. Para os leitores que buscam mais base sobre os fundamentos da conceituação de caso, são recomendados os trabalhos de

J. S. Beck (1995), Friedberg e McClure (2002), Kuyken, Padesky e Dudley (2009) e Persons (2008).

Friedberg e McClure (2002) delinearam os elementos críticos da conceituação de caso, o que inclui o histórico de desenvolvimento, o contexto cultural, os antecedentes comportamentais, as estruturas cognitivas e os problemas levantados, ou seja, as questões que levam os jovens ao tratamento. Mesmo sendo cruciais e, na maior parte dos casos, urgentes, eles representam apenas uma parte do todo. No modelo referido, os problemas apresentados são melhor compreendidos no contexto do histórico aprendido, dos fatores culturais, das influências sistêmicas e variáveis de desenvolvimento, o que tem um reflexo bidirecional nos problemas apresentados: tais aspectos são, ao mesmo tempo, causa e consequência. Visando a conceituar um caso e implementar com sucesso um tratamento, será necessário obter informações relevantes do paciente conforme segue.

Marcos desenvolvimentais a respeito da autorregulação (por exemplo, comer, dormir, ir ao banheiro), responsividade a mudanças na rotina e adequação à escola devem ser considerados. Além disso, o *funcionamento escolar* de um jovem deve ser pesquisado (por exemplo, desempenho escolar; frequência; histórico disciplinar – detenções, suspensões e expulsões; vivências na cantina, no ginásio e no pátio). O *funcionamento social* também é muito importante (Quem são os amigos do paciente? Como os amigos são conquistados? Quanto tempo duram as amizades? Qual é o histórico de namoros/relações sexuais do paciente? O paciente vai a festas de aniversário? Dorme fora de casa? Vai a festas?). Você deve colher dados específicos sobre *funcionamento familiar* (histórico psiquiátrico de pais e irmãos; técnicas disciplinares empregadas; presença de violência doméstica; quem

chefia a família e quem é coadjuvante). É importante também averiguar o *uso de substâncias* (drogas ilícitas, álcool, laxativos, medicamentos comuns), as *condições médicas* e o *histórico legal*.

Dados etnoculturais também devem ser coletados. Níveis de aculturação, identidade e crenças etnoculturais específicas devem ser consideradas. Deve-se questionar sobre crenças culturais a respeito do problema apresentado e do tratamento. Quaisquer experiências de preconceito, discriminação, opressão e marginalização devem ser incluídas na conceituação.

Após coletar e sintetizar todos esses dados, inicia-se o processo de inferência. Concordamos com Persons (1995) que formulações simples são preferíveis a formulações complexas. Um procedimento simples sugerido por Persons é usar os dados para formular uma visão do *self* (ou seja, “Eu sou...”), do mundo (“O mundo é...”, “O ambiente é...”) e das outras pessoas (“As pessoas são...”). Essas peças combinam-se em uma figura que diz “Eu sou _____ em um mundo _____ onde as outras pessoas são _____.”

Os componentes “mundo” e “outras pessoas” afetam diretamente o modo como o paciente entende a terapia e o terapeuta. Por exemplo, um paciente que vê os outros como críticos, distantes, excludentes e/ou controladores vai temer avaliações negativas e coerções do terapeuta. Por outro lado, um paciente que vê os outros como inferiores, subordinados e/ou indignos irá desvalorizar o terapeuta, ver o tratamento como uma perda de tempo e agir de modo a ludibriar o terapeuta.

A CONCEITUAÇÃO DO CASO PARA ORIENTAR A TCC MODULAR

A fim de avaliar como a conceituação do caso impacta a TCC modu-

lar, recorreremos a alguns exemplos. Considere-se uma menina de 10 anos que vê a si mesma como incapaz em um mundo excludente em que os outros são coercivos. Essas crenças sobre o mundo e sobre as outras pessoas moldarão sua percepção a respeito do terapeuta e da terapia. Essa menina é propensa a interpretar as intervenções como coercitivas e os questionamentos socráticos como críticas implícitas. Seu desafio inicial é estabelecer as intervenções modulares em um contexto que estimule a autonomia, o controle e a colaboração, e que comunique compreensão. Portanto, a psicoeducação é fundamental. As intervenções modulares devem reduzir a sensação de desesperança do paciente. Ao longo do tratamento, é possível avançar na abordagem de suas concepções em relação aos outros e ao mundo. Obtendo sucesso no tratamento, suas concepções dos outros como sendo coercitivos e do mundo como sendo excludente serão desconstruídas.

Em outro exemplo, um menino de 17 anos tinha a seguinte crença: “A menos que eu tenha sempre perfeito controle de mim mesmo, dos outros e do mundo, eu serei um incompetente, pois o mundo é perigoso, e os outros são imprevisíveis e dominadores”. Para esse paciente, o controle absoluto equivale à segurança e à competência. Uma sessão consistente e a colaboração atenuarão suas amargas definições dos outros e do mundo. Entretanto, para provar sua competência, ele precisa preservar controle absoluto de tudo. Intervenções modulares voltadas a verificar vantagens e desvantagens do perfeito controle, a avaliar conceitos alternativos de “competência”, a testar a evidência de que a competência está relacionada ao controle e aos experimentos comportamentais em que se “perde” algum controle e, ainda assim, mantém-se a competência são recomendadas.

Acredita-se que a coerência teórica é essencial para uma prática clínica de excelência. A escolha de procedimentos e técnicas precisa ser orientada pela teoria cognitivo-comportamental. A conceituação cognitivo-comportamental de caso previne a deriva teórica. Além disso, a confiança na conceituação permite que se avaliem os mecanismos de mudança. Assim, é possível avaliar por que o tratamento transcorre bem ou mal. Dessa forma, obstáculos podem ser superados.

INTEGRANDO PROCEDIMENTOS COM PROCESSOS PSICOTERAPÊUTICOS

Assim como qualquer clínico prontamente reconhece, a psicoterapia é fundamentalmente um empreendimento interpessoal (Southam-Gerow, 2004). O relacionamento é essencial, mas não é suficiente para a mudança terapêutica. Sendo assim, recomenda-se que cada procedimento seja conscientemente integrado no processo psicoterapêutico (Shirk e Karver, 2006). O relacionamento e as intervenções do tratamento não são independentes. Os procedimentos e a construção do relacionamento são tarefas contemporâneas e trabalham em conjunto para estabelecer alianças de trabalho poderosas. Ou seja, as intervenções constroem bons relacionamentos, e fortes alianças estabelecem intervenções efetivas.

A colaboração entre o paciente e o terapeuta aumenta a aliança terapêutica. Creed e Kendall (2005) concluíram que apressar o paciente e comportar-se com excesso de formalidade pronunciam índices mais baixos de aliança. A curiosidade do terapeuta muitas vezes estimula a colaboração: terapeutas curiosos muitas vezes induzem a curiosidade em seus jovens pacientes, e a experimentação comportamental é dependente da curiosidade. Kingery

e colaboradores (2006) encorajaram os terapeutas a revelar aspectos de suas vidas pessoais (amigos, interesses, *hobbies*) na terapia. Gosch, Flannery-Schroeder, Mauro e Compton (2006) recomendam que os terapeutas façam revelações pessoais apropriadas a seus jovens pacientes, visto que isso não apenas aumenta o *rapport*, como também define o terapeuta como um modelo.

Friedberg e McClure (2002) projetaram um modelo clinicamente útil para integrar a estrutura, o processo e as variáveis de conteúdo da psicoterapia, conforme o Quadro 1.1. A *estrutura* indica o procedimento e as técnicas característicos da TCC. Esses elementos incluem, mas não limitam, a estrutura da sessão, a psicoeducação, a testagem, o automonitoramento, as tarefas comportamentais, o treinamento de habilidades sociais, a reestruturação cognitiva, a análise racional e a exposição. Por exemplo, a terapia cognitiva de Beck usa uma estrutura de sessão consistente (A. T. Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979; J. S. Beck, 1995) que envolve a avaliação de humor, a retomada da sessão anterior, a revisão das tarefas domésticas, o estabelecimento de agenda, o processamento dos conteúdos da sessão, a designação de tarefas domésticas e *feedback*. É importante lembrar que a estrutura da sessão deve ser mantida ao longo da terapia ao empregar os procedimentos referidos.

O *conteúdo* é o material terapêutico direto eliciado pela estrutura. Os pensamentos automáticos, as emoções, as respostas de testagens, os pensamentos de *coping* e resultados de experimentos comportamentais do paciente: tudo isso representa o conteúdo.

O *processo* acrescenta uma terceira dimensão, referente à forma como a criança responde à estrutura e ao conteúdo da sessão. Ninguém reage da mesma maneira ao mesmo procedimento. As reações idiossincráticas das crianças aos procedi-

mentos cognitivo-comportamentais são aspectos relevantes da compreensão do processo de tratamento. Pos e Greenberg (2007) perceberam que os pacientes demonstram estados cognitivos, comportamentais e emocionais problemáticos durante a sessão. Observar o processo terapêutico facilita o reconhecimento desses indicadores, que são oportunidades para intervenção. Yontef (2007, p. 23) recomendou: “O terapeuta tem que reconhecer aberturas e aprender a sequência do antes e do depois.” Os marcadores de processo das crianças podem incluir respostas como cansaço, ruborização, mudança de postura, movimento com os pés, mudança de assunto, fuga para embaixo da mesa, cinismo, complacência, irritação, pessimismo, ansiedade por agradar, respostas lacônicas e superficialidade.

Tramar procedimentos e o processo em um tecido psicoterapêutico coerente é o segredo. Eis alguns exemplos clínicos. Uma menina agressiva de 13 anos, Tanya, acreditava que estava sendo vigiada por muitas pessoas. Ela sempre interpretava equivocadamente ações benignas como sendo ameaças deliberadas. Uma vez que a possibilidade de ser atacada parecia iminente, estava predisposta a contra-ataques repentinos. Durante a sessão, Tanya respondeu a um comentário inócuo (“Deve ser difícil pensar que você está totalmente sozinha.”) com uma resposta intensamente raivosa (“Você está realmente me irritando. Você é vergonhoso. Vá se _____”). Com esse claro marcador de processo, o terapeuta entrevistou perguntando: “O que se passou por sua cabeça quando você disse aquilo?”. Em um momento de percepção, Tanya comentou que ela viu o co-

QUADRO 1.1**EXEMPLOS DA ESTRUTURA, CONTEÚDO E PROCESSO TERAPÊUTICOS**

ESTRUTURA	CONTEÚDO	PROCESSO HIPOTETIZADO
Estabelecimento da agenda	“Eu não sei – você decide.”	Submissão, passividade, perfeição, medo de avaliações negativas, medo de mudança.
<i>Feedback</i>	“Você é uma porcaria de terapeuta. Você realmente se formou?”	Provocação, competitividade, busca por independência.
Designação/revisão da tarefa doméstica	“Conclusão perfeita” sem faltas ou erros.	Medo de avaliações negativas, busca por aprovação.
Automonitoramento/testagem	Rasgou os formulários e disse: “Você está mais interessado nesses formulários do que em mim”.	O paciente vê o terapeuta como previsível, incompreensivo e distante.
Reestruturação cognitiva	Banalizações ou pensamentos de <i>coping</i> irrealistas: “Nada de ruim irá acontecer comigo”.	Evitação, intolerância a afetos negativos.
Experimentação/exposição comportamental	“Isso é tolice. Por que eu iria querer ficar mais preocupado ou nervoso?”	Evitação, baixa autoeficácia.

mentário como uma crítica pressupondo que ela era fraca demais para lidar com as dificuldades em sua vida.

Em outro exemplo, Chloe, uma paciente anoréxica de 16 anos habitualmente inibia seus pensamentos e sentimentos. Acreditava que o poder seria obtido por meio de sigilo. Portanto, compartilhar pensamentos e sentimentos com um terapeuta era uma tarefa árdua, acentuada por sua crença de que revelações eram derrotas. Chloe trouxe diários de pensamentos muito superficiais para as sessões, os quais careciam de significado emocional e eram excessivamente intelectuais e impessoais. O terapeuta então usou os diários de pensamentos para apreender as crenças disfuncionais acerca de revelações e expressões de sentimentos. Chloe identificou crenças como “as pessoas vão me rejeitar e me atacar – se me esconder, serei um alvo menor”; “ter segredos me dá controle, e quanto mais controle eu tiver, mais aceitável eu sou”; “ninguém me dará o que eu quero – tenho de enganar a todos para conseguir as coisas”. De posse das crenças registradas, o terapeuta avançou em direção à testagem das evidências (“O que a convence de que eu vou rejeitar ou atacar você?”; “O que faz você duvidar de que eu vou rejeitar ou atacar você?”) e procedimentos de reatribuição (“Quais são as outras formas de ser competente e aceitável além de esconder seus pensamentos e sentimentos?”). Ao tramar juntos os processos de Chloe (nos quais ela inibia pensamentos e sentimentos como uma proteção contra potenciais ataques, acreditando que a dissimulação era a melhor forma de conseguir o que ela queria) com os procedimentos terapêuticos (como o teste de evidências e reatribuição), o terapeuta foi capaz de testar os pressupostos de Chloe.

APLICAR AS TÉCNICAS NO CONTEXTO DA ESTIMULAÇÃO EMOCIONAL DOS PACIENTES

É vital que os terapeutas apliquem técnicas e procedimentos no contexto da excitação emocional negativa dos pacientes, sendo ela o “sangue” da TCC, visto que os procedimentos desmoronam quando são aplicados em um ambiente emocionalmente estéril. Tal recomendação tem sido feita frequentemente (Borum e Goldfried, 2007; Castonguay, Pincus, Agras e Hines, 1998; Frank, 1961; Friedberg e McClure, 2002; Goldfried, 2003; Greenberg, 2006; Greenberg e Paivio, 1997, 2002; Robins e Hayes, 1993; Samoilo e Goldfried, 2000). Gosch e colaboradores (2006, p. 259) afirmaram que “um ingrediente essencial para uma TCC bem-sucedida é fazer o conteúdo da terapia focada para crianças ter um processo experiencial”. Uma boa terapia é como teatro (Kraemer, 2006): revela e lida com o drama da vida dos pacientes. Em suas formas mais inspiradoras, tanto o teatro como a terapia formam um laço experiencial entre a plateia (terapeuta) e o ator (paciente) moldado em um forno emocional alimentado por expressões genuínas, sólida reflexão e verdadeira ação criativa.

Os terapeutas precisam usar os procedimentos quando os pacientes estão experimentando emoções problemáticas – de outro modo, a terapia torna-se um exercício intelectual abstrato. Quando o terapeuta elicia e processa sensivelmente as emoções profundas dos pacientes, o tratamento deslança. O desafio e a graça da TCC com jovens é fazer uso de momentos intensamente carregados de emoções no presente (Friedberg e Gorman, 2007).

Suportar uma mudança é facilitado por um tratamento imerso em excitação emocional (Robins e Hayes, 1993). De

fato, defende-se que, ao ser adequadamente executada, a TCC é uma forma de terapia verdadeiramente experiencial. Kraemer (2006, p. 245) enfatizou que “aprender com a experiência significa ser afetado pelo aqui e agora”. Portanto, a TCC com crianças não é um exercício intelectual.

Hayes e Strauss (1998) empregam o conceito de desestabilização no processamento da excitação emocional dos pacientes em sessão. A *desestabilização* refere-se à criação de questionamentos contundentes acerca de crenças, comportamentos e sentimentos. Samoilov e Goldfried (2000) sugerem que a desestabilização é fomentada ao estreitar a atenção dos pacientes à sua experiência atual e ao ampliar sua excitação emocional. Essa intensa experiência leva a uma maior mudança em estruturas de significado e em sintomas depressivos (Hayes e Strauss, 1998).

Cotterell (2005) associou a TCC a esculpir aço. Para conseguir curvar o aço, calor e fogo intensos são necessários. As emoções representam o “calor” na TCC. As cognições associadas a um aumento na excitação emocional são referidas como “cognições quentes” (Samoilov e Goldfried, 2000). Recentes avanços na neurociência afetiva também corroboram tal visão de excitação emocional. As mudanças cerebrais na TCC para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) resultam de “ativação dos circuitos relevantes dos núcleos da base, giro cingulado e o córtex orbitofrontal durante a exposição e a habituação a estímulos provocadores de ansiedade, permitindo assim a formação de novos (e mais adaptativos) padrões neurais corticais e subcorticais de processamentos de informação ligados a estímulos” (Ilardi e Feldman, 2001, p. 1077).

O uso apropriado de técnicas e métodos descritos neste livro requer a excitação

emocional. Quanto mais os procedimentos forem aplicados em momentos de excitação afetiva, mais terão repercussão e mais se manterão.

APLICAR AS TÉCNICAS EM GRUPO E EM FAMÍLIA

A maior parte dos procedimentos neste livro pode ser aplicada em grupo e em família, bem como em terapia individual. Formulações individuais de caso devem ditar se e quando um formato de grupo e/ou familiar será usado. Assim como acontece com a terapia individual, integrar os procedimentos com o processo terapêutico é essencial, além de aplicá-los no contexto da excitação emocional. Entretanto, a terapia cognitiva torna-se mais complicada no momento em que há mais pessoas presentes. Nesses casos, é importante que todos sejam participantes ativos. Isso requer que cada um seja capaz de dividir sua atenção entre as várias pessoas na sala.

Quando há muitas pessoas presentes à sessão, pensamentos, sentimentos e comportamentos de cada um têm um impacto nos dos demais. A TCC de família reconhece a interação recíproca de cognições, emoções, ações e relacionamentos dos membros da família (Dattilio, 1997, 2001). Friedberg (2006, p. 160) afirmou que o “ambiente familiar é onde as cognições das crianças e dos pais aparecem”. Os processos familiares iniciam, exacerbam-se e mantêm padrões disfuncionais de pensamentos, sentimentos e ações. Mais especificamente, as famílias podem conspirar para evitar afetos negativos (Barrett, Dadds e Rapee, 1996; Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner e Hedtke, 2004). Ginsburg e colaboradores (2004) comentaram que os pais podem ver a ansiedade

como catastrófica e considerar seu valor e sua competência como pais como sendo a capacidade de proteger o filho, inadvertidamente comprometendo o frágil senso de autoeficácia do jovem.

Como toda a família ou os membros do grupo têm pensamentos e sentimentos sobre o que está acontecendo na sala, comparar registros de pensamentos é uma ideia excelente. Algumas pessoas podem ter registros similares, enquanto outras podem ter registros unicamente pessoais. Lidar com pontos de convergência e divergência faz a TCC de grupo ou de família ganhar vida.

O contexto de grupo ou família é uma circunstância propícia para testar, modificar ou solucionar problemas relativos a crenças disfuncionais. Por exemplo, crianças com ansiedades interpessoais sobre avaliações negativas, humilhações ou constrangimentos demonstrarão cognições, emoções e comportamentos característicos em contextos de grupo. Isso permite o processamento e a modificação terapêutica imediatos dos estados problemáticos. De modo semelhante, as famílias desafiadas por um paciente identificado demonstrarão ao terapeuta suas perturbações e revelarão padrões disfuncionais. Quando os problemas se tornam mais evidentes, é possível prontamente intervir com procedimentos cognitivos e comportamentais para ajudar os pacientes a mudarem suas ações, seus pensamentos e seus sentimentos. O contexto de terapia de família permite aos membros coletivamente testemunhar o processo e participar da mudança de cada um. Por fim, aplicar a TCC com grupos e famílias pode avançar o processo de generalização ao

ensinar aos pacientes como usar suas habilidades em circunstâncias relevantes.

UMA PALAVRA SOBRE TRANSCRIÇÕES

Visando à confidencialidade de nossos pacientes, todos os exemplos são ficcionais ou relatos clínicos alterados. Eles representam uma combinação de muitos casos.

CONCLUSÃO

O formato modular deste livro oferece parte da orientação de uma abordagem manualizada, com flexibilidade para selecionar e modificar intervenções a fim de adequar as conceituações individuais de pacientes. As técnicas e os procedimentos de cada módulo podem ser aplicados a diversos sintomas em vários momentos da terapia. Tal abordagem permite aos terapeutas escolher intervenções baseadas na idade dos pacientes, no nível de desenvolvimento, no problema apresentado, na gravidade dos sintomas, nos interesses, nas modalidades de intervenção e nas habilidades. Foram delineadas ferramentas para os terapeutas fazerem escolhas fundamentadas sobre como proceder no tratamento. A criatividade nos desenhos e no estilo de apresentação dessas intervenções mantém os pacientes interessados e engajados no tratamento, bem como dá aos terapeutas mais opções, além da individualização do protocolo de tratamento. Ao usar tanto ilustrações que prendem a atenção quando metáforas interessantes, as ideias tornam-se vivas para terapeutas e pacientes.

**DICAS PARA USAR AS TÉCNICAS NESTE LIVRO**

- Incluir *tudo* em uma conceituação cognitivo-comportamental do caso.
- Manter a estrutura tradicional da sessão.
- Integrar procedimentos com os processos psicoterapêuticos, como a aliança terapêutica, a colaboração e a descoberta orientada.
- Permanecer emocionalmente alerta e presente quando implementar procedimentos.
- Aplicar as técnicas no contexto da excitação emocional.

**DICAS PARA USAR ESSAS TÉCNICAS COM FAMÍLIAS E COM GRUPOS**

- Fazer com que todos participem ativamente, dividindo sua atenção entre os indivíduos.
- Prestar atenção ao fato de que pensamentos, sentimentos e comportamentos de cada pessoa afetam os dos demais.
- Ter atenção aos indivíduos que conspirarem para evitar afetos negativos.
- Usar efetivamente os contextos interpessoais aplicando diários de pensamentos, métodos de reestruturação cognitiva e aprendizagem experimental.