

Sessões de Psicoterapia com Crianças e Adolescentes

493s Sessões de psicoterapia com crianças e adolescentes: erros e acertos / organizado por Eduardo Bunge, Mariano Scandar, Francisco Musich e Gabriela Carrea – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2015.
320p. ; 16x23cm.

ISBN 978-85-64468-21-4

1. Psicologia – Infância – Adolescente. I. Bunge, Eduardo II. Scandar, Mariano. III. Musich, Francisco. IV. Carrea, Gabriela. V. Título.

CDU 159.9-053.2/.6

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

Sessões de Psicoterapia com Crianças e Adolescentes

Erros e Acertos

EDUARDO BUNGE
MARIANO SCANDAR
FRANCISCO MUSICH
GABRIELA CARREA
Organizadores

1ª reimpressão: 2025

 **SINOPSYS**

2015

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2015.

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Capa: *Maurício Pamplona*

Tradução do espanhol: *Alexandre Müller Ribeiro*

Tradução do inglês, capítulos 3 e 8: *Daniel Bueno*

Revisão: *Livia Algayer Freitag*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Todos os direitos reservados à

Sinopsys Editora

(51) 3600-6699

atendimento@sinopsyseditora.com.br

www.sinopsyseditora.com.br

A Estefi, Sol e Félix, meus amores.
EB

A Elisa e Julia, que dão corda ao mundo.
MS

*A Cecilia e Tomás, e meus maiores
suportes, e à memória de meu pai.*
FM

*Aos meus amores, Adrián e Felipe, e
à memória de minha incondicional Iala.*
GC

A toda equipe da Fundação ETCI.
A Robert “Bob” Friedberg.
Os organizadores

Autores

Eduardo Bunge (org.), Ph.D. Professor Associado da Child and Adolescent Psychotherapy at Pacific Graduate School of Psychology/Palo Alto University, Califórnia, EUA. Diretor Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina. Codiretor da Clínica Children and Adolescents de Buenos Aires da Fundação de Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes (ETCI). Professor da Universidade de Favaloro, Argentina.

Mariano Scandar (org.), Lic. Psicólogo pela Universidade de Buenos Aires, onde cursou o Programa de Atualização Terapia Cognitiva. Mestre em Neuropsicologia Infantil e Neuroeducação pela Universidade de Morón. Coordenador Geral da Fundação de Neuropsicologia Clínica e Coordenador do Departamento de Neuropsicologia da Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina.

Francisco Musich (org.), Ph.D. Doutor em Psicologia pela Universidade de Maimonides. Psicólogo pela Universidade de Buenos Aires. Coordenador do Departamento de Neuropsicologia da Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina. Membro do Laboratório de Deterioração Cognitiva do Serviço de Neurologia do Hospital Internacional Geral de Agudos Eva Perón. Docente de Neuropsicologia na Universidade de Buenos Aires, Argentina. Docente de Clínica de Crianças e Adolescente da Universidade Fundação Favaloro, Argentina.

Gabriela Carrea (org.), Lic. Diretora da Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina. Docente titular na Universidade Fundação Favaloro. Coordenadora de Formação em Psicologia Positiva da Fundação FORO.

Ana L. Maglio, DRA. Coordenadora do Departamento de Orientação Vocacional da Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina. Professora da Universidade Favaloro, Argentina. Docente na Universidade de Buenos Aires, Argentina.

Carina Barilá, LIC. Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina. Docente na Universidad Favaloro, Argentina.

Carolina Sottani, LIC. Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina.

Ignacio Rizzo, LIC. Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina. Instituto de Terapia Cognitivo-Conductual (ITCC), Argentina.

Mar Tosas de Molina, LIC. Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina.

Mary Fristad, PH.D. Ohio State University, EUA.

Melisa Barreira, LIC. Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina.

Micaela A. Thordarson, Pacific Graduate School of Psychology/Palo Alto University, Califórnia, EUA.

Robert D. Friedberg, Ph.D., ABPP, ACT. Diretor, PAU Center for the Study and Treatment of Anxious Youth. Pacific Graduate School of Psychology/Palo Alto University, Califórnia, EUA.

Sabrina Sykes, PH.D. Ohio State University, EUA.

Soledad Carro, LIC. Fundação Equipe de Terapia Cognitiva (ETCI), Argentina.

Sumário

Prefácio	11
<i>Javier Mandil</i>	
1 Introdução.....	15
<i>Eduardo Bunge, Mariano Scandar, Francisco Musich e Gabriela Carrea</i>	
2 A entrevista de admissão na clínica infantojuvenil	33
<i>Gabriela Carrea e Ana L. Maglio</i>	
3 A primeira sessão de terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes	69
<i>Robert D. Friedberg e Micaela A. Thordarson</i>	
4 Estrutura típica da sessão	103
<i>Carina Barilá, Carolina Sottani e Francisco Musich</i>	
5 Sessões com um adolescente com transtornos de ansiedade.....	129
<i>Eduardo Bunge e Francisco Musich</i>	
6 Sessões com crianças e adolescentes com transtornos depressivos.....	177
<i>Mar Tosas de Molina, Melisa Barreira, Gabriela Carrea e Eduardo Bunge</i>	

7 Sessões de psicoterapia para transtornos disruptivos do comportamento	219
<i>Francisco Musich e Mariano Scandar</i>	
8 Sessões de psicoterapia psicoeducativa individual-familiar com crianças com transtorno bipolar	267
<i>Sabrina Sykes e Mary Fristad</i>	
9 Sessões finais.....	299
<i>Soledad Carro, Ignacio Rizzo e Mariano Scandar</i>	

Prefácio

Consciente de certa inclinação motivada pelo carinho e pelo respeito que me inspiram meus colegas de trabalho, cumpro a tarefa de escrever o prefácio de um livro que tenho o prazer de receber como produto terminado e de cuja gestação conheço alguns pormenores. A primeira coisa que me ocorre dizer é que, como acontece em todo empreendimento de que os autores desta obra participam, eles têm muito claro o “para que” do livro. Eduardo, Gabriela, Francisco, Mariano e equipe realizaram, como precursores, a obra que eles mesmos precisavam ler. E esta é a primeira regra, acredito eu, de uma criação bibliográfica valiosa: perguntar-se, como ponto de partida: o que eu precisaria ler que ainda não tenha sido escrito (ao menos com exatidão)?

Sabemos que, no que se refere à terapia cognitiva infantojuvenil, existe uma abundante literatura acerca dos protocolos baseados em evidências, e alguns dos autores deste livro efetivamente participaram de pesquisas, de revisões do estado da arte e da criação de ferramentas adaptadas culturalmente a nosso contexto. Entretanto, pouco se trabalhou naquilo que concerne ao processo terapêutico concreto, aos pormenores da relação terapêutica e ao “como” implementar as ferramentas de intervenção em contextos naturais.

Com a habitual afeição pelos detalhes demonstrada pelos autores, são abordados, a partir de exemplos clínicos e de precisos comentários explicati-vos, os momentos fundamentais da terapia: admissão, entrevistas iniciais, intervenção terapêutica e encerramento. Da mesma forma, são apresenta-dos os procedimentos para os transtornos habituais da clínica infantojuvenil: transtornos de ansiedade, do humor e problemas de conduta.

Convém destacar que, como a cereja do bolo, Robert D. Friedberg, pioneiro na difusão internacional da prática clínica em terapia cognitiva infantojuvenil, participa da obra com o capítulo “A primeira sessão de terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes” (Capít-ulo 3), escrito em coautoria com Micaela A. Thordarson. Orgulhosa homenagem dos ideólogos desta obra, uma vez que “Bob” (com a humildade e o espírito comunitário dos grandes, é assim que gosta de ser chamado) foi e é um dos professores dos demais participantes e de quem escreve estas linhas.

A clínica com crianças e adolescentes é complexa. Implica considerar, na conceituação de caso, parâmetros contextuais, culturais e evoluti-vos em uma contínua e dinâmica interação, que apresenta inúmeros desa-fios ao profissional de saúde mental. Neste sentido, para além do mapa ou da estratégia de trabalho geral, o terapeuta deve mostrar criatividade e flexibilidade diante dos vários imprevistos que venham a se apresentar.

Se uma família não aceita uma intervenção, que formato, então, dar a esta intervenção para que se torne mais assimilável à sua idiossin-crasia? Devemos esperar até que eles estejam dispostos, trabalhar sua motivação ou negociar novamente as regras do quadro?

Se uma criança se sente incomodada ou enfrenta emoções difíceis de tolerar durante o processo, como ser um profissional técnico e, ao mes-mo tempo, divertido? Como constituir um contexto de confiança para que o jovem paciente e os adultos envolvidos considerem-no uma base ótima, a partir da qual se possa desenvolver a exploração de alternativas?

Se pais, professores e outros adultos envolvidos no encaminhamento enfrentarem compreensíveis problemas de comunicação, típicos

de situações de crise, como restabelecer os laços de confiança e de trabalho em equipe? Como restituir esses cabos de conexão fundamentais para que ocorram novas aprendizagens e novas formas de processamento cognitivo?

Este livro, que relaciona, a cada passo, a prática concreta com o suporte teórico e metodológico empiricamente validado, tenta responder a estas e a outras perguntas. Em suas páginas, nota-se claramente que diversos problemas e desafios são inevitáveis nesta clínica complexa, e que a criatividade e a flexibilidade são chaves para a resolução de problemas.

De acordo com Lambert (1992), com Castonguay e Beutler (2005), entre outros, essas capacidades favorecem a aliança terapêutica e o manejo dos fatores inespecíficos que transformam a potencial eficácia de um tratamento baseado em evidências em um processo terapêutico efetivo para seres humanos, gente de carne e osso, que sofre e que necessita de ajuda especializada. Neste sentido, ao ilustrar com clareza e precisão a interação entre técnica e processo, este é um livro efetivo. E atrevo-me a asseverá-lo, pois ele, essencialmente, alcança o objetivo de compartilhar com o leitor o ingrediente humano imprescindível para se colocar em prática as terapias baseadas em evidências.

Lic. Javier Mandil

Diretor da Fundação Equipe de
Terapia Cognitiva InfantoJuvenil (ETCI)

REFERÊNCIAS

- Castonguay, L. & Beutler, L. (2005). *Principles of therapeutic change that works*. Oxford University Press.
- Lambert, M. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic.

1

Introdução

Eduardo Bunge, Mariano Scandar, Francisco Musich e Gabriela Carrea

OBJETIVO GERAL

O objetivo desta obra é mostrar o que acontece durante as sessões de psicoterapia com crianças e adolescentes. É um livro principalmente clínico, que busca apresentar os erros e os acertos da prática cotidiana e pretende ser uma ponte entre a clínica, a investigação e a teoria. Ou seja, trata-se de um livro clínico, que se baseia em diversos modelos teóricos e nos estudos empíricos, ressaltando, porém, os aspectos clínicos. Sua finalidade principal é contribuir para uma melhor compreensão dos tratamentos para a saúde mental da população infantojuvenil.

Na presente introdução, serão apresentados os fundamentos e os objetivos que nos levaram a escrever este livro, a importância de se descrever os erros e os acertos em psicoterapia, um guia para os próximos capítulos e, por fim, as limitações desta obra.

FUNDAMENTOS E OBJETIVOS

A psicoterapia é definida como “toda intervenção que vise reduzir o mal-estar ou as condutas desadaptativas, ou aumentar a adaptação do

paciente ao seu entorno, valendo-se de intervenções psicossociais” (Weisz, Weiss Han, Granger, & Morton, 1995). No caso de crianças e adolescentes, tenta-se chegar a tais objetivos mediante intervenções que tomam formas diversas: diálogos, brincadeiras, reforço de condutas e/ou ensaio de determinadas atividades. O terapeuta nem sempre executa diretamente essas intervenções. Em muitos casos, ele orienta pais ou professores para que estes sejam agentes terapêuticos (Kazdin & Weisz, 2010, p. 3).

O objetivo desta obra é trazer uma contribuição ao campo da psicoterapia infantojuvenil. Consideramos esta área como essencial no campo da saúde mental, já que se estima que 75% dos casos de transtornos mentais costumam ter início na infância ou na adolescência (Kim-Cohen et al., 2003; Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Angermeyer, Anthony et al., 2007). Além disso, os problemas de saúde mental afetam entre 10 e 20% de crianças e adolescentes no mundo, e a intervenção precoce poderia evitar o seguimento de tais problemas na idade adulta (Kieling, 2011).

Entretanto, existe uma lacuna imensa entre as necessidades de crianças e adolescentes com transtornos mentais e os recursos disponíveis (Belfer, 2008). Embora 90% desta população viva em países de baixa e média renda, apenas 10% das investigações em saúde mental provêm de tais países; o restante deriva de países de alta renda (Kieling, 2011). Atualmente, conta-se com múltiplos modelos de psicoterapia baseada em evidências (PBE) que mostraram ser capazes de beneficiar crianças e adolescentes com transtornos mentais (Weisz & Kazdin, 2010). Ante a necessidade de reduzir a brecha entre a investigação e a clínica psicoterapêutica, Kazdin e Weisz (2010) sugerem que, no âmbito clínico, a implementação dos tratamentos baseados em evidências poderia gerar uma diferença na qualidade do cuidado oferecido aos pacientes. Por isso, este livro pretende apresentar a aplicação clínica de tais intervenções.

À exceção dos capítulos de Friedberg e Thordarson e de Sykes e Fristad, cujos autores trabalham nos Estados Unidos, o presente livro mostra a aplicação de modelos de PBE na população latino-americana.

Isto implicou a realização de adaptações dos recursos terapêuticos à idiosincrasia cultural destes pacientes. O uso de modelos desenhados em outros contextos culturais impõe questionamentos a respeito de sua efetividade. Neste sentido, Klasen e Crombag (2013) relatam evidências sobre a utilidade dos protocolos de treinamento para pais e sobre o tratamento do estresse pós-traumático, com base em estudos controlados randomizados (ECR) realizados em países de baixa e média renda. Entretanto, não há informações provenientes de ECR para ansiedade e depressão nestes contextos.

Embora ainda não tenhamos certeza sobre a eficácia de algumas das intervenções na população latino-americana, nossa posição se assemelha à dos autores mencionados anteriormente, os quais concluem que, “mesmo existindo um consenso a respeito da necessidade de mais investigação, o fornecimento de um tratamento não espera e, de fato, nem pode esperar até que a evidência esteja disponível” (Klasen e Crombag, 2013, p. 597). Neste sentido, ao se mostrar as diferenças que podem existir entre o âmbito da investigação (geralmente realizada em países de alta renda) e a prática clínica em contextos socioculturais diversos, geram-se perspectivas enriquecedoras e alternativas superadoras que, ao fim, poderiam beneficiar pacientes e profissionais.

Os modelos de PBE contam com aspectos benéficos, mas também com certas limitações. Entre os benefícios, pode-se considerar o fato de serem realizadas intervenções já dotadas de certa eficácia, que, assim, podem guiar os profissionais em sua prática, fornecendo-lhes uma sequência lógica de passos a seguir. Por outro lado, limita-se o uso de outros tratamentos que não tenham apoio empírico sólido – o que não significa que estes não sejam eficazes. Com isso, há a possibilidade de serem descartados tratamentos potencialmente úteis (Bunge, Carrea, Tosas de Molina, & Soto, 2011). Por exemplo, a maioria dos tratamentos aqui descritos segue o modelo cognitivo-comportamental, apesar de existirem outros modelos que também contam com apoio empírico (Robbins, Horigian, Szapocznik, & Ucha, 2010). Além disso, há ainda outros modelos que poderiam ser eficazes, mas que não foram incluídos.

Outra limitação importante da PBE reside na dificuldade de sua aplicação clínica. Diversos autores mostram que, apesar de sua eficácia, existe uma resistência por parte dos clínicos em utilizar protocolos de tratamento (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004; Strupp & Anderson, 1997; Stilles, 2005). Acreditamos que contribuições como o presente livro possam auxiliar os clínicos a compreender o modo pelo qual as intervenções da PBE podem aplicar-se de forma flexível na clínica, sem serem incompatíveis com os “problemas da vida real”.

A fim de se ilustrar aspectos clínicos, foram descritos casos, seja em sua totalidade ou a partir de fragmentos de sessões com um determinado paciente. À aplicação sequencial de intervenções clínicas, tal como geralmente se vê nos manuais de tratamento, priorizou-se a descrição detalhada dos casos clínicos. Mais do que as técnicas em si mesmas, foi apresentado o modo como elas foram aplicadas, remetendo-se o leitor a livros que ilustram técnicas específicas. Pode-se pensar o presente livro como um complemento a outras publicações relacionadas à psicoterapia com crianças e adolescentes (ver Bunge, Gomar, & Mandil, 2008, para uma descrição minuciosa das diversas técnicas, e Gomar, Mandil, & Bunge, 2010, para uma descrição dos modelos teóricos e estudos empíricos).

IMPORTÂNCIA DE SE DESCREVER OS ERROS E OS ACERTOS EM PSICOTERAPIA

As sessões de psicoterapia costumam ter “acertos” e “erros”. Embora a maior parte dos resultados terapêuticos apresentados neste livro seja positiva, estes processos “bem-sucedidos” não estiveram isentos de “passos em falso”. A intenção da presente obra é mostrar tanto as intervenções que resultaram proveitosas ao paciente como aquelas que foram contraproducentes.

A importância de se demonstrar os acertos e os erros baseia-se no fato de que a literatura clínica e científica tende a enfatizar os acertos te-

rapêuticos. Por exemplo, publicam-se mais investigações bem-sucedidas do que frustradas. Em livros e relatos de casos são comuns as descrições de intervenções “surpreendentes” realizadas por terapeutas hábeis diante de casos complexos. A prática clínica não é alheia às imperfeições; entretanto, tende-se a omitir isso, deixando-se de lado informações extremamente valiosas. Consideramos que descrever as limitações da prática clínica é necessário para o avanço desta.

Na prática cotidiana, se acerta e se falha. Por isso, pretendemos mostrar nosso trabalho como ele realmente é, e não como algo perfeito. Desejamos complementar o rico banco de publicações em psicoterapia a partir da descrição detalhada das intervenções realizadas: as bem-sucedidas, as que poderiam ter sido mais bem realizadas e mesmo aquelas que não deram resultado (com a sua posterior discussão). Isso porque observamos a dificuldade que os terapeutas encontram em levar para a sua prática clínica cotidiana o que foi aprendido em manuais teóricos ou em protocolos de tratamento. Tal dificuldade possivelmente se relaciona com os seguintes fatos: com frequência, são apresentados exemplos de intervenções realizadas com perfeição (sendo que a clínica não segue necessariamente tais parâmetros); são descritas intervenções isoladas; e faltam exemplos concretos.

É possível que a omissão dos erros nas descrições dos tratamentos tenha um efeito negativo sobre os profissionais. A partir da ideia de que a psicoterapia é ou deve ser um processo sem contratempos, os profissionais podem vir a julgar seus próprios erros de forma excessivamente crítica, diminuindo, assim, a possibilidade de discuti-los com outros profissionais para encontrar modos de resolvê-los.

Ilustrar os acertos terapêuticos pode permitir a modelagem de modos eficazes de conduzir as sessões, ao passo que descrever os enganos pode ressaltar situações típicas, oferecendo aos profissionais, com isso, um modo de preveni-las. A análise dos erros pode, inclusive, contribuir para uma melhor compreensão de como conduzir os tratamentos.

Esperamos que tanto os terapeutas iniciantes como os experientes beneficiem-se das sessões aqui descritas. Desejamos que o terapeuta iniciante entenda o passo a passo de um tratamento e consiga sanar as falhas que venham a ocorrer em suas primeiras experiências profissionais, e que os erros aqui descritos sirvam como sinais de alerta, afastando o terapeuta dos mesmos becos sem saída. Com relação aos profissionais experimentados, esperamos que os acertos apresentados enriqueçam e ampliem seus modos de administrar diversas intervenções, e que as descrições de intervenções frustradas promovam discussões e intercâmbios que lhes permitam avançar no campo da compreensão da psicoterapia.

Muito bem, mas pode ser difícil determinar o que é um acerto ou o que é um erro. Entendemos como “acerto” terapêutico toda intervenção, realizada durante um tratamento, que seja assimilada pelo paciente, gerando um alívio do mal-estar (reestruturação cognitiva), um incremento momentâneo do mal-estar como condição para um ganho posterior (exposição) ou um incremento do bem-estar. Por outro lado, o “erro” terapêutico seria toda intervenção que não seja assimilada pelo paciente, ou que gere um aumento desnecessário do mal-estar ou uma diminuição do bem-estar.

Consideramos que os pacientes não falham; as falhas são dos tratamentos ou dos terapeutas (Linehan, 1993). Isto significa assumir a responsabilidade pelo resultado do tratamento. Atribuir a falta de êxito às características dos pacientes (p. ex., resistência) pode impedir o reconhecimento dos próprios equívocos e, conseqüentemente, inviabilizar a melhora da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais da saúde. A falta de resultados positivos não implica necessariamente a negligência do profissional. Nenhum tratamento mostrou ser infalível com todos os pacientes e, além disso, certos transtornos não contam ainda com tratamentos eficazes. Desta forma, pode acontecer de o profissional executar corretamente uma intervenção e, mesmo assim, esta não ser assimilada pelo paciente, simplesmente por ainda não existirem os recursos necessários para reverter o quadro apresentado.

Para uma melhor compreensão acerca do que se considera um “acerto terapêutico”, oferecemos, a seguir, três exemplos baseados nas diferentes dimensões da definição apresentada anteriormente.

1. Uma intervenção assimilada pelo paciente e que traz alívio do seu mal-estar é o que frequentemente se observa quando se atinge a reestruturação cognitiva por meio de um cauteloso questionamento e da psicoeducação de pacientes com transtornos de pânico. Assim, eles acabam compreendendo, por exemplo, o processo ansioso como algo desagradável, mas não perigoso para sua integridade física.
2. O exemplo paradigmático de intervenção que produz aumento momentâneo do mal-estar como condição para um ganho posterior é o da técnica de exposição durante o tratamento de transtornos de ansiedade. Em um primeiro momento, a pessoa confrontada com o estímulo ansiogênico sofre um incremento do mal-estar, seguido pela sua diminuição, o que permitirá, diante de nova exposição ao mesmo estímulo, que um alívio sintomático seja produzido.
3. Finalmente, no que diz respeito às intervenções orientadas diretamente para o aumento do bem-estar, encontramos aquelas postuladas e investigadas pela psicologia positiva. Podemos mencionar o “diário das três bênçãos” (Seligman et al., 2005) ou o “diário de gratidão”, intervenção proposta por Emmons (2007). Elas se destinam a dirigir a atenção aos aspectos da vida a partir dos quais se pode experimentar gratidão e, com isso, introduzir o otimismo no estilo explicativo do paciente.

Intervenções bem-sucedidas como as supracitadas são exemplificadas no decorrer do tratamento: na sessão inicial com os pais ou com a criança, durante a tarefa de estruturação de uma sessão e no passo a passo dos tratamentos com crianças com transtornos de ansiedade e do humor, assim como em sessões de orientação a pais de crianças com pro-

blemas de conduta. Por fim, são ilustradas ainda intervenções próprias da sessão de encerramento do tratamento.

Embora as sessões estejam baseadas na administração de intervenções protocolares ou manualizadas, testadas em estudos empíricos, tenta-se fornecer recursos em casos nos quais essas abordagens terapêuticas mostram-se insuficientes. Referimo-nos, neste sentido, ao fato de que, frequentemente, as intervenções manualizadas são investigadas em pacientes sem comorbidades. Por outro lado, na prática clínica, é comum aplicar tais intervenções a pacientes que apresentam comorbidades, o que aumenta a complexidade. Nossa intenção é oferecer contribuições que facilitem o manejo dessas situações.

Para isso, são descritos os diálogos entre terapeutas e pacientes, os quais são acompanhados de comentários que explicam o que o terapeuta tenta realizar com cada intervenção. Os diálogos baseiam-se em trechos de sessões, e foram levemente modificados para que ficassem adequados ao formato escrito, para que os possíveis modismos e as peculiaridades culturais da população utilizada fossem reduzidos e para que a identidade dos pacientes fosse ocultada. Tomou-se cuidado para que essas mudanças não alterassem o sentido da sessão.

Embora a intenção de quem trabalhe no campo da psicoterapia seja sempre a de favorecer o paciente, podemos, por diversos motivos, obter um resultado contrário ao esperado, ou seja, errar. Para uma melhor compreensão do que se considera um “erro terapêutico”, fornecemos, a seguir, três exemplos, baseados nas diferentes dimensões da definição dada anteriormente.

1. Quando um adolescente não cumpre com uma tarefa combinada durante a sessão, estamos diante de uma intervenção que não foi assimilada pelo paciente. O fato de o jovem não haver assimilado a intervenção pode estar associado a vários fatores: a incompreensão da utilidade da tarefa, a implementação da intervenção em um momento inadequado do tratamento, a dificuldade que a tarefa impõe para o paciente. Portanto, na hora de imple-

- mentar determinada intervenção, o tempo dedicado pelo terapeuta para revisar tais aspectos assume especial importância.
2. Uma intervenção geradora de um aumento desnecessário do mal-estar pode ocorrer no caso do planejamento de uma tarefa de exposição excessivamente complexa e ansiogênica, a qual esteja além do nível de capacidade do paciente com ansiedade para tolerá-la e conduzi-la. Isto deve levá-lo a enfrentar uma situação em que ele precisará sofrer, sem poder, contudo, extrair dela qualquer benefício terapêutico.
 3. Continuando com o exemplo anterior, como consequência da mesma intervenção, o paciente poderia perceber tal experiência como um fracasso pessoal, aspecto relacionado diretamente com sua percepção de autoeficácia, o que ocasionaria uma diminuição do bem-estar.

Como mencionamos anteriormente, os erros em psicoterapia de fato ocorrem e são muito úteis, já que seu entendimento e sua análise permitem melhorar o desenvolvimento da prática clínica. A etiologia dos erros terapêuticos costuma ser multicausal.

Frequentemente, são observados erros em nível teórico. Estes envolvem desde a escassez de conhecimento acerca das teorias psicológicas e dos protocolos de tratamento até o mau entendimento a respeito de tais teorias e protocolos. Da mesma forma, é comum que um profissional detenha um conhecimento adequado em nível teórico, mas aplique inadequadamente as técnicas e os procedimentos. Ao escolher o protocolo de tratamento, devemos estar atentos para não cometer outro erro frequente: o de tentar adaptar o paciente ao tratamento. Geralmente, isto impede a realização dos objetivos terapêuticos ou leva ao abandono do tratamento. É preciso ter em mente que os protocolos são flexíveis, representam passos lógicos a serem seguidos, e devem ser adaptados ao paciente.

Podemos, ainda, encontrar erros relacionados a hipóteses diagnósticas equivocadas ou a conceituações de casos não ajustadas ao paciente.

É muito importante contar com o diagnóstico preciso do paciente e com uma adequada conceituação de caso, pois isso nos permitirá selecionar os protocolos e as estratégias de tratamento baseadas em evidências que haveremos de implementar.

Outro tipo de erro bastante comum envolve avaliações incompletas do contexto de aplicação das intervenções. É de extrema importância realizar um exame do contexto sociocultural e econômico do paciente, com vista ao estabelecimento de metas realistas que possam ser aplicadas de maneira funcional.

É relevante ter em conta as limitações pessoais a que todo profissional da saúde mental está exposto. Em muitas ocasiões, as crenças próprias podem interferir e dar origem a erros (p. ex., induzir um paciente a ideias ou conclusões que o terapeuta valora como corretas ou moralmente adequadas). Também se deve considerar o aspecto emocional dos profissionais. Há situações e eventos aos quais se pode ser mais sensível (p. ex., por circunstâncias pessoais que o próprio terapeuta atravessa ou tenha atravessado), gerando distorções que venham a complicar o tratamento.

O estilo pessoal do terapeuta, suas crenças e seu *background* podem gerar distorções, exercendo impacto sobre os resultados do tratamento. O terapeuta distímico pode ter a impressão de que seus pacientes nunca melhoram, e o terapeuta ansioso pode preocupar-se constantemente com a possibilidade de que seus pacientes abandonem o tratamento. O terapeuta externalizador, por sua vez, pode ter a crença de que, se seus pacientes não melhoram, é por culpa deles mesmos. Essa questão deve ser considerada pelo profissional, a fim de que ele maneje suas limitações pessoais, de forma que possa atuar melhor e contribuir mais para a melhoria de seus pacientes.

Da mesma maneira que será feito com os acertos em psicoterapia, serão exemplificados também os tipos de erros mencionados nas diversas etapas dos tratamentos. Em consonância com a descrição das possíveis falhas terapêuticas, serão detalhados os obstáculos frequentes que surgem em tratamentos com crianças e adolescentes.

Consideramos que a capacitação contínua, a leitura e a supervisão – não apenas dos acertos, mas também dos erros – constituem a maneira ética e profissional de prestarmos o melhor atendimento possível aos pacientes, com vista à melhoria de sua qualidade de vida. A aprendizagem e a formação contínuas são práticas às quais nós, como profissionais responsáveis, deveríamos nos dedicar.

GUIA PARA OS PRÓXIMOS CAPÍTULOS

No Capítulo 2, Gabriela Carrea e Ana L. Maglio descrevem uma entrevista de admissão com os pais, na qual são detalhadas as características do primeiro encontro com o paciente em uma instituição de saúde mental. Com base em excertos de uma entrevista de admissão, são exemplificados os seus componentes: o estabelecimento do primeiro contato, a produção do *rapport*, a identificação do motivo da consulta, a avaliação dos possíveis diagnósticos e dos contextos intervenientes e, finalmente, a indicação ou não de uma abordagem psicoterapêutica. Além disso, são expostos possíveis erros ou aspectos a serem melhorados em futuros processos de admissão.

Posteriormente, Robert D. Friedberg e Micaela A. Thordarson (Capítulo 3) descrevem em detalhes a entrevista inicial com um jovem e sua mãe, percorrendo todos os aspectos importantes do processo: o estabelecimento do *rapport*, a coleta de informações pertinentes e a conceituação de caso. Também são destacados, no capítulo, aspectos fundamentais para o estabelecimento da aliança terapêutica e a aderência ao tratamento: o planejamento do tratamento como um processo colaborativo entre o paciente, a família e o terapeuta; a atribuição da primeira tarefa de casa; e a coleta das impressões que a sessão inicial deixou no paciente e em sua família.

Uma vez descritos os passos necessários para o início de um tratamento, Carina Barilá, Carolina Sottani e Francisco Musich (Capí-

tulo 4) detalham os traços necessários para que se possa dispor de uma estrutura durante uma sessão de psicoterapia. Os autores explicam a importância de contar com sessões estruturadas. Eles ainda expõem os componentes da sessão e a sequência em que estes poderiam ser administrados, bem como exemplificam cada componente com um caso clínico. Embora possa parecer simples, implementar a estrutura das sessões de maneira eficaz requer cuidadoso treinamento clínico e supervisão.

A seguir, Eduardo Bunge e Francisco Musich descrevem as sessões realizadas com um adolescente com transtornos de ansiedade (Capítulo 5), que consistem em uma das condições mais frequentes e limitantes dentre os transtornos emocionais em crianças e adolescentes. São descritas as principais características do transtorno de ansiedade de separação (TAS) e do transtorno de pânico com ou sem agorafobia (TPA), assim como as alternativas de tratamento disponíveis. Posteriormente, são abordados os detalhes do caso em particular, isto é, sua justificativa diagnóstica, uma breve conceituação do caso e um resumo de seu tratamento, o qual se dividiu em duas etapas, sendo a primeira destinada a tratar o TPA e a segunda direcionada a tratar o TAS. São expostas, ainda, as razões dessa divisão em etapas. Além disso, são apresentados os erros e os acertos do terapeuta diante de um caso no qual houve resposta satisfatória a determinadas intervenções no início, mas não em etapas posteriores.

Mar Tosas de Molina, Melisa Barreira e Gabriela Carrea (Capítulo 6) descrevem sessões de tratamento conduzidas com crianças e adolescentes com transtornos do humor. A partir da transcrição de dois casos clínicos, são relatadas as intervenções realizadas durante os tratamentos. O primeiro caso faz referência a uma criança com transtorno depressivo maior (TDM), e o segundo, a um adolescente em etapa de acompanhamento ou seguimento. Assim, são apresentadas as características diagnósticas e os diversos tratamentos. A justificativa diagnóstica de ambos os casos é descrita, bem como uma breve conceituação cogni-

tiva deles. Por fim, são expostos os erros e os acertos ocorridos durante os tratamentos.

Francisco Musich e Mariano Scandar (Capítulo 7) mostram o passo a passo das sessões de orientação a pais de crianças com comportamentos disruptivos. O enfoque psicoterapêutico empiricamente mais sólido para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e para o transtorno de oposição desafiante é o programa de treinamento para pais (PTP). Sucintamente, são explicados o quadro geral do tratamento e seus passos, os quais serão exemplificados a partir de dois casos clínicos. Em ambos os casos, são descritas as características diagnósticas e suas respectivas conceituações cognitivas. Da mesma forma, são relatados os resultados no momento da finalização e durante o ano de acompanhamento, incluindo-se as limitações de cada um dos casos.

Sabrina Sykes e Mary Fristad (Capítulo 8) apresentam um enfoque especialmente útil para o trabalho com meninos bipolares: a Psicoterapia Psicoeducativa Individual-Familiar (Fristad, 2006). Esta abordagem combina dez sessões de trabalho com o menino somadas a dez sessões de trabalho com os familiares. Apesar do que o seu nome sugere, o tratamento vai além de questões psicoeducativas, dando ênfase à comunicação efetiva entre os pais e a criança. Além disso, orienta a criança sobre ferramentas da terapia cognitivo-comportamental (TCC) que permitem melhorar a regulação emocional, resolver problemas e enfrentar estressores ambientais.

Finalmente, Soledad Carro, Ignacio Rizzo e Mariano Scandar (Capítulo 9) apresentam diferentes intervenções que costumam ser realizadas durante as sessões de finalização dos tratamentos. Para tanto, são abordadas as diversas variáveis capazes de interferir na finalização e pautas para reduzir o abandono do tratamento. Também são descritas as crenças típicas dos pacientes, dos pais ou cuidadores e dos terapeutas diante da finalização do processo terapêutico, bem como intervenções para otimizar as sessões de encerramento e reduzir a probabilidade de recaídas.

LIMITAÇÕES

O leitor deve notar que os próximos capítulos contam com limitações de diversos tipos. Estas envolvem a perspectiva psicopatológica e os mecanismos de avaliação utilizados na apresentação dos casos clínicos, os tipos de quadros abordados, as limitações características de descrições escritas de casos clínicos e os modelos de tratamento empregados.

Com relação à perspectiva psicopatológica, consideramos que a saúde mental infantojuvenil é um fenômeno complexo, dinâmico e multideterminado, que não pode ser entendido a partir de uma perspectiva exclusivamente psicobiológica, familiar ou cultural (Hinshaw, 2013, p. 13). Entretanto, nesta obra, o foco incidiu nos aspectos psicológicos. Os diagnósticos dos casos clínicos foram realizados com base nos critérios do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quinta edição, o DSM-5 (APA, 2013). Apesar das limitações desta classificação, por ora a consideramos o sistema mais completo e útil para obter um consenso entre os profissionais. Esperamos que os intentos que estão sendo realizados para desenvolver classificações melhores (ver RDoC, NIMH, 2013) permitam-nos, no futuro, contar com classificações que deem conta da natureza transdiagnóstica das manifestações sintomáticas.

Quanto ao critério utilizado para avaliar e descrever a evolução dos casos apresentados, escolheu-se um critério clínico, com base nos relatos do paciente e de sua família, em detrimento de instrumentos padronizados, como escalas ou entrevistas estruturadas. Para uma revisão acerca de instrumentos de avaliação, remetemos o leitor a Mash e Hunsley (2007).

No que diz respeito aos tipos de casos descritos, são apresentados tratamentos de jovens com transtornos de alta prevalência: de ansiedade, do humor, desafiador opositivo e de déficit de atenção. Outros quadros cujos tratamentos suscitam grande interesse não foram incluídos, como os transtornos do espectro autista, os transtornos por uso de subs-

tâncias e os transtornos alimentares. Estes, possivelmente, serão abordados em futuras edições.

As limitações características de descrições escritas de casos clínicos impedem ou dificultam a transmissão de aspectos não verbais das sessões, como as atitudes de proximidade física, a linguagem gestual e, ainda, as dinâmicas de jogo utilizadas para fortalecer a aliança terapêutica. Tais aspectos se perdem no formato escrito.

Com relação aos tipos de intervenção, conforme foi mencionado anteriormente, embora se descreva a aplicação de modelos de psicoterapia baseada em evidências, a maior parte das intervenções se relaciona com os modelos cognitivo-comportamentais. Outros tratamentos que poderiam ser igualmente úteis ficaram de fora. Também não foram incluídas alternativas terapêuticas, como, por exemplo, a farmacoterapia, a qual as evidências indicam ser uma abordagem benéfica. Embora uma descrição detalhada de tais intervenções exceda o presente volume, em cada caso se menciona brevemente seu uso. Do mesmo modo, apesar de considerarmos que o trabalho em equipe, incluindo todos os profissionais envolvidos no tratamento, a escola e a família, costuma ser indispensável, este aspecto (que demanda uma comunicação constante e fluída entre as partes) não é representado fielmente nos casos apresentados.

Finalmente, consideramos que a psicoterapia em si mesma, como disciplina científica, encontra-se profundamente limitada. Nossos conhecimentos sobre a etiologia dos quadros clínicos, os mecanismos subjacentes e os processos de mudança que mostram-se eficazes não deixam de ser conjecturais, além de contarem com uma significativa margem de incerteza. Esperamos que desenvolvimentos futuros nos permitam melhorar a eficácia de nosso trabalho com crianças e adolescentes, talvez reduzindo a distância entre a clínica, a investigação psicoterapêutica e a investigação básica.

REFERÊNCIAS

- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*, 49, 226–36.
- Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes Técnicos*. Editorial Akadia. Buenos Aires.
- Bunge, E; Carrea, G; Tosas de Molina, M; Soto, N. (2011). Evidence Based Treatments for Depression in Children and Adolescents (Tratamientos basados en la evidencia de la depresión en la niñez y adolescencia). *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* n° 98 Vol. XXII 253-261
- Emmons, R.A. (2007) ¡Gracias!. De cómo la gratitud puede hacerte feliz. Ediciones B. España.
- Fristad (2006) Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder. *Dev Psychopathol*, 4, 1289-1306.
- Gomar, M., Mandil, J. y Bunge, E. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Editorial Polemos. Buenos Aires
- Herinkje K y Crombag AC (2013). What work where? A systematic review of child and adolescent mental health interventions for low and middle income countries. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 48:595-611.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rahman, A., (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525. Elsevier Ltd. doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R., (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 709-17.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Bedirhan Üstün, T. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168-76.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., and Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Linehan, M. (1993). *Skills Training for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, London: The Guilford Press.
- Mash, E.J. & Hunsley, J. (2007). Assessment of child and family disturbance. A developmental systems approach. En Mash, E.J. & Barkley, R.A.

- Assessment of childhood disorders. 4^o Ed. New York, USA: The Guilford Press.
- Robbins, M.S.; Horigian, V.; Szapocznik, J.; & Ucha, J.; (2010). Treating Hispanic Youths Using Brief Strategic Family Therapy. In: Weisz, J.R. & Kazdin, A.E., (Eds). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 2nd Ed. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Stiles, W. B. (2005). Case studies. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 57-64). Washington, DC: American Psychological Association.
- Strupp HH, Anderson T. On the limitations of therapy manuals. *Clin Psychol: Sci Pract.* 1997;4(1):76-82. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00101.x.
- Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull.* 2004;130(4):631-663.
- Weisz, J.R. & Kazdin, A.E (2010). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. New Lork London. The Guilford Press.
- Weisz, J., Weiss, B., Han, S., Granger, D., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117(3), 450-468.