



Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes

Ferramentas para aprimorar a prática

ROBERT D. FRIEDBERG
JESSICA M. McCLURE
JOLENE HILLWIG GARCIA



Robert D. Friedberg é professor, diretor da Clínica de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes e diretor da Associação de pós-doutorado em psicologia no Departamento de Psiquiatria do Centro Médico Milton S. Hershey, na Penn State University College of Medicine. Além de atuar como psicólogo clínico, orienta estagiários no Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. É membro fundador da Academy of Cognitive Therapy e diplomado certificado por banca em terapia cognitivo-comportamental.

Jessica M. McClure é psicóloga clínica do Hospital Infantil do Centro Médico de Cincinnati, especialista em tratamento cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes com ansiedade, depressão, transtornos comportamentais e transtornos invasivos do desenvolvimento. Orienta terapeutas a traduzirem protocolos de tratamentos baseados em evidências para as práticas cotidianas, como forma de disseminar o tratamento baseado em evidências para crianças e adolescentes.

Jolene Hillwig Garcia está concluindo residência psiquiátrica no departamento de Psiquiatria do Centro Médico Milton S. Hershey, na Penn State University College of Medicine. É pós-graduada na área de psiquiatria de crianças e adolescentes, mestre em medicina pela Penn State University College of Medicine e bacharel em biologia e em design gráfico comercial da Lycoming College.



F899t Friedberg, Robert D.

Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes
[recurso eletrônico] : ferramentas para aprimorar a prática /
Robert D. Friedberg, Jessica M. McClure, Jolene Hillwig
Garcia ; tradução: Marcelo Figueiredo Duarte ; revisão técnica:
Ricardo Wainer. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2011.

Editado também como livro impresso em 2011.
ISBN 978-85-363-2487-6

1. Terapia. 2. Terapia cognitivo-comportamental. I.
McClure, Jessica M. II. Garcia, Jolene Hillwig. III. Título.

CDU 615.85-053.2/.6

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes

Ferramentas para aprimorar a prática

ROBERT D. FRIEDBERG
JESSICA M. McCLURE
JOLENE HILLWIG GARCIA

Tradução:

Marcelo Figueiredo Duarte

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:

Ricardo Wainer

*Psicólogo Clínico. Doutor em Psicologia pela PUCRS
Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS
Professor Adjunto da Faculdade de Psicologia da PUCRS*

Versão impressa
desta obra: 2011



2011

Obra originalmente publicada sob o título *Cognitive Therapy Techniques
for Children and Adolescents: Tools for Enhancing Practice*
ISBN 9781606233139

©2009 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

Capa
Hey Bro

Preparação do original
Márcia da Silveira Santos

Leitura final
Ingrid Frank de Ramos

Editora Sênior – Ciências humanas
Mônica Ballejo Canto

Editora responsável por esta obra
Amanda Munari

Projeto e editoração
Armazém Digital® Editoração Eletrônica – Roberto Carlos Moreira Vieira

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre, RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Embaixador Macedo Soares, 10735 – Pavilhão 5 –
Cond. Espace Center – Vila Anastácio
05095-035 – São Paulo, SP
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333
SAC 0800 703-3444
IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Agradecimentos

Como sempre, os agradecimentos são direcionados à minha esposa, Barbara, cuja natureza generosa e amorosa faz de mim uma pessoa melhor. Agradeço também a minha filha, Rebecca, cuja intangível mente e esperteza (“Ora essa, pai!”) me fascinam. Minha principal coautora, Jessica, é simplesmente a melhor colaboradora com quem se pode contar. Jolene, uma nova e valorosa colega, manteve o material realista e atual com suas ilustrações e com seus *insights*. Um projeto como este lembra que estou seguindo o caminho de meus mentores: Christine A. Padesky e Raymond A. Fidaleo. Um agradecimento especial para o Centro Médico Milton S. Hershey e para Penn State University por permitir-me perseguir meu trabalho e minha pesquisa clínica. Por fim, estou honrado por cuidar de crianças, adolescentes e familiares que confiaram a mim seu bem-estar durante minha vivência clínica no Centro Médico Milton S. Hershey.

Robert D. Friedberg

Agradeço a meu marido, Jim, e a minhas filhas, Lydia e Juliana, por me encorajar e apoiar. Eu sou grata a meu coautor, Bob, por sua criatividade e colaboração. Também gostaria de agradecer às crianças e suas famílias que inspiraram as técnicas neste livro.

Jessica M. McClure

Agradeço à minha família por seu amor, apoio e exemplo consistente de fé, especialmente a meu marido, por sua paciência inabalável e contínuo encorajamento a seguir meu objetivo; a meus colegas e amigos pelo bom humor e pela inspiração durante este período. Sou grata a meus professores e orientadores por seu conhecimento e pelos conselhos. Um agradecimento muito especial a Robert Friedberg e Jessica McClure pelo convite e pela orientação ao longo deste empreendimento. E, para os meus pacientes e suas famílias, obrigada pela honra de aprender com vocês e pela alegria de ajudá-los.

Jolene Hillwig Garcia

Sumário

1	O começo	9
2	Utilização de avaliação de maneira eficiente	20
3	Psicoeducação	65
4	Intervenções comportamentais.....	89
5	Métodos de autoinstrução e reestruturação cognitiva.....	129
6	Análise racional.....	190
7	Performance, aquisição e exposição	236
8	Considerações finais.....	283
Referências		287
Índice		305

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, automonitoramento, 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

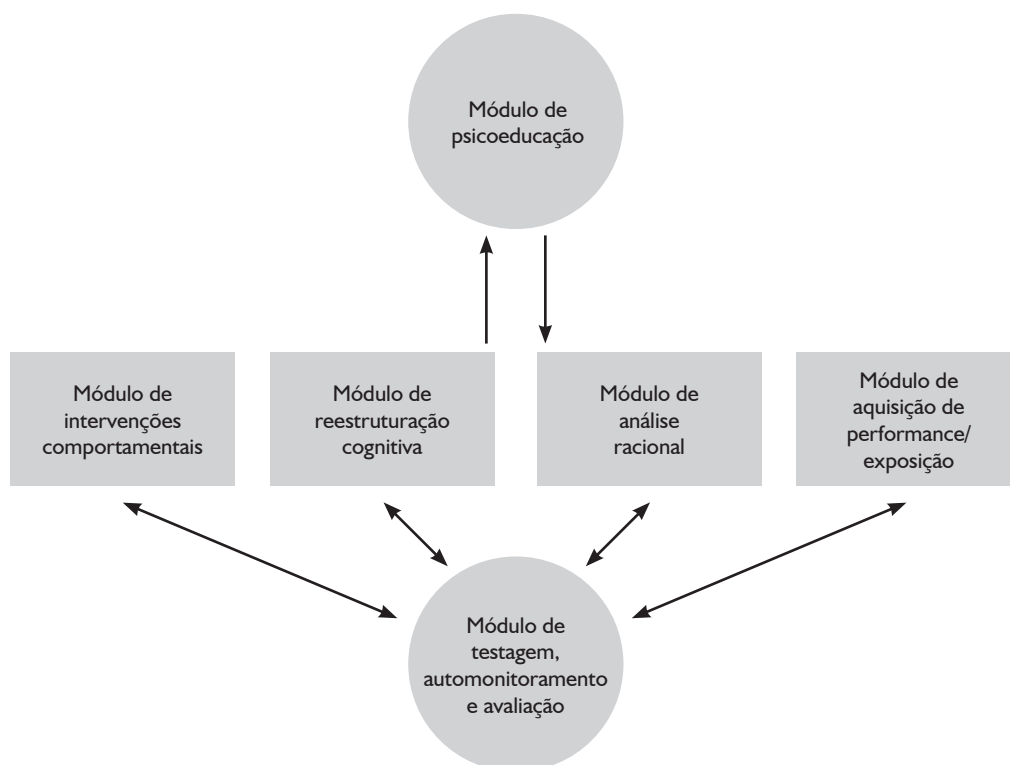


FIGURA 1.1

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 desconstituídas.

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; Samoilov 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 deslancha. 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 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.

2 Utilização de avaliação de maneira eficiente

Testagem e avaliação em psicoterapia são procedimentos contínuos cujos objetivos são a formulação de hipóteses sobre os pacientes, o apoio a estratégias de tratamento, a avaliação de progressos e de resultados (Nelson-Gray, 2003; Peterson e Sobell, 1994; Schroeder e Gordon, 2002). Os critérios formais e informais descritos neste capítulo oferecem dados para hipóteses a respeito da formulação do caso. Considerando-se as informações obtidas nos vários instrumentos descritos, é possível identificar sintomas de humor específicos, crenças disfuncionais, comportamentos problemáticos, contingências comportamentais e esquemas não adaptativos. Todos esses fatores são centrais na elaboração da formulação de caso.

Os critérios referidos neste capítulo também permitem que se monitore o progresso do tratamento. É possível repetidamente administrar e pontuar os instrumentos para acompanhar ganhos do tratamento. Se for usado um critério formal, como o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), é possível eleger indicadores para o progresso (por exemplo, uma mudança de 3 pontos) ou julgar diferenças no escore de forma individualizada. Com base nos escores, pode-se tomar decisões de planejamento do tratamento a respeito

da frequência das sessões, término/alta e indicação de medicação.

A maioria dos instrumentos de testagem apresentados neste capítulo advém de autorrelato. Também são apresentados alguns critérios para relatos de professores, pais e terapeutas. Inventários de autorrelato são comuns em testagem infantil (Reynolds, 1993), mas têm vantagens e desvantagens. Seu uso deve ser moderado, levando-se em conta o problema sendo testado e as habilidades em desenvolvimento da criança.

Em suma, este capítulo inicia-se com as recomendações para a primeira sessão e para o monitoramento continuado, incluindo questões de interpretação e processo clínico. A seguir, serão analisados os critérios formais selecionados para diagnosticar depressão, ansiedade, raiva, comportamentos desviantes, transtornos invasivos do desenvolvimento e transtornos alimentares. Avaliações de conteúdo cognitivo que apontam pensamentos automáticos e esquemas também são apresentadas. A segunda parte do capítulo destaca os procedimentos ideográficos ou altamente individualizados de automonitoramento agrupados pelo domínio monitorado: emoção, comportamento e cognição. Muitas dessas técnicas de automonitoramento es-

tabelecem as condições para as técnicas de mencionadas ao longo do livro.

RECOMENDAÇÕES PARA A SESSÃO INICIAL

A testagem na sessão inicial fornece informações de contexto e parâmetros para os problemas apresentados. Além disso, os dados obtidos colaboram com a formulação preliminar do caso. É importante também, nessa entrevista inicial, recorrer aos testes de autorrelato com a criança. Pode-se seguir a partir de aspectos relevantes (por exemplo, “Eu não gosto de mim mesmo”; “Eu me preocupo muito”) e questionar exemplos específicos. É recomendável, ainda, observar e mensurar os sintomas de humor e ansiedade. Geralmente, são consultados o Inventário de Depressão Infantil (CDI; Kovacs, 1992) e a Avaliação para Transtornos Emocionais Relacionados à Ansiedade em Crianças (SCARED; Birmaher et al., 1997), com crianças de até 14 anos. Com pacientes com mais idade, são recomendados o BDI-II (A. T. Beck, 1996) e a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings e Conners, 1997). Foi acrescentada a versão de relato do paciente do SCARED e do CDI na avaliação. Se a criança apresenta características associadas ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, recomenda-se SNAP-IV (Swanson, Sandman, Deutsch e Baren, 1983), Escalas de Classificação para Pais de Connors, ou Escalas de Classificação para Professores de Connors (CPRS; CTRS; Connors, 2000). Por fim, se os pais de uma criança ou de um adolescente apresentam ideação suicida, acrescenta-se a Escala de Desesperança de Beck (BHS) ou a Escala de Desesperança para Crianças (HSC).

Os testes mencionados fornecem informações imediatas sobre questões importantes a respeito da possibilidade de

suicídio e desesperança (por exemplo, itens 2 e 9 tanto no CDI quanto na BDI-II). Autorrelatos oferecem várias vantagens na primeira sessão. Inicialmente, deve-se comunicar de forma objetiva que os relatos subjetivos da criança são levados a sério. Em segundo lugar, a avaliação inicial indica que a testagem e o tratamento serão integrados. Não apenas os dados são fundamentais para a compreensão do terapeuta e do tratamento, como também o simples fato de completar os formulários tem um propósito. Terceiro: as crianças endossam os próprios itens, então eles desempenham um papel central na identificação dos próprios sintomas. Consequentemente, há menos chances de manterem-se em posição defensiva sobre o conteúdo da avaliação. Por último, muitos jovens aceitam bem a distância emocional de um teste com caneta e papel; portanto, a tarefa oferece um meio para eles serem neutros em relação a seus sintomas.

Obter relatos de pais e de crianças oferece dados comparativos úteis. Ao identificar pontos de convergência e divergência, conceitualizam-se outros fatores críticos: “Os pais estão familiarizados com as perturbações de seu filho?”; “A criança ou os pais agravam ou atenuam essa perturbação?”. Além disso, percebe-se como essas questões são subsequentemente processadas: “O que você pensa sobre o fato de a pontuação de sua mãe em relação a você ser menor do que a sua?”; “Como você explica a pontuação do Johnny ser bem mais baixa do que a sua em relação a ele?” Piacentini, Cohen e Cohen (1992) apontaram que, quando os pais e o filho endossam o mesmo aspecto, pode-se estar confiante de que o problema está presente.

Os pais têm relatos mais confiáveis de comportamentos externalizadores e desviantes do que os filhos (Bird, Gould e Staghezza, 1992; Loeber, Greed, Lahey e Stouthamer-Loeber, 1991). Na verdade,

há dados limitados embasando a validade do autorrelato da criança para sintomas de TDAH (Pelham, Fabiano e Massetti, 2005). Por outro lado, as crianças narram melhor suas perturbações emocionais do que seus pais fariam. Além disso, os relatos dos pais estão sujeitos a seus estados de humor (De Los Reyes e Kazdin, 2005; Krain e Kendall, 2000; Silverman e Ollendick, 2005). Um pai deprimido pode aumentar de modo impreciso os problemas de um filho e dar a eles uma estimativa crítica demais ou catastrófica. A depressão materna cria um viés negativo na forma como as mães descrevem os problemas de internalização e externalização (Chi e Hinshaw, 2002; Najman et al., 2000; Youngstrom, Loeber e Stouthamer-Loeber, 2000).

Discrepâncias entre informações são recorrentes. De Los Reyes e Kazdin (2005) oferecem um procedimento de senso comum para a compreensão dessas discrepâncias baseado em sólidos dados empíricos e em um inteligente raciocínio conceitual. Em primeiro lugar, defendem que os vários informantes, incluindo crianças, pais e professores, têm diferentes motivações e objetivos para completar o processo de testagem. Por exemplo, os pais podem ver o processo de testagem como uma forma de identificar e compreender os problemas de seus filhos. As crianças, por sua vez, podem querer minimizar seus problemas e evitar o tratamento. Em outras situações, a psicopatologia dos pais leva a um exagero da perturbação dos filhos e a uma dificuldade de mudar o foco para além de seus próprios problemas. Também a criança pode estar refletindo com precisão seu próprio nível de perturbação e limitação.

De Los Reyes e Kazdin (2005) dizem que os pais são propensos a ver os problemas dos filhos como disposicionais, enquanto os filhos veem suas dificuldades como contextuais. Em outras palavras, ob-

servadores podem entender os problemas como parte da personalidade da criança, enquanto a criança situa seus problemas em fatos e ambientes. Os autores afirmam, ainda, que o objetivo da testagem é coletar informações negativas sobre o comportamento das crianças. Se tanto o filho como os pais estiverem sintonizados com esse objetivo, informações consistentes surgirão.

O modelo de De Los Reyes e Kazdin (2005) tem diferentes implicações para o modo como é conduzida a entrevista. Primeiro, devem-se balancear as questões de avaliação das características disposicionais com questões sobre situações e circunstâncias ambientais. Em segundo lugar, deve-se identificar as motivações de cada informante para seu relato. Terceiro, se emergirem divergências, elas não necessariamente precisam ser resolvidas: talvez representem o funcionamento da criança em variados contextos. Por fim, diferentes relatos devem levantar questões sobre como os pais e o filho veem a testagem e o tratamento.

A testagem é um processo. O terapeuta deve ser curioso não apenas em relação às pontuações em si, como também em relação ao meio pelo qual as pontuações foram obtidas. Por exemplo, a criança completou seu CDI sozinha ou o pai completou-o e corrigiu-o? Qual foi o motivo para o pai completar o formulário (habilidade de leitura, falta de confiança, etc.)? O terapeuta não deve se constranger ao pedir explicações sobre aspectos específicos. Isso é muito importante ao questionar respostas aos itens 2 e 9 tanto no CDI como no BDI-II, os quais avaliam a propensão ao suicídio. Averiguar determinados itens enriquece a estimativa, além de comunicar que os relatos dos pacientes são levados a sério.

Pontuações totais, pontuações fatoriais e respostas a itens individuais devem ser considerados pontos de partida,

e não pontos finais. Pelham e colaboradores (2005) enfatizaram esse tópico ao discutir a estimativa de TDAH. A resposta de uma criança ou de um pai a um item individual (por exemplo, “muitas vezes, parece não ouvir quando conversam diretamente com ele”) pode ter significados diferentes. Endossar esse item não diz nada sobre os fatores de causa, manutenção e exacerbação. Pelham e colaboradores (2005) concluíram com razão que o problema poderia ser resultante de falta de comando dos pais, evitação da criança a certas tarefas ou um problema auditivo. Eles nos convidam a identificar áreas e níveis de limitações, a operacionalizar os comportamentos que querem tratar e a determinar antecedentes, discriminar estímulos e consequências do comportamento problemático.

Achados interessantes na testagem são comuns e fontes de informações importantes, motivo pelo qual deve-se ser criterioso com eles. Por exemplo, algumas crianças podem omitir itens. Para crianças distraídas e descuidadas, essa omissão pode ser positiva. Por outro lado, a criança

pode sentir-se desconfortável em marcar uma resposta ou pode ser de fato enganadora. Em outros casos, os itens omitidos podem representar um teste que o jovem paciente constrói para ver o que será feito a respeito dele. O paciente pode estar perguntando: “Você vai insistir nas respostas omitidas sobre desesperança ou propensão ao suicídio?”; “Você quer saber por que eu não respondi à pergunta sobre gostar de mim mesmo?”; “Você se importa se eu respondi à questão sobre as coisas parecerem irreais quando eu fico ansioso?”.

Muitos pacientes editam os testes de autorrelato. Nós consideramos o processo de revisão útil e encorajamos essa “colaboração”, já que tal atividade pode acrescentar números à escala ou opções às respostas dadas. Alguns jovens comentam as questões (“Essa foi uma questão idiota.”) ou explicam suas escolhas (“Eu marquei essa porque...”). O processo de revisão é uma boa fonte de dados e, mais importante, demonstra que a criança está progredindo por si mesma. Por exemplo, um paciente acrescentou um quarto ponto a cada item no MASC para ilustrar quão



RESUMO PARA A TESTAGEM INICIAL

- Fazer uma boa entrevista clínica.
- Considerar, para pacientes com queixas de humor e/ou ansiedade,
 - de 7 a 15 anos: SCARED e CDI;
 - 15 anos ou mais: BDI-II e MASC.
- Acrescentar, se a ideação suicida estiver presente,
 - crianças: Escala de Desesperança para Crianças, SIQ Jr.;
 - adolescentes: BHS e SIQ.
- Considerar, para TDAH, SNAP-IV, CTRS e CPRS.
- Obter informações de diferentes fontes.
- Lembrar que a testagem é um processo.
- Compartilhar informações com os pacientes, já que a testagem na TCC é transparente.

intensa e frequentemente seus sintomas o incomodavam.

Os terapeutas devem compartilhar achados e pontuações do processo de testagem. O significado das pontuações deve ser comunicado com clareza ao paciente e à família. Nós colocamos os escores em formas de gráfico e os mostramos aos pacientes. Dessa forma, a colaboração aumenta, e a testagem é feita *com*, e não *para* o paciente.

Demonstrar como esses achados de testagens são úteis e relevantes mantém o processo colaborativo e favorece autorrelatos confiáveis (Freeman et al., 1990). Por exemplo, nós discutimos o modo como a avaliação alimenta a conceituação do caso e o planejamento do tratamento (por exemplo: “com base nos achados do SCARED, parece que Matteo se preocupa muito em não desapontar vocês e em evitar seu desapontamento. Por esse motivo, ele demora para completar seu dever de casa, temendo cometer algum erro e ocasionar seu desapontamento”). Tanto os pais como os responsáveis respondem favoravelmente ao uso desse tipo de dados para o planejamento do tratamento.

RECOMENDAÇÕES PARA O MONITORAMENTO CONTINUADO

Nossa prática profissional envolve a administração repetida de testes de relato com pais, professores e com a criança. Como regra, são feitas as testagens uma vez por mês. Ainda assim, se a criança estiver com grave perturbação ou em fase de transição, é possível administrar os testes com mais frequência, como semanal ou quinzenalmente. Muitas vezes, os resultados são montados em um gráfico, estimulando-se pacientes e famílias a fazerem o mesmo, o que é bastante útil para pacientes com episódios repetidos de depressão aguda. Os pacientes podem ver

como seu humor altera-se. Habilidades de *coping* podem ser ensinadas aos pacientes em diferentes fases da doença (por exemplo, baixa, média e alta gravidade). Ao monitorar regularmente seus sintomas, os pacientes podem identificar os sinais de alerta ou as condições de agravamento e, então, tentar tomar medidas preventivas. Por fim, colocar os níveis de sintomas em tabelas também é útil para pacientes e pais que consultam com pediatras sobre medicações. Os achados permitem aos pacientes dialogar com embasamento com seus médicos sobre os efeitos da medicação em seus sintomas. A maior parte dos terapeutas aceita bem as informações.

Há casos em que um paciente se beneficiaria da medicação, mas tanto o paciente quanto a família são relutantes. Ao compartilhar informações monitoradas com o paciente, é possível propor a visita ao profissional responsável pela medicação em duas ou quatro semanas se os sintomas permanecerem em um nível alto. Portanto, em vez de lutar contra um paciente e contra sua família, pode-se fazer da prescrição de medicação uma questão “empírica”.

O registro contínuo dos sintomas do paciente molda as decisões do planejamento de seu tratamento, sendo essa atitude muito importante, especialmente se o plano de saúde de seu paciente permite um número limitado de sessões. É possível ter sessões semanais enquanto os sintomas estão de alto a moderados, então diminuindo a frequência, conforme ditar o escore.

Muitos terapeutas preocupam-se com os efeitos de frequentes testagens na integridade psicométrica dos vários instrumentos. Pode ser mais seguro ver o paciente como o seu próprio grupo de linha de base ou grupo controle. Na prática clínica, você está fazendo testagem idiográfica. Controvérsias nos dados são clinicamente úteis. Se há suspeita de que os dados não refletem com precisão a experiência do paciente ou seu nível de

**RESUMO PARA O MONITORAMENTO CONTINUADO**

- Reaplique testagens de sintomas mensalmente.
- Use o monitoramento para informar o planejamento do tratamento.
- Lembre, tal como a testagem inicial, que o monitoramento é um processo.
- Monte um gráfico ou outro registro dos escores.
- Compartilhe informações com o paciente, já que o monitoramento continuado é transparente e colaborativo.

funcionalidade, deve-se investigar mais a fundo. Por exemplo, o paciente pode completar os formulários, e as pontuações resultantes indicarem grande melhora, mas há poucas evidências de que houve avanços substanciais. Pode-se questionar: “Como você explica seus escores baixos se sua mãe e sua professora afirmam que seu comportamento não mudou ou até piorou?”; “O que você quer me dizer preenchendo os pontos desta forma?”. Assim, a integração tênue da testagem com o tratamento é um processo continuado.

AUTORRELATO FORMAL E TESTES DE RELATO DE TERCEIROS

Depressão

O Quadro 2.1 apresenta instrumentos usados para testar depressão em crianças e adolescentes. Uma crítica ampla dos instrumentos de depressão, bem como de todos os testes mencionados neste capítulo, está além do objetivo deste livro. O leitor interessado pode consultar Klein, Dougherty e Olinio (2005). Enquanto inventários são listados no Quadro 2.1, a discussão vai focar o Inventário de Depressão Infantil (CDI), o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) e a Escala de Depressão de Jovens de Beck (BYDS).

Geralmente usamos o CDI e o BDI-II. O CDI (Kovacs, 1992) é fácil de comple-

tar e pontuar. O instrumento levanta um escore total e dados sobre cinco escores fatoriais importantes (humor negativo, dificuldades interpessoais, autoestima negativa, desamparo e anedonia). O CDI produz escores brutos que podem ser convertidos em escores padronizados (escores-*T*). Kovacs (1985) recomenda um corte de escore bruto de 13. O CDI pode ser administrado em sua forma longa e curta. Além disso, oferece um autorrelato da criança e dos pais acerca dos sintomas depressivos da criança. Por fim, o CDI tem versões em inglês e espanhol. O CDI é uma ferramenta útil para monitorar o progresso do tratamento. Fristad, Emery e Beck (1997) recomendam o CDI como uma forma de testar e acompanhar a gravidade dos sintomas. O CDI também é capaz de detectar os efeitos do tratamento (Brooks e Kutcher, 2001; Myers e Winters, 2002; Silverman e Rabian, 1999).

Os escores fatoriais do CDI são muito úteis na conceituação e no planejamento do tratamento. Por exemplo, a análise fatorial pode “deflagrar” a depressão de uma criança a fim de revelar as contribuições da anedonia e dos problemas interpessoais. Dessa forma, o tratamento é mais eficiente.

O BDI-II é um instrumento amplamente utilizado (A. T. Beck, Steer e Brown, 1996; Dozois e Covin, 2004; Dozois, Dobson e Ahnberg, 1998) por gerar pontos de corte um pouco diferentes dos do BDI original. Escores de 20 pontos

QUADRO 2.1

TESTES FORMAIS DE AUTORRELATO SELECIONADOS PARA AVALIAR ESTADOS DEPRESSIVOS DE HUMOR

INSTRUMENTO	IDADE	COMENTÁRIOS
Inventário de Depressão Infantil (CDI; Kovacs, 1992)	7-17 anos	Proporciona um escore total e cinco escores fatoriais; formas longa e curta disponíveis; opções de relato dos pais e autorrelato (criança) disponíveis.
Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; A. T. Beck, 1996)	13-80 anos	Avalia a gravidade da depressão; útil para monitorar o progresso do tratamento.
Escala de Depressão de Jovens de Beck (J. S. Beck et al., 2001)	7-14 anos	Parte das Escalas para Jovens de Beck; mensura cognições e comportamentos desadaptativos.
Escala de Desesperança para Crianças (HSC; Kazdin et al., 1986a, 1986b)	6-13 anos	Dezessete itens; formato verdadeiro/falso; mensura o grau de desesperança.
Questionário de Ideação Suicida (SIQ; Reynolds, 1987)	Ensino médio	Trinta itens testando a ideação suicida.
Questionário de Ideação Suicida-Jr. (SIQ-Jr.; Reynolds, 1988)	Últimos anos do ensino fundamental	Quinze itens testando ideias suicidas.
Escala de Desesperança de Beck (BHS; A. T. Beck et al., 1974)	Recomendado para 16-17 anos ou mais	Vinte itens testando desesperança.

ou mais indicam depressão séria. Escores entre 13 e 19 pontos refletem de disforia até depressão moderada. Meninas tendem a ter escores mais altos no BDI-II do que os meninos (Kumar, Steer, Teitelman e Villacis, 2002; Steer, Kumar, Ranieri e Beck, 1998). Ainda que haja evidências de uma sutil estrutura fatorial no teste (Kumar et al., 2002), o BDI-II revela uma estrutura fatorial (cognitiva, somática, cognitiva/somática) mais clara do que o BDI original (Dozois e Covin, 2004). Como o CDI, o BDI-II tem sido empregado em vários estudos de resultados que embasam sua flexibilidade para mudanças de tratamento. Tanto o CDI como o BDI-

-II respondem aos efeitos do tratamento. Portanto, pode-se administrá-los periodicamente para avaliar o progresso do tratamento.

A Escala de Depressão de Jovens de Beck (J. S. Beck, Beck e Jolly, 2001) é parte das Escalas para Jovens de Beck e é indicada para cognições desadaptativas e comportamentos associados a humores depressivos em crianças entre 7 e 14 anos (Bose-Deakins e Floyd, 2004). Como as outras escalas de Beck, pontuações individuais são recomendadas (Steer, Kumar, Beck e Beck, 2005). A escala levanta um escore padronizado ($T = 50$; $SD = 10$). Mais especificamente, ela mensura mui-

tos dos critérios associados a transtornos unipolares do espectro depressivo (Steer et al., 2005). A flexibilidade aos efeitos do tratamento não é clara (Bose-Deakins e Floyd, 2004).

A propensão ao suicídio é, algumas vezes, um sintoma grave da depressão e necessita ser testado separadamente. O CDI e o BDI-II têm dois itens (números 2 e 9 em ambos os testes) que especificamente testam tal tendência. Esses itens devem sempre ser revistos. Quando se está preocupado com a propensão ao suicídio de um paciente, é recomendável acrescentar um teste de desesperança. A Escala de Desesperança para Crianças (HSC; Kazdin, Colbus e Rodgers, 1986a) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS; A. T. Beck, Weissman, Lester e Trexler, 1974) são boas opções. A HSC é uma escala de autorrelato de 17 itens para crianças de 6 a 13 anos que testa seu nível de pessimismo. A HSC tem formato de resposta “verdadeiro ou falso”. Kazdin e colaboradores (1986a) relataram um escore bruto de 7 (67%) indicando alta desesperança.

A BHS é um teste de 20 itens visando ao pessimismo generalizado (A. T. Beck et al., 1974; Dozois e Covin, 2004). Apresenta-se no formato verdadeiro-falso. A BHS é mais adequada para adolescentes com mais idade (16-17 anos) e é um poderoso preditor de ideação suicida nessa população (Kumar e Steer, 1995; Steer, Kumar e Beck, 1993a, 1993b). Pontos de corte indicando alta desesperança vão de 8 a 15. Dozois e Covin (2004) recomendaram usar um ponto de corte um pouco mais alto do que 8 ou 9. Sugere-se 11 como pontuação de corte.

O Questionário de Ideação Suicida (SIQ) e o SIQ-Jr. (Reynolds, 1987, 1988) são ferramentas valiosas para identificar ideação suicida em adolescentes e em crianças pequenas. O SIQ é um teste de 30 itens para adolescentes no ensino mé-

dio. O SIQ-Jr é um inventário de 15 itens para crianças nos últimos anos do ensino fundamental. Os itens são levantados em uma escala de 7 pontos (0-6), com escores mais elevados refletindo uma maior propensão ao suicídio. A pontuação de corte para o SIQ é 41 e para o SIQ-Jr é 31.

Ansiedade

O Quadro 2.2 delinea nossas ferramentas preferidas para testar os transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. Ela inclui testes com um escore geral de ansiedade (Escala de Ansiedade para Jovens de Beck – BYAS; Questionário de Preocupações para Crianças de Penn State – PSWQC), um escore geral mais escores de fatores específicos (SCARED, MASC, RCMAS, Ansiedade de Spence), escalas específicas de transtornos (CY-BOCS-CR, CY-BOCS-PR, SPAI-C) e escalas específicas de transtornos com escores fatoriais (FSS-R, SRAS, SASC) que levantam um nível de análise ainda mais refinado. As propriedades psicométricas, bem como os prós e os contras de cada teste, podem ser encontradas em uma revisão de Silverman e Ollendick (2005).

A Avaliação para Transtornos Emocionais Relacionados à Ansiedade em Crianças (SCARED; Birmaher et al., 1997) é a ferramenta favorita. Como o CDI, ela é fácil de completar, pontuar e interpretar. A SCARED levanta um escore geral para ansiedade (escore bruto = 25) e cinco escores fatoriais (pânico/somático, transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, ansiedade social e evitação escolar). Além disso, a SCARED passou por uma revisão (SCARED-R; Muris, Merckelbach, Van Brakel e Mayer, 1999). Itens e fatores (TOC, TEPT, trauma) foram acrescentados. A SCARED oferece versões de relato tanto para a criança quanto para os pais.

QUADRO 2.2

TESTES SELECIONADOS PARA AVALIAR
ESTADOS DE HUMOR ANSIOSO

INSTRUMENTO	IDADE	COMENTÁRIOS
Avaliação para Experiências Emocionais Relacionados à Ansiedade em Crianças Revisado (SCARED; Birmaher et al., 1997)	A partir de 8 anos	Fácil de usar e de pontuar; proporciona um escore geral e cinco escores fatoriais; oferece versões para a criança e para os pais.
Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC; March et al., 1997)	8-19 anos	Um teste mais abrangente; proporciona um escore geral, escores fatoriais, subfatores e escala de inconsistência; forma resumida está disponível.
Escala de Ansiedade para Jovens de Beck (BYAS; J. S. Beck et al., 2001)	7-14 anos	Teste de autorrelato de 20 itens para preocupações específicas de crianças e critérios do DSM-IV para transtornos de ansiedade.
Escala Revisada de Ansiedade Manifesta em Crianças (RCMAS; Reynolds e Richmond, 1985)	6-19 anos	Contém 37 itens de sim/não e levanta um escore total, subescalas e um índice de mentira.
Escala de Ansiedade Infantil de Spence (SCAS; Spence, 1998)	7-14 anos	Avalia os transtornos de ansiedade do DSM-IV.
Teste de Levantamento de Medo para Crianças – Revisado (FSSC-R; Ollendick et al., 1989)	7-16 anos	Tem 80 itens; levanta cinco fatores e é útil como teste dos resultados do tratamento.
Questionário de Preocupações para Crianças de Penn State (PSWQC; Chorrita et al., 1997)	6-18 anos	Testa a frequência e controle das preocupações da criança.
Inventário de Fobia Social e Ansiedade para Crianças (SPAI-C; Beidel et al., 1995)	8-17 anos	Testa situações sociais perturbadoras e inclui três escores fatoriais.
Escala de Ansiedade Social para Crianças – Revisada (SASC-R; La Greca e Stone, 1993)	8-12 anos	Teste restrito de ansiedade social; inclui três subescalas.
Escala Avaliação de Recusa Escolar (SRAS; Kearney e Silverman, 1993)	8-14 anos	Ferramenta fácil de usar, baseada em uma análise funcional da recusa escolar; oferece versões para pais, professores e criança.
Inventário de Obsessão-Compulsão para Crianças (ChOCI; Shafra et al., 2003)	7-17 anos	Oferece versões para pais e criança; testa os sintomas compulsivos e os obsessivos.
Inventário Flórida para Obsessão-Compulsão Infantil (C-FOCI; Merlo, Storch e Geffken, 2007)	8-18 anos	Escala de 17 itens, com subescalas de obsessivo e compulsivo.
Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown para Crianças (CY-BOCS)	8-16 anos	Avalia sintomas obsessivo-compulsivos.

A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC; March et al., 1997; March, Sullivan e James, 1999) também é um instrumento preferido. A MASC é um tanto mais abrangente do que a SCARED, e a pontuação e a análise são um pouco mais complicadas, mas o esforço adicional é válido. A MASC produz um escore geral de ansiedade, escores fatoriais (fisiológica, redução de ferimentos, ansiedade social, ansiedade de separação), subfatores (tenso/vigilante, perfeccionismo, *coping* ansioso, humilhação/rejeição), um índice de transtornos de ansiedade e uma escala de inconsistência (mentira).

A Escala de Ansiedade para Jovens de Beck (BYAS; J. S. Beck et al., 2001) testa os critérios do DSM-IV associados aos transtornos da ansiedade (Steer et al., 2005). Medo, preocupação e sintomas psicossomáticos são o alvo desse inventário (Bose-Deakins e Floyd, 2004). Em contrapartida à depressão, sua sensibilidade às mudanças do tratamento ainda não é conhecida.

A Escala Revisada de Ansiedade Manifesta em Crianças (RCMAS; Reynolds e Richmond, 1985) consiste de 37 itens de sim/não completados pela criança/adolescente. A RCMAS proporciona um escore de ansiedade total, três escores fatoriais (ansiedade fisiológica, preocupação/hipersensibilidade e preocupações sociais/concentração) e um índice de consistência/mentira. Pode ser aplicada individual ou coletivamente.

A Escala de Ansiedade Infantil de Spence (SCAS; Spence, 1998) é uma ampla testagem dos transtornos de ansiedade do DSM-IV. Avalia a presença e a frequência dos sintomas associados com a ansiedade de separação, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico com agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada e medos de ferimentos físicos. A escala é apropriada

para jovens entre 7 e 14 anos e oferece 44 itens.

O Teste de Levantamento de Medo para Crianças – Revisado (FSSC-R; Ollendick, 1983; Ollendick, King e Frary, 1989) é um teste bem estabelecido de autorrelato para crianças de 7 a 16 anos que pode discriminar entre populações clínicas e não clínicas. Apresenta uma escala de 80 itens com três opções de resposta (nenhum, algum e muito). A escala levanta cinco fatores, incluindo medo do fracasso e crítica, medo do desconhecido, medo de pequenos ferimentos e de pequenos animais, medo do perigo/morte e medos médicos. A FSSC-R também é bastante útil como um pré ou pós-teste do resultado do tratamento.

O Questionário de Preocupações para Crianças de Penn State (PSWQC; Chorpita, Tracey, Brown, Collica e Barlow, 1997) proporciona uma avaliação restrita de preocupações generalizadas. Os itens levantam dados sobre frequência e controle de preocupações das crianças. O PSWQC consiste de 14 itens apropriados para crianças entre 6 e 18 anos.

O Inventário de Fobia Social e Ansiedade para Crianças (SPAI-C; Beidel, Turner e Morris, 1995) é um teste restrito visando a situações sociais perturbadoras. O SPAI-C contém três fatores, incluindo assertividade/conversação geral, encontros sociais tradicionais e performance pública. Há 26 itens apropriados para crianças entre 8 e 17 anos.

A Escala de Ansiedade Social para Crianças – Revisada (SASC-R; La Greca e Stone, 1993) é outro teste restrito para ansiedade social. A SASC-R produz três subescalas, incluindo medo de uma avaliação negativa, evitação social e perturbação em situações novas, evitação e perturbação sociais gerais. A versão infantil consiste de 26 itens, e a nova versão adolescente (La Greca e Lopez, 1998) possui 22 itens.

A Escala Avaliação de Recusa Escolar (SRAS; Kearney e Silverman, 1993) é uma ferramenta muito acessível baseada na análise funcional do comportamento de recusa escolar. Kearney e Silverman reconhecem que a recusa escolar é geralmente determinada por vários fatores. Portanto, a escala testa e considera quatro fatores centrais, incluindo evitação de afetividades negativas produtoras de estímulo (paradigma do reforço negativo), fuga de situações de avaliação (paradigma do reforço negativo), comportamento de busca por atenção (reforço positivo) e/ou obtenção de reforço positivo direto. Cada questão é pontuada em uma escala de 7 pontos. A SRAS inclui uma versão de relato dos pais e da criança. Após o teste ser concluído, médias para cada um dos quatro fatores são computadas. A média mais alta é considerada a variável mantenedora primária.

A Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown para Crianças (CY-BOCS) é um instrumento frequentemente usado para avaliar a gravidade dos sintomas de TOC e é derivada da Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (YBOCS; Goodman et al., 1989). É aplicada pelo terapeuta por meio de uma entrevista semiestruturada, levantando escalas distintas de gravidade para obsessões e compulsões. Baseado nas respostas dos pais e/ou da criança, um *ranking* é feito em uma escala de 5 pontos para designar frequência ou duração, interferência, perturbação, resistência e controle dos sintomas. Escores de 15 ou mais alto sugerem níveis clinicamente significativos de sintomas de TOC. O tempo de aplicação pode ser longo, mas as informações obtidas são úteis (Myers e Winters, 2002). O teste pode ser reaplicado para avaliar o progresso e determinar o nível de limitação.

Existem vários novos modelos de autorrelatos para crianças e relatos para os pais referentes ao TOC (Merlo, Storch,

Murphy, Goodman e Geffken, 2005). O Inventário de Obsessão-Compulsão para Crianças (ChOCI; Shafran et al., 2003) é uma escala de 32 itens que oferece escalas de relato tanto para a criança como para os pais. Dezenove itens são destinados a sintomas compulsivos, e 13 itens são focados em sintomas obsessivos. A ChOCI leva cerca de 15 minutos para ser completada. Um ponto de corte de 17 é recomendado. O Inventário Flórida para Obsessão-Compulsão Infantil (C-FOCI; Merlo, Storch e Geffken, 2007) é uma escala de 17 itens com subescalas de obsessividade e compulsão. Ela leva de 5 a 10 minutos para ser completada. Mertlo e colaboradores (2005) recomendam a C-FOCI como uma estimativa para o TOC.

Storch e colaboradores (2004, 2006) desenvolveram versões para crianças e para os pais da CYBOCS (CY-BOCS-CR, CY-BOCS-PR). Tanto a versão da criança como a dos pais inclui testes de 10 itens graduados na escala de 5 pontos de Likert. O CY-BOCS-CR e o CY-BOCS-PR apresentam propriedades psicométricas satisfatórias. A versão de autorrelato levanta escores mais baixos do que a versão do terapeuta e a dos pais. Storch e colaboradores apontaram que muitas crianças podem não considerar seus sintomas perturbadores. Além disso, concluíram que muitas crianças podem minimizar sua perturbação por vergonha, medo a respeito do tratamento, falta de reconhecimento e aceitação dos sintomas pela família.

Raiva

A raiva proporciona energia e motivação para transtornos de conduta e transtornos desafiadores de oposição, bem como acrescenta um senso de vitimização (J. S. Beck et al., 2005). Os testes recomendados para avaliar a raiva são discutidos a seguir e resumidos no Quadro 2.3.

QUADRO 2.3

TESTES SELECIONADOS PARA
AVALIAR ESTADOS RAIVOSOS DE HUMOR

INSTRUMENTO	IDADE	COMENTÁRIOS
Inventário de Raiva para Crianças (ChIA; Nelson e Finch, 2000)	6-16 anos	Levanta um escore total, um índice de validade e quatro escores de subescalas; identifica os tipos de situações que provocam raiva e sua intensidade.
Escala de Raiva e Inventário de Provocação Novaco (NAS-PI; Novaco, 2003)	9-18 anos	Consiste em escalas de raiva e provocação, as quais podem ser aplicadas por completo ou por etapas.
Inventário de Expressão de Raiva de Estado e Traço (STAXI; Spielberg, 1988)	A partir de 13 anos	Avalia a experiência e expressão da raiva.
Inventário de Raiva para Jovens de Beck (BANI-Y; J. S. Beck et al., 2001)	7-18 anos	Avalia as percepções de maus-tratos, atribuições hostis, visões negativas dos outros e excitações psicológicas associadas com o afeto da raiva.

O Inventário de Raiva para Crianças (ChIA; Nelson e Finch, 2000) é um instrumento de autorrelato designado para identificar situações que provocam raiva e a intensidade dela. O ChIA consiste em 39 itens, podendo ser aplicado em crianças de 6 a 16 anos. Levanta um escore total, um índice de validade e quatro escores de subescalas (frustração, agressão física, relacionamento entre pares e relações autoritárias).

A Escala de Raiva e Inventário de Provocação Novaco (NAS-PI; Novaco, 2003) proporciona informações sobre como a criança experencia a raiva e as situações provocadoras de raiva. É um teste de autorrelato para pacientes a partir de 9 anos. A NAS-PI consiste em duas etapas: uma escala de raiva (60 itens) e um inventário de provocação (25 itens). A escala pode ser aplicada por completo ou ser usada em partes. Orientações distintas estão disponíveis para indivíduos entre 9 e 18 anos e para os de 19 ou mais anos.

O Inventário de Expressão de Raiva de Estado e Traço (STAXI; Spielberg, 1988) avalia a raiva em adolescentes por meio do autorrelato. A STAXI é uma escala de autorrelato de 44 itens que visa à experiência e à expressão de raiva em jovens de 13 anos até a vida adulta.

O Inventário de Raiva para Jovens de Beck (BANI-Y; J. S. Beck et al., 2001, 2005; Bose-Deakins e Floyd, 2004; Steer et al., 2005) avalia as percepções das crianças de maus-tratos, atribuições hostis, visões negativas dos outros e excitações psicológicas associadas com o afeto da raiva.

Transtornos de comportamento disruptivo

Conforme o resumo do Quadro 2.4, as Escalas de Classificação para Pais e Professores de Connors – Revisada (CRS-R; Connors, 2000) são classificações de

QUADRO 2.4

TESTES SELECIONADOS PARA AVALIAR TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO DISRUPTIVO

INSTRUMENTO	IDADE	COMENTÁRIOS
Escalas de Classificação para Pais e Professores de Connors – Revisada (CRS-R; Connors, 2000)	3-18 anos	Escalas amplamente utilizadas para crianças com sintomas de TDAH; inclui versões para pais e professores.
Escalas Achenbach (ASCBA; Achenbach, 1991a, 1991b, 1991c)	A partir de 1 ano e meio	Versões para pais, professores e para a criança; levanta escores de competência, internalização e externalização; apresenta oito escores de subescalas.
Escala de Avaliação Comportamental para Crianças – 2 (BASC-2; Reynolds e Kamphaus, 2004)	2-25 anos	Versões para pais, para professores e para a criança; os itens incluem observações de comportamentos, pensamentos e emoções. Os comportamentos adaptativos e desadaptativos são avaliados
Inventário de Comportamento Disruptivo de Beck (BDBI; J. S. Beck et al., 2001)	7-14 anos	Testa comportamentos delinquentes e agressivos, dissimulação ou roubo e violações graves de regras. Avalia também discussões, desafios, importunações deliberadas e propensão à vingança.
Inventário de Comportamento Infantil de Eyberg (ECBI; Eyberg, 1974)	2-16 anos	Avalia a frequência e a gravidade dos problemas de comportamento; versão disponível para professores.
SNAP-IV (Swanson, et al., 1983)	6-18 anos	Testa os sintomas do transtorno desafiador de oposição, agressão e TDAH, incluindo os critérios do DSM-IV. O SNAP-IV deve ser concluído antes da entrevista.
SKAMP (Pliszka et al., 1999)	6-18 anos	Desenvolvido para testar comportamentos de TDAH na sala de aula ou em casa; versões para pais e professores; baseia-se nos comportamentos avaliados para um sistema de marcações; oferece informações para um substrato de comportamentos na escola e no lar que podem ser analisados durante o tratamento.
Escala de Classificação de Comportamento Disruptivo (DBDRS; Barkley et al., 1999)		Levanta escores para TOD, TDAH e transtorno de conduta; há versões para pais e professores.

comportamento para crianças com sintomas de TDAH amplamente utilizadas. As versões dos pais têm sete fatores (oposicionalidade, desatenção, hiperatividade-impulsividade, vergonha-ansiedade, perfec-

cionismo, problemas sociais e psicossomáticos). O relato dos professores inclui seis fatores (oposicionalidade, desatenção, hiperatividade-impulsividade, vergonha-ansiedade, perfeccionismo, problemas

sociais). As formas de autorrelato, relato dos pais e dos professores estão disponíveis em versões completas e resumidas.

O Sistema Achenbach de Testagem Empiricamente Embasada (ASEBA) tem sido amplamente utilizado em pesquisas a respeito de muitos problemas de internalização e externalização na infância. As escalas Achenbach incluem o formulário dos pais, a Verificação do Comportamento da Criança (CBCL; Achenbach, 1991a), o Formulário de Relatório dos Professores (TRF; Achenbach, 1991b) e o Autorrelato do Jovem (YSR; Achenbach, 1991c). Formas individuais da CBCL estão disponíveis para crianças de diferentes faixas etárias: de 1 ano e meio aos 18 anos. A CBCL (excluindo a versão da pré-escola) levanta escores de competência em aspectos funcionais, sociais e escolares. Maiores escores de competência indicam um melhor ajuste nas áreas designadas. A CBCL também solicita aos pais uma classificação da criança em termos de aspectos problemáticos de 0 (não verdadeiro) a 2 (muito ou geralmente verdadeiro). Um escore geral de Problemas Totais, escores de Internalização e Externalização e oito escores de subescalas proporcionam vários níveis de análise, e escores-*T* indicam a gravidade das limitações. O TRF é completado pelo professor, e os itens são similares aos da CBCL, permitindo uma comparação dos sintomas em diferentes contextos. O TRF também inclui escalas de funcionamento intelectual e adaptativo. O YSR segue a estrutura básica e o conteúdo dos itens da CBCL, mas é completado pelo jovem. Achenbach (2007) aponta a importância de utilizar vários informantes, pois tanto as similaridades quanto as divergências oferecem informações clinicamente úteis.

A Escala de Avaliação Comportamental para Crianças – 2 (BASC-2; Reynolds e Kamphaus, 2004) é uma classificação de comportamentos que também inclui escalas para professores, pais e

criança. É um teste da nova geração, com propriedades psicométricas bastante sólidas, sendo recomendado para problemas de conduta (Kamphaus, VanDeventer, Brueggemann e Barry, 2006; McMahon e Kotler, 2006). As classificações de professores, pais e as da criança têm, para cada um deles, três formulários, dependendo da idade da criança (formulário pré-escolar de 2 a 5 anos, infantil de 6 a 11 anos e o formulário adolescente de 12 a 21 anos). Somado a isso, a escala de autorrelato oferece um formulário de universidade para indivíduos entre 18 e 25 anos. Os itens avaliam as observações do indivíduo a respeito dos comportamentos, pensamentos e emoções externalizadas pela criança ou pelo adolescente. Funcionamentos adaptativos ou desadaptativos são avaliados por essa escala. Ao utilizar uma abordagem de classificação dimensional, a BASC-2 proporciona informações sobre a gravidade dos sintomas (Kamphaus et al., 2006).

O Inventário de Comportamento Disruptivo de Beck (BDBI; J. S. Beck et al., 2001) analisa comportamentos delinquentes e agressivos. Assim como os outros Inventários para Jovens de Beck, este consiste em 20 itens. Mais especificamente, o BDBI avalia a agressão contra animais e contra pessoas, destruição de propriedade, dissimulação ou roubo, além de graves violações de regras. Além disso, o inventário identifica discussões, desafios, provocação deliberada e propensão à vingança.

O Inventário de Comportamento Infantil de Eyberg (ECBI; Eyberg, 1974) é um relatório para pais acerca dos problemas de conduta e comportamento de jovens de 2 a 16 anos. O ECBI avalia a frequência e gravidade de problemas de comportamento. O ECBI consiste de 36 itens sobre os quais os pais apontam a frequência com que o comportamento ocorre e indicam se ele é um problema. Uma versão para professores também está disponível

(Inventário de Comportamento Estudantil de Sutter-Eyberg [SESBI]; Sutter e Eyberg, 1984). O ECBI é útil para avaliar comportamentos disruptivos recorrentes e a percepção dos pais quanto à gravidade do problema. Também pode ser útil para avaliar mudanças ao longo do tratamento (Eyberg, 1992). Eyberg (1992) aponta que, quando o problema e a intensidade têm pontuações diferentes, essa discrepância deve ser explorada e, assim, proporcionar achados clínicos adicionais.

Pelo fato de analisar comportamentos e pensamentos semelhantes aos do transtorno desafiador de oposição e o de conduta, o Inventário de Comportamento Disruptivo para Jovens de Beck (BDBI-Y; J. S. Beck et al., 2001) é uma ferramenta útil. O BDBI-Y é usado para a faixa etária de 7 a 18 anos, sendo usado ou combinado com outros Inventários para Jovens de Beck (depressão, ansiedade, raiva e auto-conceito) ou sozinho.

A Escala de Classificação de Swanson, Nolan e Pelham (SNAP-IV) é uma revisão do Questionário SNAP (Swanson, Sandman, Deutsch e Baren, 1983) e é aplicada em crianças e adolescentes de 6 a 18 anos a fim de avaliar sintomas de transtorno desafiador de oposição, agressão e TDAH. A SNAP-IV baseia-se nos critérios do DSM-IV, devendo estar concluída antes da entrevista. As classificações de pais e professores indicam o grau em que a criança exibe cada sintoma (nada, apenas um pouco, com alguma frequência ou muito; Pliszka, Carlson e Swanson, 1999). Coletar essa informação antes da entrevista clínica ajuda o terapeuta a organizar de modo eficiente o tempo de entrevista. A SNAP-IV levanta subescalas, sendo que médias de subconjuntos ou contagem de itens podem ser usadas para identificar “anormalidades” no jovem (Pliszka et al., 1999).

A Escala de Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn e Pelham (SKAMP; Swanson,

1992) foi desenvolvida para avaliar sintomas de TDAH na sala de aula, oferecendo uma versão para os pais, em que comportamentos no lar, em acréscimo à versão do professor, são analisados (Pliszka et al., 1999). Os itens do SKAMP não são critérios do DSM-IV, mas refletem como os sintomas podem manifestar-se na sala de aula ou em casa ao interferirem em comportamentos apropriados (Pliszka, Carlson e Swanson, 1999). Os itens da SKAMP focam os comportamentos alvos para mudanças. O teste é útil para acompanhar os comportamentos necessários para o funcionamento em casa e na escola (por exemplo, preparar-se para a escola, ater-se às tarefas, completar trabalhos).

A Escala de Classificação de Comportamento Disruptivo (DBDRS; Barkley, Edwards e Robin, 1999) levanta escores para TOD, TDAH e transtorno de conduta. O DBDRS oferece versões para pais e professores. As versões dos relatos de pais e professores contêm itens relativos à desatenção (1-9), à hiperatividade-impulsividade (10-18) e ao TOD (19-26). Para alcançar o limiar clínico, quatro ou mais itens na escala do TOD precisam ser classificados como 2 ou 3. Nas escalas de desatenção e hiperatividade, seis itens devem ser classificados como 2 ou 3. A versão para os pais também inclui 15 itens de sintomas na subescala do TC, com respostas “sim” ou “não”.

Transtornos invasivos do desenvolvimento

A Escala de Classificação de Autismo Infantil (CARS; Schopler, Reichler e Renner, 1986) é clinicamente válida baseada em observação direta. A CARS, ainda que não seja um diagnóstico em si mesmo, é uma parte relevante de uma testagem mais ampla ou de um processo

de testagem (Marcus e Schopler, 1993). A CARS é composta de 15 subescalas de comportamentos classificados em série, proporcionando exemplos descritivos de comportamentos visando a auxiliar o terapeuta. Um escore geral é obtido a partir de um total das subescalas, e os resultados classificam-se em “não autístico” (15-29,5), “pouco a moderadamente autístico” (30-36,5) e “extremamente autístico” (37 ou mais).

O Programa de Observação Diagnóstica de Autismo (ADOS; Lord et al., 1989) tem sido empregado em ambientes clínicos e em pesquisa, considerando o funcionamento social, a comunicação, o jogo e o interesse ao apresentar à criança tarefas estruturadas e desestruturadas projetadas com o intuito de despertar certas habilidades. Comportamentos são classificados com base em observação direta.

A Entrevista Diagnóstica de Autismo (ADI; LeCouteur et al., 1989) pode ser

usada com crianças dos 4 anos até o começo da idade adulta, incluindo indivíduos com uma idade mental de 2 anos ou menos. A ADI é aplicada em um formato de entrevista com cuidadores principais, o que envolve codificar comportamentos com base nas descrições que levam em conta não apenas atrasos, mas também limitações qualitativas e desvios (Marcus e Schopler, 1993).

A Escala de Comportamento Repetitivo – Revisada é ideal para avaliar a ocorrência de comportamentos repetitivos restritos, um sintoma central em crianças com Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) (Lam e Aman, 2007). Esse teste é clinicamente valioso, pois comportamentos repetitivos e ritualísticos impactam muitas áreas do funcionamento da criança, inclusive interferindo em interações sociais, no aprendizado e na atenção. Os testes para avaliar TIDs estão resumidos no Quadro 2.5.

QUADRO 2.5**TESTES SELECIONADOS PARA AVALIAR TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO**

INSTRUMENTO	IDADE	COMENTÁRIOS
Escala de Classificação de Autismo Infantil (CARS; Schopler et al., 1986)	A partir dos 2 anos	Consiste de 15 subescalas completadas baseando-se na observação direta. Classificações de escore total incluem “não autístico”, “pouco a moderadamente autístico” e “extremamente autístico”.
Programa de Observação Diagnóstica de Autismo (ADOS; Lord et al., 1989)	5-12 anos	A criança tem tarefas estruturadas e desestruturadas, sendo então classificada conforme observações diretas.
Entrevista Diagnóstica de Autismo (ADI; LeCouteur et al., 1989)	Dos 4 anos até o começo da vida adulta	Formato de entrevista com o cuidador principal. O comportamento é codificado com base em atrasos, limitações e desvios.
Escala de Comportamento Repetitivo – Revisada (Lam e Aman, 2007)	A partir dos 3 anos	Testa comportamentos repetitivos restritos.

Transtornos alimentares

Garner e Parker (1993) consideram que testar transtornos alimentares pode ser complexo e dinâmico, incluindo entrevistas clínicas e semiestruturadas, observações comportamentais, testes de autorrelato, checagem de sintomas, escalas de classificação clínica, procedimentos de automonitoramento e testes de medição padronizados. Testagens são importantes na identificação de sintomas específicos a determinados diagnósticos, uma vez que avaliam atitudes e comportamentos individuais característicos de

transtornos alimentares bem como o funcionamento geral (Garner e Parker, 1993). Garner e Parker recomendam como ponto de partida uma entrevista clínica detalhada delineando conteúdos essenciais a serem abordados. Entrevistas semiestruturadas ajudam o terapeuta na obtenção do histórico necessário e das informações que levam a um diagnóstico preciso e ao planejamento adequado do tratamento. Sugestões para esses e outros instrumentos de teste com transtornos alimentares são listadas no Quadro 2.6.

O Exame de Transtornos Alimentares (EDE) é uma entrevista clínica em que são

QUADRO 2.6		TESTES SELECIONADOS PARA AVALIAR TRANSTORNOS ALIMENTARES	
INSTRUMENTO		IDADE	COMENTÁRIOS
Exame de Transtornos Alimentares (EDE; Cooper e Fairburn, 1987)		A partir dos 12 anos	Avalia sintomas de anorexia e bulimia de fundo nervoso.
Instrumento de Classificação Clínica de Transtornos Alimentares (CEDRI; Palmer et al., 1987)		A partir dos 13 anos	Avalia comportamentos e atitudes relacionados a transtornos alimentares, bem como a outros sintomas concomitantes aos transtornos alimentares (depressão e baixa autoestima).
Inventário de Transtornos Alimentares – 2 (EDI-2; Garner, 1991)		A partir dos 12 anos	Autorrelato da criança de traços psicológicos e comportamentais dos transtornos alimentares. Levantamento de oito subescalas básicas e três provisórias.
Teste de Atitudes Alimentares (EAT; Garner e Garfinkel, 1979)		A partir dos 13 anos	Autorrelato da criança levantando um escore total e três escores de subescalas (dieta, bulimia/preocupação com a alimentação e controle oral). Modificações para crianças mais novas foram criticadas pelos seus conteúdos.
Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal (EBBIT; Candy e Fee, 1998)		A partir dos 11 anos	Teste de 38 itens sobre insatisfação com a imagem corporal, comportamentos de restrição alimentar e de ingestão descontrolada.
Teste de Atitude Corporal (BAT; Probst et al., 1995)		A partir dos 13 anos	Teste de 20 itens. Avalia a insatisfação com tamanho, forma e aparência do corpo.

observados sintomas de anorexia e bulimia, ambas de fundo nervoso (Cooper e Fairburn, 1987; Fairburn e Cooper, 1996; Wilson e Smith, 1989). O EDE contém duas escalas comportamentais (comer em excesso e métodos de controle do peso), bem como quatro subescalas (restrição, preocupações com a alimentação, preocupações com a forma e com o peso). As avaliações psicométricas são extremamente contundentes e fazem do EDE uma ferramenta altamente recomendável (Anderson, Lundgren, Shapiro e Paulosky, 2004).

O Instrumento de Classificação Clínica de Transtornos Alimentares (CEDRI; Palmer, Christie, Condlle, Davies e Kenwick, 1987) também observa comportamentos e atitudes, mas visa adicionalmente a outros sintomas recorrentes encontrados em transtornos alimentares, como a depressão e a baixa autoestima.

Vários testes de autorrelato para crianças também foram desenvolvidos na avaliação dos sintomas de transtornos alimentares. O Inventário de Transtornos Alimentares – 2 (EDI-2; Garner, 1991) é um autorrelato para crianças com traços psicológicos e comportamentais de transtornos alimentares. Os itens são classificados pela criança em uma escala de seis pontos, e escores de oito subescalas básicas são obtidos por meio dos primeiros 64 itens. Adicionalmente, três subescalas provisórias são derivadas dos últimos 27 itens do teste (asceticismo, controle do impulso e insegurança social).

Outro teste de autorrelato para crianças é o de Atitudes Alimentares (EAT; Garner e Garfinkel, 1979), que proporciona aos terapeutas um escore total e três escores de subescalas (dieta, bulimia/preocupações com alimentação e controle oral). A criança classifica cada item em uma escala de 1 a 6, e um escore total é obtido, com um ponto de corte de 30 usado para identificar preocupações típicas de pacientes com anorexia (Garner e

Garfinkel, 1979). Mais recentemente, o EAT foi modificado para crianças com menos e com mais idade (Teste de Atitudes Alimentares para Crianças [Maloney, McGuire e Daniels, 1988]; Teste de Atitudes Alimentares Adaptado [Vacc & Rhyne, 1987]), mas eles foram criticados por seus conteúdos (Candy e Fee, 1998).

O Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal (EBBIT; Candy e Fee, 1998) pode ser mais eficiente com meninas pré-adolescentes. Ele tem 38 itens que avaliam a insatisfação com a imagem corporal, comportamentos de restrição alimentar e períodos de ingestão descontrolada. O EBBIT levanta duas subescalas: insatisfação com a imagem corporal, restrição alimentar e ingestão descontrolada.

O Teste de Atitude Corporal (BAT; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle e Vanderlinden, 1995) consiste de 20 itens. Esse teste de autorrelato avalia a insatisfação do jovem com tamanho, forma e aparência do corpo. As seguintes subescalas foram identificadas: apreciação negativa do tamanho corporal, falta de familiaridade com o próprio corpo e insatisfação geral com o corpo (Kronenberger e Meyer, 2001). O BAT pode distinguir indivíduos com e sem o transtorno: pacientes com bulimia tendem a ter pontuação mais alta. No geral, o BAT é útil para os terapeutas que buscam avaliar questões de imagem corporal.

Testes de conteúdos cognitivos específicos

A TCC é baseada em um modelo de processamento de informações (A. T. Beck e Clark, 1988; Dozois e Dobson, 2001; Ingram e Kendall, 1986). Produtos, estruturas, operações e conteúdos cognitivos são elementos formadores desse modelo. Pensamentos automáticos (PAs)

representam produtos cognitivos; distorções cognitivas fazem parte do processo inerente às operações cognitivas; as estruturas e os conteúdos cognitivos estão refletidos nos esquemas. Os testes de

conteúdos cognitivos específicos permitem que se identifiquem PAs em particular e seus esquemas subjacentes. (Testes de conteúdos cognitivos específicos são listados no Quadro 2.7.)

QUADRO 2.7

TESTES SELECIONADOS PARA AVALIAR CONTEÚDOS COGNITIVOS

INSTRUMENTO	IDADE	COMENTÁRIOS
Pensamentos automáticos		
Questionário do Erro Cognitivo Negativo Infantil (CNCEQ; Leitenberg et al., 1986)	8-12 anos	Analisa distorções cognitivas; diferencia populações clínicas e não clínicas. Pode ser usado como uma forma inicial de visar a erros cognitivos e ser repetidamente aplicado a fim de avaliar o progresso.
Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças (CTIC; Kaslow et al., 1992)	9-12 anos	Escala de 36 itens avaliando a tríade cognitiva negativa para depressão.
Questionário de Estilos Atributivos para Crianças (CASQ; Kaslow et al., 1978; Seligman et al., 1984)	8-13 anos	Avalia o estilo argumentativo da criança (fatores internos, estáveis e globais) associado com a depressão por meio de 48 itens.
Escala de Pensamentos Automáticos para Crianças (CATS; Schniering e Rapee, 2002)	7-16 anos	Teste amplo de 40 itens abordando autoafirmações negativas. Uma boa opção no planejamento do tratamento e na avaliação da resposta ao tratamento.
Questionário de Autoafirmação Afetiva Negativa (NASSQ; Ronan et al., 1994)	8-15 anos	Avalia mais conteúdos cognitivos/ autoafirmações associadas à depressão e à ansiedade.
Esquemas		
Inventário de Autoconceito de Beck (J. S. Beck et al., 2001)	7-14 anos	Reflete percepções contínuas de competência, ação e valor próprio.
Questionário de Esquema para Crianças (SQC; Stallard e Rayner, 2005)	11-16 anos	Compreende 12 itens classificados pelas crianças em uma escala de 1 a 10 pontos. Foi demonstrado que o SQC diferencia as amostras clínicas das amostras da comunidade (Stallard, 2007).
Questionário de Esquemas – Forma Resumida (SQ-SF; Young, 1998)	16-18 anos	São 75 itens avaliando privação emocional, abandono, traição/abuso, alienação social, defeitos, submissão, autossacrifício, inibição emocional, padrões inflexíveis, reivindicação e autocontrole insuficiente.

Pensamentos automáticos

PAs são bem conhecidos entre todos os psicoterapeutas orientados pela TCC e pela maior parte de psicoterapeutas de orientações teóricas distintas. Os PAs caracterizam-se por fluxo de consciência, julgamentos, apreciações, conclusões, avaliações, interpretações e/ou imagens sob qualquer perspectiva temporal (passado, presente, futuro; Padesky, 1988). Os PAs são uma voz interna específica às situações dos jovens, provocados por motivadores ligados a experiências emocionais. PAs são, em geral, diretamente acessíveis e facilmente associados a sintomas e problemas infantis. Avaliar esses resultados com os descritores a seguir permite que sejam apontados com clareza os pensamentos perturbadores das crianças, os quais se tornam o alvo do tratamento. É possível repetir esses testes com o intuito de avaliar o progresso. Diferentes estados emocionais são caracterizados por conhecimentos específicos (hipótese da especificidade de conteúdo; A. T. Beck e Clark, 1988; D. M. Clark, Beck e Alford, 1999; Jolly, 1993; Jolly e Dykman, 1994; Jolly e Kramer, 1994; Laurent e Stark, 1993).

A depressão infantil e adolescente é caracterizada pela tríade cognitiva negativa (A. T. Beck et al., 1979). Jovens deprimidos explicam suas experiências por meio de uma visão negativa de si mesmos, dos outros, de suas experiências e do futuro. No geral, crianças ansiosas superestimam a probabilidade e a dimensão de perigo, negligenciam fatores de resgate e ignoram suas habilidades de *coping* (Kendall et al., 1992). Mais especificamente, pacientes com ansiedade social temem avaliações negativas (Albano, Chorpita e Barlow, 2003). Crianças ansiosas, muitas vezes, atribuem sintomas corporais a algo estando catastroficamente errado com eles, acreditando que morrerão (Mattis e Ollendick, 1997; Ollendick,

1998). Adolescentes com transtorno de pânico interpretam de modo equivocado as mudanças corporais normais (Mattis e Ollendick, 1997).

Jovens raivosos e agressivos têm pensamentos automáticos bastante diferentes (Coie e Dodge, 1998; Crick e Dodge, 1996). Um viés atributivo hostil caracteriza humores raivosos e comportamentos agressivos (Dodge, 1985). Esses jovens veem o mundo pelas lentes que geralmente confundem o que é deliberado com o que é acidental. Como eles entendem fatos ambíguos ou neutros como provocações deliberadas, reagem de imediato. Além disso, a raiva é associada a uma percepção de injustiça, a uma violação de regras pessoais (direitos e deveres) e a uma rotulação alheia. No estado depressivo, uma atenção crítica é direcionada a si mesmo, enquanto na raiva a atenção negativa é direcionada a outra pessoa ou ao ambiente.

O Questionário do Erro Cognitivo Negativo Infantil (CNCEQ; Leitenberg, Yost e Carroll-Wilson, 1986) analisa distorções cognitivas de supergeneralização, ideias catastróficas, culpa excessiva e atenção desproporcional direcionada a aspectos negativos de um fato. O teste é apropriado para o público do ensino fundamental. O CNCEQ distingue populações clínicas e não clínicas. É aplicado como meio inicial na identificação de erros cognitivos específicos, podendo então ser repetido para avaliar o progresso.

O Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças (CTIC; Kaslow, Stark, Printz, Livingston e Tsai, 1992) compreende 32 itens para crianças de 9 a 12 anos e simultaneamente avalia todos os três aspectos da tríade cognitiva de Beck para depressão. Cada item oferece três opções de resposta (sim, talvez, não). Kaslow e colaboradores relataram escores médios para crianças depressivas como 39,5 (total); 13,8 (visão negativa de si); 12,6

(visão negativa do mundo) e 13,1 (visão negativa do futuro).

O Questionário de Estilos Atributivos para Crianças (CASQ; Kaslow, Tanenbaum e Seligman, 1978; Seligman et al., 1984) oferece 48 itens que analisam o estilo argumentativo da criança associado à depressão. O CASQ fundamenta-se no achado de que crianças depressivas explicam resultados negativos com fatores internos (por exemplo: “A coisa ruim aconteceu por minha causa.”), estáveis (por exemplo: “Isso vai durar para sempre.”) e globais (por exemplo: “Isso vai afetar tudo o que eu fizer.”). O CASQ levanta um escore total de atribuição depressiva, bem como escores nos fatores internos, estáveis e globais.

A Escala de Pensamentos Automáticos para Crianças (CATS; Schniering e Rapee, 2002) é um teste amplo que aborda autoafirmações negativas em crianças de 7 a 16 anos. Consiste de 40 itens envolvendo quatro fatores: ameaça física, ameaça social, fracasso pessoal e hostilidade. As crianças indicam seu ponto de vista circulando uma das cinco opções de resposta (0, nem um pouco – 4, o tempo todo). A CATS é uma boa opção no planejamento do tratamento e na avaliação da resposta a ele.

O Questionário de Autoafirmação Afetiva Negativa (NASSQ; Ronan, Kendall e Rowe, 1994; Lerner et al., 1999) é um teste para crianças de 7 a 15 anos um tanto mais voltado ao conteúdo cognitivo. O NASSQ avalia autoafirmações associadas à depressão e à ansiedade. Existem 48 afirmações características de ansiedade ou depressão (por exemplo: “Eu vou parecer um tolo.”) e 13 autoafirmações positivas. Pacientes relatam seus pontos de vista das várias cognições selecionando uma das cinco opções (1, nem um pouco – 5, o tempo todo). Um ponto de corte de 49 é recomendado para cognições associadas à ansiedade (Snood e Kendall, 2007).

Esquemas

Os *esquemas* são estruturas centrais de significado que representam a visão de mundo ou filosofia de uma criança (Mash e Dozois, 2003). Os esquemas filtram experiências individuais em quadros gerais e orientam o comportamento (Kendall e MacDonald, 1993). Markus (1990, p. 242) escreveu que “os esquemas proporcionam categorias por meio das quais é possível tornar significativa a experiência”. Trata-se de crenças que refletem estruturas cognitivas profundas vinculadas a experiências emocionais intensas (Padesky, 1994). Uma exposição prolongada a experiências negativas ou de privação podem levar a visões negativas de si (Guidano e Liotti, 1983, 1985). Eder (1994, p. 180) afirmou que, como os esquemas são encobertos, são, “muitas vezes, experimentados, mas raramente articulados.”

Os esquemas podem ser mais evidentes, poderosos e fundamentais para os adolescentes (Hammen e Zupan, 1984). Entretanto, as vulnerabilidades associadas a esquemas desadaptativos podem também estar operando em crianças no ensino fundamental (Taylor e Ingram, 1999). Taylor e Ingram (1999, p. 208) as-tutamente comentam:

Cada vez que um estado de humor negativo é percebido, crianças de alto risco podem estar desenvolvendo, acumulando, fortalecendo e consolidando seu repertório de informações nas estruturas autorreferentes disfuncionais que guiam suas visões de si mesmas e o modo como a informação é processada quando eventos adversos evocam essas estruturas no futuro.

Com raras exceções, as pesquisas em esquemas com crianças e adolescentes são limitadas (Cooper, Rose e Turner, 2005; Stallard, 2002, 2007; Stallard e Rayner, 2005).

O Inventário de Autoconceito de Beck (J. S. Beck et al., 2001) reflete percepções duradouras de competência, ação e valor pessoal. Assim como as demais escalas nos Inventários para Jovens de Beck, ela consiste de 20 itens. Escores brutos são convertidos em escores-*T* para comparações padronizadas.

O Questionário de Esquema para Crianças (SQ-C; Stallard e Rayner, 2005) consiste de uma única questão refletindo esquemas desadaptativos anteriores (EMS). Os 12 itens do SQ-C são classificados em uma escala de 1 a 10 pela criança, indicando até que ponto o item se aplica a ela. Escores mais altos requerem um ponto de vista mais consistente. O SQ-C foi capaz de distinguir amostras clínicas de amostras da comunidade (Stallard, 2007).

O Questionário de Esquemas – Forma Resumida (SQ-SF; Young, 1998) avalia privação emocional, abandono, traição/abuso, alienação social, defeitos, submissão, autossacrifício, inibição emocional, padrões inflexíveis, reivindicação e autocontrole insuficiente (Young, 1998; Wellburn, Coristine, Dagg, Pontefract e Jordan, 2002). Consiste de 75 itens em uma escala de 6 pontos. Escores mais altos refletem um ponto de vista mais conciso de um conteúdo específico de um esquema. O SQ-SF é apropriado para adolescentes com mais idade (16 a 18 anos).

As propriedades psicométricas para a SQ-SF são aceitáveis (Wellburn et al., 2002). Wellburn e colaboradores concluíram que mulheres têm pontuação mais alta nos esquemas de autosacrifício, envolvimento, fracasso, abandono e defeitos.

TÉCNICAS DE AUTOMONITORAMENTO IDEOGRÁFICO

O automonitoramento é o fundamento do comportamento intencional

dirigido ao objetivo (Bandura, 1977a, 1977b, 1986). A menos que os jovens observem seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, a mudança será difícil para eles (Bandura, 1977a, 1977b). O automonitoramento proporciona um *feedback* essencial a respeito do que necessita ser mudado e o quão bem o processo de mudança está transcorrendo (Brewin, 1988). Adicionalmente, o automonitoramento é muitas vezes uma estratégia de mudança inicial. Observar um comportamento o altera (Bateson, 1972). Mais especificamente, comportamentos positivos aumentam e comportamentos negativos diminuem quando monitorados (Ciminero e Drabman, 1977). O automonitoramento pode revelar ou uma atenção crítica demasiada direcionada a si mesmo e aos outros, ou uma atenção insuficiente dada aos comportamentos problemáticos ou aos impulsos que contribuem para os problemas de autocontrole (A. T. Beck, 1976). O Quadro 2.8 lista métodos de automonitoramento ideográfico discutidos no restante do capítulo.

Automonitoramento emocional

O automonitoramento é um modo pelo qual crianças e adolescentes podem observar seus humores. Existem várias maneiras verbais e não verbais pelos quais os jovens podem acompanhar seus sentimentos. Para identificar sentimentos, Sentindo Rostos* é um procedimento simples e comumente usado. Em sua aplicação mais básica, uma cópia de quatro rostos em branco ou sem expressão são fornecidos à criança. A criança é então solicitada a desenhar rostos felizes, tristes, irritados e preocupados. Esses desenhos representam o código emocional da criança. É então dada a ela a tarefa de casa de desenhar um rosto

* N.de T. No original, *Feeling Faces*.

QUADRO 2.8

MÉTODOS DE
AUTOMONITORAMENTO IDEOGRÁFICO

FERRAMENTA	PROPÓSITO	IDADE
Observe, Alerta, Tempestade!	Automonitoramento emocional	7-11 anos
Bússola do Sentimento	Automonitoramento emocional	7-16 anos
Tabelas do Comportamento	Automonitoramento comportamental	Qualquer
Acompanhando Meus Pontos	Automonitoramento comportamental	8-15 anos
Arquivando Meus Medos	Construção de hierarquias	Qualquer
Para o Alto e Além	Construção de hierarquias	Qualquer
O Que Está Incomodando Você?	Automonitoramento cognitivo	8-11 anos
Sua Tempestade de Ideias	Automonitoramento cognitivo	11-16 anos
Meu Mundo	Automonitoramento cognitivo, comportamental e emocional	Qualquer

representando a emoção cada vez que ela experimentar um forte sentimento.

Cartuns são muitas vezes particularmente estimulantes para as crianças e podem ser usados para o monitoramento de humor. Cartuns como os *Coping Cats* (Kendall et al., 1992), *Coping Koalas* (Barrett et al., 1996), e PANDY (Friedberg, Friedberg & Friedberg, 2001), e as ilustrações de *Think Good, Feel Good* (Stallard, 2002) proporcionam diversão para crianças. Com o advento do *clip art*, terapias cognitivo-comportamentais podem inventar eles mesmos cartuns objetivando o monitoramento de humor. Acesse o *clip art*, apague os rostos dos personagens e solicite à criança que desenhe tais expressões. Isso oportuniza ao terapeuta ilimitadas opções a serem empregadas.

Existem muitos quadros de Sentindo Rostos produzidos comercialmente, e, embora sejam úteis, devem ser usados com sensibilidade. Por vezes, eles incluem escolhas de sentimentos que podem sobrecarregar as crianças. Os rótulos emocionais referidos na maior parte dos quadros (por exemplo, exasperado), muitas vezes, não são parte do vocabulário dela. Enquanto alguns quadros de sentimentos são produzidos em versões em outros idiomas além

do inglês, os rostos geralmente são de homens brancos.

Classificar o sentimento é outra forma importante de se ter consciência dos humores, ou seja, é um passo mais avançado do que a identificação de sentimentos, o que é demasiado pontual (ou você está feliz, triste, preocupado, irritado, ou não está), enquanto classificações indicam “quanto” da emoção o paciente está experimentando. Além disso, acrescenta especificidade para o processo de automonitoramento. Por meio da classificação, é possível de imediato perceber o nível de intensidade emocional em várias circunstâncias. Isso também comunica aos jovens pacientes que as emoções existem em um contínuo, não sendo elas um fenômeno “tudo ou nada”.

Réguas de sentimentos, termômetros, sinais de tráfego e outras mensurações para classificar a intensidade emocional são essenciais na TCC com crianças. Via de regra, um extremo da escala é alta intensidade, enquanto o outro é baixa. As escalas, em geral, vão de 1 a 10 ou de 1 a 100. As crianças apenas marcam ou coloram o ponto que representa a intensidade. Por exemplo, na escala do sinal de tráfego, vermelho significa alta intensidade;

amarelo é intensidade mediana; verde é baixa intensidade.

Ocasionalmente, crianças com menos idade e com menos capacidade de compreensão apresentam dificuldades com o processo: necessitarão, assim, de referências mais concretas. Friedberg e McClure (2002) sugeriram o uso de diferentes níveis de água colorida ou contas coloridas em copos transparentes para representar gradientes emocionais. Além disso, nós frequentemente usamos gestos de mãos pareados com descritores verbais. Por exemplo, nós dizemos “Você se sente triste um pouco (mãos juntas), mais ou menos (mãos moderadamente distantes) ou muito (mãos longe uma da outra)?”

OBSERVE, ALERTA, TEMPESTADE!

Idade: de 7 a 11 anos.

Propósito: Técnica de graduação e monitoramento de intensidades emocionais

Materiais necessários:

- Diário Observe, Alerta, Tempestade! (Formulário 2.1).
- Lápis ou caneta.

Ensinar as crianças a acompanharem os seus sentimentos em diferentes intensidades é uma tarefa de automonitoramento emocional essencial. Muitas vezes, crianças perturbadas não notam seus sentimentos até que eles estejam em intensidade extrema. Consequentemente, os sentimentos saem do controle, e comportamentos impulsivos, destrutivos e autoprejudiciais se desenvolvem. Por meio dessa desatenção a pistas mínimas, eles aprendem a responder apenas à alta taxa de emoção. Isso comumente ensina outros a reagir a eles com forte emoção. Já que os níveis de emoção são mais difíceis de modular, as crianças aprendem que as emoções são perigosas e incontroláveis. Acompanhar as intensidades das emoções aumenta a sua previsibilidade. Os senti-

mentos não mais parecem vir do nada. Explosões e colapsos se tornam mais previsíveis e, subsequentemente, mais administráveis.

Como outras técnicas de escala, Observe, Alerta, Tempestade! ensina os pacientes a observar os seus sentimentos em diferentes intensidades. Ela também os prepara para a técnica de automonitoramento cognitivo “Sua Tempestade de Ideias”, apresentada mais adiante neste capítulo. “Observe, Alerta, Tempestade!” é uma técnica de escala em 3 pontos que usa a linguagem dos meteorologistas ao prever tempestades. “Observe” representa os níveis mais baixos de intensidade do sentimento, “Alerta” significa que a tempestade emocional está fermentando e aumentando de intensidade, e “Tempestade” reflete o nível mais alto de intensidade e é geralmente associado a colapsos (por exemplo, choro, automutilação, agressão).

“Observe, Alerta, Tempestade!” é fácil de implementar. O primeiro passo envolve apresentar a metáfora e o exercício à criança. A seguir, é preenchido o formulário com a criança em sessão. O terceiro passo é designar a tarefa de automonitoramento emocional como tarefa de casa. A seguinte transcrição ilustra esse processo de três etapas.

Terapeuta: Evan, você assiste à previsão do tempo?

Evan: Algumas vezes.

Terapeuta: Certo. Você sabe que as pessoas do tempo acompanham tempestades de neve e de raios primeiro chamando por uma observação, depois um alerta, e, então, a tempestade de fato chega.

Evan: Eles usam o radar.

Terapeuta: Exatamente. E seus sentimentos fortes são como tempestades. Então nós podemos

- acompanhá-los usando um tipo de radar emocional. É possível usar as mesmas regras que o pessoal do tempo usa. Uma observação de uma tempestade emocional significa que o sentimento está apenas nos estágios iniciais.
- Evan: Como uma quantidade pequena de sentimento.
- Terapeuta: Basicamente isso. Então o que é um alerta emocional?
- Evan: O momento em que o sentimento está se intensificando e está perto de estourar.
- Terapeuta: Você entendeu. E a chegada da tempestade?
- Evan: Quando o sentimento é como uma explosão ou um tornado ou algo assim.
- Terapeuta: Vamos começar com uma tarefa de casa. Que sentimento poderiam ser acompanhados?
- Evan: Frustração e raiva?
- Terapeuta: Certo, cada vez que você se sentir frustrado ou irritado, escreva a data. Para classificar se é uma observação, um alerta ou uma tempestade, apenas marque na coluna correspondente.

A etapa final é continuar a tarefa na próxima sessão. A transcrição seguinte ilustra essa continuação com Evan.

- Terapeuta: Vamos olhar seu diário “Observe, Alerta, Tempestade!”: quantas tempestades ocorreram?
- Evan: Todas as marcações foram em tempestades.
- Terapeuta: O que você me diz disso?
- Evan: Eu não sei.
- Terapeuta: Bem, só há tempestades e nenhuma observação ou alerta. Não é de surpreender que pareça que seus colapsos ve-

nham do nada e você pareça fora de controle. Nós temos que acompanhar o começo das tempestades.

- Evan: Por quê?
- Terapeuta: Boa pergunta. Quando uma tempestade chega, você não quer ser pego por ela. Se nós pudermos ajudar você a identificar a tempestade de raiva mais cedo, você aprenderá a lidar com o sentimento antes que ele fique mais forte e tome conta de você. O que acha disso?
- Evan: Tudo bem.
- Terapeuta: Certo. Quais são os sinais de que uma tempestade de raiva está nascendo em você?

Na transcrição, observa-se que o terapeuta, em primeiro lugar, usou os dados para demonstrar empatia com Evan. O terapeuta, então, recorreu ao diário para chamar atenção às pistas mínimas ou iniciais da raiva de Evan. O uso da “tempestade” pelo terapeuta estabelece as condições para o Diário de Tempestade de Ideias, o que ajuda as crianças a acompanharem seus processos mentais. A Figura 2.1 mostra o diário “Observe, Alerta, Tempestade!”.

BÚSSOLA DO SENTIMENTO

Idade: de 7 a 16 anos.

Propósito: Identificação e monitoramento de sentimentos

Materiais necessários:

- Pedaco redondo de cartolina ou algo semelhante
- Seta do mesmo material
- Aro metálico
- Alfinetes ou caneta hidrocor

A Bússola do Sentimento oferece abordagem visual relativa ao automoni-




		 OBSERVE	 ALERTA	 TEMPESTADE
Data	Emoção	Observe	Alerta	Tempestade
11/2	Raiva			x
12/2	Raiva			x
13/2	Raiva			x
14/2	Raiva			x
15/2	Raiva			x
16/2	Raiva			x

FIGURA 2.1

O diário Observe, Alerta, Tempestade! de Evan.

toramento de emoções. Essa técnica serve como uma intervenção criativa de automonitoramento e marcação, assemelhando-se ao Relógio de Pensamento-Sentimento (Friedberg e McClure, 2002). A Bússola do Sentimento pode ser incluída no “kit de sobrevivência” apresentado no Capítulo 4. A agulha da bússola indica os sentimentos, e não as direções, e tem uma seta móvel. As crianças desenhavam os sentimentos na bússola e, em seguida, movem a seta, indicando o sentimento experienciado. Elas podem mudar a direção da seta conforme necessário para indicar mudanças nos sentimentos. Conforme estratégias adicionais de *coping* são assimiladas, a criança pode aplicá-las e indicar se a direção do sentimento muda. Quando a criança muda a direção da seta, o terapeuta deve questionar o que pode ter ocasionado isso.

Criar a bússola durante a sessão pode ser útil na construção de habilidades de automonitoramento. A seguinte transcrição ilustra como foi introduzida a Bússola dos Sentimentos com Lucas, de 7 anos.

Terapeuta: Você sabe o que é uma bússola?

Lucas: Sim, nós a usamos no grupo de escoteiros para saber para onde estávamos indo.

Terapeuta: É isso mesmo, e hoje vamos fazer uma bússola do sentimento, o que nos ajudará a delinear “o trajeto” que seus sentimentos estão seguindo. Primeiramente, desenharemos rostos (ou escreveremos as legendas de sentimentos) nos quatro lados da bússola. Quais sentimentos deveríamos usar?

Lucas: Nós poderíamos usar os do meu papel do Sentindo Rostos. Acho que eram feliz, triste, irritado e amedrontado.

Terapeuta: Boa ideia. Pode desenhá-los.

Lucas: *(Desenha os rostos.) (sorrindo)* Terminei!

Terapeuta: Você fez um bom trabalho! Se sua seta já estivesse na bússola, para onde ela estaria apontando?

Lucas: Para o rosto feliz. Foi legal fazer os rostos.

Terapeuta: Seu rosto parece feliz agora, você tem um sorriso no rosto

- (apontando sinais não verbais para mudanças de humor). Agora coloque a seta.
- Lucas: Puxa, minha seta rasgou quando eu tentei colocá-la. Que droga!
- Terapeuta: Parece que a direção de seu sentimento acabou de mudar. Se a seta estivesse na bússola, para onde ela estaria apontando?
- Lucas: Para o irritado! Eu não gosto disso!
- Terapeuta: Eu posso ver que você se sente irritado, pois seu rosto mudou e sua voz também parece irritada. O que teria que acontecer para fazer a direção voltar para o rosto feliz? (O terapeuta pode então trabalhar com a criança na resolução de problemas e, então, identificar quaisquer mudanças em seus sentimentos.)

Como ilustra esse exemplo, ao longo da criação de uma ferramenta de automonitoramento são ensinadas as habilidades de automonitoramento e estabelecidas as condições para outras intervenções. O terapeuta adotou uma abordagem colaborativa com Lucas e

incorporou sua terminologia e suas respostas na técnica. O terapeuta também abordou as mudanças de sentimentos de Lucas na sessão e aproveitou a oportunidade para identificá-los. Ilustrou ainda como a Bússola do Sentimento pode ser aplicada no momento de cada mudança. O terapeuta ajudou Lucas a observar expressões não verbais de emoção, enquanto apontava que os sentimentos podem alterar-se, não apenas para sentimentos mais negativos, mas também para sentimentos positivos. Isso dá as condições para futuras intervenções, como a resolução de problemas. A Bússola do Sentimento de Lucas e seus componentes são demonstrados na Figura 2.2.

Automonitoramento comportamental

Planilhas de comportamento

Tarefas de automonitoramento comportamental são relativamente simples (Thorpe e Olson, 1997). Pais, professores e a criança registram os comportamentos em análise. Muitas intervenções comportamentais no Capítulo 4 são estabelecidas pelos procedimentos de automonitoramento descritos a seguir. Geralmente, o material inclui lápis e papel; porém, ade-

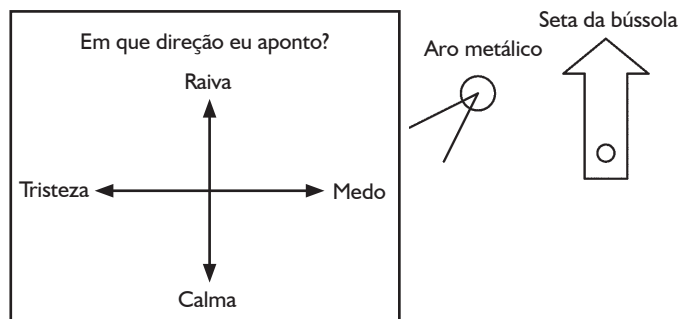


FIGURA 2.2

Bússola do Sentimento: Em que direção eu aponto?

sivos ou outros materiais criativos podem ser usados. É relativamente fácil fazer planilhas de monitoramento comportamental individualizados, mas já há excelentes recursos para tal (Kelley, 1990).

Os procedimentos para uso de tabelas de monitoramento comportamental apresentam vários elementos afins. Tipicamente, comportamentos em análise são definidos com especificações (por exemplo, juntar a mochila do chão ao chegar da escola após insistentes solicitações). Fatores contextuais também são considerados nessa definição, como o momento e o lugar em que o comportamento ocorre. As tabelas também podem incluir as pessoas presentes e envolvidas na situação. A frequência, a intensidade e a duração do comportamento podem também ser anotadas. Por último, os antecedentes são registrados, ou seja, o que antecede ou o que sinaliza o comportamento, como comandos ou transições. As consequências também são registradas, ou seja, o que segue ao comportamento, como recompensas e punições. O Formulário 2.2 oferece um exemplo.

Acompanhar os comportamentos é fundamental na coleta de dados e no objetivo de tornar os pacientes mais conscientes de seus comportamentos. Para hábitos menos frequentes, a contagem pode ser apropriada (por exemplo, 12 vezes na segunda-feira). Já para comportamentos que ocorrem com frequência ou por um certo período de tempo (por exemplo, roer as unhas por 10 minutos), a duração pode ser registrada (por exemplo, 55 minutos na quarta-feira pela manhã). As crianças podem nem sempre estar cientes de que o comportamento está ocorrendo: o monitoramento e a sinalização tanto dos pais como do terapeuta podem também ser apropriados para facilitar a percepção da criança antes de ir adiante na fase de responsabilização do tratamento.

No seguinte exemplo, o terapeuta está introduzindo um quadro comportamental para uma criança e sua mãe a fim de acompanhar o ato de puxar cabelos.

Terapeuta: Nós discutimos seu objetivo de diminuir a frequência e gravidade de seu hábito de puxar cabelos. Para isso, em primeiro lugar precisamos de algumas informações: precisamos saber com que frequência você está puxando seu cabelo e quando é mais provável que isso ocorra. Essa informação vai nos ajudar a fazer a mudança mais rapidamente, bem como nos dará a chance de verificar se o ato de puxar cabelos está diminuindo. Especificamente, após nós tentarmos algumas estratégias, vamos acompanhar tal atitude para ver se os números mudam. Isso faz sentido?

Kara e sua mãe: Claro, acho que sim.

Terapeuta: Que questões você tem?

Kara: Bem, eu acho que não sei como acompanharei isso, pois geralmente puxo meu cabelo o tempo inteiro enquanto faço meu dever de casa. Como farei os registros?

Terapeuta: Ótimas perguntas. Vamos analisar o formulário e ver se isso ajuda. Vamos imaginar que você esteja em uma aula de matemática e começa a puxar seu cabelo. Anote “aula de matemática” para que nós saibamos quando o ato de puxar aconteceu e então faça uma marca na segunda coluna para registrar sua atitude. Se isso acontecer novamente durante a mesma aula naquele dia, simplesmente faça outra marca a cada ocorrência.

- Kara: Certo. Isso faz sentido. Mas algumas vezes eu não percebo que estou puxando, especialmente em casa ou no ônibus.
- Terapeuta: Então, em vez do número de vezes que você puxou o cabelo, registre o tempo que você o puxou, fazendo sua melhor estimativa.
- Kara: Ah, compreendo. Eu geralmente puxo o cabelo no ônibus. Se na metade do caminho até a escola eu perceber que estava puxando, poderia escrever 12 minutos, pois essa é a metade do tempo do trajeto de ônibus.
- Terapeuta: Exatamente, agora você entendeu! Pode ir em frente e escrever isso em seu quadro como um lembrete.
- Mãe de Kara: O que eu devo fazer se eu ver Kara puxando o cabelo, por exemplo, durante o momento em que se ocupa com dever de casa?
- Terapeuta: Kara, o que ajudaria você?
- Kara: Bem, eu detesto quando você começa a dizer “Kara, não puxe!”.
- Terapeuta: Isso é frustrante para você. O que sua mãe poderia fazer ou dizer para ajudar mais?
- Kara: Talvez pudesse apenas dizer “Quadro” como um lembrete para eu marcar meu quadro e prestar atenção no que estou fazendo.
- Terapeuta: Como isso lhe parece?
- Mãe de Kara: Concorro.

Nesse exemplo, o quadro comportamental é detalhado, e Kara ganha mais experiência começando a tarefa na sessão. As questões da mãe e da criança são abordadas, e obstáculos potenciais para o sucesso são resolvidos. Ao incluir a mãe

de Kara no plano, bem como ao permitir que Kara dê sua opinião na abordagem de sinalização, o terapeuta está aumentando as chances de que a tarefa siga até o fim. O quadro de Kara pode ser visto na Figura 2.3.

ACOMPANHANDO MEUS PONTOS

Idade: de 8 a 15 anos

Propósito: Automonitoramento comportamental

Materiais necessários:

- Papel
- Lápis ou caneta
- Relógio ou cronômetro

“Acompanhando meus pontos” é uma tarefa de automonitoramento comportamental inspirada no trabalho com um garoto que não praticava, mas que amava beisebol (Friedberg e Wilt, no prelo). A tarefa foi apresentada a ele como sendo similar a registrar e acompanhar as médias de rebatidas. Seus “pontos” eram os comportamentos em análise e seu percentual de conformidade. A tarefa foi ainda aumentada quando colocou-se uma foto da criança de um lado do quadro e os pontos do outro, assim como em um cartão de beisebol. À medida que as taxas de conformidade da criança aumentavam, ele seguia no caminho para o *hall* da fama. A Figura 2.4 mostra um exemplo de “Acompanhando meus pontos”.

Hierarquias comportamentais

As hierarquias comportamentais classificam situações conforme o grau de perturbação a partir de técnicas de escala. Unidades subjetivas de perturbação (SUDS) representam o quanto dela foi experimentado em cada item hierárquico, os quais estabelecem as condições para a dessensibilização sistemática (Capítulo 4), intervenções cognitivas (Capítulos

Data/período de tempo	Contagem/frequência
Segunda-feira <ul style="list-style-type: none"> • aula de matemática • almoço • jogo de futebol 	IIII IIII III II
Terça-feira <ul style="list-style-type: none"> • trajeto no ônibus para a escola • apresentação • dever de casa 	12 minutos III 5 minutos
Quarta-feira	
Quinta-feira	
Sexta-feira	
Sábado	
Domingo	

FIGURA 2.3

Exemplo de uma planilha de automonitoramento comportamental de Kara para seus puxões de cabelo.

5 e 6) e técnicas baseadas na exposição (Capítulo 7). A seguir serão descritos dois exercícios de hierarquia.

ARQUIVANDO MEUS MEDOS

Idade: Qualquer idade
 Propósito: Construção de hierarquias
 Materiais Necessários:

- Cartões de indexação
- Lápis ou caneta
- Pasta, envelope ou pequena caixa para organizar os cartões (opcional)
- Formulário “Arquivando Meus Medos” (Formulário 2.3)

A técnica “Arquivando Meus Medos” envolve identificar vários itens ou tarefas

perturbadoras e escrever ou desenhar uma representação de cada uma em um cartão de indexação (ver Figura 2.5). O terapeuta, nesse caso, ajuda a criança a organizar ou “arquivar” os cartões por grau de perturbação em uma hierarquia. Os cartões permitem flexibilidade na modificação da hierarquia conforme a criança acrescenta itens entre passos ou cenas previamente identificados. Por exemplo, um menino de 13 anos com TOC e ansiedade social usou o “Arquivando Meus Medos” para desenvolver e confrontar passos hierárquicos. Ele inicialmente registrou em um cartão o medo de telefonar para um amigo. O terapeuta ajudou a criança a classificar o grau de medo e identificar tarefas menos amedrontadoras que precederiam o tele-

Data	# de comandos parentais (arremessos)	# de respostas conformes (rebatidas)	% (média de rebatidas)	# de respostas certas sem o lembrete (home runs)
20/4	20	7	0,350	2
21/4	15	3	0,200	0
22/4	18	6	0,333	3
23/4	9	6	0,666	4
24/4	21	7	0,333	3

FIGURA 2.4

Acompanhando meus pontos.

fonema. Crianças com menos idade podem desenhar o medo, recortar imagens de revistas ou usar fotografias, enquanto crianças com mais idade e adolescentes podem optar por uma descrição verbal. Para alguns jovens, fazer com que o terapeuta escreva os itens enquanto eles verbalizam seus medos é uma boa atividade colaborativa. É possível ajudar a identificar itens com motivadores como “Em que nível estaria sua ansiedade se... ?” e “O que seria o nível 4?”. Após os cartões terem sido feitos e colocados em ordem, uma pequena caixa ou um envelope pode mantê-los organizados ou “arquivados”. O menino de 13 anos no exemplo dado coloriu seu nível suposto de ansiedade para as várias atividades. Três passos foram selecionados para ilustrar uma parte de sua hierarquia (Figura 2.5 a-c).

À medida que a exposição a cada item está ocorrendo, o paciente circula, colore ou apenas indica seu nível de ansiedade nos cartões. Esse sinal visual a respeito da intensidade da ansiedade alertará crianças e terapeutas para quaisquer mudanças em relação ao sentimento. Laminar os cartões após as cenas terem sido escritas ou usar uma caneta apagável é útil se eles são usados mais de uma vez durante cada exposição, nos

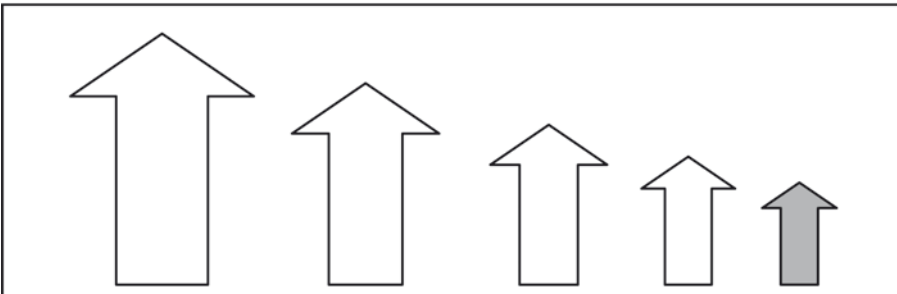
casos em que as cenas precisam ser apresentadas várias vezes. Alternativamente, diferentes cores de canetas hidrocor podem ser usadas para as classificações; assim, a criança poderá visualmente entender as variações na intensidade de seu medo.

A Figura 2.6 mostra o uso do “Arquivando meus Medos” com uma criança mais jovem. Alexa, de 6 anos, estava com tanto medo de entrar na piscina, que ela se recusava a nadar mesmo no raso. Seu medo estava começando a se generalizar para a banheira, e sua mãe começou a dar-lhe banhos com esponja desde que Alexa se recusou a entrar até na banheira. Alexa desenhou figuras nos cartões, dos quais o menos amedrontador mostrava ela olhando para a água rasa. O próximo mostrava ela colocando seu dedo na água. No mais temido, ela desenhou a si mesma dentro da água.

PARA O ALTO E ALÉM

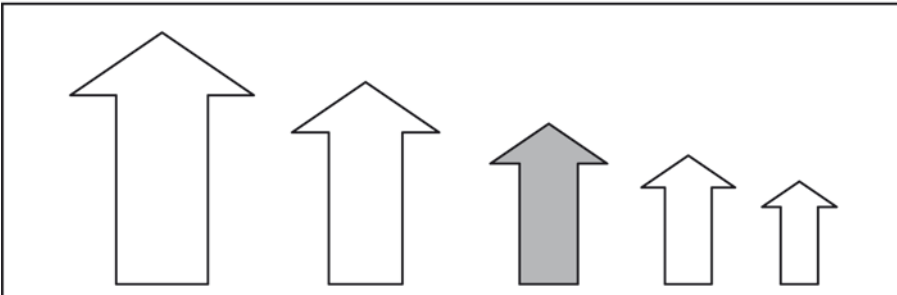
- Idade:** Qualquer idade
Propósito: Construção de hierarquias
Materiais necessários:
- Cartões de indexação
 - Cordão ou fio
 - Furador
 - Canetas hidrocor/giz de cera para desenhar

(a)



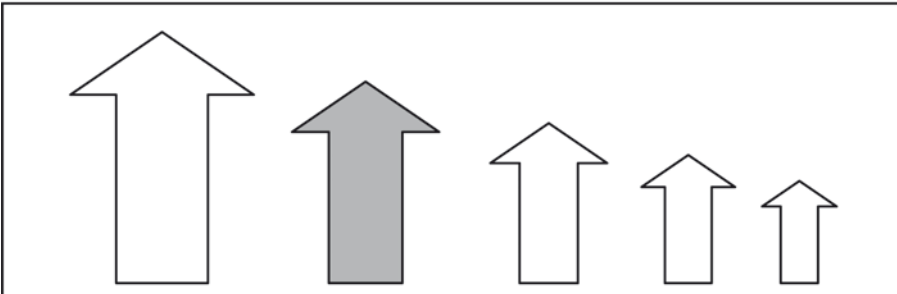
Simular um telefonema para meu melhor amigo.

(b)



Telefonar para o melhor amigo e conversar brevemente sobre o dever de casa.

(c)



Telefonar para outro amigo e convidá-lo a ir ao *shopping*.

FIGURA 2.5 A-C

Exemplo de Arquivando Meus Medos.

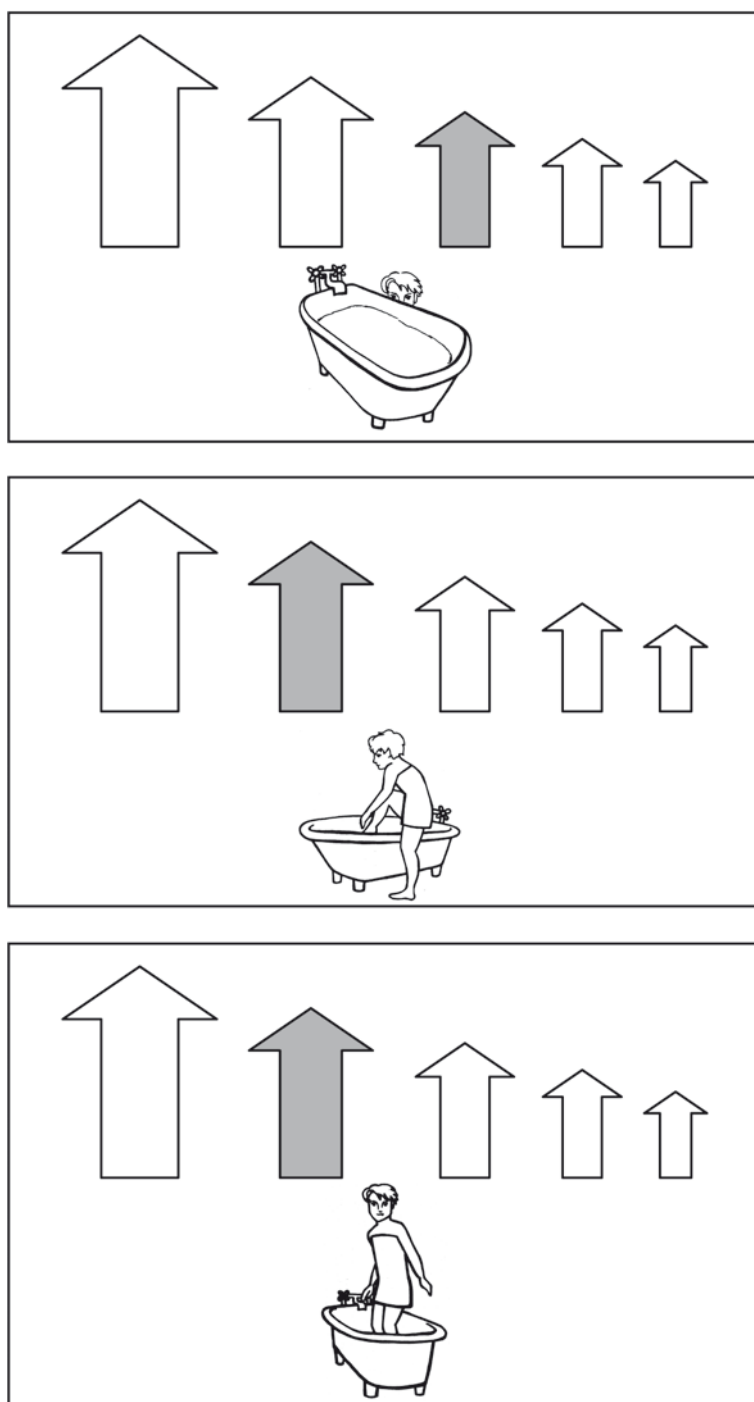


FIGURA 2.6

Exemplo do "Arquivando Meus Medos" de Alexa.

- Opcional: jogo ou acessório/moeda usado na marcação do ponto na hierarquia

Algumas crianças podem gostar ou necessitar de uma abordagem mais ativa para o automonitoramento e para a criação/elaboração de hierarquias. “Para o Alto e Além” toma os componentes básicos da construção de hierarquias e aplica-os no formato de um jogo. Essa abordagem é ideal para uma criança mais ativa, com, por exemplo, TDAH, ou uma que requeira níveis maiores de jogos lúdicos ou estímulo para engajar-se na terapia. Essa técnica proporciona a conclusão dos passos hierárquicos e utiliza cartões de indexação, como aqueles encontrados na técnica “Arquivar meus Medos”, promovendo um jogo ativo da dessensibilização sistemática a fim de auxiliar as crianças a expulsarem seus medos.

À medida que os itens hierárquicos são identificados, eles são desenhados ou escritos em cartões, os quais são organizados em ordem hierárquica no cordão, posto no chão, para que cada item possa ser visto, como os passos em uma escada (ver Figura 2.7). No topo do cordão, um reforçador para a conclusão pode ser acrescentado para aumentar a motivação e o empenho. Esse item deve ser selecionado com a participação da criança visando a garantir que seja um verdadeiro motivador. A criança sobe ou senta-se sobre o primeiro cartão enquanto a exposição ou visualização está ocorrendo. Quando o item hierárquico é completado, a criança move-se para o próximo item. Alternativamente, uma peça de um jogo pode ser usada para marcar o ponto na hierarquia. Reforçadores podem ser adicionados a várias partes da hierarquia se necessário.

Por exemplo, Tony, de 9 anos, tinha um profundo medo de tempestades. O som do trovão geralmente fazia com que ele corresse para o porão de casa, cobrisse seus ouvidos e chorasse. Seu medo havia

crescido tão intensamente, que mesmo a ameaça de chuva ou nuvens escuras atrapalhavam suas atividades diárias. Uma hierarquia foi criada na sessão, a princípio com os itens menos perturbadores para Tony, o qual classificou “falar sobre trovões e conversar consigo mesmo” como o passo menos perturbador; esse item foi registrado no primeiro cartão. Ouvir a terapeuta levemente tamborilar suas mãos na mesa de forma repetitiva foi escrito no segundo cartão, seguido de um tamborilar mais alto registrado no terceiro cartão. Do quarto ao sétimo constava ouvir a gravações de trovões em vários volumes, começando com bastante suave (cartão/item 4) até volumes altos (cartão/item 7). Os dois últimos cartões incluíam ouvir gravações de trovões em casa sem ir até o porão, primeiramente em um dia claro de sol e, por fim, em um dia nublado. Tony escolheu seus reforçadores, com os quais sua mãe havia concordado, inseridos na sequência de cartões. Após a conclusão do quinto cartão, Tony teria direito a convidar um amigo para brincar em sua casa e, após o último cartão, poderia ir ao seu restaurante favorito. Quando a hierarquia foi estabelecida, os cartões foram enfileirados em um cordão. Tony marcou seu ponto na hierarquia com um papel adesivo de notas, permitindo a ele mover facilmente seu ponto à medida que os itens fossem completados com sucesso e o automonitoramento ocorresse. Após duas sessões de terapia e várias exposições em casa, Tony havia completado a hierarquia e estava orgulhoso de seu sucesso, já que facilmente visualizava o quanto havia “evoluído” para superar seus medos ao olhar o cordão de cartões que ele havia completado.

Automonitoramento cognitivo

O automonitoramento cognitivo envolve diários de pensamentos empregados

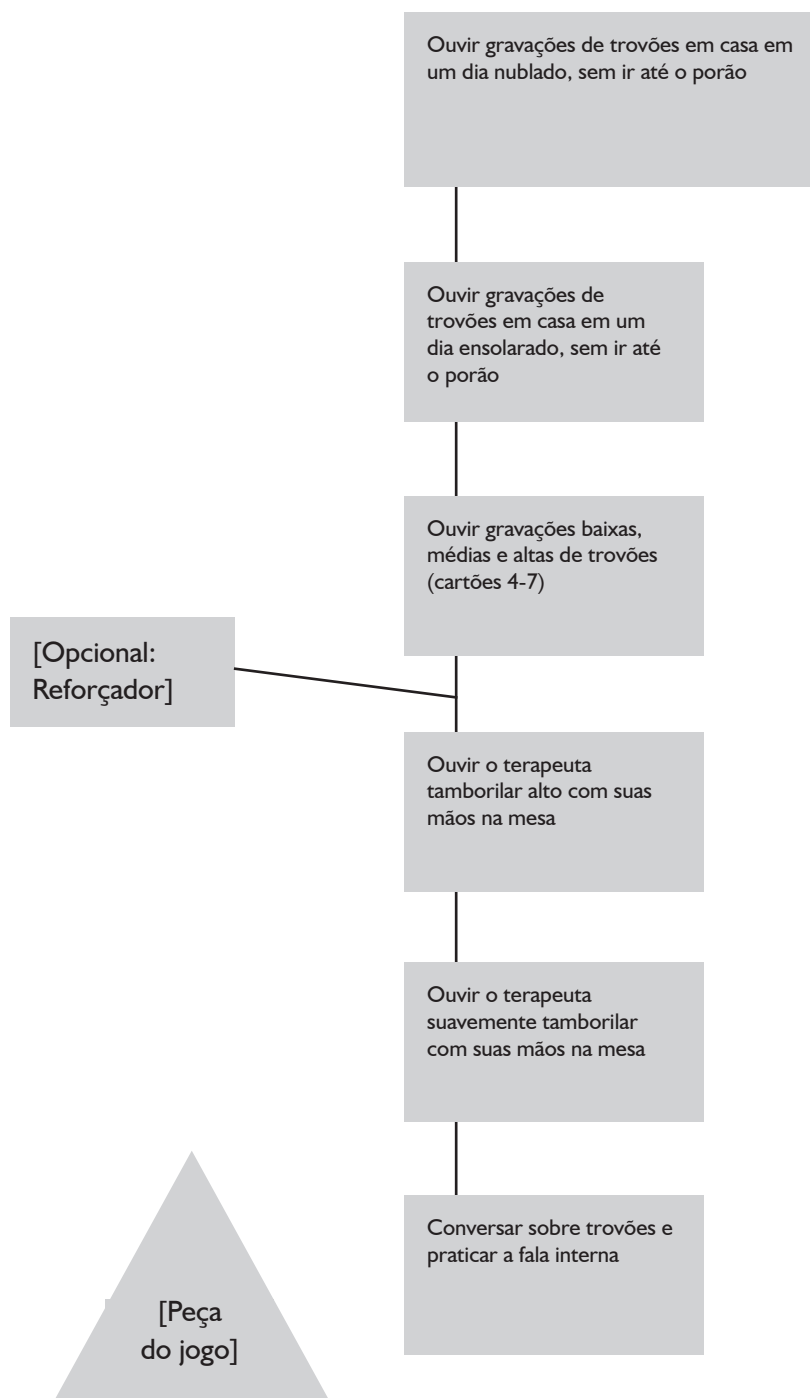


FIGURA 2.7

Para o Alto e Além.

na identificação dos pensamentos “quentes” das crianças. Esses diários vinculam as cognições aos seus contextos e unem os pensamentos a seus respectivos sentimentos. Existem muitos tipos de diários de pensamentos para adolescentes (J. S. Beck, 1995; Friedberg, Mason e Fidaleo, 1992; Greenberger e Padesky, 1995). Diários de pensamentos para crianças geralmente envolvem cartuns e balões de pensamentos. O *Coping Cat* (Kendall et al., 1992), *PANDY* (Friedberg et al., 2001) e cartuns da figura humana em Stallard (2002) são exemplos excelentes de registros de pensamentos adequados às crianças. Para aquelas muito pequenas, jardins de flores de pensamentos são boas opções (Bernard e Joyce, 1984).

A despeito das muitas variações, diários de pensamentos apresentam vários elementos em comum. Em primeiro lugar, eventos ou situações desencadeadoras são listadas. Em segundo lugar, as crianças anotam seus sentimentos ou suas emoções e os classificam de acordo com a intensidade. Por último, apreendem pensamentos quentes ao responder: “O que está passando por sua cabeça?” ou suas variantes: “No que você está pensando?” ou “O que você está dizendo a si mesmo?”.

Enquanto esse procedimento é relativamente objetivo, existem vários pontos importantes a serem lembrados a fim de se obterem os melhores resultados da captura de pensamentos. Em primeiro lugar, a criança e o terapeuta devem identificar situações específicas. Descrições vagas, como “tive um dia ruim na escola”, devem ser clarificadas em um formato operacionalizado (por exemplo, “duas crianças me incomodaram nos corredores”). Segundo: deve-se verificar se todas as situações estão objetivamente descritas; por exemplo, “Jimmy não disse ‘oi’ para mim no corredor”, e estão livres de pensamentos automáticos; por exemplo, “Jimmy me rejeitou”. Terceiro: deve-se ve-

rificar se os sentimentos não estão sendo confundidos com pensamentos. Friedberg e colaboradores (1992) oferecem uma boa regra de decisão: pensamentos são conclusões, avaliações, julgamentos e interpretações; portanto, são sempre abertos a discussão. Deve-se permanecer ciente de que as cognições devem corresponder à hipótese da especificidade de conteúdo descrita anteriormente.

O QUE ESTÁ INCOMODANDO VOCÊ?

Idade: de 8 a 11 anos

Propósito: Automonitoramento de pensamentos automáticos negativos

Materiais necessários:

- Diário “O Que Está Incomodando Você?” (Formulário 2.4)
- Lápis ou caneta

“O Que Está Incomodando Você?” é uma forma de apresentar e aplicar registros de pensamentos com crianças. Pensamentos automáticos negativos são irritantes e desagradáveis. Os terapeutas de comportamento infantil se referem a capturar as cognições como “pegar NATS” (pensamentos automáticos negativos; Shirk, 2001, p. 157). “O Que Está Incomodando Você?” é uma forma de usar uma metáfora:^{*} a de pensamentos que zumbem como insetos em suas cabeças quando estão perturbadas. Também se encaixa bem na técnica de autoinstrução “Esmague o Inseto”, apresentada no Capítulo 5.

“O Que Está Incomodando Você?” inclui aspectos de um diário de pensamentos tradicional. As crianças regis-

^{*} N. de T.: No original, na frase *What's Bugging You?* “bugging” significa “incomodar”, além de ser uma referência a “bug”, ou seja, inseto.

tram a data, a situação e o pensamento que “as incomodou”. Um desenho de um inseto no formulário do diário ilustra a natureza incessantemente aversiva de cognições irritantes. A seguinte transcrição com Regina demonstra a aplicação prática da técnica.

Terapeuta: Regina, você já teve um inseto voando e pousando sobre si?
Regina: Sim, é chato principalmente quando eu estou comendo sorvete.
Terapeuta: Estou certo de que isso deixa você irritada.
Regina: Completamente!
Terapeuta: Bem, essa situação é como as coisas que passam por sua cabeça quando você está triste, irritada e preocupada.
Regina: Eu gostaria de esmagá-los.
Terapeuta: Vamos chegar lá, mas antes de você esmagá-los, precisa pegá-los, certo?
Regina: Certo.
Terapeuta: Então olhe para este diário. Ele tem lugar para data, situação e seu sentimento. E olhe para este inseto: é o inseto do pensamento. Aqui você escreve o que a está irritando. Pode ler a pergunta que está junto ao inseto?

Regina: Que inseto mexeu com sua cabeça?
Terapeuta: Ótimo. Vamos tentar uma vez. Que dia é hoje?
Regina: 10 de outubro.
Terapeuta: O que aconteceu para você sentir-se triste hoje?
Regina: Meus pais se irritaram comigo por bater na minha irmã menor.
Terapeuta: E o que passou por sua cabeça?
Regina: Que eles a amam mais do que a mim.
Terapeuta: Você pegou o inseto.

O diálogo ilustra a maneira gradual pela qual o diário é introduzido. O terapeuta sistematicamente aproximou Regina do processo de capturar pensamentos. Uma vez que Regina tenha capturado o pensamento, o terapeuta a recompensa. A Figura 2.8 mostra o diário de Regina conforme foi preenchido durante a sessão. A menção de Regina de esmagar o inseto vai naturalmente levar ao procedimento “Esmagar o Inseto” (ver Capítulo 5).

SUA TEMPESTADE DE IDEIAS

Idade: de 11 a 16 anos
Propósito: Automonitoramento de pensamentos automáticos negativos

Data	Situação	Sentimento	
			Que inseto mexeu com sua cabeça?
10/10	Meus pais se irritaram comigo por bater na minha irmã	Triste	Eles a amam mais do que a mim.

FIGURA 2.8
Diário “O Que Está Incomodando Você?”, de Regina.

Materiais Necessários:

- Diário “Sua Tempestade de Ideias” (Formulário 2.5)
- Lápis ou caneta

“Sua Tempestade de Ideias” é outra variação de um registro de pensamentos. É similar a “O Que Está Incomodando Você?”, mas pode ser mais apropriado para crianças com mais idade. “Sua Tempestade de Ideias” naturalmente segue a partir de “Observe, Alerta, Tempestade!”. Ele precede e forma as bases para o procedimento simples de análise racional, “Precisão do Tempo” (Capítulo 6), que é um teste de evidência adequado para crianças. “Sua Tempestade de Ideias” sustenta-se na metáfora de que pensamentos e imagens automáticos negativos são “tempestades” que perturbam o clima emocional do paciente. Há uma variedade de tempestades, inclusive raiva, tristeza, ansiedade e/ou vergonha; assim, a tarefa do jovem é ser um meteorologista emocional descrevendo a tempestade de ideias na previsão do tempo emocional.

“Sua Tempestade de Ideias” é fácil de completar. A data é registrada com o sentimento, com sua intensidade e com os componentes cognitivos. A Figura 2.9 mostra um diário “Sua Tempestade de Ideias” completo. A tarefa pode ser ampliada fazendo com que a criança realize uma previsão do tempo como a da

televisão, talvez sendo gravada ou usada em contextos de família ou grupo, onde a criança apresenta a previsão do tempo para a plateia. O seguinte exemplo apresenta um terapeuta introduzindo a técnica a Terrance, de 10 anos. O diário “Sua Tempestade de Ideias”, de Terrance, pode ser visto na Figura 2.9.

Terapeuta: Terrance, lembra-se de quando você fez um ótimo trabalho no diário “Observe, Alerta, Tempestade!”?

Terrance: Acho que sim.

Terapeuta: Eu tenho outro diário para você.

Terrance: Ah, que sorte eu tenho.

Terapeuta: Eu estou percebendo que você não está muito empolgado com isso.

Terrance: Nossa! Você se formou na faculdade para perceber isso? Está me entediando.

Terapeuta: Como você está se sentindo agora?

Terrance: Um pouco irritado.

Terapeuta: *(Escreve no diário.)* Certo. Agora, eu aposto que você está tendo uma tempestade de ideias.

Terrance: O quê?

Terapeuta: Uma tempestade de ideias... Algo que passa por sua cabeça quando você está tendo sen-


Situação	Sentimento	Intensidade (1-10)	 Tempestade de Ideias
Em terapia	Raiva	9	Isso é besteira. Eu odeio esta porcaria idiota. Eu queria que minha mãe não me obrigasse a vir para esta droga.

FIGURA 2.9

Diário “Sua Tempestade de Ideias”, de Terrance.

timentos fortes. Veja, temos que ajudar você a continuar a ser um meteorologista emocional.

Terrance: Isso é besteira. Eu odeio esta droga. Eu queria que minha mãe não me obrigasse a vir para esta porcaria idiota.

Terapeuta: (*Escreve no diário.*) Isso faz muito sentido. Eu compreendo o quão irritado você estaria se visse esse tipo de coisa como idiota. Você é bom em pegar tempestades de ideias. (*Mostra o diário a Terrance.*) Vamos conversar sobre quão idiota isso tudo é e ver se você tem alguma outra tempestade de ideias e, então, nós a anotaremos.

O diálogo ilustra a natureza experimental do automonitoramento. O terapeuta usou a irritação de Terrance na sessão para alimentar o diário “Sua Tempestade de Ideias”. Ao aplicar a tempestade de ideias à expressão espontânea, o terapeuta ensinou Terrance a facilmente completar o diário. Além disso, o diário foi concluído de forma rápida e não ameaçadora, o que levou a mais discussões sobre a frustração de Terrance. Consequentemente, Terrance aprendeu que o diário é útil para promover comunicação, compreensão e resolução de problemas.

MEU MUNDO

Idade: Qualquer idade

Propósito: Automonitoramento de cognições, comportamentos e emoções

Materiais necessários:

- Cartolina
- Canetas coloridas
- Peças de jogos
- Cartões em branco
- Um dado

“Meu Mundo” é uma técnica de automonitoramento baseada em um conceito de jogo, tendo sido particularmente útil com uma criança muito evitativa com TOC grave de 8 anos. Kortni, sua mãe e seu pai, além do terapeuta, todos desenvolveram o tabuleiro do jogo, as peças e seus cartões baseados em suas zonas de perigo e segurança. Uma grande parte da cartolina foi dividida em espaços de forma similar ao tabuleiro do Banco Imobiliário. Zonas de segurança (cama) foram colocadas no tabuleiro e coloridas de verde. Zonas de perigo (chão do armário, balanço) foram da igualmente desenhadas, mas coloridas de vermelho. A montagem do tabuleiro foi iniciada durante a sessão e concluída como uma tarefa de casa.

Uma vez tendo sido desenhado o tabuleiro, o jogo começou. A ideia era a de que cada um tivesse noção de como seria viver no mundo de Kortni. Quando os jogadores caíam em um espaço, eles se perguntavam: “Como é viver no mundo de Kortni? O que passa pela sua cabeça? Como é a sensação?”. Naturalmente, quando a mãe e o pai caíam nos espaços dela, eles não faziam ideia. Nesse ponto, Kortni muitas vezes corrigia as interpretações errôneas deles, o que deu a ela uma sensação muito necessária de controle e eficácia. Mais importante ainda, ao longo do jogo, pensamentos e sentimentos de Kortni contidos em diferentes situações puderam ser melhor esclarecidos. Kortni sentiu-se bastante compreendida e experimentou menos vergonha sobre seus sintomas devido ao formato de jogo.

CONCLUSÃO

Neste capítulo, foram delineados diferentes testes formais e técnicas informais para o automonitoramento, todos servindo como coletores de dados e como intervenções. Informações ajudam a esclarecer

a formulação do caso e a testar hipóteses. Essa abordagem também é colaborativa e mantém o tratamento focado nos objetivos do tratamento. Os sintomas são monitorados para determinar mudanças e antecedentes a elas; portanto, ajudam a orientar tanto o tratamento como a prevenção de recaídas. O automonitoramento e a testagem devem ocorrer ao longo do tratamen-

to e continuamente serem abordados como itens de agenda nas sessões visando a comunicar a importância das informações à família, bem como a fazer um uso integral dos dados sendo coletados. Portanto, os dados orientam o planejamento do tratamento a respeito de frequência das sessões, término/alta e necessidade de prescrição de medicamentos.

Data (momento)	Emoção	Observe	Alerta	Tempestade

Diário "Observe, Alerta, Tempestade!".

Tabela de Comportamento

Consequências	Sinais	Pessoa	Lugar	Duração	Frequência	Comportamento	Data/hora

FORMULÁRIO 2.2


Tabela de Comportamento.

“Arquivando Meus Medos”

FORMULÁRIO 2.3

“Arquivando Meus Medos”.


Diário “O que Está Incomodando Você?”

		Que inseto mexeu com sua cabeça?
	Sentimento	
	Situação	
Data		

FORMULÁRIO 2.4

Diário “O que Está Incomodando Você?”.

Diário “Sua Tempestade de Ideias”

	Tempestade de Ideias
	Intensidade (1 - 10)
	Sentimento
	Situação

FORMULÁRIO 2.5

Diário “Sua Tempestade de Ideias”.

A psicoeducação cumpre uma função central na terapia cognitiva: orienta crianças, jovens e famílias para a TCC. Seu propósito inclui dar informações à família a fim de que ela tenha clareza em relação a sintomas, tratamento e diagnósticos, facilitando, assim, o processo de mudança. O que se quer, na verdade, é que os pacientes sejam parceiros informados e preparados para o empreendimento psicoterapêutico. Assim como Goldfried e Davila (2005) afirmaram, métodos e livros psicoeducativos dão esperança aos pacientes. Informações fundamentais precisam ser comunicadas de forma acessível, compreensível e engajadora, evitando-se termos técnicos (Piacentini e Bergman, 2001). Piacentini e Bergman também sugeriram o uso de histórias, anedotas e metáforas visando a exemplificar as informações.

Neste capítulo, oferecemos metáforas e tarefas criativas que tornam a porção psicoeducativa do tratamento significativa, inesquecível e efetiva. Também são analisados recursos (como livros e *websites*) que permitem aos terapeutas a escolha daqueles que se encaixam nos estilos de aprendizado e problemas apresentados pelas famílias com as quais estão trabalhando.

INFORMAÇÕES AOS PAIS

A psicoeducação não é um processo passivo; assim, os terapeutas precisam tratar o paciente como um consumidor ativo, e não como um mero recipiente de informações. Dessa forma, a psicoeducação torna-se um ingrediente dinâmico na receita terapêutica. Por exemplo, materiais impressos não devem ser simplesmente entregues e nunca mais revisados em terapia. Ao contrário disso, devem ser fornecidos, analisados e repetidamente citados (por exemplo: “O que se aplica a seu caso?”; “O que parece não se aplicar a você?”; “Com quais partes você concorda?”; “De quais partes você discorda?”).

Esse processamento envia uma variedade de mensagens aos pacientes: em primeiro lugar, a psicoeducação é um empreendimento colaborativo, e não prescritivo; em segundo lugar, é tarefa dos pacientes ler e personalizar a informação, e não simplesmente adotá-la. O objetivo é que os pacientes reflitam *conscientemente* sobre o material, e não que apenas o aceitem passivamente. Por fim, ao indagar os pacientes sobre o que concordam ou discordam, é mostrado a eles como flexibilizar suas convicções.



DICAS PARA A PSICOEDUCAÇÃO

- A psicoeducação é um processo ativo.
- Os materiais devem ser relevantes, apropriados à cultura e ao desenvolvimento e motivadores.
- Metáforas concretas são úteis.
- A conceituação do caso deve estar em mente.

No momento em que são fornecidos materiais psicoeducativos, isso também comunica várias mensagens que estreitam a relação terapêutica em um momento crítico das fases iniciais do tratamento crítico. Compartilhar informação indica ao paciente que se tem os melhores interesses dele em mente. Os pacientes incorporam ferramentas da terapia e concretamente aprendem que “ganham algo da terapia”. Além disso, aprendem que a terapia ultrapassa o horário da sessão e estende-se para além do consultório.

Como sugestão, uma primeira tarefa de casa psicoeducativa de casa pode envolver o paciente e a família: eles recebem materiais de leitura e um marcador de texto. Devem, então, destacar tudo o que entenderem como se aplicando a eles. Na sessão posterior, o terapeuta discute o que foi destacado, bem como quaisquer informações pertinentes não salientadas.

Informações específicas sobre transtornos para os pais

Criar uma biblioteca com materiais educativos para pacientes é uma boa ideia. Felizmente, existem muitos recursos aos quais é possível recorrer. O Quadro 3.1 lista recursos *online* essenciais nos quais informações específicas sobre determinados transtornos podem ser encontradas. O *website* do New York University's Child Study Center (aboutourkids.org) é bastante valioso, pois contém uma varie-

dade de materiais adequados para pais sobre transtornos e opções de tratamento. *Websites* mantidos pelo National Institute of Mental Health and the Substance Abuse and Mental Health Services Administration oferecem informações sobre transtornos e tratamentos, bem como indicam livros de colorir adequados para crianças, adesivos e atividades. A Division 53 (Clinical Child Psychology) da American Psychological Association oferece um leque de informações sobre transtornos e tratamentos empiricamente fundamentados. A American Academy of Child and Adolescent Psychiatry disponibiliza *websites* nos quais informações sobre medicação, transtornos e opções de tratamento podem ser acessadas. Os *websites* da Academy of Cognitive Therapy e da Association for Behavioral and Cognitive Therapies são referências para a TCC. A Anxiety Disorders Association of America é uma rica fonte de informações sobre a ansiedade infantil e seu tratamento. Da mesma maneira, Worrywise Kids é um *site* com diversos materiais para pais de crianças ansiosas. Autism Speaks é um *site* de referência para informações sobre autismo e TID. Por último, cada um deles disponibiliza *links* para outros *sites*.

Os recursos mencionados oferecem várias vantagens para os terapeutas. Em sua maioria, o material é gratuito. Além disso, as informações são atualizadas e baseadas em pesquisas recentes. Também, as informações para pacientes são bastante claras, e os materiais infantis são diver-

QUADRO 3.1**WEBSITES SELECIONADOS COM
MATERIAIS EDUCATIVOS PARA PAIS**

FONTE	LOCAL	ASSUNTO
New York University Child	www.aboutourkids.org	Transtornos, desenvolvimento, criação, medicações, TCC
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	www.aacap.org	Transtornos, desenvolvimento, medicações, criação
National Institute of Mental Health	www.nimh.nih.gov	Transtornos, tratamento
Academy of Cognitive Therapy	www.academyofct.org	Terapia cognitiva, transtornos
American Psychological Association/Division 53	www.clinicalchildpsychology.org	Transtornos, tratamento
Association for Behavioral and Cognitive Therapies	www.abct.org	Transtornos, tratamento
Substance Abuse and Mental Health Services Administration	www.samsha.gov	Transtornos, tratamento, informações para os pais
Anxiety Disorders Association of America	www.adaa.org	Transtornos, tratamento
Worrywise kids	www.worrywisekids.org	Transtornos, tratamento, informações para os pais
Autism Speaks	www.autismspeaks.org	Informações para os pais e tratamento

tidos. A disponibilidade e o baixo custo permitem que os materiais sejam oferecidos aos pacientes.

Treinamento e educação para os pais

O treinamento para os pais é obviamente uma questão difícil. A maior parte deles entra em tratamento timidamente, preocupados com o fato de terem “estragado” seus filhos. Recomendar aos pais procedimentos de educação e treinamento provavelmente desencadeará autocríticas (“O doutor pensa que é tudo minha culpa.”) e, algumas vezes, comportamentos

evitativos/defensivos (“Por que eu tenho que mudar?”). Tais pensamentos, sentimentos e comportamentos precisam ser abordados. Por exemplo, em vez de apenas apresentar algum material aos pais, os terapeutas atentos devem ser colaborativos e questionadores: “O que passou pela cabeça de vocês quando sugeri que lessem este capítulo sobre parentalidade?” ou “Como você interpretou minha sugestão?”.

Terapeuta: Vou recomendar este livro chamado *SOS: Help for Parents*. (Os pais suspiram e olham para baixo.) O que passa pela

cabeça de vocês quando conversamos sobre um livro cujo tema é parentalidade?

Pai: Não sei. Você acha que somos pais ruins?

Mãe: Nós não deveríamos saber disso? Estamos fazendo coisas erradas?

Terapeuta: Posso perceber que vocês realmente querem fazer o que é bom para seu filho, tanto que, algumas vezes, uma recomendação parece uma crítica. Há alguma outra forma de encarar o aprendizado de novas técnicas?

Mãe: Apenas me sinto mal.

Terapeuta: Compreendo. É difícil, mas o que poderia ser uma forma de entender a educação para pais independentemente de vocês terem feito algo errado?

Pai: Que somos burros ou que aprendemos devagar.

Terapeuta: Isso é muita pressão! Você acha que poderia ser um bom pai e ainda cometer erros e aprender coisas novas?

Mãe: (Pausa.) Sempre achei que eu tinha que ser perfeita.

Terapeuta: Então, quando as coisas dão errado, você se vê como...

Mãe: Uma mãe ruim.

Terapeuta: Sua equação é maternidade imperfeita igual à maternidade ruim.

Pai: Vejo da mesma forma.

Terapeuta: Compreendo. Seria possível vocês definirem a parentalidade como um processo que inclui tentativa e erro, chance e flexibilidade?

Mãe: Isso é diferente. Acho que sim.

Pai: É, isso é novo.

Terapeuta: Então, se a parentalidade é tentativa e erro, e um processo de aprendizado, aprender

coisas novas a partir de um livro seria uma forma de melhorar a parentalidade.

Mãe: Vamos tentar.

A transcrição exemplifica várias partes importantes do processo de psicoeducação. Inicialmente, a empatia e a compreensão foram transmitidas. A seguir, os pensamentos automáticos a respeito das percepções dos pais relativas às críticas implícitas foram eliciados. Por último, o terapeuta conduziu um diálogo socrático para testar os pressupostos dos pais. Nos estágios iniciais da educação parental, muitas vezes, emprega-se uma metáfora de um fã de esportes que segue seu time e torce por ele apesar de suas derrotas e temporadas ruins. Um fã logo reconhece que raras vezes um time não perde e que os atletas raras vezes têm um desempenho perfeito. Ainda assim, o interesse e a lealdade genuínos de um fã não esmoecem apesar das decepções. Os times, algumas vezes, partem os corações dos fãs, os quais, no entanto, permanecem esperançosos e otimistas ("Sempre haverá o ano que vem.").

Essa metáfora adapta-se bem à parentalidade. Nenhuma criança é perfeita e invencível; ela inevitavelmente fará algo que desaponte ou mesmo que enfureça seus pais. No entanto, os pais continuarão fundamentalmente fãs de seus filhos, torcerão por seu sucesso e absorverão de corpo e alma os percalços sem desistir dos filhos. A seguinte transcrição ilustra o uso dessa metáfora.

Terapeuta: Sr. e Sra. Freed, eu lembro que vocês são fãs do New York Giants.

Mr. Freed: Nós *amamos* os Giants. E você?

Terapeuta: Também sou um grande fã. Você sabe que eles passaram por muitos anos difíceis.

Sra. Freed: Estivemos lá em todos eles. Nós sofremos.

Sr. Freed: Foi uma estrada pedregosa por um tempo.

Terapeuta: Como vocês continuaram torcendo por eles todos esses anos?

Sr. Freed: Não somos fãs oportunistas. Somos *verdadeiros* fãs. Não abandonamos o barco.

Sra. Freed: Acho que a lealdade nunca se desfez.

Terapeuta: Mesmo quando eles empacaram e foram horríveis?

Sr. e Sra. Freed: (*Riem.*) Sim.

Terapeuta: Bem, você sabe que Jennifer está tendo uma “temporada difícil” agora. Como vocês podem continuar com ela durante essa fase?

Sra. Freed: Bem, realmente devíamos ter mais fé nela.

Terapeuta: Sim, crianças e times desapontam você e, às vezes, até partem seu coração.

Sr. Freed: Como Jennifer “matar” aula e fazer sexo com o namorado.

Terapeuta: Sei que isso os machuca, mas vocês conseguem ficar ao lado dela assim como estiveram ao lado dos Giants durante os tempos difíceis?

Sra. Freed: Nunca pensei sobre isso dessa forma.

Sr. Freed: Acho que, quando eu gritei com ela, era como se eu estivesse vaiando-a.

O diálogo com os pais de Jennifer motiva-os a mudar de perspectiva. A metáfora permitiu que ambos se dessem conta de que estavam comunicando uma perda de fé em sua filha. Por fim, a metáfora do time limita a defensividade dos pais.

O treinamento de pais não é um exercício abstrato. Na maior parte dos casos, apenas materiais educativos não

promovem a mudança necessária. Os pais necessitam adquirir e praticar diferentes estratégias, além de receber *feedback* avaliativo corretivos dos terapeutas. Conclui-se que a prática é muito efetiva. Foram abordadas algumas estratégias de parentalidade nos capítulos sobre intervenções comportamentais e sobre exposição/experimentação. Portanto, o módulo de psicoeducação auxilia os pais a adquirirem habilidades, mas a prática com *feedback* facilita a aquisição de habilidades e a mudança.

Informações sobre o desenvolvimento e sobre os transtornos dão o suporte aos pais no estabelecimento de objetivos realizáveis para suas famílias. Tal como a literatura tem nos mostrado, o ambiente em que a criança desenvolve-se é obviamente refletido em alguns de seus sintomas. Por meio da psicoeducação, os pais podem ficar cientes de como reforçar comportamentos positivos e de como não reforçar padrões desadaptativos. Livros direcionados aos pais também são úteis: neles encontram conforto em saber que não estão sozinhos em suas dificuldades. Além disso, livros baseados em pesquisas validam o trabalho realizado na terapia. Para alguns, obter informações a partir de livros é mais prazeroso do que ocupar várias sessões com um terapeuta revisando questões específicas. Assim, o terapeuta precisa ter em mente que os livros precisam ser discutidos nas sessões a fim de comunicar a importância, a compreensão e aplicação das habilidades. A seguinte transcrição exemplifica uma abordagem de livros durante a sessão.

Terapeuta: Então, Sra. Backer, como está a leitura sobre parentalidade que eu recomendei na sessão passada?

Sra. Barker: Bem, eu me senti um pouco constrangida ao comprar o livro na semana passada. Era

como se o caixa fosse pensar que eu sou uma mãe ruim. Mas pensei que devem vender muitos desses livros, já que há uma sessão inteira deles na livraria. Eu comecei a lê-lo há apenas alguns dias.

Terapeuta: O que foi mais interessante até agora?

Sra. Barker: Foi interessante como os exemplos parecem tão reais. Foi como se o autor conhecesse Tommy e estivesse escrevendo sobre comportamentos e dificuldades dele.

Terapeuta: Como você se sentiu quando leu isso?

Sra. Barker: Eu me senti aliviada. Se existem muitas crianças aí fora como Tommy a ponto de eles terem até livros sobre isso, deve haver esperança para ajudá-lo. O livro também me ajudou a não me culpar tanto. Eu sei que há algo que posso fazer diferente, mas também vejo que parte disso é quem Tommy é, e o processo de encontrar um estilo parental apropriado para ele.

Terapeuta: Parece que você está realmente usando o livro como uma forma de aprender coisas novas e de refletir sobre como você está criando Tommy.

Sra. Barker: Com certeza. Agora eu vejo o que você quis dizer no começo do tratamento, sobre como meu marido e eu temos que ser uma parte do tratamento de Tommy, e não apenas “largá-lo aqui” uma vez por semana para ser “consertado”.

Terapeuta: Então, o que você já pôs em prática em casa até agora?

Essa transcrição mostra como o terapeuta pode usar a experiência da mãe com o livro para apreender alguns de seus pensamentos e sentimentos, bem como para avaliar como a família está aplicando a informação no lar. Ao dedicar algum tempo para conversar com a Sra. Barker sobre o livro, o terapeuta comunica que a informação que ela está lendo é importante e será incorporada ao tratamento, o que a motiva a continuar lendo e a aplicar as estratégias, sabendo que serão discutidas nas sessões subsequentes.

O Quadro 3.2 delinea vários recursos para famílias. *Parents Are Teachers* (Becker, 1971) e *Living with Children* (Patterson, 1976) são livros clássicos relativos à parentalidade, com conceitos comportamentais e técnicas. Eles incluem vários exemplos e formulários de amostra. *SOS: Help for Parents* (L. Clark, 2005) oferece aos pais estratégias básicas para lidar com os filhos em um formato bastante compreensível e rico em ilustrações.

First Feelings (Greenspan e Greenspan, 1985), *The Essential Partnership* (Greenspan e Greenspan, 1989) e *Playground Politics* (Greenspan, 1993) são muito úteis para pais de crianças com menos idade. Ainda que esses livros sejam baseados na teoria psicodinâmica, podem ter um lugar na psicoterapia cognitivo-comportamental. Eles oferecem um excelente complemento ao gerenciamento comportamental e dão aos pais uma perspectiva atualizada sobre desenvolvimento, vida emocional e vida interpessoal de seus filhos. Também considera-se que são úteis para pais cujos filhos têm TID.

O Quadro 3.3 inclui, ainda, obras que abordam a parentalidade frente a determinados transtornos: depressão, TOC, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtornos do comportamento disruptivo e TID (Transtornos Invasivos do Desenvolvimento). Cada recurso in-

QUADRO 3.2**LIVROS RECOMENDADOS SOBRE
PARENTALIDADE (TREINO DE PAIS)**

LIVRO (AUTOR E ANO)	APLICAÇÃO
<i>SOS: Help for Parents</i> , Terceira Edição (L. Clark, 2005)	Estratégias comportamentais simples para pais
<i>Parents Are Teachers</i> (Becker, 1971)	Estratégias de gerenciamento comportamental de crianças para pais, apresentadas em um formato simples e de aprendizado programado
<i>Living with Children</i> (Patterson, 1976)	Estratégias de gerenciamento comportamental de crianças para pais, apresentadas em um formato simples e de aprendizado programado
<i>Your Defiant Child</i> (Barkley e Benton, 1998)	Informação para pais, técnicas de gerenciamento comportamental e habilidades de comunicação para pais com crianças opositoras e desafiadoras
<i>Your Defiant Teen</i> (Barkley, Robin e Benton, 2008)	Informação para pais, técnicas de gerenciamento comportamental e habilidades de comunicação para pais com crianças opositoras e desafiadoras
<i>Taking Charge of ADHD</i> (Barkley, 1995)	Estratégias para criar filhos com TDAH
<i>Parents and Adolescents</i> (Patterson e Forgatch, 1987)	Estratégias para administrar o desafio, desobediência e oposição em adolescentes
<i>Parenting Your Out of Control Child</i> (Kapalka, 2007)	Estratégias para administrar birras, desobediência, oposição, desafio e agressão
<i>The Explosive Child</i> (Greene, 2001)	Estratégias para pais com filhos com comportamentos raivosos, rebeldes, desobedientes, opositores e desafiadores
<i>What Childhood Is All About</i> (Vernon e Al-Mabuk, 1995)	Informações sobre o desenvolvimento normal e estratégias parentais
<i>First Feelings</i> (Greenspan e Greenspan, 1985)	Informações para melhorar os relacionamentos entre os pais e crianças pequenas (especialmente útil com crianças no espectro de transtornos do TID)
<i>The Essential Partnership</i> (Greenspan e Greenspan, 1989)	Informações para melhorar o relacionamento entre pais e filhos (da infância até os 4 anos) (especialmente útil com crianças no espectro de transtornos do TID)
<i>The Hurried Child</i> (Elkind, 1981)	Informações sobre o desenvolvimento normal, estratégias para reduzir expectativas e pressões irrealistas dos pais
<i>All Grown Up and No Place to Go</i> (Elkind, 1984)	Informações sobre o desenvolvimento normal, estratégias para reduzir a pressão sobre as crianças a respeito de entrar depressa na adultez
<i>Stressed-Out Girls</i> (Cohen-Sandler, 2005)	Expectativas, pressões, meninas adolescentes
<i>Helping Your Child with Autism Spectrum Disorder</i> (Lockshin, Gillis e Romanczyk, 2005)	Um guia para pais de crianças autistas

(continua)

QUADRO 3.2**LIVROS RECOMENDADOS SOBRE
PARENTALIDADE (TREINO DE PAIS) (continuação)**

LIVRO (AUTOR E ANO)	APLICAÇÃO
<i>If Your Adolescent Has Depression or Bipolar Disorder</i> (Evans e Andrews, 2005)	Um guia para pais de crianças bipolares
<i>Raising a Moody Child</i> (Fristad e Goldberg-Arnold, 2004)	Informações para a criação de crianças bipolares
<i>The Optimistic Child</i> (Seligman, Reivich, Jaycox e Gillham, 1995)	Informações para pais e habilidades para ensinar às crianças como lidar com situações perturbadoras
<i>Help for Worried Kids</i> (Last, 2006)	Estratégias para pais de crianças com ansiedade e preocupações
<i>Helping Your Child with Selective Mutism</i> (McHolm, Cunningham e Vanier, 2005)	Dicas para pais de filhos com mutismo seletivo
<i>Freeing Your Child from Obsessive-Compulsive Disorder</i> (Chansky, 2000)	Dicas para pais de crianças com TOC
<i>Talking Back to OCD</i> (March, 2007)	Dicas para pais de crianças com TOC
<i>If Your Adolescent Has an Anxiety Disorder</i> (Foa e Andrews, 2006)	Dicas para pais de crianças com transtornos de ansiedade
<i>Getting Your Child to Say "Yes" to School</i> (Kearney, 2007)	Estratégias para pais em relação à evitação e à recusa escolar
<i>Helping Your Child Overcome Separation Anxiety or School Refusal</i> (Eisen e Engler, 2006)	Estratégias para pais em relação à ansiedade de separação e à recusa escolar
<i>If Your Adolescent Has an Eating Disorder</i> (Walsh e Cameron, 2005)	Informações para pais sobre transtornos alimentares
<i>Help Your Teenager Beat an Eating Disorder</i> (Lock e le Grange, 2005)	Estratégias para pais sobre transtornos alimentares
<i>Playground Politics</i> (Greenspan, 1993)	Estratégias para pais lidarem com dificuldades interpessoais no ensino fundamental

clui informações sobre o desenvolvimento, conhecimentos abrangentes a respeito do transtorno e dicas. *Stressed-Out Girls*, *The Hurried Child* e *All Grown Up and No Place to Go* destacam dificuldades desenvolvimentais enfrentadas pelas crianças e permitem aos pais contextualizarem o comportamento dos filhos.

Livros sobre parentalidade são fundamentais no tratamento de crianças e ado-

lescentes. Em primeiro lugar, recomendar e posteriormente discutir livros comunica aos pais seu papel no tratamento, o que estabelece uma relação colaborativa, pois os papéis dos pais como coterapeutas são diretamente abordados. Além disso, a informação dá mais força aos pais, ou seja, o que está nos manuais de parentalidade aumenta a confiança e o engajamento no tratamento.

MATERIAIS SOBRE TRANSTORNOS ESPECÍFICOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Livros de histórias

Existem livros de histórias abordando transtornos e habilidades de *coping*, os quais têm vantagens no envolvimento de pacientes e famílias na TCC (Friedberg e McClure, 2002). Histórias fazem parte da infância, e a maior parte das crianças está familiarizada com o ato de ler e ouvir histórias. Otto (2000) afirmou que histórias têm menos chances do que a instrução direta de evocar defensividade e evitação. Cook, Taylor e Silverman (2004) destacaram que as histórias promovem motivação e aprendizado. Além disso, as histórias podem até fortalecer a aliança de trabalho (Blenkiron, 2005). Existem muitos livros de história que orientam as crianças e suas famílias sobre transtornos e tratamentos. Alguns são explicitamente uma TCC focada (Shaw e Barzvi, 2005; Wagner, 2000; Waters, 1979, 1980).

O Quadro 3.3 enumera livros de histórias com informações complexas descritas de forma clara. Solicita-se às crianças que pintem os personagens enquanto leem as histórias. Em seguida, analisa-se cada página e formulam-se à criança questões relevantes (por exemplo: “Como você acha que _____ está se sentindo?”; “O que está passando pela cabeça dele?”; “O que você acha que vai acontecer depois?”).

Por último, para estreitar o vínculo com as características e facilitar a internalização da informação, são formuladas diferentes questões (por exemplo, “Quando que você se sente da mesma forma que _____?”; “O que passa pela sua cabeça quando _____ acontece?”; “O que você faz quando _____ acontece?”).

Relatos pessoais de adolescentes

Há uma série bastante interessante de relatos pessoais, cujo tema são os transtornos de saúde mental em adolescentes, publicada pela Oxford University Press. A série, *Adolescent Mental Health Initiative*, contém relatos de adolescentes com transtornos alimentares (Arnold e Walsh, 2007), depressão (Irwin, Evans e Andrews, 2007), esquizofrenia (Snyder, Gur e Andrews, 2007), fobia social (Ford, Liebowitz e Andrews, 2007), transtorno obsessivo-compulsivo (Kant, Franklin e Andrews, 2008), transtorno bipolar (Jamieson, 2006), suicídio (Lezine e Brent, 2008) e uso de drogas (Keegan, 2008). Esses livros têm uma abordagem que expressa as experiências subjetivas dos adolescentes relativas a seus transtornos. Além disso, são lembretes concretos de que jovens pacientes não estão sozinhos em suas perturbações. Por fim, cada um oferece habilidades de *coping* facilmente integradas a um enfoque cognitivo-comportamental. Esses livros estão relacionados no Quadro 3.4.

Jogos

Há jogos extremamente eficazes no processo de psicoeducação. Os jogos cognitivo-comportamentais do pioneiro Berg (1986, 1989, 1990a, 1990b, 1990c, 1992a, 1992b, 1992c) são particularmente úteis. Têm tabuleiro, peças, dados, fichas e cartões específicos ao objetivo, cada um representando uma oportunidade de estabelecer a conexão entre pensamentos e sentimentos, resolução de problemas, modelo cognitivo de mudança, além de deixar claro que os problemas são universais (ver Quadro 3.5).

Os jogos oferecem algumas vantagens (Friedberg, 1996): são familiares e não ameaçadores para a maior parte das

QUADRO 3.3**LIVROS DE HISTÓRIAS
PARA PSICOEDUCAÇÃO**

LIVRO (AUTOR E ANO)	APLICAÇÃO
<i>Rational Stories for Children</i> (Waters, 1980)	Distorções comuns
<i>Color Us Rational</i> (Waters, 1979)	Distorções cognitivas comuns
<i>Who Invented Lemonade?</i> (Shaw & Barzvi, 2005)	Pessimismo, catastrofismo
<i>Up and Down the Worry Hill</i> (Wagner, 2000)	TOC (8-14 anos)
<i>What to Do When Your Brain Gets Stuck</i> (Huebner, 2007b)	TOC (6-12 anos)
<i>What to Do When You Grumble Too Much</i> (Huebner, 2007a)	TAG (6-12 anos)
<i>Worry Wart Wes</i> (Thompson, 2003)	Preocupação
<i>When Fuzzy Was Afraid of Losing His Mother</i> (Maier, 2005b)	Ansiedade de separação (3-7 anos)
<i>Catchin Cooties Consuelo</i> (Thompson, 2004a)	Hipocondria, medo de ficar doente
<i>Mookey the Monkey Gets over Being Teased</i> (Lonczak, 2007)	Lidar com provocações (4-8 anos)
<i>Mind over Basketball</i> (Weierbach e Phillips-Hershey, 2008)	Preocupação e estresse (8-12 anos)
<i>Too Nice</i> (Pellegrino, 2002)	Falta de assertividade (8-12 anos)
<i>What to Do When You Worry Too Much</i> (Huebner, 2006)	TAG (6-12 anos)
<i>The Lion Who Lost His Roar</i> (Nass, 2000)	TCC para medo (6-10 anos)
<i>The Koala Who Wouldn't Cooperate</i> (Shapiro, 2006b)	TCC para desobediência (4-9 anos)
<i>The Bear Who Lost His Sleep</i> (Lamb-Shapiro, 2000)	TCC para preocupação (4-9 anos)
<i>Loud Lips Lucy</i> (Thompson, 2002)	Autocontrole
<i>Busy Body Bonita</i> (Thompson, 2007)	TDAAH
<i>When Fuzzy Was Afraid of Big and Loud Things</i> (Maier, 2005a)	Sensibilidade a sons altos e inesperados (3-7 anos)
<i>The Rabbit Who Lost His Hop</i> (Nass, 2004)	TCC para autocontrole (4-8 anos)
<i>The Penguin Who Lost Her Cool</i> (Sobel, 2000)	Controle da raiva (6-10 anos)
<i>The Chimp Who Lost Her Chatter</i> (Shapiro, 2004)	Timidez (4-8 anos)
<i>The Horse Who Lost Her Herd</i> (Shapiro, 2006a)	Habilidades sociais (4-8 anos)
<i>What to Do When Your Temper Flares</i> (Huebner, 2008)	Controle da raiva (6-12 anos)

.....
(continua)

QUADRO 3.3**LIVROS DE HISTÓRIAS
PARA PSICOEDUCAÇÃO (continuação)**

LIVRO (AUTOR E ANO)	APLICAÇÃO
<i>Full Mouse, Empty Mouse</i> (Zeckhausen, 2008)	Alimentação descontrolada (7-12 anos)
<i>The Hyena Who Lost Her Laugh</i> (Lamb-Shapiro, 2001)	Pensamento negativo, perfeccionismo (6-10 anos)
<i>When Lizzy Was Afraid of Trying New Things</i> (Maier, 2005c)	Perfeccionismo (3-7 anos)
<i>Blue Cheese Breath and Stinky Feet</i> (DePino, 2004)	Bullying (6-12 anos)
<i>The Putting on the Brakes Activity livro for Young People with ADHD</i> (Quinn e Stern, 1993)	TDAH (8-13 anos)
<i>Annie's Plan</i> (Kraus, 2006)	Completar o tema de casa (6-11 anos)
<i>Clouds and Clocks</i> (Galvin, 1989)	Encoprese (4-8 anos)
<i>It Hurts When I Poop</i> (Bennett, 2007)	Encoprese (3-6 anos)
<i>Feeling Better</i> (Raskin, 2005)	Descrição da psicoterapia
<i>In Grown Tyrone</i> (Thompson, 2004b)	Lidar com provocações

QUADRO 3.4**RELATOS PESSOAIS DE ADOLESCENTES DA ADOLESCENT MENTAL
HEALTH INITIATIVE DA OXFORD UNIVERSITY PRESS**

LIVRO (AUTOR E ANO)	APLICAÇÃO
<i>Mind Race</i> (Jamieson, 2006)	Transtorno do espectro bipolar
<i>Eight Stories Up</i> (Lezine e Brent, 2008)	Suicídio
<i>Monochrome Days</i> (Irwin, Evans e Andrews, 2007)	Depressão
<i>What You Must Think of Me</i> (Ford, Liebowitz e Andrews, 2007)	Fobia social
<i>The Thought That Counts</i> (Kant, Franklin e Andrews, 2008)	TOC
<i>Next to Nothing</i> (Arnold e Walsh, 2007)	Transtorno alimentar
<i>Chasing the High</i> (Keegan, 2008)	Abuso de drogas

crianças; são “naturais na infância”; não se baseiam só em métodos tradicionais de diálogo – envolvem ação e interação; informações de jogos são facilmente comunicáveis – em geral, as crianças recebem como tarefa de casa criar os seus próprios cartões, que reflitam suas próprias realidades individuais.

EDUCAÇÃO AFETIVA

A educação afetiva é o fundamento psicoeducacional. Crianças com comorbidades e queixas requerem uma educação afetiva. Muitas crianças com dificuldades psicológicas são menos habilidosas na compreensão emocional (Suveg, Kendall,

QUADRO 3.5**JOGOS
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS**

JOGO	IDADES	APLICAÇÃO
<i>Assertiveness Game</i> (Berg, 1986) (Jogo da Assertividade)	8-13 anos	Habilidades sociais, assertividade
<i>Feelings Game</i> (Berg, 1992b) (Jogo dos Sentimentos)	8-13 anos	Aprendizagem da conexão entre pensamentos e sentimentos
<i>Anger Control Game</i> (Berg, 1989) (Jogo do Controle da Raiva)	8-13 anos	Identificação de estímulos de raiva, controle da raiva, resolução de problemas
<i>Anxiety Management Game</i> (Berg, 1990a) (Jogo do Controle da Ansiedade) aprendizado de autoinstrução	8-13 anos	Identificação de cognições negativas,
<i>Self-Control Game</i> (Berg, 1990c) (Jogo do Autocontrole)	8-13 anos	Aprendizagem sobre os sintomas do TDAH e sobre como lidar com eles
<i>Conduct Management Game</i> (Berg, 1992a) (Jogo da Regulação de Conduta)	8-13 anos	Material psicoeducativo para problemas comportamentais
<i>Self-Concept Game</i> (Berg, 1992c) (Jogo do Autoconceito)	8-13 anos	Diminuição do autoconceito negativo

Comer e Robin, 2006). A educação afetiva esclarece as crianças sobre diferentes sentimentos, demonstra que as emoções negativas são parte da experiência humana e promove a expressão emocional (Deblinger, Behl e Glickman, 2006). A identificação e o reconhecimento de sentimentos das crianças são sinais iniciais para habilidades cognitivas e para a aplicação de habilidades (Friedberg e McClure, 2002). Suveg e colaboradores (2006) afirmam que a identificação de emoções é um precursor crucial do controle emocional.

Livros, filmes, televisão e músicas

As crianças podem recorrer a uma variedade de métodos que visam ao manejo das emoções. Livros, filmes, programas de televisão, músicas, peças de teatro ou qualquer outra expressão artística são ótimos estímulos por terem a vantagem adi-

cional da flexibilidade. Materiais podem ser selecionados com base no desenvolvimento da criança e no contexto cultural e étnico. Cartledge e Milburn (1996) indicam um grande número de recursos culturalmente relevantes.

Filmes e programas de televisão oferecem vantagens educacionais tentadoras (Davis e Pickard, 2008; Finamore, 2008; Gallo-Lopez, 2008; Hesley e Hesley, 2001; Robertie, Weidenbenner, Barrett e Poole, 2008; Wedding e Niemiec, 2003), ajudando os jovens a identificarem emoções por meio da universalidade da experiência emocional (ver Quadro 3.6). Hesley e Hesley (2001) indicam vários filmes e resumem seus conteúdos psicológicos; entretanto, deve-se obter o consentimento dos pais antes de mostrar um filme, um programa de TV ou uma música.

A versão para o cinema do *The Wizard of Oz* (Fleming, 1939) é um dos favoritos tanto para a educação afetiva quanto para experiências cognitivas com

QUADRO 3.6

FILMES, PEÇAS DE TEATRO, PROGRAMAS DE TELEVISÃO
E LIVROS PARA A EDUCAÇÃO AFETIVA

FONTE	FOCO
<i>Feeling Scared</i> (Berry, 1995) (livro)	Identificar sentimentos de medo e ansiedade
<i>Feeling Sad</i> (Berry, 1996) (livro)	Identificar sentimentos tristes
<i>Alexander and the Terrible, Horrible, No Good, Very Bad Day</i> (Viorst, 1972) (livro)	Tolerância à frustração
<i>Smoky Night</i> (Bunting, 1994) (livro)	Ansiedade, trauma, criança negra
<i>Amazing Grace</i> (Hoffman, 1991) (livro)	Identificação de sentimentos, meninas negras
<i>The Feelings Book</i> (Madison, 2002) (livro)	Identificação de sentimentos, meninas
<i>The Meanest Thing to Say</i> (Cosby, 1997) (livro)	Provocação, relacionamento entre pares, meninos negros
<i>Searching for Bobby Fischer</i> (Zaillian, 1993) (filme)	Pressão, ansiedade de performance, talento
<i>Stand and Deliver</i> (Menendez, 1988) (filme)	Sucesso acadêmico, gangues, crianças latinas
<i>Little Man Tate</i> (Foster, 1991) (filme)	Talento, rejeição dos pares
<i>The Breakfast Club</i> (Hughes, 1985) (filme)	Questões adolescentes, identidade
<i>Good Will Hunting</i> (Van Sant, 1997) (filme)	Identidade
<i>Crooklyn</i> (Lee, 1994) (filme)	Perda, <i>coping</i> , família negra
<i>Fly Away Home</i> (Ballard, 1996) (filme)	Conflito familiar
<i>Antwone Fisher</i> (Washington, 2002) (movie)	Abuso infantil, identidade, homens negros
<i>This Boy's Life</i> (Caton-Jones, 1993) (filme)	Abuso infantil, transtorno da conduta
<i>Finding Forrester</i> (Van Sant, 2000) (filme)	Questões de identidade, homens negros
<i>Half Nelson</i> (Fleck, 2006) (filme)	Abuso de drogas
<i>Stand by Me</i> (Reiner, 1986) (movie)	Amizade, identidade
<i>Beauty and the Beast</i> (Trousedale e Wise, 1991) (filme)	Autoeficácia, separação, independência
<i>The Lion King</i> (Allers e Minkoff, 1994) (filme)	Medo, perda, identidade
<i>Mulan</i> (Bancroft e Cook, 1998) (filme)	Autoeficácia, separação, independência
<i>Alladin</i> (Clements e Musker, 1992) (filme)	Autoeficácia, separação, independência
<i>Little Mermaid</i> (Clements e Musker, 1989) (filme)	Autoeficácia, separação, independência
<i>Father of the Bride</i> (Shyer, 1991) (filme)	Independência, deixar ir
<i>Penelope</i> (Palansky, 2008) (filme)	Autoaceitação, imagem corporal, questões adolescentes, relacionamentos
<i>Juno</i> (Reitman, 2007) (filme)	Gravidez na adolescência, depressão, relacionamentos
<i>Thirteen</i> (Hardwicke, 2003) (filme)	Adolescência, drogas, sexualidade, ação impulsiva, problemas de conduta, conflito familiar

(continua)

QUADRO 3.6

FILMES, PEÇAS DE TEATRO, PROGRAMAS DE TELEVISÃO
E LIVROS PARA A EDUCAÇÃO AFETIVA (continuação)

FONTE	FOCO
<i>Akeelah and the Bee</i> (Atchison, 2006) (filme)	Estressores, vida familiar, realizações, negros
<i>Little Miss Sunshine</i> (Dayton e Faris, 2006) (filme)	Circunstâncias negativas, relacionamentos familiares, perda
<i>The Incredibles</i> (Bird, 2004) (filme)	Vida familiar
<i>Mi Familia, My Family</i> (Nava, 1995) (filme)	Vida familiar latina, questões adolescentes
<i>Quinceanera</i> (Glatzer e Westmoreland, 2006) (filme)	Questões adolescentes, gravidez na adolescência, conflito familiar
<i>Everybody Hates Chris</i> (LeRoi e Rock, 2005) (série de TV)	Problemas na escola, juventude negra
<i>Joan of Arcadia</i> (Hall, 2003) (série de TV)	Questões adolescentes, vida familiar
<i>American Family</i> (Nava, 2002) (série de TV)	Latinos, vida familiar
<i>Spring Awakening</i> (Slater e Sheik, 2006) (musical)	Questões adolescentes, sexualidade, depressão, relacionamentos, conflito familiar, abuso sexual

crianças (Friedberg e McClure, 2002). Os personagens demonstram emoções facilmente identificáveis. A criança assiste ao filme com o terapeuta, fazendo-se pausas em momentos emocionalmente significativos – momento em que o terapeuta ajuda a criança a identificar sentimentos.

Adolescentes podem responder melhor a letras de música do que a filmes. Músicas populares e *rap* estão cheios de conteúdos emocionalmente carregados. O recente musical de rock da Broadway *Spring Awakening* (Slater e Sheik, 2006) lida com vários aspectos provocativos das experiências dos adolescentes, como angústia, suicídio, fuga de casa, namoro, gravidez na adolescência e abuso sexual. *My Junk Is You* contém várias frases emocionalmente tocantes e é excelente para a educação afetiva.

A seguinte transcrição exemplifica a educação afetiva por meio de letras de música com uma jovem de 17 anos chamada Tasha. Ela relutou para iniciar

tratamento após o término de um relacionamento de longa duração, o que a levou a ter sintomas depressivos. A jovem não sabia o que esperar da terapia e estava bastante distante das suas experiências cognitivas e emocionais.

Terapeuta: Eu sei que você está chateada com o término do namoro. É difícil falar sobre pensamentos e sentimentos que se tem sobre isso. Vamos tentar algo diferente. Eu gostaria de tocar uma música que fala um pouco das coisas que você pode estar experimentando. Tudo bem?

Tasha: Certo. Qual é a música?

Terapeuta: Ela se chama *My Junk Is You*, de uma peça chamada *Spring Awakening*. É sobre muitas das dificuldades que os adolescentes encontram. (*Toca a música.*) O que você achou?

- Tasha: Eu gostei dela, mas me deixa triste.
- Terapeuta: É um primeiro passo. O que tocou você?
- Tasha: As palavras e a melodia. É um pouco como eu me sinto.
- Terapeuta: *(Pega um papel com a letra e entrega-a para Tasha.)* Qual parte da música parece ter mais relação com seus pensamentos e sentimentos?
- Tasha: A parte em que ela fala sobre não ser nada sem um relacionamento. Como os relacionamentos fazem de você alguma coisa.
- Terapeuta: Parecia que você estava com algumas lágrimas.
- Tasha: Eu estava. Ela traduz meus sentimentos em palavras.
- Terapeuta: É tocante. Quais partes?
- Tasha: As partes em que a menina parece presa ao garoto.
- Terapeuta: Presa?
- Tasha: Como se ela estivesse viciada. Eu sinto como se estivesse viciada no Andre, como se eu não fosse nada e não tivesse valor sem ele. Pequena. Como eles dizem, minha vida é uma bagunça.
- Terapeuta: Quando essas coisas passam pela sua cabeça, como você se sente?
- Tasha: Sozinha. Sem esperança. Triste. Com medo. Frustrada *(chora)*.
- Terapeuta: Ainda que isso seja difícil e doloroso, você está dando os primeiros passos em direção a sentir-se melhor. Está colocando em palavras seus pensamentos e sentimentos.

O diálogo com Tasha ilustra vários pontos importantes. Em primeiro lugar, o uso da música permitiu ao terapeuta

abordar pensamentos e sentimentos de forma não ameaçadora. Além disso, a escolha da música provavelmente fortaleceu a aliança terapêutica, comunicando que o terapeuta compreendeu o quão importante os relacionamentos românticos são para os jovens. A melodia também foi um pequeno indutor de humor e contribuiu para aflorar pensamentos e sentimentos relevantes. A letra, por sua vez, comunicava que pensamentos e sentimentos perturbadores são universais. Por fim, Tasha aprendeu que compartilhar pensamentos e sentimentos desagradáveis é uma parte da psicoterapia.

VULCÃO

Idade: de 6 a 18 anos

Propósito: Educação afetiva

Materiais necessários:

- Kit de vulcão caseiro

ou

- Cone plástico
- Bicarbonato de sódio
- Vinagre

A metáfora do vulcão também é um recurso para falar sobre inibição e explosão emocional. Como um vulcão, níveis não expressos ou negligenciados de emoções podem esquentar, fazer bolhas e ferver abaixo da superfície antes de entrar em erupção e derramarem tudo incontrolavelmente. Um projeto de ciências envolvendo um vulcão, familiar para a maioria das crianças, demonstra bem esse conceito. Juntos, terapeuta e paciente podem construir um vulcão, ou um *kit* de vulcão caseiro pode ser comprado. O terapeuta compara o bicarbonato de sódio aos pensamentos e sentimentos da criança. O vinagre ou estressor associado com a inibição é acrescentado ao bicarbonato, escondido em paz dentro do vulcão. De fato, as “leis da ciência” demonstram que esses sentimentos emergirão, a menos que adequadamente monitorados, expressos e

canalizados. A seguinte transcrição exemplifica o processo.

Terapeuta: Você sabe o que é um vulcão?

Mulik: Claro. É uma montanha que explode.

Terapeuta: Quer fazer um?

Mulik: Claro. Eu fiz um na aula de ciências.

(O terapeuta e o paciente pegam os materiais e colocam o bicarbonato de sódio dentro do vulcão.)

Terapeuta: O que você acha que vai acontecer se nós colocarmos o vinagre lá dentro?

Mulik: Vai explodir.

Terapeuta: Como assim?

Mulik: A lava sairá para fora.

Terapeuta: Vamos ver. *(Coloca o vinagre.)*

Mulik: Legal.

Terapeuta: Sabe, este vulcão é um pouco como você.

Mulik: Como assim?

Terapeuta: Bem, você retém muitas coisas por muito tempo e elas um dia explodem.

Mulik: Como minha raiva.

Terapeuta: Justamente como sua raiva.

Mulik: E quase faz uma bagunça.

Por meio desse exercício, Mulik ganhou uma apreciação concreta das consequências negativas da inibição psicológica. O vulcão atraiu seu interesse e representou graficamente a “bagunça” que sentimentos reprimidos podem causar ao emergirem. O terapeuta estava certo em personalizar a metáfora (“Sabe, este vulcão é um pouco como você.”).

NOMEANDO O INIMIGO

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Educação afetiva

Materiais necessários:

- Papel
- Lápis ou caneta

“Nomeando o Inimigo” é um procedimento psicoeducacional desenvolvido por Fristad e colaboradores (Fristad e Goldberg-Arnold, 2003; Goldberg-Arnold e Fristad, 2003). Ele é simples e, ainda assim, engajador e esclarecedor para muitas famílias. As crianças dividem um pedaço de papel, desenhando uma linha no meio dele nos dois lados. A coluna da direita na parte da frente é nomeada “coisas que eu gosto em mim”. O papel é então virado, e a coluna da direita é nomeada “meus sintomas”. Os pacientes enumeram seus sintomas. A seguir, viram o papel e enumeram suas qualidades positivas. Por último, dobram o papel de modo que a coluna dos sintomas efetivamente esconda ou cubra as qualidades. A partir disso, os pacientes e suas famílias têm uma referência de como os sintomas obscurecem as qualidades.

EDUCAÇÃO SOBRE O MODELO COGNITIVO

Introduzir o modelo cognitivo é um componente padrão da psicoeducação na TCC. Aprender sobre o modelo cognitivo ajuda a familiarizar os jovens pacientes com o tratamento e desmistifica o processo. A linguagem simples e o senso comum da TCC tornam compreensíveis para pessoas mais jovens os problemas complexos. Ao reconhecer que existe um esquema básico a partir do qual entender seus sintomas, os pacientes tornam-se mais capazes de descrever o seu problema e de estabelecer objetivos colaborativos. Os pontos-chave são:

1. Os sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais: todos estão causalmente relacionados, de modo que mudanças em um refletem nos outros três.
2. A compreensão do mundo é um processo natural humano.

3. Esses processos, às vezes, são problemáticos e imprecisos.
4. Quando as conclusões forem precisas, nós vamos resolver os problemas conjuntamente.
5. Quando as conclusões forem imprecisas, nós vamos ensinar você a chegar a conclusões adequadas.
6. Experimentos comportamentais serão usados para testar conclusões.

Existem muitos meios de introduzir o modelo, inclusive o paradigma tradicional da TCC (J. S. Beck, 1995; Greenberger e Padesky, 1995), a metáfora do telefone (Friedberg e McClure, 2002) e “Conexões de diamantes” (Friedberg et al., 2001). O modelo cognitivo básico sugere que quatro fatores vinculados contribuem para dificuldades psicológicas. As variáveis distintas são o funcionamento emocional, a fisiologia/biologia, o comportamento e a cognição. Cada fator individualmente influencia e, por sua vez, é influenciado pelos outros em uma interação causal.

“Conexões de diamantes” rompe com o complexo paradigma em uma divertida metáfora de beisebol. Cada fator é ilustrado por uma base no diamante do beisebol. A importância de cada variável é envolvida pela noção de que um diamante de beisebol precisa ter quatro bases. As crianças anotam seus sintomas na base apropriada (por exemplo, escrevem os sentimentos na segunda base, que é nomeada “Sentimentos”).

A metáfora do telefone utiliza três colunas nomeadas “situação”, “sentimentos” e “pensamentos”. Sob a situação, o terapeuta escreve “toca o telefone.” Juntos, terapeuta e paciente escrevem os potenciais sentimentos associados a receber uma ligação (por exemplo, animado, preocupado, irritado). Em seguida, formulam hipóteses sobre quem está ligando (por exemplo, namorado, mãe, supervisor da condicional, diretor da escola).

Sentimentos e pensamentos são relacionados (por exemplo, “Se fosse o diretor da escola, como você se sentiria?”). A noção das interpretações, e não os eventos, determinando as reações emocionais também é ilustrada pelo diálogo socrático (por exemplo, “Quanto pensamentos há?”; “Quanto sentimentos?”; “Quanto situações?”; “Se somente as situações determinassem os sentimentos, como uma delas produziria tantos sentimentos?”). Por último, leva-se o paciente a perceber o que poderia acontecer se falsamente predissesse que era o diretor da escola e se, na verdade, fosse seu namorado (por exemplo, ficar preocupado desnecessariamente). Deve-se também deixar claro que a única maneira de saber quem está telefonando é atender ao telefone ou verificar o número no identificador de chamadas (ou seja, colher dados). Os seguintes procedimentos têm a função de ampliar as intervenções tradicionais.

Kendall (2006) oferece uma cômica história sobre pisar no cocô de um cachorro a fim de ilustrar as conexões entre pensamentos e sentimentos. Ela evoca uma variedade de pensamentos, conclusões e interpretações. Alguns jovens serão autocríticos (“Eu sou um idiota. Deveria ter visto o cocô de cachorro.”) e se sentirão tristes. Outros podem se envergonhar, ficar ansiosos e temer avaliações negativas (“E se minha mãe gritar comigo?”). Outros ainda podem sentir-se irritados (“Droga! Que idiota não juntou o cocô do cachorro? Ele deve ter feito isso de propósito.”). Muitos pacientes considerarão esse exemplo surpreendente e serão facilmente capazes de entender que a maneira como são interpretadas as situações molda de modo contundente as emoções e o comportamento.

O uso de alarmes é uma boa metáfora para esclarecer os pacientes sobre transtornos de ansiedade (A. T. Beck, Emery e Greenberg, 1985; Friedberg et

al., 2001; Piacentini, Langley e Roblek, 2007a, 2007b; Piacentini, March e Franklin, 2006; Shenk, 1993). A. T. Beck e colaboradores (1985) apontaram que, na ansiedade, o alarme é pior que o próprio fogo. Isso é verdadeiro se os pacientes são perseguidos por alarmes falsos – alarmes que não predizem com precisão verdadeiros perigos. Piacentini e colaboradores (2006, p. 309-310) explicaram:

Um alarme falso. O que acontece? É isso mesmo. Ainda que não haja fogo, o barulho deixa todos nervosos como se houvesse fogo, e todos querem sair do prédio. As pessoas pensam que estão em uma situação perigosa mesmo quando não estão.

O TOC é justamente como um alarme falso. Quando alguém começa a se preocupar com germes, é como se um alarme de incêndio tivesse soado – há tensão, e pensa-se que algo ruim acontecerá. Entretanto, assim como no caso do alarme falso, nada de ruim acontecerá. No tratamento, aprende-se que os medos do TOC são alarmes falsos e que, se forem ignorados, vão embora e nada de ruim acontecerá.

ESTÁ NO SACO

Idade: de 6 a 18 anos

Propósito: Ensinar o modelo cognitivo

Materiais necessários:

- Varinha mágica
- Dois sacos de papel marrons
- Lata de refrigerante

“Está no Saco” é um procedimento psicoeducacional baseado em um truque cômico de carnaval. A tarefa mostra às crianças que, para descobrir verdades por trás de truques, dados devem ser coletados. “Está no Saco” envolve fingir que se é um mágico (mas um mágico ruim!). Move-se uma lata de refrigerante de um saco para o outro apenas com uma vari-

nha mágica. A plateia é convencida pois não percebe que o saco, na verdade, não se moveu. A “ilusão” é fundamentada em pura fé, assim como as crenças negativas que a maioria das crianças veementemente mantêm. São necessários dois sacos marrons, uma lata de refrigerante e uma varinha mágica. O procedimento ocorre da seguinte forma:

Você sabia que eu posso fazer mágicas? Vou fazer esta lata de refrigerante sair deste saco e depois voltar. Precisamos apenas de palavras mágicas. Você sabe alguma palavra mágica?

No próximo estágio, amplia-se o processo assim como um mágico de verdade faria:

Preciso de mais ajuda. Primeiro, olhe esta lata de refrigerante. [Entrega-a ao paciente.] Há algo incomum com ela? Agora, inspecione o saco. [Entrega o saco ao paciente.] Algo incomum com ele?

Após o paciente ter examinado o saco, o terapeuta faz o truque.

Veja o truque. Abracadabra. A lata moveu-se de um saco para o outro [Não deixe a criança conferir!]. Agora, eu vou sacudir minha varinha para que a lata volte. Abracadabra. [Sacode a varinha.] Veja, ela se moveu!

As crianças de imediato percebem o truque e concluem que a lata não se moveu. Pode-se então perguntar: “Como você sabe que a lata não se moveu?” e “O que você tem para provar que meu truque estava errado?”. As crianças aprendem que elas devem verificar os dados para checar pressupostos. Esse “truque” provocará uma discussão sobre crenças negativas e agrupamento de dados. Ele é memorável para a criança e vai prepará-la para intervenções posteriores.

DOZE TRUQUES SUJOS QUE SUA MENTE PREGA EM VOCÊ**Idade:** de 8 a 15 anos**Propósito:** Educação sobre distorções cognitivas**Materiais necessários:**

- “Doze truques sujos que sua mente prega em você” (Formulário 3.1)

Técnicas para nomear distorções cognitivas são intervenções psicoeducativas tradicionais (Burns, 1980; Persons, 1989). Ainda que orientar os pacientes a descobrir equívocos em seus pensamentos seja um passo importante na psicoeducação, tanto a terminologia quanto o processo por vezes são difíceis para os jovens compreenderem. Os adolescentes geralmente recebem uma lista de equívocos ou distorções cognitivas encontrada em muitos livros de terapia cognitiva (J. S. Beck, 1995; Burns, 1980) e em manuais (Friedberg et al., 1992; Greenberger e Padesky, 1995). O “Diário do pensamento distorcido” (Friedberg et al., 1992) é uma intervenção que nomeia distorções. Crianças com menos idade podem se beneficiar com mais de uma abordagem divertida e metafórica. Recomenda-se apresentar as distorções como truques da mente para enganá-las. Foi simplificado o nome do procedimento de distorção como “Doze truques sujos que sua mente prega em você” e o diário “Encontre o truque sujo” para acompanhar.

“Doze truques sujos que sua mente prega em você” é uma ferramenta que se pode apresentar às crianças e a seus pais visando a ensiná-los sobre erros cognitivos (Formulário 3.1). No Capítulo 5, os procedimentos de reestruturação cognitiva “Truque ou verdade” e “Limpe seu pensamento” fazem referência a “Doze truques sujos”.

Após a criança aprender sobre os “Doze truques sujos”, ela é convidada a praticar a identificação das distorções

usando um jogo divertido. Doze pequenos sacos são etiquetados com cada “truque sujo”. Então, ela recebe um pensamento distorcido em um pedaço de papel ou em um cartão. A sua tarefa é decidir qual truque sujo está refletido no pensamento distorcido. Uma vez feita a escolha, ela coloca o pensamento no saco apropriado. Esse exercício ensina a criança a examinar os pensamentos para possíveis truques sujos e a categorizá-los apropriadamente.

Músicas e programas de televisão também dão suporte aos adolescentes no aprendizado de distorções cognitivas (Friedberg et al., 1992). Após terem aprendido sobre os truques sujos, os adolescentes são instruídos a ouvir suas músicas favoritas ou assistir a seus programas favoritos de televisão e anotarem os truques sujos identificados nas letras ou nos diálogos. Tal exercício treina os pacientes a prestarem atenção nos pensamentos e a discernirem sua precisão. A tarefa também reúne uma atividade divertida e rotineira (ouvir música, assistir à TV) com uma tarefa psicoeducacional (aprender sobre distorções cognitivas).

DIÁRIO ENCONTRE O TRUQUE SUJO**Idade:** de 8 a 15 anos**Propósito:** Identificação de distorções cognitivas**Materiais necessários:**

- Doze truques sujos que sua mente prega em você (Formulário 3.1)
- Diário Encontre o truque sujo (Formulário 3.2)

O diário “Encontre o truque sujo” é uma forma de as crianças nomearem a distorção, sendo conceitualmente similar ao “Diário do pensamento distorcido” (Friedberg et al., 1992). Os pacientes registram a data, a situação, o sentimento e o pensamento nas colunas de 1 a 4. Na coluna 5, registra-se o truque sujo. Como

no “Diário do pensamento distorcido”, as crianças treinam assistindo a um programa de TV favorito ou ouvindo músicas ao mesmo tempo em que identificam os truques sujos refletidos nos diálogos ou nas letras. Uma vez praticada a técnica de nomear a distorção, os pacientes aplicam suas habilidades aos próprios pensamentos automáticos no diário “Encontre o truque sujo”.

O seguinte diálogo exemplifica o diário “Encontre o truque sujo”, com Omar, um menino depressivo de 13 anos. O diário “Encontre o truque sujo” que Omar preencheu está na Figura 3.1. O Formulário 3.2 é um diário em branco.

Terapeuta: Omar, vamos usar a lista de truques sujos para encontrar truques em seu pensamento.
Omar: Certo.
Terapeuta: Você disse que duas meninas o chamaram de gordo.
Omar: Sim, em um evento da escola. Fiquei realmente triste, pois gosto delas.
Terapeuta: O que disse a si mesmo?
Omar: Eu sou a criança mais feia do mundo. Ninguém quer ir à festa comigo.

Terapeuta: Olhe para sua lista de truques sujos. Você consegue identificar algum?
Omar: Rótulo besta e pensamento adiantado demais.
Terapeuta: Ótimo. Você é bom nisso. Quer fazer mais um?
Omar: Claro.
Terapeuta: O que aconteceu ontem à noite que chateou você?
Omar: Meu pai disse que eu estava com medo demais da bola durante meu jogo de beisebol. Eu me senti muito triste, pois acho que ele não gosta de mim e pensa que sou um medroso.
Terapeuta: Você consegue achar o truque?
Omar: Mágica trágica e pensamento ogro caolho.
Terapeuta: Você está ficando especialista nisso. E quanto ao que aconteceu hoje?
Omar: Eu estava falando com Marlena e me senti nervoso e fiquei frustrado. Eu me senti mal porque eu não sou nada legal. Ei, esse é o pensamento prisioneiro do sentimento!

Data	Situação	Sentimento	Pensamento	Truque sujo
23/9	Duas meninas disseram que sou gordo	Triste	Eu sou uma criança feia. Ninguém irá à festa comigo.	Rótulo besta; pensamento adiantado demais
23/9	Papai disse que eu tinha medo demais da bola	Triste	Ele acha que sou um medroso e não gosta de mim.	Mágica trágica e ogro caolho
24/9	Fiquei nervoso falando com Marlena	Ruim	Eu não sou legal.	Prisioneiro do sentimento

FIGURA 3.1

Diário “Encontre o truque sujo”, de Omar.

Omar ficou cada vez mais capaz de perceber o truque sujo. Ao final do diálogo, o menino foi capaz de identificar a distorção sem que isso fosse solicitado pelo terapeuta.

CONCLUSÃO

A psicoeducação é um primeiro passo necessário em uma TCC efetiva, mas não precisa ser seca e discursiva. As técnicas apresentadas neste capítulo, resumidas no Quadro 3.7, proporcionam estraté-

gias divertidas e interativas para realizar a psicoeducação de modo que a criança ou o adolescente recordem-se delas e, assim, tenham mais chances de aplicá-las ao longo do tratamento. Essas técnicas proporcionam aos pacientes instrumentos necessários para tornar efetivas as futuras intervenções da terapia. Os terapeutas precisam ter em mente a conceituação do caso, mesmo durante a fase de psicoeducação do tratamento, o que permite a escolha apropriada de estratégias de psicoeducação, a aplicação flexível e alterações quando necessário.

QUADRO 3.7**TÉCNICAS
PSICOEDUCACIONAIS**

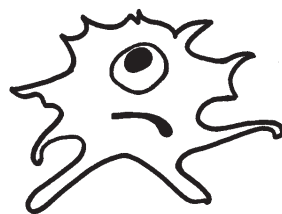
TÉCNICA	IDADE	USOS DA TÉCNICA
Livros de histórias	3-13 anos	Socializa as famílias com a TCC, aumenta a motivação, promove o aprendizado
Livros com relatos pessoais de adolescentes	13-18 anos	Introduz os adolescentes à natureza de seus transtornos e habilidades de autoajuda
Jogos	8-13 anos	Constrói <i>rappport</i> enquanto ensina habilidades
Vulcão	8-18 anos	Trato da educação afetiva
Nomeando o Inimigo	8-18 anos	Proporciona uma ilustração concreta do modo pelo qual os sintomas obscurecem as qualidades
Filmes, peças, programas de televisão, músicas (ver Quadro 3.6)	Todas	Aborda a educação afetiva
Conexões de Diamante	8-13 anos	Ensina o modelo cognitivo
Exemplo do Telefone	13-18 anos	Ensina o modelo cognitivo
Truque mágico Está no Saco	6-18 anos	Ensina o modelo cognitivo
Doze Truques sujos que sua mente prega em você	8-15 anos	Ensina técnicas para nomear as distorções
Diário Encontre o truque sujo	8-15 anos	Usado após as habilidades de nomeação das distorções terem sido desenvolvidas, proporciona prática na identificação dos próprios pensamentos automáticos

doze

truques

sujos

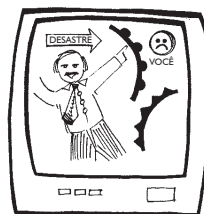
OGRO CAOLHO: Ver coisas apenas sob um ângulo e ignorar todos os outros aspectos.



PRISIONEIRO DO SENTIMENTO: Usar seus sentimentos como a principal referência para suas ações e para seus pensamentos.



PROFETA DESASTROSO: Acreditar falsamente que coisas horríveis vão acontecer com muito pouco para sustentar suas ideias.



PENSAMENTO TUDO-EU: Acreditar falsamente que todas as coisas ruins que acontecem com você ou com outras pessoas são todas sua culpa.



RÓTULO BESTA: Usar um rótulo para si ("Eu sou ruim") ou para os outros ("Ela é uma bruxa. É tudo culpa dela.")



(continua)

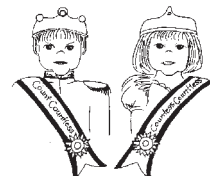
FORMULÁRIO 3.1

Doze truques sujos que sua mente prega em você.

REGRA DE MULA: Insistir teimosamente que suas ideias sobre como você, as outras pessoas e o mundo deveriam agir são as únicas que estão certas.



PENSAMENTO EXCLUDENTE: Convencer-se de que qualidades, sucessos e boas experiências não contam.



PENSAMENTO MÁGICO TRÁGICO: Acreditar equivocadamente que você sabe com exatidão o que está acontecendo na cabeça de outra pessoa, sem verificar ou perguntar a ela.



PENSAMENTO PEIXE GRANDE: Acreditar em algo apesar de não haver muito em que embasar tal ideia.



PRETO OU BRANCO: Ver as coisas apenas de duas maneiras, como se você fosse perfeito ou um perdedor.



PENSAMENTO ESPELHO DE CIRCO: Quando você olha para si mesmo, para outras pessoas ou para o que lhe acontece, diminui o positivo (+) ou aumenta o negativo (-).



PENSAMENTO ADIANTADO: Tirar conclusões a partir de pouca informação. Não esperar para obter todos os resultados ou as informações de que você precisa.



FORMULÁRIO 3.1 (continuação)

Doze truques sujos que sua mente prega em você.

Diário “Encontre o truque sujo”

Truque sujo	
Pensamento	
Sentimento	
Situação	
Data	

FORMULÁRIO 3.2

Diário “Encontre o truque sujo”.

Intervenções comportamentais

Existem boas razões para começar com intervenções comportamentais ao longo da terapia na maior parte dos problemas da infância. Muitas crianças em tratamento não têm habilidades em autorregulação; portanto, terão um imenso benefício aprendendo a autocontrolar seus sentimentos e seus comportamentos. Quando são extremamente ansiosas ou raivosas, geralmente não conseguem manter-se atentas a cognições e, assim, serão resistentes a intervenções cognitivas mais sofisticadas. Além disso, introduzir abordagens comportamentais na fase inicial do tratamento constrói *rapport*, aumenta a motivação e o engajamento, amplia o repertório de *coping* e prepara-as para intervenções subsequentes. Intervenções comportamentais, muitas vezes, provocam mudanças mais imediatas e facilitam a continuidade do tratamento. As técnicas comportamentais também refletem-se na alteração de comportamentos fora das sessões, o que facilita a generalização.

As técnicas comportamentais diminuem a frequência e gravidade de comportamentos indesejados, ao mesmo tempo em que aumentam a frequência de comportamentos desejados. Somado a isso, mudanças nas atitudes, nas emoções e na cognição resultam em mudanças de comportamento; por conseguinte, levam a uma melhoria geral no funcionamento.

Intervenções comportamentais envolvem dar treinamento aos pais e instruções diretas sobre habilidades, bem como um treino da aplicação dessas habilidades durante as sessões (Friedberg e McClure, 2002). Já que as técnicas comportamentais são mais concretas, podem ser usadas imediata e facilmente com populações muito díspares e com problemas variados.

Neste capítulo, serão discutidas e resumidas técnicas comportamentais efetivas, além de suas aplicações. Há transcrições que almejam facilitar a implementação para os terapeutas. Tabelas podem ser encontradas ao final de cada seção, auxiliando os terapeutas na escolha das abordagens apropriadas aos vários problemas com os quais se deparam. Por último, o capítulo oferece resumos das técnicas para aqueles que querem reforçar ou estimular seu uso.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Sem habilidades de autorregulação e de autocontrole, as crianças podem ser incapazes de ir até o fim das intervenções da terapia diante de níveis muito altos de emoção (Goldfried e Davison, 1976). Portanto, o relaxamento é uma técnica comportamental que não deve ser desprezada. As estratégias de relaxamento redu-

zem os sintomas para que outras técnicas sejam bem-sucedidas. Elas também são divertidas para jovens pacientes. Desse modo, com o objetivo de melhorar o funcionamento emocional, essas técnicas fortalecem a aliança terapêutica.

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

O relaxamento muscular progressivo (PMR; Jacobson, 1938) é uma estratégia tradicional de relaxamento muscular usada no tratamento de vários sintomas, orientando os pacientes a tensionar e a relaxar grupos musculares. As crianças, em primeiro lugar, são ensinadas a tensionar vários grupos musculares; após cinco a oito segundos, a criança é instruída a liberar completamente a tensão e a relaxar os músculos. Em geral, os grupos musculares são trabalhados um de cada vez, indo de um extremo do corpo até o outro. As crianças comumente demandarão instruções mais específicas, demonstrações do exercício (Goldfried e Davison, 1976), visualizações e/ou metáforas (Koeppen, 1974) para ajudar nesse processo. A demonstração pode ser profícua, assim como explicações tais como “seu braço deve estar solto e mole como um espaguete” para comunicar a mudança que a criança talvez sinta. Dizer à criança que visualize o ato de extrair um limão e que tente extrair dele todo o suco (Koeppen, 1974) é um bom exemplo de como orientar crianças com menos idade no processo de tensionamento. A prática frequente é necessária ao longo da construção dessa habilidade; para tanto, os exercícios devem ser repetidos no consultório e em casa.

Exercícios de respiração profunda são simultâneos ao PMR para ajudar no relaxamento. A respiração profunda tem sido apresentada às crianças de forma

criativa a fim de aumentar a motivação e a aceitação. Por exemplo, a abordagem das Dez Velas de Wexler (1991) faz com que a criança imagine 10 velas alinhadas e, então, sobre-as uma por uma; instruí-la a realmente soprar bolhas pode ajudar na respiração profunda (Warfield, 1999): ambas são formas divertidas de encorajar crianças a respirarem mais profundamente. Ao combinar a visualização (por exemplo, com a abordagem das Dez Velas) ou pistas visuais reais (como as bolhas) com a respiração profunda, os terapeutas têm mais chances de conquistar a criança em terapia. Além disso, pistas visuais reforçam os esforços da criança, bem como proporcionam um meio de monitorar sua respiração. Se as bolhas não estiverem saindo da varinha, as crianças devem tentar diminuir a força e a frequência da respiração até uma exalação lenta e suave. Além disso, as bolhas servem como uma ótima distração.

Se as bolhas não forem uma opção, algumas crianças gostam de usar um canudo para soprar uma bola de algodão sobre uma mesa ou no chão. O movimento resultante dos sopros serve tanto como uma pista visual e como reforçador quanto como uma boa distração, relaxando mais ainda a criança. Ao ensinar o relaxamento a crianças com mais idade, é importante adaptar algumas estratégias a ambientes sociais específicos (como a escola). As crianças não respirarão profundamente ou farão outros exercícios se elas acharem que estão sendo observadas.

Deve-se encorajar as crianças a serem criativas e a encontrarem meios de aplicar habilidades em sua rotina. Na seguinte transcrição, uma jovem ansiosa adaptou a técnica de respiração profunda ao associar sempre que estivesse frustrada.

Sarah: As bolhas são divertidas e fazem meu corpo se acalmar em casa, mas eu não posso soprar

bolhas na escola. Mesmo no recreio, eu estaria encrenca-da, pois os alunos não podem levar coisas como essa para a escola.

Terapeuta: E o que você *poderia* fazer no recreio?

Sarah: Não sei. Se eu apenas fingis-se soprar bolhas como eu faço no carro com minha mãe, provavelmente pareceria idiota, e as outras crianças iam me incomodar mais ainda.

Terapeuta: Eu gosto de ver que você está tentando pensar em outras ideias. O que mais poderia funcionar?

Sarah: Eu sei! Poderia assoviar. Seria como soprar ar, e ninguém mais saberia o que eu estou fazendo.

Terapeuta: Sarah, que ideia criativa! Por que você não tenta isso nesta semana e vê se funciona?

No exemplo anterior, o terapeuta valida as preocupações de Sarah dando apoio no processo de resolução de problemas. O terapeuta reforça os esforços da menina e começa a estabelecer uma experimentação comportamental ampliando a continuidade e proporcionando dados a fim de determinar se a técnica é útil para ela.

Outras técnicas de relaxamento

O restante desta seção analisa várias técnicas de relaxamento para jovens, e o Quadro 4.1 é um guia de opções para crianças. Já que todas as técnicas mencionadas geralmente envolvem o mesmo conjunto de habilidades, os terapeutas são encorajados a escolher as opções que melhor se encaixam no nível de desenvolvimento e nos interesses da criança.

ROTEIROS DE RELAXAMENTO

Idade: Todas as idades

Propósito: Relaxamento

Materiais Necessários:

- Roteiro pré-escrito

Enquanto o relaxamento é um procedimento relativamente objetivo, muitas crianças experimentarão dificuldades com instruções diretas (por exemplo, “tensione seu maxilar, então solte-o e relaxe”). Portanto, instruções concretas e adequadas ao desenvolvimento auxiliam no processo de treinamento. Existem manuais excelentes de relaxamento direcionados a crianças e adolescentes (Geddie, 1992; Kendall et al., 1992; Ollendick e Cerny, 1981).

Manuais de relaxamento significativos incluem imagens visuais detalhadas, pois fazem uso de objetos e situações presentes na experiência da criança. Demonstrações do terapeuta também são válidas. Koeppen (1974) demonstrava o tensionamento muscular nas mãos e nos braços fazendo com que a criança fingisse espremer um limão. A imagem de um gato se alongando visava aos braços e aos ombros, e uma tartaruga encolhendo sua cabeça para dentro do casco foi usada como demonstração do tensionamento do pescoço e dos ombros. Outros exemplos descritivos incluíam mascar um grande pedaço de chiclete (para o tensionamento do maxilar) e uma mosca no nariz para o tensionamento da face/nariz. Kendall e colaboradores (1992) oferecem orientações detalhadas passo a passo relativas ao treinamento de relaxamento, as quais podem ser lidas pelo terapeuta ou pelo paciente. A criança é levada por meio do processo de tensionamento e relaxamento de cada grupo muscular. Escolher um roteiro apropriado é como escolher outras técnicas apropriadas para jovens; ou seja, o terapeuta deve ter em mente a concei-

tuação para que o roteiro específico escolhido seja atraente e significativo para aquela criança.

O roteiro do dinossauro (Geddie, 1992) é muito convidativo. As crianças fingem ser dinossauros, e os procedimentos de relaxamento são específicos e de fácil compreensão. Por exemplo, com o objetivo de tensionar os músculos da testa, o roteiro sugere: “Conforme você começa a se mover lentamente em meio às árvores com folhas em seus galhos, você pensa ter visto também algumas amoras. Mas, como está caminhando sob o sol, precisa apertar bem os olhos para ver as amoras”. A instrução para tensionar o braço é: “Quando você chega até o poço

de água, enxerga-o coberto de rochas. É necessário levantar as rochas com seus braços para tirá-las do caminho. Curve seus grandes braços de dinossauro para cima nos cotovelos e erga as rochas para fora do caminho com seus braços”.

KITS DE ACALMAR

- Idade:** Todas as idades
- Propósito:** Relaxamento, automonitoramento, autorregulação
- Materiais Necessários:**
- Caixa de sapato ou saco de papel
 - Um ou mais dos seguintes itens: bolhas, vela (pode ser de aniversário), canudo e uma bola de algodão
 - Bola de apertar

QUADRO 4.1 ESCOLHA DE TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

TÉCNICA	IDADE	PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS USO	APROPRIADOS	FORMATO
Kits de acalmar/ Kits de sobrevivência	4-10 anos – usar figuras e itens; 9 anos ou mais – pode adicionar itens de texto	Relaxamento Automonitoramento Autorregulação	Raiva Ansiedade Impulsividade Transtorno da integração sensorial Irritabilidade/depressão	Individual Familiar Grupo
Relaxamento muscular progressivo	4 anos e mais velhos	Relaxamento Autorregulação	Raiva Ansiedade Impulsividade	Individual Familiar Grupo
Cartões simbólicos	4 anos e com mais idade (imagens para crianças mais novas, palavras escritas para aquelas com mais idade)	Sinais não verbais para o uso em estratégias de relaxamento; aumento do uso independente de técnicas e ajuda com a generalização das habilidades	Raiva Ansiedade Impulsividade Transtorno da integração sensorial Irritabilidade/depressão	Individual Familiar Grupo
Roteiros de relaxamento	4-10 anos	Proporciona oportunidades para a memorização de falas internas e afirmações de coping	Raiva Ansiedade Impulsividade Transtorno da integração sensorial Irritabilidade/depressão	Individual Familiar Grupo

- Pequeno travesseiro ou animal de pelúcia
- Papel, tesoura e giz de cera ou caneta hidrocor

Muitas crianças têm se beneficiado da criação de um kit portátil de acalmar. Ele pode ter vários formatos, dependendo da idade da criança, dos interesses e dos sintomas. As habilidades de relaxamento são ensinadas à criança, a qual pratica as técnicas, monta o kit, acrescenta sua ideia criativa “calmante” e decora o kit. Um saco ou uma caixa de sapato podem ser usados nas sessões que envolvem jogos de interpretação ou exposições. Algumas vezes, há kits separados para casa e para a escola. Dependendo dos interesses da criança, ele pode assumir a forma de uma bolsa, kit de sobrevivência, caixa de ferramentas, mochila ou baú do tesouro. O Quadro 4.2 dá ideias para os conteúdos de cada kit. Estratégias para itens de distração são acrescentadas para individualizar o kit.

Um kit de sobrevivência é um método conhecido e inclui itens de acampamento que podem ser usados como subsídios para técnicas tradicionais de relaxamento. Uma vela serve como um símbolo para respiração profunda, e as crianças podem fingir que estão soprando a “chama” da vela. Um pequeno travesseiro pode ser apertado para sinalizar o tensionamento

e o relaxamento dos músculos. A Bússola dos Sentimentos para automonitoramento, apresentada no Capítulo 2, pode fazer parte do kit. Quando a criança detecta uma mudança nos sentimentos, indicando-a na Bússola dos Sentimentos, isso a levará a lançar mão de outros itens no kit visando ao relaxamento.

Os materiais talvez sejam excessivos em um primeiro momento, mas muitos são fáceis de encontrar e de guardar. Esses itens são mais motivadores e divertidos para o jovem do que simplesmente ter como recurso o PMR e a respiração por si só. Além disso, os itens representam lembretes visuais para cada técnica, ampliando o uso de estratégias para além da sessão. O próprio processo de criação do kit durante a sessão (por exemplo, decorar a caixa, montá-la) também serve como uma atividade para estabelecimento de *rapport*.

CARTÕES SIMBÓLICOS DE ACALMAR

Idade: Todas as idades

Propósito: Relaxamento, autorregulação

Materiais Necessários:

- Cartões
- Figuras simbólicas
- Canetas hidrocores, giz de cera ou canetas

QUADRO 4.2

CONTEÚDOS PARA KITS DE ACALMAR

ITEM	RESPIRAÇÃO PROFUNDA	RELAXAMENTO MUSCULAR	IDENTIFICAÇÃO/ CLASSIFICAÇÃO	
			DE SENTIMENTOS	DISTRAÇÃO
Bolhas	X			X
Vela	X			X
Canudo e bola de algodão	X			X
Bola de apertar		X		X
Travesseiro/bicho de pelúcia		X		X
Cartões simbólicos	X	X	X	X
Bússola dos Sentimentos			X	X

Talvez algumas crianças e adolescentes não estejam interessadas na confecção de um kit; nesse caso, o kit pode tomar a forma de cartões simbólicos. Para crianças com menos idade, figuras simbólicas são incentivos divertidos, enquanto as com mais idade podem preferir palavras simbólicas. Exemplos de cartões simbólicos são figuras de uma garrafa de bolhas, uma bola de apertar, imagens ou fotos que transmitem calma, bichos de pelúcia e balões de fala. Um adolescente pode ter um minilivro de cartões simbólicos com lembretes de afirmações e técnicas de relaxamento, consultando-os como incentivo ao longo do dia. As crianças são encorajadas a dar ideias sobre como criar os cartões simbólicos mais atrativos a elas.

Por exemplo, uma criança com ansiedade escolheu prender os cartões em sua garrafa com água durante jogos de futebol, o que lhe permitia consultá-los durante os jogos. A Figura 4.1 ilustra alguns exemplos de cartões simbólicos.

Implementando Kits de Acalmar e Técnicas de Cartões Simbólicos

Uma vez que o kit tenha sido criado, é válido esclarecer às famílias o modo como usá-lo em casa visando à generalização. Recomenda-se orientar as famílias a estimular a criança a usar o kit, o que deve ocorrer durante simulações (guiadas pelo terapeuta e depois pelos pais)







		
		
<div>Lembre-se de soprar bolhas e apertar a bola antiestresse.</div>	<div>Fique calmo e use seus recursos de acalmar.</div>	<div>Respire fundo cinco vezes. Lembre-se de respirar devagar.</div>

FIGURA 4.1
Exemplos de Cartões Simbólicos de Acalmar.

e, então, generalizá-las para situações da vida no lar.

Considere o seguinte exemplo: Tara, de 8 anos, está aprendendo a aplicar estratégias de relaxamento sempre que seu irmão mais novo a incomoda. Primeiramente, o terapeuta mostra o uso de jogos de interpretação para a família e, a seguir, estimula-a a completar a interpretação. Um plano para a generalização em casa é, a partir disso, elaborado.

Terapeuta: Vamos fingir que você acabou de ganhar um novo livro de figuras em seu aniversário, mas seu irmão fez desenhos nele com caneta. Você caminha até a cozinha e descobre que o livro está destruído, fica muito irritada e sente seus músculos tensionarem-se e seu rosto enrubescer. Mostre-me como você poderia usar o kit de acalmar.

Tara: Poderia fingir que estou soprando bolhas e apertar minha bola.

Terapeuta: Bom trabalho ao lembrar das ferramentas! Mostre-me como você sopraria as bolhas e apertaria a bola. (*Tara usa os itens do kit de acalmar.*) Puxa, Tara, você está realmente ficando boa em relaxar seus músculos e acalmar sua respiração! Agora, quero que você e sua mãe pratiquem. O que mais poderia acontecer que a deixaria irritada com seu irmão?

Tara: Fico muito irritada quando ele entra em meu quarto.

Mãe: Isso é verdade! Geralmente isso leva a uma grande briga.

Terapeuta: Certo, quero que vocês duas pratiquem uma simulação disso.

Mãe: Tara, imagine que você está em sua cama lendo um livro, e seu irmão escancara a porta, entrando sem bater.

Tara: Eu ficaria muito irritada. Ele deveria bater à porta primeiro, mas sempre entra sem pedir licença.

Terapeuta: Certo. Lembre-se de que antes de resolver o problema, precisa estar calma.

Mãe: Sim. Então, Tara, mostre-me o que poderia usar de seu kit de acalmar para continuar sob controle.

Tara: (*Pega o kit e tira um pequeno bicho de pelúcia.*) Apertaria um bicho de pelúcia, já que provavelmente haveria um em minha cama!

Terapeuta: (*Silenciosamente chama a atenção da mãe.*) Elogie e estimule.

Mãe: Essa é uma ótima ideia para começar! O que poderia fazer depois?

Tara: Poderia usar este cartão: “Fique calma e não arrume encrenca!”.

Mãe: Bem pensado, e então eu ajudaria você a resolver o problema!

Terapeuta: Ótimo trabalho com a simulação. Agora, será importante praticarem algumas simulações em casa. O que seria uma boa tarefa? (O terapeuta e a família colaborativamente estabelecem um plano para praticar em casa naquela semana.)

Na transcrição, percebe-se como orientar as famílias a usarem o kit de acalmar em jogos de simulação. Ao fazer com que os pais pratiquem durante a sessão com a presença da criança, o te-

rapeuta amplia as chances de uma continuação em casa, além de observar e moldar o comportamento tanto dos pais como da criança à medida que seja necessário. Consequentemente, a criança será bem-sucedida e a generalização ocorrerá. Também a abordagem colaborativa ajuda a identificar potenciais obstáculos ao sucesso.

A fim de construir habilidades, os cenários inicialmente incluem motivadores pouco ou moderadamente incômodos extraídos dos problemas apresentados e exemplos proporcionados pela família. A interpretação auxilia as crianças a elaborarem um roteiro de como lidar com situações recorrentes em casa. Ter um kit para levar para casa estimula as famílias a aplicarem as estratégias. Em contrapartida, pais e crianças devem ser alertados de que, no início, pode ser difícil usar o kit nas circunstâncias em que as emoções estiverem intensas.

Considere o exemplo de Tara novamente. Se ela está em sua cama lendo, sua mãe poderia dizer: “Isto se parece com o que praticamos hoje na terapia. Como seria se seu irmão entrasse em seu quarto sem perguntar?”. Então, ao longo da semana, se o irmão de Tara entrasse no quarto dela, a menina provavelmente recorreria a estratégias calmantes. Também a mãe pode estimulá-la (“Tara, parece que você está se irritando. O que nós praticamos no começo da semana que pode ajudá-la agora?”). A mãe de Tara pode então elogiar o uso de Tara de quaisquer estratégias de seu kit de acalmar.

Praticar técnicas e prever momentos para seu uso é crucial na construção de habilidades. A Tabela do Jogo de Previsões apresentada a seguir pode servir de estímulo aos jovens na descoberta de como usar o kit, sendo possível avaliar sua utilidade. Essa abordagem também é uma forma de demonstração quando uma criança está cética em relação ao re-

sultado das técnicas. A Tabela do Jogo de Previsões também permite a avaliação da continuidade na família e a identificação dos obstáculos para o sucesso.

MODELAGEM

A influência da modelagem no desenvolvimento de novos comportamentos é forte. As crianças aprendem a partir da observação de seu contexto; sendo assim, ao proporcionar modelos apropriados, terapeutas e cuidadores podem aumentar o sucesso das técnicas. A modelagem pode ser feita por personagens e histórias em livros, além de imagens de filmes ou de programas de TV. Por exemplo, se o relaxamento está sendo almejado, o terapeuta pode exibir cenas de filmes ou programas de TV que ilustram as várias formas de expressão de sentimentos e autorregulação (ou a falta dela). As crianças podem assistir às cenas e encontrar motivadores para as mudanças de humor, bem como observar as estratégias que os personagens estão ou que poderiam estar usando para a autorregulação (por exemplo, respirar fundo, fechar os punhos, expressar verbalmente seus sentimentos). A criança pratica a identificação verbal e não verbal de sinais indicadores de como o personagem está se sentindo e de quando as mudanças na intensidade do sentimento estão ocorrendo. Também a criança pode ser solicitada a avaliar quais técnicas de relaxamento estão sendo ou poderiam ser usadas na cena em questão. Com os livros infantis ocorre o mesmo. As crianças também gostam de histórias ou de teatros de bonecos representando dificuldades cotidianas em que os personagens recorrem a técnicas de terapia para lidar com a situação. Adultos construindo estratégias de *coping* também é uma ferramenta muito poderosa (revelações pessoais do terapeuta também) (Gosch

et al., 2006). O terapeuta pode orientar os pais a verbalizar algumas dificuldades ou a resolver problemas em casa diante de seus filhos a fim de ilustrar várias técnicas.

Por exemplo, um pai pode derramar alguma coisa enquanto prepara o jantar e afirmar: “Ah, não! Deixei cair as batatas por todo o chão. Espere, esse não é um grande problema. Deixe-me respirar fundo e pensar. Sei que existe uma maneira de resolver o problema. Posso pegar mais batatas e simplesmente limpar essas que estão no chão”.

DESSENSIBILIZAÇÃO SISTEMÁTICA

Desde sua introdução em 1958 por Joseph Wolpe, a dessensibilização sistemática tem sido um importante aspecto do tratamento da ansiedade. Tal procedimento de contracondicionamento envolve estratégias de relaxamento na confrontação de estímulos provocadores de ansiedade. A dessensibilização sistemática funciona igualando estímulos de ansiedade com um “agente” contracondicionante, como respiração profunda, PMR ou até humor. Portanto, treinar a criança em agentes contracondicionantes (CCAs) antes do começo da dessensibilização sistemática é necessário.

Após o relaxamento ou outros CCAs terem sido ensinados à criança, uma escala de ansiedade é formulada. Conforme mencionado no Capítulo 2, a escala de ansiedade consiste de descrições de situações envolvendo ansiedade. As descrições devem ser detalhadas, e as situações ordenadas em uma hierarquia baseada no nível de ansiedade que o paciente associa a cada uma delas.

A dessensibilização sistemática começa visando ao item mais inferior na hierarquia e permanecendo nele até que o paciente seja capaz de encontrar o pen-

samento, a imagem ou a situação sem sentir ansiedade significativa. O relaxamento como um contra-ataque é usado nesses encontros com estímulos de ansiedade. Portanto, ter os kits de acalmar e/ou cartões de sinalização em mãos é benéfico. A criança permanece em cada item até que seja capaz de manter-se em um estado relaxado de fato ao se defrontar com o item almejado. Uma vez que tenha demonstrado a habilidade de manter-se em um estado relaxado, segue para o próximo item na hierarquia. Após cada item na hierarquia ter sido dominado, a criança dá sequência à hierarquia até que todos os itens estejam completos. Com cada item, o relaxamento (e não o medo) é confrontado com a fonte de ansiedade. Como resultado, uma resposta de condicionamento clássico surge. Portanto, a ligação entre a ansiedade e os estímulos de ansiedade é rompida, e uma nova conexão entre os estímulos de ansiedade e o relaxamento é estabelecida. Na verdade, uma nova resposta ao estímulo (relaxamento) está substituindo a resposta desadaptativa anterior (medo). Já que o relaxamento compete com a ansiedade, esta diminui. Essa abordagem, muitas vezes, ocupa várias sessões em combinação com práticas feitas em casa.

A seguinte transcrição demonstra o processo de dessensibilização sistemática com Tony:

Terapeuta: Tony, você disse que queria livrar-se de suas preocupações com cachorros.

Tony: É verdade. Quero ser capaz de ir às casas dos amigos que têm cães, ou brincar com meus amigos sem me envergonhar por estar com medo de cachorros.

Terapeuta: Certo. Vamos trabalhar com uma ferramenta chamada “Para o Alto e Além”. Vamos

- descobrir o que faria você ficar um pouco nervoso, medianamente nervoso ou muito nervoso no que se refere a cães. Então usaremos seu kit de acalmar enquanto você pensa nas diferentes situações sobre as quais falamos.
- Tony: Mas eu vou ficar com muito medo se nós tocarmos nesse assunto.
- Terapeuta: Eu sei que parece difícil pensar sobre essas coisas, mas lembre-se de que vamos começar com aspectos mais fáceis e usar as estratégias de acalmar até que você esteja pronto para o próximo passo.
- Tony: Então eu não vou ter que fazer as coisas realmente difíceis agora? Acho que isso está bem.
- Terapeuta: Podemos usar esses cartões para anotar as ideias que tivermos. Lembra-se de quando trabalhamos para classificar o quão intensos eram seus sentimentos? Vamos usar isso e escrever também nos cartões.
- Tony: Certo, deixe-me pegar meu termômetro dos sentimentos em minha pasta.
- Terapeuta: Tony, é ótimo que você esteja usando suas ferramentas! Agora, qual seria uma situação que o deixaria um pouco nervoso?
- Tony: Provavelmente se eu apenas pensasse em um cachorro. Isso indicaria 1 em meu termômetro de sentimentos.
- Terapeuta: Como o cachorro se pareceria?
- Tony: Bem, teria que ser como um cachorro amigável, como o cachorro da minha tia – não como o cachorro do Ricky – esse seria um 6!
- Terapeuta: Certo, vamos começar com uma imagem do cachorro de sua tia. Você quer escrever ou desenhar isso em seu cartão?
- Tony: Vou escrever. (*Anota a descrição e a classificação.*)
- Terapeuta: Certo, em quais outras situações você consegue pensar?
- Nesse exemplo, o terapeuta orienta Tony a estabelecer uma hierarquia cujo objetivo é dessensibilizá-lo a estímulos relacionados a cães, o que provoca medo nele. O estímulo temido (cachorros) será associado a relaxamento. O terapeuta ajuda Tony a definir itens um pouco perturbadores em primeiro lugar, para não sobrecarregá-lo e, ao contrário do que se espera, fortalecer seu medo. Quando Tony identificou a visualização de um cachorro como seu primeiro item na hierarquia, o terapeuta questiona-o apenas para ter certeza de que o item foi posicionado com precisão. Isso faz com que Tony diferencie qual cachorro visualizará e com que identifique um item de cada vez na hierarquia. Cada item será registrado em um cartão separado. Conforme Tony avança na hierarquia, será capaz de ver como desenvolveu-se para superar seus medos observando o cordão de cartões que ele completou.
- Há dicas para a dessensibilização sistemática (Morris e Kratochwill, 1998). Quando a primeira cena é apresentada, a imagem perturbadora deve ser mantida por 5 ou 10 segundos se o paciente não relatar ansiedade inicial. Subsequentemente, os itens devem ser mantidos por 10 ou 20 segundos. O relaxamento ou outros CCAs devem persistir por, ao menos, 15 ou 20 segundos entre a introdução das cenas ou até o relaxamento ter sido alcançado. Em geral, três ou quatro cenas no máximo são introduzidas na mesma sessão.

TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS

O treino de habilidades sociais é um ponto crítico para crianças com dificuldades interpessoais: isolamento, exclusão e rejeição (Erdlen e Rickrode, 2007). O treino de habilidades sociais serve para abordar problemas como transtornos de comportamento disruptivo, ansiedade, depressão e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). Ainda que as crianças com esses transtornos apresentem diferentes comportamentos, seus déficits em habilidades sociais geralmente são categorizados em áreas de aquisição, performance ou fluência (Erdlen e Rickrode, 2007). Os terapeutas devem identificar a(s) área(s) que necessitam intervenções e construir as habilidades do paciente conforme as características dele. Beidel e Turner (2006) apontam a importância da construção de habilidades por meio da instrução, da modelagem, do ensaio comportamental, do *feedback* e do reforço positivo. A instrução é o ensinamento direto da habilidade, que é acompanhada pela lógica que explica as habilidades. A modelagem pelo terapeuta deve ser exagerada e incluir modelos apropriados e inapropriados para o paciente conhecê-los e distingui-los. A modelagem também é realizada com outras crianças, com bonecos, com a literatura e com outras formas de comunicação (Cartledge e Milburn, 1996). Beidel e Turner (2006) recomendam que grande parte do tempo de tratamento seja destinado a ensaios comportamentais e à criação de ambientes para a prática de habilidades. Ambientes coletivos são úteis nesse processo. Os *feedbacks* corretivos e o reforço positivo também ajudam no desenvolvimento de habilidades. A generalização de habilidades ocorre por meio de tarefas de casa específicas ligadas à criança (Beidel e Turner, 2006).

O treinamento de habilidades sociais é uma dificuldade social natural para pa-

cientes com TID. Em razão dos sintomas emocionais e sociais, e muitas vezes dos transtornos afetivos secundários, crianças com TID necessitam de treinamento em ambientes sociais que incluam a educação afetiva e a reestruturação cognitiva (Attwood, 2004). Attwood (2003) afirma que as crianças com TID necessitam de ajuda nos vários estágios do desenvolvimento social. Ele enfatiza a educação afetiva por meio da utilização de estratégias como comparar o rosto com informações relativas a emoções. Os terapeutas devem lançar mão de várias atividades a fim de treinar a criança a “entender o recado”, identificando possíveis significados para o mesmo sinal não verbal. Attwood (2003) dá o exemplo de uma testa enrugada como sinal de raiva, confusão ou envelhecimento. Além disso, a reestruturação cognitiva é bastante importante ao conduzir o treinamento de habilidades sociais com uma população com TID, devido a déficits sociais que levam a interpretações literais e equivocadas de estímulos sociais (Attwood, 2003).

Attwood descreve várias dificuldades que as crianças experimentam, incluindo diferenciar ações acidentais de ações deliberadas. Além disso, as crianças com TID ficam mais atentas ao ato em si e suas consequências, sem prestar atenção às circunstâncias. Attwood oferece uma abordagem criativa que visa a melhorar essas habilidades usando sinais visuais de ferramentas reais para representar técnicas de terapia. Por exemplo, um pincel representa técnicas de relaxamento, enquanto uma serra de duas mãos representa atividades sociais ou indivíduos que podem ajudar a criança a lidar com sentimentos negativos (Attwood, 2003).

A seguir, estão elencadas várias estratégias de apoio aos terapeutas no treinamento de habilidades sociais. “Fazer um Livro” é uma técnica flexível que pode ser modificada e aplicada em diferentes situações. O procedimento básico na cria-

ção de um livro é delineado e permanece o mesmo ao longo de várias situações, mas o conteúdo e o nível de complexidade variam de acordo com cada paciente. “Simulações de Mensagens Instantâneas” utilizam uma técnica comum (simulações), mas a aplicam em um contexto conhecido. Muitos jovens usam com facilidade os computadores e comunicam-se por meio deles regularmente, e isso ajuda a construir habilidades sociais de forma divertida e envolvente. O *Etch a Sketch** também é apresentado como um exercício criativo de treinamento de habilidades sociais que se adequa a ambientes de tratamento em grupo. Por último, “A Senha” é outra tarefa interativa usada de forma divertida e ativa na construção de habilidades de perspectivas. As seguintes seções delineiam essas intervenções em mais detalhes.

FAZER UM LIVRO

Idade: de 4 a 10 anos

Propósito: Treinamento de habilidades sociais

Materiais Necessários:

- Papel
- Grampeador
- Canetas/giz de cera
- Tesouras, cola e imagens de revistas

Para crianças com menos idade, criar um livro sobre uma habilidade em particular pode ser divertido, motivador e eficaz. Na atividade de Fazer um Livro, a ação de criar é parte da intervenção, e os exemplos usados podem ser especificamente moldados para a criança individualmente, de modo a torná-los mais significativos e práticos. A técnica começa com o terapeuta orientando a criança na criação do tex-

to, enquanto a criança ilustra as figuras. A redação do livro oferece um caminho para a instrução direta, enquanto o livro proporciona oportunidades para uma revisão contínua, seja na sessão, seja em casa. A criança pode ela mesma revisar o que escreveu ou fazer isso com os pais, o que refletirá na generalização das habilidades. Essa técnica envolve identificar uma habilidade específica com a qual trabalhar, tal como lidar com a provocação. A habilidade é discutida durante a sessão, e então um livro é iniciado detalhando-a. Na verdade, o terapeuta dá o início da frase, e a criança completa o restante. O exemplo seguinte ilustra a criação de um livro com uma menina de 8 anos chamada Jenna, que tem sofrido provocações na escola.

Terapeuta: Jenna, o próximo item em nossa lista é conversar sobre a provocação que tem acontecido na escola (identificando o item na agenda). Você é uma grande artista, por que não fazemos um livro sobre como resolver esse problema?

Jenna: E eu posso desenhar as figuras? Posso levá-lo para casa quando estiver pronto?

Terapeuta: Sim. Podemos escrever sobre o problema e sobre como resolvê-lo, então você pode desenhar as figuras e ler o livro para relembrar as ferramentas para tornar a convivência melhor na escola.

Jenna: Certo, mas o que a gente deve escrever?

Terapeuta: Vamos começar assim: “Todos os dias na escola vamos para o recreio. Durante o recreio, eu gosto de _____.” O que deveríamos colocar aí?

Jenna: Gosto muito de andar de balanço, caminhar por aí e algu-

* N. de T.: *Etch a Sketch* é um brinquedo vendido nos Estados Unidos que permite à criança realizar um desenho em uma tela de vidro traçando linhas retas e contínuas por meio de dois botões que giram e controlam os traços verticais e horizontais.

mas vezes de conversar com outras crianças.

Terapeuta: Ótimo, vamos escrever isso na primeira página. Agora, o que você gostaria de desenhar?

No diálogo, o terapeuta introduz a técnica “Fazer um Livro” para atender o item da agenda de lidar com a provocação e construir as habilidades sociais de Jenna. O terapeuta usa o interesse e o talento de Jenna (desenhar) para motivá-la. Ao participar da criação do livro, Jenna tem mais chances de se apropriar dele e terá mais chances de dar continuidade ao uso das técnicas fora da sessão. A seguir, há um exemplo do que poderia ser incluído ao longo dessa meta. A parte em negrito representa o que a criança preenche.

- “Todos os dias na escola vamos para o recreio. Durante o recreio, gosto de **andar de balanço, caminhar por aí e, algumas vezes, conversar com outras crianças.**”
- “Algumas vezes, quando estou no balanço, Jared e seus amigos ficam na frente.”
- “**Jared me chama de idiota ou gorda. Eu me sinto triste e irritada quando isso acontece.**”
- “Quando vejo Jared indo na minha direção, posso **levantar e ir até uma professora ou um amigo. Tonya e suas amigas geralmente são legais, então eu poderia pedir para brincar com elas.**”
- “Se isso não funcionar, direi a **Jared que me deixe em paz. Eu posso usar a ferramenta do disco quebrado e apenas falar calmamente a mesma coisa várias vezes.**”
- “Se Jared ainda estiver me incomodando, **eu posso pedir ajuda à professora.**”
- “Eu me lembrarei de **usar minhas ferramentas de acalmar no parquinho,**

para que eu possa ficar calma e lidar com as coisas.”

- “Eu não gosto de ser provocada, mas **eu me sinto melhor sabendo o que fazer quando isso acontecer.**”

Algumas crianças querem melhorar suas interações com os pares e podem se motivar a participar do treinamento de habilidades sociais. Por exemplo, uma criança ansiosa pode expressar interesse em fazer mais amigos e estar ansiosa para aprender as habilidades necessárias. Entretanto, as crianças com transtornos externalizadores, como o de oposição desafiadora, muitas vezes não têm motivação suficiente para tentar algumas estratégias de resolução de problemas de habilidades sociais, necessitando de mais intervenções terapêuticas no sentido de motivá-las. A reestruturação cognitiva pode ser benéfica, assim como o gerenciamento de contingências. O ponto crucial é identificar o porquê da relutância em usar as estratégias e, então, intervir. Ao manter a abordagem colaborativa, o terapeuta deve ser capaz de identificar a perspectiva da criança quanto à tarefa e, assim, projetar formas efetivas de motivá-la.

O seguinte diálogo mostra como identificar a evitação em um paciente de 11 anos chamado Brady:

Terapeuta: Na semana passada, concordamos que você começaria uma conversa com os meninos com quem você almoça e simulamos formas de fazer isso. Então, como foi?

Brady: Acabei não conseguindo.

Terapeuta: O que o impediu?

Brady: Foi uma semana cheia. Tive prova de ciências e um jogo de basquete; ou seja, tinha muito o que fazer.

Terapeuta: Quando você pensa sobre fazer a tarefa, como se sente?

- Brady: *(Olha para baixo e começa a ficar nervoso.)* Apenas entediado, eu acho. Parece uma tarefa estúpida. Qual é o sentido?
- Terapeuta: (Em vez de focar a questão de Brady, o terapeuta aborda a mudança de afeto.) Eu percebi que você olhou para baixo e pareceu se mexer mais em sua cadeira quando eu perguntei como se sentia.
- Brady: Puxa! Deixe isso pra lá. Por que eu ia querer perder meu tempo com sua estúpida tarefa? Aquelas crianças não gostam de mim, ninguém gosta!
- Terapeuta: Uau! Eu posso compreender por que você não ia querer começar uma conversa se seu pensamento é: “Aquelas crianças não gostam de mim, ninguém gosta”. Seria difícil conversar com alguém com esse pensamento.
- Brady: *(Se acalmando.)* É.
- Terapeuta: Qual sentimento você tem quando diz isso para si mesmo?
- Brady: Me sinto realmente sozinho e triste.

Ao explorar a evitação de Brady para a implementação das técnicas de habilidades sociais abordadas nas sessões, o terapeuta foi capaz de ajudar Brady a identificar um pensamento automático que estava interferindo. Ainda que o obstáculo inicial de Brady tenha sido uma falta de habilidades para iniciar e sustentar uma conversa, ficou claro que, mesmo as habilidades sendo ensinadas, um desafio permanecia. Ao abordar a mudança de afeto durante a sessão, o terapeuta foi capaz de ajudar Brady a perceber o pensamento automático. Nesse caso, técnicas

cognitivas podem ser aplicadas a fim de superar esse obstáculo e de aumentar as chances de conclusão da tarefa no futuro.

SIMULAÇÕES DE MENSAGENS INSTANTÂNEAS

Idade: 10 ou mais anos

Propósito: Treinamento de habilidades sociais

Materiais Necessários:

- Telefones celulares
- Tabela de Habilidades com Mensagens Instantâneas (Formulário 4.1)

Simulações são excelentes para a criança com muitos problemas praticar e dominar habilidades sociais e de fala interna. Em tempos de mensagens instantâneas, crianças com mais idade e adolescentes podem se divertir usando uma abordagem de mensagem instantânea para simular respostas e habilidades sociais. Vinhetas podem ser apresentadas para que se responda a elas de forma apropriada. O Formulário 4.1 dá exemplos úteis para serem praticados na sessão ou em casa. Os terapeutas são encorajados a adaptar vinhetas adicionais ao abordarem áreas definidas com a criança. Essa abordagem envolvente e efetiva pode ter etapas com base no nível atual de habilidade do paciente e adaptada às abordagens específicas de habilidades. Pode ser difícil interagir com alguns adolescentes, e eles podem entender as intervenções da terapia como chatas e ultrapassadas. Ao usar metáforas que incluam interesses e estilos de comunicação familiares aos adolescentes, o relacionamento torna-se mais efetivo, e o adolescente, mais motivado e dedicado à tarefa. Portanto, as interpretações serão efetivas.

A seguinte transcrição ilustra o uso da Tabela de Habilidades com Mensagens Instantâneas com uma adolescente ansiosa e cética chamada Sarina:

Terapeuta: Estivemos conversando sobre formas de responder a seus colegas de classe, e você está ficando muito boa nisso.

Sarina: Ainda sinto como se eu não soubesse o que fazer ou o que dizer.

Terapeuta: Bem, tenho um jeito divertido para você praticar. Sei que você disse que gosta de teclar *online*.

Sarina: Até demais, se você perguntar à minha mãe!

Terapeuta: Eu tenho uma Tabela de Mensagens Instantâneas que lista situações que podem surgir na escola. Quero que você pense em como poderia responder a elas, depois me mande a mensagem de volta. (*Sorri.*)

Sarina: Mas é muito mais difícil realmente fazer – nunca sei o que dizer.

Terapeuta: Esta tabela vai ajudá-la no exercício de pensar no que fazer mais rapidamente. Podemos classificar sua ansiedade antes e depois para ver se funciona.

Sarina: Tudo bem, estou em 7 agora – eu não posso acreditar que estou tão nervosa!

Terapeuta: Vamos tentar. O primeiro diz: “Você está caminhando pelo corredor da escola e um aluno novo na escola sorri para você.” Agora, escreva sua mensagem de resposta.

Sarina: (*Escreve “Como vai?” :)* ou *aceito com a cabeça.*) Veja, eu escrevi o sorriso com um *smiley* de celular. (*Ri.*)

Terapeuta: Eu percebi que você está sorrindo e brincando. Como está sua ansiedade?

Sarina: Baixou para 3. Não foi tão ruim como havia pensado.

Terapeuta: Certo, vamos analisar o próximo.

No exemplo, Sarina já havia treinado habilidades sociais básicas. Quando chega a hora de praticá-las, o terapeuta escolhe uma abordagem criativa para manter Sarina interessada e motivada. Quando Sarina expressa ansiedade, o terapeuta indica a técnica, expressando confiança no fato de que Sarina é capaz de concluir a tarefa. A classificação de sentimentos é usada para coletar dados sobre como Sarina se sente antes e depois da técnica.

Após o paciente ter praticado respostas sociais com a abordagem de Mensagens Instantâneas, ele estará mais bem preparado para utilizar as habilidades em situações reais. Portanto, a tabela e a interpretação durante a sessão oferecem um avanço no desenvolvimento e na aplicação de habilidades. Ao recorrer a exemplos da vida dos jovens, o terapeuta motiva a generalização para o cotidiano. O jovem pode tentar respostas sociais ensaiadas e, então, relatar como as tentativas ocorreram. O reforço e o *feedback* podem ser planejados pelo terapeuta.

ETCH A SKETCH

Idade: de 6 a 18 anos

Propósito: Ensinar habilidades sociais

Materiais Necessários:

- Um brinquedo *Etch a Sketch*
- Desenhos a serem copiados

O brinquedo infantil *Etch a Sketch* se encaixa muito bem no treinamento de habilidades sociais. Ginsburg, Grover, Cord e Ialongo (2006) aplicaram a tarefa com o objetivo de estudar o sobrecontrole e a

crítica nas díades pais-criança. Entretanto, o brinquedo também é facilmente aplicado a amigos. A tarefa é estruturada de modo que seja um exercício cooperativo que requer trabalho em equipe para que se obtenha sucesso. Assim como Ginsburg e colaboradores (2006) recomendaram, duas crianças recebem um brinquedo *Etch a Sketch* e são instruídas a copiar desenhos. Uma delas controla o botão da esquerda, enquanto a outra controla o botão da direita. Assim, o sucesso é obtido apenas por meio de trabalho coletivo. Um limite de tempo e um componente de avaliação podem ser acrescentados para intensificar a ansiedade.

O terapeuta processa a tarefa com os membros da equipe e proporciona um *feedback* positivo para o comportamento apropriado (por exemplo: “Muito bem. Os dois estão trabalhando juntos.”), ajudando-os a monitorar pensamentos, sentimentos e comportamentos problemáticos (“O que está dando errado aqui? Como vocês estão se sentindo? O que está passando por suas cabeças quando vocês não estão trabalhando juntos?”). Além disso, o terapeuta estimula a flexibilidade comportamental (por exemplo: “Vamos ver o que os dois podem fazer. E se vocês alternarem a vez de cada um para definir as diretrizes?”) e corrige comportamentos inapropriados. Por fim, o terapeuta ajuda os pacientes a memorizarem a experiência redigindo um resumo (por exemplo: “Escrevam em um cartão o que vocês aprenderam com isso.”).

A seguinte transcrição exemplifica o procedimento com dois irmãos chamados Ethan e Malea, que disputam o controle do brinquedo:

Terapeuta: A próxima atividade é para Ethan e Malea fazerem juntos. Eis um *Etch a Sketch*: quero que vocês trabalhem

juntos para fazer esta forma. (*Mostra-a aos irmãos.*) Mas há uma regra: cada um só pode controlar um botão.

Ethan: Isso vai ser fácil.

Malea: É, é fácil.

Terapeuta: Então podem tentar.

(*Eles começam a tarefa. Ethan fica frustrado e começa a usar o botão de Malea.*)

Ethan: Gire assim! Aqui, eu vou lhe mostrar!

Malea: Tire suas mãos daqui!

Terapeuta: Certo, parem. Ethan, o que está passando por sua cabeça?

Ethan: Ela é idiota e ignorante. Tenho que fazer as coisas por ela.

Malea: Não sou idiota. Você é! Vou bater em você se fizer isso de novo!

Terapeuta: Muito bem, fiquem calmos. Vejo o quão difícil é para vocês trabalharem juntos. Como podem terminar isso sem brigarem?

Ethan: Ela precisa fazer o que eu digo!

Malea: Por quê? Quem morreu e fez de você o chefe?

Ethan: Cale a boca, sua peste.

Terapeuta: Vamos tentar algo diferente. Do que vocês precisam para trabalhar juntos?

Ethan: (*Pausa.*) Talvez nós pudéssemos dizer um ao outro em que direção estamos indo.

Malea: E pare de me ofender!

Terapeuta: Já parece um plano.

Malea e Ethan começam a conversar durante a atividade e realizam a tarefa de forma cooperativa. Conforme demonstrado, a atividade revelou pensamentos, sentimentos e comportamentos associados com as brigas pelo controle. A

tarefa experimental facilitou comportamentos produtivos, como a comunicação e o diálogo de perspectivas, o que levou ao sucesso.

A SENHA

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Treinamento de habilidades sociais

Materiais Necessários:

- Tabuleiro do jogo “A Senha”
- Cartões
- Lápis ou caneta

“A Senha” é um jogo de tabuleiro que atenua o egocentrismo. “A Senha” requer que um membro da equipe dê uma pista de uma palavra para que o colega possa adivinhá-la. Palavras podem ser selecionadas para corresponder aos níveis de vocabulário infantil. Para serem bem-sucedidos, os jogadores precisam ser habilidosos na compreensão das perspectivas alheias. Aqueles que indicam sinais desconexos ou pistas baseadas em lógicas idiossincráticas não se saem bem. Por esse motivo, aplica-se, em geral, essa atividade com crianças com diagnósticos do espectro autista de alta funcionalidade.

Cada rodada deve ser registrada, e os jogadores podem receber *feedbacks* positivos sobre suas performances. O *feedback* pode ser registrado nos cartões (por exemplo: “Tente ver as coisas como a mãe vê”). O *feedback* construtivo pode ser dado pelo parceiro (“Eu não entendi quando você disse ‘Guerreiro banana’”. Talvez você possa usar uma palavra que nós dois conhecemos”). O parceiro também pode modelar o diálogo produtivo em perspectiva (“Eu tentei lhe enviar pistas que você saberia. Pensei em seus interesses por *Battlestar Galactica* e usei a palavra *Cylon* para ver se você diria ‘robô’”).

AGENDAMENTO DE ATIVIDADES PRAZEROSAS

O agendamento de atividades prazerosas (PAS) envolve atividades positivas ao longo da semana, com o objetivo de reforçar a vida da criança, ao mesmo tempo em que ela participa de atividades prazerosas (A. T. Beck et al., 1979; Greenberger e Padesky, 1995). Os jovens são solicitados a classificarem seus humores antes e depois da atividade a fim de destacar a evolução. O PAS atenua a depressão e aumenta a motivação devido à atividade com que, de outra forma, a criança não se envolveria. Proporciona ainda uma recompensa pelo engajamento em tarefas, o que é útil quando há uma falta de motivação interna.

Jovens depressivos muitas vezes têm dificuldades de gerar ideias para o PAS por conta própria; jovens com raiva ou ansiosos também podem resistir a fazê-lo. Ao desenvolver listas de opções, os jovens têm um ponto de partida, em vez de pensarem em algo novo. Há, a seguir, algumas formas criativas de desenvolver listas de atividades e engajar os jovens no agendamento e na conclusão das atividades.

MINHA PLAYLIST DE EVENTOS PRAZEROSOS

Idade: 10 ou mais anos

Propósito: Aumentar o humor positivo, proporcionar reforço

Materiais Necessários:

- Playlist de iPod para o Agendamento de Atividades (Formulário 4.2)

ou

- Papel e lápis

Escutar música é um passatempo comum entre adolescentes, e criar listas de atividades no formato de *playlist* do iPod pode ser envolvente e divertido. Jovens criativos podem até desejar fazer títulos de músicas que reflitam as atividades a serem

realizadas. Essa metáfora de *playlist* ajuda o terapeuta a estabelecer vínculos com o adolescente e permite aos adolescentes aplicarem intervenções em uma linguagem por eles conhecida. Para crianças e adolescentes ansiosos, a familiaridade amplia a descontração com as tarefas da intervenção e, conseqüentemente, aumenta o envolvimento. Além disso, listar os eventos na *playlist* auxilia a organização e a compreensão da tarefa. A Figura 4.2 apresenta exemplos de *playlists*, e o Formulário 4.2 pode ser usado como uma tabela na qual o jovem desenvolve sua *playlist*. A seguinte transcrição é um exemplo do agendamento de atividades com o Formulário 4.2:

Terapeuta: Você escuta muita música?

Nicholas: Adoro música. Levo meu iPod para toda parte – no carro, no ônibus e até na sala de espera. (Sorri.)

Terapeuta: Quais são suas músicas favoritas? (*Dedica alguns momentos com Nicholas discutindo suas músicas favoritas.*)

Terapeuta: E se você fizesse uma *playlist* de atividades em vez de músicas?

Nicholas: Como assim?

Terapeuta: Bem, parece que ouvir música faz você se sentir bem. Mas talvez haja outras coisas que o ajudariam com sua depressão que nós deveríamos listar. Então você experimentaria fazer essas atividades para ver se elas mudam seu humor de alguma maneira.

Nicholas: (*Brinca e sorri.*) Entendi: outro de seus “experimentos”.

Terapeuta: Você está realmente pegando o jeito nisto! Lembre-se de quando nós conversamos sobre a conexão entre senti-



FIGURA 4.2

Exemplo de uma *Playlist* de iPod para o Agendamento de Atividades Completada.

mentos, ações, pensamentos e o corpo? (*Nicholas assente.*) Bem, vamos focar as ações e como elas refletem-se em seus sentimentos.

Nicholas: Então isso vai me ajudar a não me sentir tão deprimido?

Terapeuta: Esse é o objetivo. Vamos ter que prestar atenção à intensidade de seus sentimentos para ver o que mais ajuda a mudá-los. Então, listaremos atividades que você pode experimentar fazer quando estiver sozinho.

Nicholas: Bem, gosto de escutar música, desde que não seja nada muito deprimente. Ler livros de ficção científica às vezes me faz esquecer do que está me deixando para baixo. Também programas humorísticos geralmente me fazem rir.

Terapeuta: Ótimo, vamos colocá-los na *playlist*. Agora precisamos decidir quando você escolherá alguma coisa da lista.

Nessa transcrição, o terapeuta demonstra um genuíno interesse pelo gosto musical de Nicholas. Ao prestar atenção ao que é importante para o paciente, o terapeuta é capaz de interagir com ele e planejar intervenções significativas. Nicholas pode então consultar a *playlist* para ideias de ativação comportamental, e itens podem ser acrescentados ou removidos conforme necessário. Por exemplo, se a taxa de sentimento indica que um item em particular é consistentemente ineficaz para mudar seu humor, Nicholas pode decidir removê-lo de sua lista.

SACO DE ATIVIDADES

Idade: 6 ou mais anos

Propósito: Aumentar o humor positivo e o reforço

Materiais Necessários:

- Saco de papel
- Cartões ou pequenos pedaços de papel
- Canetas ou lápis coloridos
- Revistas, tesouras e cola

Para crianças mais jovens, um saco com figuras de atividades é, muitas vezes, divertido e útil, o qual envolve as crianças listarem atividades que talvez sejam divertidas. Cada item é escrito ou desenhado em um cartão. Alternativamente, a criança recorta figuras de revistas e cola-as em cartões individuais, os quais são colocados em um pequeno saco decorado pela criança. Ela é instruída a pegar um item ou cartão do saco e classificar os resultados no formato tradicional de agendamento de atividades prazerosas. Há um espaço no verso de cada cartão para registrar a data e a classificação do evento. Desse modo, os cartões podem ser revisados com a finalidade de determinar a utilidade de cada atividade na melhoria do humor da criança. A Figura 4.3 dá exemplos de cartões a serem criados e colocados no saco de atividades.

JOGO DE PREVISÕES

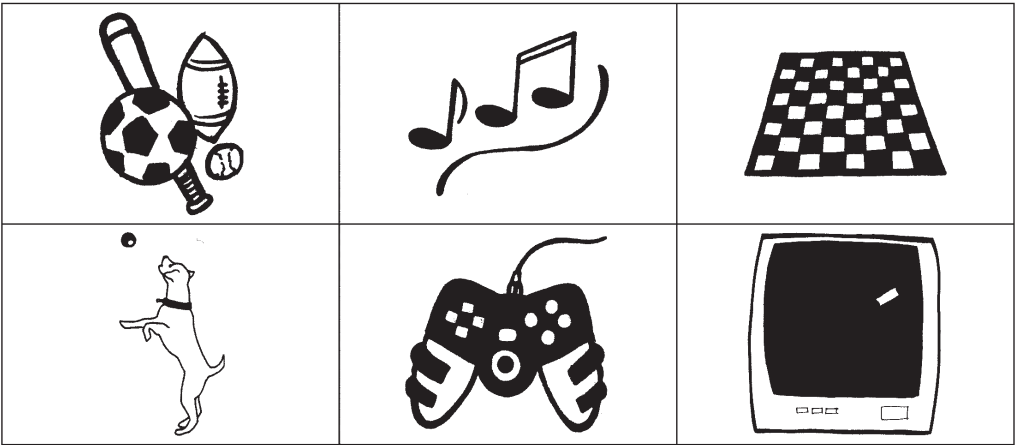
Idade: 6 ou mais anos

Propósito: Agendamento e classificação de atividades prazerosas

Materiais Necessários:

- Tabela do Jogo de previsões (Formulário 4.3)

Métodos visuais para registrar e classificar atividades prazerosas são muitas vezes necessários e uma sequência natural do agendamento de atividades (J. S. Beck, 1995; Persons, 1989). Assim como discutido em Friedberg e McClure (2002), as crianças fazem previsões imprecisas de vários tipos. Jovens depressivos, muitas vezes, subestimam o quanto vão divertir-se, enquanto crianças ansiosas superes-



Verso dos cartões do saco:

Data: _____	Classificação: _____
Data: _____	Classificação: _____
Data: _____	Classificação: _____
Data: _____	Classificação: _____
Data: _____	Classificação: _____

FIGURA 4.3
Itens do saco para agendamento de atividades prazerosas.

timam o estresse previsto. Entretanto, uma vez o acontecimento terminado, os pacientes raramente refletem sobre suas previsões e, assim, não as avaliam com isenção. Como resultado disso, não aprendem a partir de suas previsões imprecisas e continuam a cometer os mesmos erros. Ao ajudar as crianças a examinarem suas previsões e os resultados com mais cautela, bem como a procurarem por padrões na precisão de suas previsões, forma-se o cenário para futuras técnicas cognitivas. Os jovens são estimulados a, enfim, avaliar as evidências decorrentes de seus pensamentos. Estabelecer previsões visualmente permite aos pacientes acompanharem as suas previsões facilmente, bem como proporciona um registro escrito para futuras referências.

O “Jogo de Previsões” proporciona um modelo para o agendamento e para a classificação de atividades prazerosas

de uma maneira divertida e envolvente. Para crianças que algumas vezes estão relutantes na atividade, “agendar atividades prazerosas” talvez seja o primeiro item na “Tabela do Jogo de Previsões”. Na última coluna da esquerda, as crianças desenhavam ou escrevem o evento ou a atividade (por exemplo, festa de aniversário, aulas de natação, jogos de tabuleiro). As crianças indicam o nível de diversão que acham que terão ao longo do evento na coluna do meio. Após ocorrido o evento, as crianças indicam o nível de diversão que realmente experimentaram. Essa tabela registra visualmente os sentimentos previstos e os reais, o que influenciará futuras previsões e fará crescer a disposição a se engajarem em atividades.

O “Jogo de Previsões” também é importante para completar uma dessensibilização sistemática. Em lugar de classificar atividades prazerosas, as crianças classifi-

cam a ansiedade a respeito de vários itens na hierarquia do medo. Após a exposição, registram o nível de ansiedade: assim que a classificação diminui, a criança concluiu aquele item e está pronta para seguir na hierarquia.

A seguir está um exemplo de Tina, de 10 anos, pessimista sobre o que estava por vir. O terapeuta introduz o “Jogo de Previsões” para ajudar a testar suas previsões sobre os eventos agendados.

Tina: Não quero fazer nada. Sei que será entediante e não estou com vontade.

Terapeuta: Parece que sequer está interessada em fazer as coisas que costumavam ser divertidas para você.

Tina: Costumava ser interessante ir à aula de dança, mas agora não estou com vontade. E minha prima e eu costumávamos brincar de *American Idol* o tempo todo, mas agora nem quero ir a seu aniversário nes-

ta semana. Sei que não vou me divertir.

Terapeuta: Parece que você já fez algumas previsões de como as coisas vão acontecer.

Tina: Sim. Nada bom!

Terapeuta: Gostaria de jogar? Você faz uma previsão de como alguma coisa vai acontecer e então testa e confere se sua previsão estava certa.

Tina: Bem, eu acho que tudo bem. Minha mãe diz que eu vou ter que ir à festa da minha prima de qualquer jeito, então eu não tenho realmente uma escolha!

Terapeuta: Então, qual é sua previsão? De 1-10, o quanto de diversão você acha que terá na festa?

Tina: Talvez um 2. (*Preenche a tabela – ver Figura 4.4.*)

Terapeuta: Certo. Após a festa, você acha que pode definir o quanto divertido foi?

Tina: Claro, parece fácil.

O JOGO DE PREVISÕES

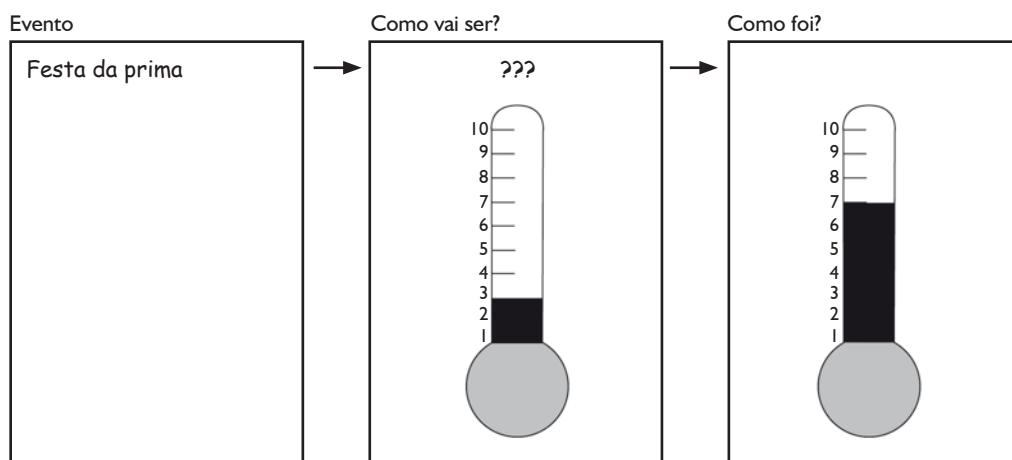


FIGURA 4.4

Tabela do Jogo de Previsões de Tina.

O “Jogo de Previsões” levará Tina a testar sua previsão, enquanto registrará suas previsões e os resultados delas. Esses dados podem ser usados para identificar padrões na subestimação de resultados positivos ou na superestimação de resultados negativos.

REVERSÃO DO HÁBITO

Comportamentos repetitivos, como tiques ou hábitos nervosos, levam a problemas sociais e físicos (Miltenberger, Fuqua e Woods, 1998). Uma criança lidando com essas questões torna-se emocionalmente perturbada e insegura. Os pacientes ficam cada vez mais atentos à aparência dos comportamentos, e os comportamentos em si podem distraí-los na escola ou interferir em atividades sociais ou extracurriculares. Por esses motivos, intervenções comportamentais, muitas vezes, são usadas para reduzir a frequência de tiques em indivíduos com transtornos, compulsões ou outros comportamentos repetitivos (por exemplo, tricotilomania, gagueira, o ato de roer unhas e outros hábitos nervosos, comportamentos autoestimulatórios que ocorrem com os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – TID). A reversão do hábito tem sido demonstrada como um tratamento efetivo para tiques, gagueira e hábitos nervosos (Woods e Miltenberger, 1995).

A reversão do hábito envolve fazer com que o indivíduo pratique as ações que são “reversas” ou opostas ao hábito (Azrin e Nunn, 1973). Portanto, alguém que está repetitivamente roendo suas unhas pode ser instruído a segurar um objeto em vez de roer as unhas. Além de impor um comportamento “reverso”, Azrin e Nunn recomendam vários outros passos no tratamento da reversão do hábito. Especificamente, os pacientes foram instruídos a registrar a frequência dos hábitos. Conscientizar os pacientes acerca

disso é um passo importante no tratamento e envolve fazer com que os pacientes observem a si mesmos em um espelho e deem descrições detalhadas do hábito. Azrin e Nunn também recomendam ensinar os pacientes a identificar sinais iniciais do hábito.

Uma vez ciente de que o comportamento está ocorrendo, o paciente é instruído a lutar contra ele; porém, esse é um comportamento que não pode ser realizado simultaneamente ao hábito por ser feito em seu lugar. Ao praticar o enfrentamento em terapia ou em frente a um espelho, a criança pode se acostumar mais com ele; por exemplo, se demonstra repetidamente limpar a garganta, exercícios de respiração profunda e ingestão de água são indicados. Se o comportamento intensificar-se com certos estressores, as estratégias de relaxamento revisadas anteriormente são úteis para o gerenciamento do estresse. Por último, o reforço positivo deve ser demonstrado para esforços e sucessos dos pacientes (Azrin e Nunn, 1979). Sinais verbais e visuais indicando o uso da técnica podem ser apresentados, e reforços diferenciais do comportamento alternativo podem ser indicados, verbalmente ou por meio de gerenciamento de contingência, se necessário. Continuar avaliando a frequência ou a duração do hábito é útil para o automonitoramento e para o acompanhamento do progresso. Um gráfico ilustraria mudanças na frequência do hábito e motivaria ainda mais o paciente.

Stemberger, McCombs-Thomas, MacGlashan e Mansueto (2000) recomendam algumas intervenções comportamentais simples no enfrentamento dos comportamentos de hábito e tiques. Muitas estratégias também podem ser usadas com comportamentos de preservação e autoestimulação experimentados por pacientes com transtornos do espectro autista. Parar de puxar o cabelo ou de colocar os dedos na boca, bandagens de dedos ou lu-

vas de borracha podem ser usadas. Fechar os punhos, apertar uma bola ou outro brinquedo pode ser útil para ocupar mãos e dedos. Molhar e escovar os cabelos ou brincar com o fio dental, linhas de fio, brincar com uma bola de tênis ou qualquer objeto que se assemelhe a cabelo são enfrentamentos. Beber água ou respirar profundamente podem competir com ruídos vocais e tiques (Miltenberger, Fuqua e Woods, 1998; Woods e Miltenberger, 1995). Woods e Luiselli (2007) sugerem afirmações lentas e suaves como uma resposta contra tiques vocais. Além disso, usam piscadas rítmicas e controladas de dois em dois segundos para tratar tiques musculares dos olhos. Exercícios de alongamento do pescoço podem também lutar contra sacolejos de cabeça.

Mansueto, Golomb, Thomas e Stemberger (1999) oferecem muitas estratégias comportamentais específicas para tratar tricotilomania. Eles recomendam pôr perfumes nos pulsos e nos dedos, além de um protetor elástico de cotovelo para aumentar a percepção sensorial e motora. Usar óculos, prender o cabelo para trás, pintar o cabelo e manter as unhas dos dedos bem cortadas facilita a prevenção de resposta. Mansueto e colaboradores também sugerem um treinamento de enfrentamento com o fechar dos punhos; apertar massa de modelar, amassar almofadas antiestresse ou bolsas de silicone; tricotar; fazer artesanato e bordado. Se o reforço for ganho a partir de estimulação sensorial, escovar a área ou esfregá-la com uma esponja pode ser útil. Se o paciente morde ou come o cabelo, Mansueto e colaboradores empregaram “comidas crocantes” como cereais, cenouras ou doces com texturas carnosas.

DE VOLTA!

Idade: de 6 a 10 anos

Propósito: Reversão de hábito

Materiais Necessários:

- Mapa “De Volta!”
- Canetas, giz de cera ou lápis
- Pequeno carro de brinquedo ou papel

A técnica “De Volta” emprega a metáfora de um carro andando em uma estrada para ajudar a criança a compreender o propósito da reversão do hábito. Com um mapa como o da Figura 4.5, o terapeuta explica para a criança que, se alguma pessoa estava dirigindo e passar da entrada que deveria tomar, o motorista poderia retornar de ré até que possa seguir a rota correta. A estrada principal representa o uso do hábito. A técnica da terapia ajuda a criança a voltar e tomar o “caminho certo”. Ela desenharia um carro ou um caminhão para recortá-lo e empurrá-lo pela estrada. Um pequeno carro de brinquedo também serve bem e é divertido. Ao longo da estrada há sinais, e a criança é instruída a redigir estratégias de *coping* como técnicas de relaxamento, respostas de enfrentamento e afirmações autoinstrutivas que possam ajudá-la a reverter o hábito. O “destino” é a eliminação ou a atenuação do hábito, com o objetivo específico preenchido pela criança. O carro é parado em várias interseções pelo caminho, representando estressores e gatilhos para o hábito. A criança, sendo assim, pratica as habilidades de intervenção e continua no caminho desejado.

HABILIDADES COMPORTAMENTAIS DE TOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO

Habilidades comportamentais de tolerância à frustração auxiliam crianças e adolescentes a aceitarem e administrarem instabilidades emocionais. Intolerância emocional contribui para a impulsividade, a vulnerabilidade e uma autorregulação inconsistente (Corstorphine, Mountford,

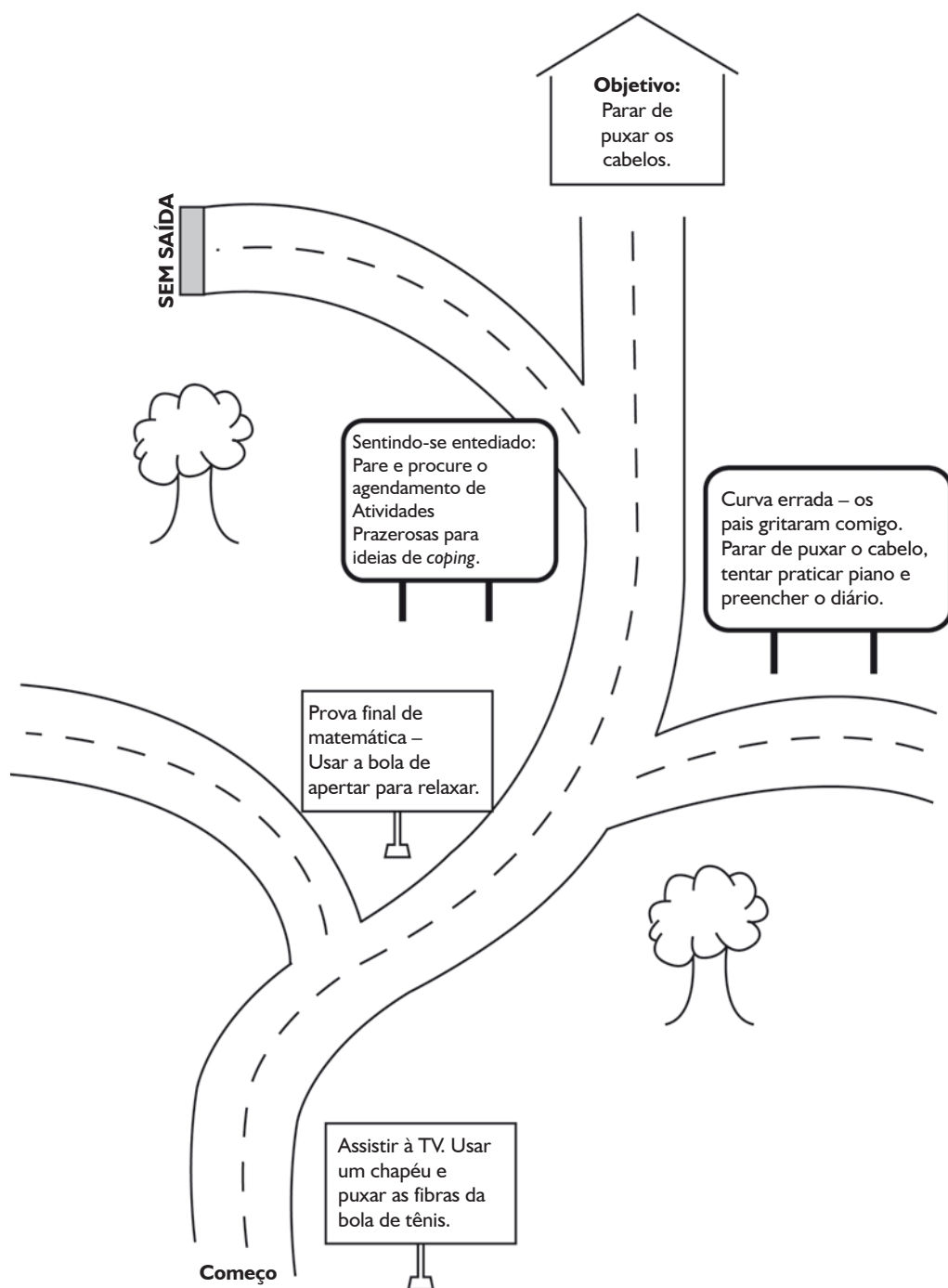


FIGURA 4.5

Exemplo de um mapa de volta.

Tomlinson, Waller e Meyer, 2007). Linehan (1993a, 1993b) foi pioneira na orientação aos pacientes de meios para alterar suas estruturas emocionais, comportamentais e sensoriais por meio de várias técnicas. Linehan (1993a) define a *tolerância à frustração* como sendo a capacidade de aceitar e suportar sentimentos negativos de modo que resoluções produtivas de problemas possam ocorrer. Enquanto as habilidades de tolerância à frustração são úteis para muitos pacientes, são mais úteis ainda para crianças com TID que têm sensibilidades sensoriais perturbadoras. Além disso, transtornos alimentares são caracterizados por baixa tolerância ao estresse (Corstorphine et al., 2007).

A ideia básica é desenvolver experiências sensoriais de enfrentamento às perturbações dos pacientes. Os itens são colocados em um kit, como as técnicas de acalmar descritas anteriormente. Sze e Wood (2007) também sugerem o uso de habilidades de *coping* armazenadas em uma “caixa museu” para uma criança com síndrome de Asperger. Caixas e kits podem ser decorados com desenhos, adesivos, miçangas e bijouterias. A Figura 4.6 lista habilidades extraídas do trabalho de Linehan, além de outras de nossa própria experiência clínica.

CONTRATO DE CONTINGÊNCIA

O gerenciamento de contingências é o estabelecimento de um acordo relativo a recompensas e consequências a serem aplicadas em resposta a comportamentos específicos. O gerenciamento de contingências é benéfico para ampliar e moldar comportamentos desejados (Kazdin, 2001). O acordo envolve incentivos (reforços) para intensificar a motivação e a estrutura na manutenção dos objetivos, seja para a criança, seja para o cuidador. Um primeiro passo no gerenciamento de contingências é estabelecer um objetivo específico e realista (Barkley, 1997; Shapiro, Friedberg e Bardenstein, 2005). Uma vez que o objetivo tenha sido estabelecido, ele é dividido em etapas ou períodos de tempo. Por exemplo, se o objetivo comportamental é aumentar a realização independente da rotina de ficar pronto para a escola, o contrato definiria cada etapa da rotina da criança e proporcionaria reforços para sua conclusão. Se o objetivo comportamental da criança é evitar a agressão, então o dia pode ser dividido em períodos de tempo, sendo ela recompensada por exibir comportamentos não agressivos durante cada um desses períodos.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Pintar as unhas das mãos/dos pés• Escutar suas músicas favoritas• Passar creme para as mãos• Soprar bolhas• Usar um leque• Passar o perfume ou água de colônia favorita• Chupar um limão ou laranja• Mascar um chiclete saboroso• Tomar um banho de espuma• Brincar com um gato/cachorro | <ul style="list-style-type: none">• Segurar um gelo• Escovar ou trançar os cabelos• Esfregar seda, pelos, fitas ou o tecido favorito• Colocar compressas frias na testa• Cheirar uma vela aromática• Cheirar especiarias (alho, canela)• Chupar uma bala de sabor bem forte• Montar quebra-cabeças• Massagear o couro cabeludo.• Apertar um brinquedo ou uma bola |
|---|--|

FIGURA 4.6

Exemplos de habilidades de tolerância à frustração.

Além da identificação de comportamentos específicos, as consequências de concluí-los ou não devem ser claramente definidas (Spiegler e Guevremont, 1998). Isso se refere não apenas ao que o comportamento é, mas também a quando e com que frequência ocorrerá e quem será responsável por seus vários aspectos (Spiegler e Guevremont, 1998). Por exemplo, um objetivo de melhorar a aceitação de escovar os dentes pode ser “se Joey escovar os dentes até 10 minutos depois de tomar o café da manhã de segunda a sexta-feira, sua mãe vai levá-lo à locadora, onde vai retirar um jogo para o final de semana”. Esse exemplo define com clareza o comportamento-alvo (escovar os dentes), quando ele ocorre (até 10 minutos depois de tomar o café da manhã), as responsabilidades dos vários participantes (a mãe vai levá-lo à locadora; Joey vai escolher o jogo), e a consequência/recompensa (locar um jogo para o final de semana).

Spiegler e Guevremont (1998) apontam os vários benefícios dos acordos de contingência: especificamente, diminuem os conflitos ao identificar as expectativas. Fazer com que as famílias assumam um papel ativo no desenvolvimento de acordos faz crescer seu comprometimento com o plano. Além disso, beneficiam o relacionamento entre os pais e a criança ao encorajar interações positivas e cooperação. Além disso, os acordos ajudam os pais a dar continuidade às consequências para comportamentos desejados e indesejados, fazendo diminuir as várias advertências (o contrato deve especificar “realizar a tarefa na primeira vez em que se faz o pedido à criança”).

QUEBRA-CABEÇAS

Idade: de 4 a 10 anos

Propósito: Tornar os contratos de contingência significativos

Materiais Necessários:

- Cartolina ou papel duro
- Velcro
- Tesouras ou estilete
- Canetas hidrocores
- Peças de quebra-cabeças

O “Quebra-Cabeças” oferece intervenções visuais e táticas como apoio aos acordos de contingência, tornando-os mais significativos até para as crianças com menos idade. Nessa abordagem, a criança compreende melhor o objetivo e as recompensas não disponíveis de imediato. O maior desafio para um plano de gerenciamento de contingências bem-sucedido geralmente é torná-lo concreto e imediato o suficiente para que a criança assimile a sistemática e seja motivada por ele.

O “Quebra-Cabeças” é um recurso visual imediato para reforçar a criança, enquanto ainda se trabalha em direção à recompensa a longo prazo. Com a abordagem do “Quebra-Cabeças”, uma recompensa ou um símbolo genérico para ela é criado e recortado em pedaços. O velcro pode ser colocado no verso das peças e em um pedaço de cartolina usado para montar o quebra-cabeças. A criança recebe tanto uma peça do quebra-cabeças por comportamentos previamente determinados como a recompensa estipulada quando o quebra-cabeças estiver completo. Os comportamentos desejados são colocados no verso das peças, e, quando o quebra-cabeças for completado, a criança revisa as peças a fim de saber quais comportamentos foram reforçados. Por exemplo, “louça lavada”, “cachorro alimentado”, “banho tomado na primeira vez em que foi mandado” e “limpeza da mesa” podem ser escritos nos versos das peças. Quando cada item for completado, a criança acrescenta a peça ao quebra-cabeças. Para quem gosta de agir por uma surpresa, os pais podem criar eles mesmos o quebra-cabeças. Logo, conforme a criança ganha

as peças, ela tenta adivinhar qual será a recompensa.

Considere o exemplo de Jeni, de 6 anos, que tinha dificuldades com sua rotina antes de dormir. Sua mãe relatava que era necessário repetir à Jeni muitas vezes cada ordem (por exemplo, trocar de roupas, lavar o rosto, escovar os dentes), e Jeni, ainda assim, se recusava ou ignorava sua mãe. Um acordo de contingência foi estabelecido com o objetivo de deixar Jeni mais à vontade com sua rotina noturna. As etapas específicas para isso foram delineadas. Jeni amava animais; logo, visitas a uma *pet shop* eram muito gratificantes para ela. Um quebra-cabeças de um urso foi feito (Figura 4.7), cada peça representando uma etapa na rotina noturna. Para conquistar cada peça do quebra-cabeças, Jeni tinha que completar o passo com não

mais do que uma solicitação. Uma vez que o quebra-cabeças foi concluído, a mãe de Jeni a levou à loja para uma visita. Após duas semanas, Jeni estava demonstrando desenvoltura com a rotina antes de dormir. Portanto, o sistema foi modificado, e Jeni começou a ganhar uma peça para cada noite em que realizasse toda a rotina de dormir. O quebra-cabeças tinha cinco peças; assim, se ela completasse a semana, teria direito a uma visita no final de semana.

Reforço

O reforço positivo visando a um comportamento é uma das intervenções mais efetivas; ou seja, é um “primeiro passo” no treinamento dos pais (Barkley

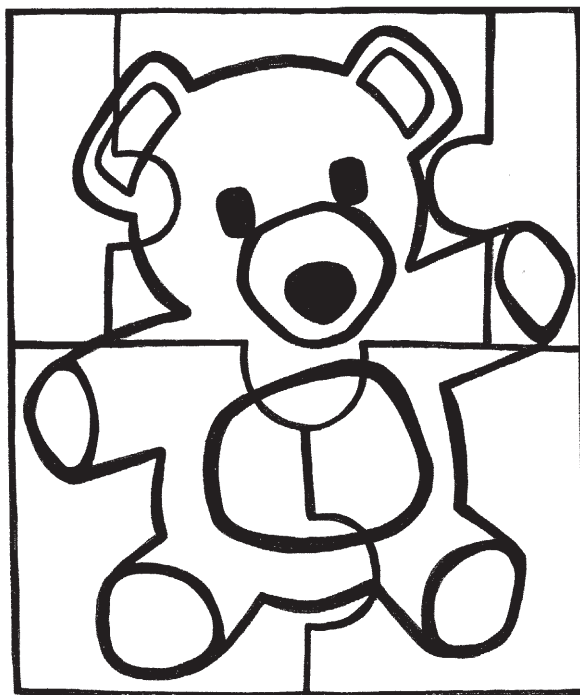


FIGURA 4.7

Quebra-Cabeças: “o urso”, um exemplo de gerenciamento de contingências.

et al., 1999; Becker, 1971; Forehand e McMahon, 1981). O reforço positivo envolve uma consequência positiva para um comportamento, de modo a aumentar a frequência desse comportamento. O reforço pode ser algo tangível, como adesivos ou marcadores usados nos programas de gerenciamento de contingências; pode ser um privilégio, como permitir que a criança fique acordada por mais 15 minutos após a conclusão rápida e tranquila das atividades noturnas. Elogios dos cuidadores também são poderosos reforços, considerando-se que, se o elogio especifica o comportamento desejado, também remete a comportamentos apropriados (por exemplo, “eu gosto do modo como você está apertando sua bola de acalmar e respirando profundamente para controlar seus sentimentos”).

Os comportamentos almejados também são modificados pelo reforço negativo, o qual age removendo algo indesejável ou aversivo cada vez que o comportamento em questão ocorre, com o objetivo de aumentar sua frequência. Por exemplo, uma criança pode receber reforço por sentar à mesa adequadamente durante o jantar, sendo dispensada, então, de lavar a louça. O reforço negativo é a dispensa da temível tarefa de limpeza da cozinha. O ponto mais importante a ser recordado sobre o reforço positivo e o negativo é que ambos motivam o comportamento desejado.

Os termos reforço positivo e negativo podem ser confusos para os cuidadores. Símbolos de mais e menos (+ e -) são sinais úteis para indicar se o reforço consiste em acrescentar algo desejável (+, reforço positivo) ou eliminar algo negativo (-, reforço negativo). Esse aspecto pode ser abordado com os pais do modo como é definido na seguinte transcrição com a Sra. Jones:

Terapeuta: Estamos de acordo sobre o objetivo de aumentar a acei-

tação de Steven com as instruções na primeira vez em que são ditas. Vamos usar o reforço para aumentar as vezes em que Steven executa as instruções na primeira vez em que elas são dadas.

Sra. Jones: (*Sorri.*) Sim, isso parece ótimo! Espero que funcione.

Terapeuta: Bem, uma coisa que está clara para mim, depois de assistir a você e a Steven juntos, é que vocês se amam muito. Vejo o quanto você se importa com ele, e o quanto ele presta atenção em como você responde a ele. Queremos usar esse amor para melhorar o comportamento de seu filho.

Sra. Jones: Mas como?

Terapeuta: Bem, para começar, existem coisas muito importantes para Steven, e vamos “dar a ele” essas coisas quando seguir as instruções na primeira vez (reforço positivo). Então, sabemos que sua atenção é muito importante para Steven. Você vai sorrir, acariciá-lo e dizer os elogios que conversamos antes sempre que ele seguir as instruções da primeira vez.

Sra. Jones: Do tipo “Eu gosto quando você faz o que digo na primeira vez em que falo”?

Terapeuta: Exatamente! Você está pegando a ideia! Bom trabalho.

Sra. Jones: Obrigada. Mas acho que ele gosta do computador mais do que dos meus sorrisos!

Terapeuta: Também “daremos” a ele acesso ao computador. Então terá chances de ter tempo no computador e elogios de você. Também podemos excluir coisas de que ele não gosta, e isso será uma recompensa;

portanto, vai ajudá-lo a seguir com mais frequência as instruções.

Sra. Jones: Bem, ele definitivamente não gosta de esvaziar o lixo.

Terapeuta: Ótimo exemplo. Se ele atingir um certo objetivo de seguir instruções na primeira vez, pode “ganhar” não ter que levar o lixo para fora. Basicamente, você excluirá alguma coisa de que ele não goste para recompensá-lo por seguir as instruções na primeira vez.

Sra. Jones: Ah, entendi!

Terapeuta: Certo, agora vamos falar sobre as especificidades do plano.

Nesse exemplo, o terapeuta orienta a Sra. Jones sobre reforços por meio da instrução direta, exemplos específicos e modelagem. O terapeuta inclui a Sra. Jones na discussão a fim de ampliar sua atenção à informação, de verificar sua compreensão e de obter exemplos significativos do cotidiano da família.

Prevenindo a saciedade do estímulo

Ao conversar com os pais sobre a implementação de um plano de gerenciamento de contingências, as famílias muitas vezes respondem: “Essas coisas funcionam no início, mas sempre parecem parar de funcionar após algumas semanas”. Um dos motivos mais comuns para essa ocorrência de sucesso inicial seguido de uma regressão é a saciedade do estímulo, que ocorre quando o reforço perde seu valor para a criança, geralmente devido à superexposição ao reforço (Barkley, 1997). As crianças recompensadas com doces muitas vezes ao dia talvez não estejam mais motivadas a mudar seu comportamento por um doce. Da mesma

forma, um adolescente com acesso ilimitado à televisão e ao computador após a escola (enquanto os pais ainda estão trabalhando) pode não ser tão motivado a completar tarefas para ganhar tempo no computador durante a noite. Quando os reforçadores são usados mais esparsamente ou quando o acesso aos reforços é limitado, há mais chances de se manter sua importância por mais tempo. Geralmente é importante para as famílias reavaliarem e modificarem regularmente a lista de reforços usados.

Considere Ryan, de 5 anos, cujos pais inicialmente consideraram as guloseimas (por exemplo, doces, salgadinhos, chicletes) como sendo reforços úteis em seu plano de comportamento. Entretanto, após várias semanas, a aceitação de Ryan declinou, apesar das recompensas dadas pelos pais. Investigando mais a fundo, os pais de Ryan descobriram que ele estava lanchando o que queria após o período escolar, o que era proporcionado por sua babá. Já que isso dava a ele acesso diário a essas guloseimas anteriormente raras em seu cotidiano, Ryan não estava motivado a completar as tarefas em casa para ter recompensas. Uma vez que os pais de Ryan foram claros com a babá em relação aos lanches permitidos para depois da aula e a quais itens poderiam ser dados como parte do programa de comportamento, as recompensas recuperaram seu valor e outra vez tornaram-se atrativas para Ryan.

Castigo

“Já tentamos o castigo, mas não funcionou”: essa é uma reação comum dos pais quando discutem essa técnica comportamental, muito usada e efetiva se usada apropriadamente; por outro lado, é bastante frustrante se isso não ocorrer! Primeiramente, os pais devem estar de acordo a respeito dos comportamentos a

serem disciplinados com o castigo, o qual deve ser usado com um ou dois comportamentos específicos, como agressão, xingamentos ou desobediência. Se a obediência estiver em jogo, a criança recebe uma ordem. Se a criança não a executa, é dado um alerta: “Você precisa _____ (instrução dos pais); senão, vai ficar de castigo”. Se a criança ainda assim não obedecer, um castigo imediato deve ser dado. Para outros comportamentos, como a agressão, a criança é informada previamente de que o comportamento sempre resultará em um castigo. Ou seja, quando a criança estiver sendo agressiva, nenhum aviso é necessário, e ela é imediatamente castigada. Os pais devem ficar calmos e controlados, com uma voz neutra durante essas interações. Frustração e alteração (inclusive de voz) por parte dos pais inadvertidamente reforçam o comportamento negativo da criança, bem como desencadeiam outros comportamentos negativos e levam a novos conflitos familiares.

Quando o castigo é dado, algumas crianças resistem a obedecer a ele ou a se desculpar pelo comportamento inadequado. A desculpa ou a obediência podem ser elogiadas, mas o castigo ainda assim deve ser aplicado. O pai talvez tenha de conduzir a criança para o local do castigo (para aquelas que não podem ser conduzidas com segurança para o local do castigo, outra punição mais efetiva do que o castigo pode ser aplicada). Portanto, se ela não vai para o castigo, recebe outra punição considerada menos desejável do que o castigo. O objetivo, de fato, é que a criança escolha obedecer ao castigo para evitar alternativas (por exemplo: “Ou você vai para o castigo agora, ou não andará de *skate* esta tarde.”). Assim como com todas as intervenções comportamentais, a continuidade garante o sucesso. Os pais devem apenas definir punições que estejam dispostos e sejam capazes de executar; caso contrário, elas serão ineficazes.

Muito já foi escrito sobre os detalhes de estabelecer intervenções específicas de castigo (Barkley, 1997). Escolher um local sem estímulos e seguro, fazendo com que a criança sente-se por um curto período de tempo (aproximadamente 1 minuto por idade), e evitar qualquer atenção ou reforço enquanto ela estiver no castigo são regras fundamentais. Os pais, muitas vezes, discutem ou devotam muita atenção ao castigo, o que pode levar a mais comportamentos inadequados e a menos eficiência dessa estratégia.

No seguinte exemplo, o terapeuta acabou de sugerir o castigo para o Sr. Cético.

Sr. Cético: Esse negócio de castigo é besteira! Não funciona.

Terapeuta: Você já tentou antes?

Sr. Cético: Sim! Mas sempre termina em desastre.

Terapeuta: Que frustrante. Me conte como acontece.

Sr. Cético: Bem, primeiro ele nunca vai aí eu digo a ele para ir, então acabamos discutindo. Então, quando ele já está lá, apenas brinca no quarto e não consegue nem se lembrar do porquê de se encrencar.

Terapeuta: Entendo. E se eu pudesse lhe mostrar um jeito diferente de aplicar o castigo que ia resolver esses problemas? Você estaria disposto a tentar uma abordagem diferente?

Nesse exemplo, o pai mostra-se desestimulado pela ideia de aplicar o castigo. Em vez de discutir com ele ou tentar convencê-lo de que o castigo será útil, o terapeuta, em primeiro lugar, reconhece os sentimentos e as experiências do pai. O terapeuta, em seguida, oferece informações para que a intervenção do castigo possa ser realizada efetiva e significativa-

mente. Ao fazer isso, problemas comuns são identificados e podem ser abordados em outro momento pelo terapeuta. Sendo assim, o terapeuta está trabalhando colaborativamente com o pai visando a estabelecer um plano, em vez de simplesmente tentar convencê-lo a aplicar o castigo.

Custo de resposta

Sempre na discussão do gerenciamento de contingências, o custo de resposta, muitas vezes, é levantado, já que envolve excluir uma recompensa previamente recebida (“custo”) em resposta a um comportamento indesejável. Por exemplo, uma criança que já recebeu 17 fichas por concluir suas atividades matinais e por ficar pronta para a escola a tempo pode ser punida por bater em sua irmã, perdendo 10 fichas. Ao começar um programa de gerenciamento de contingências, sugere-se que as recompensas não sejam retiradas até que o programa esteja funcionando bem (Barkley, 1997). Após uma ou duas semanas, os cuidadores começam a implementar um procedimento de custo de resposta. Assim como os comportamentos a serem recompensados são previamente definidos, os que serão punidos também devem ser definidos com clareza. Quando o estabelecido ocorrer, uma ficha, um marcador ou um ponto – qualquer registro escolhido – é excluído. A desobediência ou o engajamento em comportamentos inaceitáveis, como mentira, agressão ou xingamentos será punido com um custo de resposta. Se a técnica do Quebra-Cabeças estiver sendo aplicada, uma peça do quebra-cabeças é eliminada.

É importante que os cuidadores recorram ao procedimento de custo de resposta poucas vezes na ocorrência de comportamentos definidos para não comprometer a efetividade das recompensas.

Uma criança que perde muitos pontos/recompensas talvez perca a motivação com o programa. Também se os pais não tiverem regras claras sobre quando e como excluir recompensas/pontos, podem impulsivamente fazê-lo apenas a fim de aliviar sua frustração. Barkley (1997) refere-se a isso como sendo a “espiral da punição”: a criança é penalizada e reage negativamente à punição exibindo comportamentos inapropriados, os quais também são penalizados, provocando outros comportamentos indesejados, levando a penalidades extras, e assim por diante. Portanto, Barkley recomenda penalizar a criança uma vez com o sistema de pontos. Se uma reação negativa seguir-se, outra forma de punição, como o castigo, deve ser aplicada.

O seguinte exemplo ilustra o que pode acontecer quando o custo de resposta é ineficaz.

Mãe: Esse sistema de fichas não está funcionando. Toni fez birra ontem, e eu tentei tirar algumas de suas fichas, mas isso não funcionou. As coisas pioraram, e agora nem liga mais para as fichas.

Terapeuta: Você realmente parece frustrada. Me conte o que aconteceu.

Mãe: Bem, ela começou a gritar comigo quando eu lhe disse para dormir, então eu avisei que ela havia acabado de perder cinco fichas.

Terapeuta: Isso foi claramente definido em seu plano com Toni na semana passada. Bom trabalho.

Mãe: Sim, mas não funcionou. Ela continuou gritando; então, tirei mais cinco fichas. Ela ficou realmente irritada comigo e me chamou de puta. Respondi que havia perdido 20 fichas.

Ela saiu correndo para o porão e assistiu à TV pelo resto da noite.

Terapeuta: Entendo. Vamos voltar ao plano e ver o que poderia ter ajudado essa situação a ter outro rumo. O que diz seu plano comportamental sobre lidar com desobediências e custo de respostas?

Nesse exemplo, o terapeuta estimula a mãe a compartilhar os detalhes do conflito. O terapeuta reconhece sua frustração, e os problemas que ela teve com a implementação do custo de resposta vêm à tona (ela continuou a tirar fichas e não se ateu ao plano comportamental de seguir para outra punição, se necessário). O terapeuta, assim, começa ajudando a mãe a resolver o problema usando uma abordagem de descoberta guiada, estratégia que provavelmente é mais significativa a longo prazo para a mãe, pois investirá mais no plano no futuro, uma vez que tenha entendido por si mesma o que deu errado.

ESTÍMULOS PARA PAIS/DICAS PARA PROFESSORES

Um dos desafios para terapeutas trabalhando com crianças é a generalização das técnicas e das habilidades da terapia. As crianças, muitas vezes, respondem bem às técnicas durante as sessões, mas os pais relatam que a criança não está usando as técnicas em casa ou na escola. Orientar os cuidadores sobre o propósito e sobre o uso de certas técnicas, bem como sobre modos de estimular e reforçar a criança nos ambientes doméstico e escolar, ampliará o sucesso da generalização. Comunicar-se com os cuidadores é difícil e consome

muito tempo. Ao proporcionar aos cuidadores tabelas de resumo claras e concisas que descrevam o atual foco do tratamento e o papel do cuidador, trabalha-se com esses cuidadores de maneira realista e colaborativa. O Formulário 4.4 é um folheto de fácil compreensão com descrições das intervenções para orientar os cuidadores. Esses folhetos podem ser dados aos pais e enviados aos professores ou a outros cuidadores para guiá-los no trabalho com a criança e na generalização e no uso das habilidades de terapia.

CONCLUSÃO

As estratégias comportamentais são ferramentas efetivas para terapeutas, pais e professores. Os benefícios de aplicar técnicas comportamentais superam os desafios de implementá-las. Especificamente, conforme mudanças positivas nos comportamentos em questão ocorrem, a satisfação de pais e professores cresce, e geralmente as interações e os relacionamentos pais-criança melhoram. É importante para pais e terapeutas definir com clareza os objetivos das estratégias comportamentais visando a garantir que os objetivos sejam comunicados a todos os participantes. Para que o plano comportamental seja tão efetivo quanto possível, lembre-se de incluir as informações da família, os interesses da criança e solicitar *feedback*. O trabalho do terapeuta pode ser desafiador; deve-se comunicar os princípios comportamentais, manter as estratégias “presentes” para a criança, ajudando a família a definir objetivos, estabelecer reforços poderosos e seguir com eles consistentemente nas intervenções. As estratégias neste capítulo oferecem formas criativas e motivadoras para tal (resumidas no Quadro 4.3).



RESUMO DE TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS

Quando usar:

- Para iniciar o tratamento.
- Para produzir mudanças mais rápidas e facilitar o seguimento com o tratamento.
- Para ajudar os pais na modificação de comportamentos fora das sessões de terapia.

Com que propósito:

- Constroem *rappor*t, aumentam a motivação da criança e o engajamento no tratamento, ampliam os repertórios de *coping* e preparam os jovens para intervenções subsequentes.
- Reduzem a frequência e gravidade de comportamentos indesejados, bem como ampliam a frequência de comportamentos desejados.
- Provocam mudanças nas atitudes, nas emoções e na cognição da criança.

Como usá-las:

- Por meio da instrução direta sobre habilidades e do treinamento dos pais.
- Por práticas nas sessões da aplicação da habilidade.
- Por ser criativo e colaborativo.

QUADRO 4.3

RESUMO DAS INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

TIPOS DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS	TÉCNICA ESPECÍFICA	IDADE	PROBLEMAS/DIAGNÓSTICOS APROPRIADOS	FORMATO
Relaxamento	PMR	4 anos	Raiva Ansiedade Impulsividade	Individual Familiar Coletiva
	Roteiros para relaxamento	Todas as idades	Raiva Ansiedade Impulsividade Transtorno de integração sensorial TID	Individual Familiar Coletiva
	Bússola dos Sentimentos	6-9 anos	Raiva Ansiedade Impulsividade Transtorno de integração sensorial TID	Individual Familiar Coletiva

(continua)

QUADRO 4.3

RESUMO DAS INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS (continuação)

TIPOS DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS	TÉCNICA ESPECÍFICA	IDADE	PROBLEMAS/ DIAGNÓSTICOS APROPRIADOS	FORMATO
Relaxamento	Cartões de Acalmar	Todas as idades	Raiva Ansiedade Impulsividade Transtorno de integração sensorial (TID)	Individual Familiar Coletiva
Dessensibilização sistemática	Para o Alto e Além	6-9 anos	Ansiedade generalizada TOD Fobia Específica Ansiedade Social	Individual Familiar Coletiva
Habilidades sociais	Fazer um Livro	4-10 anos	TID Ansiedade Impulsividade/TDAH Depressão	Individual Familiar Coletiva
	Simulações de Mensagens Instantâneas	10 anos ou mais	TID Ansiedade Impulsividade/TDAH Depressão	Individual Familiar Coletiva
	Etch a Sketch	4 anos ou mais	Ansiedade Raiva/tolerância à frustração	Individual Familiar Coletiva
	A Senha	6 anos ou mais	TID (alta funcionalidade)	Individual Familiar Coletiva
PAS (Agendamento de Atividades Prazerosas)	Minha Playlist de Eventos Prazerosos	10 anos ou mais	Depressão Ansiedade TID	Individual Familiar Coletiva
	Saco de Itens para o Agendamento de Eventos Prazerosos	6 anos ou mais	Depressão Ansiedade TID	Individual Familiar Coletiva
	Jogo das Adivinhações	6 anos ou mais	Depressão Ansiedade TID	Individual Familiar Coletiva

(continua)

QUADRO 4.3

RESUMO DAS
INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS (continuação)

TIPOS DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS	TÉCNICA ESPECÍFICA	IDADE	PROBLEMAS/DIAGNÓSTICOS APROPRIADOS	FORMATO
Reversão do Hábito	De Volta!	6-10 anos	Controle de impulso Ansiedade/TOC Transtornos de tiques TID	Individual Familiar Coletiva
Gerenciamento de Contingências	Quebra- -Cabeças/ Construir um Urso	4-10 anos	TDAH/ Comportamentos disruptivos TOD Atrasos no desenvolvimento Ansiedade/depressão	Individual Familiar Coletiva

Você está caminhando pelo corredor da escola e um aluno novo sorri para você.

Resposta da mensagem:

Um estudante sentando atrás de você na aula de matemática pergunta se você vai ao jogo de futebol na sexta-feira.

Resposta da mensagem:

Um garoto por quem você tem interesse pergunta se você vai fazer o trabalho que vale nota extra.

Resposta da mensagem:

Seu professor anuncia que todos devem encontrar parceiros para completar uma tarefa de aula. Você olha para a esquerda e o colega a seu lado está olhando para você.

Resposta da mensagem:

Há uma festa após o jogo de basquete e você quer saber se alguns de seus amigos planejam ficar para a festa.

Resposta da mensagem:

FORMULÁRIO 4.1

Tabela de Habilidades Sociais por Mensagem Instantânea.

Com amigos/família:

Sozinho:

FORMULÁRIO 4.2

.....
Playlist de Agendamento de Atividades do iPod.

O JOGO DE PREVISÕES

Evento

Como vai ser?

???

Como foi?

???

???

FORMULÁRIO 4.3

Tabela do Jogo de Previsões.

Estímulos para Pais/Dicas para Professores

Seu filho/aluno está construindo muitas habilidades em terapia. Apoio e encorajamento em casa e na escola são aspectos importantes do sucesso. Atualmente, trabalha-se em estratégias comportamentais nas áreas assinaladas a seguir. Por favor, leia as seções para ideias de como estimular o uso das habilidades da criança, bem como reforçar o progresso. Para todas as atividades assinaladas, os seguintes comportamentos são importantes:

MANEIRAS IMPORTANTES DE VOCÊ AJUDAR

Modelar: Vocês são modelos poderosos para seu filho/aluno. Verbalizar seus sentimentos e suas respostas pode ser útil.

Estimular: Quando você perceber que seu filho/aluno começar a ficar chateado, pode estimular o uso das técnicas. Oferecer escolhas também é uma opção útil. Geralmente as crianças respondem melhor a esses estímulos alternativos do que a instruções diretas.

Dar reforço positivo para a Criança: Mudar hábitos é difícil, especialmente para crianças. Se a criança faz tentativas de usar as técnicas da terapia, deve ser elogiada pelo esforço, mesmo se não tiver sido completamente bem-sucedida inicialmente.

Previsões e Resolução de Problemas: Quando você prevê que surgirá uma situação difícil, tente preparar a criança com exemplos hipotéticos e/ou simulações.

O **relaxamento** está sendo usado para ensinar a criança a acalmar suas reações físicas e se autocontrolar de modo mais eficaz. O relaxamento envolve estratégias para diminuir a taxa de batimentos cardíacos, relaxar os músculos e usar a fala interna e sinais visuais para estimular um *coping* melhor.

Modelagem:

- “Estou ficando muito frustrada, então vou respirar profundamente.”
- “Eu estou nervoso com o treinamento de incêndio. Usar uma bola de apertar pode acalmar meus músculos.”

Estimulação:

- “Você parece chateado. Eu me pergunto quais ferramentas você aprendeu na terapia que podem ajudar.”
- “Este pode ser um bom momento para você usar seu kit de acalmar.”
- “Você acha que bolhas ou uma bola de apertar ajudariam você a se acalmar mais?”

Outras crianças/adolescentes podem desejar desenvolver um sinal não verbal ou palavra-chave com os pais que os ajude a lembrar de usar as técnicas sem constrangimento ou insistência.

Reforço positivo a Criança:

- “Estou orgulhoso por você estar testando seu kit. Continue praticando e ficará mais fácil.”

Previsão e Resolução de Problemas:

- “Vamos fingir que você está na festa de aniversário e fica irritada porque Carla está tão ocupada com suas outras amigas que ela não parece interessada em brincar com você. Quais ferramentas você pode usar para se acalmar agora? Mostre-me como faria.”

A **dessensibilização sistemática** está sendo usada para ajudar a criança a enfrentar situações temidas em passos graduados. Ela envolve enfrentar passos predeterminados de um medo juntamente com o uso de estratégias de relaxamento para administrar a ansiedade.

(continua)

FORMULÁRIO 4.4

Estímulos para Pais/Dicas para Professores

Modelagem: Você pode modelar a fala interna e outras técnicas de relaxamento para ajudar a criança no uso de técnicas para enfrentar o medo.

Estimulação:

- “Lembre-se: o que irá acontecer com suas preocupações se você continuar praticando?”

Reforçar a Criança:

- “Puxa! Você trabalhou duro para ficar calmo enquanto tentava enfrentar aquele medo.”

Previsão e Resolução de Problemas:

- “E se for a hora de fazer uma apresentação oral e você começar a se preocupar pensando que não será capaz de tolerar? O que pode fazer para resolver o problema? Do que poderia lembrar para ajudar?”

Habilidades sociais

Modelagem:

- “Eu estou um pouco nervoso para começar meu novo trabalho, mas sei que, se eu me lembrar de fazer um bom contato visual e sorrir, serei capaz de começar uma conversa e fazer um novo amigo.”

Estimulação:

- “Eu vejo um de seus colegas caminhando em nossa direção. O que você andou praticando que pode ajudá-lo a começar uma conversa com ele?”

Reforçar a Criança:

- “Eu realmente gosto de como você está olhando em meus olhos quando fala comigo.”
- “Eu notei que você disse “oi” e perguntou à Tia Mary como ela estava quando ela entrou em casa. Isso foi ótimo.”

Previsão e Resolução de Problemas:

- “O seu trabalho de história é um trabalho em grupo. Se você não conhece muito bem algumas crianças em seu grupo, o que pode dizer a elas?”
- “Haverá muitos estudantes na reunião após a aula hoje. O que você aprendeu que pode ajudá-lo a entrar na conversa?”

Agendamento de atividades prazerosas

Modelagem:

- “Eu não estava querendo trabalhar no quintal hoje, mas foi mais divertido do que eu pensei que seria. Realmente gostei de conversar com você enquanto trabalhávamos.”

Estimulação:

- “Você gostaria de usar o computador ou de ler um livro durante seu tempo livre?”
- “Você acha que se divertirá durante o tempo livre?”

Reforçar a Criança:

- “Gosto de como tentou (a atividade), mesmo tendo achado que não seria muito divertida. Parece que você está se divertindo agora.”

Previsão e Resolução de Problemas:

- “E se você estivesse planejando combinar de ir ao *shopping* com uma amiga, mas ela não pudesse ir? Como você se sentiria? Como poderia resolver o problema? E se completasse a atividade e não se divertisse? Do que pode se lembrar?”

(continua)

FORMULÁRIO 4.4

Estímulos para Pais/Dicas para Professores (continuação).

Gerenciamento de contingências*Modelagem:*

- “Eu trabalhei muito duro para conseguir completar minha lista de tarefas mais cedo, então vou me recompensar indo ao cinema neste final de semana.”

Estimulação:

- “Lembre: se você seguir as regras, vai receber fichas que pode usar para ter mais tempo no computador.”

Reforçar a Criança:

- “Ótimo trabalho seguindo as instruções na primeira vez! Aqui estão duas fichas.”

Previsão e Resolução de Problemas:

- “E se você realmente quisesse ir à casa de um amigo após a aula hoje, mas percebesse que não possui fichas o bastante para fazer isso?”

FORMULÁRIO 4.4

Estímulos para Pais/Dicas para Professores (*continuação*).

5

Métodos de autoinstrução e reestruturação cognitiva

Métodos de autoinstrução representam a primeira tentativa de intervenções da TCC para lidar com pensamentos disfuncionais e perturbadores. Esses métodos envolvem o treinamento em técnicas de fala interna, a qual reflete “o conteúdo cognitivo ou o que as pessoas dizem a si mesmas em seus pensamentos” (Spiegler e Guevremont, 1998, p. 306). Os procedimentos de fala interna atuam no sentido de modificar o que crianças e adolescentes dizem a si mesmas ao experienciarem uma emoção perturbadora ou uma circunstância problemática. A reestruturação cognitiva mostra à criança que, se é possível mudar seus pensamentos, também é possível mudar as sensações (Deblinger et al., 2006). Portanto, as intervenções cognitivas lidam com a fala interna.

A fala interna e outras intervenções de reestruturação cognitiva apoiam a construção de esquemas de *coping* (Kendall e Suveg, 2006). A chave em qualquer intervenção cognitiva não é acabar com cognições negativas e perturbações emocionais, mas sim sua redução e sua mudança em direção a perspectivas mais adaptativas. Padesky (1988) reconhecidamente afirmou que o objetivo da TCC é “levantar dúvidas onde antes havia a certeza em relação a crenças”.

As intervenções de fala interna têm de uma longa tradição (Bailey, 2001; Kendall e Suveg, 2006). Transtornos de ansiedade, depressão, problemas de controle da raiva, transtornos alimentares e até mesmo a TID já foram tratados com procedimentos de fala interna. A pesquisa tem apontado que as intervenções de fala interna enfatizando a competência pessoal e o *coping* adaptaram-se bem a crianças que tinham medo do escuro (Kanfer, Karoly e Newman, 1975). O importante trabalho de Kendall e seus colaboradores sobre o programa *Coping Cat*, baseado em intervenções de fala interna, é amplamente pesquisado, e o seu sucesso está bem documentado (Flannery-Schroeder e Kendall, 2000; Kendall, Aschenbrand e Hudson, 2003; Kendall et al., 1992, 1997). Além disso, o *Coping Cat* já gerou várias imitações, como o *Coping Koala* (Barrett et al., 1996) e o Programa das Crianças Legais (Allen e Rapee, 2005; Rapee, Wignall, Hudson e Schniering, 2000). O módulo cognitivo do *Coping Cat* emprega a sigla em inglês FEAR* (Sentir-se

* N. de T.: *Feeling Frightened, Expecting Bad Things to Happen, Attitudes and Actions That Help, and Results and Rewards.*

Apavorado, Esperar que Coisas Ruins Vão Acontecer, Atitudes e Ações que Ajudam, Resultados e Recompensas).

A TCC para TOC em crianças inclui um módulo significativo de reestruturação cognitiva como uma estratégia inicial e de facilitação precedendo a exposição e resposta da fase de prevenção do tratamento (March e Franklin, 2006; March e Mulle, 1998; Piacentini e Langley, 2004; Piacentini et al., 2006). Tais abordagens fazem um uso livre de metáforas esportivas e desenhos na promoção da reestruturação cognitiva. Além disso, a reestruturação cognitiva também serve para reinterpretar o significado de obsessões e compulsões (D. A. Clark, 1999). Mais especificamente, atribuições de responsabilidade pessoal, pensamentos supervalorizados, fusão do pensamento-ação, superestimativa do perigo, intolerância a incertezas, medo da perda do controle e perfeccionismo são alvos da reestruturação cognitiva no TOC (D. A. Clark, 1999).

Flannery-Schroeder (2004) afirmou que as crianças com transtornos de ansiedade generalizada (TAG) são tratadas com técnicas de reestruturação cognitiva. Com os TAG, a reestruturação cognitiva implica modificar a fala interna produtora de ansiedade e construir novas estratégias para lidar com ela. Os protocolos de TCC do *Coping Cat* (Kendall et al., 1992, 1997; Mendlowitz et al., 1999) e do *Coping Koala* (Barrett et al., 1996) antes mencionados abordam os TAG com procedimentos de reestruturação cognitiva.

Wachtel e Strauss (1995) sugerem estratégias de autoinstrução para o transtorno de ansiedade de separação. “Consigo fazer isso sozinho” e “meus pais estarão bem, e eu sou corajoso quando estou sozinho” são exemplos de autoinstruções oferecidas por Wachtel e Strauss. Muitos métodos de tratamento para a ansiedade social incluem técnicas de reestruturação cognitiva focadas nas estratégias

de *coping* e no gerenciamento de medos de avaliações negativas (Albano, 1995, 2000; Beidel e Turner, 2006).

As intervenções de reestruturação cognitiva são usadas no tratamento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); (Cohen, Deblinger, Mannarino e Steer, 2004; Deblinger e Heflin, 1996). Deblinger e colaboradores (2006) descreveram o uso das técnicas de *coping* cognitivo para tratar crianças vítimas de abuso sexual. Empregam diálogos socráticos, testes de evidência e o “jogo do melhor amigo”.

Stark e seus colaboradores aplicaram intervenções de fala interna para depressão infantil (Stark, 1990; Stark, Swearer, Kurowski, Sommer e Bowen, 1996). Seu módulo de fala interna inclui incrementar as autoafirmações positivas, promover resoluções positivas de problemas e substituir pensamentos irreais por apreciações mais realistas. As intervenções cognitivas incluem testes de evidência, autoinstrução, autocontrole, redistribuição e descatastrofização.

O Programa de Treinamento em Melhora de Controle Primário e Secundário (PASCET) para depressão em jovens (Weisz, Southam-Gerow, Gordis e Connor-Smoth, 2003; Weisz, Thurber, Sweeney, Proffitt e LeGagnoux, 1997) é também reconhecido por fazer uso do módulo de fala interna. Aborda “hábitos de pensamento”, característicos da depressão infantil. A reestruturação cognitiva é vista como uma estratégia de controle secundário. Os jovens são orientados a alterar cognições negativas, descatastrofizar, desenvolver opções de resolução de problemas e diminuir a ruminação.

O “Lidar com a Depressão para Adolescentes (CWD-A)”, de Clarke e colaboradores, também inclui um componente significativo de fala interna (Clarke, DeBar e Lewinsohn, 2003; Clarke, Lewinsohn e Hops, 1990a, 1990b; Clarke, Rohde,

Lewinsohn, Hops e Seeley, 1999). Os pacientes são conduzidos a questionar os pensamentos negativos visando a atenuar o exagero, as reações excessivas e as expectativas irreais. Aprendem a questionar a si mesmos quando estão depressivos.

Intervenções de fala interna são ingredientes essenciais no Treinamento do Controle da Raiva (Feindler e Ecton, 1986; Feindler, Ecton, Kingsley e Dubey, 1986; Feindler e Guttman, 1994; Feindler, Marriott e Iwata, 1984). As intervenções de fala interna focam a instrução, a reatribuição e as alternativas a explicações hostis. Lochman e colaboradores incluem uma dose ainda mais pesada de intervenções cognitivas em seu “Programa para Lidar com a Raiva” (Boxmeyer, Lochman, Powell, Yaros e Wojnaroski, 2007; Larson e Lochman, 2002; Lochman, Barry e Pardini, 2003; Lochman, Fitzgerald e Whidby, 1999) e no “Programa Poder de *Coping*” (Lochman e Wells, 2002a, 2002b). Eles focam a reatribuição de vieses hostis, a modificação de percepções interpessoais distorcidas e a diminuição da desesperança.

Attwood (2004) defende a reestruturação cognitiva na modificação de pacientes com síndrome de Asperger no que tange a falsas crenças sobre situações ou outras pessoas. Além disso, as intervenções de fala interna auxiliam as pessoas a atenuarem suas interpretações excessivamente literais. A rigidez cognitiva característica da criança com síndrome de Asperger também pode ser flexibilizada com procedimentos de reestruturação cognitiva. Intervenções de fala interna também colaboram com o gerenciamento de ansiedade, depressão e raiva, aspectos que desafiam pacientes jovens. Attwood sugere diálogos no formato de histórias em quadrinhos para ampliar as interpretações sociais das crianças. Myles (2003) também propôs uma variedade de estratégias cognitivas simples para o controle

do estresse em crianças com síndrome de Asperger, como a autoinstrução “Ande, Não Fale” quando provocadas. Jogos e exercícios baseados na fala interna incluem “Encontre a Mensagem”, “Adivinhe a Mensagem”, “Conserte o Sentimento” e a “Caixa de Ferramentas Emocionais”. Anderson e Morris (2006) recomendam uso constante de materiais visuais para acompanhar a intervenção cognitiva.

Turk (2005) descreveu os procedimentos de reestruturação cognitiva para crianças com transtornos e limitações do desenvolvimento, afirmando que o principal objetivo do tratamento é “persuadir e encorajar a criança e a família a considerar e testarem hipóteses alternativas de forma prática” (Turk, 2005, p. 246). Os terapeutas procuram atenuar os pensamentos extremistas das crianças, atribuições errôneas e a personalização. Estratégias cognitivas também promovem uma educação afetiva, o gerenciamento de interesses especiais e o *coping* com a ansiedade em crianças com transtornos do espectro autista (Sofronoff, Attwood e Hinton, 2005). Sze e Wood (2007) recorreram a módulos cognitivos no tratamento de uma menina de 11 anos com autismo de alta funcionalidade usando o *Building Confidence Manual* (Wood e McCleod, 2007). Sua abordagem enfatiza os jogos de interpretação e as metáforas para facilitar a reestruturação cognitiva.

As intervenções de reestruturação cognitiva e de fala interna recentemente foram aplicadas aos transtornos alimentares e à obesidade. Wilfrey, Passi, Cooperberg e Stein (2006) descreveram sua abordagem cognitiva com crianças acima do peso, que inclui estratégias para combater pensamentos catastróficos ou extremistas. Lock (Lock, 2002; Lock e Fitzpatrick, 2007; Lock, le Grange, Agras e Dare, 2001) e seus colaboradores desenvolveram abordagens cognitivas inovadoras no tratamento da anorexia e bulimia

nervosas. Lock e Fitzpatrick (2007) discutiram o recurso de intervenções cognitivas na alteração do foco das preocupações sobre perda do controle, sentimentos de culpa e vergonha, desamparo e autocrítica. Stewart (2005) discutiu sua abordagem voltada a levar os pacientes com transtornos alimentares a avaliarem as motivações para seus pensamentos distorcidos a respeito de sua forma, de seu peso e de sua alimentação.

QUALIDADES DO PROCEDIMENTO EFETIVO DE FALA INTERNA

Spiegler e Guevremont (1998) apontam que a autoinstrução envolve seis componentes:

1. preparação,
2. mudança de foco de atenção,
3. orientação de comportamento,
4. encorajamento,
5. avaliação da performance e
6. redução do estresse.

A autoinstrução muitas vezes combina a fala interna com a resolução de problemas.

O objetivo da terapia cognitiva é desenvolver pensamentos produtivos e funcionais de enfrentamento, ainda que nem sempre positivos (Padesky, 1988). Friedberg e colaboradores (2001) não recomendam falas internas excessivamente positivas e simplistas. Ao implementar um procedimento de fala interna para a autoinstrução, a resposta alternativa deve, de fato, abordar o estressor e incluir uma resposta de *coping* ou de resolução de problemas. O pensamento de *coping* deve aproximar-se da linguagem que os pacientes efetivamente entendem.

Este capítulo apresenta exemplos de vários procedimentos inovadores baseados em intervenções cognitivas con-

vencionais. Desenhos, jogos e exercícios motivadores dão vida às intervenções cognitivas (Friedberg e Gorman, 2007; Stallard, 2005). As intervenções a seguir fazem uso de práticas, desenhos, letras de música e metáforas que levam pacientes a adotarem os procedimentos com mais convicção. Os procedimentos estão resumidos no Quadro 5.1.

CAPA DE SUPER-HERÓI

Idade: de 5 a 10 anos

Propósito: Construir autoeficácia e proteção contra estresse

Materiais Necessários:

- Papel crepom
- Canetas, giz de cera, adesivos
- Atilhos
- Tesouras
- Papel alumínio
- Cola
- Furador

A Capa de Super-Herói é uma intervenção de autoinstrução, direcionada à construção da autoeficácia e a proteção contra estressores. Identificar super-heróis como modelos é um procedimento válido (Kendall et al., 1992; Rubin, 2007). A TCC com crianças cronicamente comprometidas encoraja elas mesmas a se sentirem como super-heróis e a invocarem poderes especiais com o intuito de vencerem dores, medos e ansiedades (Kendall et al., 1992; Rubin, 2007). Os super-heróis incluem figuras típicas como o Batman, o Homem-Aranha ou a Mulher Maravilha. Uma criança com síndrome de Asperger escolheu o Dr. Who como super-herói (Attwood, 2003, 2004). Outras podem ter celebridades ou atletas como seus super-heróis. Allen e Rapee (2005) relataram o caso de uma paciente com ansiedade que escolheu Jennifer Lopez como um modelo de *coping*. Isso significa que não há limites para os modelos a serem escolhidos.

QUADRO 5.1

TÉCNICAS DE
REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

TÉCNICA	PROPÓSITO	IDADE	MODALIDADE
Capa de Super-Herói	Construir a autoeficácia, proteção contra o estresse	5-10 anos	Individual, familiar, coletiva
Coroa do Pensamento	Visualizar o processo de fala interna	6-9 anos	Individual, familiar, coletiva
Jogue Longe	Realizar a reestruturação cognitiva e a autoinstrução	7-12 anos	Individual, familiar, coletiva
Colar do <i>Coping</i>	Realizar reestruturação cognitiva	7-11 anos	Individual, familiar, coletiva
Mão no Coração	Realizar reestruturação cognitiva de crenças associadas à ansiedade de separação	7-11 anos	Individual, familiar
Por Enquanto ou Para Sempre?	Realizar a reestruturação cognitiva para abordar visões pessimistas	8-18 anos	Individual, coletiva
Cuidado ou Controle	Diminuir o conflito pais-criança por meio do discernimento entre o comportamento dos pais ser motivado por cuidado ou por controle/coerção	8-18 anos	Individual, familiar, coletiva

Ao se utilizar a Capa de Super-Herói, são combinados imaginação, autoinstrução e habilidades manuais. Solicita-se à criança que crie um super-herói com superpoderes para si mesma, podendo desenhá-lo. Isso dá ao terapeuta a certeza de que ela tem uma imagem clara do que é um super-herói. Uma vez criado, a criança dá superpoderes ao personagem, desde que eles não sejam autodestrutivos, agressivos ou danosos aos outros. Tornar-se invisível, ser capaz de encolher ou aumentar de tamanho, tolerar a frustração ou outros sentimentos negativos, usar o autocontrole, a comunicação e a resolução de problemas são exemplos de superpoderes.

A parte divertida vem a seguir: o terapeuta, a criança e, se possível, os cuidadores/pais fazem a capa com papel crepom, na qual a criança desenha símbolos ou imagens de poder, cola adesivos

e figuras. O papel alumínio também pode ser colado em um lado, servindo como um escudo. Dois buracos são feitos no topo da capa e um atilho é colocado através dos buracos para que a capa seja amarrada. Por último, a criança testa-a para averiguar se está no tamanho certo.

O seguinte exemplo ilustra o uso da capa com Asher, um menino traumatizado de 7 anos. Asher sofreu abuso físico, emocional e sexual por seus pais biológicos. Essas circunstâncias o deixaram sentindo-se ansioso e desafiado por várias ruminações persistentes, como “eu não consigo fazer nada”, “estou desprotegido”, e “estou vulnerável a ataques”. O menino subestimou suas habilidades de *coping*, as quais faziam dele um verdadeiro sobrevivente.

O procedimento de super-herói começou com uma introdução. Asher adorava o Homem-Aranha, o que tornou a explicação mais fácil:

- Terapeuta: Asher, você é um pouco como o Homem-Aranha.
- Asher: (Sorri.) É mesmo? Como?
- Terapeuta: Bem, você sabe quantas coisas ruins aconteceram com o Aranha. Assim como você. E você sabe de uma coisa? O Aranha ganhou poderes especiais de todas essas coisas.
- Asher: (Com empolgação.) Sim, como os sentidos de aranha e as teias lançáveis.
- Terapeuta: Exatamente. Você é como um super-herói também.
- Asher: Sou? Posso ter um nome de super-herói?
- Terapeuta: Claro. Que nome você gostaria?
- Asher: Cazooba.
- Terapeuta: Agora precisamos definir seus superpoderes e fazer uma capa que o mantenha seguro.
- Asher: Certo!

Após a introdução, Asher e seus pais adotivos começaram a listar seus superpoderes (dependendo do caso, os pais podem ou não ser incluídos). A família escolheu força, inteligência, amor e velocidade. Cada poder era associado a um símbolo desenhado ou colado na capa (força = terra; inteligência = raio; amor = coração; velocidade = fogo). Desse modo, as habilidades específicas de *coping* foram listadas sob cada símbolo (inteligência = ser bom na escola, falar sobre os sentimentos; amor = ser bom com os outros, abraçar e beijar a mãe e o pai, cuidar do cachorro). Após as habilidades terem sido acrescentadas, o papel crepom foi colado a um pedaço de papel alumínio. O alumínio representava metaforicamente um escudo impermeável. A seguir, dois furos foram feitos no topo, o que permitia que um elástico fosse passado e amarrado através dos furos. Asher então correu pela clínica com a capa, exclamando: “Eu sou

Cazooba. Feito de fogo, terra, coração e velocidade!”.

COROA DO PENSAMENTO

Idade: de 6 a 9 anos

Propósito: Visualizar o processo de fala interna

Materiais Necessários:

- Papel colorido ou uma cartolina
- Tesouras
- Grampeador
- Canetas, giz de cera
- Fita adesiva, tiras de velcro
- Balões de pensamento recortados

A Coroa do Pensamento é um procedimento de autoinstrução que auxilia as crianças a visualizarem os pensamentos automáticos negativos, bem como o processo de fala interna. O procedimento começa com a criação de uma coroa de cartolina; a seguir, o terapeuta deve fazer vários balões de pensamento com papel em branco (a coroa e os balões de pensamento estão ilustrados na Figura 5.1).

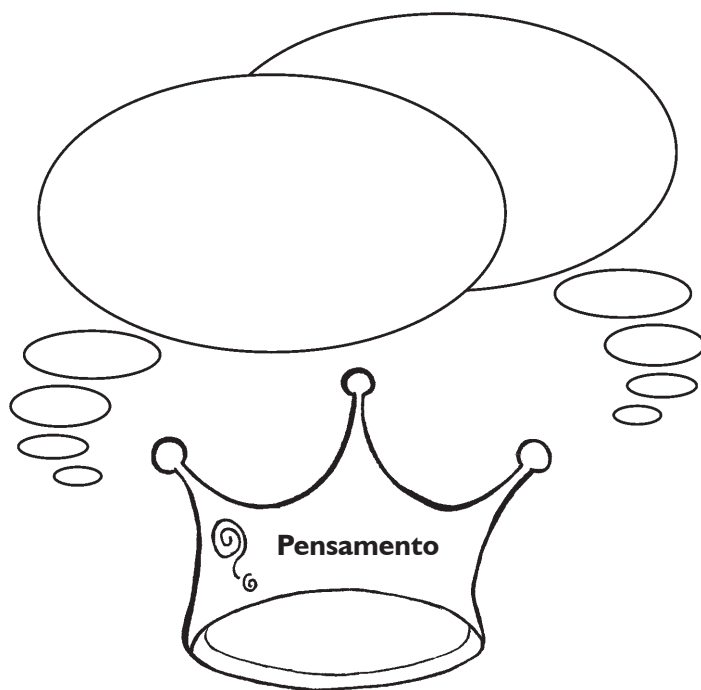
Uma vez que a coroa tenha sido colocada na cabeça da criança, ela e o terapeuta escrevem vários pensamentos automáticos nos balões. Após os PAs terem sido identificados e registrados nos balões, são colocados na coroa, grudados com fita adesiva ou tiras de velcro. Quando o balão do pensamento é colocado na coroa, tem-se a impressão de que ele está saindo da cabeça da criança (ver Figura 5.1).

O terapeuta, em seguida, processa socraticamente a experiência com a criança. O seguinte diálogo demonstra o procedimento:

Terapeuta: Vamos colocar seu pensamento “Eu sou uma perdedora” em sua Coroa do Pensamento. (Coloca na coroa.) Que sentimento você tem?

Andi: Triste.

Terapeuta: Faça com que seu rosto pareça assim. Isso parece fa-

**FIGURA 5.1**

Coroa do Pensamento.

zer sentido. Se “Eu sou uma perdedora” surgir em sua cabeça, você se sentirá triste. Deveríamos tentar pensar em alguma coisa para colocar no lugar disso?

Andi: Claro.

O próximo passo no processo representa a intervenção de autoinstrução ou fala interna. Criança e terapeuta trabalham juntos a fim de desenvolver pensamentos alternativos de *coping* que amenizem a perturbação associada ao pensamento negativo. Uma vez elaboradas, as respostas alternativas são registradas nos balões de pensamento. O terapeuta e a criança, então, procedem na concretização da substituição do pensamento (o seguinte diálogo ilustra o processo):

Terapeuta: Certo, vamos tentar. “Eu sou uma perdedora” será excluído de sua coroa do pensamento. Depois, será colocado este novo pensamento: “Só porque eu não consegui levar as anotações da professora até o escritório, não quer dizer que eu seja uma perdedora”. (*O terapeuta coloca o novo pensamento na coroa e exclui o antigo.*) Agora, como você se sente?

Andi: Não tão triste.

Terapeuta: Faça uma cara não tão triste. Agora, vamos colocar o velho pensamento de volta. Como você se sente agora?

Andi: Triste outra vez.

Terapeuta: Agora mude sua coroa do pensamento. Como você se sente

- com o novo pensamento em sua cabeça?
- Andi: Não tão triste novamente.
- Terapeuta: Então, qual é a lição?
- Andi: Quando eu penso que não sou uma perdedora se não for a ajudante da professora por um dia, não me sinto tão triste.
- Terapeuta: E o quanto isso a deixa no controle de seus sentimentos?
- Andi: Bastante no controle.

O diálogo ilustra vários aspectos: em primeiro lugar, Andi aprendeu que, quando ela mudava coisas em seu balão de pensamento, seus sentimentos também mudavam; segundo: ela descobriu que tinha maior controle de seus sentimentos; por conseguinte, seu sentido de eficácia aumentou.

JOQUE LONGE

Idade: de 7 a 12 anos

Propósito: Reestruturação cognitiva

Materiais Necessários:

- Bola pequena e macia
- Pedacos de papel/cartões
- Caneta, papel

“Jogue Longe” é uma forma divertida de praticar a reestruturação cognitiva com crianças com menos idade. A técnica envolve nove pensamentos automáticos negativos coletados dos registros de pensamentos da criança no módulo de automonitoramento (ver Capítulo 2). Os nove são escritos em cartões, dispostos no chão e organizados como um jogo da velha. A criança joga a bola em direção aos cartões; caindo em um cartão, a criança lê o pensamento automático e, em seguida, precisa transformá-lo elaborando uma afirmação de *coping*. Se desenvolver uma resposta apropriada, a criança anota-a no verso do cartão. O lado do *coping* permanece virado para cima. O jogo continua

até que a criança consiga três em linha, sendo que ele pode ser jogado com o terapeuta e/ou em um grupo com pares.

O “Jogue Longe” é útil pois, após o jogo, a criança leva os cartões de *coping* para casa e qualquer um que seja deixado sem solução fica como tarefa de casa. Se os pares ou o terapeuta jogam, suas respostas servem como modelos. O seguinte diálogo dá dicas sobre o “Jogue Longe”.

Terapeuta: Christian, jogue a bolinha e veja se você consegue cair em um quadrado. Quando cair em um quadrado, veja se consegue virar o pensamento e fazê-lo em uma forma útil e nova de ver as coisas. Se conseguir, ganha o quadrado. Quando conseguir três seguidos em qualquer direção, vence o jogo. Pronto?

Christian: Eu vou ganhar.

Terapeuta: Essa é uma atitude confiante.

O diálogo demonstra uma breve, mas clara introdução para o “Jogue Longe”. O terapeuta rapidamente passa para o jogo e reforça as falas internas espontâneas positivas da criança.

Terapeuta: Certo, Christian, jogue a bola. (*Christian joga.*) Veja, você caiu no “Eu preciso que as coisas saiam do meu jeito, ou tudo será horrível”. Como você consegue transformar esse pensamento?

Christian: Esse é difícil. Você poderia fazer?

Terapeuta: Primeiro você tenta, e eu vou ajudá-lo se precisar.

Christian: Que tal “As coisas não têm que sair do meu jeito”?

Terapeuta: Quase lá. O que mais você pode dizer para si mesmo para

modificar o cartão? E quanto à parte horrível?

Christian: Bem, não é horrível. Eu aguento.

Terapeuta: O que você pode fazer?

Christian: Apenas saber que isso também deverá passar e esperar que passe.

O terapeuta acompanhou Christian em seu processo de reestruturação cognitiva. A despeito de sua relutância inicial, Christian fez uma boa tentativa de autoinstrução. O terapeuta ajudou-o a aprimorar a estrutura de sua resposta inicial e incluiu um componente de resolução de problemas.

COLAR DO COPING

Idade: de 7 a 11 anos

Propósito: Reestruturação cognitiva

Materiais Necessários:

- Elásticos ou uma corda
- Cartolina ou papel colorido
- Canetas hidrocores
- Bijouterias

Os cartões de *coping* são amplamente usados na TCC. Na verdade, são lembretes escritos de estratégias construtivas de resolução de problemas e atribuições úteis. Mesmo os cartões de *coping* sendo eficazes, as crianças os esquecem, os perdem e/ou se desfazem deles. O “Colar do *Coping*” é uma maneira de fazer um cartão de *coping* mais familiar, divertido e mais fácil de acompanhar.

Serão necessários elásticos ou uma corda plástica, papel colorido/cartolina, bijouterias e canetas hidrocores. Em um lado do papel colorido, anota-se o pensamento problemático; no outro, o pensamento de *coping*. Após o pensamento de *coping* ter sido escrito no papel, a criança começa a decorá-lo com bijouterias. Um buraco é feito no topo do papel, passando-

-se um fio pelo buraco e completando o colar.

A criança deve ser lembrada de que a estratégia ou a resposta de *coping* produtiva é a que tem “joias”. Ela é instruída a virar o cartão dos pensamentos negativos para ler o pensamento de *coping* sempre que for afetada pela ideia perturbadora. Tendo o colar, o cartão de *coping* pode ser exibido. Embelezar o cartão de *coping* com bijouterias faz dele algo difícil de ser esquecido. Por fim, ao usar suas “bijouterias”, a criança literalmente adota e internaliza a resposta do *coping*.

MÃO NO CORAÇÃO

Idade: de 7 a 11 anos

Propósito: Reestruturação cognitiva de crenças associadas à ansiedade de separação

Materiais Necessários:

- Planilha “Mão no Coração” (Formulário 5.1)
- Canetas

“Mão no Coração” é um procedimento com metáforas e autoinstruções para crianças e pais experimentando a ansiedade proveniente de separação. Além disso, a tarefa é coletiva, o que reúne as emoções de pais e crianças no procedimento. Os materiais necessários são bastante simples: uma Planilha da “Mão no Coração” (Formulário 5.1) e algumas canetas hidrocores ou canetas.

A “Mão no Coração” é baseada na música *For Good* do popular musical da Broadway *Wicked* (Schwartz, 2003). A metáfora é adequada porque concretiza um sentido de permanência emocional (a impressão da mão) para o paciente. Além disso, com pais e mães deixando suas impressões das mãos, o procedimento torna-se uma “estampa” única de encorajamento e autoinstrução.

O procedimento é bastante simples: em primeiro lugar, é apresentada a metáfora da “impressão da mão em seu coração” (ver o exemplo a seguir).

Você sabe o que é uma impressão da mão? É algo que é totalmente especial de uma pessoa. Não há duas pessoas no mundo com a mesma. Por exemplo, a impressão da mão de sua mãe é totalmente dela. Quando uma pessoa coloca sua impressão da mão em seu coração, você é tocado e está próximo dela para sempre, mesmo estando longe.

Nós vamos fazer a impressão da mão de sua mãe em seu coração com esta planilha. Isso significa que sua mãe sempre estará perto de você. Em cada dedo da impressão, será colocado algo que lembra sua mãe estando perto e o quão bravo você pode ser estando sozinho. Como isso lhe parece?

A seguir, os pais traçam as impressões de suas mãos, e criança, pai e terapeuta desenvolvem instruções para ajudar a estimular a separação (por exemplo: “A mãe estará em casa quando eu voltar da escola. O pai pode se proteger dos perigos. Você será corajoso sem a mãe e o pai por perto.”). As crianças optam por manter a planilha em um local especial em casa, por carregá-la consigo para a escola ou ambos.

A seguinte transcrição ilustra o processo com Kym, de 8 anos, e sua mãe.

Terapeuta: Veja, Kym. Aqui está a “Mão no Coração” de sua mãe.

Kym: Legal.

Terapeuta: Agora quero que você e sua mãe tentem escrever alguma coisa em cada dedo que vai ajudá-la a se lembrar de que sua mãe se importa com você e que você pode ficar bem sem ela estar sempre por perto.

Mãe: Kym, lembre-se de que nós sempre conversamos sobre seu dia quando você chega em casa.

Kym: Eu adoro isso. Geralmente comemos bolinhos e conversamos.

Terapeuta: Em qual dedo deveríamos escrever?

(Kym e sua mãe escolhem um dedo.)

Terapeuta: Agora, o que o lembraria que você está bem sem sua mãe?

Kym: Eu adoro a escola e faço todos meus trabalhos sozinha.

Mãe: Com certeza, querida.

Terapeuta: E quanto a fazer amigos e brincar durante o recreio?

Kym: Eu me divirto e faço isso sozinha também!

O processo continuou com os outros três dedos. Kym e sua mãe aprenderam a escrever lembretes e autoinstruções para negociar separações ao longo do dia. A impressão da mão representava a pista visual para o *coping* que Kym carregava em sua mochila.

POR ENQUANTO OU PARA SEMPRE?

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Distinguir entre eventos estressores duradouros e outros de curta duração

Materiais Necessários:

- Diário do Pensamento preenchido anteriormente (ver Capítulo 2) ou outro papel
- Lápis ou caneta

“Por Enquanto ou Para Sempre?” é uma intervenção simples de reestruturação cognitiva direcionada a pacientes que entendem as coisas como imutáveis e, por consequência, adotam uma postura pessimista. “Por Enquanto ou Para Sempre?” é baseado na mesma premissa do “Permanente *versus* Temporário” (Friedberg et al., 2001). Da mesma forma, orienta as crianças a distinguirem problemas sempre presentes daqueles mais ocasionais. Em termos conceituais, “Por Enquanto ou Para Sempre?” atua diretamente nas dimensões atributivas estáveis/instáveis e globais/específicas no modelo de atribuição do desamparo aprendido (Abramson, Seligman e Teasdale, 1978).

Foi inspirado na música *For Now* (Lopez e Marx, 2003) do musical da Broadway *Avenue Q*. A música comoventemente comunica que uma coisa inevitável na vida é a mudança. Já que o procedimento lida com os pensamentos automáticos identificados, “Por Enquanto ou Para Sempre?” segue a conclusão dos “Diários do Pensamento” descritos no Capítulo 2.

A seguinte introdução indica as condições para a técnica.

Dylan, você me disse que se sente aprisionado por muitos de seus problemas. Percebe-os como eternos e imutáveis. Eu compreendo o quão desamparado você vê a si mesmo. Algumas vezes pode ser útil listar os problemas e decidir se durarão apenas “por enquanto”, ou se estarão lá “para sempre”.

O procedimento tem várias etapas: na primeira, terapeuta e paciente listam problemas ou questões em um pedaço de papel ou no “Diário do Pensamento”. O terapeuta, então, cria duas outras colunas ao lado da lista de problemas (uma coluna é denominada “Por Enquanto”, e a segunda “Para Sempre”). O paciente é solicitado a considerar quais problemas são “por enquanto” e quais são “para sempre” e colocam um “X” na linha de cada problema em uma das colunas. Quando o paciente termina essa etapa, o terapeuta pergunta qual coluna tem mais marcas. Em seguida, parte-se para questões sintetizadoras como “O que você conclui a partir disso?”, “O que isso lhe diz?”, e/ou “Qual é a lição disso?”. A conclusão é anotada em um cartão de *coping*.

O seguinte diálogo exemplifica o processo com Dylan, uma menina depressiva de 15 anos que via a si mesma como sobrecarregada e incompetente.

Terapeuta: Dylan, vamos listar as coisas contra as quais você está lutando.

Dylan: Você quer dizer as coisas que me deixam estressada?

Terapeuta: Isso.

Dylan: Minhas notas, as expectativas da minha mãe e do meu pai, as panelinhas na escola, as meninas desgraçadas, meu treinador de futebol está me pressionando, a festa está chegando e eu não tenho um par, tenho comido muita porcária, minha irmã pegando a minha maquiagem. Isso é o bastante?

Terapeuta: É um começo. Esses são os maiores problemas?

Dylan: Bem, ingressar na faculdade, tirar minha carteira de motorista, se estarei ou não depressiva toda a minha vida.

Terapeuta: Certo, vamos dar uma olhada nisso, tudo bem? (*Anota os itens enquanto Dylan os lista.*)

Dylan: Claro.

Terapeuta: Coloque um X conforme você vê o problema: apenas irritante no presente ou sendo sempre uma dificuldade. (*Entrega o diário a Dylan.*) (Ver como Dylan completou o diário na Figura 5.2.)

Terapeuta: Quantos problemas são momentâneos e quantos são duradouros?

Dylan: Há nove problemas na coluna “por enquanto” e três na coluna “para sempre”.

Terapeuta: E o que você acha que isso significa?

Dylan: Eu não sei. (*Pausa.*) Talvez que a maior parte de meus problemas seja apenas por enquanto... mas eu ainda tenho os três grandes na coluna do para sempre.

Terapeuta: Vamos conversar sobre isso. As expectativas dos seus pais,

- preocupações sobre namorar e sobre estar depressiva.
- Dylan: Eu apenas quero ser normal. Meus pais não vão mudar. Tenho que ser perfeita, ou então eu vou desapontá-los. Os meninos sempre vão me apavorar. Eu não os entendo.
- Terapeuta: Essas são dificuldades duradouras para você. Está aprendendo maneiras de lidar com elas?
- Dylan: Um pouco. Mas é muito difícil.
- Terapeuta: Então o que você pode dizer para si mesma para resumir tudo isso?
- Dylan: (Pausa.) Não sei... A maior parte de meus problemas é por enquanto. Eu acho que isso não é tão anormal.
- Terapeuta: E quanto aos outros?
- Dylan: Meus pais sempre vão me pressionar. Namorar é uma droga e é difícil. Acho que é natural que eu me sinta mal, mas estou trabalhando nisso.
- Terapeuta: Quando você diz isso em voz alta, como se sente?
- Dylan: Menos apavorada.
- Terapeuta: Então anote essa afirmação no cartão.
- Esse diálogo demonstra como o terapeuta sistematicamente trabalhou o procedimento “Por Enquanto ou Para Sempre?” com Dylan. Ele elaborou uma longa lista de problemas de forma espontânea e direcionou a Dylan uma questão para coletar dados: “Quantos desses problemas são momentâneos e quantos são duradouros?”. A seguir, são articuladas questões de síntese ao paciente, que deve interpretar os dados: “O que você acha que isso significa?”; “Então, o que você pode dizer a si mesma para resumir isso tudo?”. O terapeuta, desse modo, verificou se havia uma melhoria no humor com a reestruturação cognitiva: “Quando você diz isso em voz alta, como se sente?”. Por último, Dylan anotou a afirmação em um cartão de *coping*.

Problema	Por Enquanto (algo que incomoda você apenas neste momento)	Para Sempre (algo que sempre irá incomodar você)
Notas	X	
Pressão dos pais		X
Grupinhos na escola	X	
Meninas desgraçadas	X	
Pressão do treinador de futebol	X	
Festa	X	
Namoro		X
Ato de comer muita porcaria	X	
Irmã pegando maquiagem	X	
Ingresso na faculdade	X	
Carteira de motorista	X	
Questão sobre por quanto tempo serei depressiva		X

FIGURA 5.2

O diário “Por Enquanto ou Para Sempre?” de Dylan.

CUIDADO OU CONTROLE

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Diminuir o conflito entre pais e filhos por meio do discernimento exato de quando o comportamento dos pais é motivado pelo cuidado e quando é motivado pelo controle.

Materiais Necessários:

- “Diário do Pensamento” preenchido previamente ou outro papel
- Lápis ou caneta

Pais, professores e jovens, muitas vezes, ficam em pé de guerra por controle. Durante os conflitos, todos interpretam erroneamente as intenções alheias. O pai ou o professor pode estabelecer limites, exigências e/ou ser invasivo devido a preocupações. Geralmente, as crianças percebem equivocadamente o cuidado como controle. Em função disso, lutam contra o controle, o que deixa o pai cuidadoso perplexo, frustrado e ressentido da rejeição da criança em relação à sua preocupação. Por conseguinte, isso leva à raiva, a uma escalada de limites e a uma expansão do envolvimento e da autoridade dos pais. Não é de surpreender que o conflito intensifica-se e que a rebeldia da criança aumenta na mesma proporção. Ajudar os jovens e seus pais a diferenciar controle e cuidado pacifica o conflito.

De modo semelhante à técnica “Por Enquanto ou Para Sempre?”, “Cuidado ou Controle” apresenta três colunas em um pedaço de papel separado ou desenhadas no “Diário do Pensamento”. Na primeira coluna, as crianças identificam o pai/adulto visto ou como controlador ou como cuidador. Na segunda, elas classificam (em uma escala de 10 pontos) o grau de controle e/ou cuidado (na coluna 3) que elas percebem no comportamento do adulto. No fim, terapeuta e criança analisam colaborativamente os dados.

Ana era uma adolescente de 15 anos com raiva e com depressão que se ressentia do comportamento controlador de sua

mãe. Ana via sua mãe como totalmente coercitiva e dominadora. Em “Diários do Pensamento” preenchidos anteriormente, ela registrou crenças como “minha mãe é uma maníaca completa por controle”, “ela insiste que eu seja seu clone” e “ela apenas se importa comigo se eu for exatamente o que ela quer que eu seja”. Consequentemente, o terapeuta escolheu o procedimento “Cuidado ou Controle” com Ana visando a atenuar seu pensamento extremista sobre o comportamento de sua mãe.

O terapeuta pediu que Ana listasse os comportamentos de sua mãe que a incomodaram. Em seguida, o terapeuta explicou: “Precisamos ver o quão controladora e cuidadora sua mãe é em seu entendimento. Como deveríamos classificar isso? Em uma escala de 1 a 10 ou em uma escala de 1 a 100?”. Ana escolheu a escala de 1 a 10. O terapeuta continuou: “Sempre que sua mãe fizer alguma coisa que a deixa irritada, liste-a e faça a pontuação de controle ou cuidado”. Ana, assim, registrou os comportamentos de sua mãe e as classificações de controle e cuidado conforme ilustrado na Figura 5.3. O seguinte diálogo mostra o processo terapêutico com a Tabela “Cuidado ou Controle”.

Terapeuta: Ana, vamos analisar sua Tabela “Cuidado ou Controle”. Como foi completá-la?

Ana: Um pouco difícil. Não tinha certeza de que estava fazendo certo.

Terapeuta: Vamos conversar sobre ela. Primeiro em sua lista, você viu o comportamento de sua mãe no café da manhã como sendo mais de cuidado do que de controle. Fale-me sobre isso.

Ana: Ela apenas quer que eu comece o dia direito. Minha mãe

- me deixa comer basicamente o que eu quiser.
- Terapeuta: Certo. E você também viu suas perguntas sobre chegar em casa, o teste de física e sua roupa como mais protetores do que controladores.
- Ana: Ela se preocupa muito.
- Terapeuta: Você viu seu comentário sobre sua saia como uma mistura de proteção e controle.
- Ana: Tenho 15 anos! Ela quer que eu me vista como se tivesse 56. As coisas mudaram no mundo. Ela pensa que os meninos estão querendo se avançar em mim.
- Terapeuta: As coisas sobre o banheiro e o MSN você encarou como bastante controladoras?
- Ana: Ela é uma perfeccionista e quer as coisas “direitinho”. “Direitinho” quer dizer do jeito dela. É meu banheiro. Quem se importa com o quão limpo está? E ela não quer que eu me envolva com meus amigos. Algumas vezes não quer que eu tenha minha própria vida separada da dela.
- Terapeuta: Essa é uma ideia interessante. Vamos escrever isto: “Minha mãe não quer que eu tenha uma vida separada da dela.”
- Ana: Essa é ela.
- Terapeuta: Em relação a seu pai, ele foi mais controlador quanto aos salgadinhos e mais protetor quanto ao discurso.
- Ana: Ele é um maníaco por ordem. Acho que ele é doente com farelos. Apesar disso, ele se importa com minhas notas.
- Terapeuta: Então, o que você conclui disso tudo?
- Ana: Não sei. Minha mãe é maníaca por controle.
- Terapeuta: Outra ideia interessante. Vamos escrevê-la também. Agora como vamos saber se essas ideias estão no caminho certo?
- Ana: Não sei.
- Terapeuta: Se sua mãe fosse uma maníaca por controle e não quisesse que você tivesse sua própria vida, quantas dessas coisas seriam mais controladoras do que protetoras?

Comportamento adulto	Nível de proteção (1-10)	Nível de controle (1-10)
A mãe me disse para comer uma panqueca no café da manhã.	9	5
A mãe me perguntou quando eu chegaria em casa.	9	3
A mãe me perguntou sobre meu teste de física.	9	2
A mãe me disse para usar um blusão para o jogo de futebol.	9	2
A mãe disse que minha saia era curta demais.	7	6
A mãe corrigiu o modo como eu limpava o banheiro.	3	9
O pai me disse para evitar os salgadinhos.	2	9
O pai me disse para praticar meu discurso.	7	3
A mãe me disse para sair do MSN e fazer o dever de casa.	4	8

FIGURA 5.3

Planilha “Cuidado ou Controle” de Ana.

- Ana: Acho que a maior parte seria controle.
- Terapeuta: Vamos conferir. Quantas dessas são em grande parte por controle?
- Ana: Duas de sete.
- Terapeuta: Então a maioria é sobre controle e não querer que você tenha uma vida própria?
- Ana: Acho que sim. Talvez ela se importe demais e precise confiar mais em mim. Estou mais crescida agora e ela tem que entender isso.
- Terapeuta: O que isso faz com sua raiva?
- Ana: Faz com que ela diminua.
- Terapeuta: Quando você estiver com menos raiva, talvez possa ensinar a sua mãe a confiar mais em você e cuidar de você como uma menina de 15 anos.

O diálogo com Ana demonstra várias questões importantes: primeiramente, o terapeuta facilitou o diálogo com comentários descritivos, bem como com questionamentos. Segundo: o terapeuta foi paciente e explorou os dados lentamente com Ana. Por último, o terapeuta montou a reestruturação cognitiva com uma questão sintetizadora específica: “Se sua mãe fosse uma maníaca por controle e não quisesse que você tivesse sua própria vida, quantas dessas coisas seriam mais controladoras do que protetoras?”.

JUSTO OU O QUE EU QUERO?

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Atenuar a frustração e a raiva das crianças consequentes da confusão entre o que é justo e o que é fazer o que elas querem.

Materiais Necessários:

- Papel
- Lápis ou caneta
- Régua

Crianças raivosas, desobedientes e opositoras frequentemente adotam a visão de que as coisas que acontecem com elas são injustas, distorcendo exigências razoáveis e vendo-as como solicitações injustas. Em resumo, elas igualam inapropriadamente justiça e teve seus desejos atendidos. Como no procedimento “Por Enquanto ou Para Sempre?” e no “Cuidado ou Controle”, o “Justo ou o Que Eu Quero?” tem um formato de três colunas: a primeira lista situações ou eventos que incomodam; a segunda e a terceira requerem que o paciente considere se as circunstâncias são injustas ou se apenas contrárias a seus desejos. Após preencherem as colunas, terapeuta e paciente analisam os dados.

O seguinte diálogo ilustra o processo com Costas, um menino de 11 anos que fazia muitas birras e usava altos níveis de emocionalidade visando a garantir sua crença de que “minhas necessidades precisam sempre ser satisfeitas, mesmo à custa dos outros.”

- Costas: (*Chorando.*) Tudo é tão injusto! Eu odeio minha vida.
- Terapeuta: Costas, me diga o que é tão injusto.
- Costas: Meu professor me dá muito dever de casa.
- Terapeuta: Eu sei que o dever de casa pode ser ruim.
- Costas: Eu odeio. Além disso, minha mãe me obriga a fazer tarefas em casa. Preciso de tempo para descansar.
- Terapeuta: Então, isso também é injusto?
- Costas: Sim, algumas vezes, Edgar, Aron e Anoop pegam minhas cartas de Yugi-Oh.
- Terapeuta: Você vê isso como injusto também?
- Costas: Claro. Nada parece sair como eu quero.
- Terapeuta: Não surpreende que você esteja tão triste e chateado. Você

- vê o justo como igual a ter o que você quer.
- Costas: Espere. Como assim? Acho que sim, de certa forma.
- Terapeuta: Deixe-me perguntar: você vê a maior parte das coisas que o desagradam como injustas ou como não sendo como você quer?
- Costas: Um pouco dos dois.
- Terapeuta: Isso pode ser confuso. Vamos ver se podemos ajudá-lo a ver as coisas mais claramente. Pode ser?
- Costas: Sim, certo.
- Terapeuta: Então, vamos começar listando as coisas que o estão desagradando. Você disse que a quantidade de dever de casa que a professora lhe passa é injusta?
- Costas: Sim.
- Terapeuta: Bem, o que faz isso ser injusto?
- Costas: Eu odeio dever de casa.
- Terapeuta: Eu compreendo que você não gosta, mas quantas outras crianças não gostam e ainda assim têm que fazer?
- Costas: Todas, eu acho.
- Terapeuta: Então isso significa que é injusto ou é apenas algo de que você não gosta?
- Costas: Eu acho que é algo de que eu não gosto.
- Terapeuta: A próxima coisa é que a sua mãe não deixa você descansar o suficiente porque ela o faz realizar tarefas em casa.
- Costas: Sim, preciso de tempo para mim.
- Terapeuta: Entendo. Você é o único que tem que fazer tarefas em sua família?
- Costas: Não, minha irmã Bridget também.
- Terapeuta: Ela também tem muito dever de casa?
- Costas: Ela está no ensino médio. Tem um monte.
- Terapeuta: Então as tarefas são injustas ou apenas não são o que você quer?
- Costas: Ah, droga, eu entendo aonde você quer chegar.
- Terapeuta: Bem, seja paciente. Ainda temos alguns itens. E quanto a Anoop, Aron e Edgar?
- Costas: Eles são mandões.
- Terapeuta: Eles podem ser. Vamos conversar mais. Qual é seu acordo com as cartas?
- Costas: Nós deveríamos trocá-las, mas eles apenas pegam minhas cartas.
- Terapeuta: Isso parece bastante injusto. O que você acha?
- Costas: É totalmente injusto.
- Terapeuta: Então, o que você conclui dessa lista?
- Costas: Na maior parte do tempo, misturo o que é injusto com o que eu quero.

No diálogo anterior, o terapeuta ajudou a criança a clarificar a distinção entre o injusto e o indesejável. O terapeuta evocou as crenças da criança de maneira empática e imparcial. Assim, Costas foi gentilmente questionado sobre suas apreciações. Por fim, “O que você conclui dessa lista?”, a questão sintetizadora, levantou a afirmação de *coping*. A planilha completa de Costas está na Figura 5.4.

VOCÊ ESTÁ PRONTO PARA ALGUMAS MUDANÇAS?

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Aumentar a motivação da criança

Materiais Necessários:

- Questionário “Você Está Pronto para Algumas Mudanças?” (Formulário 5.2)
- Lápis ou caneta

“Você Está Pronto para Algumas Mudanças?” é um exercício de reestruturação cognitiva que visa à motivação dos pacientes para a mudança. Ele é baseado na entrevista motivacional (Miller e Rollnick, 1991), nos estados de mudança (DiClemente, 2003; Geller e Drab, 1999; Prochaska, 1979; Prochaska e DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente e Norcross, 1992) e na terapia de aceitação e comprometimento (Schulte et al., 2002). A literatura indica que os pacientes diferem no quão perturbador eles entendem seus problemas, quão capazes eles mesmos se consideram de fazer mudanças e quanto esforço direcionam para essas mudanças. De modo amplo, resistência, evitação por parte do paciente ou a estagnação em terapia é vista como ambivalência (Zinbarg, 2000). “Você Está Pronto para Algumas Mudanças?” pretende mudar a ambivalência dos pacientes para o comprometimento. Muitas das questões no “Você Está Pronto para Algumas Mudanças?” são baseadas na “Entrevista de Prontidão e Motivação” desenvolvida por Geller e Drab (1999) e nas condições essenciais do comportamento do paciente referidas por Schulte e colaboradores (2002). Um questionário “Você Está Pronto para Algumas Mudanças?” é fornecido no Formulário 5.2.

O exercício começa com os jovens definindo seus problemas. As próximas sete questões abordam diferentes percepções de elementos de mudança. Cada questão é classificada em uma escala de 7 pontos para desencorajar respostas extremis-

tas. A primeira questão (“Incomoda-me que...”) lida com o nível de perturbação subjetiva associada ao problema. A perturbação subjetiva é motivante (Schulte et al., 2002). A segunda questão é conceitualmente similar à primeira e aborda o sentido de desamparo e falta de controle associados aos problemas. A terceira questão avalia o sentido de anormalidade ou diferença causado pelo problema (“Acho que _____ pessoas da minha idade têm esse tipo de problema”). Ver a si mesmo como anormal é motivador (Schulte et al., 2002). A próxima questão lida com a confiança do paciente no processo de tratamento e a esperança em relação ao resultado. Níveis mais altos de confiança no tratamento são motivadores (Schulte et al., 2002). As três questões finais avaliam as apreciações subjetivas dos pacientes sobre o comprometimento com a mudança e suas habilidades percebidas para tal. A falta de comprometimento e a baixa autoeficácia são desmotivadores (Bandura, 1977a, 1977b, 1986; Geller e Drab, 1999; Prochaska e DiClemente, 1992).

O padrão de respostas dos jovens é revelador e proporciona um fundamento contundente na reestruturação cognitiva. Por exemplo, se o problema é moderadamente perturbador, o esforço do paciente é improvável. Se o problema é perturbador, mas o paciente não experimenta desamparo ou falta de controle, essa inconsistência deve ser socraticamente processada: “Explique para mim como _____ pode realmente o incomodar,

Coisa que incomoda	Injusto	Apenas não é o que eu quero
Dever de casa		X
Tarefas		X
Anoop e Edgar pegam cartas	X	

FIGURA 5.4

Planilha “Justo ou o Que Eu Quero?” de Costas.

mas você se sente apenas um pouco desamparado”; “Como é que você pode estar muito perturbado se você se vê no controle?”. A confiança no processo de tratamento e a autoeficácia percebida para a mudança são áreas particularmente interessantes para intervenção. O problema talvez seja muito perturbador e contribui para a desesperança e para a sensação de ser anormal, mas se o paciente duvida que o tratamento terá retorno, ele ficará estagnado no tratamento. Nesse caso, o terapeuta deve focar a confiança percebida no tratamento para promover a motivação. Por fim, os pacientes podem estar perturbados, desamparados, vendo a si mesmos como anormais, confiantes no terapeuta e, ainda assim, permanecerem ambivalentes e desmotivados, pois duvidam de suas habilidades para a mudança. Nesse caso, motivar a autoeficácia para mudança é fundamental.

O seguinte diálogo ilustra como promover a autoeficácia para mudanças com uma paciente de 15 anos com anorexia chamada Jasmine. Ela não estava progredindo no tratamento e preencheu o questionário “Você Está Pronto para Algumas Mudanças?” (Figura 5.5).

Terapeuta: Obrigado por preencher o formulário, Jasmine. Vamos analisar o que você circulou. Não comer a incomoda bastante; você se sente fora de controle; quer mudar seus sentimentos, pensamentos e comportamentos, mas não acha que o tratamento será válido, e você pensa não ser capaz de mudar seus sentimentos, pensamentos e comportamentos. Isso está de acordo?

Jasmine: Sim, é possível dizer dessa forma.

Terapeuta: Você diria dessa forma?

Jasmine: Certamente.

Terapeuta: Bem, isso me permite compreender o quão difícil é para você. Essa anorexia a incomoda e faz com que se sinta mal, então não surpreende que não procure realmente a terapia.

Jasmine: Não vai ajudar mesmo.

Terapeuta: Entendo. O que faz com que pense que o tratamento não vai ajudar e que não pode mudar seus sentimentos, pensamentos e comportamentos?

Jasmine: Não os mudei no passado, e o outro terapeuta e o hospital não ajudaram.

Terapeuta: O que isso quer dizer sobre você?

Jasmine: Que sou uma causa perdida.

Terapeuta: Então você não quer investir energia em uma causa perdida?

Jasmine: Exatamente.

Terapeuta: O que faz de você uma causa perdida?

Jasmine: Isso está andando em círculos. Eu não consigo comer!

Terapeuta: É exatamente um círculo. Essa é realmente a parte difícil. É possível que você não saiba *como mudar*?

Jasmine: Sim, é possível.

Terapeuta: Certo. O quanto você acha que é capaz de continuar progredindo?

Jasmine: Quase sempre tenho recaídas.

Terapeuta: Então é possível que falte a você confiança no enfrentamento das situações também?

Jasmine: Apenas não acho que seja boa em lidar com as situações. Eu me apavoro muito.

Terapeuta: Então não sabe como mudar e não consegue se manter?

Jasmine: Essa sou eu.

Terapeuta: Conseguiria mudar as habilidades e a confiança?

Jasmine: Um pouco, eu acho.

Terapeuta: Então, se a confiança e as habilidades são mutáveis, você é mesmo uma causa perdida?

Jasmine: Não sei. Nunca pensei sobre isso... Talvez não seja uma causa perdida. (Sorri.)

Terapeuta: Você sorriu agora.

Meu problema é não comer.

Isso me incomoda (circule uma opção):

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Um pouco		Muito	

Eu me sinto fora de controle e desamparada por causa disso.

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Um pouco		Muito	

Eu acho que pessoas da minha idade têm esse tipo de problema.

1	2	3	4	5	6	7
Não muitos			Alguns		Muitos	

Eu tenho certeza de que o tratamento ajudará.

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Um pouco		Totalmente	

Eu quero mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

1	2	3	4	5	6	7
Não quero			Um pouco		Totalmente	

Eu estou tentando mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

1	2	3	4	5	6	7
Não estou			Um pouco		Realmente	

Eu acho que sou capaz de mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

1	2	3	4	5	6	7
Não acho			Um pouco		Realmente	

FIGURA 5.5

Questionário “Você Está Pronto para Algumas Mudanças?” de Jasmine.

Jasmine: Nunca havia pensado nisso dessa forma.

Terapeuta: O quão disposta você está para construir novas habilidades e ver se sua confiança aumenta?

O diálogo exemplifica como aplicar o questionário a um paciente evitativo. Em primeiro lugar, o terapeuta recorreu às respostas de Jasmine como dados para clarificar e criar empatia com seu desamparo; segundo: o terapeuta aliou-se a Jasmine contra sua falta de autoeficácia; terceiro: o terapeuta gentilmente questionou a crença de Jasmine de que ela era uma causa perdida, pondo-a à parte de sua falta de confiança e de habilidade.

VERDADE OU TRUQUE

Idade: de 8 a 15 anos

Propósito: Aumentar a identificação de pensamentos disfuncionais das crianças

Materiais Necessários:

- Diário “Verdade ou Truque” (Formulário 5.3)
- Planilha “Doze Truques Sujos que Sua Mente Prega em Você” (Formulário 3.1)

Baseado no “Doze Truques Sujos que Sua Mente Prega em Você”, o “Verdade ou Truque” é uma versão da identificação de distorções adaptada para crianças que também inclui um componente de reestruturação. A técnica mostra como examinar os pensamentos automáticos procurando por distorções e cria uma dúvida inicial a respeito da precisão absoluta de suas interpretações. O procedimento interrompe a conexão entre pensamentos automáticos, sentimentos perturbadores e comportamentos problemáticos.

“Verdade ou Truque” começa com as quatro colunas (data, situação, sentimento, pensamento) dos “Diários do

Pensamento” apresentados no Capítulo 2. Uma quinta coluna pede que a criança identifique o truque sujo, e a coluna seis solicita à criança que registre se o pensamento é truque ou verdade. Se o pensamento for preciso, a resolução de problemas virá a seguir. Se o pensamento for um truque, deve-se lançar dúvidas sobre a precisão do pensamento. O processo termina ou com uma estratégia de resolução de problemas ou com um novo pensamento de *coping* registrado em um cartão.

O seguinte diálogo demonstra como o “Verdade ou Truque” provoca dúvidas. Anjani é uma menina indiana de 9 anos que se sente solitária, é extremamente autocrítica e é isolada por seus pares, que expressam preconceito racial contra ela. Seu diário “Verdade ou Truque” está na Figura 5.6.

Anjani: Preenchi meu diário “Verdade ou Truque”. Quer ver?

Terapeuta: Mas claro. Vamos ver: quando você estava brincando de pega-pega com os meninos, eles fizeram você ser o pegador porque é morena. Você se sentiu triste, pensou que não se enturmaria e que ninguém jamais a veria como realmente é. Você disse que era um truque.

Anjani: Ogro caolho.

Terapeuta: Então, se é um truque, quanto você deveria acreditar nisso?

Anjani: Apenas um pouquinho de nada.

Terapeuta: Quando eles estavam provocando e desrespeitando você, acreditou no ogro caolho?

Anjani: *Muito!* Eu chorei.

Terapeuta: Claro que sim. Naquela hora, parecia verdade que ninguém jamais veria você de verdade

Diário “Verdade ou Truque” de Anjani

Data	Situação	Sentimento	Pensamento	Truque sujo	Verdade ou truque	Resolução de problemas
6/12	Um menino me provocou por ser morena. Eu tive que ser o pegador por ser morena.	Triste	Eu gostaria de não ser morena. Não me enturmo. Ninguém jamais vai ver a verdadeira Anjani.	Ogro Caolho	Truque	
7/12	Fui deixada de fora durante a decoração para o Natal	Triste	Tony disse que eu não podia ajudar com a árvore, pois eu não era cristã e ninguém iria gostar de mim.	Profeta Desastroso	Truque	
11/12	Nomeada a melhor aluna do mês por tirar A em tudo. As crianças me vaiaram.	Triste	Há algo errado comigo.	Pensamento Tudo-Eu	Truque	
12/12	As crianças me perseguiram e me ofenderam por eu ser morena, e eles dizem que eu falo de modo engraçado.	Triste	A maioria das crianças é malvada. Eu acho que elas têm medo de mim e são um pouco invejosas.		Verdade	Contar para a professora do recreio, brincar com as meninas que são tranquilas. Contar para a minha mãe.

FIGURA 5.6

Diário “Verdade ou Truque” de Anjani.

e que você não fosse se enturmar, mas, quando você pensou sobre isso, não acreditou nos truques.

Anjani: Sim.

Terapeuta: Vamos anotar tudo isso em um cartão.

Anjani: Eu tenho que escrever que eu não acredito que não vou me enturmar? Que é apenas meu ogro caolho?

Terapeuta: Exatamente.

Então, o terapeuta continuou o diálogo para as entradas de 7/12 e 11/12. Entretanto, a entrada do dia 12/12 era precisa e requeria uma intervenção de resolução de problemas.

Anjani: Ainda temos um faltando.

Terapeuta: Vamos verificar. As crianças estavam perseguindo você e ofendendo-a. Você se sentiu triste, e pensou que elas eram malvadas, invejosas e que tinham medo.

Anjani: Mas acho que isso é *verdade*.

Terapeuta: Também acho. Você fez um ótimo trabalho neste diário. Muitas crianças ficam com medo de alguém que é diferente e transferem esses sentimentos de medo a essas pessoas.

Anjani: Como tentando fazer com que elas sintam medo também?

Terapeuta: Exatamente. Então, o que pode fazer para que não se sinta ferida ou mal?

Anjani: Contar para a professora do recreio e ficar perto dela. Brincar com as meninas que eu sei que são mais tranquilas. Contar para minha mãe também.

Terapeuta: Ótimas ideias. Vamos escrevê-las em um cartão.

SOU EU, NÃO O TOC

Idade: de 8 a 12 anos

Propósito: Distinguir características da personalidade da pessoa dos sintomas do TOC

Materiais Necessários:

- Palitos de picolé
- Cartas para desenhar
- Figuras de revistas
- Tesoura
- Bastão de cola

Ensinar as crianças a reagirem ao TOC é uma técnica comum de reestruturação empregada por muitos clínicos de orientação cognitivo-comportamental (Chansky, 2000; March e Mulle, 1998; Piacentini e Langley, 2004). Além disso, March e Mulle (1998) recomendam distanciar a criança do TOC racionalizando o transtorno por meio de desenhos ou imagens. “Sou Eu, Não o TOC” envolve tanto o ato de responder como o de desenhar.

Como no manual de March e Mulle (1998), o primeiro passo é pedir que a criança represente o TOC visualmente. Ela pode fazer um desenho, escolher uma figura da revista (por exemplo, uma aranha feia) ou usar algum tipo de representação (como um monstro). A seguir, terapeuta e paciente colam a figura em um lado do palito de picolé.

No outro lado, é colada uma foto da criança na escola ou um desenho de sua imagem. Uma vez os dois ilustrados, alguns pensamentos principais do TOC são anotados no lado TOC. Então, orienta-se que o paciente conduza estratégias de resposta no lado Eu.

O seguinte diálogo mostra como se usa o “Sou Eu, Não o TOC” com uma menina de 9 anos chamada Anise.

Terapeuta: Anise, sei que você gosta de desenhar.

Anise: Amo desenhar. Sou ótima em artes.

Terapeuta: Certo. Você vê isso? (*Segura uma figura humana esculpida em madeira.*) Quero que desenhe deste lado uma figura de como acha que o TOC se parece.

Anise: Eu lembro que chamamos o TOC de um inseto de coco. (*Desenha em um dos lados.*)

Terapeuta: Ótimo, agora no outro lado precisamos de uma foto sua. O que podemos fazer?

Anise: Use minha foto da escola! Eu acabei de receber cópias. (*A mãe as alcança para Anise.*)

Terapeuta: Cole-a no outro lado, o lado “você”. Agora você está em um lado...

Anise: Sim, e o inseto de coco está no outro lado.

Terapeuta: Agora, no lado do inseto fedorento de coco, escreva algo que o TOC lhe diz.

Anise: Como eu ter que dizer minhas orações perfeitamente corretas do começo ao fim.

Terapeuta: Ou o que pode acontecer?

Anise: (*Suavemente.*) Minha família vai se machucar.

Terapeuta: Escreva isso.

Anise: (*Enquanto escreve.*) Porcaria de pensamento do inseto fedorento de coco.

Terapeuta: Agora, no lado “eu” com sua foto da escola, escreva alguma coisa que você possa responder para o inseto fedido.

Anise: Eu não recebo ordens de uma mosca nojenta como você.

Terapeuta: Ótimo, agora você pode levar isso para casa e ler várias vezes. E, como tarefa de casa, faça outros desses com o TOC de um lado e você do outro.

Na transcrição acima, o terapeuta e o paciente se aliam contra o TOC. O exer-

cício de elaboração e manuseio engajou os interesses e as competências de Anise. Ela foi capaz de identificar o comando perturbador do TOC e construir uma estratégia de fala interna. O terapeuta deu-lhe a tarefa de casa de continuar a desenvolver afirmações de fala interna com os objetos.

LIMPE SEU PENSAMENTO

Idade: de 8 a 12 anos

Propósito: Reestruturação cognitiva

Materiais Necessários:

- Diário “Limpe seu Pensamento” (Formulário 5.4)
- Planilha “Doze Truques Sujos que sua Mente Prega em Você” (Formulário 3.1)
- Lápis ou canetas

“Limpe seu pensamento” é uma técnica baseada no procedimento “Encontre o Truque Sujo”, além de ser inspirada no trabalho com uma precoce menina de 8 anos com grave ansiedade de performance. Ela progrediu com relativa rapidez pelo processo de automonitoramento e foi perfeitamente capaz de identificar os truques sujos em seus pensamentos. Após revisar seu “Diário do Encontre o Truque Sujo”, Ricki espontaneamente afirmou: “Eu vou aspirar o truque sujo para fora da minha cabeça”. “Limpe seu Pensamento” é uma forma concreta de as crianças aspirarem todos os seus truques sujos.

“Limpe seu pensamento” inclui a data, a situação, o sentimento, o pensamento e o truque sujo nas colunas de 1 a 5. A coluna 6 inclui a estratégia de limpeza ou enfrentamento. As estratégias de limpeza são produzidas por diálogos socráticos com o paciente. O diário permite que o terapeuta observe quais foram as questões produtivas para, então, registrá-las. Dessa forma, ele ajuda na generalização, fazendo com que o paciente questione a si mesmo a fim de limpar

seus pensamentos. A seguinte transcrição ilustra o caso de Paula, de 13 anos, que luta contra a autocrítica, contra medos de desaprovação, tristeza e raiva. Seu diário é apresentado na Figura 5.7.

Terapeuta: Paula, vamos analisar seu diário “Limpe seu Pensamento”. (Ver Figura 5.7.)

Paula: Eu fiz tudo, menos a estratégia de limpeza. Não sabia o que tinha que escrever.

Terapeuta: Certo. Vamos trabalhar nisso juntos. No primeiro você escreveu “Estou com raiva. Eu tenho que me livrar desse sentimento. Eu odeio isso. Eu tenho que bater nela”. O que fez você dizer que é uma prisioneira do sentimento?

Paula: Foi como se a raiva tivesse me controlado e eu me esqueci de refletir sobre as coisas e bati nela.

Terapeuta: Certo, então limpe isso. Quem é mais forte: você ou a raiva?

Paula: Eu. Meus sentimentos não podem machucar as pessoas. Ações podem. Eu posso aguentar os sentimentos, eu apenas não gosto deles.

Terapeuta: Veja, você pode limpar isso. Agora, o segundo: “Eu sou feia. Meu nariz é grande demais. Sou muito baixa. Minhas pernas são gordas demais”.

Paula: Sim, eu não sou a mais bonita, a garota bonequinha. Você sabe, as meninas que são aquilo tudo.

Terapeuta: Então como esse é um pensamento espelho de circo?

Paula: Bem, eu não sou vulgar ou horrenda.

Terapeuta: E não é isso o que você estava dizendo a si mesma?

Paula: É, um pouco. (*Suspira.*)

Terapeuta: Por que isso?

Paula: Tem esse menino, o Oscar, de quem eu gosto, ele me dispensou.

Terapeuta: Certo. Então o Oscar determina que você é feia e outras coisas que você vê em si mesma?

Paula: (*Pausa.*) Eu não vou dar àquela aproveitador idiota tanto poder. Só porque o Oscar não dançou comigo, não quer dizer que sou feia. Me sinto triste, e isso é o que está me fazendo ver minha fraqueza.

Terapeuta: Agora, o último: “Minha mãe deveria saber que eu preciso da aprovação dela. Deveria prestar mais atenção em mim e no que eu quero”. O que faz disso uma regra de mula?

Paula: Tenho muitas regras em relação a ela.

Terapeuta: Ela conhece essas regras?

Paula: Não muito. Guardo as regras para mim mesma.

Terapeuta: Regras silenciosas.

Paula: Sim.

Terapeuta: Como ela pode saber delas?

Paula: (*Ri.*) Lendo minha mente, eu acho.

Terapeuta: E ela é boa em ler mentes?

Paula: Ela é péssima nisso.

Terapeuta: E como essas regras funcionam para você?

Paula: Não funcionam bem. Como ela poderia saber minhas regras? Eu nunca lhe disse. Elas não estão claras nem para mim. Talvez essas regras que eu crio não sejam boas. Não posso fazer com que minha mãe faça o que quero.

Nesse diálogo, a terapeuta ajudou Paula a construir uma estratégia de limpeza com questionamentos sistemáticos. A

Diário “Limpe seu Pensamento” de Paula

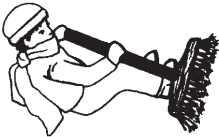
Data	Situação	Sentimento	Pensamento	Truque sujo	Estratégia de limpeza	Pensamento novo
7/11	Bete disse que eu era vulgar.	Raiva	Eu detesto ficar com raiva. Eu tenho que me livrar disso. Eu deveria bater nela. Minha raiva me controla.	Prisioneiro do Sentimento	 Quem é mais forte: você ou sua raiva?	Os sentimentos não podem ferir os outros. As ações podem. Eu não suposto esses sentimentos. Eu simplesmente não gosto deles. Essa é apenas a minha depressão falando. Eu não vou dar àquele aproveitador idiota tanto poder. Minhas regras são silenciosas. Elas não são claras nem para mim. Não posso obrigá-la a fazer o que quero.
8/11	Me olhei em um espelho na aula de educação física após Oscar ter me dispensado.	Tristeza	Eu sou feia. Meu nariz é grande demais. Minhas pernas são muito gordas.	Espelho de Circo	Só porque o Oscar me dispensou, não quer dizer que eu sou feia.	
9/11	Minha mãe criticou meu desenho.	Tristeza, raiva	Minha mãe deveria saber que eu preciso da aprovação dela. Ela deveria prestar mais atenção em mim.	Regra de Mula	Como as regras funcionam?	

FIGURA 5.7

Diário “Limpe seu Pensamento” de Paula.

identificação de cada truque sujo levou-a ao questionamento. O terapeuta também impulsionou a reestruturação cognitiva ao mesclar as questões com reflexões, para que Paula não se visse como sendo interrogada (por exemplo: “Então o Oscar determina se você é feia e outras coisas que você vê em si mesma?”; “Regras silenciosas”).

ESMAGUE O INSETO

Idade: de 8 a 13 anos

Propósito: Reestruturação cognitiva

Materiais Necessários:

- Diário “O Que Está Incomodando Você?” (Formulário 2.4)
- Formulário “Esmague o Inseto” (Formulário 5.5)
- Lápis ou caneta

“Esmague o Inseto” é uma intervenção de fala interna que deve seguir a técnica de automonitoramento “O Que Está Incomodando Você?” (Capítulo 2). Os enfrentamentos de *coping* são apresentados como diferentes “mata-moscas” que agem para silenciar os irritantes insetos. Tal procedimento é similar às estratégias de desmandar de March e seus colaboradores (March, 2007; March e Mulle, 1998). As estratégias de resposta também distanciam os pacientes dos julgamentos associados à autocrítica, assim como as inteligentes estratégias de desarmamento cognitivo (por exemplo, passageiros no ônibus, homem no buraco) apresentadas por Hayes, Strosdahl e Wilson (1999). Alguns dos pensamentos de *coping* podem fazer uso de estratégias “porque sim”, iniciadas por Elliott (1991), conforme ilustra o diálogo seguinte:

Primeiramente, os desenhos de mata-moscas são apresentados (ver o Formulário 5.5). Depois, a criança anota suas estratégias de resposta nos mata-moscas em branco.

Terapeuta: Lembra-se de quando escrevemos seus pensamentos na tabela “O Que Está Incomodando Você?”. Bem, agora vamos aprender como impedir que os insetos o incomodem. Você está pronto para isso?

Evan: Claro.

Terapeuta: Certo. A próxima ferramenta que eu vou demonstrar é chamada “Esmague o Inseto”. Observe a tabela: você vê esses mata-moscas? Há um lugar para escrever alguma coisa neles que eliminará os pensamentos que incomodam você. Alguns meninos e meninas acham útil começar a esmagar os pensamentos usando as palavras “Só porque”. Vamos tentar com seus pensamentos. O que você acha disso?

Evan: Quero esmagar o pensamento!

Terapeuta: Vamos começar com a primeira coisa que você escreveu no diário. Sua irmã estava incomodando você quando fez desenhos em sua revista de beisebol. Você se sentiu irritado e pensou: “Ela está tentando provar que é melhor do que eu e está me mostrando quem é que manda. Preciso bater nela para mostrar quem é que manda, ou ela vai saber que eu sou um trouxa”. O que mais podemos colocar no mata-moscas para acabar com esse pensamento e acalmar sua raiva?

Evan: Ela é uma trouxa por desenhá-la em minha revista!

Terapeuta: Poderíamos colocar isso, mas isso diminuiria sua raiva?

- Evan: Não, eu ficaria com mais raiva ainda.
- Terapeuta: Também acho. E se tentássemos a ideia do “Só Porque”? Eu vou começar e você termina. Só por que eu posso machucar a minha irmã, não quer dizer que eu mande nela. Posso mostrar a ela que estou no comando _____. *(Pausa)*
- Evan: Deixando minha revista de lado e contando para a mãe. Vou anotar isso na minha tabela.

Esse diálogo mostra a natureza hierárquica de muitas intervenções de reestruturação cognitiva. Nos estágios iniciais do diálogo, o terapeuta fez questões abertas, que não eliciaram respostas produtivas. Quando o terapeuta ajudou Evan a construir um enfrentamento, a tarefa tornou-se mais fácil. Essa estratégia é especialmente útil para crianças com menos idade e pacientes não habilidosos em análises racionais profundas.

CONVERSA SUJA

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Uma técnica de resposta

Materiais Necessários:

- Planilha “Conversa Suja” (Formulário 5.6)
- Caneta ou lápis

“Conversa Suja” é um procedimento de reestruturação baseado na prática de esportes cujo nome é o mesmo. Quando um jogador “fala sujo” para outros competidores, diz coisas irritantes, mentirosas e perturba o jogo. Pensamentos automáticos negativos são conversas sujas, ou seja, diálogos internos perturbadores. Essencialmente, a “Conversa Suja” é uma técnica que envolve um bate-bola. Ela é útil com o pensamento acusador pouco

convincente e o pensamento do “ogro calvo”. Os terapeutas trabalham com os jovens pacientes visando a elaborar afirmações de respostas à conversa suja.

Para introduzir o exercício, o terapeuta pode dizer:

Você sabe o que é conversa suja? Quando alguma pessoa fala sujo, diz coisas mentirosas que incomodam. É importante não acreditar na conversa suja. Você se lembra de quando aprendemos a apreender os pensamentos automáticos negativos que passam por sua cabeça quando está chateado? Agora é sua vez de responder à sujeira que seus sentimentos tristes, raivosos e preocupados mandam! O que você acha disso?

A criança e o terapeuta registram a conversa suja e pensam em enfrentamentos. Um exemplo de Tabela “Conversa Suja” é mostrado na Figura 5.8 (uma planilha em branco é apresentada no Formulário 5.6). O seguinte diálogo exemplifica o procedimento:

- Terapeuta: Remy, lembra-se de quando apanhamos coisas que correm por sua cabeça quando você fica chateado?
- Remy: Sim, ainda tenho isso.
- Terapeuta: Bom. Hoje vamos trabalhar nelas usando a Tabela “Conversa Suja”. Tudo bem?
- Remy: Acho que tudo bem.
- Terapeuta: Vamos registrar a conversa suja que passa por sua cabeça. Cite uma das coisas que você diz a si mesmo que seja suja.
- Remy: Acho que sou uma perdedora e que eu nunca vou chegar no nível de outras meninas. Ninguém nunca vai querer curtir e sair comigo.
- Terapeuta: Essa é uma conversa suja bem forte que sua mente está lhe

enviando. Vamos responder a ela.

Remy: Não sei o que fazer. Me mostre.

Terapeuta: É difícil, eu sei, pensar em coisas diferentes, pois você tem ouvido essa sujeira por muito tempo. Mas isso geralmente funciona melhor se você tomar a dianteira em responder.

Remy: Não sei o que você quer que eu diga.

Terapeuta: Qualquer coisa que ache que vá ajudar a atenuar a conversa suja.

Remy: “Eu não sou uma perdedora.”

Terapeuta: Isso vai acalmá-la?

Remy: Não.

Terapeuta: Talvez eu possa ajudá-la a começar. Que tal tentar coisas como “Eu sou mais do que meus problemas. Quando me sinto mal, eu me esqueço de minhas forças e foco mais os meus defeitos”. Você pode dizer com certeza que ninguém nunca verá você como interessante o bastante para sair com você?

Remy: Acho que entendi. Como dissemos antes, essa sujeira é a depressão falando. Não sei afirmar nada com certeza.

Terapeuta: Agora você está respondendo à sujeira! Esse tipo de resposta funciona?

O terapeuta começou com uma postura não diretiva, o que testou se Remy poderia elaborar uma resposta de *coping* sozinha. Quando ela estagnou, o terapeuta ficou mais diretivo e modelou uma resposta inicial. Por fim, o terapeuta fez a pergunta “Você pode dizer com certeza?”, o que leva Remy a duvidar da certeza de sua crença.

Planilha “Conversa Suja” de Remy


	
Sujeiras que eu digo a mim mesmo	Minha resposta
Sou uma perdedora. Nunca vou ser igual aos outros. Ninguém nunca vai querer sair comigo.	Eu sou mais do que meus problemas. Quando me sinto mal, eu me esqueço das minhas qualidades e foco meus defeitos. Não sei dizer com certeza se as pessoas vão pensar que não sou interessante o bastante para que saiam comigo.

FIGURA 5.8

Planilha “Conversa Suja” de Remy.

LANCES QUENTES, PENSAMENTOS TRANQUÍLOS

Idade: Todas as idades

Propósito: Reestruturação cognitiva para raiva

Materiais Necessários:

- Bola de brinquedo e aro ou cesta
- Planilha “Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos” (Formulário 5.7)
- Lápis e caneta

“Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos” é uma tarefa básica de reestruturação cognitiva para crianças e adolescentes raivosos. Também inclui uma atividade de basquete divertida. É um procedimento bastante simples. O material necessário é uma bola de brinquedo, um aro, a planilha “Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos” (Formulário 5.7), papel e caneta.

O procedimento inicia com a criança se preparando para jogar a bola no aro de basquete. Antes dos lances, pergunta-se a ela: “O que passa por sua cabeça quando você se sente realmente irritada?”. A cognição raivosa é registrada. Uma vez formulado seu pensamento calmo, ele é registrado, e a criança pode fazer seu lance calmamente. O seguinte diálogo com um menino de 9 anos chamado Emílio ilustra o processo (ver Figura 5.9).

Emílio: Estou com raiva e me orgulho disso.

Terapeuta: Posso perceber! Está disposto a tentar algo diferente?

Emílio: Não sei. Eu me sinto bem como sou.

Terapeuta: Emílio, sei que você adora desenhar e fazer arte. Pensei que fosse criativo.

Emílio: Sou! Meus amigos me pedem que desenhe para eles.

Terapeuta: Então você é criativo?

Emílio: Claro.

Terapeuta: E que tal ser criativo com sua raiva?

Emílio: Como?

Terapeuta: Com este jogo chamado “Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos”.

Emílio: O que é isso?

Terapeuta: Fique aqui nesta linha e faça um lance para tentar acertar o aro de basquete ao mesmo tempo em que diz um de seus pensamentos raivosos. Isso lhe dá um ponto. Então, se conseguir transformar o pensamento raivoso em um pensamento calmo, ganha mais dois pontos. Você então tenta o lance. Se acertar, ganha um ponto extra. O objetivo é conseguir 20 pontos o mais rápido possível.

Emílio: Certo. Melhor do que o que geralmente fazemos.

Terapeuta: Ótimo. Vamos tentar uma vez. Aqui está a bola. O que passa por sua cabeça quando as crianças em sua sala de aula caçoam de você?

Emílio: Vou calar a boca deles a solos.

Terapeuta: Esse é um pensamento raivoso com certeza. Um ponto para você. Agora, como ser criativo e se acalmar?

Emílio: Posso fazer um desenho deles com suas bocas costuradas.

Terapeuta: Então, em vez de bater, diga a si mesmo para desenhá-los.

Emílio: Isso.

Terapeuta: Boa ideia. Mas lembre-se: nada violento no desenho.

Emílio: Sim, você ganha uma suspensão imediata da escola se fizer isso.

Terapeuta: Mais dois pontos. Faça seu lance. (*Emílio erra.*) Boa tentativa. Você já conseguiu três pontos. Vamos tentar outro. Com que frequência você fica irritado no ônibus?

- Emílio: Eles me chamam de bichinha e cutucam meu braço com o lápis. Eles me incomodam de todos os jeitos.
- Terapeuta: E o que passa por sua cabeça?
- Emílio: Vou mostrar a eles. Ninguém é mais forte que eu. Sou o campeão da luta.
- Terapeuta: Alguma outra coisa que você possa mostrar a eles?
- Emílio: Como meu pé na bunda deles?
- Terapeuta: Então esses pensamentos quentes funcionam *em* você ou *para* você?
- Emílio: Sou suspenso do ônibus, então acho que *em* mim.
- Terapeuta: Certo, mais um ponto pelo pensamento quente. Então o que mais você poderia dizer a si mesmo por mais dois pontos?
- Emílio: Não sei. O que você acha?
- Terapeuta: Que tal “Eu quero enfiar meu pé na bunda deles para aprenderem, mas perco o controle. Talvez possa ficar no controle de mim mesmo trocando de lugar e ignorando-os”.
- Emílio: Nunca pensei nisso.
- Terapeuta: Acho que você está fazendo algo diferente. Isso é criativo! Dois pontos para você.
- Emílio: (*Arremessa e faz uma cesta.*) Legal. Já tenho sete pontos! Quando você joga?

No trabalho com Emílio, o terapeuta inicialmente evocou a colaboração do menino na tarefa. A seguir, o terapeuta usou a criatividade de Emílio como uma ferramenta para lidar com sua raiva. Quando Emílio ficou preso em um pensamento quente, o terapeuta elaborou uma autoinstrução apropriada, ainda reforçando a criatividade de Emílio.

Planilha “Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos” de Emílio



Lances Quentes

Vou calar a boca deles a socos.

Vou mostrar a eles. Ninguém é mais forte do que eu. Sou o campeão da luta. Vou enfiar meu pé na bunda deles.



Pensamentos Tranquilos

Posso desenhar suas bocas costuradas.

Quero enfiar meu pé na bunda deles, mas eu perco poder, força e controle. Talvez possa continuar no controle mudando de classe e ignorando-os.

FIGURA 5.9

Planilha “Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos” de Emílio.

EN FUEGO**Idade:** de 8 a 15 anos**Propósito:** Reestruturação cognitiva com a raiva**Materiais Necessários:**

- Diário *En Fuego* (Formulário 5.8)
- Lápis ou caneta

Crianças raivosas, muitas vezes, parecem ter corações e mentes “pegando fogo” (*en fuego*, em espanhol). A reestruturação cognitiva visa a resfriar seus pensamentos raivosos superaquecidos. *En Fuego* é um exercício no qual os pacientes jogam água em atribuições, explicações, rótulos e crenças morais que alimentam seus incêndios de raiva. Os pacientes trabalham para modificar seus pensamentos *en fuego* por meio de interpretações com a mente tranquila.

Nas primeiras três colunas, a criança anota o dia e a situação, e classifica a intensidade da raiva. A seguir, terapeuta e criança captam os pensamentos que fazem com que ela fique *en fuego*. Depois, ambos desenvolvem enfrentamentos para apagar o fogo dos pensamentos. Como todas as tarefas de reestruturação cognitiva, o melhor é empregar as falas da criança. Por último, a criança reclassifica a intensidade da raiva (recomenda-se orientar a criança a pensar em várias afirmações de *coping*). Ter um estoque de pensamentos alternativos dá à criança mais oportunidades de *coping*. Ela pode levar uma lista de pensamentos substitutos para consultar em momentos “*en fuego*” de sua rotina.

O seguinte diálogo com Aubrey, de 11 anos, que perde o controle quando sua raiva é provocada, demonstra os passos para o procedimento (ver a Figura 5.10).

Terapeuta: Aubrey, você sabe o que *en fuego* quer dizer?

Aubrey: Já ouvi nos programas de esporte que meu pai vê. Detesto

quando ele assiste a isso, pois quero ver *Hannah Montana*.

Terapeuta: Bem, *en fuego* é “pegando fogo” em espanhol.

Aubrey: Não tenho aula de espanhol até o ano que vem.

Terapeuta: Bem, aposto que você parece estar pegando fogo quando fica irritada.

Aubrey: Realmente explodo.

Terapeuta: As outras crianças deixam você irritada.

Aubrey: Odeio isso.

Terapeuta: Para uma menina responsável como você, tenho certeza de que deve ser ruim.

Aubrey: É é.

Terapeuta: Você gostaria de experimentar o diário *En Fuego*, para ver se ele ajuda você a não ser provocada por outras crianças?

Aubrey: Certo.

Terapeuta: Então, vamos anotar algumas coisas que realmente fazem a sua raiva vir à tona. O que aconteceu hoje que a deixou irritada?

Aubrey: Algumas meninas não queriam brincar comigo no recreio. Estavam fazendo um grupo em que eu não podia entrar. Joguei uma pedra nelas. Eu odeio elas!

Terapeuta: Agora vem a parte difícil. Como você esfria isso?

Aubrey: Não sei.

Terapeuta: A pedra fez com que elas quisessem brincar com você?

Aubrey: Dã... não!

Terapeuta: Certo, o que pode dizer sobre isso?

Aubrey: Pedras não ajudam a fazer amigos.

Terapeuta: Ótimo começo. O que você poderia fazer para conquistar amigos ou para não ficar irri-

tada se eles não quiserem ser amigos?

Aubrey: Encontrar outra pessoa. Algumas meninas são ruins. Não gosto quando elas agem desse jeito.

Terapeuta: Você pode mudar as outras meninas?

Aubrey: Não, mas as *pedras podem!*

Terapeuta: Agora eu entendo como você contou com as pedras. Mas isso funcionou?

Aubrey: Não.

Terapeuta: Então as pedras não ajudaram você. Você não pôde contar com as pedras e elas até tornaram as coisas piores. Vamos anotar isso. O que isso faz com sua raiva?

Aubrey: Ela diminui um pouco. Gostaria de poder pensar assim quando estou no parquinho.

Terapeuta: Eu também. Vamos trabalhar nisso, o que exige uma certa prática, como o que estamos fazendo. Vamos fazer outro. E quando você derrubou a mesa no chão durante a aula?

Aubrey: Você quer dizer ontem? Essa foi ruim. Eu fervei.

Terapeuta: Sua chama *en fuego* ferveu você, não?

Aubrey: Sim, com certeza.

Terapeuta: Então, o que aconteceu e o que passou por sua cabeça?

Aubrey: Kelsey, Michaela, Tori e Elise, todas disseram que não queriam que eu estivesse no grupo delas de artes da linguagem, pois minha saia e minha blusa não combinavam. Disseram que eu me visto como uma perdedora. Também disseram que eu não sei como usar

Exemplo de diário *En Fuego*



Data	Situação	Grau de irritação	 Pensamento <i>En Fuego</i>	 Pensamento resfriador	Novo sentimento
5/6	As meninas não quiseram brincar comigo.	8	Eu odeio elas. Eu deveria jogar uma pedra nelas.	As pedras não me ajudaram a fazer novos amigos. Eu não posso confiar nas pedras, pois elas tornam as coisas piores. Eu não posso mudá-las.	5
6/6	As meninas não me deixaram entrar pro grupo. Eu virei a mesa.	12	Elas me machucam, então eu deveria machucá-las! Eu vou me vingar. Não tenho saída.	Eu não posso mudá-las machucando elas. Se eu for para o outro grupo, eu não estarei sem saída e sozinha.	

FIGURA 5.10

Exemplo de diário *En Fuego*.

aquele negócio que vai debaixo dos braços. (*Um pouco la-crimajante.*)

Terapeuta: Você realmente se sentiu magoada por elas não terem deixado você entrar no grupo e por terem caçoado de você.

Aubrey: Queria bater nelas.

Terapeuta: Esse é um pensamento *en fuego* bem quente! Como podemos esfriá-lo?

Aubrey: (*Pausa.*) Eu apenas machuco a mim mesma, pois sou mandada para o diretor.

Terapeuta: Isso é verdade. Você queria fazer com que elas mudassem de ideia e a aceitassem no grupo?

Aubrey: Muito.

Terapeuta: Você podia realmente mudá-las?

Aubrey: Não, eu me senti realmente mal.

Terapeuta: Você se sentiu sozinha e pensou que não tinha saída?

Aubrey: Sim.

Terapeuta: Quando meninas como você sentem-se sozinhas e pensam que não há saída, elas, muitas vezes, apostam em ser bem duronas e brutas e derrubam mesas. Entendo isso, mas fica a questão: virar a mesa melhorou seus sentimentos de rejeição e solidão?

Aubrey: Fez com que piorassem, eu acho.

Terapeuta: Então o que você pode dizer para se acalmar quando as crianças a rejeitam, quando você está se sentindo sozinha, acha que não tem saída e não pode mudá-las?

Aubrey: Não posso mudar as meninas. Talvez eu simplesmente devesse estar no grupo com Bryn, Chelsea e Abraham. Eles me

convidaram e são meus amigos. Então eu não estarei tão sozinha e rejeitada.

Vários pontos importantes são ilustrados nesse diálogo com Aubrey. Inicialmente, o terapeuta envolve Aubrey, mas não se perde em alguns de seus comentários. O terapeuta é encorajador e usa o questionamento socrático para ajudar Aubrey a formular suas respostas. Como resultado disso, o terapeuta e Aubrey trabalham juntos para identificar pensamentos alternativos por meio da técnica de reestruturação cognitiva.

“BOMBÁLSAMO”

Idade: de 8 a 15 anos

Propósito: Reestruturação cognitiva com a raiva; útil com percepções interpessoais imprecisas

Materiais Necessários:

- Bálsamos de Raiva (Formulário 5.9)
- Diário “Bombálsamo” (Formulário 5.10)
- Lápis ou caneta

Jovens com raiva percebem a si mesmos como estando sob ataque por regras e demandas injustas, além de se acharem deliberadamente agredidos e injuriados pelos outros, ou seja, seu senso de justiça e controle são comprometidos. Também são agressivos por sentirem sua autoestima ameaçada (A. T. Beck, 1976). Não surpreendentemente, sentir-se machucado e desamparado pode ser a raiz de seus humores raivosos (Padesky, 1988). Como um meio de reconquistar o controle e a competência, jovens com raiva transferem responsabilidade, culpam os outros e externalizam emoções agressivamente.

“Bombálsamo” é um procedimento de reestruturação cognitiva focado em acalmar os ferimentos reais ou percebidos que as crianças experimentam. Além disso, ao ajudar os pacientes a reavaliarem seus pensamentos raivosos, recupera-se o

senso de controle perdido. “Bombálsamo” é essencialmente um jogo de palavras que crianças mais velhas e adolescentes podem achar intrigante, recomendado para crianças com mais idade predominantemente induzidas por percepções interpessoais imprecisas.

“Bombálsamo” soa como “bomba” até que seja desconstruído e explicado em terapia. Enquanto muitos jovens sabem o que é uma bomba, muito poucos provavelmente conhecerão a palavra *bálsamo*. O processo de explicação prepara o jovem para o procedimento. O seguinte diálogo ilustra o processo com Talia, uma menina de 11 anos, muito esperta, com um temperamento explosivo e pouca tolerância à frustração.

Terapeuta: Talia, quero explicar algo a você. Algumas vezes, duas palavras podem soar parecidas, mas são grafadas de forma muito diferente e possuem significados muito diferentes.

Talia: Eu acho que aprendemos isso na aula de português.

Terapeuta: Eis uma que eu espero que você vá achar interessante: *bomba* e *bálsamo*. (*Escreve no quadro branco.*) Você sabe o que é uma B-O-M-B-A, mas o que é um B-Á-L-S-A-M-O?

Talia: Não faço ideia.

Terapeuta: Um B-Á-L-S-A-M-O é algo que você coloca em um machucado ou ferida que faz com que doa menos.

Talia: Como o Neosporin.


Terapeuta: Exatamente. Então, há, as vezes, sentidos diferentes para duas palavras parecidas. Assim como há muitas formas de ver uma situação: você apenas tem que tomar cuidado para compreendê-la.

Nessa introdução, o terapeuta preparou Talia para a intervenção ajudando-a a perceber que a mesma palavra (por exemplo, *situação*) pode ter diferentes significados. Talia aprendeu que um “bálsamo” é uma intervenção para acalmar que diminui a dor. O terapeuta também reforçou a noção de que Talia deveria ser cuidadosa na interpretação de situações.

Uma vez a preparação completa, o procedimento em si é introduzido utilizando-se o Diário “Bombálsamo” (Formulário 5.10). Como o *En Fuego*, as primeiras quatro colunas do formulário registram a data, a situação, a intensidade da raiva e as atribuições da raiva. O processo de “bálsamo” envolve ensinar as crianças a questionarem as percepções interpessoais imprecisas que ocasionam o comportamento agressivo, as quais podem incluir atribuições deliberadamente hostis, um senso de injustiça, violação das regras e crenças morais, rótulos extremos de outros, pressão para aliviar a si mesmas de emoções irritantes (como vergonha, raiva, tristeza), percepções de desamparo e uma sensação de vitimização. Os “Bálsamos da Raiva” (Formulário 5.9) são questões que os pacientes podem aplicar a feridas associadas a seus comportamentos agressivos e respostas emocionais impulsivas. Os jovens aplicam o bálsamo na coluna cinco. A última coluna registra a intensidade da raiva acompanhando essas afirmações de bálsamo. Similar ao *En Fuego*, os pacientes devem desenvolver muitas afirmações de bálsamo para aplicarem em variadas situações. A seguinte transcrição ilustra o componente de reestruturação cognitiva com Talia. Seu Diário “Bombálsamo” pode ser visto na Figura 5.11.

Terapeuta: Talia, vamos analisar algumas dessas questões que podem ser um bálsamo para sua raiva. (*Mostra para Talia.*) Essas questões podem ajudar você

Diário “Bombálsamo” de Talia



Data	Situação	Intensidade da raiva	Pensamento que machuca	Afirmações de bálsamo que ajudam	Novo sentimento
7/3	Amber me olhou feio.	9	Ela está tentando fazer eu parecer ruim na frente de Stacie.	Eu estou apenas parcialmente certa de que ela está tentando me fazer parecer ruim na frente de Stacie.	6
8/3	Minha mãe invadiu a minha privacidade.	10	Ela quebrou minhas regras por causa dela. Eu devo puni-la quebrando o seu vaso.	Eu quero que minha mãe me respeite, mas ela cometerá erros. Eu gostaria de perdôá-la, mas eu não sei como.	5
10/3	A professora gritou comigo.	8	Isso é injusto. Ela sempre pega no meu pé e gosta mais das patricinhas.	Eu poderia apenas prestar atenção em mim mesma e em meu trabalho. Eu não tenho que competir com patricinhas. Isso é algo que eu posso controlar.	3

FIGURA 5.11

Diário “Bombálsamo” de Talia.

- a pensar em um bálsamo para você dar conta daquele pensamento raivoso que a machuca e machuca também outras pessoas. Qual pode se encaixar na primeira situação?
- Talia: A primeira coisa que me trouxe problemas foi quando Amber me olhou feio, e eu pensei que ela estava tentando me fazer parecer idiota na frente da minha nova amiga, Stacie.
- Terapeuta: Certo. O que na lista você pode se perguntar?
- Talia: Estou certa de que meu novo palpite é verdadeiro?
- Terapeuta: Acha que está certa?
- Talia: Parcialmente.
- Terapeuta: Vamos anotar isso. O que isso faz com sua raiva?
- Talia: Faz com que diminua.
- Terapeuta: Vamos tentar outra das suas.
- Talia: Minha mãe pegou meu telefone e olhou minhas mensagens. Sempre tenta ouvir quando eu falo com meus amigos. Odeio isso. Ela invade minha privacidade, então quebrei o vaso dela para puni-la.
- Terapeuta: Certo. Tente um bálsamo.
- Talia: Poderiam ser dois. Estou esperando que os outros sigam completamente minhas regras? O quanto eu consigo perdoar?
- Terapeuta: Então como você responde às suas questões?
- Talia: Não espero que minha mãe obedeça a meus desejos e não perdoo muito.
- Terapeuta: Entendo. E como você pode aliviar essa dor?
- Talia: Acho que quero que minha mãe me respeite, mas até ela comete erros. Ela não gosta que eu cometa erros.
- Terapeuta: Você pode perdoá-la e não punir um erro?
- Talia: Gostaria de poder.
- Terapeuta: Vamos anotar isso. O que isso faz com sua raiva?
- Talia: Ajuda um pouco a controlar.
- Terapeuta: Vamos fazer mais um.
- Talia: Surtei quando a professora me disse para parar de conversar e perturbar a aula. Ela sempre me persegue e favorece outras meninas populares, as patricinhas.
- Terapeuta: Que bálsamo você pode usar?
- Talia: Qual é minha responsabilidade e quão desamparada sou?
- Terapeuta: Certo. Então, o que você acha?
- Talia: Poderia apenas prestar atenção em mim mesma e em meu trabalho. Não tenho que competir com patricinhas. Isso é algo que posso controlar.
- Terapeuta: O que isso faz com sua raiva e com seu senso de controle?
- Talia: Isso me ajuda muito. Mas gostaria de poder fazer isso na hora.
- Terapeuta: É o que vamos fazer a seguir. Primeiro, escreva essas três novas afirmações de bálsamo nesses cartões e leia-os pelo menos três vezes por dia. Quero que você carregue afirmações de bálsamo com você e que a cada vez que sinta que está ficando com raiva, pense em uma questão para se acalmar. Por último, escreva em seu diário "Bombálsamo" cada vez que sentir raiva.
- O trabalho do terapeuta com Talia ilustra como usar as questões de bálsamo para construir uma resposta de *coping*. Também o terapeuta deu a Talia uma tarefa de casa, para que ela pudesse aplicar

as habilidades adquiridas em situações reais.

DOMANDO O MONSTRO DO IMPULSO

Idade: de 8 a 13 anos

Propósito: Reestruturação cognitiva para a impulsividade e para o raciocínio emocional

Materiais Necessários:

- Planilha “Domando o Monstro do Impulso” (Formulário 5.11)
- Lápis ou caneta

“Domando o Monstro do Impulso” é uma intervenção de reestruturação cognitiva para crianças controladas por um raciocínio emocional (por exemplo, Prisioneiro do Sentimento) e por comportamento impulsivo, no qual uma mediação racional está ausente. “Domando o Monstro do Impulso” é uma forma de as crianças impulsivas construírem caminhos que as levam adiante para ações mais adaptativas.

Assim como as outras abordagens, “Domando o Monstro do Impulso” é realizada em várias etapas. Primeiramente, o desenho do monstro do impulso é apresentado, e os pensamentos impulsivos da criança são registrados.

Terapeuta: Vamos ver o desenho, Lexi. Quando você sente que tem que gritar ou tocar no material escolar de outras pessoas, é como se um monstro do impulso estivesse lhe dizendo para fazer essas coisas. É uma voz dentro de você que não pensa sobre o que acontecerá. Como você se sente?

Lexi: É um pouco confuso. Será que eu tenho isso dentro da minha cabeça?

Terapeuta: (Sorri.) Não. Nós só estamos dando à sua voz interna um

rostro. Pode ser mais fácil entender seu pensamento assim.

Lexi: Ah, certo.

Terapeuta: Agora, vamos escrever o que passa por sua cabeça quando você fala quando não é sua vez ou pega as canetas de seus colegas. Você vê a caneta em cima da mesa. O que seu monstro do impulso lhe diz?

Lexi: Pegue-a. Parece bem divertida.

Terapeuta: Ótimo. Vamos escrever o que o monstro do impulso diz (ver a Figura 5.12).

A seguir, o terapeuta introduz o componente “treinador ou domador” (a figura que representa o componente de reestruturação cognitiva).

Terapeuta: Vamos analisar esta pessoa, a domadora, cuja função é ensinar ou treinar o monstro do impulso. Como você acha que ela pode treinar o monstro do impulso?

Lexi: (Silêncio.)

Terapeuta: O que ela pode dizer para o monstro do impulso para ajudá-la a não pegar a caneta da outra menina?

Lexi: Talvez ela pudesse dizer: “Olhe com seus olhos, e não com suas mãos.”

Terapeuta: É um bom começo. Escreva isso na coluna do domador. Você está começando a domar o monstro do impulso.

No diálogo anterior, o terapeuta pacientemente avançou com Lexi pelos processos de automonitoramento e autoinstrução. Lexi não respondeu à questão aberta “Como você acha que ela pode treinar o monstro do impulso?”. O terapeuta,

sendo assim, autocorrigiu-se utilizando uma pergunta mais concreta: “O que ela pode dizer para que o monstro do impulso ajude-a a não pegar a caneta da outra menina?”. Assim, ele reforçou seus esforços de *coping*.

CLASSIFIQUE SUAS PREOCUPAÇÕES

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Diminuir a magnitude e a probabilidade de perigos antecipados; diminuir a catastrofização

Materiais Necessários:

- Planilha “Classifique suas Preocupações” (Formulário 5.12)
- Lápis ou caneta

Conforme discutido no Capítulo 2, crianças ansiosas tendem a superestimar a probabilidade e a magnitude de perigos e ameaças. De fato, essa tendência contribui para a catastrofização (por exemplo, pensamento “Profeta Desastroso”). “Classifique suas Preocupações” é um procedimento de reestruturação cognitiva que testa as expectativas das crianças frente à probabilidade e à magnitude dos perigos, recorrendo a procedimentos de escala e alguns questionamentos socráticos simples.

“Classifique Suas Preocupações” é realizado ao longo de várias fases: na primeira, as preocupações e os medos são listados. A fase 2 envolve classificar quão ruim ou péssimo o evento seria se realmente tivesse ocorrido. Na fase 3, a criança classifica a probabilidade ou a chance do perigo. O procedimento de classificação nas fases 2 e 3 estabelecem o processo de reestruturação, bem como desafiam simultaneamente o raciocínio extremista da criança (pensamento “ogro caolho”). Quando as crianças classificam suas expectativas, começam a visualizá-las em um contínuo.

O processo de reestruturação começa com uma avaliação das classificações de desagrado, passando para uma revisão das classificações de probabilidade. No estágio sintetizador final, a criança compara as hierarquias de probabilidade e magnitude e elabora uma conclusão. O seguinte diálogo ilustra o processo de reestruturação cognitiva com uma menina de 10 anos chamada Idina, que luta contra ansiedade generalizada e ansiedade de separação.

Terapeuta: Idina, percebi que você completou sua planilha “Classifique Suas Preocupações” (ver a Figura 5.13).

Planilha “Domando o Monstro do Impulso” de Lexi

Situação Vê canetas



Monstro do Impulso diz:

“Pegue-a. Parece divertida.”



Domador diz:

“Olhe-a com seus olhos, e não com suas mãos.”

FIGURA 5.12

Planilha “Domando o Monstro do Impulso” de Lexi.

Idina: (*Suspira.*) Completei. Anotei várias preocupações.

Terapeuta: Está disposta a revê-las?

Idina: Acho que não tem problema.

Terapeuta: Bem, com todas essas preocupações passando por sua cabeça, não admira que você se sinta tão cansada e que seu estômago doa muito. Vamos ver se conseguimos interpre-

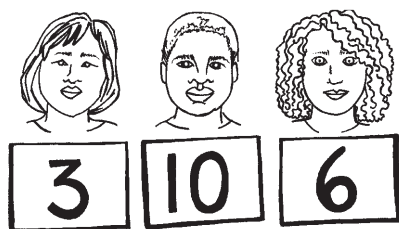
tar essa lista. Vamos analisar o quão prováveis as preocupações são. Quantas dessas preocupações são mais altas que 5 na coluna da probabilidade?

Idina: (*Conta.*) Cinco.

Terapeuta: Quantas são menos do que cinco?

Idina: 10.

Planilha “Classifique suas Preocupações” de Idina



Preocupação	Quão ruim/péssimo	Quão provável
Mãe ser mordida por uma cobra	9	2
Pai ter um ataque cardíaco	10	3
Mãe e pai serem sequestrados	10	1
Casa pegar fogo	9	2
Sofrer acidente de carro	8	3
Ocorrer um tornado	7	3
Ocorrer um tsunami	8	1
Reprovar na escola	8	1
Vomitar	5	7
Os amigos serem malvados	5	7
Ter problemas na escola	8	3
Perder um brinquedo favorito	5	8
Ladrão entrar na casa	9	2
Mãe gritar comigo	4	9
Cair da bicicleta	5	9

FIGURA 5.13

Planilha “Classifique suas Preocupações” de Idina.

- Terapeuta: Qual dos tipos tem mais? Os altamente prováveis ou os pouco prováveis?
- Idina: (*Excitadamente.*) Os menos prováveis são dois para um!
- Terapeuta: Então o que você entende a partir disso?
- Idina: Muitas das minhas preocupações são pouco prováveis.
- Terapeuta: Agora escreva isso em um cartão. A seguir, vamos avaliar a coluna da probabilidade e do desprazer, mas apenas as preocupações realmente ruins, as que são 7 ou mais. Quantas há dessas?
- Idina: 10.
- Terapeuta: Agora, dessas dez, quantas são mais altas que 5 na coluna da probabilidade?
- Idina: (*Surpresa.*) Nenhuma?
- Terapeuta: Parece que sim. Agora, das preocupações menos desagradáveis, quantas são muito prováveis?
- Idina: Todas elas!
- Terapeuta: O que você conclui com isso?
- Idina: Que todas as minhas preocupações realmente ruins não são muito prováveis. As que são mais prováveis são as menos ruins.
- Terapeuta: Vamos escrever isso em outro cartão!

O trabalho do terapeuta com Idina elucida vários pontos fundamentais; entre eles, o terapeuta começa com uma resposta empática e acompanha Idina ao longo do procedimento com questões específicas. O terapeuta interrompe na metade e no final do processo para fazer questões sintetizadoras (por exemplo, “O que você conclui disso?”; “A qual conclusão isso leva você?”). Por último, o terapeuta encoraja Idina a registrar as conclusões em cartões.

CORTE O NÓ

Idade: de 8 a 13 anos

Propósito: Romper contingências imprecisas envolvendo o valor próprio

Materiais Necessários:

- Papel colorido
- Tesouras
- Caneta ou canetinha
- Cordão ou cadarços

“Corte o Nó” é um exercício de autoinstrução útil no rompimento de contingências imprecisas entre as visões dos pacientes de si mesmos e dos outros e algum padrão irreal. A literatura, muitas vezes, define isso como um “valor próprio contingente” (Kuiper, Olinger e MacDonald, 1988). Além disso, a maior parte dos equívocos cognitivos ou “truques sujos” envolvem o “pensamento mágico” (Einstein e Menzies, 2006) (por exemplo, o “Mágico Trágico”). Na terapia cognitiva, o pensamento mágico compreende um relacionamento supersticioso entre dois elementos baseado em correlações de chance. Geralmente, esse processo é muito frequente em sintomas de TOC, como “se eu enxergar um ponto preto na calçada, terei câncer”; “se eu me mover quando os ponteiros do relógio estiverem no 7 ou no 3, terei azar a minha vida inteira”.

De certa forma, “Corte o Nó” envolve identificar vários princípios como “Se... , então...” e “As pessoas devem...”. Geralmente eles são reconhecidos de imediato pelo processo de conceituação do caso, detalhado no Capítulo 1. O segundo passo envolve determinar as condições não razoáveis abordadas (por exemplo: “Se sou perfeito, estou sempre no controle; portanto, a perfeição é determinada pelo controle absoluto de tudo”). A Figura 5.14 relaciona princípios e condições de exemplo e, uma vez nomeados, são escritos em tiras de papel colorido.

O próximo passo envolve fazer um furo na parte de trás do princípio e na fren-

te da afirmação condicional. O princípio e a condição são amarrados juntos com um elástico ou algo semelhante. Depois de unidos, o terapeuta inicia um diálogo socrático visando a romper essa correlação. Após o diálogo socrático ter sido completado, o terapeuta pede que a criança corte o nó e substitua a demanda absoluta por uma alternativa mais funcional.

A seguinte amostra de diálogo com Marcos, um menino perfeccionista de 11 anos, ilustra o processo.

Terapeuta: Certo, Marcos, então definimos que você “se cobrar” equivale a você ser considerado o filho mais bem comportado em sua família, sempre ganhar a competição de soletrar da escola, ser nomeado para a Seleção Infantil todos os anos, ser o menino mais popular na aula e sempre tirar A.

Marcos: Foi isso que eu escrevi.

Terapeuta: Certo. Vamos amarrar essas coisas juntas. (*Eles amarram essas afirmações juntas.*) (Ver Figura 5.15.)

Marcos: É pesado.

Terapeuta: Sim, essas expectativas são um peso muito grande para você carregar sobre suas costas. Você gostaria de cortar alguns desses nós?

Marcos: Claro.

Terapeuta: Qual deles primeiro?

Marcos: Sempre ganhar as competições de soletrar.

Terapeuta: Certo, corte-o. (*Marcos corta o nó fora.*) Agora temos que substituir por algo que não vá pesar tanto. O que pode dizer a si mesmo sobre o concurso de soletrar?

Marcos: Fazer o melhor não é a mesma coisa que ter que ser o melhor o tempo inteiro.

Terapeuta: Bom, Marcos, escreva isso neste papel. (*O terapeuta e Marcos fazem furos no papel e o amarram ao “se cobrar”.*)

O terapeuta usou a sensação de Marcos de que o objeto era “pesado” para ilustrar o quanto as demandas desproporcionais podem “esmagá-lo”. Quando elas foram eliminadas, necessitaram ser substituídas. Cada uma das condições para “se cobrar” (por exemplo, ser a criança mais bem comportada, sempre ganhar nos concursos de soletrar, ser escolhido para o time da Seleção Infantil, ser o menino mais popular da escola e sempre tirar A em tudo) foi listada em um pedaço avulso de papel e, em seguida, todas foram amarradas em um pedaço maior de papel com “se cobrar” escrito nele.

Pelo diálogo socrático, o terapeuta auxiliou Marcos na distinção das condições exigentes de se cobrar. O processo foi concretizado ao cortar a corda entre se cobrar e as suas condições disfuncionais. O procedimento foi concluído com o terapeuta e Marcos anotando uma condição mais funcional (por exemplo: “tentar meu melhor não é o mesmo que ter que ser o melhor o tempo todo”) que substituisse a condição “pesada” em um pedaço de papel em branco, havendo uma nova conexão para o “cobrar-se”. O diálogo citado e o processo com Marcos continuaram até que todos os critérios absolutos tivessem sido substituídos (ver a Figura 5.16).

Outra forma de aplicar o “Corte o Nó” requer tesouras, uma caneta e um pedaço de papel. No passo 1, o objetivo do paciente é identificado (por exemplo: “O que você quer mais do que tudo?”; “O que você quer que aconteça mais do que tudo?”). Em seguida, em um retângulo no centro do papel, o terapeuta escreve os objetivos da criança em termos de motivações fundamentais, como controle, aprovação, sucesso, perfeição, e assim

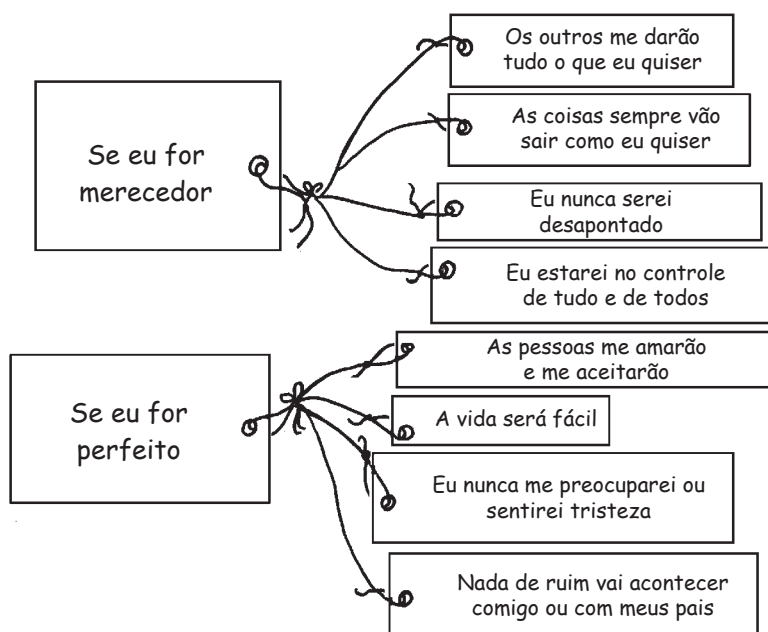


FIGURA 5.14

Amostras de princípios e condições para “Corte o Nó”.

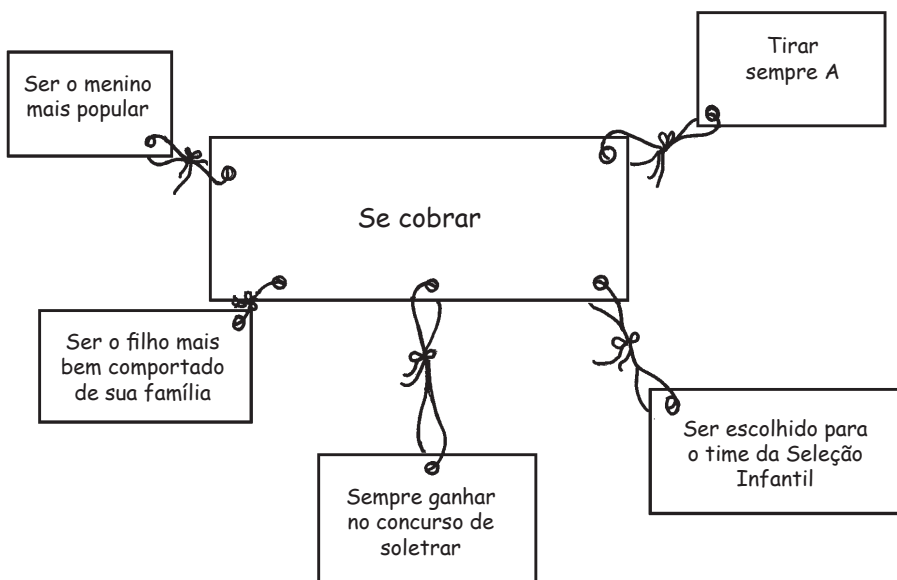


FIGURA 5.15

Princípios e Condições de “Corte o Nó” de Marcos antes da reestruturação cognitiva.

por diante. O passo 3 envolve escrever, em volta do retângulo, as fórmulas mágicas pelas quais o paciente está tentando atingir esses objetivos (por exemplo, lavar as mãos sete vezes, comprar cartas de Pokemon, evitar o conflito, escolher apenas determinadas canetas: ver a Figura 5.17). No passo 4, o terapeuta provoca uma dúvida a respeito das correlações hipotéticas da criança entre os objetivos e os meios que ela está usando para atingi-los (por exemplo: “O quanto essas coisas estão realmente atreladas ao sucesso?”; “Se existem determinantes mais poderosos de sucesso, as coisas no papel estão ligadas a isso?”; “O que deveríamos fazer?”). No passo final, o terapeuta recorta o retângulo, efetivamente separando o objetivo de seus fatores determinantes caprichosos. O terapeuta então “solidifica” a lição do procedimento entregando ao paciente os objetivos contidos no retângulo (por exemplo, controle). O processo termina com um diálogo socrático (por exemplo: “Então, o que você tem em sua mão?”; “É possível ter controle sem ter que _____?”; “Parece que esses comportamentos e seu objetivo são duas coisas separadas”).

Há preferência por este exercício, pois ele não culpa a criança por seus sintomas. O procedimento indica que a criança é bem-intencionada, mas mal orientada. O objetivo é interessante (por exemplo, sucesso, controle, aprovação), mas as estratégias pensadas para atingi-lo são inconsistentes.

QUERER VERSUS ESTAR DISPOSTO

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Ajudar a diferenciar o querer do estar disposto; aumentar a disposição para confrontar desconfortos e perturbações

Materiais Necessários:

- Planilha “Querer versus Estar Disposto” (Formulário 5.13)
- Lápis ou caneta

A maior parte das crianças e dos adolescentes não quer experimentar desconfortos ou perturbações, muitas vezes evitando ativamente estimulações emocionais e afetos negativos para se defenderem ou se protegerem; portanto, eles podem se apresentar de maneira emocionalmente ausente. Abandonam as atividades do tratamento e esforçam-se muito para manter seus sentimentos negativos sob controle, acreditando erroneamente que precisam desafiar suas perturbações para combatê-las. Entretanto, os pacientes apenas têm que estar dispostos a se aproximar das perturbações. De fato, a tarefa do terapeuta cognitivo-comportamental é promover a disposição dos pacientes. O exercício “Querer *versus* Estar Disposto” é uma maneira de diferenciar disposição de desejo e de fazer crescer a vontade de agir.

A noção de que os pacientes confundirão a disposição com desejo é adotada por terapeutas cognitivo-comportamentais tradicionais, bem como por novas abordagens da terceira onda cognitivo-comportamental, como a terapia de aceitação e comprometimento (Hayes et al., 1999). Acredita-se ainda que a disposição e o desejo são situacionais e contextuais; assim, podem ser classificados e processados.

“Querer *versus* Estar Disposto” começa com uma distinção entre ambos. O seguinte diálogo com Dana, uma menina de 16 anos com depressão, automutilação, intolerância emocional e comportamento disruptivo, ilustra o estágio inicial. Sua planilha “Querer *versus* Estar Disposto” está na Figura 5.18.

Terapeuta: Dana, parece que você está presa, meio congelada no mesmo lugar e incapaz de ir para qualquer lado.

Dana: Nada está mudando. Odeio isso.

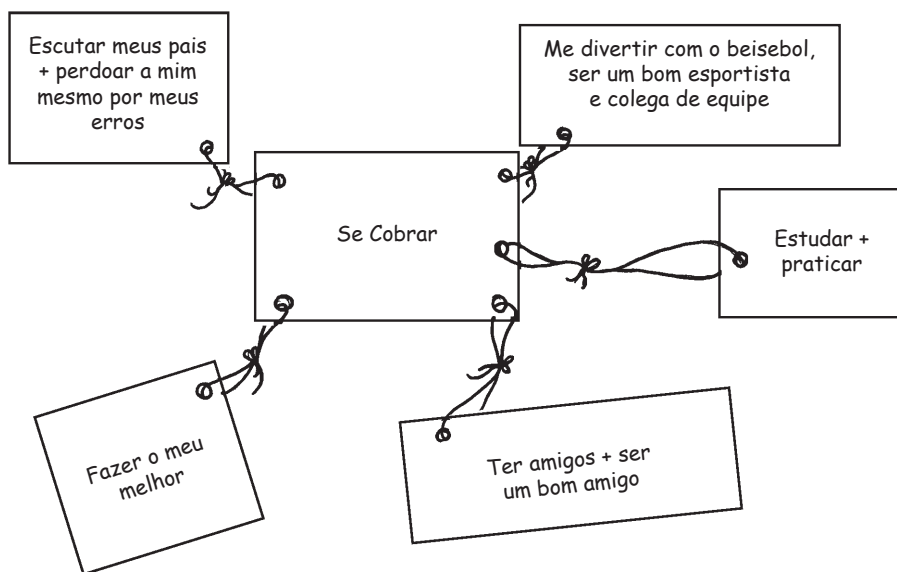


FIGURA 5.16

Princípios e cognições de Marcos após a reestruturação cognitiva.

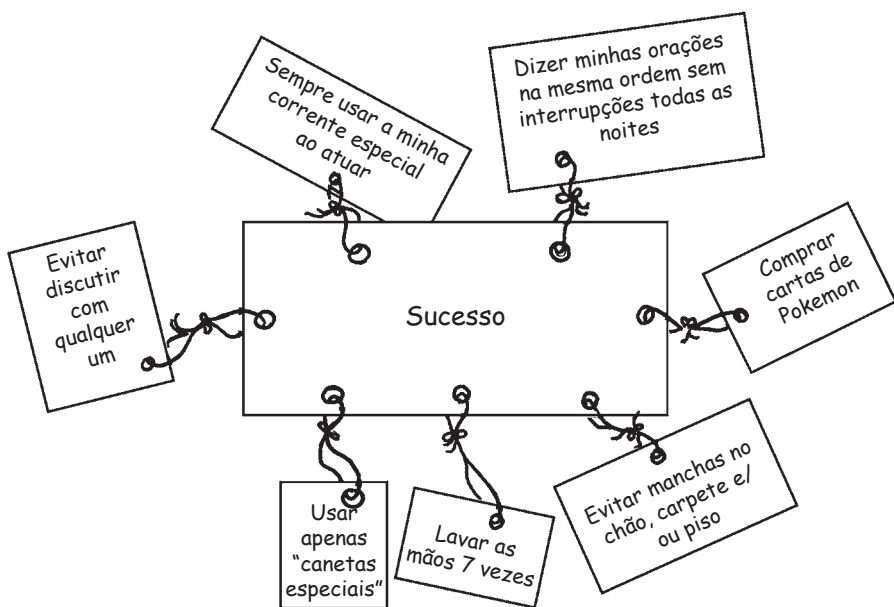


FIGURA 5.17

"Corte o Nó" para motivações fundamentais.

Terapeuta: Então vamos tentar descongelá-la. No que está disposta a trabalhar?

Dana: Eu realmente detesto conversar e me sentir mal.

Terapeuta: Está disposta a sentir-se mal por um período de tempo antes que as coisas mudem para melhor?

Dana: Não, não quero.

Terapeuta: Você certamente é impaciente. Eu compreendo que tenha pressa em sentir-se melhor. Mas eu não lhe perguntei se queria sentir-se mal. Poucas pessoas querem se sentir mal, mas você estaria disposta a isso?

Dana: Qual é a diferença?

Terapeuta: Bem, para mim, querer é gostar ou preferir fazer algo. E para você?

Dana: Também.

Terapeuta: Estar disposto é diferente. Como você vê essa diferença?

Dana: Não sei.

Terapeuta: A disposição parece ser sobre estar aberta a novos desafios, estar aberta à experimentação. Talvez até ser um pouco aventureira.

Dana: Assumir riscos?

Terapeuta: Isso.

Nesse diálogo, o terapeuta gentilmente abordou a paralisia terapêutica de Dana. Já que Dana é uma adolescente com alta reatividade emocional, o terapeuta agiu com cautela e usou a empatia. Também usou uma metáfora de congelamento para ilustrar a inércia de Dana. Por fim, definiu “querer” e “estar disposto”, encorajando a colaboração de Dana. “Querer *versus* Estar Disposto” continua com etapas mais específicas, conforme ilustrado a seguir:

Terapeuta: Dana, vamos listar as coisas pelas quais você se sente presa.

Dana: Por onde começamos?

Terapeuta: Você decide.

Dana: Como disse, detesto falar sobre sentimentos negativos.

Terapeuta: E quanto a tê-los?

Dana: Isso também é chato.

Terapeuta: E quanto a se cortar?

Dana: É, também estou presa nisso.

Terapeuta: Estamos desenvolvendo uma lista de bom tamanho.

Dana: Estou sempre descumprindo meu horário e ignorando meu dever de casa.

Planilha “Querer *versus* Estar Disposto” de Dana

Ação	Querer	Estar Disposto
Falar sobre sentimentos negativos	2	5
Sentir-se ansiosa, triste, com raiva	2	4
Parar de me cortar	5	6
Chegar em casa no horário	2	5
Fazer o dever de casa	3	5
Ficar na escola sem cabular aula	3	6

FIGURA 5.18

Planilha “Querer *versus* Estar Disposto” de Dana.

Terapeuta: E o que mais quanto à escola?

Dana: Matar aulas é rotina.

Terapeuta: Certo, agora olhe para essas colunas denominadas “Querer” e “Estar Disposto”. Vamos classificá-las em uma escala de 1 a 10. O que acha?

Dana: Tudo bem.

Terapeuta: Você quer falar sobre sentimentos negativos?

Dana: Acho que 2.

Terapeuta: E está disposta?

Dana: Talvez um 5.

Terapeuta: Você quer sentir-se ansiosa, triste e com raiva?

Dana: Talvez 1.

Terapeuta: E quão disposta você está?

Dana: Talvez 3.

Terapeuta: Você quer parar de se cortar?

Dana: Talvez 5.

Terapeuta: E quão disposta está?

Dana: 6.

Terapeuta: Chegar na hora determinada?

Dana: Querer, 2; disposta, 6.

Terapeuta: Só mais um.

Dana: Não matar aula. Querer é 3 e estar disposta é 6. E agora?

Terapeuta: Vamos comparar as colunas. Qual coluna tem os maiores números?

Dana: A da disposição. E daí?

Terapeuta: O que você conclui a partir disso?

Dana: Não quero fazer essas coisas.

Terapeuta: Você acha que tem que querer fazer algo para estar disposta a fazê-lo?

Dana: Não sei.

Terapeuta: Bem, vamos verificar suas classificações. Se você acreditasse que tem que querer fazer algo para fazê-lo, os números seriam iguais ou diferentes?

Dana: Iguais, eu acho.

Terapeuta: Então vamos olhar e conferir.

Dana: Eles todos são diferentes... Acho que eu não tenho que

querer fazer algo para estar disposta a fazer.

Terapeuta: Vamos anotar isso em um cartão.

Durante o trabalho com Dana, o terapeuta manteve uma postura colaborativa. Então o terapeuta perguntou questões sintetizadoras simples para ajudar Dana a analisar informações complexas. (“Você acha que tem que querer fazer algo para estar disposta a fazê-lo?”; “Se você acreditasse que tem que querer fazer algo, os números seriam iguais ou diferentes?”)

NÃO EVITE, OUSE

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Preparação para exposições e experimentos comportamentais

Materiais Necessários:

- Papel
- Lápis ou caneta

“Não Evite, Ouse” é um exercício de reestruturação cognitiva que prepara jovens pacientes para experimentos comportamentais. A evitação da experiência caracteriza a abordagem de muitos pacientes com os desafios emocionais, incluindo ações desadaptativas como escapar de pensamentos privadores, reações corporais e sentimentos aversivos (Hayes, 1994; Hayes et al., 1999). Também existe em um contínuo e ela torna-se problemática quando excesso de tempo e esforço é gasto fugindo de pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas (Kashdan, Barrios, Forsyth e Steger, 2006). Kashdan e colaboradores afirmaram que a evitação compromete a realização de objetivos e distancia a pessoa dos outros e de suas próprias experiências.

Quanto mais o paciente reprime pensamentos e sentimentos indesejados, mais eles paradoxalmente os intensificam (D. Clark, 2004; Gross, 2002). Logo, como

a evitação da experiência piora o desligamento dos pacientes com os outros, bem como com suas próprias experiências, existe também uma perda de prazer (Gross e John, 2003). Hayes e colaboradores (1999) propuseram que a evitação da experiência se intensifica e interfere na habilidade de uma pessoa de viver e agir de forma coerente com os próprios valores. Ou seja, a liberdade é restringida e a pessoa é menos capaz de realizar uma ação produtiva.

A evitação da experiência pode ser mediada por várias crenças (Leahy, 2007). Alguns pacientes podem acreditar que, se eles se permitirem sentir certas emoções, perderão o controle. Outros podem acreditar que as emoções negativas, como raiva, vergonha, tristeza, ansiedade e culpa são ruins. Desse modo, experimentar e expressar emoções pode levar à autopunição e/ou punição de outros. Além disso, muitos pacientes mantêm uma espécie de perfeccionismo emocional em que as emoções negativas são vistas como falhas pessoais, simplesmente negligenciando a realidade de que a perturbação humana é universal e inevitável (Hayes et al., 1999; Leahy, 2007).

“Não Evite, Ouse” envolve o auxílio aos pacientes visando às vantagens das emoções perturbadoras. Terapeuta e

paciente trabalham juntos no desenvolvimento de afirmações de *coping* sobre experimentar perturbações. A Figura 5.19 contém amostras de afirmações “Não Evite, Ouse”. O relato a seguir expõe algumas afirmações preparadas em cartões e constrói algumas originais, também colocadas em cartões de *coping*. O diálogo com Grace, de 17 anos, depressiva e autoutiladora que se esforça para obter considerável evitação emocional, ilustra como é possível usar o “Não Evite, Ouse”.

Terapeuta: Grace, o que faz com que falar sobre seus pensamentos e sentimentos seja tão difícil?

Grace: É doloroso. Preferiria simplesmente não lidar com isso.

Terapeuta: E o que é tão ruim em sentir-se mal?

Grace: Apenas não deveria me sentir assim. Sentimentos ruins são uma fraqueza. A gente não deve ter qualquer sentimento negativo. A gente deve estar sempre feliz. A vida deveria ser um filme da Disney.

Terapeuta: Um filme da Disney? Qual deles?

Grace: (Sorri.) Eu adoro *Aladdin*. Quando eu era menina, Jasmine era minha heroína.

Amostra de afirmações “Não Evite, Ouse”

- Todo mundo se sente mal algumas vezes. Isso me faz mais humano.
- Lidar com sentimentos ruins me faz sentir mais forte do que evitá-los.
- A perturbação é desconfortável, e não desastrosa.
- A perturbação é de curta duração; os sentimentos podem mudar.
- É melhor eu conseguir lidar com sentimentos desconfortáveis do que eu sempre me sentir confortável.
- Sentir-me desconfortável significa que eu estou me desafiando.
- Eu posso me colocar em uma situação desconfortável, em vez de fugir a ela.
- A perturbação significa que eu dou valor a algo.

FIGURA 5.19

Amostra de afirmações “Não Evite, Ouse”.

Terapeuta: É mesmo? E, nessa história, tudo era perfeito para ela?

Grace: (Pausa.) Não. Ela era solitária e o pai dela a superprotegia.

Terapeuta: Um pouco como você.

Grace: Nunca pensei sobre isso, mas sim.

Terapeuta: Então o que você pensa sobre essa princesa solitária?

Grace: Acho que ela era legal.

Terapeuta: Legal?

Grace: Sim, ela era tão forte quando escapou do palácio.

Terapeuta: Então a força dela fez sentido para você.

Grace: Sim, ela era destemida e ousada.

Terapeuta: Sua força vinha de evitar ou de enfrentar seus sentimentos ruins?

Grace: De enfrentá-los.

Terapeuta: Eu realmente gostei da palavra que você usou: *ousada*. Uma ferramenta que eu quero lhe mostrar é chamada “Não Evite, Ouse”. Para ousar, você precisa dizer certas coisas a si mesma; assim estará disposta a enfrentar aquilo a que você foge. Aqui está uma lista de afirmações do “Não Evite, Ouse”. Vamos ver se juntos podemos pensar em mais algumas.

O terapeuta, em primeiro lugar, evocou as crenças que sustentavam a evitação da experiência de Grace (“É doloroso; Preferiria não lidar com isso”; “Sentimentos ruins são uma fraqueza”). O terapeuta, assim, aliou-se com a evitação de Grace (“A vida deveria ser como um fil-



RESUMO DA REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA/AUTOINSTRUÇÃO

Quando usar:

- Após a criança/o adolescente ter sido educado sobre o modelo (psicoeducação).
- Após a criança/o adolescente ter identificado pensamentos, sentimentos e comportamentos (automonitoramento).
- Antes da análise racional.

Para que propósito:

- Substituir falas internas imprecisas e improdutivas por diálogos internos mais precisos, que guiem comportamentos produtivos.

Uso:

- Aplique procedimentos simples e envolventes, como metáforas, histórias, fantoches e brinquedos.
- Torne a técnica divertida.
- Faça uso da própria linguagem do paciente.
- Certifique-se de abordar os pensamentos negativos, situações problemáticas e situações perturbadoras do paciente.
- Evite falas internas absolutas (por exemplo: “Eu sou uma boa pessoa”; “Tudo ficará bem”).
- Inclua um plano de ação (por exemplo: “Eu vou praticar minhas habilidades de pensamento”).

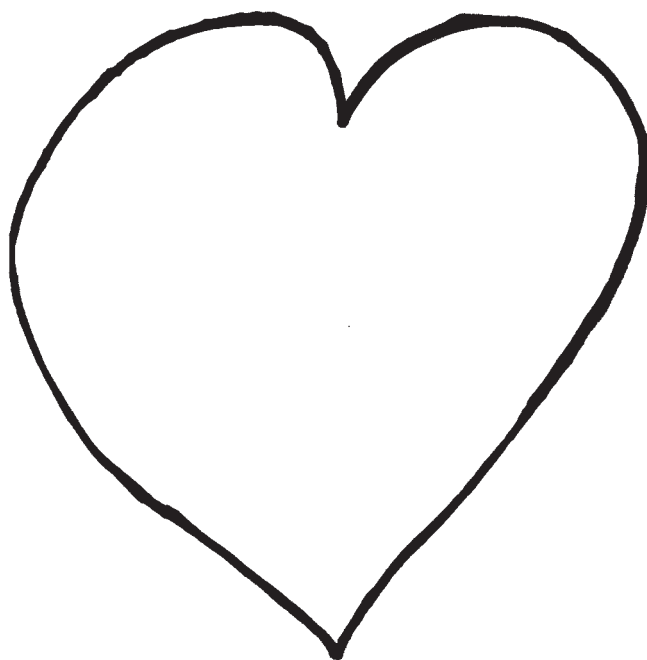
me da Disney”) e um modelo de *coping* emergiu (Jasmine). Além disso, Grace felizmente usou a palavra *ousada*, o que levou à técnica “Não Evite, Ouse”.

CONCLUSÃO

Muitas intervenções de reestruturação cognitiva motivadoras e efetivas foram delineadas neste capítulo. Você deve escolher quais as que serão mais efetivas para o cliente em particular. Manter a conceituação do caso em mente vai guiá-lo até a intervenção apropriada. A conceituação do caso também proporcionará informações importantes para enquadrar as técnicas a cada paciente, ajudando cada intervenção a ganhar vida e ser significativa.

Moldar as técnicas a interesses, habilidades e problemas apresentados pelos pacientes é desafiador. Manter as intervenções divertidas, incluir o ponto de vista e a linguagem da criança e revisitar frequentemente a conceituação do caso são recomendados. Quando são aplicadas as intervenções de reestruturação cognitiva na abordagem dos “pensamentos quentes”, as técnicas ajudarão na modificação das cognições e no desenvolvimento de um plano de resolução de problemas, em vez de simplesmente substituir os pensamentos negativos por outros positivos. Nesse processo, os pacientes formulam uma mudança em seus processos cognitivos, comportamentais e em seu funcionamento emocional.

Planilha “Mão no Coração”



FORMULÁRIO 5.1

Planilha “Mão no Coração”.

Questionário “Você Está Pronto para Algumas Mudanças?”

Meu problema é _____.

Isso me incomoda (circule uma opção):

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Um pouco			Muito

Eu me sinto fora de controle e desamparado por causa disso.

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Um pouco			Muito

Eu acho que pessoas da minha idade têm esse tipo de problema.

1	2	3	4	5	6	7
Não muitos			Alguns			Muitos

Eu tenho certeza de que o tratamento ajudará.

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Um pouco			Totalmente

Eu quero mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

1	2	3	4	5	6	7
Não quero			Um pouco			Totalmente

Eu estou tentando mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

1	2	3	4	5	6	7
Não estou			Um pouco			Realmente

Eu acho que sou capaz de mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

1	2	3	4	5	6	7
Não acho			Um pouco			Realmente

FORMULÁRIO 5.2

Questionário “Você Está Pronto para Algumas Mudanças?”.

Diário “Verdade ou Truque”

	Resolução de problemas
	Verdade ou truque
	Truque sujo
	Pensamento
	Sentimento
	Situação
	Data

FORMULÁRIO 5.3

.....

Diário “Verdade ou Truque”.

“Esmague o Inseto”



FORMULÁRIO 5.5

“Esmague o Inseto”.

Planilha “Conversa Suja”



Sujeiras que eu digo a mim mesmo

Minha resposta

FORMULÁRIO 5.6

Planilha “Conversa Suja”.

Planilha “Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos”



Lances Quentes





Pensamentos Tranquilos

FORMULÁRIO 5.7

Planilha “Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos”.

Diário En Fuego

	Novo sentimento	
	Pensamento resfriador	
	Pensamento En Fuego	
	Grau de irritação	
	Situação	
	Data	

FORMULÁRIO 5.8

Diário En Fuego.

Bálsamos de Raiva

Será que eu estou confundindo algo feito por acidente com algo feito de propósito?

Estou certo de que minha impressão das ações das pessoas é verdadeira?

Será que eu estou confundindo as coisas serem injustas com as coisas apenas não saindo como eu quero?

Será que eu acho que isso só acontece comigo, ou isso acontece com todo mundo de vez em quando?

Eu estou esperando que os outros sigam completamente minhas regras?

As outras pessoas conhecem minhas regras?

Sou capaz de perdoar quando as pessoas desrespeitam minhas regras?

Será que estou vendo as pessoas só de uma maneira? Será que alguém pode ser de um único jeito o tempo todo?

Sou capaz de aceitar meus sentimentos ruins? Eu acredito que preciso me livrar desses sentimentos?

Eu estou me livrando de meus sentimentos indesejados machucando outras pessoas?

Como eu defino “poder” e “controle”? Eu confundo autocontrole com controlar as outras pessoas?

Quão desamparado eu sou na situação?

Qual é minha responsabilidade pelo que me acontece?

FORMULÁRIO 5.9

Bálsamos de Raiva.

Data	Situação	Intensidade da raiva	Pensamento que machuca	Afirmações de bálsamo que ajudam	Novo sentimento

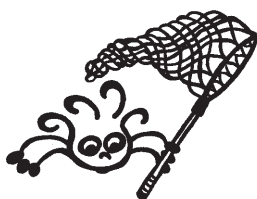
Diário “Bombálsamo”.

Planilha “Domando o Monstro do Impulso”

Situação _____

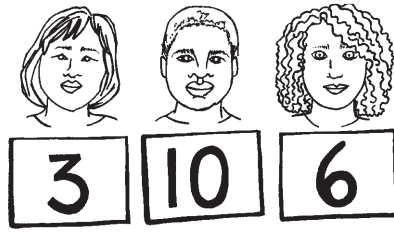


Monstro do Impulso diz:



Domador diz:

Planilha “Classifique suas Preocupações”

[illegible]**FORMULÁRIO 5.12**

Planilha “Classifique suas Preocupações”.

Planilha “Querer versus Estar Disposto”

Ação	Querer	Estar Disposto

FORMULÁRIO 5.13

Planilha “Querer versus Estar Disposto”.

6 Análise racional

Os procedimentos de análise racional são as intervenções cognitivas mais sofisticadas, sendo geralmente usados com o objetivo de provocar dúvidas nas crenças mais arraigadas dos pacientes. Bandura (1977b; 1986) afirmou que crenças ou regras pessoais são formuladas pela razão, e que processos racionais são formas de validar as conclusões. Além disso, Bandura observou que os erros lógicos podem emergir de aparências enganadoras, evidências inconsistentes, supergeneralizações, aspectos de seleção e processos indutivos e dedutivos falhos.

Este capítulo aborda vários métodos que avaliam a precisão e a utilidade de pensamentos, pressupostos e crenças, e que alteram padrões desadaptativos e/ou imprecisos. Em função da análise racional envolver a coleta e a avaliação de dados, o processo precisa permanecer colaborativo, e não diretivo. Crianças com mais idade e adolescentes com boas habilidades verbais tendem a se beneficiar de técnicas de análise racional. Metáforas fazem com que a análise racional seja mais acessível para crianças com menos idade. Uma aquisição básica de habilidades de identificação cognitiva deve ocorrer antes de se usar estratégias de análise racional com o objetivo de desafiar e modificar pensamentos.

UMA VISÃO GERAL DOS MÉTODOS DE ANÁLISE RACIONAL

Existem diferentes formas de conduzir a análise racional (Beal, Kopec e DiGiuseppe, 1996; J. S. Beck, 1995; Fennell, 1989). Testes de evidência, reatribuição, o exame de vantagens e desvantagens, resolução de problemas e descatastrofização representam a maioria dos métodos de análise racional.

Os *testes de evidência* encorajam os pacientes a avaliarem as bases factuais de crenças, conclusões e pressupostos, sendo uma abordagem de testagem de hipóteses. Um teste de evidência orienta as crianças no processo de identificação dos fatos embasando ou refutando suas crenças. Posteriormente, ao analisar as evidências, elas constroem apreciações mais precisas por meio da reflexão sobre os dados.

A *reatribuição* envolve a busca por explicações alternativas, orientando os pacientes a compreender que sempre existem diferentes olhares para a mesma realidade. O procedimento requer que as crianças examinem suas experiências sob diferentes ângulos. Após a reatribuição, elas aprendem a reelaborar suas interpretações problemáticas.

O *exame de vantagens e desvantagens* é uma análise de custo-benefício cogni-

tivo. Ao empregar técnicas de vantagens e desvantagens, as crianças questionam o que elas ganham e perdem mantendo determinada estratégia comportamental, emoção perturbadora ou crença específica. Após deliberar aspectos favoráveis e contrários, as crianças chegam a uma conclusão refletida.

A *resolução de problemas* é outra forma de análise racional. Geralmente, esforços nessa direção tornam mais flexíveis certos padrões rígidos. A busca por soluções alternativas e as recompensas por experimentações bem-sucedidas com estratégias produtivas são abordagens recorrentes. Geralmente, a resolução de problemas envolve especificar o problema, discutir todas as possíveis opções, avaliar as consequências positivas e negativas a curto e longo prazo de cada opção, experimentar uma delas e recompensar-se por resoluções produtivas. Recentemente, Padesky (2007) desenvolveu duas questões socráticas criativas facilmente acrescentadas à resolução de problemas. A primeira é uma simples indagação que afirma o quanto os atuais esforços obtêm sucesso na resolução de perturbações (“_____ faz uma diferença positiva em sua vida?”). A segunda questão examina se a resolução tem um custo para si ou para os outros (“_____ é uma forma correta de tratar a si mesmo e a outras pessoas em sua vida?”).

A *descatastrofização* foca a avaliação lógica da probabilidade (Quão provável?) de uma catástrofe prevista, predizer a magnitude de um desastre (Quão ruim seria?) e resolver os problemas a fim de preveni-los ou de lidar com eles. O componente de resolução de problemas acrescenta dados para a análise racional.

A análise racional também faz uso do processo de *definições universais* (Overholser, 1994), o qual expande as de-

finições restritas que as crianças têm de si mesmas e dos outros. Existem vários passos no desenvolvimento de definições universais: em primeiro lugar, o terapeuta evoca as especificidades da autodefinição da criança. A seguir, classifica a importância de cada característica ou circunstância, trabalhando com o paciente para selecionar uma pessoa que incorpore o oposto da autodefinição (o objetivo é fazê-lo refletir sobre as semelhanças entre esses “opostos”). Por fim, o terapeuta volta para uma perspectiva pessoal e amplia a autodefinição da criança. Os passos nas definições universais são demonstrados na técnica “Espelhe, Espelho”, apresentada mais adiante neste capítulo, a qual é particularmente influente em atribuições de culpa pessoal ou em outras atribuições de culpa que sejam caracterizadas por rotulações imprecisas.

Essas formas primárias de análises racionais podem ser aplicadas de muitas maneiras criativas para crianças e adolescentes com vários problemas e níveis de funcionalidade. Assim como com outras técnicas cognitivas abordadas neste livro, a seleção de cada método de análise racional deveria ser fundamentada na conceituação do caso. Além disso, o processo de aplicar a técnica de análise racional é tão importante quanto a técnica em si. Portanto, o terapeuta tem que ser cauteloso ao abordar a descoberta guiada e o questionamento socrático durante a aplicação dos métodos de análise racional.

METÁFORAS NA ANÁLISE RACIONAL

Metáforas e histórias são boas estratégias de análise racional para ajudar os pacientes a flexibilizarem os padrões de pensamento rígido, de sentimentos e de ações (Blenkiron, 2005; Friedberg e

McClure, 2002; Friedberg e Wilt, em fase de elaboração; Grave e Blissett, 2004; Kuehlwein, 2000; Otto, 2000; Overholser, 1993; Stallard, 2005). As metáforas também fazem com que a análise racional seja acessível para crianças com menos idade e/ou outros pacientes com habilidades limitadas de raciocínio lógico (Blenkiron, 2005; Stallard, 2005). As metáforas levam as crianças a compreenderem seus problemas a partir de uma perspectiva objetiva. Quando a criança vê a terapia como mais divertida, a ansiedade e a evitação diminuem, e, por vezes, com sorte, esquecem que estão “em terapia”. Por conseguinte, elas se sentem mais confortáveis ao processarem emocionalmente informações relevantes. Em sua análise, McCurry e Hayes (1992) concluíram que as metáforas são ferramentas eficazes para se trabalhar com crianças, sejam elas de qualquer natureza. Linehan, Cochran e Kehrner (2001) afirmaram que as metáforas facilitam a compreensão, o pensamento alternativo e o reenquadramento cognitivo.

Cook e colaboradores (2004) concluíram que histórias e metáforas promovem reestruturação cognitiva, motivação e aprendizado (Kennedy-Moore e Watson, 1999; Samoilov e Goldfried, 2000). Em contrapartida, elas provavelmente transmitem uma carga emocional; de fato, metáforas proeminentemente emocionais alteram o nível do processamento: de puramente intelectual para um nível de integração cognitiva-emocional-comportamental. Metáforas evocativas transformam as intervenções cognitivo-comportamentais das emoções e cognições em ações.

As metáforas também fazem parte do núcleo da terapia de aceitação e comprometimento (Hayes et al., 1999; Heffner, Sperry, Eifert e Detweiler, 2002; Murrell, Coyne e Wilson, 2005). Há vários aspectos das metáforas que as tornam recomendáveis para o trabalho clínico infantil. Hayes e colaboradores (1999) afirmam que as

metáforas são similares a histórias e produzem menos resistência psicológica, além de serem empreendimentos colaborativos, o que minimiza as diferenças de poder. Hayes e colaboradores (1999) ainda afirmam que as metáforas são, muitas vezes, associadas a imagens visuais, tornando-as especialmente úteis para crianças.

Friedberg e Wilt (em fase de elaboração) delinearam as Magníficas Sete Regras para metáforas. Não surpreendentemente, afirmam que a metáfora precisa estar contextualizada a partir da formulação cognitivo-comportamental do caso. Em segundo lugar, metáforas e histórias necessitam corresponder ao desenvolvimento, ao ambiente e ao contexto etnocultural da criança. Terceiro: boas metáforas são concretas e estimulam o aprendizado experimental. Quarto: a proficiência em procedimentos tradicionais da TCC deve acompanhar a comunicação metafórica. Na TCC, intervenções concretas são preferíveis a intervenções abstratas. Essa regra orienta diretamente o uso de metáforas (Blenkiron, 2005). Quinto: o significado das metáforas deve ser revelado e instruções diretas devem acompanhá-las. O impacto da intervenção não deve ser deixado ao acaso. Sexto: uma boa metáfora dialoga com as realidades emocionais das crianças. Por último, mas certamente não menos importante, as metáforas devem desenvolver a diversão e o engajamento no tratamento.

O processamento terapêutico deliberado pela discussão direta dos estados internos das crianças (por exemplo, pensamentos, sentimentos) é o ponto crucial. É importante que as crianças traduzam a metáfora para uma ação produtiva. Metáforas concretas e compreensíveis trazem agilidade à TCC: em outras palavras, agir em função das metáforas permite às crianças arriscarem para ver o que acontece. A curiosidade e a experimentação são altamente valorizadas na

TCC, ou seja, quando as metáforas e as histórias são acompanhadas por atividades experimentais, entram no reino da percepção imediata e são mais efetivas (Kuehlwein, 2000). As crianças podem criar um experimento comportamental ou um texto baseado na metáfora (o Quadro 6.1 oferece vários exemplos de metáforas).

João, um menino de 10 anos com TOC, raiva intensa e comportamento impulsivo, que vivia em um bairro violento e sofria abusos físicos, espontaneamente ofereceu uma estimulante metáfora na terapia. Ele amava o Homem-Aranha e a ideia de que alguém poderia ter poderes especiais para lidar com perigos passados, presentes e futuros. Ao discutir percepções e estratégias interpessoais, João afirmou que usava seu “sentido aranha” para avaliar as circunstâncias. O terapeuta usou o “sentido aranha” de João para representar suas previsões interpessoais. Juntos, o terapeuta e João designaram um procedimento de análise racional em que o menino registrou a situação, sua previsão (por exemplo: “O sentido aranha diz...”) e o que realmente aconteceu. Ambos avaliaram com que frequência o

“sentido aranha” estava correto. Como essa criança usou-o como uma forma de autoproteção, era importante substituir um “sentido aranha” ineficaz por outro ou por uma habilidade mais adaptativa. Na realidade, essa metáfora pode ser generalizada de João para outras crianças que são fãs do Homem-Aranha.

Amos, de 12 anos, ofereceu uma metáfora para navegar por difíceis circunstâncias de vida. O paciente foi abusado e abandonado por seus pais biológicos, que o deixaram sem ter onde morar. O menino foi enviado para vários abrigos e, então, foi adotado. Engajou-se em muita testagem de comportamentos com seus pais adotivos, pressionando-os até o ponto de reverter sua adoção. Ao longo de uma sessão, Amos espontaneamente afirmou: “Minha vida é como um labirinto. Quando acho que as coisas vão dar certo, eu, então, chego a um corredor sem saída”.

A metáfora de Amos comunicou profundamente a natureza complexa e enigmática de suas circunstâncias. O terapeuta e Amos fizeram uso desse tema e operacionalizaram-no. Amos desenhou um labirinto e nomeou os caminhos sem saída com os nomes de seus vários desa-

QUADRO 6.1**METÁFORAS E SEUS POTENCIAIS USOS NA ANÁLISE RACIONAL**

METÁFORA	PROPÓSITO	IDADE
Sentido Aranha	Autoproteção, percepções de identidade e previsões	10-18 anos
Labirinto	Definição de objetivos, solução de obstáculos	10-18 anos
Miado do Gato (Cotterell, 2005)	Ensina as crianças que, quanto mais tempo resistirem a um impulso, mais fraco ele fica	10-18 anos
Metáfora do Meio-Nelson	Ajuda crianças e adolescentes a perceberem que, quanto mais lutam contra o controle, mais forte ele fica	10-18 anos
Metáfora do Motorista de Ônibus	Ajuda as crianças a reconhecerem que estão no controle de seus comportamentos e que precisam persistir, apesar das circunstâncias desafiadoras, dos pensamentos irritantes e das emoções perturbadoras	10-18 anos

fios (por exemplo: “Eu acredito que não posso confiar em ninguém”; “Ninguém deveria me dizer para fazer algo que eu não quero fazer”). A partir disso, Amos desenvolveu várias estratégias para lidar com seus caminhos bloqueados. Seu objetivo foi colocado no centro do labirinto, e Amos listou os modos pelos quais poderia atingir o sucesso.

Cotterell (2005) ofereceu uma metáfora simples, embora instigante, ilustrando qualidades reforçadoras associadas a ceder a impulsos. A metáfora começa solicitando à criança que imagine um gato de rua implorando por leite na porta dos fundos:

Imagine um gato de rua na porta dos fundos de sua casa. Ele não come nada faz dias e começa a implorar por leite e a miar. Você tenta ignorá-lo, mas ele mia cada vez mais alto. Miau, MIAU, MIAU! Finalmente, você desiste e dá a ele o leite a fim de que se acalme. O que você acha que acontece depois?

A maior parte das crianças compreende que o gato vai parar de miar. A metáfora continua:

O gato realmente para de miar por algum tempo. Mas você sabe de uma coisa? Ele volta. Mia por mais leite. *Você está tão irritado, que tenta ignorá-lo. Mas, quanto mais você o ignora, mais ele mia.* Mia cada vez mais alto, miau, MIAU, MIAU. Até que você finalmente dá leite a ele. Então, o que você lhe ensinou?

Uma vez que as crianças reconhecem que ensinaram ao gatinho que, quanto mais alto ele miar, maior a chance de ser alimentado, o terapeuta passa para a análise racional. O seguinte diálogo demonstra o processo do “Miado do Gato”:

Terapeuta: Isso é similar à sua ansiedade. Ela continua miando para fazê-lo ceder, e você cede. Você

nunca dá a ela uma chance de se aquietar. Então, o que pode dizer para si mesmo para acalmar a sua ansiedade?

André: Preocupação: você me chateia. Isso vai embora se eu esperar passar.

Terapeuta: O que o convence disso?

André: Bem, quanto menos eu alimentá-la, mais fraca ela fica. Quando eu realmente espero, minha intensidade diminui.

Terapeuta: Alguma vez ela fica mais forte quanto mais você espera?

André: Não, na verdade, não.

Terapeuta: Então vamos colocar tudo isso em uma conclusão e escrevê-la.

André: É como o gato. Quanto mais eu o alimento quando ele mia, mais ele volta. Não preciso alimentar minhas preocupações; elas ficarão mais fortes, mas não vão ficar fortes por muito tempo. Apenas tenho que esperar.

O terapeuta usou uma metáfora simples para ajudar André a perceber que quanto mais você resiste a um impulso, mais fraco ele se torna. Variações na altura do miado ilustraram crescimento de intensidade, acrescentaram humor e fizeram o argumento ser apreendido. O questionamento socrático acompanhou André pelo processo de análise racional, e o registro da conclusão concretizou o processo.

METÁFORA DO MEIO-NELSON

Idade: de 10 a 18 anos

Propósito: Ajudar crianças e adolescentes a perceberem que, quanto mais lutam contra o controle, mais forte ele fica

Materiais Necessários: Nenhum

A “Metáfora do Meio-Nelson” é inspirada em um filme chamado *Half Nelson* (Fleck, 2006). Um meio-nelson é um golpe de luta de imobilização do qual é difícil escapar. Quanto mais alguém tenta romper o entrave, mais forte fica o aperto. O Meio-Nelson é uma metáfora indicada sobretudo para os pacientes que se envolvem em disputas por controle: a chave é relaxar, e não lutar contra o golpe. De fato, a metáfora transmite a mensagem de que, quanto mais se luta para escapar, mais se fica preso. Ela é conceitualmente similar à “Armadilha Chinesa para Dedos”, exercício apresentado no Capítulo 7. A metáfora pode ser indicada tanto para jovens rebeldes quanto para aqueles assolados por incessantes pressões internas. O seguinte diálogo ilustra a “Metáfora do Meio-Nelson” na análise racional com Eli, de 15 anos, que se envolve repetidamente em comportamentos agressivos de autoproteção:

Terapeuta: Eli, você está realmente preso nessas brigas da escola.

Eli: Se as pessoas me provocam, vão ter o que merecem!

Terapeuta: O que você quer dizer com isso?

Eli: Se as pessoas me dizem desaforos, vou responder. Caminho pelos corredores, e as pessoas me xingam. Elas me batem nas costas. Não vou aceitar isso!

Terapeuta: Você se sente atacado e então revida. Entendo isso. É como estar preso.

Eli: Elas me chamam de latino e outras coisas que não quero ouvir. Isso é desrespeitoso para mim e para minha família. Não posso permitir isso.

Terapeuta: Você está preso em um golpe de uma luta.

Eli: Estou o quê?

Terapeuta: Você sabe o que é um “meio-nelson”?

Eli: Não.

Terapeuta: É um golpe de imobilização que um oponente emprega em você e, quanto mais você luta contra ele, mais forte ele fica. Você nunca se liberta dele...

Eli: Só quero me livrar dessas pessoas que me incomodam. Quero ter educação, mas não posso com eles brigando e me desrespeitando.

Terapeuta: É difícil ser livre de pessoas que implicam com você por causa da cor de sua pele.

Eli: Podia na minha última escola.

Terapeuta: E é isso que torna difícil. Você está em uma nova escola, e isso não havia acontecido antes. Então, como você se livra desse golpe?

Eli: O único jeito que conheço é brigando.

Terapeuta: E isso torna as coisas piores?

Eli: É por isso que estou aqui.

Terapeuta: Então, se você está preso em um golpe em que lutar contra o golpe agrava-o, qual é a saída?

Eli: Não posso desistir. Isso é fraqueza! Não é desse jeito que eu luto.

Terapeuta: Não estou dizendo para você se entregar. Para sair do golpe, que tal usar a estratégia deles contra eles?

Eli: Como no karatê ou algo assim?

Terapeuta: Claro. Em vez de lutar contra o golpe deles, use o golpe contra eles.

Eli: Como os comentários racistas?

Terapeuta: Exatamente. Como você poderia usá-los contra eles e não ficar preso a uma armadilha?

Eli: Tornando-os públicos. Fazendo-os gritarem nos corredores,

para que os professores ouçam o que dizem. Não “entrar nessa” depois da aula, quando os professores não podem ver. Fazer com que “se queimem” na frente dos professores ou do diretor.

Terapeuta: Você ganharia deles na espreteza, não?

Eli: Sim, sou mais esperto que eles. Posso enganá-los para fazê-los mostrar o quão idiotas são.

O diálogo com Eli usa a Metáfora do Meio-Nelson para comunicar a compreensão e facilitar o processo de análise racional. O terapeuta cuidadosamente transmitiu compreensão, introduziu a metáfora e elaborou um diálogo socrático. O uso das palavras “preso a essas brigas” pavimentou o caminho para a metáfora e dialogou com o dilema de Eli. Por meio do processo socrático, o terapeuta ajudou o garoto a perceber que se eximir das agressões não necessariamente quer dizer fraqueza e rendição. O questionamento tornou mais fácil para Eli encontrar uma forma de sair de sua armadilha.

METÁFORA DO MOTORISTA DE ÔNIBUS

Idade: de 10 a 18 anos

Propósito: Ajudar as crianças a reconhecerem que estão no controle dos seus comportamentos e que necessitam persistir apesar das circunstâncias desafiadoras, dos pensamentos irritantes e das emoções perturbadoras

Materiais Necessários:

- Desenho do Ônibus (Formulário 6.1)
- Papel para o mapa
- Lápis, caneta ou canetinhas

A metáfora do “Motorista de Ônibus” é um conceito da terapia de aceitação e comprometimento (Hayes et al., 1999; Heffner et al., 2002). De fato, os pacientes

se imaginam como motoristas de ônibus que seguem uma rota pré-definida, mas que precisam carregar uma carga de pensamentos, sentimentos e reações físicas desagradáveis. O motorista precisa seguir a rota e tentar acalmar os passageiros, lidar com eles, mas não ser sequestrado. Heffner e colaboradores operacionalizaram essa metáfora desenhando um mapa dos objetivos de um adolescente, fazendo com que ele mantivesse um registro diário de suas direções.

Ampliou-se a metáfora visando a incluir estratégias cognitivas mais concretas. O paciente recebe um desenho de um ônibus e, então, especificamente acrescenta os passageiros (problemas). Ele, em seguida, desenha um mapa cheio de desafios e recursos de *coping*. Dá-se início à instrução:

Você já andou alguma vez de ônibus? Quero que você imagine algo comigo. Imagine que seu cérebro é um ônibus. Você é o motorista do ônibus, e seus problemas são os passageiros. Você precisa pegar os passageiros ou estressores e não pode deixá-los na rua. Entretanto, tem que manter o controle do ônibus mesmo quando os passageiros começam a ficar insubordinados e agitados. Também tem que ficar em sua rota e não deixar que os passageiros tomem o controle do ônibus. Você consegue fazer isso?

O próximo passo concretiza a imagem e a metáfora conforme o terapeuta diz:

Observe esse desenho de um ônibus. Em cada janela, quero que você escreva as coisas que perturbam você. Seja tão específico quanto puder.

Após os passageiros terem sido colocados dentro do ônibus, um mapa (ou seja, a rota do ônibus) é desenhado. Sinais de alerta, lombadas de velocidade e buracos representando desafios ao longo da rota são acrescentados. Por fim, cartazes

representando autoinstruções, e telefones de emergência representando a resolução de problemas e as estratégias de *coping* também são incluídos.

O seguinte diálogo com Caroline, de 16 anos, que apresentava anorexia comórbida e um transtorno depressivo maior, ilustra o processo (o desenho do ônibus de Caroline é mostrado na Figura 6.1).

Terapeuta: Caroline, vamos fazer um mapa para seu ônibus.

Caroline: Não sei como começar. Como deve ser a estrada?

Terapeuta: Isso é com você. Como vê o caminho que leva até seus objetivos?

Caroline: Um pouco sinuoso, com várias lombadas e buracos.

Terapeuta: É, a vida é bastante como uma estrada sinuosa.

Caroline: Isso poderia ser uma música sertaneja.

Terapeuta: Então vamos desenhar sua estrada sinuosa e esburacada.

Caroline: (*Desenha*). Certo... Aí está... eu adoro desenhar. (Ver a Figura 6.2 para o mapa de Caroline.)

Terapeuta: Eu percebi! Agora, você já viu algumas cabines telefônicas que ficam ao longo das estradas?

Caroline: Como na via expressa?

Terapeuta: Exatamente. Agora quero que faça várias cabines de telefone que incluam estratégias de resolução de problemas e estratégias de apoio para suas curvas e lombadas.

Caroline: Não sei o que quer dizer.

Terapeuta: Certo. Vamos fazer a primeira juntos. Para começar, qual é o primeiro obstáculo possível?

Caroline: Talvez o término do namoro.

Terapeuta: Ótimo. O que vai acontecer com seus passageiros?

Caroline: Sei que minha depressão e as coisas negativas sobre mim mesma vão agir.

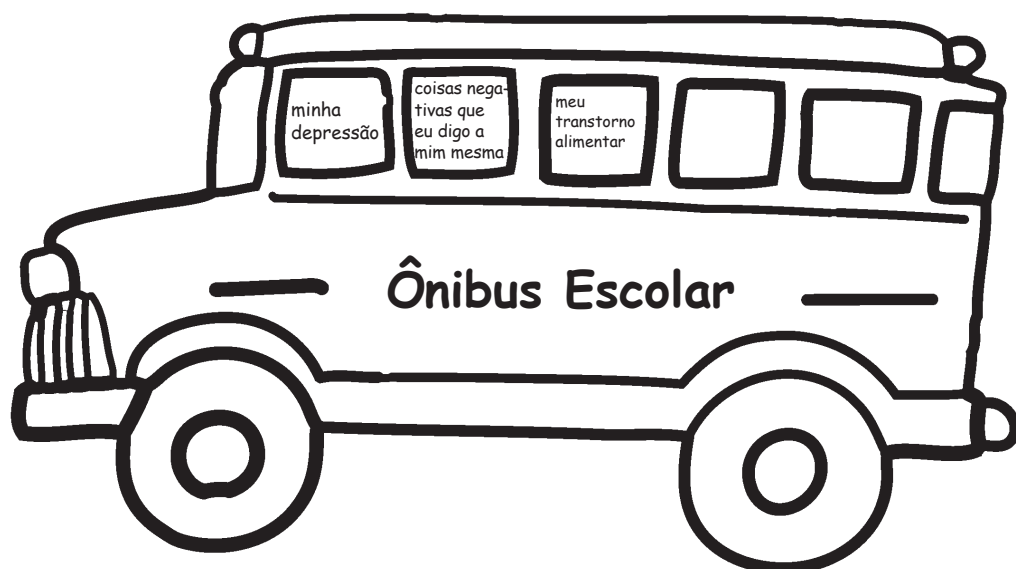


FIGURA 6.1

Desenho do ônibus de Caroline.

Terapeuta: O que você pode fazer para manter seus passageiros em ordem e não perder o rumo do ônibus?

Caroline: Poderia usar minhas ferramentas, como o registro de pensamentos ou as habilidades de testagem de pensamentos. Talvez conversar com meus amigos e alguns familiares.

Terapeuta: Ótimo. Desenhe a cabine telefônica e escreva os fatores de resgate. Agora, como tarefa

de casa, quero que você acrescente mais coisas ao mapa. Quero que acrescente lombadas e cabines de resgate. Quantos deveríamos colocar?

Caroline: Acho que uns dez.

Terapeuta: Parece bom.

Caroline, então, levou o mapa para casa e, ao longo de uma semana, completou a tarefa para a próxima sessão, durante a qual o terapeuta revisou a tarefa com Caroline.

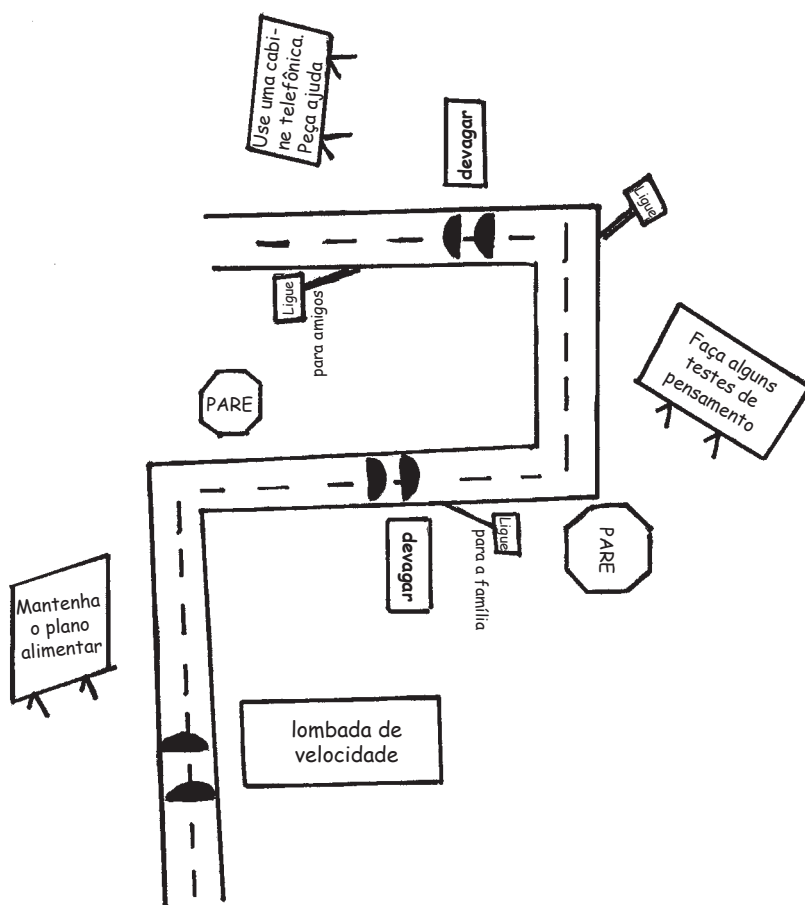


FIGURA 6.2

O mapa de Caroline.

Terapeuta: Vejamos seu mapa. Fez um ótimo trabalho. Agora, o próximo passo é acrescentar alguns *outdoors*.

Caroline: Para que eles servem?

Terapeuta: Eles são autoinstruções para encorajá-la e mantê-la avançando, mesmo quando seus passageiros ficarem insubordinados e a distraírem. Vamos colocar alguns no mapa.

Caroline: Certo. Que tal “Lembre-se de usar as cabines telefônicas”?

Terapeuta: Ótimo. Agora, o que você pode dizer para si mesma quando seu transtorno alimentar vier à tona?

Caroline: Mantenha o plano alimentar. Não sou definida por meu peso. O peso muda, e não entre em pânico se as calças ficarem apertadas.

O terapeuta e Caroline trabalharam em vários outros *outdoors* de beira de estrada. Depois, Caroline recebeu como uma tarefa de casa pensar em mais 10 *outdoors* autoinstrutivos. Na transcrição anterior, lombadas, cabines de resgate e *outdoors* são usados como metáforas para problemas, estratégias de resolução e afirmações de *coping*. O tempo gasto desenhando o mapa e enriquecendo-o com as cabines telefônicas e *outdoors* acrescentaram divertimento à sessão. Além disso, os ícones gráficos eram lembretes concretos e sinalizadores para o *coping*.

JOGOS DE ANÁLISE RACIONAL

É comum crianças tenderem a responder melhor a jogos que incluem análises racionais, e não a métodos diretos de caneta e papel para esse mesmo fim. Os jogos permitem referências concretas e

experiências diretas com a análise racional. Os dois jogos a seguir, “Quem Tem o Germe?” e “Dado do Controle” ilustram o procedimento.

QUEM TEM O GERME?

Idade: de 7 a 12 anos

Propósito: Teste de evidências

Materiais Necessários:

- Papel para confeccionar os cartões do jogo
- Canetas ou lápis

“Quem Tem o Germe?” é um jogo que foi individualmente construído para várias crianças que temiam fontes de contaminação e doenças. Elas usavam excessivamente produtos de limpeza para as mãos e entravam em pânico quando outras crianças em sua sala de aula ficavam doentes. Naturalmente, a escola era evitada, já que seus pares eram vistos como “portadores da praga”. Não surpreendentemente, seus relacionamentos sofriam impactos, já que viam a diversão interativa no parquinho como uma ameaça profunda à sua saúde e ao seu bem-estar. O jogo começa com a introdução do terapeuta à “teoria do germe”:

Existem muitos tipos de germes. Alguns deixam você doente, outros fazem você forte e protegem-no de ficar doente. Há ainda outros que não fazem nada contra ou por você.

Depois da introdução, o terapeuta e a criança confeccionam as cartas do jogo após concordarem como devem se parecer as três categorias de germes, os quais são desenhados em tiras de papel ou em cartas, embaralhadas e distribuídas aos jogadores (por exemplo, a criança, a mãe e o terapeuta). Cada jogador vai inevitavelmente ganhar alguns germes bons, alguns prejudiciais que o deixam doente e outros germes inofensivos. A frequência

de cada tipo de carta é registrada para cada jogador. As cartas essencialmente formam o banco de dados para avaliar a crença de que “todos os germes devem ser evitados”. O seguinte diálogo ilustra o processo:

Terapeuta: Elle, vamos contar os tipos de germes que você, sua mãe e eu recebemos.

Elle: Certo, tenho vários.

Mãe de Elle: Ótimo. Tenho seis germes que não fazem nada, três que me deixam doente e cinco que me ajudam.

Elle: Tenho quatro germes que não fazem nada, quatro que me deixam doente e seis que me ajudam. E quanto a você, Dr. Bob?

Terapeuta: Tenho quatro germes que não fazem nada, cinco que me deixam doente e cinco que ajudam. Elle, o que você conclui a partir disso?

Elle: Que você tem mais germes ruins!

Terapeuta: É verdade, mas o que todos nós temos em comum?

Elle: Todos nós temos germes.

Terapeuta: E o que isso significa?

Elle: Bem, você não pode jogar sem ganhar alguns germes.

Terapeuta: E todos os germes deixam você doente?

Elle: Não, só alguns.

Terapeuta: E como nós podemos reunir isso em um pensamento só?

Elle: Você não pode sair pelo mundo sem germes, e apenas alguns deles deixam você doente.

Terapeuta: Ótimo. Vamos anotar isso em um cartão.

O diálogo com Elle ilustra o vaivém que caracteriza o questionamento socrá-

tico com crianças. Elle e o terapeuta reuniram informações contando os germes. Cabe salientar, em contrapartida, que o terapeuta errou ao fazer a pergunta sintetizadora cedo demais (“O que você conclui a partir disso?”). O terapeuta se corrigiu prosseguindo com questões mais específicas e simples (“O que todos nós temos em comum?”; “Todos os germes deixam você doente?”). Por fim, o terapeuta concluiu o diálogo com uma questão socrática sintetizadora melhor colocada (“E como nós podemos reunir isso em um pensamento só?”).

DADO DO CONTROLE

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Teste de evidência

Materiais Necessários:

- Dois copos
- Um dado
- Fichas de jogo ou cliques

“Dado do Controle” é outro jogo de análise racional bastante útil para crianças com noções supervalorizadas de seu controle: “Eu posso controlar tudo e todos à minha volta”. O jogo requer dois copos, um dado e fichas de jogo ou cliques. As regras são simples: a criança sempre joga o dado e adivinha (devem adivinhar exatamente o número revelado no dado antes de ele ser jogado). Se elas estiverem certas, ganham o número de fichas apontado pelo dado. Entretanto, se estiverem erradas, suas fichas vão para outro jogador. É natural que, depois de muitas rodadas, as crianças errem mais do que acertem. Como o jogo do germe, as fichas distribuídas formam a base da análise racional. A seguinte transcrição exemplifica o procedimento.

Shannon: Eu controlo tudo.

Terapeuta: Uau! E existe algo que você não controle?

Shannon: Nada de importante. Posso fazer com que as pessoas ajam do jeito que eu quero e posso fazer as coisas acontecerem como eu quero.

Terapeuta: Podemos tentar um jogo?

Shannon: Tudo bem.

Terapeuta: Você acha que pode adivinhar o número que vai sair se rolarmos um dado?

Shannon: Claro, depois que eu pegar o jeito.

Terapeuta: Eis como jogaremos. Você tem que adivinhar o número que vai sair no dado antes de jogá-lo. Se acertar, ganha o número de fichas mostrado no dado. Se você estiver errada, eu ganho as fichas. Entendeu?

Shannon: Legal, vou ganhar.

Shannon e o terapeuta jogam por quase 20 rodadas com Shannon adivinhando apenas duas vezes.

Terapeuta: Vamos contar. Eu tenho 85 fichas. E você?

Shannon: Doze.

Terapeuta: Você se saiu mal. Pensei que estivesse no controle de tudo.

Shannon: Isso não é justo.

Terapeuta: E o que você acha disso?

Shannon: É muito ruim.

Terapeuta: Quando as coisas fogem a seu controle, você as vê como injustas?

Shannon: Sim.

Terapeuta: E como foi para você estar nessa situação?

Shannon: Eu odiei.

Terapeuta: O que passou por sua cabeça?

Shannon: Você está fazendo as regras para que eu não possa ganhar. Odeio quando não ganho.

Terapeuta: Isso está parecido com o que você pensa e sente quando briga com seus pais?

Shannon: É exatamente isso.

Terapeuta: Qual seria uma outra forma de entender as situações verdadeiramente impossíveis de você controlar?

Shannon: Evitá-las.

Terapeuta: Na maior parte das vezes, isso é impossível. Como você lidou com o jogo do dado?

Shannon: Apenas deixei acontecer.

Terapeuta: E o que isso significa quanto a sempre ter que estar no controle das coisas?

Shannon: Acho que quando não estou no controle, posso deixar as coisas acontecerem também em minha família. Talvez na próxima vez as coisas ocorram a meu favor.

Terapeuta: Talvez na próxima rodada?

Shannon: Talvez.

Terapeuta: E o que ajudaria você a esperar pela próxima rodada?

Shannon: Confiar que a próxima rodada será boa para mim.

Terapeuta: Algumas vezes você controla as coisas só porque não confia que vão acontecer conforme seu desejo?

Shannon: Sim.

Terapeuta: Vamos acrescentar isso a seus pensamentos de *coping*. O que temos até agora?

Shannon: Quando não estou no controle, posso deixar as coisas acontecerem. Tenho que confiar que algumas coisas podem ficar a meu favor e, se não, confiar que consigo lidar com isso.

O diálogo começou com o terapeuta evocando a supervalorização de Shannon de seu controle. Houve a contagem das fichas como indícios para formar conclusões, e a parte da análise trouxe à tona uma forte reação emocional (“Isso é injusto”; “É ruim”; “Eu odiei”). O terapeuta, assim, estabeleceu um vínculo entre o jogo e seu

contexto real de vida (“Isso é parecido com o que você pensa e sente quando briga com seus pais?”). Similar ao exemplo de Elle, a primeira questão sintetizadora foi colocada cedo demais na sequência do questionamento socrático (“Qual seria outra forma de entender as situações verdadeiramente impossíveis de você controlar completamente?”). A crença de Shannon de que ela não pode confiar que as coisas vão ficar a seu favor e que, por essa razão, ela precisa controlar cada detalhe foi desencadeada por uma questão bastante simples (“O que ajudaria você a esperar pela próxima rodada?”). Por último, Shannon e seu terapeuta finalizaram o complexo processo registrando a conclusão em um cartão.

OUTRAS TÉCNICAS DE ANÁLISE RACIONAL

MESTRE DO DESASTRE

Idade: de 8 a 13 anos

Propósito: Descatastrofização, reatribuição.

Materiais Necessários:

- Planilha “Mestre do Desastre” (Formulário 6.2)
- Lápis ou caneta

“Mestre do Desastre” é um procedimento de reestruturação cognitiva que visa ao pensamento catastrófico (como o pensamento do profeta desastroso). Portanto, é uma intervenção naturalmente subsequente para crianças que já completaram registros de pensamentos em que identificaram o pensamento do profeta desastroso. O “Mestre do Desastre” orienta a criança por meio da descatastrofização e inclui questionamentos socráticos adequados às crianças, baseados no trabalho com adultos de J. S. Beck (1995) e Fennell (1989). O procedimento também é similar ao “Terrível Incerto” (Friedberg e McClure, 2002) e “Fazendo Limonada” (Friedberg et al., 1992).

O procedimento começa com uma introdução, durante a qual a criança aprende sobre ser um mestre do desastre. No passo 2, as predições catastróficas são registradas, e as questões na Planilha “Mestre do Desastre” (Formulário 6.2) ajudam o terapeuta e a criança a estabelecer um diálogo socrático que a acompanhe pelo processo de descatastrofização. Em primeiro lugar, a criança avalia a probabilidade de perigo (por exemplo: “Quão certo estou de que o desastre vai acontecer?”). Em segundo lugar, a criança é interrogada sobre os precedentes históricos do desastre (por exemplo: “Isso já aconteceu antes?”). Terceiro: se não há precedentes históricos, o terapeuta questiona o que há de diferente agora que a convence de que algo acontecerá. Quarto: examina-se a explicação dela para o desastre. A questão que segue cria uma dúvida por meio da reatribuição (por exemplo: “Qual seria outra explicação para sua sensação de algo que acontecerá agora?”).

As próximas três questões abordam mais profundamente os precedentes históricos. A capacidade de a criança lidar com o desastre é inquirida (por exemplo: “Se seu desastre já aconteceu, como você lidou com ele? O que fez?”). As questões pavimentam o caminho a fim de se salientar a capacidade de *coping* da criança. Se os esforços anteriores de *coping* não foram bem-sucedidos, o terapeuta passa para a próxima questão (por exemplo: “Se você não lidou bem com isso antes, o que é diferente agora?”). Já que o terapeuta e a criança estão orientados pela análise racional, ela obviamente desenvolveu novas habilidades ao longo do progresso nos módulos anteriores. A última questão antes da conclusão estimula uma estratégia de resolução de problemas. *Quando uma estratégia de resolução de problemas for usada, isso pode ser desastroso?* Por último, para completar

a conclusão do “Mestre do Desastre”, o terapeuta ajuda a criança a integrar as informações registradas e sintetizar uma conclusão, o que talvez seja um processo mais difícil. Sendo assim, o seguinte diálogo exemplifica o processo com Suzana, uma paciente de 14 anos com medo de humilhação e rejeição (a planilha de Suzana pode ser vista na Figura 6.3).

Terapeuta: Suzana, vamos analisar sua Planilha “Mestre do Desastre”. Você estava preocupada com as meninas em sua mesa do almoço.

Suzana: Elas só pensam em ficar com os meninos e em ser rudes comigo.

Terapeuta: Entendo. Você teve alguma dificuldade em pensar em uma conclusão.

Suzana: É, era meio confuso.

Terapeuta: Então vamos fazer isso juntos. Qual você acha que é o motivo para as meninas serem tão rudes?

Suzana: Sou feia, e as pessoas pensam que sou uma pessoa idiota.

Terapeuta: Isso machuca.

Suzana: Não brinca.

Terapeuta: Qual poderia ser outra razão para o comportamento delas?

Suzana: São más e estão procurando alguém que elas possam fazer se sentir mal.

Terapeuta: E quanto disso tem a ver com você?

Suzana: Não muito.

Terapeuta: Vejo que você preencheu o que aconteceu no passado, mas deixou o que é diferente agora em branco.

Suzana: Não sabia o que escrever.

Terapeuta: Você parou de comer, se cortou e ficou deprimida. Isso foi antes. Mas, e agora?

Suzana: Estou mais forte agora. Não pensei nisso. Não faz sentido punir a mim mesma pelas besteiras alheias. Só porque elas me tratam como lixo, não quer dizer que eu deveria fazer o mesmo comigo.

Terapeuta: Então você tem um plano?

Suzana: Sim.

Terapeuta: Se você tem um plano para o desastre, quanto controle você tem?

Suzana: Muito.

Terapeuta: Vamos juntar isso tudo.

Suzana: Deixei que as meninas me controlassem antes. Estou no controle agora e determino quem eu sou. As opiniões alheias não me definem. Não sou argila nas mãos delas.

Terapeuta: E quanto a se cortar e a não comer?

Suzana: Posso lidar com elas sem isso.

O terapeuta começou o trabalho com Suzana evocando os pensamentos automáticos negativos e conectando-se a seus sentimentos. Então, o terapeuta pediu a ela uma reatribuição (“Qual poderia ser outra razão para o comportamento delas?”). A seguir, o terapeuta questionou a conclusão demasiadamente pessoal de Suzana (“E quanto disso tem a ver com você?”). O terapeuta também ajudou Suzana a ver que os planos melhoraram sua percepção de controle. O diálogo foi concluído com uma questão sintetizadora (“Vamos juntar tudo isso”).

EXPLORADOR DE PENSAMENTOS

Idade: de 8 a 13 anos

Propósito: Avaliar autodefinições muito críticas

Materiais Necessários:

- Planilha “Explorador de Pensamentos” (Formulário 6.3)
- Lápis ou caneta

Desastre que eu posso dominar: as meninas na mesa de almoço continuam a me provocar porque meu cabelo é todo crespo e porque não tenho um par para a festa.

Quão certo eu estou de que o desastre vai acontecer? (Circule uma alternativa)

1 2 3 4 5

Não Um pouco Muito

Quando o desastre aconteceu antes? (Circule uma alternativa)

Nunca Algumas vezes Várias vezes

Se o desastre não aconteceu, o que o convence de que vai acontecer agora?

Qual é sua explicação para o desastre ter acontecido antes? Eu sou feia, e as pessoas pensam que sou uma pessoa idiota.

Qual seria outra explicação para sua sensação de que vai acontecer desta vez? Elas são más e estão procurando alguém que possam fazer se sentir mal.

Se seu desastre já aconteceu no passado, como você lidou com ele?

1	2	3	4	5
Mal		Mais ou menos		Muito bem

O que você fez? Realmente estraguei tudo. Fiquei deprimida, me arranhei um pouco com uma faca e parei de comer por um tempo.

Se você não lidou bem com isso, como é diferente agora? O que você poderia fazer que seria útil? Estou mais forte agora. Realmente não posso me punir por causa de outras pessoas. Só porque elas tratam as pessoas como lixo, não quer dizer que devo fazer o mesmo comigo. Suas opiniões não me definem. Não sou arquila nas mãos delas. Simplesmente vou ser eu mesma.

Se você tem um plano para o desastre, o quão ruim ele pode ser? Quanto controle você tem? Muito.

Conclusão do Mestre do Desastre: Ainda que tenha deixado as meninas me controlarem antes com comentários maldosos, não vou deixá-las fazer isso novamente. O que eu faço é o que me faz ser eu mesma, e não as opiniões delas. Posso lidar com elas sem me cortar ou sem parar de comer.

FIGURA 6.3

Planilha “Mestre do Desastre” de Suzana.

“Explorador de Pensamentos” ajuda as crianças a descobrirem qualidades negligenciadas. Elas escavam para encontrar pepitas “positivas e produtivas”. Da mesma forma, o “Explorador de Pensamentos” é especialmente útil para crianças depressivas, com autodefinições muito críticas e baixa autoestima. O “Explorador de Pensamentos” combina os procedimentos de teste de evidências e o de reatribuição.

O “Explorador de Pensamentos” começa evocando as autodefinições da criança (por exemplo: “Sou uma perdedora completa”). O segundo passo inclui duas questões (por exemplo: “O que é que você faz que um perdedor completo nunca faria?” e “O que um perdedor completo faria que você nunca faz?”). No terceiro passo, a questão sintetizadora de reatribuição é feita (por exemplo: “Como seria uma outra maneira de você ver a si mesmo?”). O seguinte diálogo com um menino autocrítico e depressivo de 12 anos chamado Jedediah ilustra o processo (sua tabela pode ser vista na Figura 6.4).

Terapeuta: Jed, você sabe o que um mineiro faz?

Jed: Como na Corrida do Ouro do Alasca? Já estudei isso.

Terapeuta: Exatamente. Um mineiro fica tentando descobrir coisas.

Jed: Ele sacode sua panela para fazer aparecer o ouro.

Terapeuta: É, e para que faz isso?

Jed: Para encontrar o ouro.

Terapeuta: Ele tem que separar o verdadeiro ouro da lama, das pedras e do ouro dos tolos.

Jed: O ouro dos tolos não é valioso. Até eu tenho um pouco!

Terapeuta: Bem, eu vou lhe ensinar como ser um mineiro e separar o ouro de tolo do verdadeiro ouro em seus pensamentos. O que você acha?

Jed: Legal!

Terapeuta: Aqui está a planilha “Explorador de Pensamentos”. Agora, você disse que era totalmente idiota. Vamos ver se isso é mesmo ouro ou se é ouro dos tolos. Está pronto?

Jed: Certo.

Terapeuta: Agora vamos explorar. Vê esta questão?

Jed: “O que um ‘espaço’ em branco faz que você nunca faz?”. Não entendi.

Terapeuta: Temos que colocar aí o pensamento que estamos explorando. Preencha com “idiota total”.

Jed: Entendi.

Terapeuta: Liste algumas coisas que um idiota total faz que você nunca faz.

Jed: Deixe-me ver. Machucar pessoas... “matar” aula... desrespeitar a professora... trapacear, mentir, roubar.

Terapeuta: Alguma outra coisa?

Jed: Espalhar fofocas sobre crianças, ir mal na escola, ser ganancioso.

Terapeuta: Aqui está a segunda questão exploradora. O que você faz que um idiota total nunca faz?

Jed: Estou na lista de honra. Faço muitos esportes. Ajudo crianças com dificuldades em seus deveres de casa. Ajudo os outros com as atividades da igreja... Ajudo meus pais com as tarefas na fazenda. Sou convidado para algumas festas, mas não para todas. Convido algumas crianças a irem à minha casa.

Terapeuta: Agora estamos sendo exploradores! Última questão: olhe para as coisas que você escreveu e pergunte: “qual seria uma outra maneira de ver a si mesmo?”.

Jed: Eu realmente não tenho muito em comum com um idiota total. Talvez quando algo de ruim ou triste acontece comigo, transformo isso em uma grande coisa. Ser um idiota total pode ser só na minha imaginação. Talvez eu precise dar um passo atrás e pensar sobre as coisas.

Terapeuta: Veja só, você encontrou o ouro! Anote isso.

O terapeuta inicialmente explicou a metáfora do explorador de pensamentos. Uma vez que Jed compreendeu tanto a metáfora como a tarefa, o terapeuta começou a análise racional. O fundamento de Jed para sua crença (de que ele era um idiota total) foi explorado (“Liste algumas coisas que um idiota total faz que você nunca faz”; “O que você faz que um idiota total nunca faz?”).

Um ponto sutil mas importante no diálogo é que o terapeuta variou a manei-

Planilha “Explorador de Pensamentos” de Jed



Pensamento que você está explorando: Sou um idiota total.

O que um idiota total faz que você nunca faria? Machucar pessoas, "matar" aula, desrespeitar as professoras, trapacear, mentir, fofocar sobre as outras crianças, roubar coisas, ir mal na escola, ser ganancioso.

Quais são as coisas que um idiota total nunca faria e que você faz? Estar na lista de honra, ajudar as crianças que têm dificuldades na escola, ajudar os outros com as atividades da igreja, fazer tarefas na fazenda, convidar algumas crianças para visitarem minha casa.

Após explorar, qual seria outra forma de olhar para si mesmo? Eu realmente não tenho muito em comum com um idiota total. Talvez quando algo de ruim ou triste acontece comigo, transformo isso em uma grande coisa. Ser um idiota total pode ser só na minha imaginação. Talvez eu precise dar um passo atrás e pensar sobre as coisas.

VOCÊ ENCONTROU OURO!



FIGURA 6.4

Planilha “Explorador de Pensamentos” de Jed.

ra como ele conduziu a análise racional, lançando mão de afirmações (“Liste algumas coisas...”), bem como de questões (“O que você faz que...?”) para que Jed não se sentisse interrogado. O terapeuta também usou repetidamente a metáfora do explorador ao longo do diálogo para a ideia ganhar vida (“Vamos ver se isso é mesmo ouro ou se é ouro dos tolos”; “Agora vamos explorar”; “Agora estamos explorando”; “Você encontrou o ouro!”). Por último, o terapeuta concluiu com uma questão sintetizadora (“Qual seria uma outra maneira de ver a si mesmo?”).

CONDE DREADULA DIZ

Idade: de 8 a 13 anos

Propósito: Avaliar racionalmente atribuições e previsões excessivamente pessimistas

Materiais Necessários:

- Folha de “Questões do Conde Dreadula” (Formulário 6.4)
- Diário do Conde Dreadula (Formulário 6.5)

“Conde Dreadula Diz” dirige-se a crianças afligidas por atribuições e previsões excessivamente pessimistas, sendo mais adequado para pensamentos caracterizados por raciocínios extremistas e para a catastrofização. Muitas crianças depressivas acreditam que fracassarão, que nada dará certo e mudará. “Conde Dreadula Diz” propõe a elas questões para testarem seus pensamentos pessimistas, ou seja, uma forma de internalizarem o processo socrático. Ao mesmo tempo, o personagem Conde Dreadula* ajuda as crianças a se distanciarem de suas perturbações e a racionalizá-las de forma gradual e sequencial. Por serem relativamente mais sofisticadas do que os procedimentos de

reestruturação cognitiva discutidos no Capítulo 5, as técnicas devem ser usadas após as crianças terem adquirido e aplicado a reestruturação cognitiva. “Conde Dreadula” é similar ao exercício do “Explorador de Pensamentos” (Friedberg et al., 2001). Algumas questões do Conde Dreadula foram inspiradas pelo Diário do Explorador de Pensamentos, bem como pelo trabalho de Fennell (1989) e Resick e Calhoun (2001).

O procedimento inicia com a introdução do personagem Conde Dreadula conforme detalhado a seguir. Então, a criança preenche as primeiras quatro colunas do Diário do Conde Dreadula: data, situação, sentimento e pensamento automático. O terapeuta apresenta a lista de “Questões do Conde Dreadula” (Formulário 6.4). Criança e terapeuta selecionam uma questão do Conde Dreadula, a qual é anotada na coluna “O Conde Dreadula Pergunta”, ao lado do pensamento automático. A criança, em seguida, responde à questão na coluna “O Conde Dreadula Diz”. Na coluna final, a criança reclassifica o sentimento (há um Diário do Conde Dreadula em branco no Formulário 6.5).

A seguinte transcrição ilustra os passos anteriores e faz uso do Diário “Conde Dreadula” de amostra contido na Figura 6.5 com Armando, um menino depressivo de 10 anos que vê a si mesmo e ao mundo de modo amargo e extremista.

Terapeuta: Armando, deixe-me apresentar a você um personagem que me ajuda a ensinar meninos e meninas de sua idade a testar alguns de seus pensamentos. (*Mostra a Folha de “Questões do Conde Dreadula” e o Diário do Conde Dreadula.*) Seu nome é Conde Dreadula.

Armando: Oh! Ele é um vampiro!

Terapeuta: Sim, mas é um vampiro amigável, chamado Conde

* N. de R.: Em inglês, a palavra “dread” significa (ter) medo, temor, antecipar com receio e pode se referir a algo terrível, medonho.

- Dreadula porque ajuda você a lidar com pensamentos amedrontadores.
- Armando: Como? Não sei o que “amedrontadores” quer dizer.
- Terapeuta: Quer dizer algo que inspira medo.
- Armando: Certo.
- Terapeuta: Então, o Conde Dreadula ajuda-o a lidar com pensamentos que fazem você esperar pelo pior ao fazer questões como essas. (Mostra a Folha de “Questões do Conde Dreadula” [Formulário 6.4].)
- Armando: Ele parece que suga as coisas ruins! (Ri.)
- Terapeuta: Sim, exatamente! O modo como suga as coisas ruins é fazendo perguntas. Aqui estão algumas. (Mostra o Formulário 6.4.) Vamos pegar algumas delas para usar em seus pensamentos de profeta desastroso, como “Se cometer um erro, estou perdido. As pessoas não vão mais me respeitar”. O que o Conde Dreadula poderia perguntar?
- Armando: Estou sendo duro demais comigo mesmo?... Sou capaz de perdoar a mim mesmo?
- Terapeuta: E qual é sua resposta para essas perguntas?
- Armando: Acho que estou me punindo um pouco por não me perdoar nem por um único erro.
- Terapeuta: E no que mais nós podemos pensar?
- Armando: Eu me preocupo por não poder prever o futuro. Não suporto quando coisas que eu não estava esperando acontecem.
- Terapeuta: Quais questões do Conde Dreadula você pode perguntar a si mesmo para esses pensamentos?

Armando: Não sei. Será que eu estou deixando meus sentimentos me enganarem para que pense que são fatos?... Estou me esquecendo das minhas forças?

Terapeuta: E qual é sua resposta?

Armando: O Conde Dreadula diz que sim. Estou me iludindo. Posso aguentar. Estou esquecendo como posso lidar com fatos inesperados.

O trabalho do terapeuta com Armando ilustra a maneira como a criança pode ser orientada na testagem de pensamentos (nesse caso, o procedimento da análise racional). Ele é estimulado pelo terapeuta a selecionar e a responder questões preponderantes (“O que o Conde Dreadula pergunta?”; “Qual é sua resposta para essas questões?”).

PRECISÃO DO TEMPO

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Testar evidências; segue Sua Tempestade de Ideias

Materiais Necessários:

- Planilha “Precisão do Tempo” (Formulário 6.6)
- Diário “Sua Tempestade de Ideias” preenchido previamente (Formulário 2.5)
- Lápis ou caneta

“Precisão do Tempo”, procedimento de teste de evidências que segue conceitualmente a partir da técnica de automonitoramento Sua Tempestade de Ideias, é similar a técnicas como “Encontrando a Prova” (Friedberg et al., 1992) e “Segredo I” (Friedberg e McClure, 2002). “Encontrando a Prova” é uma tabela facilitadora aos terapeutas que os guia no procedimento de teste de evidências com adolescentes usando os cinco passos a seguir: Segredo I é uma tabela adequada para crianças que as encoraja a serem

Diário do Conde Dreadula de Armando



Data	Situação	Sentimento e classificação	Pensamento automático	 Conde Dreadula pergunta	 Conde Dreadula diz	Reclassificar o sentimento
18/9	Fazer uma prova	Preocupado (8)	Se eu cometer um erro, estou perdido. As pessoas não vão me respeitar.	Estou me punindo? Quão capaz eu sou de perdoar a mim mesmo?	Me punir por um erro é ser severo demais comigo mesmo. Eu posso me perdoar por erros.	Preocupado (4)
21/9	Não sei	Preocupado (9)	É horrível não poder prever o futuro. Não suporto o inesperado.	Estou deixando meus sentimentos me enganarem para que eu pense que são fatos? Estou esquecendo as minhas forças?	Sim. Os sentimentos não são fatos, eles são apenas sentimentos. Eu sou forte. Eu posso aguentar.	Preocupado (4)

FIGURA 6.5

Diário do Conde Dreadula de Armando.

detetives atrás de pistas que embasem ou refutem suas crenças. Como um teste tradicional de evidência, “Precisão do Tempo” inclui cinco passos básicos (Padesky, 1988):

- Passo 1: Levantar os dados que embasam a crença.
- Passo 2: Levantar quaisquer dados que refutem a crença (“O que faz você duvidar que isso seja totalmente verdade?”).
- Passo 3: Perguntar se há outras explicações possíveis para os dados que reforçam a crença. Um terapeuta cognitivo alerta provavelmente percebe que os Passos 2 e 3 são projetados para provocar dúvida. Na verdade, apenas um pequeno indício é necessário no Passo 2 para provocar dúvidas, e uma explicação alternativa no Passo 3 enfraquece os dados na coluna um.
- Passo 4: Levar o paciente a considerar os dados obtidos nos Passos 1 e 3 e elaborar uma conclusão sintetizadora.
- Passo 5: Reclassificar o sentimento.

O seguinte diálogo exemplifica o procedimento com Cláudia, de 13 anos, que teme a rejeição e é muito perfeccionista (ver a Figura 6.6 para a planilha “Precisão do Tempo” de Cláudia).

Cláudia: Quando as outras meninas estão juntas e rindo durante os trabalhos de aula, eu me sinto muito, muito triste.

Terapeuta: Quão triste, em uma escala de 1 a 10?

Cláudia: 8.

Terapeuta: O que passa pela sua cabeça?

Cláudia: Tenho que ser perfeita, alegre e cheia de respostas para que todos gostem de mim. Não posso ter nada errado comigo ou eu não serei aceita.

Terapeuta: Cláudia, lembra-se de quando usamos o Diário da Tempestade de Ideias?

Cláudia: Sim, tenho alguns comigo.

Terapeuta: Tenho um outro diário só para tempestades como a que você acabou de ter. Gostaria de completar um comigo?

Cláudia: Tudo bem.

Terapeuta: Este diário é chamado Precisão do Tempo. Baseia-se na ideia da tempestade de ideias, mas analisa se a tempestade é ou não verdadeira.

Cláudia: Ah, entendi! É um trocadilho. Sabe, *previsão* e *precisão*.

Terapeuta: Você conhece a arte da linguagem! Agora, para determinar a precisão, temos que preencher essas colunas. Uma é intitulada “O que me convence de que isso é totalmente verdade” e a outra é “O que me faz duvidar de que seja totalmente verdade”. Vamos completar uma sobre o pensamento ser totalmente verdadeiro. O que a convence de que ele é verdadeiro?

Cláudia: Bem, as meninas conversam muito umas com as outras.

Terapeuta: O que mais?

Cláudia: Algumas vezes elas não guardam uma cadeira para mim no almoço.

Terapeuta: Alguma outra coisa?

Cláudia: Algumas vezes, quando cometo um erro na aula, elas sorriem para mim.

Terapeuta: Algo mais?

Cláudia: Não, é isso.

Terapeuta: Vamos passar para a próxima coluna. O que faz com que você duvide de que tem que ser perfeita e alegre o tempo todo para ser aceita?

Cláudia: Bem, algumas vezes eu até brinco no recreio com as meninas.

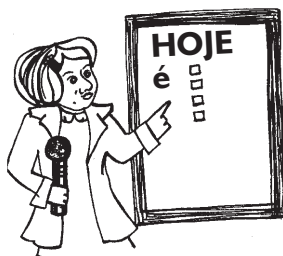
Terapeuta: O que mais?

Cláudia: É isso.

Terapeuta: É uma lista curta. O que as outras meninas fazem quando algo não dá certo para você?

Cláudia: Elas me ajudam quando choro.

Planilha “Precisão do Tempo” de Cláudia



O que está acontecendo quando você tem uma tempestade de ideias? Estamos todos na aula. As outras meninas sentam juntas e riem durante o trabalho.

Que sentimento você tem? Tristeza.

Quão forte? (Classifique de 1 a 10) 8

O que está passando por sua cabeça durante a tempestade de ideias? Tenho que ser perfeita, alegre e cheia de respostas para todo mundo gostar de mim. Não posso ter nada de errado comigo, ou não vou ser aceita.

O que o convence de que isso é totalmente verdade?

As meninas conversam muito umas com as outras.

Algumas vezes não há uma cadeira para mim no almoço.

Quando eu cometo um erro em aula, elas sorriem para mim.

O que faz com que você duvide de que isso seja totalmente verdadeiro?

Eu brinco com as meninas no recreio.

Quando choro, as outras meninas me ajudam.

Esqueci as regras de um jogo em uma festa e elas ainda assim me aceitaram no grupo.

Tire uma conclusão de sua Precisão do Tempo. Posso não ser incluída o tempo todo, mas sou incluída na maior parte das vezes. Ser perfeita não parece fazer com que me incluam mais. Talvez elas me aceitem mais quando não sou tão perfeita. Ser perfeita é uma pressão que estou colocando sobre mim mesma.

Qual é seu novo sentimento? Tristeza (3)

FIGURA 6.6

Planilha “Precisão do Tempo” de Cláudia.

Terapeuta: Vamos escrever isso. Quando elas ajudaram você e você cometeu um erro?

Cláudia: Bem, certa vez em uma festa eu me esqueci das regras, e elas ainda me quiseram no grupo.

Terapeuta: Você consegue pensar em alguma outra coisa?

Cláudia: Não. Essas questões são difíceis. Estou ficando cansada.

Terapeuta: Compreendo. Esse é um trabalho duro. Agente firme mais um pouco. Você afirmou uma coisa muito curiosa antes – que as meninas sorriem para você quando comete um erro em aula. Elas lhe dizem alguma coisa maldosa?

Cláudia: Geralmente não. Algumas vezes elas me dão tapinhas nas costas.

Terapeuta: Qual poderia ser outra explicação para os sorrisos?

Cláudia: Nunca pensei nisso!

Terapeuta: Por favor, aproveite a oportunidade para pensar sobre isso agora. (*Sorri.*)

Cláudia: (*Ri.*) Elas podem querer que eu me sinta melhor.

Terapeuta: Cláudia, vou pedir a você que faça uma última coisa difícil. Como pode juntar todas essas coisas novas juntas?

Cláudia: Isso é difícil.

Terapeuta: Deixe-me ajudá-la a começar. Você é excluída na maioria das vezes?

Cláudia: Não. Nem sempre sou incluída, mas, na maioria das vezes, sim.

Terapeuta: E ser perfeita é a coisa mais importante que faz com que seja incluída?

Cláudia: Não... Posso ser incluída quando não estou tentando ser perfeita. É uma certa pressão que

estou colocando sobre mim mesma.

Terapeuta: E como você está se sentindo agora?

Cláudia: Menos triste. Talvez 3.

A transcrição mostra quão difícil o procedimento de análise racional é para muitas crianças. O diálogo começa com a identificação dos sentimentos; depois, o teste de evidência é iniciado. Em primeiro lugar, as evidências embasando o pensamento negativo são evocadas. Foi importante para o terapeuta coletar *todas* as evidências da crença negativa, mas é preciso ter muito cuidado para *não* tomar conta dessa parte do processo: o terapeuta deve ser paciente e coletar todos os dados que o paciente está usando para reforçar a crença. Assim como a maioria dos pacientes depressivos, Cláudia tinha problemas para pensar em evidências que lançassem dúvidas sobre sua crença. O terapeuta dedicou tempo ajudando-a a obter esses dados.

A análise racional é, muitas vezes, difícil, e algumas vezes, emocionalmente exaustiva. É trabalho duro! Não obstante, é indicada a persistência (por exemplo: “Agente firme mais um pouco”; “Vou pedir a você que faça uma última coisa difícil”). Após todas as evidências terem sido abarcadas, o terapeuta formulou uma questão sintetizadora para concluir (“Como podemos colocar todas essas coisas novas juntas?”). Entretanto, Cláudia inicialmente não conseguiu dar uma resposta. O terapeuta, então, reviu com ela o processo e propôs uma questão mais simples (por exemplo: “Ser perfeita é a coisa mais importante que faz com que seja incluída?”).

ESPELHE, ESPELHO

Idade: de 10 a 18 anos

Propósito: Análise estruturada de autodefinições negativas

Materiais Necessários:

- Tabela “Espelhe, Espelho” (Formulário 6.7)
- Lápis ou caneta

As crianças formulam autodefinições idiossincráticas por meio das quais aplicam regras intolerantes e altos padrões apenas para si mesmas. “Espelhe, Espelho” é um procedimento de análise racional baseado em definições universais e inspirado em metáforas usadas por vários pacientes em uma unidade psiquiátrica. “Espelhe, Espelho” integra o processo socrático inerente às definições universais (Overholser, 1994) com a técnica do duplo padrão (Burns, 1980) e com o modelo de resiliência de Padesky (2007). “Espelhe, Espelho” propociona uma maneira estruturada de transitar pelos sete passos do desenvolvimento das definições universais (Overholser, 1994):

- Passo 1: Evoque as autodefinições absolutas do adolescente.
- Passo 2: Registre os elementos sobre os quais a definição absoluta é erigida.
- Passo 3: Defina o peso de cada componente.
- Passo 4: Envolver o componente do espelho. O paciente é orientado a nomear alguém que ele acredita pertencer ao outro extremo contrastante do contínuo. Então os fatores que figuram nas comparações do adolescente são listados.
- Passo 5: O paciente reflete sobre o grau em que apresenta as mesmas características que as listadas no Passo 4. O espelho agora foi estabelecido!
- Passo 6: Solicite a ele que reflita sobre em que grau tem as mesmas características que seu opositor (por exemplo: “Alguém que é completamente desinteressante teria alguma semelhança com alguém que é completamente interessante?”).

- Passo 7: Inspeção o reflexo do espelho à procura da presença do elemento mais significativo da autodefinição negativa completada no Passo 3. Em seguida, baseados em todos os dados, terapeuta e paciente constroem uma autoimagem mais precisa.

O seguinte diálogo demonstra o procedimento. Gisele é uma paciente com depressão que se compara desfavoravelmente em relação aos outros (ver a Figura 6.7 para a planilha “Espelhe, Espelho” de Gisele).

Terapeuta: Como você vê a si mesma?

Gisele: Basicamente como o lixo da terra, que é desprezível.

Terapeuta: Essas são palavras fortes e dolorosas para descrever a si mesma. Em uma escala de 1 a 10, quanto você é um lixo desprezível?

Gisele: Totalmente um 10.

Terapeuta: O que faz com que você se veja como desprezível?

Gisele: Não sei. Sou feia, gorda... emocionalmente incapaz. Meio doída.

Terapeuta: Vamos detalhar isso por um minuto. O que você quer dizer por feia, gorda e doída?

Gisele: Bem, não sou magra como aquelas líderes de torcida em minha escola. Meu nariz é muito grande para meu rosto, e tenho problemas emocionais. Afinal, até vou a um psiquiatra.

Terapeuta: Certo. O que mais define você como um lixo desprezível?

Gisele: Faço esportes, mas não sou uma estrela. Vou bem na escola, mas não como um gênio.

Terapeuta: E se você fosse uma atleta estrela e um gênio?

Gisele: Não sei. Estaria nos jornais ou algo assim. Os gênios têm no-

tas perfeitas. Sei que sou dura comigo mesma, mas esse é o jeito que sinto e é o jeito que é.

Terapeuta: Isto é o que eu escrevi. Você não é tão magra quanto as líderes de torcida. Seu nariz é grande demais, e você acha que tem falhas em sua aparência. Vai a um psiquiatra e tem problemas emocionais. Não é a estrela do time e tem notas não perfeitas. Estou entendendo a sua autodefinição?

Gisele: Pare de me lembrar disso. Você não deveria me ajudar a me sentir bem?

Terapeuta: Compreendo que isso seja doloroso. Estou tentando construir um reflexo de você, como em um espelho. Essa ferramenta que vou lhe ensinar chama-se “Espelhe, Espelho”. Observe. Escrevi como você vê a si mesma (ver a Figura 6.7). Agora, quais dessas coisas são as partes mais fortes de sua definição?

Gisele: A parte em que tenho coisas erradas com minha aparência. Algumas vezes olho para mim mesma e vejo um cabelo fora do lugar ou uma espinha e tenho tanto nojo de mim mesma que quero me cortar ou me queimar.

Terapeuta: Entendo. Deixe-me perguntar uma coisa: quem você conhece que considera completamente amável?

Gisele: Hmm... Acho que minha amiga Amber. Ela tem tudo.

Terapeuta: Agora, vamos olhar o outro lado do espelho. O que faz de Amber tão amável?

Gisele: Ela é realmente bonita, inteligente e atlética. Tira boas notas. E é uma pessoa “de boa”.

Terapeuta: O que isso significa?

Gisele: (Ri.) Ela tem as coisas sob controle. Não se apavora muito.

Terapeuta: Então este é o outro lado do espelho. Observe – isto parece com o que você disse?

Gisele: Sim. Amber é legal. Todos a amam.

Planilha “Espelhe, Espelho” de Gisele


Visão de mim mesmo/a	Quem é meu padrão?		
		Como eu o/a vejo?	Como eu me comparo?
Lixo da terra que é desprezível	Amber	Bonita Atlética Boas notas/inteligente Pessoa de boa (Perfeição 8)	Bonita (7) Atlética (8) Boas notas (8) De boa (3) (Perfeição 7)

FIGURA 6.7

Planilha “Espelhe, Espelho” de Gisele.

- Terapeuta: Certo. Agora quero que você classifique a si mesma em relação às qualidades de Amber – o outro lado do espelho. O quão bonita você pensa que é em uma escala de 1 a 10.
- Gisele: Acho que sou 7.
- Terapeuta: E quão atlética?
- Gisele: Prático três esportes.
- Terapeuta: Então que número?
- Gisele: Um 7, eu acho.
- Terapeuta: E quão inteligente?
- Gisele: Estou na lista de honra, mas não tiro tudo A. Então talvez um 8.
- Terapeuta: E quão “de boa”?
- Gisele: Eu não sou “de boa”. Sou nervosa.
- Terapeuta: Então quanto?
- Gisele: 3, no máximo.
- Terapeuta: Gisele, olhe para este espelho do desprezo. O que ele diz a você?
- Gisele: Sinto que deveria dizer “Espelho, espelhe a parede”. (Sorri.) Eu não sei, o que ele deveria dizer?
- Terapeuta: Não sei o que deveria dizer. Mas deixe-me perguntar uma coisa, alguém que é um lixo totalmente desprezível teria qualquer uma dessas características?
- Gisele: Provavelmente não.
- Terapeuta: Então vamos fazer as contas. Quantas dessas coisas você tem mais do que cinco?
- Gisele: Três das cinco.
- Terapeuta: Então se a Amber é totalmente amável e você tem três de cinco das suas características, como é possível que você seja totalmente desprezível?
- Gisele: Não sei. Estou confusa.
- Terapeuta: Eu também. Talvez isso seja um bom sinal. Alguém que é totalmente desprezível tem mais da metade das coisas que fazem alguém ser totalmente amável?
- Gisele: Acho que não.
- Terapeuta: Então escreva tudo isso. Como você se sente agora e qual é seu ímpeto de se cortar?
- Gisele: Um pouco melhor, acho. Mas ainda não estou perfeita.
- Terapeuta: Espere, isso não está na lista do espelho.
- Gisele: Foi isso que eu quis dizer com todas essas coisas.
- Terapeuta: Certo, então vamos acrescentar isso. O quão perfeita você é?
- Gisele: Sou legal, mas não perfeita. Talvez um 7.
- Terapeuta: Justo é justo no “Espelhe, Espelho”. Vamos voltar o espelho da perfeição para Amber.
- Gisele: Bem, ninguém é perfeito.
- Terapeuta: Entendo. Então, que número?
- Gisele: Talvez um 8.
- Terapeuta: Deixe-me entender isso. Então uma pessoa totalmente amável é um 8 na escala da perfeição e você, que é totalmente desprezível, é um 7. Como isso faz sentido?
- Gisele: Nunca tinha pensando dessa forma.
- Terapeuta: É isso o que nós psiquiatras fazemos: tentamos mudar o jeito como você pensa. Então, o que você pode concluir?
- Gisele: Bem, eu provavelmente não sou um lixo totalmente desprezível, não importa quais sejam meus defeitos. Ninguém é perfeito, nem mesmo a Amber, e todos a amam... Talvez não seja tão ruim ser eu mesma.
- O diálogo ilustra vários aspectos. Na primeira fase, a crença negativa é evocada e categorizada. Então os componentes específicos da crença são detalhados.

Como esse é um procedimento exigente, o terapeuta tomou o cuidado de resumir a primeira fase (“Isto é o que eu escrevi”). A crença de Gisele é emocionalmente “quente”, e a sua vulnerabilidade é revelada na parte inicial da transcrição (“Pare de me lembrar disso.”). O terapeuta também teve o cuidado de comunicar repetidamente sua compreensão.

Na segunda fase, o oposto do espelho de Gisele é identificado (Amber), e a completa amabilidade de Amber é operacionalizada. Uma vez concluída a tarefa, o terapeuta pediu a Gisele que classificasse a si mesma em relação às características de Amber. Ela inicialmente teve dificuldades com a questão sintetizadora (“O que ele diz a você?”), que pode ter sido abstrata demais, e Gisele recuou (“Eu não sei, o que ele deveria dizer?”). O terapeuta aproveitou a oportunidade para simplificar o processo (“Alguém que é um lixo totalmente desprezível teria qualquer uma dessas características?”). Também reforçou a dissonância cognitiva de Gisele (“Estou confusa”) respondendo: “Talvez isso seja um bom sinal”.

Em seguida, a paciente acrescentou o critério da perfeição quando o processo estava quase acabado. Felizmente, o terapeuta acolheu o adendo, em vez de excluí-lo. O terapeuta corretamente manteve o foco no procedimento e não se perdeu (“Justo é justo no ‘Espelhe, Espelho’. Vamos voltar o espelho da perfeição para Amber”). O diálogo é concluído com uma questão sintetizadora simples e direta: “Como isso faz sentido?”.

PENSAMENTO 3-D

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Testar e modificar a catastrofização e o raciocínio emocional

Materiais Necessários:

- Planilha do Pensamento 3-D (Formulário 6.8)
- Lápis ou caneta

“Pensamento 3-D” é uma técnica baseada em uma metáfora gerada por um paciente (Friedberg e Wilt, em fase de elaboração), útil para crianças ansiosas com pensamentos de profeta desastroso (catastrofização) e de prisioneiro do sentimento (raciocínio emocional). De fato, o procedimento é projetado para testar e modificar crenças como “Dificuldade/desconforto é algo desastroso”. Muitas crianças com evitação de experiência ou extrema sensibilidade à ansiedade acreditam que qualquer sinal de desconforto sinaliza uma catástrofe. Como sua autoeficácia é baixa, entendem as dificuldades ou os embates como sinais de fracasso ou vulnerabilidade.

“Pensamento 3-D” é baseado na noção de que o desconforto não equivale ao desastre. A técnica ajuda as crianças a compararem dificuldade/desconforto com o nível do desastre. Na planilha do Pensamento 3-D (Formulário 6.8), as crianças registram as informações nas primeiras quatro colunas conforme segue:

- Passo 1: As crianças registram a dificuldade ou o desconforto.
- Passo 2: Classificam o nível de desconforto (de 1 a 10, de 1 a 100, etc.).
- Passo 3: Escrevem as formas de lidar com a dificuldade ou com o desconforto.
- Passo 4: Classificam o nível de desastre associado à dificuldade.
- Passo 5: Durante o processamento socrático, o terapeuta pede à criança que compare as colunas 1 e 2 (a dificuldade e sua classificação) com a coluna 4 (o quão desastroso). Se há uma relação direta entre a dificuldade e o desastre, deve haver uma correlação entre as duas colunas. Inevitavelmente há uma correlação imperfeita, então uma nova conclusão é desenvolvida.

O seguinte diálogo demonstra o procedimento com Simon, um menino de 13 anos com TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada).

Terapeuta: Simon, vamos tentar algo novo com suas áreas de desconforto. Você está disposto a se aventurar?

Simon: Mais ou menos.

Terapeuta: Certo, vamos listar todas as coisas que você vê como desconfortáveis ou difíceis.

Simon: Ter uma professora substituta. Ter que fazer exame de garganta quando tenho dor de garganta. Fazer exame de sangue. Ter meu lugar trocado na sala de aula.

Terapeuta: É um bom começo. Você já falou sobre alguns outros.

Simon: Odeio quando minhas roupas ficam molhadas ou quando uma etiqueta na minha roupa começa a incomodar. Algumas vezes fica quente demais na aula ou no carro. Eu me preocupo se vou desmaiar e engolir minha língua. Também odeio quando mudamos de atividade na educação física. Nunca sei o que esperar. Também não gosto quando o meu dever de casa é mudado.

Terapeuta: Ótimo, agora vamos classificar o quão desconfortáveis essas coisas são em uma escala de 1 a 10 (ver a Figura 6.8).

Simon: *(Classifica cada um.)*

Terapeuta: Ainda que cada uma dessas coisas aconteça, você sabe lidar com elas.

Simon: Claro!

Terapeuta: E o que você fez quando teve uma professora substituta?

Simon: Fiquei nervoso, mas verifiquei meu plano.

Terapeuta: Então, em uma escala de 1 a 10, o quanto isso foi desastroso?

Simon: 4.

Terapeuta: E quanto à garganta?

Simon: Eu segurei a mão da minha mãe, respirei fundo, disse a mim mesmo que só duraria alguns segundos.

Terapeuta: E foi quanto de desastre?

Simon: Outro 4.

Terapeuta: E como você lidou com o exame de sangue?

Simon: Mais ou menos da mesma forma. Olhei para o pôster com um gatinho e pensei em como ele parecia com meu gato.

Terapeuta: Você se distraiu.

Simon: Eu me distraí do desastre. Foi um 3.

Terapeuta: E quanto aos outros?

Simon: Conversei com as outras crianças na mesa. Não foi tão ruim. Talvez um 3.

Terapeuta: E molhar sua camiseta?

Simon: Pensei que ia secar logo e continuei assistindo a desenhos. Isso foi um 2. Acho que a mesma coisa com a etiqueta. Apenas continuei jogando cartas de Pokemon e brincando com meus bonecos. Foi um 2.

Terapeuta: E quando você usou suas meias grossas de lã?

Simon: É, meus pés ficaram quentes. Eu me preocupei que não conseguiria me concentrar no teste de soletrar, pois estava pensando em meu pé suando. Mas pensei sobre meu pé ficando sem suor e parei de suar. Eu me concentrei para que pudesse soletrar. Isso talvez tenha sido um 5.

Terapeuta: E as atividades da educação física e o dever de casa?

Simon: Fiquei nervoso porque achava que não encontraria a pasta dos deveres de casa a tempo. Escrevi um bilhete para mim mesmo e encontrei. Esse foi um 2. As atividades da educação física mudaram, e eu me preocupei porque pensei que não me sairia bem e não seria escolhido para um time. Mas fui paciente, e as coisas deram certo, mesmo que tenha me apavorado um pouco. Apenas deixei meu pavor passar. Então talvez um 2.

Terapeuta: Esse foi um ótimo trabalho. Agora, vamos analisar sua sensação ou seu palpite de que seu desconforto era um desastre. Se o desconforto equivale ao desastre, o que você veria ao comparar as colunas de desconforto e desastre? (*Aponta as duas colunas.*)

Simon: Os números seriam iguais.

Terapeuta: E o que você vê?

Simon: Os números do desastre são muito mais baixos.

Terapeuta: Então, o que você conclui disso?

Simon: Acho que, só porque eu me sinto desconfortável, isso não quer dizer que seja um desastre.

O terapeuta começou o diálogo com a ideia de que o trabalho seria uma aven-

Planilha do Pensamento 3-D de Simon



Dificuldade/desconforto	Quão desconfortável?	Como você lidou com isso?	Quão desastroso?
Professora substituta	7	Fiquei nervoso. Olhei meu plano.	4
Exame de garganta	8	Respirei fundo. Segurei a mão de minha mãe.	4
Exame de sangue	9	Olhei para outro lado. Foquei a figura de um gatinho.	3
Lugar trocado	9	Falei com novas crianças.	3
Camiseta molhada	8	Assisti a desenhos.	2
Etiqueta coçando	6	Brinquei com cartas e brinquedos.	2
Pés muito quentes	7	Pensei que meus pés acabariam sem suor. Foquei em soletrar.	5
Dever de casa mudado	8	Escrevi um bilhete para mim mesmo.	2
Atividades da educação física mudadas	7	Fui paciente mesmo que eu tenha me apavorado um pouco.	2

FIGURA 6.8

Planilha do Pensamento 3-D de Simon.

tura e convidou Simon a listar todas as áreas de desconforto. O desconforto foi classificado e as estratégias de *coping* foram registradas. O nível de desastre também foi classificado. Então o terapeuta formulou uma questão sintetizadora específica (“Se o desconforto equivale ao desastre, o que você veria ao comparar as colunas de desconforto e desastre?”).

FALSA MATEMÁTICA

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Reatribuição para romper contingências mentais disfuncionais

Materiais Necessários:

- Lápis ou caneta
- Papel

Crianças e adolescentes, muitas vezes, resumem suas cognições a equações mentais (por exemplo, ser perfeito = competência, nunca demonstrar raiva = aprovação, ter felicidade = controle e certeza). “Falsa Matemática” é um procedimento de reatribuição que inclui uma metáfora aritmética e é fundamentado em uma questão central: “Qual é a equação?” (Sokol, 2005). Uma vez tendo sido evocada a equação, recorre-se à reatribuição para modificar a equação ou a contingência imprópria. O seguinte diálogo começa com a identificação da equação e procede com a análise racional. Meredith é uma menina de 14 anos ansiosa e perfeccionista.

Terapeuta: Meredith, você desperdiça muito tempo tentando ser perfeita sempre e com todo mundo. E o que você ganha com isso?

Meredith: Muito estresse.

Terapeuta: Com certeza. Mas muitos jovens como você criam uma equação em suas cabeças sobre as coisas.

Meredith: Uma equação? Como na matemática, em que algo é igualado a outra coisa?

Terapeuta: Exatamente. Então, em sua mente, o que é igual à perfeição?

Meredith: Controle e segurança.

Terapeuta: Isso faz sentido. Você ia buscar a perfeição se isso absolutamente garantisse ou equivalesse ao controle. Vou escrever isso como uma equação. (Ver a Figura 6.9.) O que nós temos que descobrir é se essa equação é ou não correta.

Meredith: E como faremos isso?

Terapeuta: É como fazemos em matemática. Temos que testar a equação. Por exemplo, sua equação diz que perfeição determina absolutamente segurança e controle.

Meredith: Ela faz com que me sinta no domínio, e assim ninguém me julga.

Terapeuta: Certo. Vamos testar essa equação. Quando você fez algo perfeito e sentiu-se completamente no controle de seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como de tudo e de todos?

Meredith: Bem, se você coloca as coisas dessa forma... nunca.

Terapeuta: Você colocaria as coisas dessa forma?

Meredith: Sim.

Terapeuta: Certo, quando você foi perfeita e não teve medo algum de desaprovação e sentiu-se segura em relação ao julgamento dos outros?

Meredith: Nunca.

Terapeuta: Como está indo o teste?

Meredith: Não muito bem para a equação. (Sorri.)

Terapeuta: Vamos continuar testando. Quando é que você foi imperfeita, mas ainda assim sentiu-se no controle e segura em relação aos julgamentos?

Meredith: Quando cometi erros em meu trabalho de artes, eu me senti bem sobre isso, e meus amigos realmente me apoiaram. Foi legal. Disseram que estava tudo bem se eu não fosse perfeita.

Terapeuta: Certo. E o que isso faz à equação?

Meredith: Ela muda muito.

Terapeuta: Então, vamos pegar toda a informação dos testes e reescrever a equação. Como seria uma boa nova versão?

Meredith: Vou tentar fazer uma versão boa, e não uma perfeita. *(Sorri.)*

Terapeuta: Ótimo!

Meredith: Certo. Algumas vezes a perfeição faz com que eu me sinta mais no controle e mais segura, mas é como uma miragem no deserto. Parece que está lá, mas, na verdade, não está. Na maior parte do tempo, tentar ser perfeita faz com que eu fique mais preocupada com os julgamentos dos outros e acabo me sentindo fora de controle. A perfeição não é o que deveria ser. É apenas uma miragem.

O terapeuta introduziu a metáfora da equação no início do diálogo (“Mas muitos jovens como você criam uma equação em suas cabeças sobre as coisas”). O terapeuta evocou a equação de Meredith

(“Então, em sua mente, o que é igual à perfeição?”). Uma vez tendo sido revelada a equação, o processo de testagem começou (“Quando você fez algo perfeito e sentiu-se completamente no controle de seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como de tudo e de todos?”; “Quando você foi perfeita e não teve medo algum de desaprovação e sentiu-se segura em relação ao julgamento dos outros?”; “Quando é que você foi imperfeita, mas ainda assim sentiu-se no controle e segura em relação aos julgamentos?”). Por fim, o terapeuta concluiu com uma questão sintetizadora (“E o que isso faz à equação?”).

BRINCANDO DE MEIO DE CAMPO

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Atenuar o pensamento extremista

Materiais Necessários:

- Planilha “Brincando de Meio de Campo” (Formulário 6.9)
- Lápis ou caneta

“Brincando de Meio de Campo” é uma forma de ensinar a técnica do contínuo de análise racional para crianças. Assim como o procedimento do “Pêndulo de Newton”, “Brincando de Meio de Campo” ajuda os pacientes a atenuarem seus pensamentos extremistas (pensamento do ogro caolho), a fim de que relativizem seus olhares, e não que vejam tudo em termos absolutos. Usa-se uma metáfora de beisebol em que os extremos estão no campo esquerdo e direito (o campo do centro é o meio de campo). O procedimento começa com uma explicação da metáfora, e, em seguida, o

PERFEIÇÃO = SEGURANÇA
CONTROLE
NÃO SER JULGADA PELOS OUTROS

FIGURA 6.9

Equação da “Falsa Matemática” de Meredith.

questionamento socrático guia o paciente na definição dos extremos, bem como do meio de campo. O seguinte diálogo é com Isaac, um menino de 11 anos atormentado por humores depressivos e autorrecreminações sobre erros reais e imaginados (ver a Figura 6.10 para a Planilha “Brincando de Meio de Campo” de Isaac).

Isaac: Tenho toneladas de coisas erradas e pertencem ao lixo com todas as coisas rejeitadas. Sou um fardo para minha família. Talvez eles devessem me bo-

tar para fora de casa. Eu sou horrível.

Terapeuta: Vejo como se sente triste. Você lembra como chamávamos esse tipo de pensamento?

Isaac: É meu pensamento do ogro caolho aparecendo.

Terapeuta: Com certeza é, Isaac. E você joga beisebol, certo?

Isaac: Sim, na terceira base.

Terapeuta: Quero lhe mostrar algo que pode ajudar você com seu pensamento do ogro caolho. (Pega a Planilha Brincando de

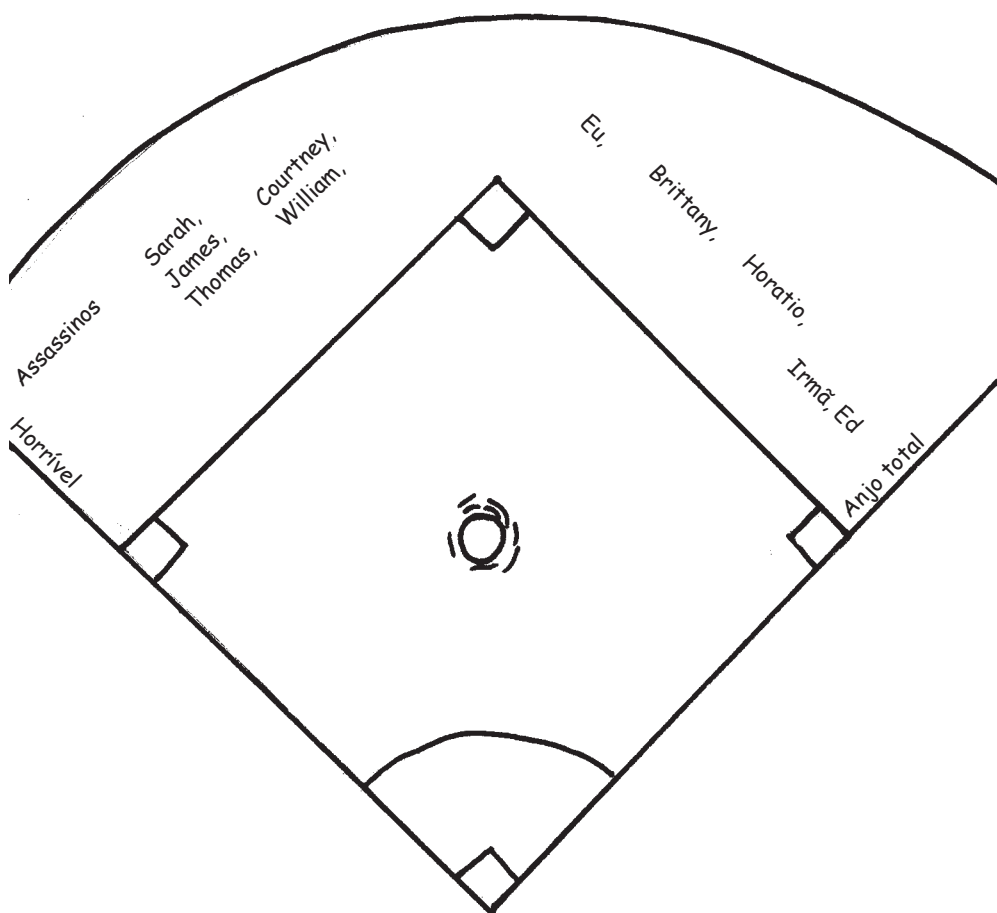


FIGURA 6.10

Planilha “Brincando de Meio de Campo” de Isaac.

- Meio de Campo [Formulário 6.9].) Você vê isto?*
- Isaac: É um mapa de um campo de beisebol. Como isso vai ajudar?
- Terapeuta: Vou ensinar você a jogar no meio de campo com seu pensamento.
- Isaac: Como você faz isso?
- Terapeuta: Você disse que é horrível por causa de seus inúmeros problemas. Vamos colocar isso na linha do campo esquerdo. Então, o que existe no lado oposto do campo?
- Isaac: O campo direito!
- Terapeuta: Verdade, mas qual é o oposto de ser horrível?
- Isaac: Ser um anjo total e nunca fazer nada de errado.
- Terapeuta: Vamos escrever isso no campo direito. Agora, quero que você coloque os jogadores no campo.
- Isaac: Como assim?
- Terapeuta: Vamos começar no campo direito. Quem você conhece que é completamente um anjo e nunca faz nada de errado?
- Isaac: Talvez meu primo Ed.
- Terapeuta: Ele nunca cria problemas? Não há nada de errado com ele?
- Isaac: Ele bagunça algumas coisas. E às vezes fica acordado até tarde.
- Terapeuta: Então, se ele fosse um anjo completo, estaria exatamente no fim do campo direito. Mas ele tem algumas coisas erradas, então posicione-o.
- Isaac: Acho que aqui.
- Terapeuta: E quem mais?
- Isaac: Talvez minha irmã mais nova.
- Terapeuta: Onde ela vai?
- Isaac: Ela não é tão ruim quanto eu sou, mas irrita um pouco meus pais. Talvez aqui.
- Terapeuta: Quem mais?
- Isaac: Meu melhor amigo, Horatio. É um bom aluno, mas quer chamar muita atenção.
- Terapeuta: Onde ele ficaria no campo?
- Isaac: Aqui.
- Terapeuta: E quem é o melhor, mais popular e mais bem comportado aluno na sua classe?
- Isaac: Brittany – ela acha que é a melhor.
- Terapeuta: Onde ela vai?
- Isaac: Bem, aqui... pois ela também é má algumas vezes para as crianças que necessitam de ajuda extra.
- Terapeuta: Agora, quem você conhece que é horrível?
- Isaac: As pessoas nos jornais que assassinam outras pessoas.
- Terapeuta: E onde elas vão?
- Isaac: Bem na linha do campo esquerdo.
- Terapeuta: E quanto às pessoas que você conhece e vê como horríveis?
- Isaac: Não gosto de julgar as pessoas. Não gosto de chamar os outros de horríveis.
- Terapeuta: Você só usa essa palavra para si mesmo.
- Isaac: (Ri.) É isso aí.
- Terapeuta: E quanto aos mandões em sua escola?
- Isaac: James, Sarah e Thomas. Estão aqui.
- Terapeuta: E quanto às crianças que você considera desrespeitosas?
- Isaac: Courtney e William. Estão aqui.
- Terapeuta: Agora, olhando para todas essas pessoas, onde você se encaixa no campo?
- Isaac: Acho que aqui.
- Terapeuta: Aí é mais ou menos o centro do campo. O que você conclui de estar tão longe daquele lado horrível do campo?

- Isaac: Não estou tão perto. Tenho coisas erradas e não sou um anjo, mas não sou tão ruim.
- Terapeuta: E quanto à ideia de que você é horrível por ter muitas coisas erradas e de que seus pais deveriam botá-lo para fora de casa?
- Isaac: Isso está vindo lá do campo esquerdo. Talvez esteja em um território ruim. É um pensamento ruim!

No diálogo anterior, o terapeuta trabalhou com Isaac na definição de cada extremo de seu pensamento acompanhando as linhas do campo da direita e da esquerda. Isaac, por sua vez, posicionou as pessoas ao longo do contínuo no campo baseado em quão angelical ou ruim a pessoa fosse. Após muitas pessoas terem sido posicionadas em campo, Isaac posicionou a si mesmo. O terapeuta então concluiu com uma questão sintetizadora: “E quanto à ideia de que você é horrível porque possui muitas coisas erradas e que seus pais deveriam botá-lo para fora de casa?”.

O PÊNDULO DE NEWTON

Idade: de 10 a 18 anos

Propósito: Atenuar o pensamento extremista

Materiais Necessários:

- Brinquedo “Pêndulo de Newton”

“Pêndulo de Newton” é um popular brinquedo baseado nas leis da física: consiste de cinco bolas colocadas em uma linha horizontal e suspensas verticalmente em uma haste. Quando a bola de um lado é puxada e atinge a bola parada a seu lado, a bola no outro extremo do brinquedo se move, mas as bolas do meio permanecem em repouso. O brinquedo é uma demonstração concreta da Terceira Lei da Física de Newton, ou seja, para cada ação há uma reação oposta equivalente.

De fato, existe uma ciência física equivalente ao pensamento extremista. Os extremos são colocados nos lados opostos do espectro, e os pacientes se inclinam entre esses dois polos, negligenciando o espaço intermediário. Esse pensamento (ogro caolho) resulta na instabilidade emocional e na impulsividade. O seguinte diálogo demonstra como usar o Pêndulo de Newton com Morgan, de 14 anos, que é propensa a explosões emocionais.

- Terapeuta: Morgan, temos trabalhado com todas essas maneiras extremistas pelas quais você vê as coisas, mas quero lhe mostrar algo que pode ajudá-la com essas crenças. (*Pega um Pêndulo de Newton.*)
- Morgan: Gosto desse brinquedo. Já o vi antes.
- Terapeuta: Você sabe como ele funciona?
- Morgan: Claro. Você puxa uma bola e a outra no extremo oposto também vai sair.
- Terapeuta: E nada acontece com as que estão no meio?
- Morgan: Exato.
- Terapeuta: É isso o que acontece em seu pensamento extremista. Cada ponta movimenta a outra. É por isso que você tem sentimentos opostos tão fortes. E qual é o problema com isso?
- Morgan: Apenas fico me sacudindo de um lado para o outro.
- Terapeuta: Você precisa achar o equilíbrio.
- Morgan: Para que eu não tenha tantas mudanças de humor?
- Terapeuta: É isso aí. Cada lado é o desencadeador do lado oposto, então isso continua sempre. Como você pode fazer cada ponta menos extrema e mover-se para o meio com seu pensamento?
- Morgan: Não sei. É como estou programada.

- Terapeuta: Em primeiro lugar, vamos definir cada ponta de uma forma mais equilibrada. Vamos usar o exemplo da maneira como você vê seus sentimentos. Você se lembra do que havia em seu Diário do Pensamento?
- Morgan: Sim. Tenho escrito aqui. Uma vez eu escrevi que as emoções são meus negócios pessoais e que deveria ter total controle sobre elas e guardá-las para mim mesma. Também tinha o pensamento de que as emoções são incontroláveis. Deveria simplesmente explodir e me livrar delas. Jogá-las em outra pessoa para que ela tenha que lidar com isso.
- Terapeuta: Qual é uma forma menos extrema do que ver as emoções como negócios pessoais completamente incontroláveis que sempre devem ser contidas?
- Morgan: Algumas vezes eu consigo conter as emoções.
- Terapeuta: O que você quer dizer com “controle total”?
- Morgan: Não mostrar a ninguém como me sinto.
- Terapeuta: E como seria para você mostrar parte, mas não tudo, do que você está sentindo?
- Morgan: Eu ia chorar ou gritar, mas não sairia correndo ou atacaria alguém.
- Terapeuta: Isso é controle completo?
- Morgan: Acho que não, mas ao menos eu ia relaxar um pouco.
- Terapeuta: Estamos chegando mais perto do equilíbrio. E quanto a seu sentimento de que as emoções são totalmente incontroláveis e que você tem que se livrar delas e jogá-las em outra pessoa?
- Morgan: Elas são fortes demais para mim.
- Terapeuta: Se elas são fortes demais, isso quer dizer que são totalmente incontroláveis?
- Morgan: Acho que não.
- Terapeuta: Se você jogá-las em outra pessoa, isso diminui a força delas?
- Morgan: Na hora parece que sim, mas na verdade não muito.
- Terapeuta: E como seria outra maneira de ver essa situação?
- Morgan: Parece que elas não são incontroláveis, mas elas são mais fortes do que eu gostaria.
- Terapeuta: E quanto a jogá-las em outra pessoa?
- Morgan: Isso não ajuda.
- Terapeuta: Só porque você não gosta delas, acha que deveria se livrar delas?
- Morgan: Não. Posso segurá-las se quiser.
- Terapeuta: Quando você teria mais controle? Segurando-as ou jogando-as em outra pessoa?
- Morgan: Boa pergunta. Nunca pensei nisso dessa forma. Se segurá-las, estarei no controle.
- Como muitos dos procedimentos discutidos neste texto, o terapeuta começou cuidadosamente introduzindo a metáfora, referida ao longo do diálogo (por exemplo: “Estamos chegando mais perto do equilíbrio”). O terapeuta testou muitos dos absolutismos de Morgan com questões socráticas bem específicas (“Se elas são fortes demais, isso quer dizer que são totalmente incontroláveis?”; “Se você jogá-las em outra pessoa, isso diminui a força delas?”; “Só porque você não gosta delas, acha que deveria se livrar delas?”).

CONCLUSÃO

Neste capítulo, foi delineada uma variedade de métodos de análise racional que

os terapeutas podem aplicar de maneiras divertidas e efetivas (ver o Quadro 6.2). Tal como afirmado ao longo do capítulo, devem ser escolhidas técnicas baseadas na conceituação do caso. Metáforas específicas devem ser selecionadas com base em interesses e/ou experiências de vida do paciente. O *timing* da estratégia de análise racional deve ser planejado de acordo com pensamentos, crenças e pressupostos identificados, bem como ser adequado às habilidades do paciente. O questionamen-

to socrático é um componente fundamental dos procedimentos de análise racional; portanto, o terapeuta deve conhecer e usar tipos variados de questões para não tornar as sessões enfadonhas. Acrescentar empatia e ter atenção cuidadosa às respostas verbais e não verbais do paciente alertará o terapeuta para quaisquer modificações que necessitem ser feitas nas questões ou no processo. De forma geral, as técnicas de análise racional podem ser componentes divertidos, ativos e significativos da TCC.



DICAS PARA A ANÁLISE RACIONAL

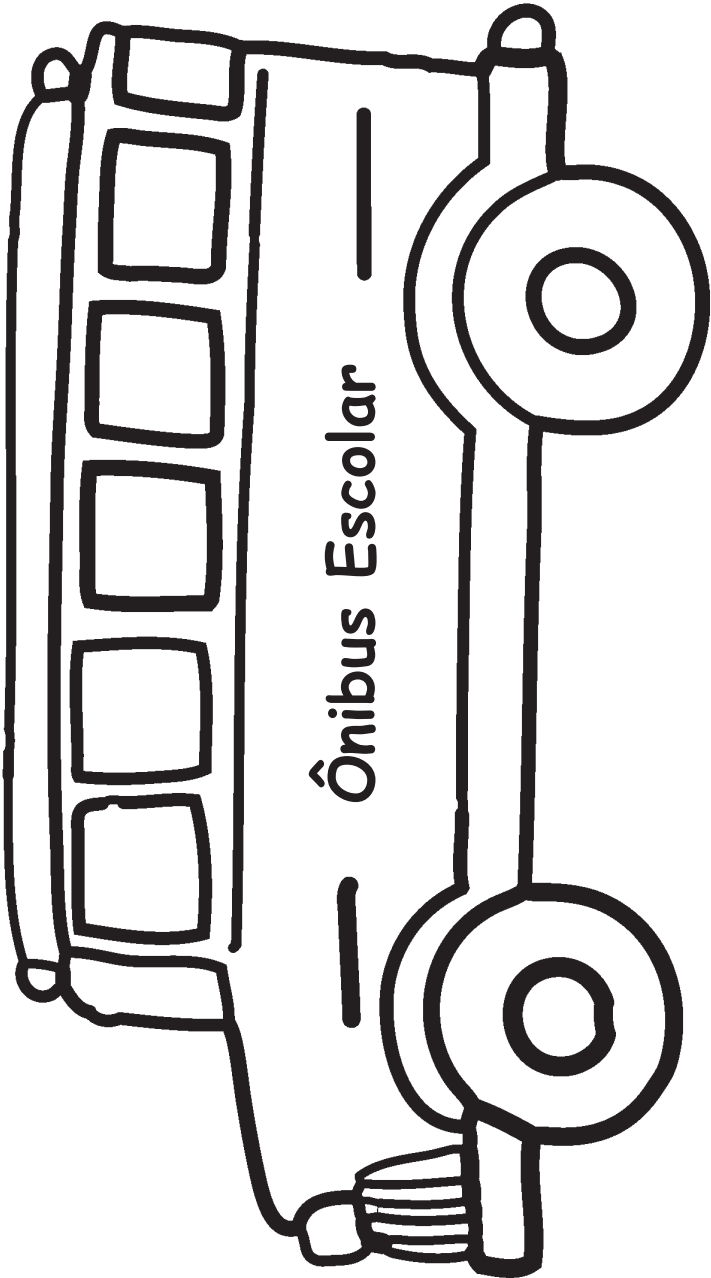
- Varie os tipos de questões socráticas.
- Certifique-se de adicionar empatia aos diálogos socráticos.
- Cuide para sequenciar as questões sistematicamente.

QUADRO 6.2

TÉCNICAS DE ANÁLISE RACIONAL

TÉCNICA	PROPÓSITO	IDADE	MODALIDADE
Quem Tem o Germe?	Realizar o teste de evidências	7-12 anos	Individual, familiar
Dado do Controle	Realizar o teste de evidências	8-18 anos	Individual
Mestre do Desastre	Realizar a descatastrofização; reatribuição	8-13 anos	Individual, coletiva
Explorador de Pensamentos	Avaliar autodefinições excessivamente críticas	8-13 anos	Individual, familiar, coletiva
Conde Dreadula Diz	Avaliar racionalmente atribuições e previsões pessimistas demais	8-13 anos	Individual, familiar, coletiva
Precisão do Tempo	Testar evidências; segue a partir do Sua Tempestade de Ideias	8-18 anos	Individual, coletiva
Espelhe, Espelho	Fazer a análise estruturada de autodefinições negativas	10-18 anos	Individual, coletiva
Pensamento 3-D	Testar e modificar a catastrofização e o raciocínio emocional	8-18 anos	Individual, familiar, coletiva
Falsa Matemática	Fazer a reatribuição para romper contingências mentais imprecisas	8-18 anos	Individual, familiar, coletiva
Brincando de Meio de Campo	Atenuar o pensamento extremista	8-18 anos	Individual, coletiva
Pêndulo de Newton	Atenuar o pensamento extremista	10-18 anos	Individual, coletiva

Desenho do Ônibus



FORMULÁRIO 6.1

Ônibus Escolar.

Planilha “Mestre do Desastre”



Desastre que eu posso dominar: _____

Questões do mestre:

Quão certo eu estou de que o desastre vai acontecer? (Circule uma alternativa)

1	2	3	4	5
Não		Um pouco		Muito

Quando o desastre aconteceu antes? (Circule uma alternativa)

Nunca	Algumas vezes	Várias vezes
-------	---------------	--------------

Se o desastre não aconteceu, o que o convence de que vai acontecer agora? _____

Qual é sua explicação para o desastre ter acontecido antes? _____

Qual seria outra explicação para sua sensação de que vai acontecer desta vez? _____

Se seu desastre já aconteceu no passado, como você lidou com ele?

1	2	3	4	5
Mal		Mais ou menos		Muito bem

O que você fez? _____

(continua)

FORMULÁRIO 6.2

Planilha “Mestre do Desastre”.

Se você não lidou bem com isso, como é diferente agora? _____

Se você tem um plano para o desastre, o quão ruim ele pode ser? Quanto controle você tem? _____

Conclusão do Mestre do Desastre: _____

FORMULÁRIO 6.2

.....
Planilha “Mestre do Desastre”.

Planilha “Explorador de Pensamentos”

Pensamento que você está explorando: _____

O que um _____ faz que você nunca faria? _____

Quais são as coisas que um _____ nunca faria e que você faz? _____

Após explorar, qual seria outra forma de olhar para si mesmo? _____

VOCÊ ENCONTROU OURO!**FORMULÁRIO 6.3**

Planilha “Explorador de Pensamentos”.

Questões do Conde Dreadula

Estou punindo os outros por meus erros?

Estou punindo a mim mesmo pelos erros alheios?

Estou confundindo o acidental com o proposital?

Estou confundindo o que é justo com o que eu quero que aconteça?

Estou confundindo o que é por enquanto com o para sempre?

Estou confundindo o possível com o provável?

Estou sendo duro demais comigo mesmo?

Estou esquecendo minhas forças?

Estou sendo duro demais com as outras pessoas?

Estou deixando meus sentimentos me enganarem para que eu pense que são fatos?

Sou capaz de me perdoar?

Sou capaz de perdoar os outros?

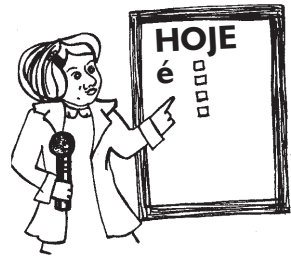
As coisas para mim são extremas?

Como poderia ser pior?

FORMULÁRIO 6.4

Questões do Conde Dreadula.

Planilha “Precisão do Tempo”



O que está acontecendo quando você tem uma tempestade de ideias? _____

Que sentimento você tem? _____

Quão forte? (Classifique de 1 a 10) _____

O que está passando por sua cabeça durante a tempestade de ideias? _____

O que o convence de que isso é totalmente verdade?

O que faz com que você duvide de que isso seja totalmente verdadeiro?



Tire uma conclusão de sua Precisão do Tempo. _____

Qual é seu novo sentimento? _____

FORMULÁRIO 6.6

Planilha “Precisão do Tempo”.

Tabela “Espelhe, Espelho”

	Como eu me comparo?	
	Como eu o/a vejo?	
	Quem é meu padrão?	
	Visão de mim mesmo/a	

FORMULÁRIO 6.7

Planilha “Espelhe, Espelho”.

Planilha do Pensamento 3-D

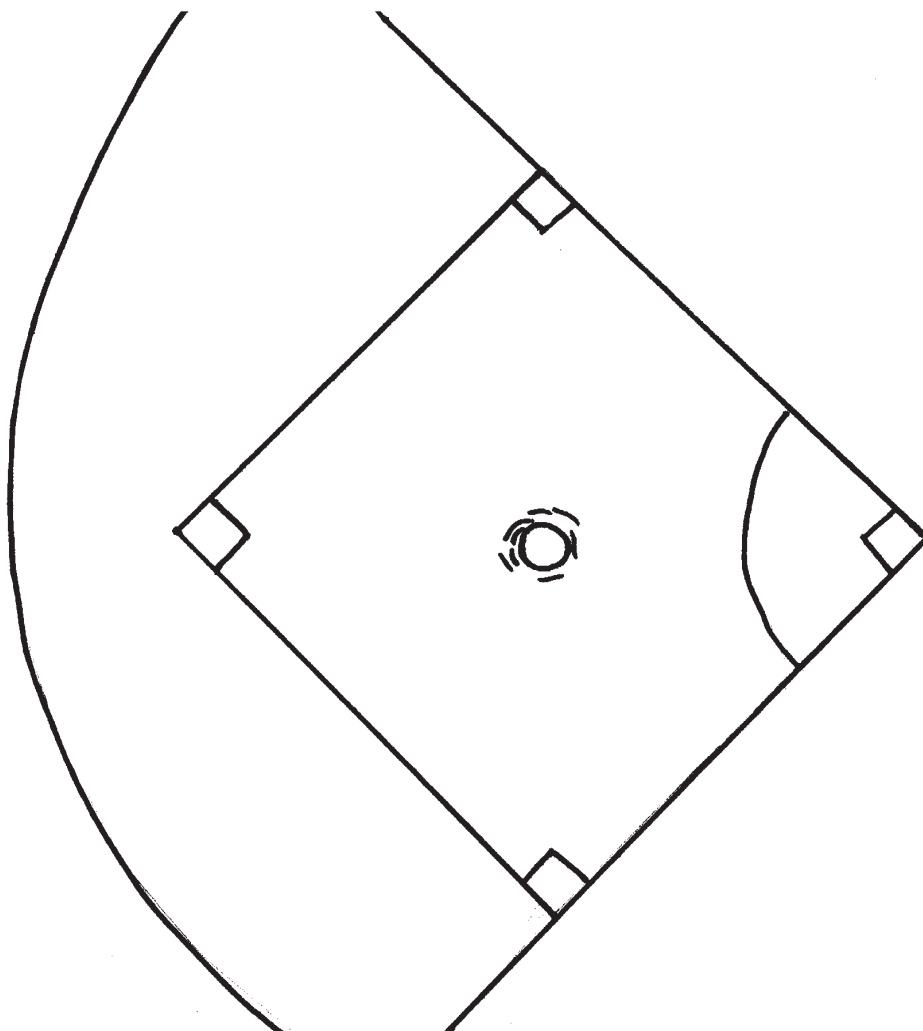


Dificuldade/desconforto	Quão desconfortável?	Como você lidou com isso?	Quão desastroso?

FORMULÁRIO 6.8

Planilha do Pensamento 3-D.

Planilha “Brincando de Meio de Campo”

**FORMULÁRIO 6.9**

Planilha “Brincando de Meio de Campo”.

7 Performance, aquisição e exposição

A cultura popular reconhece a importância de demonstrar competência por meio da performance ou da aquisição comportamental. Frases como “Menos conversa e mais atitude”, “Mais jogo e menos enrolação” e “Faça acontecer” refletem o valor da ação. O *slogan* da Nike, *Just do it*, bem como o comando do Capitão Picard de *Jornada nas Estrelas* a seu tenente, “Faça com que seja”, são baseados na noção de enfrentar tarefas difíceis apesar dos obstáculos emocionais. Por último, o princípio de que quando se cai do cavalo, tem-se que montar de volta, comunica o valor da persistência em face do desconforto e do medo.

Esta parte final do livro aborda novamente o tema discutido no início, tornando-o circular de diversas maneiras. No Capítulo 1, abordou-se o papel crucial da excitação emocional e do jogo de aprendizagem experimental com a TCC. O aprendizado experimental ajuda “a cabeça e o coração a chegarem a um consenso” (Padesky, 2004, p. 434). Experimentos comportamentais e a aprendizagem experimental explicitamente evocam a excitação emocional, de modo que novas explicações, interpretações e ações possam ser aprendidas (Barlow, 1988; Moses e Barlow, 2006). O Capítulo 7 descreve a lógica e os procedimentos para elaborar, implementar e avaliar tentativas comportamentais que

facilitam o aprendizado experimental ativo de crianças e adolescentes.

Os experimentos comportamentais são intervenções poderosas devido ao foco na aprendizagem experimental, na excitação emocional, na codificação da experiência, no aprendizado reflexivo e na prática de novos planos (Bennett-Levy et al., 2004). A experimentação comportamental visa a mudar estados emocionais, promover a resolução flexível de problemas, tornar crenças ocultas mais evidentes e enfraquecer a credibilidade de pressupostos negativos (Rouf, Fennell, Westbrook, Cooper e Bennett-Levy, 2004). Muitas vezes, os jovens pacientes ficam convencidos de que seus pensamentos negativos são absolutamente verdadeiros. Em lugar de ver isso como resistência ou evitação, Padesky (2004) vê isso como um ceticismo saudável em relação a visões alternativas. A autora aponta: (p. 433): “Os pacientes trazem para os experimentos o ceticismo saudável que a verdadeira ciência experimental requer”.

Os pacientes necessitam de poderosas experiências desconfirmadoras para libertarem-se de distorções cognitivas sufocantes, distúrbios comportamentais e emoções perturbadoras (Bandura, 1977a, 1977b). Padesky (2004, p. 434) concluiu: “Os primeiros pensamentos que ocorrem às pessoas em tempos ruins ad-

vêm provavelmente da mente experimental. Portanto, para ajudar a garantir uma mudança duradoura é importante que a mente experimental esteja convencida das novas crenças”.

Poderosos experimentos comportamentais, muitas vezes, incluem alguma forma de exposição. Barlow (1988) referia-se à exposição como uma forma de terapia afetiva, e nela o elemento-chave é o desenvolvimento de novas tendências de ação. Ao contrário de fugir ou negar o enfrentamento de estressores, os pacientes aprendem a manejá-los e suportá-los. Barlow comentou que a exposição ajuda as crianças a desenvolverem sentidos adaptativos de poder e controle. Por meio de constantes experiências e experimentos emocionalmente excitantes, os pacientes aprendem a se libertarem das “amarras que os velhos hábitos e as crenças jogam sobre eles” (Samoilov e Goldfried, 2000, p. 380). A exposição é uma maneira contundente de atenuar as evitações e as reservas dos pacientes (Padesky, 2004). A emoção é o foco das tarefas de exposição, e o objetivo é reduzir a evitação emocional (Barlow, Allen e Choate, 2004; Suveg, Southam-Gerow, Goodman e Kendall, 2007). Por exemplo, crianças ansiosas evitam situações emocionalmente provocativas, enquanto crianças com alta autoeficácia persistem em situações perturbadoras e, por conseguinte, elaboram habilidades adaptativas de *coping* (Suveg e Zeman, 2004).

Muitos jovens pacientes se engajam em evitação experimental, a qual diz respeito à indisposição de passar por experiências pessoais desagradáveis. A exposição é o antídoto para a evitação. Greenberg (2006, p. 90) astutamente sintetizou a premissa básica do tratamento baseado na exposição: “Existe uma forte tendência humana a evitar emoções dolorosas. Para superar a evitação emocional, os pacientes, em primeiro lugar, precisam ser motivados

a se aproximarem abordando suas experiências emocionais e mudando as cognições que governam sua evitação”.

A exposição ensina as crianças a mudarem suas expectativas sobre a excitação emocional negativa (Leahy, 2007). Leahy (p. 355) corretamente afirmou que esse processo de aprendizagem requer reavaliações cognitivas e que ele cria ideias proposicionais como “Quando eu tenho um sentimento de ansiedade, ele não me sobrecarrega nem me destrói” ou “Eu estou em um lugar seguro mesmo tendo imaginado que era terrível”.

A aprendizagem experimental depende da noção de que a transferência de aprendizado de uma situação para a outra é melhor atingida quando os contextos emocionais de ambas são similares (Safran e Muran, 2001). Portanto, se um estado de enfrentamento é adquirido e praticado apenas em um ambiente calmo, ele pode não se transferir para as situações perturbadoras. A experiência clínica demonstra que crianças ansiosas são muito mais dispostas a “falar” sobre seus medos do que efetivamente enfrentá-los. Na verdade, a experiência sugere que quase todas as crianças raivosas podem adquirir uma variedade de estratégias de manejo da raiva, mas poucas conseguem colocá-las em prática quando as pessoas estão verdadeiramente deixando-as doidas! Portanto, é crucial projetar experimentos em que as crianças possam praticar suas habilidades adquiridas no contexto emocional apropriado.

A exposição, os experimentos comportamentais e o aprendizado prático enfatizam a realização, e não a verbalização de mudanças. Hayes e colaboradores (1999) observaram que os exercícios experimentais evitam as falhas inerentes a intervenções puramente verbais, ampliando e transcendendo a análise racional, a reestruturação cognitiva e outras formas de intervenções verbais. Os autores tam-

bém escreveram que a aprendizagem experimental desencadeia a questão essencial “O que sua experiência lhe diz?”.

Experimentos comportamentais testam a realidade e são oportunidades de descoberta, porque permitem que os jovens avaliem e desconfirmem suas expectativas. Da mesma forma, suas previsões devem ser evocadas antes do tempo e, então, avaliadas após o experimento. Portanto, Wells (1997) lembra a ajudar os pacientes a fazerem previsões específicas antes que a experimentação seja tentada. Expectativas inconsistentes devem ser evitadas (“Eu me sentirei desconfortável”) e previsões mais concisas devem ser elaboradas (“As pessoas vão rir de mim”).

Os experimentos comportamentais precisam ser processados cognitivamente (Rouf et al., 2004; Zinbarg, 2000). A emoção não deve ser apenas experimentada, mas compreendida (Boal, 2002). Boal afirmou corretamente (p. 37): “Não podemos falar sobre a emoção sem a razão, ou o contrário: a razão sem emoção; a primeira é o caos, a segunda é pura abstração”. Rouf e colaboradores (2004) sugeriram uma sequência de quatro etapas em que os experimentos comportamentais são planejados, experimentados, analisados e sintetizados. Em outras palavras, os experimentos são planejados, são experimentados emocionalmente, os dados são coletados e, então, as conclusões são extraídas. Rouf e colaboradores (p. 31) alertaram: “A experiência pode ser desperdiçada se os pacientes não tomarem um tempo para considerarem o que eles observaram”.

As estratégias neste capítulo proporcionarão aos terapeutas intervenções de ação para impulsionar as fases de aprendizado experimental do tratamento. São fornecidas ideias para projetar e implementar os experimentos com crianças e adolescentes, bem como estratégias para avaliar os resultados dos experimentos. As

estratégias pretendem atenuar a distância entre o saber e o fazer. Já que as crianças ansiosas têm uma tendência a evitarem situações emocionalmente provocativas, os terapeutas precisam estar confortáveis para guiá-los ao longo do processo. Os experimentos comportamentais apresentados neste capítulo lançarão dúvidas sobre expectativas e crenças desadaptativas dos pacientes, abrindo, assim, a porta para uma reestruturação cognitiva mais efetiva e para mudanças mais duradouras. O Quadro 7.1 lista alguns exemplos de exposições e experimentos tradicionais.

OS ASPECTOS BÁSICOS DA EXPOSIÇÃO

Existem vários pontos importantes a serem recordados sobre conduzir exposições e experimentos (Craske e Barlow, 2001; Persons, 1989; Richard, Lauterbach e Gloster, 2007). Em primeiro lugar, a psicoeducação precisa ocorrer antes que a exposição comece. Os pacientes e a família devem ter uma compreensão clara do ciclo da ansiedade, das razões por que as exposições são usadas e como as exposições serão colaborativamente projetadas e completadas. Essa educação pretende atenuar a ansiedade em relação às exposições, bem como dar aos pacientes um senso de controle. Maneiras específicas de educar os pacientes e as famílias são delineadas a seguir, como guias que garantam que as exposições sejam bem projetadas e elaboradas para se adaptarem às necessidades, aos interesses e ao conjunto específico de habilidades do paciente.

Educando pacientes e famílias sobre a exposição

Pacientes e famílias precisam estar preparados para a exposição. Muitos dos materiais psicoeducacionais apresentados

no Capítulo 3 podem formar a base para a lógica. A colaboração é um pré-requisito importante, e a exposição é feita *com* o paciente, e não *para* o paciente. Educar o paciente sobre a lógica e o processo da exposição sem jargões pode evitar que eles se sintam vitimizados (Lauterbach e Reiland, 2007). A exposição é melhor perseguida quando terapeuta, paciente e família formam uma coalizão voluntária.

A exposição é uma experiência assustadora para crianças e adolescentes; afinal de contas, eles estão sendo convidados a enfrentarem situações ameaçadoras e perigosas. Já que poucos pacientes *querem* a exposição, a chave para o sucesso é fazer com que eles estejam *dispostos* a enfrentar suas perturbações (Hayes et al., 1999; Huppert e Baker-Morissette, 2003). Assim como foi descrito no Capítulo 5, o exercício “Querer *versus* Estar Disposto” é

um procedimento de reestruturação cognitiva que prepara o paciente para a exposição. Também a aliança terapêutica com a criança, constituída a partir do trabalho completado nos módulos anteriores, proporciona a base segura sobre a qual as aventuras terapêuticas são buscadas.

Hembree, Rauch e Foa (2003) identificaram componentes cruciais que devem ser incluídos na lógica para a exposição. Primeiramente, esclarecer que a evitação é pior do que lidar com a ansiedade é um ponto importante. Em segundo lugar, deve ser esclarecido que a ansiedade pode inicialmente aumentar, mas que, ao longo do tempo e com repetidas exposições, diminuirá. Terceiro: a persistência e a paciência são habilidades aprendidas. Por fim, o resultado de uma exposição positiva é um senso mais consistente de competência e controle.

QUADRO 7.1

EXEMPLOS DE TÉCNICAS TRADICIONAIS DE EXPOSIÇÃO E EXPERIMENTOS

TÉCNICA	USO
Jogar um jogo em que o terapeuta muda as regras (Kendall et al., 2005)	TAG, perfeccionismo, controle, rigidez
Cometer um erro de propósito (Kendall et al., 2005)	TAG
Encher e estourar balões (Kendall et al., 2005)	TAG
Ler diante dos outros com uma voz estranha (Kendall et al., 2005)	Ansiedade social, medo de avaliações negativas
Assistir ou ler notícias (Kendall et al., 2005)	TAG
Escrever alguma coisa com a mão menos hábil (Kendall et al., 2005)	Perfeccionismo
Pedir orientações (Kendall et al., 2005)	Ansiedade social, medo de avaliações negativas, perfeccionismo
Telefonar para um colega e pedir ajuda para uma tarefa (Kendall et al., 2005)	Ansiedade social
Tentar se lembrar de 10 cartões enquanto provocado por pares (Lochman et al., 2003)	Controle da raiva
Construir uma torre de dominó com a mão não dominante enquanto se é provocado por pares (Lochman et al., 2003)	Controle da raiva
Praticar a perda de coisas (Sze e Wood, 2007)	Colecionismo

Como muitos outros procedimentos neste livro, a exposição é reforçada pelas metáforas e analogias (Hembree et al., 2003; Huppert e Baker-Morissette, 2003). Por exemplo, Hembree e colaboradores (2003, p. 24) ofereceram uma metáfora para o trauma e explicaram: “O trauma pode ser visto como um ferimento que já criou casca, mas que ainda não curou e permanece sensível ao toque. A exposição prolongada é o processo de abrir e limpar o ferimento e curá-lo até o fim. Embora possa deixar uma cicatriz, não vai doer quando algo o tocar”. Também recomendam a metáfora da caverna:

A evitação pode ser descrita como uma caverna em que o paciente se retraiu para se curar do trauma. Enquanto essa caverna segura o permitiu funcionar em algum nível, também restringiu significativamente sua vida. A exposição envolve jornadas mais longas e mais extensas fora da caverna, e isso parece arriscado e perigoso. Entretanto, para curar completamente o trauma, o paciente precisa aprender a viver com os riscos fora da caverna. (p. 27)

Huppert e Baker-Morissette (2003) sugeriram duas metáforas adicionais para educar os pacientes sobre a exposição: aprender uma nova língua e andar na montanha russa. Os pacientes estão aprendendo um novo idioma (abordagem) para substituir o antigo (evitação). A prática continuada estimula uma maior fluência. A metáfora da montanha russa comunica os picos e as depressões da ansiedade, bem como do senso de controle. Além disso, permite ao terapeuta explicar que excitação/agitação e medo são reações fisiológicas essencialmente semelhantes – são as interpretações que determinam se esse estado é visto como excitação ou ansiedade.

Hembree e Cahill (2007) oferecem algumas sugestões para fortalecer o relacionamento terapêutico. A princípio,

deve-se reforçar o fato de que o terapeuta aliou-se com os pacientes contra suas perturbações. “Nomeando o Inimigo” e “Sou Eu, Não o TOC” criam as condições para tal noção. Segundo: a colaboração e a parceria são essenciais. As crianças podem ditar o ritmo e a intensidade da exposição. Convidar a criança a assumir a liderança para projetar e implementar aventuras é um exemplo específico de colaboração (Ginsburg e Kingery, 2007). Sugere-se que se evite prescrever e/ou designar desafios para crianças, mas que se convoquem a criança e talvez a família como coprojetores. As crianças devem fornecer as diretrizes do processo, e o terapeuta deve captar os sinais de seus jovens colaboradores. Isso estimula um senso de controle e constrói a crença de que os pacientes estão “no controle” de suas perturbações. Mineka e Thomas (1999) argumentaram que a exposição ajuda a restaurar a ordem e o controle emocional na vida das pessoas. Na verdade, os efeitos positivos da exposição parecem ser resultado de um maior controle percebido, o qual funciona como um “sinal de segurança” que perpassa as situações. Kendall e Suveg (2006, p. 272) enfatizaram: “Exposições *in vivo* que resultam de um esforço colaborativo entre a criança e o terapeuta estão, muitas vezes, entre as mais coesas e significativas para a criança”.

A colaboração também pode incluir uma autorrevelação apropriada (Gosch et al., 2006); por exemplo, se a exposição cria alguma perturbação, pode ser útil compartilhar isso com o paciente.

Cita-se o caso de uma paciente de 16 anos que tinha medo de contaminação; por isso, lavava compulsivamente suas mãos, evitando o contato com quaisquer moedas. Após progredir pelos níveis da hierarquia, chegou-se a um item a respeito de pegar moedas do chão do banheiro. Foi elaborado um experimento no banheiro vazio da clínica, projetado de

modo que caísse uma moeda no chão do banheiro, ela fosse pega, mantida por um período de tempo nas mãos, fosse colocada no bolso para, só então, as mãos serem lavadas uma vez. Esse experimento foi criado com uma sensação cada vez maior de ansiedade, desconforto e até algum pavor no terapeuta, que compartilhou isso com a paciente dizendo:

Radha, tenho que lhe dizer algo. Para melhor ou pior, você tem um terapeuta que não está tão empolgado em fazer este experimento. Entretanto, vou fazer isso com você de qualquer maneira. Juntos, vamos tentar enfrentar esse desconforto. O que acha?

A modelagem também é uma forma de colaboração (Hembree e Cahill, 2007; Kendall e Suveg, 2006). Encarar situações temerárias junto com as crianças reforça a confiança delas. Quando os terapeutas agem como modelos de *coping*, demonstram que praticam o que pregam aos pacientes. Além disso, quando os terapeutas acompanham as crianças em suas aventuras, é formada uma equipe genuína que luta lado a lado contra o medo. Por fim, as crianças são confortadas pela noção de que não estão sozinhas em seu contexto apavorante.

Experimentos sem graça ficam parecendo trabalho para os jovens; portanto, o tédio também pode fortalecer a ansiedade. Estimular a curiosidade e a intrepidez das crianças é a chave para encorajar a tomada de risco emocional. Kendall e Suveg (2006) concordam que exposições criativas e divertidas são especialmente significativas. Eles descreveram vários experimentos divertidos – por exemplo, uma criança socialmente ansiosa que temia falar em público fingindo fazer um discurso após receber um prêmio, e uma criança muito inibida passeando pela biblioteca cantando alto sua música favorita acompanhado por seu pai ou pelo terapeuta. Portanto, geral-

mente faz-se referência às exposições e aos experimentos como “aventuras”.

O procedimento de exposição

A exposição efetiva é compreensível (Persons, 1989; Richard et al., 2007), devendo abordar todos os aspectos proeminentes das situações evitadas: o cognitivo, o comportamental, o emocional, o fisiológico e o interpessoal. O terapeuta precisa construir experimentos que se assemelhem às experiências reais que os pacientes encontram. Fidaleo, Friedberg, Dennis e Southworth (1996) perceberam que, se o terapeuta cria um experimento com uma minhoca para ajudar um ofidiofóbico, é improvável que isso seja efetivo, pois minhoca e cobra não compartilham as mesmas propriedades ameaçadoras. Os terapeutas devem atentar para variáveis como quem está presente na situação, a hora, o estado fisiológico dos pacientes (por exemplo, suor, pele fria ou úmida, frequência respiratória), bem como para as várias experiências sensoriais (por exemplo, temperatura do ambiente, cheiro, som).

Sessões repetidas ou prolongadas de exposição geralmente são indicadas (Barlow e Cerny, 1988; Craske e Barlow, 2001; Persons, 1989; Richard et al., 2007). Testes de uma única oportunidade têm poucas chances de serem efetivos. A exposição repetida permite a habituação e a efetivação da reestruturação cognitiva. Enquanto as exposições são tipicamente iniciadas durante a sessão, pacientes e famílias são convidados a continuar praticando suas novas habilidades durante experimentos adicionais nos contextos reais.

A exposição é muito focada no presente e faz uso da experiência do aqui-e-agora (Richard et al., 2007) e requer o engajamento emocional; entretanto, conforme já mencionado, muitos pacientes

evitam esse contato emocional. Hembree e colaboradores (2003) recomendam várias estratégias para promover o engajamento emocional. Por exemplo, ao conduzir uma exposição imaginária, Hembree e colaboradores recomendam que os pacientes mantenham seus olhos fechados, falem no tempo presente e incluam todas as variáveis sensoriais (visão, cheiro e tato) e de resposta (cognitiva, fisiológica, emocional, interpessoal). Dessa forma, concluíram que os pacientes experimentam todos os aspectos da perturbação, mas permanecem firmemente enraizados no contexto presente. Questões feitas ao longo da exposição devem ser curtas e não intrusivas para não distrair o paciente. Questões úteis recomendadas por Hembree, bem como questões oriundas da prática clínica, incluem:

- “Descreva o que você vê.”
- “O que você cheira?”
- “Quais emoções você está sentindo?”
- “O que está passando por sua cabeça?”
- “Quem está aí junto com você?”
- “O que está acontecendo em seu corpo?”
- “Qual é a temperatura da sala?”

Para ser efetiva, a exposição não deve parar até que a ansiedade/perturbação seja amenizada. Beidel e Turner (2006) recomendam um declínio de 50% na frequência de resposta como um limiar aproximado. O objetivo da exposição é ganhar confiança no enfrentamento do desconforto. O fim prematuro de uma exposição fortalece a evitação e o senso de que a ansiedade é perigosa.

A exposição pode ser comprometida se o paciente se envolver demais com o material emocional (Hembree et al., 2003); nesse caso, o paciente fica sobrecarregado e perde a perspectiva, perdendo também o contato com o contexto presente durante a exposição imaginada, sendo que pa-

cientes traumatizados podem desligar-se (Hembree et al., 2003). As crianças, assim, são solicitadas a manter seus olhos abertos (Hembree et al., 2003). Primeiramente, o terapeuta pode pedir ao paciente que se concentre em sua voz. Em seguida, pode direcionar a atenção do paciente para as sensações físicas imediatas, como o sentimento do braço sólido da cadeira ou a firmeza do chão sobre seus pés. Hembree e colaboradores também recomendam o uso cauteloso do toque como uma técnica de aterrissagem. O toque físico deveria ser discutido antes do começo do procedimento. Também o terapeuta sempre deve pedir permissão (por exemplo: “Posso pegar sua mão?”).

Wells (1997) sugeriu a útil planilha PETS para orientar os clínicos pelos procedimentos de experimento e exposição. No início, preparam (P) a criança e a família por meio da psicoeducação, da lógica do procedimento e do automonitoramento (Escala SUDS, evocar expectativas/previsões). Então, a exposição (E) ocorre, e, na fase de processamento cognitivo, o jovem testa (T) ou avalia suas previsões. No fim, paciente e terapeuta sintetizam (S) e tiram conclusões para melhorar ainda mais o processamento cognitivo.

Recompensando os esforços das crianças

Realizar exposições e experimentos é um trabalho árduo para crianças e adolescentes. Trata-se de procedimentos emocionalmente provocativos e desafiadores. Portanto, esforços em direção à exposição devem ser reforçados (Gosch et al., 2006). Recompensas podem incluir elogio, privilégios e pequenos prêmios. Gravações de vídeo (Kendall et al., 1992) e fotografias (Kearney e Albano, 2000) mostrando a criança completando a tarefa também são recompensadoras. O “Tíquete para Voar” é um exercício divertido projetado para recompensar a experimentação.

Tíquete para voar

“Tíquete para Voar” é uma forma divertida de a criança registrar e ser reforçada por se aproximar de suas perturbações, encaixando-se bem após o “Para o Alto e Além” (Capítulo 4). O “Tíquete para Voar” combina automonitoramento, contingência e construção em uma única atividade. O primeiro ato é registrar os passos hierarquicamente ordenados em direção ao *coping* da perturbação. Os iniciais são colocados na parte inferior do tíquete, enquanto os mais difíceis ficam no alto. Quando cada passo é completado, o tíquete é perfurado com um furador. Assim que todos os buracos são feitos, o objetivo é atingido. A metáfora do tíquete é útil de várias formas: em primeiro lugar, a maior parte das crianças não gosta da terapia de forma geral e tipicamente evitam a exposição. (Assim essa atividade proporciona um registro concreto do progresso e representa seu “tíquete” para a saída da terapia). Segundo: o tíquete proporciona às crianças e às suas famílias um mapa para guiar o tratamento. Terceiro: perfurar os tíquetes é uma experiência familiar para a maioria das crianças, e ele pode ser decorado com desenhos, adesivos e fitas.

TIPOS DE EXPOSIÇÃO E DE APRENDIZADO EXPERIMENTAL

Exposição gradativa

As exposições gradativas fazem uso das hierarquias descritas no Capítulo 2, o que facilita uma abordagem passo a passo para o *coping*, ajudando as crianças a aprenderem que as situações não são ameaçadoras e que elas têm habilidades adequadas para enfrentá-las (Allen e Rapee, 2005). Além disso, percebem que enfrentam situações relativamente fáceis e, depois, progredem para situações cada vez mais desafiadoras em termos emo-

cionais quando seu nível de habilidade permite. Kendall e Suveg (2006, p. 265) concluíram que “as exposições gradativas auxiliam a criança na aquisição de experiência e no desenvolvimento de um senso de domínio ao longo do tempo”. Tal técnica é, muitas vezes, referida como uma forma de prática por etapas. Na maioria dos casos, recomenda-se uma abordagem gradativa para o treinamento de exposição, seja numa realidade imaginária, real ou virtual, em que a criança sistematicamente caminha para desafios emocionais cada vez maiores.

Exposição imaginária

Na exposição imaginária, os pacientes relembram eventos na imaginação e, então, experimentam outra vez seus pensamentos e sentimentos perturbadores. De fato, A. T. Beck e colaboradores (1985) enfatizaram que a imaginação aumenta a experiência de ansiedade dos pacientes. Ao conduzir exposições imaginárias, é importante fazer a imaginação tão “real” quanto possível. As descrições devem ocorrer no tempo presente (por exemplo: “Eu estou vendo”, e não “Eu vi” ou “Eu verei”) e incluir diferentes experiências sensoriais (Richard et al., 2007; Padesky, 1988). Saigh, Yule e Inamdar (1996) recomendam uma avaliação direta das habilidades de imaginação da criança: se não for “real” o suficiente, a exposição não produzirá a estimulação emocional necessária para a exposição ser efetiva. A exposição imaginária também pode ser facilitada pelo uso de bonecos, fantoches e outros brinquedos ou estímulos (Deblinger et al., 2006). Além disso, fotografias, vídeos, gravações de áudio e peças de roupa também podem estimular a exposição imaginária (Faust, 2000; Saigh, 1987). Uma cena vívida é caracterizada por uma descrição específica de seu contexto situacional, suas circunstân-

cias emocionais e cognitivas, as respostas fisiológicas, os comportamentos e as experiências sensoriais (Hembree e Cahill, 2007). A técnica é adequada para crianças com medos como aqueles com ansiedade generalizada (Kendall et al., 2005), podendo também ser praticada como um passo em direção à exposição real.

Exposição real

A exposição real é o enfrentamento da situação “em carne e osso” (Kendall et al., 2005, p. 141). Geralmente, ocorre após o treinamento em habilidades de *coping* e da exposição imaginária (Kendall e Suveg, 2006). A técnica testa as habilidades adquiridas pelos jovens no ambiente natural (Craske e Barlow, 2001), e as situações de vida real são hierarquicamente organizadas. A criança gradualmente progride de situações medianamente desafiadoras para situações mais intensamente desafiadoras. Várias tarefas podem ser elaboradas no consultório. Por exemplo, Kendall e Suveg (2006) deram exemplos de fazer testes, ler poemas e apresentar-se para os funcionários da clínica. A maior parte das aventuras neste capítulo é de exercícios reais.

Exposição em realidade virtual

A exposição em realidade virtual é uma alternativa às exposições imaginárias e reais (Forsyth, Barrios e Acheson, 2007; Lauterbach e Reiland, 2007). Permite a experimentação comportamental com estímulos e circunstâncias que poderiam, de outra forma, ser inacessíveis ou incontrolláveis (Koch, Gloster e Waller, 2007). Os pacientes são equipados com um dispositivo acoplado à cabeça que apresenta imagens para cada olho, impede o contato visual com o mundo real e restringe o foco de atenção do paciente. Os sensores detectam os movimentos dos pacientes, para

que eles percebam que estão se movendo no ambiente virtual. A técnica proporciona aos terapeutas uma oportunidade de monitorarem as reações de seus pacientes, bem como de dar a eles *feedback* e apoio por fones de ouvido.

Hirai, Vernon e Cochran (2007) identificaram várias vantagens da realidade virtual: a primeira é reduzir a probabilidade de eventos imprevistos negativos. A segunda é as propriedades das circunstâncias temidas poderem ser individualmente definidas. A maior parte das crianças está acostumada com *videogames*; logo, a realidade virtual pode ser muito atraente para elas. Bouchard, Côté e Richard (2007) comentaram que a exposição em realidade virtual tem a vantagem de proteger melhor a confidencialidade, reduzir custos e focar a atenção no comportamento evitativo.

Inundação

A “inundação” é a exposição repetida ou prolongada não gradual ao estímulo temido. Ela não inclui hierarquias, e os pacientes são expostos a estímulos aversivos intensos de uma só vez, permanecendo em contato com os estímulos temidos até que sua ansiedade diminua. A técnica é geralmente mais perturbadora do que a exposição gradativa (D'Eramo e Francis, 2004). A diferença entre ambas é similar à diferença entre mergulhar de uma vez só no lado profundo e frio de uma piscina em um dia quente de verão e, aos poucos, ir nadando até o lado profundo com pequenos passos a partir do lado raso, conforme a temperatura de seu corpo for se ajustando às mudanças de condições (Shapiro et al., 2005).

Experimentos de pesquisa

“Experimentos de pesquisa” podem ser aplicados a diversos problemas clínicos

(Rouf et al., 2004), já que são simples de serem executados. Em nossa experiência, muitas crianças os consideram divertidos, além de serem uma forma de “testar as evidências” para uma crença de forma ativa e experimental. A fim de conduzir um experimento de pesquisa sobre uma crença específica, as crianças inicialmente precisam fazer previsões sobre quais serão os resultados da pesquisa. Em segundo lugar, elas anotam as questões da pesquisa. Com frequência, o terapeuta ajuda as crianças a formularem questões não direcionais. A seguir, coletam dados de opinião de “pessoas reais” como funcionários da clínica e/ou outras pessoas de sua vivência (por exemplo, amigos, família). Inicia-se a pesquisa na clínica visando a garantir que a criança esteja “objetivamente” coletando dados, oferecendo material necessário para que a pesquisa pareça oficial. Uma vez coletados os dados, as crianças comparam os resultados observados com suas expectativas e previsões. Após essa comparação, uma conclusão é formada.

Jogos de tabuleiro e jogos esportivos tradicionais

Jogos de tabuleiro e jogos esportivos tradicionais são maneiras excelentes de experimentação comportamental, pois simulam os dramas urgentes de ganhar ou perder que marcam emocionalmente a vida das crianças. São bastante adequados para crianças ansiosas e perfeccionistas que acreditam que qualquer falha na performance será catastrófica, bem como para crianças agressivas externalizadoras que entendem a derrota como uma ameaça à sua competência e a seu sentido de que o mundo deve funcionar de acordo com suas regras inflexíveis.

Jogos de tabuleiro infantis que requerem prática, paciência e tolerância à frustração podem ser usados na sessão.

Aqueles que envolvem “retrocessos” são ferramentas úteis para abordar a tolerância à frustração, uma vez que realizam experimentos comportamentais a respeito de situações de vencer ou perder.

Jogos teatrais de improvisação

Jogos de interpretação geralmente assumem uma posição central na TCC; entretanto, frequentemente carecem de espontaneidade e intensidade emocional. Os jogos teatrais de improvisação combinam os procedimentos de ensaio cognitivo-comportamental do jogo de interpretação convencional com o imediatismo de técnicas experimentais e gestálticas como a da cadeira vazia. Os jogos teatrais e dramatização criativa são maneiras divertidas e potencialmente poderosas de aumentar a criatividade e a flexibilidade comportamental.

O ensaio comportamental requer ação, e a dramatização traz a ação para um contexto emocional imediato (Landy, 2008). O teatro de improvisação ocorre em tempo real e sob circunstâncias urgentes. Pensadores do teatro (Boal, 2002) defendem que essa urgência desencadeia a ação genuína, que é o que se quer realizar nas tarefas de exposição e experimentação. A ação autêntica dá ao paciente um verdadeiro senso de autoeficácia.

A improvisação também promove uma variedade de habilidades, incluindo a cooperação, a escuta, a fala, a resolução de problemas, a tolerância a imperfeições, a criatividade e a flexibilidade (Bedore, 2004). Bedore (p. 8) afirma que a improvisação ensina as crianças a mudarem suas rotinas: “Já que nossas rotinas não têm roteiro, estamos realmente fazendo improvisação o tempo inteiro”. Rooyackers (1998) observou que os jogos de drama ajudam as crianças a se relacionarem melhor com os outros, a desenvolverem mais atenção

e concentração, a praticarem o autocontrole e a aprenderem a se expressar. Jogos de teatro de improvisação podem ser aplicados a casos de déficits de habilidades sociais, tolerância emocional, impulsividade, controle excessivo e medo de imperfeição. Portanto, são adequados como um exercício experimental para crianças e adolescentes com transtornos externalizadores como TOC, TDAH e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID), bem como para pacientes com ansiedade, depressão e transtornos alimentares. Os livros de Bedore (2004), Rooyackers (1998) e Boal (2002) são recheados de exercícios divertidos. “Contando com Você” e “História de uma Só Palavra”, descritos posteriormente neste capítulo, são apenas dois exemplos da maneira como os jogos teatrais promovem o trabalho em equipe e a cooperação (Bedore 2004).

Construções familiares

As construções familiares são ótimos experimentos comportamentais. Em essência, os membros da família realizam juntos uma atividade. Os detalhes podem ser altamente flexíveis: o terapeuta pode indicar uma montagem específica ou dar opções de construção e fazer com que os membros da família escolham. Os padrões de interação familiar revelam-se pelo exercício, proporcionando ao profissional oportunidades para intervenções cognitivo-comportamentais efetivas.

Existem várias considerações importantes para o estabelecimento e para a execução do experimento. Em primeiro lugar, o terapeuta decide quem dá as instruções. Se o pai ou a mãe tende a assumir a direção, deve-se convidar o outro para coordenar e assumir a responsabilidade pela tarefa. As reações de todos os membros da família às mudanças nos papéis são pistas para as intervenções. Deve-se

ter atenção em particular a pensamentos, sentimentos e comportamentos produzidos em momentos importantes, como a designação de instruções, a divisão dos materiais e a não conformidade. Além disso, deve-se observar com atenção pensamentos, sentimentos e comportamentos associados a papéis mais dominantes ou submissos. Friedberg (2006, p. 163) identificou várias questões:

- Os pais são muito intrusivos e protetores?
- Eles temem que a criança vá estragar tudo?
- A família funciona como uma equipe para completar a tarefa ou todos os membros são competitivos e trapaceam?
- A criança é incluída na tarefa?

Um caso de exemplo ilustrará o processo. Toni é uma menina de 10 anos cuja mãe é altamente coercitiva e controladora. Toni e sua mãe envolvem-se em intensas disputas de poder em que Toni vê a si mesma como presa em uma situação sem saída em que nunca consegue agradar a sua mãe. A mãe de Toni não reconhece seu papel nessa interação disfuncional. Falar sobre os padrões problemáticos resultou em poucos progressos. Portanto, decidiu-se tentar um experimento em que mãe e filha realizassem juntas uma tarefa.

No experimento, Toni foi a líder e diretora, decidindo sobre o quê e como fazer a construção. Sua mãe foi instruída a seguir as direções dadas por Toni. Não é de surpreender que isso foi extremamente difícil para a mãe de Toni. Ela ficou muito ansiosa e recebeu um registro de pensamentos para completar, no qual listou hipóteses perturbadoras como “O que ela está fazendo? Ela sabe como fazer isso? E se ela estragar tudo? E se ela derramar toda a cola e os botões? Ela vai fazer uma sujeira. Eu deveria ajudá-la ou ela nun-

ca vai conseguir completar”. O terapeuta pediu à mãe de Toni que analisasse sua hipótese antecipatória. A mãe de Toni continuou a observar e a intervir apenas quando comandada por Toni, a qual concluiu a tarefa com bastante destreza. Após o experimento, o terapeuta pediu a Toni que tirasse uma conclusão (por exemplo: “O que você conclui a partir disso?”). Toni respondeu: “Eu posso fazer coisas sozinha se minha mãe permitir”.

As hipóteses da mãe de Toni também foram testadas. Já que suas previsões negativas fracassaram, ela precisava elaborar uma conclusão mais precisa. O terapeuta ajudou a mãe de Toni a sintetizar os dados do experimento (“O que isso diz sobre suas preocupações?”). A mãe de Toni concluiu: “Se eu confiar nela e deixar de lado minhas preocupações, minha filha vai se sair bem”.

O exemplo mostra como a construção familiar faz com que o padrão oculto de interação se torne transparente. Toni e sua mãe aprenderam com a experiência que a competência de Toni não era determinada pela proteção ou pelo controle de sua mãe. A tarefa não foi ameaçadora e terminou com uma pequena recompensa tangível para Toni, o que também pode servir como um lembrete visual do experimento e do resultado.

Escrever

Escrever e manter um diário também é uma forma de exposição. A terapia de processamento cognitivo (Resick e Calhoun, 2001) faz uso recorrente de narrativas. Os pacientes escrevem sobre o trauma ou medo em detalhes. Terapeuta e paciente, então, sistematicamente processam a exposição. Desenhos podem ser relevantes também para o processo (Perrin, Smith e Yule, 2000; Smith, Perrin e Yule, 1999). Saigh e colaboradores (1996) re-

comendam pedir a crianças traumatizadas que desenhem suas representações das circunstâncias estressantes e, depois, que as recontem verbalmente. Deblinger e colaboradores (2006) sugeriram o uso de poemas e músicas na tarefa. Além disso, destacaram que um livro ou outra forma narrativa cria um registro permanente que pode ser revisado sempre.

AVENTURAS TERAPÊUTICAS: EXPOSIÇÕES E EXPERIMENTOS PARA DIFERENTES PROBLEMAS CLÍNICOS

Os métodos de exposição tradicionais podem ser aplicados em transtornos de humor e ansiedade até transtornos alimentares, comportamento agressivo, desatenção e TID. Nesta seção, serão abordadas as maneiras como a exposição e a aprendizagem experimental são aplicadas aos problemas das crianças como raiva, autocontrole, depressão, transtornos alimentares, TOC, perfeccionismo, TID, fobias, ansiedade de separação e ansiedade social. O Quadro 7.2 resume os experimentos e as técnicas de exposição recomendadas neste capítulo.

Raiva/comportamento agressivo

Aventuras terapêuticas são bastante adequadas para problemas de controle da raiva. Tal como muitos clínicos reconhecem, muitas crianças podem de imediato adquirir habilidades de controle da raiva; entretanto, poucas aplicam essas habilidades quando realmente ficam irritadas. A chave é ajudá-las a praticar o que é ensinado em circunstâncias do mundo real. Felizmente, existem vários experimentos estabelecidos com crianças raivosas e agressivas na literatura (Feindler e Guttman, 1994; Lochman et al., 2003).

Feindler e colaboradores (Feindler e Ecton, 1986; Feindler e Guttman,

QUADRO 7.2

TÉCNICAS DE
EXPOSIÇÃO E EXPERIMENTOS

TÉCNICA	PROPÓSITO	IDADE	MODALIDADE
Círculo da Crítica	Habilidades de controle da raiva, prática gradativa	8-18 anos	Coletiva
Técnica do Cutucão	Habilidades de controle da raiva, prática gradativa	8-18 anos	Individual, familiar, coletiva
Bola ao Alvo	Tolerância à frustração e perda de controle	8-18 anos	Individual, familiar, coletiva
Macacos Salteadores	Tolerância à frustração e perda de controle	5-18 anos	Individual, familiar, coletiva
Armadilha Chinesa para Dedos	Aprender a aceitar a perda do controle	5-18 anos	Individual, familiar, coletiva
História de uma Só Palavra	Ensinar a cooperação, reciprocidade e que ninguém tem sempre o controle total	8-18 anos	Familiar, coletiva
Refeições Familiares	Testar crenças imprecisas, praticar novos padrões de interação familiar	5-18 anos	Familiar
Foto Perfeita	Atenuar os pensamentos extremistas sobre beleza, valor e/ou atratividade	8-18 anos	Individual, coletiva
Caçada ao Germe	Tratamento do TOC	6-15 anos	Individual, familiar, coletiva
Contaminantes Musicais	Jogo para vários jogadores para tratamento do TOC	6-10 anos	Familiar, coletiva
Compartilhando a Falha Persa	Modificar crenças de que erros são terríveis e completamente visíveis para os outros	5-18 anos	Individual, familiar, coletiva
Impressão dos Erros da Palma da Mão	Diminuir a convicção de que os erros são ruins e devem ser evitados	6-15 anos	Individual, familiar, coletiva
Contando com Você (Bedore, 2004)	Ensinar a escuta, paciência e o diálogo de perspectivas, e notar sinais sutis associados a falas em turno	6-18 anos	Familiar, coletiva
Batalha Naval (Bergman, 2005)	Jogo experimental para mutismo seletivo	6-12 anos	Individual, familiar, coletiva
Técnica do João e Maria (Shapiro et al., 2005)	Tratamento da ansiedade de separação	5-10 anos	Familiar
Vamos às Compras	Exposição gradativa para ansiedade social	5-10 anos	Individual
Leitura Permitida	Exposição gradativa para ansiedade social	7-18 anos	Individual, familiar, coletiva
Peça de Museu	Diminuir a ansiedade de performance e de avaliação	12-18 anos	Individual

1994) projetaram o “Círculo da Crítica” e a “Técnica do Cutucão” para facilitar a

prática dos pacientes com habilidades de controle da raiva. Ambos os procedimen-

tos ajudam os pacientes a responder a provocações de forma calma e produtiva.

CÍRCULO DA CRÍTICA

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Habilidades de controle da raiva, prática gradativa

Materiais Necessários:

- Papel, caneta, tigela (opcional)

No “Círculo da Crítica”, os pacientes sentam-se em um círculo e são convidados a oferecer uma crítica para a pessoa à sua direita. O receptor, então, responde à crítica com uma estratégia de controle da raiva (por exemplo, ignorar, concordar, obscurecer, mostrar bom humor, fazer comentários assertivos, conversar consigo mesmo para se acalmar). O *feedback* em relação à prática da estratégia é dado pelos outros pacientes e pelo terapeuta. Assim como todos os experimentos, a tarefa pode ser apresentada em etapas. Nos estágios iniciais, as críticas podem ser medianas e apresentadas pelo terapeuta. Papéis com essas críticas podem ser colocadas em um chapéu ou em uma tigela. Conforme o paciente progride, elas ficam mais contundentes. Nos testes finais, as críticas são espontaneamente pensadas pelos próprios participantes.

TÉCNICA DO CUTUCÃO

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Habilidades de controle da raiva, prática gradativa

Materiais Necessários: Nenhum

A “Técnica do Cutucão” é um experimento comportamental mais intenso. Cutucões são comentários, questões ou comandos que tipicamente provocam raiva e agressão. O desafio é responder com calma à provocação usando técnicas comuns de

controle da raiva. Na primeira fase da prática, um cutucão é explicado e alertas são dados (“Eu vou cutucar você”). A seguir, o cutucão é feito (“Você é tão preguiçoso. Você nunca vai ser alguém na vida”). O paciente, depois disso, aplica uma estratégia de controle da raiva e recebe um *feedback* positivo e corretivo. Como no “Círculo da Crítica”, os cutucões podem ser classificados por intensidade. A prática repetida envolve aumentar a gravidade da crítica.

Lochman e colaboradores (2003) descrevem dois outros experimentos criativos para o controle da raiva. Em um exercício, as crianças são requisitadas a se lembrarem de dez cartões em cinco segundos enquanto são provocadas. O segundo requer que as crianças construam uma torre de dominó enquanto são provocadas. Como no “Círculo da Crítica” e a “Técnica do Cutucão”, esses experimentos proporcionam às crianças oportunidades de aplicar as técnicas de controle da raiva no contexto de excitação emocional.

Questões de Controle

BOLA AO ALVO

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Tolerância à frustração e à perda de controle

Materiais Necessários:

- Jogo da Bola no Alvo

“Bola ao Alvo” é um jogo de tabuleiro para crianças criado a partir do jogo eletrônico *seekball*. O objetivo é jogar pequenas bolas de modo que elas saltem e caiam em diferentes buracos numerados. A tarefa requer coordenação visual e motora, concentração, paciência, tolerância à frustração e prática. As pequenas bolas são difíceis de controlar e frequentemente se dispersam. Não é incomum que as crianças fiquem bastante frustradas em suas tentativas iniciais de ganhar pontos,

momentos estes que proporcionam excelentes oportunidades de treinamento para os pacientes ao longo de suas perturbações e de seus desconfortos.

MACACOS SALTEADORES

Idade: de 5 a 18 anos

Propósito: Tolerância à frustração e à perda de controle

Materiais Necessários:

- Três brinquedos de mola com diferentes mecanismos de tempo

O jogo “Macacos Salteadores” é um experimento comportamental projetado para ajudar crianças a aceitarem a perturbação de estarem em uma situação em que é impossível para elas controlarem tudo. Além disso, o jogo implica tolerância à frustração na criança. Aceitar a falta de controle absoluto e administrar a frustração são tarefas difíceis, mas o jogo é divertido, e não ameaçador. Jovens pacientes frequentemente se engajam nele. Para jogar, são necessários brinquedos com mola. Em uma mesa, a criança empurra o boneco para baixo. Ela precisa voltar para uma cadeira caminhando lentamente, sem correr antes que o boneco salte. Se o boneco saltar, ela precisa retornar ao ponto inicial. Se acontecer de conseguir chegar à cadeira antes de o macaco saltar, pode pegar um segundo macaco e repetir o processo, exceto que, a partir de então, dois macacos são empurrados para baixo na mesa. Se algum deles saltar no caminho de volta à cadeira, a criança deve começar outra vez com o primeiro macaco. O terapeuta interrompe o jogo em momentos emocionalmente evidentes, como quando a criança demonstra frustração, ansiedade e/ou qualquer outra reação emocional. O processamento socrático é aplicado nesses momentos (por exemplo: “Como é para você jogar este jogo?”; “O que está

passando por sua cabeça?”; “O quão frustrado você está?”; “Como você está lidando com sua frustração?”; “Como você está lidando com sua falta de controle?”). A seguir, as maneiras alternativas de lidar com a frustração são praticadas. Uma vez que o terapeuta percebe que a criança está construindo um novo modo de lidar com a frustração e com a falta de controle, o jogo termina.

Na verdade, é importante delimitar a tarefa selecionando três macacos com diferentes mecanismos de tempo, para que seja virtualmente impossível para a criança controlar a tarefa e vencer o jogo. De modo similar à maioria dos procedimentos neste capítulo, o “Macacos Salteadores” é feito em várias fases. Primeiramente, a tarefa é explicada e introduzida. Depois, o “Macacos Salteadores” é iniciado. Por último: a experiência é analisada, e o paciente elabora uma conclusão ou uma interpretação.

O seguinte diálogo com Jackson, um menino de 10 anos que defendia firmemente a regra pessoal “Tenho que estar no controle perfeito de tudo e todos”, é um bom exemplo. Além disso, ele vinculou sua incompetência à sua habilidade de controlar. O diálogo a seguir mostra como administrar o experimento:

Jackson: Odeio este jogo! Estes macacos são do mal!

Terapeuta: Ele é bem difícil.

Jackson: Eu quero quebrar estas coisas do mal. (*Tenta quebrar os brinquedos.*)

Terapeuta: Você não pode quebrá-las. (*Jackson entrega o boneco ao terapeuta.*) O que está passando por sua cabeça?

Jackson: Essas malditas coisas têm uma vontade própria. Eu não consigo fazer isso funcionar.

Terapeuta: Isso é uma boa coisa, Jack. Essa é uma boa forma de você

praticar o “deixar as coisas saírem do controle” e não permitir que isso acabe com você.

Jackson: Uma coisa é falar. Mas fazer isso é outra história totalmente diferente.

Terapeuta: É por isso que estamos fazendo o exercício. O que você já praticou com nossos exercícios?

Jackson: Bem, lembro que na “Falsa Matemática” (Capítulo 6) chegamos ao pensamento de que estar no controle não significa que você seja uma boa pessoa. Eu ainda consigo ser inteligente e tudo mais e não estar agarrado ao controle.

Terapeuta: Vou escrever isso no cartão. Então você diz para si mesmo isso enquanto nós continuamos a jogar o “Macacos Salteadores”. O que mais pode dizer a si mesmo?

Jackson: Esses macacos não levarão a melhor sobre mim.

Terapeuta: Com esse são dois. Veja se você consegue pensar em mais um. Ainda que não goste de os macacos estarem no controle, é capaz de lidar com isso?

Jackson: Ah, eu entendi! Só porque não gosto de não estar no controle, não quer dizer que não consiga lidar com isso.

O jogo irritou Jackson com sucesso. Ainda que ele tenha ficado agitado, o terapeuta estabeleceu limites firmes (por exemplo: “Você não pode quebrar o brinquedo”). O terapeuta reforçou a importância de praticar reatribuições cognitivas e novas tendências de ações no contexto de uma excitação afetiva negativa (“É por isso que estamos fazendo o exercício”).

Após o diálogo, Jackson jogou várias outras vezes usando afirmações de *coping*.

ARMADILHA CHINESA PARA DEDOS

Idade: de 5 a 18 anos

Propósito: Aprender a aceitar a perda do controle

Materiais Necessários:

- Armadilha chinesa para dedos

A “Armadilha Chinesa para Dedos”, assim como o “Macacos Salteadores”, é um exercício experimental que serve para ajudar crianças e adolescentes a permitirem que aconteçam eventos incontrolláveis (Hayes et al., 1999; Heffner et al., 2002). Uma armadilha chinesa para dedos é um brinquedo feito de fibras trançadas em um tubo, com aberturas em ambas as pontas. Quando as crianças colocam seus dedos indicadores e tentam puxá-los, a armadilha se fecha. A forma de escapar é aceitar a armadilha e empurrar os dedos para dentro. As crianças aprendem que a rendição às vezes é uma estratégia vencedora.

A rendição é, muitas vezes, um conceito traiçoeiro para crianças rígidas que valorizam demais o controle e o poder. Elas entendem a rendição e/ou a submissão em termos extremos. Além disso, podem equivocadamente crer que se render significa absolutamente a derrota e associar inadequadamente seu valor próprio ou sua competência percebida à sua habilidade de controlar. Portanto, ensiná-las a entender as vantagens da rendição é crucial. Mudar suas crenças enraizadas é uma tarefa fundamental da fase de processamento do experimento.

O que segue é um diálogo com Alice, uma desafiadora menina de 14 anos que teimosamente se recusa a submeter-se a solicitações razoáveis dos pais. A metáfora da “armadilha para dedos” é inicialmente introduzida para Alice:

Terapeuta: Alice, você sabe o que é uma armadilha chinesa para dedos?

Alice: Não, acho que não.

Terapeuta: Certo, é isto aqui. (*Mostra a armadilha para Alice.*) Você coloca o seu dedo indicador esquerdo e direito na armadilha e tenta tirá-los. (*Demonstra.*) Você tem que ceder à armadilha para sair. (*Empurra os dedos para o centro da armadilha e, então, é liberado.*) Algumas vezes, a entrega do controle é uma forma de ter mais controle.

Alice: Eu não vejo como isso me dá mais controle!

Terapeuta: Muito justo. Vamos formular uma hipótese. O que você supõe que será mais libertador neste experimento: lutar contra a armadilha ou ceder a ela?

Alice: Gosto de lutar!

(*O terapeuta entrega à Alice a armadilha; ela coloca seus dedos referidos em cada ponta.*)

Alice: A armadilha para dedos é assustadora, não gostei dela.

Terapeuta: Então, Alice, o que acontece quando você faz força contra a armadilha?

Alice: Ela fica mais apertada.

Terapeuta: Parecido com as regras de seus pais.

Alice: Um pouco.

Terapeuta: Algumas vezes, um meio de sair da armadilha é ceder.

Alice: Sei o que você está tentando me induzir a fazer.

Terapeuta: E o que é?

Alice: Eu deveria ceder.

Terapeuta: Bem, como foi lutar contra a armadilha?

Alice: Não gostei.

Terapeuta: E como foi ceder?

Alice: Foi estranho, meio apavorante.

Terapeuta: Foi diferente para você.

Alice: Ceder faz com que me sinta mal comigo mesma.

Terapeuta: Sabe, uma de minhas músicas favoritas, do grupo *Cheap Trick*, tem a letra “renda-se, mas não entregue quem você é”. É possível manter seu senso de quem você é e ainda assim se render?

Alice: Nunca pensei sobre isso. Ser uma lutadora é como eu realmente sempre me vejo.

Terapeuta: Você é uma guerreira. Mas é isso o que a define totalmente?

Alice: Não sei.

Terapeuta: Bem, um lutador ou guerreiro tenta encontrar maneiras de vencer. Talvez você possa ganhar a guerra rendendo-se em algumas batalhas.

Alice: (*Pausa.*) E como a rendição pode ser boa?

Terapeuta: Certo, vamos analisar as vantagens de ceder. Quais foram as vantagens de ceder à armadilha de dedos?

Alice: Eu escapei.

Terapeuta: E o que mais?

Alice: Menos estresse.

Terapeuta: Alguma outra coisa?

Alice: Menos energia desperdiçada.

Terapeuta: Então acho que existem algumas vantagens em se render. Como você coloca esse conhecimento em ação para você?

Alice não gostou de ficar presa na armadilha para dedos, e a rendição foi uma estratégia de resolução de problemas desconfortável para ela. Seu terapeuta ajudou-a a refletir sobre sua nova experiência (por exemplo: “Bem, como foi lutar contra a armadilha?”; “E como foi ceder?”). A empatia foi utilizada para am-

plificar a experiência (por exemplo: “Foi diferente para você”). O terapeuta também trabalhou com Alice para analisar as vantagens da rendição.

HISTÓRIA DE UMA SÓ PALAVRA

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Ensinar cooperação, reciprocidade; ninguém está sempre no controle total

Materiais Necessários: Nenhum

Na “História de uma Só Palavra” (Bedore, 2004), um jogo teatral de improvisação, as crianças ficam próximas umas das outras e são instruídas a contar uma história em etapas, mas cada contador só contribui com uma palavra em sua vez. Bedore sugere que, após a história, o terapeuta deve perguntar a cada membro se ele imaginou que a história terminaria da forma como terminou. Portanto, o experimento é seguido por uma avaliação dos resultados para ajudar na formação de conclusões significativas. Bedore explicou também que esse jogo ensina cooperação, reciprocidade e a questão de que ninguém tem o controle absoluto.

“História de uma Só Palavra” é interessante para crianças com dificuldades para interagir e para deixar de ter o controle de tudo. Assim como no “Contando com Você”, o jogo pode ser proposto com facilidade a uma família inteira. As disputas de poder emergirão em famílias envolvidas em questões de controle. O jogo também proporciona que todos os membros da família contribuam, já que cada um acrescenta algo à história.

Depressão

Experimentos comportamentais também são aplicados a transtornos do espectro depressivo. Geralmente, eles testam as crenças pessimistas das crianças

sobre si mesmas, sobre os outros e sobre o mundo, além de encorajar os pacientes a agirem e disseminarem a mensagem de que a inércia contribui para fortalecer o humor depressivo. De modo semelhante às aventuras apresentadas neste capítulo, essa técnica proporciona às crianças e aos adolescentes experiências poderosas de desconfirmação. Seguem dois exemplos de trabalho com crianças depressivas.

Kareem era um menino de 9 anos que enfrentava depressão e pessimismo contínuos. Acreditava que nunca deveria experimentar humores tristes e que seus humores felizes deveriam ser “fantásticos” (o que, na mente de Kareem, significava que os sentimentos felizes deveriam ser um 10 em uma escala 1 a 10 e que ele deveria sentir-se como os personagens em um filme da Disney). Além disso, Kareem estava certo de que a maior parte das pessoas, se não todas, compartilhavam dessa convicção. Kareem estava preso por uma espécie de perfeccionismo emocional e sofria com implacáveis padrões rigorosos para sua própria felicidade. Por conseguinte, o resultado dessas rígidas crenças era depressão persistente, tristeza, anedonia e irritabilidade.

Foi planejado um experimento com Kareem. Ele selecionou várias pessoas para pesquisar e perguntou a elas quão felizes elas achavam que deveriam sentir-se a cada dia e, na média, quão felizes elas realmente se sentiam a cada dia. A Figura 7.1 mostra os resultados da pesquisa de Kareem, e o seguinte diálogo ilustra como o experimento foi manejado:

Terapeuta: Kareem, vamos analisar seus dados.

Kareem: Entrevistei várias pessoas.

Terapeuta: Com certeza. O que você notou na coluna “Quão feliz eu deveria me sentir”?

Kareem: Não sei. Que todas as respostas são altas?

Pessoa	Quão feliz deveria me sentir	Quão feliz realmente me sinto
Edgar (amigo)	8	7
Maurice (amigo)	9	7
Chelsea (amigo)	8	7
Jacqui (amigo)	10	8
Tomas (amigo)	9	6
Al (amigo)	8	8
Luke (amigo)	8	8
Mãe	8	8
Pai	8	7
Irmão	9	8
Tio	8	8
Tia	8	8
Primo	8	8
Primo	7	7
Conclusões:		
Não é razoável esperar que as coisas sejam sempre "fantásticas".		
As pessoas são tão felizes quanto esperam ser.		
Não é razoável esperar que tudo seja fantástico quando você não acredita que as coisas tenham que ser fantásticas. Os números estão bem próximos, e você se sente satisfeito.		

FIGURA 7.1

A pesquisa de Kareem sobre felicidade.

Terapeuta: Quantos 10 há?

Kareem: Um.

Terapeuta: Enquanto muitos deles são altos, apenas um é "fantástico". O que você conclui com isso?

Kareem: Talvez eu seja a única pessoa que acha que a vida tem que ser fantástica.

Terapeuta: Então?

Kareem: Bem, provavelmente nem sempre é razoável esperar que as coisas sejam fantásticas.

Terapeuta: Vamos escrever isso em um pedaço de papel. Agora, o que você percebeu na segunda coluna?

Kareem: A maior parte das pessoas sente-se menos feliz do que elas acham que deveriam.

Terapeuta: E o que isso significa para você?

Kareem: As expectativas de felicidade das pessoas não se realizam.

Terapeuta: Os números dizem isso?

Kareem: Acho que não.

Terapeuta: Qual é a proximidade entre os dois números em cada coluna?

Kareem: Estão bem próximos.

Terapeuta: E o que você conclui com isso?

Kareem: Que as pessoas nem sempre são tão felizes quanto esperam... Ninguém está se sentindo fantástico.

Terapeuta: E como você junta tudo isso?

Kareem: Não é razoável esperar que tudo seja sempre fantástico. Os números são bem próximos uns dos outros.

Terapeuta: E quanto isso deixa você inclinado a se sentir satisfeito em

se sentir bem a maior parte do tempo?

Kareem: Estou bastante satisfeito com isso.

O trabalho com Kareem ilustra a forma sistemática como o terapeuta pode processar o experimento de pesquisa. O diálogo incluiu tanto questões socráticas abstratas quanto concretas (“E o que você conclui com isso?”; “Os números dizem isso?”; “Quantos 10 há?”; “Qual é a proximidade entre os dois números em cada coluna?”; “Quanto isso deixa você inclinado a se sentir satisfeito em se sentir bem a maior parte do tempo?”). Por fim, Kareem registrou suas conclusões por escrito.

Muitos adolescentes estão convencidos de que devem gostar da tarefa ou da atividade para realizá-la. De fato, esse rígido sistema de crenças reflete um raciocínio emocional (prisioneiro do sentimento). Experimentos comportamentais são bastante úteis para modificar essa pensamento dos jovens em relação a essa distorção. Claire era uma menina de 14 anos, depressiva, que teimosamente resistia a qualquer coisa que não achasse

inteiramente satisfatória e agradável. As atividades na categoria não agradáveis incluíam ir às aulas, praticar futebol, fazer tarefas de casa e dizer a seus pais os planos para o final de semana. Sem surpresa, Claire faltava às aulas, recusava-se a fazer os temas de casa, não respeitava horários e preferia o silêncio a se comunicar na terapia.

Após identificar suas crenças em uma tarefa de automonitoramento, montamos um experimento para testar suas crenças. A menina concordou em testar as crenças “eu não posso fazer coisas de que eu não goste” e “nada se produz a partir de fazer as coisas que eu deveria fazer”. Um elemento-chave no processo foi facilitar a curiosidade de Claire (“Vamos ver se esta hipótese se sustenta. Se você tem que gostar de uma atividade para fazê-la, o que os números mostrariam?”). Sua tarefa foi ao menos tentar e no máximo completar tarefas/atividades até então evitadas. Claire, então, classificou seu nível de satisfação. A Figura 7.2 mostra os resultados da aventura terapêutica de Claire, e o seguinte diálogo com ela ilustra como o experimento foi aplicado:

Atividade	Tentada	Completa	Nível de satisfação
Aula de história	x	x	2
Dever de casa de álgebra	x		0
Dever de casa de espanhol	x	x	2
Dever de casa de química	x	x	0
Tarefa da terapia	x	x	1
Contar meus planos	x	x	0
Limpar o banheiro	x		0
Louça	x	x	1
Conclusões:			
Eu consigo fazer coisas de que não gosto.			
Alguma coisa boa vem como retorno por fazer coisas de que não gosto, mas que sou obrigada.			

FIGURA 7.2

O experimento comportamental de Claire.

Terapeuta: Claire, o que você vê nos números em sua tabela?

Claire: Agora você pode ver como minha vida é ruim e cheia de chatices.

Terapeuta: O que faz você dizer isso?

Claire: Olhe para os números, seu idiota. Eles são 0-2.

Terapeuta: Obrigado por direcionar minha atenção a isso. Pois é, é curioso.

Claire: O que é tão curioso?

Terapeuta: Vejo que não há muita satisfação, mas qual foi a crença que estávamos testando?

Claire: (*Em silêncio.*) Tenho que gostar de alguma coisa para fazê-la.

Terapeuta: E sua previsão?

Claire: Que não conseguiria fazer coisas de que não gosto.

Terapeuta: E os números confirmam isso?

Claire: Se é tão esperto, me diga você.

Terapeuta: Tudo bem, eu direi. Vamos ver... se a crença for verdadeira, deve haver apenas poucas coisas tentadas e menos ainda completadas. Quantas foram tentadas?

Claire: Todas.

Terapeuta: E quantas foram completadas?

Claire: Seis.

Terapeuta: E você preencheu isto honestamente?

Claire: Você está me chamando de mentirosa? Claro que sim!

Terapeuta: Então, o que você conclui disso?

Claire: Não sei.

Terapeuta: Você tentou tudo e completou a maioria das coisas. O que ia acontecer se você tivesse que gostar das coisas para realizá-las?

Claire: Pare de bancar o espertalhão. Odeio que me digam que estou errada.

Terapeuta: Apenas mais uma coisa.... Alguma coisa boa aconteceu como resultado de ter feito essa coisa em seu papel?

Claire: Meus pais me deixaram ir ao show do *Maroon 5* e dormir na casa da Arielle.

Terapeuta: Então alguma coisa veio em troca de fazer as coisas que você tem que fazer, mas não gosta?

Claire: Acho que sim.

Terapeuta: Vamos escrever o que nós descobrimos.

A irritabilidade de Claire contribuiu para sua abordagem pouco amigável durante o processamento do experimento. O terapeuta tolerou as afirmações emocionalmente provocativas de Claire (“Olhe para os números, seu idiota”; “Pare de bancar o espertalhão”) e manteve o foco no alvo terapêutico. O diálogo incluiu questões concisas (“E quantas foram completadas?”; “E sua previsão?”) para evitar longas verbalizações. Isso é particularmente importante com pacientes emocionalmente reativos como Claire.

Transtornos alimentares

Waller e colaboradores (2007) recomendam vários experimentos para os transtornos alimentares. Planejar e preparar uma refeição, provar várias roupas, olhar-se no espelho e acrescentar um pequeno lanche sem se exercitar são exemplos excelentes. Cooper, Whitehead e Boughton (2004) projetaram muitas exposições inventivas para testar a valorização excessiva de comer e controlar dos pacientes com transtornos alimentares (por exemplo: “comer me ajudará a me sentir melhor/fará as dores irem embora” ou “não comer vai me impedir de me sentir mal”). Os pacientes testaram essas crenças

registrando como a duração e a intensidade dos sentimentos negativos mudaram em função de comer demais, de comer saudavelmente e da restrição alimentar. Além disso, Cooper e colaboradores também usaram um experimento de pesquisa para testar se comer certos alimentos não era saudável. Por exemplo, um paciente pode pesquisar seus pares e verificar se eles pensam que é saudável acrescentar uma fatia de queijo ao almoço.

As refeições familiares são fundamentais para várias abordagens dos transtornos alimentares (Lock et al., 2001; Minuchin e Fishman, 1974). Essas aventuras se encaixam bem em nosso trabalho cognitivo-comportamental com esses pacientes. Padrões de interação, estratégias interpessoais e sistemas de crenças são reveladas nesse contexto.

REFEIÇÕES FAMILIARES

Idade: de 5 a 18 anos

Propósito: Testar crenças imprecisas, praticar novos padrões de interações familiares

Materiais Necessários:

- Mesa para fazer a refeição trazida pela família
- Alimentos
- Lápis, caneta e papel

O experimento das refeições familiares inicia-se com as previsões dos membros da família. Por exemplo, Skylar, uma menina de 14 anos anoréxica, hipotetizou: “Minha mãe ficará frustrada e me forçará a comer. Meu pai vai se retirar e ficará deprimido. Eles começarão a brigar. Prentiss (a irmã de Skylar) fará piadas e será o centro das atenções. Vou ficar ansiosa e irritada e perderei meu apetite”. A mãe de Skylar previu que, deixada por si só, Skylar não comeria o bastante, o pai ia desistir, Skylar ficaria “teimosa e difícil” e Prentiss se sentiria negligenciada. A mãe acreditava que ela própria ia se sentir deprimida e que seria vista como incompetente. Por sua vez, o pai de Skylar

previu que ele se sentiria deixado de lado e que sua mulher criticaria qualquer tipo de envolvimento. Ele também hipotetizou que Skylar e sua mulher entrariam em um conflito em que “gritariam uma com a outra e não mudariam nada”. Prentiss ficaria chateada e tentaria alegrar a todos. Prentiss previu que seu pai ia brincar e conversar sobre futebol com ela. Skylar ficaria com inveja porque não jogou futebol muito recentemente, em função de sua dieta. A mãe e Skylar entrariam em conflito em relação a quanto Skylar comeu “porque elas são muito parecidas, e eu e o meu pai também somos”.

Uma vez que as hipóteses tenham sido manifestas, a refeição familiar é agendada. A família traz alimentos e a sessão acontece. O terapeuta observa a interação. Quando um momento clinicamente significativo ocorre, o terapeuta intervém. A família, então, é convidada a tentar uma forma diferente de agir, interagir ou pensar.

A família de Skylar trouxe a refeição e sentou-se para o almoço. A mãe de Skylar inicialmente desembulhou o sanduíche de bacon para ela. O terapeuta interrompeu-a questionando as duas sobre o que estaria passando por suas cabeças. Skylar disse: “Lá vamos nós de novo. Ela está me tratando como um bebê. Odeio isso”. A mãe escreveu: “Preciso organizar a comida direito para que ela coma. Ela vai acabar desmantelando tudo e vai parecer nojento demais para comer”. O terapeuta, então, orientou Skylar e sua mãe em uma nova forma de se relacionarem uma com a outra em relação à comida. A mãe tentou deixar Skylar preparar seu próprio prato, e Skylar experimentou ser assertiva (“Mãe, me passe o sanduíche, por favor”). Após o novo experimento ter ocorrido, o terapeuta perguntou a ambas o que estavam pensando. A mãe disse: “Eu não acredito! Ela está indo bem!”. Skylar escreveu: “Ela vai me fazer colocar

mais maionese no sanduíche. Eu nunca vou fazer algo bom o bastante para ela”. A discrepância entre a previsão de Skylar (crítica e controle) e a ocorrência real (a surpresa e aceitação da mãe) foi posteriormente processada por meio de um diálogo socrático.

A refeição continuou por vários minutos. Conforme Skylar comia normalmente, Prentiss ficou muito animada e começou a buscar atenção (“Ei, olhem lá fora. É a nova montanha russa no parque de diversões! Lembram-se de quando fomos lá no ano passado, e vocês se irritaram com a Skylar? Lembram quando eu fiquei com este grande arranhão no futebol?”). Quando sua mãe e seu pai começaram a responder, Skylar começou a parecer um tanto incomodada e disse: “Você pode calar a boca? Você é uma fias-quenta”. Os pais responderam em quase uníssono: “Skylar, cale a boca e coma”. O experimento, então, gerou outro momento potencialmente produtivo.

O terapeuta perguntou a Prentiss o que estava passando por sua cabeça (“Isso é chato. Nada está acontecendo. Quero um tempo para falar”). Em seu registro de pensamentos, Skylar escreveu: “A Prentiss é uma idiota. Ela fala essas coisas para a mãe e para o pai para me desmoralizar. Eles preferem aquela princesinha a mim. Nunca vou atingir as expectativas deles. Estou de fora do mundo deles”. Essa interação proporcionou uma oportunidade para experimentações adicionais. O terapeuta voltou às hipóteses da família e juntou os dados com a interação presente (“Parece que todos vocês se preocupam em ficar de fora. Vamos tentar conversar e focar tópicos não conflitantes em que todos possam contribuir”).

FOTO PERFEITA

Idade: de 8 a 18 anos

Propósito: Diminuir o pensamento extremista

sobre beleza, valor e/ou atratividade

Materiais Necessários:

- Recortes de rostos de modelos de revistas adolescentes populares
- Papel ou cartolina
- Caneta hidrocor

“Foto Perfeita” é um experimento desenvolvido para crianças e adolescentes que acreditam que o peso determina absolutamente a beleza, o valor e a capacidade de atração. A técnica se aproveita do gosto dos jovens por revistas adolescentes e de sua tendência a se compararem com modelos. Também visa a interromper a atenção excessiva a imagens corporais e a quaisquer defeitos físicos. A aventura é proposta em grupo, mas também pode ser individual.

O terapeuta prepara o exercício recortando rostos de modelos de revistas adolescentes populares. É importante variar o tipo de rosto e incluir diferentes perfis étnicos. Os pacientes recebem a tarefa de distribuir as fotos das modelos em três categorias, como “bonita”, “regular” e “não atraente”. Após distribuí-las, os pacientes são solicitados a elaborar regras explícitas de decisão para colocar as fotos em cada categoria. Cada regra é escrita em um papel. Após esses “dados” do experimento terem sido registrados, as crianças e o terapeuta processam a informação e formulam conclusões.

Existem vários pontos definidores neste exercício. Primeiro: colocar qualquer modelo maquiada e arrumada na categoria de “não atraente” por qualquer motivo é um resultado curioso. De fato, isso reflete a atenção excessiva dos pacientes com transtornos de humor a quaisquer detalhes negativos (por exemplo: “Seus brincos são grandes demais”). A questão socrática “Como você explica o fato de considerar as modelos em uma revista adolescente não atraentes?” geralmente leva a conclusões que melhoram o

tratamento (por exemplo: “Eu avalio desproporcionalmente pequenos defeitos”). Além disso, comparar o número de figuras em cada categoria, muitas vezes, leva a resultados produtivos. Por exemplo, em uma recente sessão de grupo, sete fotos foram colocadas na categoria “bonita”, nove eram “regulares” e nove estavam na categoria “não atraentes”. O terapeuta, então, pediu aos membros do grupo para refletirem sobre a experiência (por exemplo: “O que vocês acham do fato de colocarem 72% de modelos e celebridades na média ou abaixo da média?”). Os membros do grupo concluíram: “Nós somos juízes muito rigorosos da aparência”.

O terceiro ponto é encontrado na coluna do “atraente”. O terapeuta explica aos pacientes suas regras de decisão para a inclusão na categoria “bonita”. Outro grupo de pacientes com transtornos alimentares listaram maquiagem, cabelo, pele, sorriso, olhos e acessórios como seus critérios para beleza (o corpo e o peso não apareciam na lista). O terapeuta então perguntou: “O que vocês acham do fato de o peso não estar na lista?”. As meninas ficaram chocadas e refletiram antes de responder “estamos confusas”. O terapeuta prosseguiu: “Se o peso é um fator tão determinante, como pode ter sido deixado de fora?”. As meninas continuaram: “Apenas esquecemos”. Se isso ocorrer, funciona acrescentar o peso à lista e então perguntar: “Temos 10 itens, sendo um deles o peso. Como pode o peso determinar absolutamente a beleza se ele é 1 dentre 10?”. Por fim, no último estágio da interpretação dos dados, pode ser feita a questão “Se o peso fosse um fator absolutamente determinante, como poderia qualquer uma dessas figuras ser colocada na categoria de bonita?”.

Transtorno obsessivo-compulsivo

O TOC também tradicionalmente responde bem a experimentos comporta-

mentais. De fato, eles tomam a forma de exposições/procedimentos de prevenção de resposta (PPR). Em geral, o processo é iniciado com uma exposição real ou imaginária ao medo obsessivo enquanto se orienta a criança na prevenção ou no adiamento do comportamento compulsivo/neutralizador pelo tempo que for possível (Piacentini et al., 2006). Assim como a maior parte dos procedimentos baseados em exposições, o PPR procede de forma gradual e sistemática. Logo, serão apresentadas várias aventuras terapêuticas com crianças afetadas pelo TOC.

Liam era um menino de 9 anos que via sua irmã de 4 anos como uma “disseminadora de doenças”. Qualquer coisa com que sua irmã entrasse em contato era considerado imediatamente contaminado. Liam ou cuidadosamente evitava esses contaminantes, ou se limpava repetidas vezes. Liam não havia abraçado, beijado ou segurado sua irmã em mais de dois anos. Ele imaginava que, se não se limpasse de imediato, ia instantaneamente ficar muito doente, desmaiar, cortar-se, engolir sua língua e morrer.

Liam foi desafiado com várias aventuras combinando PPR tradicionais e preparou-se para sua série de experimentos com pensamentos de *coping* desenvolvidos por meio de várias técnicas de reestruturação cognitiva (Capítulo 5) e técnicas de análise racional (Capítulo 6). As aventuras de Liam com sua irmã “contaminada” incluíram passos graduais. No começo do processo, Liam tocou superfícies depois que sua irmã teve contato com elas, prevenindo a resposta de lavagem. Depois, segurou a mão de sua irmã, o que envolveu um breve contato (para isso foi orientado a não lavar suas mãos). Seguiu-se um aperto de mão, além de uma caminhada pelo corredor de mãos dadas. Finalmente, abraçar sua irmã sem o ritual de limpeza foi o passo final.

Havia um interessante subgrupo de pacientes com TOC em que a raiva era um contaminante. Os pacientes entendiam a raiva como uma fonte de perigo, e sua própria raiva como potencialmente incontrolável e infecciosa para os outros de uma forma viral. As ideias de que estar com raiva é um “pensamento ruim” e de que isso é o produto de uma “mente doente” são pressupostos comuns para esses pacientes. Frequentemente, vivem em famílias em que a raiva é proibida. Uma mãe afirmou: “A raiva é uma emoção que eu gostaria que fosse purgada do rol de experiências emocionais humanas”. O efeito MEDO (Barrett et al., 1996) ajuda a explicar o fenômeno.

O “efeito MEDO” se refere à Amplificação Familiar de Respostas Evitadas*. Quando ocorre, os pais acreditam que afetos negativos danificam ou rompem relacionamentos. Os padrões de interação familiar perpetuam regras e códigos implícitos a respeito de cognições, emoções e comportamentos (Waters e Barrett, 2000). Acredita-se que a sensação de que a raiva é contagiosa é uma função tanto do efeito MEDO quanto de sua concomitante superproteção e emaranhamento no sistema familiar. O emaranhamento (Hansen e L'Abate, 1982; Minuchin e Fishman, 1974; Nichols, 1996) é caracterizado por intrusões excessivas (falar na vez de outros membros), pela identidade compartilhada (ela é como eu) e um mecanismo comum de sobrevivência para manter o sistema familiar existente. Há um senso de dependência recíproca no qual existe uma crença de que cada membro da família sente o que o outro sente. Uma criança claramente definiu esse padrão dizendo: “Sinto o que a mamãe sente. Quando ela se sente triste, eu me sinto triste também. Isso faz com que a gente fique próxima uma da outra”.

Ronnie era um menino de 16 anos com alta funcionalidade, um excelente aluno e atleta versátil. Tinha TOC bastante grave, marcado por vários rituais de limpeza (limpeza das mãos, banho, rotinas diárias de lavanderia e limpeza repetida de superfícies com água sanitária) e por evitações de outras pessoas, pois ele carregava um contaminante dentro de si. Após vários procedimentos de automonitoramento, Ronnie permaneceu incapaz de definir o contaminante para além de expressar um vago sentimento de “eu tenho um vírus ou uma doença que fará minha família muito doente do estômago”.

Vários procedimentos tradicionais de PPR foram modestamente bem-sucedidos com os sintomas de Ronnie, mas a maior parte dos sintomas persistiram. Porém, em uma sessão familiar em que havia um conflito aberto entre Ronnie e seus pais, Ronnie demonstrou a raiva escamoteada. Ambos os pais ficaram atemorizados e afirmaram que a raiva era a emoção menos aceita em sua família. Acreditavam que a raiva era “destrutiva”, que “corrompia” a família e que “contaminava” os relacionamentos. O pai de Ronnie também confessou que “a raiva me faz doente do estômago”. De fato, o conteúdo dessas crenças estava diretamente relacionado aos medos de contaminação de Ronnie.

O processo de PPR começou com Ronnie anotando seus pensamentos raiosos (“Meu pai é um demônio controlador. Minha mãe é uma cretina. Ambos me tratam como um maldito bebê.”). Em seguida, Ronnie descreveu seu ímpeto de lavar como 70%. Ele leu e releu os pensamentos até que seu ímpeto diminuiu para 30%, e em 30% ele foi capaz de resistir ao ímpeto.

O próximo passo foi compartilhar sua raiva com seus pais na sessão. Suas tarefas incluíam fazer previsões sobre o que aconteceria, observar os verdadeiros resultados e resistir ao ímpeto de lavar.

* N. de T.: Em inglês, *Family Enhancement of Avoidant Responses*, que resulta na sigla FEAR.

Ronnie fez previsões sobre as reações dos pais à sua raiva (por exemplo: “Eles pensarão que sou ruim”; “Eles me verão como sem limite”; “Eles vão pensar que estou fora de controle”; “Eles vão pensar que há algo errado comigo”; “Eles vão achar que vou arruinar a família”). Ronnie compartilhou os vários aspectos que faziam com que tivesse raiva de seus pais durante a sessão. O garoto começou com observações que o deixavam moderadamente raivoso (5 em uma escala de 10 pontos). Após Ronnie ter expressado sua chateação com os pais, o terapeuta evocou as reações dos pais (“Como foi para vocês ouvirem a raiva de Ronnie?”; “O que passou pela cabeça de vocês?”). Ronnie verificou suas previsões em relação às reações reais de seus pais e observou se elas desconfirmavam ou confirmavam suas hipóteses.

É importante observar que algumas das previsões de Ronnie eram precisas (por exemplo, sua mãe e seu pai definiriam sua raiva como um sinal de perda de controle emocional e como um fardo para a família). Por esse motivo, o terapeuta deve ter o cuidado de inicialmente realizar esse experimento durante a sessão, a fim de auxiliar a família a processar as previsões que forem confirmadas. Nesse caso em particular, o terapeuta aplicou um teste de evidências para a crença dos pais de que a raiva é um sinal de perda de controle. Além disso, o terapeuta também usou a reatribuição para dar suporte aos pais de Ronnie, de modo a construírem uma nova explicação para sua raiva (por exemplo: “Qual seria outra explicação da raiva diferente de arruinar uma família?”; “Quais são as vantagens de expressar a raiva na família de vocês?”; “O que faz com que vocês pensem que sua família estará melhor com o TOC de Ronnie do que com sua raiva?”).

Marvelle, um menino de 16 anos, era um excelente aluno, líder e atleta na

escola. Entretanto, tinha TOC debilitante com sintomas bastante incomuns. Ele tinha certeza de que, a menos que evitasse contato casual com outras pessoas, perderia suas habilidades e sua distinta personalidade. Temia que, se ele não se esfregasse fisicamente após o contato, ele se transformaria na outra pessoa e consequentemente perderia a si mesmo. O garoto evitava esbarrar em outras pessoas nos corredores e até desviava de tapinhas nas costas e apertos de mão. Após suas previsões terem sido claramente evocadas, um experimento foi conduzido.

Marvelle era muito bom em história e gostava de fazer testes de perguntas e respostas. O terapeuta sugeriu a Marvelle fazer um teste de perguntas e respostas, ter contato físico apropriado com outros, não se escovar depois e retomar o teste. O terapeuta pediu a Marvelle que previsse sua performance no segundo teste (acreditava que sua performance após o contato pioraria).

Marvelle fez um teste de história encontrado *online* no consultório do terapeuta e obteve uma pontuação de 30% corretas. Em seguida, dois funcionários da clínica sentaram-se no sofá do consultório (onde havia também uma cadeira vazia como segunda opção). Marvelle tinha que se sentar no meio do sofá entre os dois funcionários. Fez isso e depois se encostou neles. Seu nível relatado de perturbação era de 10 em uma escala de 1 a 10. Após o contato, Marvelle fez o teste de história novamente e obteve um escore de 76%.

O terapeuta pediu a Marvelle que comparasse seus resultados previstos com o que realmente aconteceu. Marvelle disse que a experiência foi “estranha e confusa”, o que indicava que a dúvida estava surgindo em seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. Ele concluiu que o contato não era danoso e que poderia ser positivo, mas que provavelmente era neutro. O terapeuta e Marvelle projetaram

experimentos adicionais examinando o efeito de um contato ideal em suas habilidades e em sua personalidade.

CAÇADA AO GERME

Idade: de 6 a 15 anos

Propósito: Tratamento do TOC

Materiais Necessários:

- Papel
- Canetas hidrocores ou giz de cera
- Tesouras

“Caçada ao Germe” é uma aventura terapêutica para crianças que combina a exposição gradual, a análise racional, as recompensas e o jogo. É adequada ainda a crianças com medo de contaminação. O jogo é implementado em várias fases: na primeira, a ideia da caçada é introduzida. Diferentes tipos de germes ou contaminantes são descritos ou desenhados em pequenos pedaços de papel. Assim como no “Quem Tem o Germe?” (Capítulo 6), crianças podem escrever um sinal de mais (+) para representar bons germes que aumentam a imunidade, um sinal de menos (-) para sinalizar um germe produtor de doença, além de usar um espaço em branco para ilustrar germes neutros (ver a Figura 7.3). As palavras ou os desenhos

podem ser mais complexos e específicos para pacientes com mais idade ou intelectualmente mais capazes. O terapeuta, a seguir, coloca os germes em vários lugares em seu consultório. Uma vez que as crianças com TOC temem tocar várias superfícies, essa prática funciona bem. Em geral, são colocados germes em corredores, maçanetas, balcões, e assim por diante. O terapeuta, a criança e os pais procuram por e coletam tantos germes quanto for possível. Para as crianças coletarem um germe, precisam tocar a superfície. Após todos os germes terem sido coletados, as pontuações são definidas da mesma forma como no “Quem Tem o Germe?”. A pessoa que tiver mais germes ganha um pequeno prêmio. No fim, o processo de caçada é sintetizado. O seguinte diálogo ilustra o processo de síntese com Desmond, de 9 anos:

Desmond: Isso foi divertido!

Terapeuta: Quem diria que coletar germes seria divertido?

Desmond: Eu é que não!

Terapeuta: Então vamos contar quantos você tem.

Desmond: Tenho seis mais, quatro menos e quatro em branco.

Terapeuta: E o que isso diz a respeito de todos os germes serem ruins?



FIGURA 7.3

Exemplos de germes para a “Caçada ao Germe”.

Desmond: Nem todos os germes são ruins.

Terapeuta: Certamente é isso que a sua coleção nos diz. Onde você encontrou todos os germes?

Desmond: Por toda parte: no chão, na prateleira, nas escadas...

Terapeuta: Semelhante ao local onde os germes de verdade vivem.

Desmond: Isso.

Terapeuta: E você tocou nessas coisas, certo?

Desmond: Sim.

Terapeuta: E quantas vezes lavou suas mãos?

Desmond: Não lavei.

Terapeuta: Então, o que descobriu sobre o que o TOC lhe diz?

Desmond: O TOC só fala besteira, nem todos os germes são ruins, e eu posso tocar as coisas sem me lavar.

Terapeuta: Vamos anotar isso!

O processo de síntese com Desmond ilustra vários pontos. Em primeiro lugar, Desmond se divertiu! Em segundo, o terapeuta conduziu a síntese com Desmond usando questionamentos específicos e sistemáticos (por exemplo: “O que isso diz a respeito de todos os germes serem ruins?”; “Onde você encontrou todos os germes?”). Por último, Desmond foi capaz de responder à questão sintetizadora final (“Então, o que descobriu sobre o que o TOC lhe diz?”).

CONTAMINANTES MUSICAIS

Idade: de 6 a 10 anos

Propósito: Jogo de vários participantes para o tratamento de TOC

Materiais Necessários:

- Objetos “contaminados”
- Música
- Cadeiras formando um círculo

para crianças com TOC e medo de contaminação baseada nos jogos de dança das cadeiras e adequada para trabalhos em grupo ou em família. Antes de o jogo começar, objetos contaminados são colocados em uma ordem específica. O objeto de menor pontuação é passado pela sala enquanto a música estiver tocando. O detalhe do jogo é que a pessoa que tiver em mãos o objeto no momento em que a música terminar é o vencedor, recebendo um pequeno prêmio. O objeto seguinte é passado pela sala. O processo de passagem é a exposição gradual, a qual proporciona uma prática progressiva, porque a quantidade de tempo que o paciente segura o objeto aumenta conforme o jogo progride. Além disso, a maior parte das crianças quer vencer, por isso vão segurar o objeto por mais tempo no decorrer do jogo, e o suspense aumenta quando a música é interrompida. Após cada rodada, o terapeuta deve processar a experiência, ajudar a criança a sintetizar os achados e perfurar o “Tíquete para Voar”.

Lourdes, uma menina de 8 anos com TOC, estava inicialmente muito relutante a se engajar em testes de exposição, pois havia tido experiências infelizes com dois terapeutas anteriores. “Contaminantes Musicais” proporcionou uma alternativa não ameaçadora para testar seus medos de contaminação com bichos de pelúcia e roupas. Ela acreditava que eles eram “envenenados” com germes após terem sido tocados por outras crianças que estivessem doentes.

A família (mãe, pai e irmão) acompanhou Lourdes à sessão e trouxe “roupas e animais de pelúcia contaminados”. O jogo foi explicado para a família. Felizmente, Lourdes e seu irmão, Miguel, tinham uma competição fraterna saudável. Na verdade, em um momento do jogo, Miguel e Lourdes disputaram o boneco contaminado, e Lourdes ganhou o cabo de guerra. O

“Contaminantes Musicais” é uma tarefa de exposição em formato de jogo

seguinte diálogo demonstra como trabalhar o processo de síntese após o experimento terminar.

Terapeuta: Lourdes, quantos animais você segurou em sua mão?

Lourdes: Acho que todos eles.

Terapeuta: O quanto você estava preocupada com ficar doente?

Lourdes: Não muito.

Terapeuta: Como assim?

Lourdes: Foi divertido. Não pensei nessas coisas.

Terapeuta: E você quer se lavar?

Lourdes: Nem quero.

Terapeuta: E por quê?

Lourdes: Não preciso. Não estou me sentindo doente da barriga e ninguém parece que vai vomitar. Só o Miguel que está fazendo uma cara idiota.

Terapeuta: Então, se essas coisas tivessem doenças ruins, seria isso que você adivinharia que aconteceria?

Lourdes: Não. Elas devem estar seguras agora.

O jogo acrescentou um valor reforçador às aventuras terapêuticas (“Foi divertido”). Lourdes aprendeu que, após os contaminantes terem sido espalhados, nenhum desastre ocorreu. No fim, ela foi solicitada a elaborar uma conclusão sintetizadora (“Então, se essas coisas tivessem doenças ruins, seria isso que você adivinharia que aconteceria?”).

Perfeccionismo

COMPARTILHANDO A FALHA PERSA

Idade: de 5 a 18 anos

Propósito: Modificar crenças de que os erros são terríveis e completamente visíveis aos outros

Materiais Necessários:

- Papel em formas geométricas (ver a Figura 7.4)
- Lápis de cor

“Compartilhando a Falha Persa” é um procedimento projetado para atenuar o perfeccionismo e o medo do fracasso baseado na série de TV norte-americana *Joan of Arcadia*, exibida de 2003 a 2005.

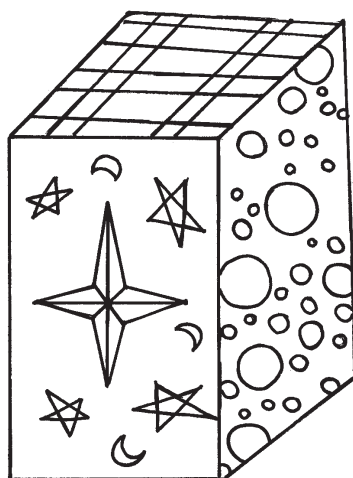


FIGURA 7.4

Exemplo de uma figura do “Compartilhando a Falha Persa”.

Em um episódio, Joan está irritada com sua imperfeição e com sua falta de controle dos outros e dos fatos. Ao longo do programa, Joan aprende sobre os tecelões de tapetes persas que propositalmente cometem erros em seus belos tapetes. Esses erros são as assinaturas dos artistas e a forma de eles expressarem sua humildade. Como definido no programa, a falha persa enfatiza a ideia de que a vida deve ser vivida em sua realidade mais imprevisível e imperfeita. A falha persa foi adaptada para a terapia cognitiva com crianças da seguinte forma: o procedimento começa com a explicação do terapeuta em relação à metáfora e prossegue com a apresentação da tarefa:

Você sabe o que é a falha persa? Muitas pessoas pensam que os tapetes persas são os mais bonitos do mundo. Mas sabe de uma coisa? Os fabricantes de tapetes cometem erros propositais. É uma forma de assinatura especial. Pensam que os erros nos fazem especialmente humanos e permitem nos autoconhecer e conhecer os outros. Acreditam ainda que os erros deveriam ser compartilhados, e não escondidos. O que acha disso?

Então vamos fazer uma construção. Você vai colorir com imperfeição este desenho. Cometa três erros, mas não diga a ninguém quais são eles. Escreva-os do outro lado da folha.

A tarefa envolve completar com imperfeição uma figura geométrica, registrando os erros, classificando a evidência e o prejuízo dos erros e compartilhando a arte com outras pessoas visando a verificar se os erros são visíveis e prejudiciais. Antes da pesquisa, os pacientes registram suas previsões; depois dela, o terapeuta e a criança avaliam os resultados e elaboram uma conclusão. O seguinte diálogo exemplifica o “Compartilhando a Falha Persa” com Avivah, uma menina ansiosa de 10 anos, enquanto a Figura 7.5 mostra os resultados da pesquisa com ela:

Terapeuta: Avivah, vamos analisar os resultados de sua pesquisa. Quantas pessoas encontraram todos os seus erros?

Avivah: Nenhuma!

Terapeuta: Isso é curioso. O que você acha disso?

Avivah: É estranho.

Terapeuta: O que você achou que fosse acontecer?

Avivah: Achei que a maioria das pessoas encontraria meus erros.

Terapeuta: Então, como você se sente agora?

Avivah: Estranha. Não esperava por isso.

Terapeuta: Então você está confusa. Com o quê?

Avivah: Pensei que meus erros seriam tão claros para os outros quanto eles são para mim.

Terapeuta: Mas não foram. Vamos anotar isso. E quanto às classificações da arte? Quantas foram menos que cinco?

Avivah: Nenhuma.

Terapeuta: O que você havia previsto?

Avivah: Que a maioria das pessoas ia achar cinco ou menos.

Terapeuta: E o que você acha disso?

Avivah: Estranho novamente.

Terapeuta: Como assim?

Avivah: Mesmo eu tendo estragado as coisas, as pessoas acharam que estava bom.

Terapeuta: Parece que sim. Vamos anotar isso. Agora vamos analisar quantas pessoas pensaram que seus erros eram ruins. Quantos 7 ou mais apareceram?

Avivah: Nenhum!

Terapeuta: E o que isso significa?

Avivah: Que eu penso que meus erros são piores do que realmente são. Eu vou escrever isso!

O exemplo de Avivah define vários pontos importantes: primeiro, questões

Previsões: A maioria das pessoas perceberá todos os meus erros. Elas vão considerar meu desenho como sendo mais ou menos (5 ou menos). A maioria das pessoas classificará os erros como 7 ou mais na escala de ruim.			
Pessoa	Encontrou todos os erros (sim/não)	Classificação da arte	Quão ruim eram os erros?
Mãe	Não	6	3
Pai	Não	6	3
Irmão	Não	5	2
Carly	Não	7	1
Rebekah	Não	7	1
Zeke	Não	8	2
Daisy	Não	9	1
Sumi	Não	8	2
Orin	Não	7	2
Conclusões: Meus erros não são tão claros para as outras pessoas como são para mim. Mesmo eu tendo estragado tudo, as pessoas ainda pensam que a arte ficou boa. Eu considero meus erros piores do que eles realmente são.			

FIGURA 7.5

Pesquisa de Avivah com “Compartilhando a Falha Persa”.

específicas e concretas levantaram dados importantes (“Quantas pessoas encontraram todos os seus erros?”; “Quantas foram menos que 5?”). A dúvida de Avivah surgiu logo no início foi repetida no processo (“É estranho”). O terapeuta teve uma atitude científica de testagem de hipóteses ao longo da tarefa (por exemplo: “Isso é curioso.”; “O que você acha disso?”; “E o que isso significa?”).

IMPRESSÃO DOS ERROS DA PALMA DA MÃO

- Idade:** de 6 a 15 anos.
Propósito: Atenuar a convicção de que os erros são ruins e devem ser evitados
Materiais Necessários:
- Cartolina
 - Tinta guache

- Toalhas de papel
- Caneta ou lápis

A “Impressão dos Erros da Palma da Mão” é uma tarefa de exposição para crianças que não gostam de se sujar e têm medo de cometer erros. Envolve a criança mergulhar suas palmas em tinta guache e fazer uma impressão em uma cartolina. Em seguida, em cada impressão da palma, os pacientes vão escrever seus erros. A impressão da palma é uma assinatura única que representa a individualidade da criança, mas ela nunca ficará perfeitamente estampada no papel. Uma impressão de palma é cheia de imperfeições! A Impressão dos Erros da Palma da Mão reúne a experiência de que a vida é bagunçada, os erros são inevitáveis e as im-

perfeições marcam a individualidade de uma pessoa.

A técnica ocorre em vários estágios, e a introdução à metáfora é o primeiro deles. Por exemplo, o terapeuta pode dizer:

Você sabe o que uma impressão digital ou uma impressão de palma são? Nenhuma pessoa tem a mesma impressão digital ou impressão de palma que a outra. Elas marcam você como um indivíduo único. O que vamos fazer é tirar a impressão de sua mão com tinta guache. O que acha disso?

No segundo passo, a criança mergulha suas mãos na tinta guache. É recomendável que o terapeuta utilize uma marca lavável e atóxica e, é claro, deixe várias toalhas de papel à mão ou talvez forneça à criança um avental ou outro protetor para as roupas.

Uma vez que a impressão de mão tenha sido feita e tenha secado, o terapeuta avança para o passo três, estágio em que a criança escreve uma falha em cada dedo (por exemplo: “Eu desobedeço a meus pais algumas vezes”). Após todas as falhas terem sido registradas nos dedos, a criança as lê alto. No estágio final, o quatro, o terapeuta ajuda a criança a dar sentido à experiência. O seguinte diálogo é com Odie, de 12 anos.

Terapeuta: Então, Odie, o que acha disso?

Odie: Está uma bagunça.

Terapeuta: Eu sei, mas e quanto a todas as falhas escritas em seus dedos?

Odie: Há muitas delas.

Terapeuta: Bem, você pode ter impressões digitais sem dedos?

Odie: Claro que não. Isso é idiota.

Terapeuta: E as impressões digitais fazem de você um ser humano único, não é?

Odie: Certo.

Terapeuta: O que há nas impressões digitais?

Odie: Minhas falhas.

Terapeuta: Então o que há em comum entre suas impressões digitais e suas falhas?

Odie: Você não pode ser humano sem elas.

Terapeuta: Exatamente. E que conclusão poderíamos escrever na palma?

Odie: Eu não posso ser humano sem minhas falhas.

No diálogo, o terapeuta começou e terminou com questões abstratas e abertas (“O que você acha disso?”; “E que conclusão poderíamos escrever?”). A fase intermediária do diálogo consistiu de questões sistemáticas e concretas para guiar a descoberta de Odie (“Mas e quanto a todas as falhas escritas em seus dedos?”; “Você pode ter impressões digitais sem dedos?”; “O que está nas impressões digitais?”; “O que há em comum entre suas impressões digitais e suas falhas?”). O processo foi concluído com Odie anotando suas conclusões na impressão da palma.

Transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) / sensibilidades sensoriais

CONTANDO COM VOCÊ

Idade: de 6 a 18 anos

Propósito: Ensinar escuta, paciência e diálogo em perspectiva, e a notar sinais sutis associados à tomada de turnos de fala.

“Contando com Você” (Bedore, 2004) é um jogo bom e simples para crianças com TID, déficits em habilidades sociais, impulsividade e egocentrismo excessivo. Mesmo o jogo tendo sido inicialmente desenvolvido para grupos de crianças, também pode ser aplicado à família.

No “Contando com Você”, um jogo de teatro de improvisação, as crianças sentam-se em um círculo. O líder explica

que elas devem contar juntas, uma pessoa de cada vez. Os jogadores podem dizer o próximo número a qualquer momento, mas se dois membros falarem ao mesmo tempo, a contagem retorna ao “1”. O objetivo do jogo é atingir um número alto. Conforme Bedore (2004) observa, é ideal quando os jogadores falam ao mesmo tempo e interrompem uns aos outros. A tarefa requer escuta, paciência, diálogo em perspectiva e a percepção de sinais sutis associados à tomada de turnos de fala. Quando os membros da família se intrometem, interrompem e têm dificuldades uns com os outros, “Contando com Você” é um experimento divertido.

As crianças diagnosticadas com TID geralmente experimentam sensibilidades sensoriais: ruídos, gostos, texturas e visões podem provocar ansiedade, irritabilidade e até mesmo uma resposta excessiva de contrariedade. Com os próximos exemplos, será demonstrado como os experimentos ajudaram quatro jovens com TID e sensibilidades sensoriais.

Suri era uma menina de 8 anos com Síndrome de Asperger de alta funcionalidade que considerava *jeans*, meias e temperaturas altas como muito aversivas. Ela primeiro elaborou e pôs em prática vários pensamentos de *coping* pelos procedimentos de reestruturação cognitiva e de análise racional (como o “Mestre do Desastre”). Então, durante a sessão, a mãe de Suri aos poucos elevou a temperatura da sala enquanto Suri brincava. Suri reconheceu a temperatura e foi estimulada a ler seus cartões de *coping*. O envolvimento da mãe de Suri na sessão preparou-a para conduzir uma prática diária de aumentar o calor em casa entre as sessões. Suri aprendeu a tolerar as temperaturas altas da sala sem entrar em pânico ou fazer birra.

A aversão de Suri a meias apertadas foi similarmente testada com experimentos graduais. A reestruturação cognitiva produziu vários cartões de *coping*. Assim,

Suri e sua mãe seguiram vários experimentos fora da sessão. No início, meias leves e soltas foram usadas. Depois que Suri havia superado esse desafio, meias mais pesadas e mais justas foram usadas.

Ari era um menino de 10 anos com TID que detestava ruídos imprevistos e o cheiro de limão e canela, expressando uma resposta exagerada de pânico diante de ruídos altos e imprevistos. Isso era bastante perturbador para ele, pois vivia em um ambiente urbano em que sirenes e buzinas de carros eram ocorrências cotidianas. Alarmes de incêndio não anunciados em sua escola eram muito traumatizantes para ele. Se uma simulação de incêndio ocorresse, o menino gritaria desesperadamente e sairia correndo da sala de aula. Não surpreendentemente, isso era muito desconcertante para os funcionários da escola.

As aventuras de tratamento de Ari eram complexas. Suas classificações combinavam tipo de barulho, nível de previsibilidade e grau de controle pessoal, conforme ilustra a Figura 7.6. Como a maior parte dos experimentos, a reestruturação cognitiva e os procedimentos racionais o prepararam para as aventuras. Desse modo, Ari se habituou ao alarme de incêndio começando com gravações em volumes baixos controlados por ele mesmo e progredindo para volumes mais altos controlados por outros. Também foram usados fones de ouvido em volumes médios para tornar o som mais “pessoal”. É claro que não foram usados volumes altos com os fones de ouvido a fim de evitar danos aos ouvidos de Ari. Por fim, os pais trabalharam com o quartel dos bombeiros e com a escola na prática com alarmes reais.

Josie era uma menina de 11 anos com autismo de alta funcionalidade que ficava apavorada com mascotes, palhaços e outros personagens em fantasias cujos rostos estivessem obscurecidos. Ela ex-

- Praticar com o alarme de incêndio da escola
- Praticar com o alarme do quartel de bombeiros
- Praticar com o alarme aleatoriamente controlado em um volume médio com fones de ouvido
- Praticar com o alarme controlado por si em um volume médio com fones de ouvido
- Praticar com o alarme em volumes altos controlados por outros
- Praticar com o alarme em volumes altos controlados por si
- Praticar com o alarme em volumes médios controlados por outros
- Praticar com o alarme em volumes médios controlados por si
- Praticar com o alarme em volumes baixos controlados por outros
- Praticar com o alarme em volumes baixos controlados por si
- Estouro de um balão atrás de uma barreira sem aviso
- Estouro de um balão atrás de uma barreira com aviso
- Estouro de um balão próximo a si sem aviso
- Estouro de um balão próximo a si com aviso
- Estouro de um balão no consultório em um canto distante sem aviso
- Estouro de um balão no consultório em um canto distante com aviso
- Estouro de um balão do outro lado da porta do consultório sem aviso
- Estouro de um balão do outro lado da porta do consultório com aviso

FIGURA 7.6

Aventuras graduais de Ari.

pressava ansiedade extrema sempre que previa o encontro com um mascote, um personagem fantasiado/mascarado ou um palhaço. Na verdade, isso fez as saídas da família a parques de diversões, circos e eventos esportivos muito estressantes. O desconforto de Josie era bastante problemático, pois seu pai era um treinador de futebol e de basquete em uma escola. A crença de Josie sobre esses personagens incluía a percepção de que, já que as expressões faciais eram congeladas e imutáveis, os mascotes eram perigosos e imprevisíveis. Além disso, seu pensamento mágico contribuiu para o senso de que o indivíduo humano dentro da roupa era controlado pelo personagem.

Uma série de aventuras terapêuticas foi projetada com Josie (Figura 7.7). A princípio, Josie leu diariamente o caderno de esportes e entretenimento de um jornal em busca de matérias sobre mascotes, personagens fantasiados e palhaços

- Tirar uma foto com a mascote
- Aumentar a proximidade com a mascote
- Aumentar a proximidade com a roupa; vestir a cabeça da mascote
- Assistir a gravações das mascotes em jogos
- Assistir a mascotes na TV
- Procurar em jornais matérias sobre mascotes perigosas

FIGURA 7.7

Experimentos de Josie.

criando perigo e ferindo outros. A seguir, Josie assistiu a programas de TV com esses personagens (por exemplo, patinações no gelo, desenhos de palhaços, eventos esportivos). Também os pais gravaram as performances das mascotes em jogos. Um quarto experimento envolveu seu pai trazendo a roupa da mascote para casa e Josie se aproximando dela com suces-

so. Após a experimentação bem-sucedida com aquela aventura, Josie efetivamente vestiu a cabeça da mascote. Os experimentos finais incluíram práticas por etapas em que Josie olhava para a mascote à distância na porta do ginásio, então da arquibancada moderadamente perto dela, na arquibancada atrás da mascote e, por fim, tirou uma fotografia com ela.

Dayna era uma criança de 8 anos com TID que achava horríveis as sensações das etiquetas nas roupas e das texturas de comida como pudins, *milkshakes*, sopas e geleias. Ela e sua família experimentaram usar “etiquetas” por períodos cada vez mais longos de tempo até que a habituação ocorresse. Cada passo foi explicado para Dayna como estabelecendo um novo “recorde mundial”. Os tempos começaram em 1 minuto e foram aumentados por mais 2 minutos quando sua taxa de SUDS (Capítulo 2) diminuía em 50% em dois testes consecutivos.

Dayna acreditava que líquidos espessos fariam com que se engasgasse ou tossisse. A menina desenvolveu afirmações de *coping* por meio da reestruturação cognitiva (Capítulos 5 e 6). Assim, usou as afirmações de *coping* para avançar pelas aventuras cada vez mais desafiadoras. Os experimentos eram hierarquizados de acordo com a quantidade (pequena prova, progredindo a goles maiores) e espessura do líquido (sopa aguada, sopa mais espessa, *milkshake* aguado, *milkshake* espesso). Como em outros casos de TID descritos nesta seção, as aventuras terapêuticas oportunizaram à Dayna uma maior flexibilidade comportamental.

Fobias específicas/simples

Os tratamentos de exposição foram inicialmente utilizados para tratar uma variedade de fobias simples como fobias de animais, de cobras, de insetos, de ele-

vador e de agulhas. O foco está no objeto concreto, no estímulo ou na situação que a criança teme e evita. Hierarquias de exposição são estabelecidas, e os pacientes trabalham para enfrentar medos cada vez mais intensos. Nesta seção, é descrito o trabalho com várias crianças com fobias diversas: Jonas, 11 anos, um fóbito de agulhas e de médicos; Abraham, 9 anos, um fóbito de elevadores; Cat, 11 anos, que se preocupa excessivamente com a possibilidade de vomitar; Molly, 5 anos, que teme banheiros públicos.

Fobia de agulha

Jonas era um menino de 11 anos que se apavorava com qualquer tipo de injeção. Seu medo de agulhas também se generalizava para consultórios e jalecos brancos de médicos. Isso era bastante problemático, visto que Jonas tinha um sistema imunológico comprometido e necessitava de uma injeção contra a gripe a cada outono, bem como visitas regulares de acompanhamento com seu pediatra.

Jonas, sua mãe e seu terapeuta concordaram em trabalhar seu medo de médicos e de consultórios e, então, progredir para as injeções. Foi desenvolvida a hierarquia mostrada na Figura 7.8. Tal como indica, o progresso foi lento da base da lista para o topo. Inicialmente, um jaleco branco de um psiquiatra infantil foi deixado de propósito sobre uma cadeira. Então Jonas foi encorajado a vesti-lo. O menino claramente gostou desse passo e beneficiou-se de uma sensação de maior controle.

Os próximos passos na hierarquia (3 e 4) requereram o auxílio de psiquiatras residentes, que foram usados como “estímulos fóbitos”, variando a proximidade com Jonas. Os passos 5 e 6 das aventuras combinaram o jaleco branco com procedimentos não invasivos desempenha-

10. Fazer uma visita de checagem
9. Marcar uma consulta
8. Sentar-se na sala de espera sem uma consulta marcada
7. Visitar o consultório do pediatra e não ter uma consulta
6. Ter a pressão sanguínea medida por um médico em um jaleco branco
5. Ser pesado por um médico em um jaleco branco
4. Ficar na mesma sala que o médico com um jaleco branco
3. Ver um médico em um jaleco branco no corredor
2. Usar um jaleco branco
1. Ver um jaleco branco na mesa

FIGURA 7.8

A hierarquia de médicos de Jonas.

dos por médicos residentes voluntários. Os quatro passos finais estimularam um maior comportamento de aproximação em direção ao pediatra. O passo envolvendo Jonas marcar sua própria consulta foi acrescentado para aumentar sua sensação de controle.

Talvez nem todas as clínicas tenham acesso a médicos residentes como ajudantes nas aventuras de seus pacientes. Entretanto, um jaleco branco poderia ser comprado e vestido pelos funcionários do consultório. Na verdade, Jonas e sua mãe foram motivados a comprar um jaleco e a praticar em casa. Já que o medo de Jonas complicava seu tratamento médico, o seu pediatra foi extremamente solícito e participou de suas aventuras. É bastante provável que a maioria dos pediatras em casos similares seria igualmente colaborativa.

O medo de Jonas de agulhas foi tratado de forma similar. Uma hierarquia foi desenvolvida conforme mostra a Figura 7.9. O terapeuta e Jonas começaram com

7. Receber uma injeção de um pediatra
6. O pediatra segurar uma seringa estando perto de Jonas
5. Sentar-se no consultório com uma injeção se aproximando
4. Sentar-se no consultório do pediatra e conversar sobre a injeção
3. Receber uma injeção “falsa” para a gripe da equipe da clínica
2. Assistir a um vídeo da vacina da gripe/outras injeções
1. Ver e segurar uma foto de uma seringa

FIGURA 7.9

Hierarquia da vacinação de Jonas.

uma figura de uma agulha e, então, foram subindo os degraus para vídeos de injeções. Um membro da equipe vestido com um jaleco branco aplicou uma “injeção para gripe” com uma seringa de brinquedo. É importante observar que o funcionário da clínica interpretou o papel do pediatra com desenvoltura. Limpou a área com um algodão molhado no álcool e preparou a injeção com a “conversa de médico” apropriada (por exemplo: “O álcool dá uma sensação de frio, e você pode sentir uma pequena picada”).

Uma vez tendo sido executados esses passos, Jonas desafiou a si mesmo com visitas ao consultório do pediatra. Ele se sentou no consultório enquanto eles discutiam injeções para a gripe, e a seringa foi colocada aos poucos mais perto dele, até que o pediatra a segurou em sua mão. O passo final incluiu a injeção em si.

Fobia de elevadores

Filho de um engenheiro de sucesso, Abraham era um menino de 9 anos que tinha um medo mortal de elevadores. Sua

preocupação era a de que o elevador ficaria preso, e não haveria ar suficiente nele para suportar a vida; logo, ele ficaria sufocado. Não surpreendentemente, trajetos mais longos, elevadores menores ou lotados eram bastante estressantes para ele.

A família de Abraham era extremamente apoiadora e usava as escadas sempre que o menino ficava apavorado. Quando a família viajava, reservava quartos nos andares mais baixos para que Abraham pudesse evitar o elevador. Entretanto, como é o caso com a maioria dos pacientes ansiosos e fóbicos, Abraham veio para a terapia quando a evitação não era mais possível. O pai de Abraham foi selecionado para um trabalho de dois anos que incluía morar no apartamento de cobertura da empresa, que ficava no 50º andar. Naturalmente, as escadas não eram mais uma opção compensatória para Abraham.

Uma hierarquia para Abraham, demonstrada na Figura 7.10, foi colaborativamente desenvolvida. Os passos inferiores envolviam aumentar a proximidade aos elevadores e observar os eleva-

dores para ajudar Abraham a se habituar a eles, bem como avaliar a possibilidade de os elevadores ficarem presos. Esses passos foram rapidamente superados em tarefas de casa entre as sessões.

Os vários próximos passos envolveram aumentar o conforto de Abraham ao entrar em um elevador parado com a porta aberta. Sua atenção foi direcionada aos fatores de resgate. Então foi elevado o número de pessoas usando o elevador. De fato, Abraham preferia inicialmente andar no elevador com o terapeuta, e não com sua família, pois acreditava que seus pais o deixariam nervoso demais. Por fim, na última fase, Abraham andou em elevadores por tempos cada vez maiores e com mais pessoas.

Medo de vomitar

A prática gradual é exemplificada no trabalho com Cat, uma menina de 11 anos com medo de vomitar. Cat ficava muito desconfortável no ambiente escolar quando havia odores desagradáveis (ou-

- Subir 10+ andares em horários de pico com os pais
- Subir 10+ andares fora dos horários de pico com os pais
- Subir 8-10 andares em horários de pico com os pais
- Subir 8-10 andares fora dos horários de pico com os pais
- Subir 6 andares com a família
- Subir 6 andares com o terapeuta
- Subir 3 andares com a mãe, com o pai e com os dois irmãos
- Subir 3 andares com o terapeuta
- Ficar dentro do elevador por 5 minutos com a porta aberta
- Ficar no elevador por 1 minuto com a porta aberta, contar até 10 e sair
- Ficar no limite da porta quando a porta do elevador abre
- Ficar a 5 metros do elevador
- Sentar no hall com um dos pais em prédios locais perto de elevadores
- Ficar a aproximadamente 10 metros do elevador

FIGURA 7.10

A hierarquia do elevador de Abraham.

tras crianças sem os sapatos, flatulência, cheiros de comida na lanchonete) e quando experimentava aperto na garganta, soluços, arroto ou a boca cheia. Temia a possibilidade de vomitar e de ver outra criança vomitando, pois tinha horror à visão, ao toque, ao cheiro, ao gosto e ao som de vômito. Na verdade, a menina temia a perda de controle associada ao vômito.

O terapeuta e Cat desenvolveram uma hierarquia de tarefas para a fobia de vomitar (ver a Figura 7.11). A primeira tarefa incluía exposição imaginária. Cat e seu terapeuta escreveram um livro infantil sobre uma criança vomitando na escola, o qual ela intitulou de “Eu vomito, você vomita”. Um cuidado especial foi direcionado para colocar sensações e crenças em nuvens de pensamentos sobre as cabeças dos personagens. Além disso, Cat e o terapeuta desenharam detalhes nojentos nos desenhos dos vômitos usando uma variedade de cores.

Depois disso, o terapeuta e Cat ouviram aos efeitos sonoros de várias pessoas vomitando, os quais foram classificados de menos a mais nojentos usando um procedimento com as SUDS (1-10). No caso dessa prática, Cat subia na hierarquia do

som quando suas SUDS diminuía em 50% ao longo de cinco testes consecutivos.

Em suas próximas aventuras, Cat foi sistematicamente exposta a papinhas de criança que se pareciam com vômito e cheiravam mal (por exemplo, ervilha, abóbora). Ela começou a se habituar ao cheiro e progrediu tolerando pequenas porções da “substância vômito” em seus dedos, espalhando-a por e tendo-a em suas mãos. A terapia progredia quando sua taxa da SUDS diminuía por 50% e a extensão do tempo de tolerância aumentava. O objetivo de Cat era manter a SUDS em um declínio de 50% ao longo de cinco minutos para testes repetidos.

Para ajudá-la a desconectar a sensação de aperto e preenchimento em sua boca da ideia de vômito e de catástrofe, tarefas de práticas adicionais foram realizadas. Ela prendeu sua respiração por 30 segundos e manteve uma pequena quantidade de água em sua boca por 10 segundos. Depois, Cat precisava aprender que arrotar não levava ao vômito. Desse modo, bebeu vários goles de refrigerante rapidamente para que pudesse arrotar sem desastre. Por último, Cat juntou tudo fingindo vomitar, enquanto derramava a comida de bebê ou a substância vômito no vaso sanitário para simular a visão e o som do vômito.

- Praticar “vomitar”
- Beber refrigerantes com gás rapidamente
- Manter água na boca
- Colocar comida de bebê nas bochechas
- Espalhar comida de bebê nas mãos
- Tocar pequenas partes da comida de bebê com seus dedos.
- Cheirar comida de bebê (ervilhas verdes, presunto)
- Ouvir efeitos sonoros de vômito
- Escrever o livro do vômito (“Eu vomito, você vomita”)

FIGURA 7.11

A hierarquia do vômito de Cat

Medo de banheiros públicos

Molly, de 5 anos, temia banheiros públicos. “Eles vão me engolir e eu vou sair flutuando e desaparecer para sempre”, ela pensava. Embora não tivesse problemas para usar os banheiros em residências privadas e em sua pré-escola, os banheiros públicos em restaurantes, aeroportos, lojas de departamento e hospitais eram assiduamente evitados. Seu medo era exacerbado por sistemas de descarga automática e por

ruídos altos de descarga causados por uma forte pressão hidráulica. Experimentos comportamentais foram construídos para abordar os medos de Molly de barulhos altos, imprevisibilidade e medo de ser engolida (ver a Figura 7.12).

As aventuras começaram com escutar o ruído. Barulhos de descarga foram gravados de um *site* de efeitos sonoros e tocados em variados volumes controlados por Molly. Em seguida, os sons foram controlados e tocados imprevisivelmente pelo terapeuta durante a sessão e em casa pelos pais. Na sequência, Molly foi a banheiros públicos com seus pais portando um gravador com o qual gravou os sons da descarga. Ela, então, ouvia os sons, sendo que o processo de gravação também foi um experimento para ajudá-la a ter mais proximidade com os banheiros públicos.

Após Molly ter se inoculado contra ruídos de descarga altos e inesperados, avançou-se até aumentar sua tolerância a banheiros públicos. Na clínica, foi proje-

tado um “Passeio de Glória” que ajudou a motivar o valor de reforços das idas ao banheiro e sua exposição a banheiros públicos. No Passeio de Glória, Molly sentou-se na cadeira de rodas do terapeuta, usou uma coroa e foi empurrada pela clínica por sua mãe e/ou pelo terapeuta. Ela acenava para os trabalhadores da clínica proclamando: “Eu estou passeando até o banheiro em minha aventura!”. Os elogios e a atenção que ela recebeu dos funcionários foram uma excelente recompensa para ela.

No próximo conjunto de aventuras, Molly e sua mãe foram ao banheiro com um copo com água, se aproximaram da privada, derramaram a água no vaso e deram a descarga. Ela então procurou sistemas automáticos de descarga e fez o mesmo experimento como dever de casa. Molly progrediu derramando a água no vaso enquanto sentava-se no assento do banheiro. Esses experimentos deram a Molly a evidência de que ela não seria engolida. Por fim, Molly usou os banheiros públicos durante “necessidades da natureza” genuínos.

- Sentar-se e evacuar em um banheiro com descarga automática
- Sentar-se e evacuar em um banheiro com descarga manual
- Sentar-se em um banheiro durante uma descarga automática
- Sentar-se em um banheiro durante uma descarga manual
- Usar a descarga em pé
- Dar um passeio
- Ouvir a gravação
- Gravar as descargas de banheiros públicos
- Escutar sons cada vez mais altos ocorrendo imprevisivelmente
- Escutar sons cada vez mais altos controlados por si

FIGURA 7.12

Os experimentos graduais de Molly com os banheiros públicos.

Mutismo seletivo

BATALHA NAVAL

Idade: de 6 a 12 anos

Propósito: Jogo experimental para mutismo seletivo

Materiais Necessários:

- Folha dividida em grade
- Lápis ou caneta ou
- Jogo comercial de Batalha Naval

O jogo “Batalha Naval” é uma escolha criativa para crianças com mutismo seletivo (Bergman, 2006). “Batalha Naval” é um jogo divertido que se caracteriza por ser interativo, mas requer uma interação verbal mínima. Os jogadores simplesmente dão uma localização (“B 6”) e um re-

sultado (“acertou”, “errou”, “afundou”). Portanto, o jogo é divertido e proporciona um contexto agradável para a interação verbal inicial. Para a criança com graus mais elevados de mutismo seletivo, o jogo pode incluir respostas sussurradas a um familiar, aumentar o volume de voz, sussurrar ao terapeuta e falar em voz alta com ele. Tarefas de casa podem incluir horários de jogo “Batalha Naval” com os pares.

Ansiedade de separação

As crianças atormentadas pela separação também se beneficiam de aventuras graduais. Elas precisam testar equações mentais como “Sem minha mãe, eu sou fraco” ou “Se eu ficar longe de meus pais, alguma coisa ruim vai acontecer com eles”. Como na maioria dos experimentos comportamentais para outros transtornos, as aventuras para jovens com ansiedade de separação seguem intervenções cognitivas (por exemplo: “Mão no Coração”, “Falsa Matemática”). Experimentos no consultório são os passos seguintes.

Judah era um menino de 7 anos que temia se separar de sua mãe. Quando isso acontecia, o coração de Judah disparava, sua respiração acelerava, ele “ficava suado”, sentia-se tonto e fraco. Acreditava que “sem minha mãe, coisas ruins certamente acontecerão. Não consigo lidar com as coisas sozinho, ninguém vai me confortar”.

Uma hierarquia tradicional para Judah foi desenvolvida colaborativamente para exposições durante a sessão (ver a Figura 7.13). Isso foi denominado hierarquia “Judah longe da mamãe”. As aventuras começaram com a mãe sentando-se longe dele e progrediram com Judah ficando na sessão enquanto sua mãe ficava na sala de espera.

- Mãe esperando na sala de espera
- Mãe fora do consultório, no corredor
- Mãe fora do consultório com a porta fechada
- Mãe fora do consultório com a porta aberta
- Mãe na porta
- Mãe em uma cadeira, Judah sozinho no sofá

FIGURA 7.13

Hierarquia de Judah longe da mamãe.

TÉCNICA DO JOÃO E MARIA

Idade: de 5 a 10 anos

Propósito: Tratamento de ansiedade de separação

Materiais Necessários:

- Papel
- Tesouras
- Canetas
- Fotografias

A Técnica “João e Maria” (Shapiro et al., 2005) é uma forma inovadora de implementar a prática gradual com crianças com ansiedade de separação e pode oferecer uma forma alternativa à hierarquia tradicional. Essa intervenção criativa foi adaptada para que se transformasse em um experimento comportamental/tarefa de exposição. A aventura começa com uma introdução lembrando à criança a história de João e Maria. O ponto-chave para as crianças entenderem é que a maneira como o terapeuta pode encontrar seu caminho de volta a figuras cuidadoras é seguir os farelos de pão. Então, a criança e o familiar criam sinais autoinstrutivos cortando migalhas de pão de papel. Fotografias, desenhos, mensagens escritas simples representando conforto, confiança e competência ao separar-se dos pais são colocados nas migalhas. Após as migalhas de pão terem sido feitas, os pais escondem-se na clínica, mas deixam uma trilha de migalhas para a criança seguir de modo a encontrá-los. A criança, então,

segue as migalhas de pão, recolhendo cada uma e lendo-a em voz alta no caminho para descobrir onde estão os pais. Geralmente, o procedimento é repetido várias vezes durante a sessão. A família é encorajada a praticar o exercício com frequência em casa entre as sessões.

Ansiedade social

Experimentos e exposições são fundamentais no tratamento da ansiedade social, já que testam as previsões das crianças de avaliação negativa, vergonha e humilhação. Os tipos de experimentos são quase infundáveis e podem ser moldados para as previsões e circunstâncias individuais. Grover, Hughes, Bergman e Kingery (2006) descreveram um experimento gradual para um paciente de 12 anos com fobia social que temia pedir refeições em um restaurante. O clínico criou um menu, colocou uma pequena mesa com cadeiras no consultório, anotou o pedido em um bloco e trouxe pratos de papel para a mesa quando o pedido estava pronto.

Maya era uma estudante alerta e talentosa de 17 anos que frequentava uma escola especial de belas artes. Entretanto, sua ansiedade social e consequente medo de uma avaliação negativa faziam com que ela evitasse compartilhar seu trabalho com a classe. Como essa era uma exigência do curso, ela estava fracassando nas aulas. Após completar uma variedade de procedimentos de reestruturação cognitiva e análise racional, Maya estava pronta para sua aventura. Uma sala de aula foi montada na sala de grupos da clínica. Maya foi convidada a trazer uma amostra de seu trabalho para apresentar para a “turma”. Vários membros da equipe foram recrutados para serem “críticos de arte”. Vários dos recrutados foram instruídos a proporcionar opiniões

negativas à Maya, o que permitiu a ela vivenciar circunstâncias realistas para administrar sua excitação emocional e praticar seus pensamentos de *coping* em resposta à avaliação negativa. Devolver uma refeição pedida em um restaurante porque ela estava fria ou não foi preparada corretamente, pedir orientações, chamar alguém pelo nome errado, provar muitas roupas em um provador e, então, devolvê-las a um vendedor sem comprar nada são apenas alguns exemplos de outros experimentos (Kendall et al., 2005). Nesta seção, são descritas algumas aventuras realizadas com crianças com ansiedade social: “Vamos às Compras”, “Leitura Permitida” e “Peça de Museu” são três exemplos.

VAMOS ÀS COMPRAS

Idade: de 5 a 10 anos

Propósito: Exposição gradual para ansiedade social

Materiais Necessários:

- Papel
- Tesouras
- Canetas
- Pequenos prêmios (borrachas, adesivos, doces, etc.)

“Vamos às compras” é uma aventura terapêutica divertida para crianças com ansiedade social que devem praticar suas habilidades de relações e enfrentar situações potencialmente embaraçosas. A aventura tem o benefício agregado de proporcionar uma recompensa que ocorre de modo natural (ou seja, a coisa que a criança compra).

A aventura começa com o terapeuta e o paciente fazendo dinheiro de papel. Pede-se à equipe da clínica que participe como balconistas da loja e a abasteça com pequenos prêmios (borrachas, pequenos brinquedos, adesivos, doces, etc.). “Vamos às Compras” envolve a prática gradual. As

crianças são, no início, solicitadas a desempenhar uma habilidade menor (por exemplo, fazer contato visual, sorrir, fazer a pergunta “Quanto custa isto?” e dizer “Obrigado”). À medida que as crianças adquirem prática, a tarefa torna-se mais difícil, o que faz com que elas tenham de se engajar em uma conversa mais longa com o dono da loja, devolver um item, contar o troco e assim por diante.

LEITURA PERMITIDA

Idade: de 7 a 18 anos

Propósito: Exposição gradual para ansiedade social

Materiais Necessários:

- Materiais de leitura
- Plateia

“Leitura Permitida” é uma aventura terapêutica para crianças com ansiedade social, medo de performance e medo de avaliação negativa, oferecendo oportunidades para elas adquirirem práticas graduais em cometer erros diante dos outros, resolver problemas, receber críticas e lidar com isso, ter uma experiência bem-sucedida e administrar sua ansiedade. Isto é, há muitas versões da técnica.

Em uma versão, a criança lê alto materiais relativamente simples diante de números variados de diferentes pessoas. Em cada passo subsequente, mais pessoas são acrescentadas à plateia. Essa aventura é interessante para crianças incomodadas sobretudo pela quantidade de pessoas e pelo tipo (crianças, adultos, etc.) da plateia.

Uma segunda versão requer que a criança leia materiais cada vez mais desafiadores diante de várias pessoas. Isso é adequado para aquelas que têm crenças perfeccionistas e medo de avaliações negativas/humilhações. Elas temem revelar imperfeições diante dos outros e

preocupam-se com rejeição, crítica, punição e/ou humilhação.

PEÇA DE MUSEU

Idade: de 12 a 18 anos

Propósito: Atenuar a ansiedade de performance e de avaliação

Materiais Necessários:

- Diário “Peça de Museu” (Formulário 7.1)

“Peça de Museu” é um procedimento experimental para adolescentes com medo de performance e avaliação. Como muitas técnicas experimentais, esta combina elementos tanto da terapia de aceitação e comprometimento (ACT) quanto da TCC, sendo similar à metáfora do jogo de xadrez utilizada por Hayes e colaboradores (1999). Diferentemente de procedimentos da ACT, também envolve processamento cognitivo direto. “Peça de Museu” envolve imaginação, análise racional e experimentação comportamental. A técnica começa com a explicação da metáfora como segue:

Uma peça de museu é algo guardado em um museu. Museus guardam obras de arte. Existem muitas obras de arte. Há muitas formas, muitos tamanhos e tipos de arte em um museu. Na verdade, o grau de singularidade, muitas vezes, caracteriza cada peça de museu. Meramente estar em um museu é um feito em si.

Os visitantes vão a um museu para verem as obras. Eles olham para as peças e as julgam. Eles gostam delas, desgostam ou sentem-se neutros em relação às peças. Algumas peças, eles valorizam, outras desvalorizam e criticam, e outras, ainda, eles podem ignorar. É raro que todas as peças de um museu sejam valorizadas por todos sempre. Entretanto, uma vez que algo tenha sido criado e colocado em um museu, não pode ser modificado. Ele é julgado como está.

É como acontece com as pessoas. As pessoas são quem elas são. As pessoas

julgam umas às outras e raramente alguém é julgado positivamente por todos sempre. Ninguém escapa de julgamentos negativos. Como peças de museu, as pessoas têm valor simplesmente sendo quem são. Entretanto, ter valor não impede as pessoas de as julgar ou criticar.

Eu gostaria que você tentasse experimentar fazer uma pose como uma peça de museu. Imagine que você é uma obra de arte, que é claro que você é! Invente uma crítica e um julgamento, tolere isso, não tente mudar a si mesmo, simplesmente os absorva como uma peça de museu com plena aceitação do fato de que ninguém vai sair sem julgamentos, desaprovações e críticas dos outros. O que acha disso?

Alguns adolescentes podem não responder à metáfora do museu. Isso não é problema, pois o terapeuta pode prontamente mudar a metáfora para um filme, um programa de TV, uma música, entre outras. Após a metáfora ter sido explicada para a criança, o experimento começa. Essa fase lembra abordagens tradicionais de exposição para ansiedade social, em que o paciente provoca críticas de outras pessoas. O adolescente acompanha as críticas e pode até provocá-las, classificar os sentimentos, escrever os pensamentos automáticos e, então, racionalmente responder aos pensamentos negativos da perspectiva de uma peça de museu. O Formulário 7.1 é um diário “Peça de Museu”.

Pilar é uma paciente de 17 anos com um transtorno alimentar que tinha uma grave ansiedade de performance e avaliação que acompanhava sua imagem corporal distorcida. O seguinte diálogo ilustra o procedimento (ver a Figura 7.14 para seu diário “Peça de Museu” completado):

Terapeuta: Primeiramente, eu tenho que parabenizar você por receber essa crítica.

Pilar: *(Sarcasticamente)* Ótimo! Agora sei o que as pessoinhas pensam de mim.

Terapeuta: O que faz você dizer isso?

Pilar: Olhe para todas as críticas. Recebo críticas todos os malditos dias.

Terapeuta: Sim, não era esse o objetivo do experimento? Você encarou as críticas tal como uma peça de museu.

Pilar: Mas foi muito difícil.

Terapeuta: Eu sei que foi. Na verdade, é para ser difícil. Lidar com críticas reais ou percebidas é uma coisa difícil. Quantas críticas você poderia ver a partir da perspectiva da peça de museu?

Pilar: Três, as da minha mãe na 18ª e 21ª, e a sobre Danny não me beijar. Então não me saí bem nessa.

Terapeuta: Bem, vamos falar sobre isso. Você viu três a partir da perspectiva do museu, e quantas outras críticas você tolerou?

Pilar: Todas elas, eu acho. Mas foi difícil! Eu odiei.

Terapeuta: Mas você se colocou lá em exibição assim mesmo! O que acha que significa sobre você que, embora tenha sido difícil e você tenha odiado, permitiu a si mesma ser vulnerável à crítica e ao constrangimento?

Pilar: *(Pausa.)* Talvez eu seja mais forte do que eu penso que sou.

Terapeuta: Talvez... Teremos que continuar testando isso. Acha que será capaz de lidar melhor com estar em exibição se tiver maior prática com a “Peça de Museu”?

Pilar: Talvez. Não sei.

Terapeuta: Você está disposta a tentar?

Pilar: Disposta, mas não com vontade!

Terapeuta: Disposta é bom! Vamos analisar as outras críticas. Sua

Diário “Peça de Museu” de Pilar

Data	Crítica	Sentimento	Pensamento automático	Resposta da perspectiva da peça de museu
18 de fevereiro	Minha mãe criticou as roupas.	Deprimida (7) Ansiosa (7)	Ela pensa que eu não tenho gosto. Eu devo parecer feia.	Cada um tem sua opinião.
19 de fevereiro	Amiga disse que “eu parecia pálida e nervosa”.	Ansiosa (8)	Ela pensa que eu sou esquisita. Por que não consigo esconder meus sentimentos? Ela consegue ver através de mim.	Quem está dando uma perspectiva negativa a parecer pálida e nervosa? É apenas uma descrição. Se ela pode ver através de mim, quem disse que isso é ruim? Ela só está prestando atenção em mim.
20 de fevereiro	Fui a um encontro. Um amigo disse que eu ria em silêncio.	Ansiosa (9)	Ele não acha que sou engraçada e que tenho um bom senso de humor.	Só existe uma maneira de rir? Quem define as regras sobre risadas?
20 de fevereiro	Comi pizza em um encontro. Ele riu durante o jantar. Disse que eu era bonitinha quando mastigava.	Ansiosa (9)	Ele está me assistindo comer. Ele acha que sou uma porca gorda que enche a boca.	Se isso for verdade, quem diz que a opinião dele é um fato?
20 de fevereiro	Menino não me beijou.	Deprimida (8)	Ele não me curte.	Só porque ele não me beijou não significa que ele não me curte. Se ele não me curte, ele quem perde.
21 de fevereiro	Minha mãe disse que eu “esguicho veneno de minha boca” quando fui sarcástica.	Ansiosa (8)	Ela pensa que eu sou rude e desrespeitosa.	Ela pode ter seus sentimentos sobre mim. Eles não duram muito e ela supera isso.
21 de fevereiro	Menino me chamou para sair. Mãe disse que eu passo tempo demais ao telefone.	Ansiosa (8)	Minha mãe pensa que eu passo tempo demais pensando em meninos.	Todos desaprovam alguém algumas vezes. A vida é assim.
22 de fevereiro	Professor de física me deu 92 e disse que eu havia sido mais descuidada do que de costume.	Ansiosa (9)	Ele pensa que sou uma matona.	Mesmo se isso for verdade, opinião nem sempre é fato.

FIGURA 7.14

Diário “Peça de Museu” de Pilar.

- amiga disse que você parecia pálida e nervosa e que ela podia ver através de você. Quem está dando uma conotação negativa a isso?
- Pilar: Sabe, essa é uma boa pergunta. Nunca pensei sobre isso.
- Terapeuta: Então escreva isso. Como é que Steph pode ver através de você?
- Pilar: Ela está muito ligada a mim. Presta muita atenção ao que faço. Ela é uma boa amiga.
- Terapeuta: E como isso é ruim?
- Pilar: (Ri.) Certo, entendi!
- Terapeuta: Vamos passar para o encontro.
- Pilar: Nós precisamos?
- Terapeuta: Quem dita as regras sobre risadas? Há algum código em sua escola sobre risadas?
- Pilar: Certo. Eu sei que sou uma idiota.
- Terapeuta: Não é questão de ser ou não idiota. É sobre tentar ver pela perspectiva da peça de museu, que é diferente da sua. Diferente é a mesma coisa que idiota?
- Pilar: Claro que não!
- Terapeuta: Como você pode aplicar isso à risada?
- Pilar: Só porque eu não rio como as outras pessoas não significa que eu seja uma esquisita. Realmente não há regras. Todos têm diferentes risadas.
- Terapeuta: A próxima é uma difícil, eu aposto.
- Pilar: A situação da *pizza* foi difícil.
- Terapeuta: Foi mesmo. Desde quando dizer que você é bonitinha quando mastiga é a mesma coisa que dizer que você é uma porca?
- Pilar: É como uma vaca mastigando seu pasto. É grosseiro que ele esteja me olhando daquela forma.
- Terapeuta: Certo. Não sei se Danny está ou não vendo você dessa forma, mas, mesmo se ele pensar que você está mastigando como uma porca, como é que a opinião dele equivale a um fato absoluto?
- Pilar: Não equivale.
- Terapeuta: Temos mais três ainda. Como você está se sentindo?
- Pilar: Melhor. Um pouco mais aliviada com as críticas. Na verdade, quando eu olho para algumas, elas não parecem mais como críticas.
- Terapeuta: Sua mãe disse que você esguichava veneno?
- Pilar: É, ela não gosta de meu sarcasmo.
- Terapeuta: E ela desaprova isso.
- Pilar: É verdade.
- Terapeuta: E quão completo e duradouro isso é?
- Pilar: Isso não é. Ela supera isso. É parecido com sua desaprovação por eu ser “louca por meninos”. Todos são desaprovados algumas vezes. A vida é assim. E você sabe de uma coisa? Eu dei duro na prova de física. Posso dizer que a fala do professor sobre eu ser uma matona é meramente uma opinião, e não um fato.
- Terapeuta: E o que isso quer dizer?
- Pilar: Que talvez as críticas não sejam ruins. Apenas são chatas e desconfortáveis.
- O diálogo com Pilar é marcado por vários pontos importantes. O terapeuta começou reforçando Pilar por coletar e registrar críticas. Segundo: o terapeuta balanceou a validação das dificuldades

de Pilar com as críticas (“Eu sei que foi difícil”) e o desafio de sua tolerância a desconfortos (“Mas você se colocou lá em exibição assim mesmo!”). Houve uma mistura de questões específicas e concretas (“Quantas outras críticas você tolerou?”) e de questões abstratas sintetizadoras (“O que você acha que significa sobre você que, embora tenha sido difícil e você tenha odiado, permitiu a si mesma ser vulnerável à crítica e constrangimento?”).

CONCLUSÃO

As técnicas neste capítulo ilustram o uso do “fazer” em um contexto de excitação emocional para proporcionar uma experiência verdadeiramente produtora de mudanças. Para serem mais efetivas,


as exposições e outros experimentos comportamentais precisam ser individualmente projetados, implementados na sessão, generalizados para outros ambientes e acompanhados por uma avaliação dos resultados com os pacientes. Esses experimentos comportamentais proporcionam aos pacientes oportunidades de usar as habilidades que aprenderam em terapia, incluindo a autorregulação e a reestruturação cognitiva. O terapeuta precisa desempenhar um papel ativo durante essas intervenções envolvendo experiências. Terapeutas e pacientes trabalham colaborativamente para projetar e realizar os experimentos, bem como para processar os resultados. Experimentos comportamentais são algumas das intervenções de terapia mais divertidas, engajadoras e recompensadoras para a maioria dos pacientes (e terapeutas!).



LEMBRETE PARA AS EXPOSIÇÕES E OS EXPERIMENTOS

- Certifique-se de esclarecer e orientar os pacientes e familiares sobre exposição.
- Lembre-se de que os experimentos e as exposições são colaborativas, e não prescritivas.
- Permita que crianças, adolescentes e famílias tomem a dianteira nos experimentos e nas exposições.
- Molde os experimentos de acordo com crianças, adolescentes e famílias.
- Alie-se com crianças e adolescentes contra as perturbações.
- Recomende experimentos e exposições graduais.
- Torne a exposição abrangente e repetida e faça uso de um engajamento emocional ideal.
- Faça com que os experimentos não sejam interrompidos até que a excitação diminua.
- Acrescente um processamento cognitivo à exposição.
- Certifique-se de recompensar o esforço.
- Sinta-se livre para ser criativo e divertir-se com as exposições.

Diário “Peça de Museu”

	<div>Resposta da perspectiva da peça de museu</div>
Data	
Crítica	
Sentimento	
Pensamento automático	

FORMULÁRIO 7.1

Diário “Peça de Museu”.

8 Considerações finais

Este livro reflete aproximadamente quatro anos de planejamento, prática clínica, pesquisa e redação. Decidir sobre as palavras finais foi uma tarefa difícil, visto que nosso trabalho continua. Ainda assim, reforçamos o que cremos ser um conjunto importante de atitudes: encorajar os terapeutas a persistir, apesar dos inevitáveis desafios clínicos e a retornar ao texto como se procurassem um colega confiável para ter apoio e orientação. Portanto, sugerimos as seguintes atitudes:

ENVOLVA E ENGAJE AS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS NO PROCESSO

Diga-me e eu esquecerei. Mostre-me e eu posso não lembrar. Envolver-me e eu compreenderei.

Provérbio indígena

A psicoterapia cognitivo-comportamental não é um exercício intelectual estéril; ao contrário disso, requer o envolvimento emocional do paciente. O uso impessoal e abstrato de tabelas, formulários e outros procedimentos raramente atinge seu objetivo. A colaboração e a parceria com pacientes engaja-os no processo; ou seja, quando eles são coarquitetos de suas intervenções, o trabalho clínico torna-se mais significativo. Usar este texto já é colaboração em si; somos parceiros no processo de tratamento. Enquanto proporcionamos

técnicas, o terapeuta deve envolver e engajar seu paciente no processo.

SEJA PACIENTE CONSIGO MESMO E COM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E FAMÍLIAS ENVOLVIDOS

Genialidade é ter eterna paciência.

Michelângelo

A experiência clínica e de supervisão aponta que os psicoterapeutas reconhecem a grande responsabilidade que é cuidar de pacientes crianças e adolescentes. Desse modo, tais profissionais colocam muita pressão interna em si mesmos e em seus pacientes em busca de uma melhora. Muitas vezes, quer-se o “método certo” que aliviará a perturbação de forma quase imediata e completa. Em resumo, os psicoterapeutas comumente são pessoas impacientes.

A psicoterapia cognitivo-comportamental é um método, e não mágica. A mudança ocorre devido à aplicação deliberada e sistemática dos procedimentos em um contexto de uma aliança produtiva funcional. Na verdade, tem sido demonstrado que apressar o paciente rompe com o tratamento (Creed e Kendall, 2005). Com isso, recomenda-se paciência no que diz respeito ao tempo de mudança, a qual frequentemente ocorre em graus pequenos, marginalmente observáveis, e não

em saltos de epifania dramática. Uma mudança lenta e pequena reflete uma inércia terapêutica positiva!

Nos seminários do Centro de Terapia Cognitiva – Newport Beach, liderado pela Dra. Christine A. Padesky e pelo Dr. Aaron T. Beck, como pós-doutores, íamos ansiosamente aguardar as visitas do Dr. Beck, da Filadélfia, como se fôssemos adolescentes na fila de um concerto de rock. Em uma palestra particularmente significativa, o Dr. Beck diferenciou as noções de um tratamento temporalmente limitado e temporalmente eficiente: o primeiro envolve conduzir a psicoterapia por um conjunto arbitrariamente definido de sessões a despeito da agudez, gravidade e/ou questões contextuais. Já o tratamento temporalmente eficiente envolve fazer a psicoterapia da forma mais efetiva em um período de tempo mais breve para um indivíduo, dadas as circunstâncias. Para alguns indivíduos, seis sessões é temporalmente eficiente, mas, para outros, 40 sessões é temporalmente eficiente. Esse conhecimento me ajudou a ser mais paciente em meu trabalho com crianças e adolescentes.

PERMANEÇA FLEXÍVEL COM A TÉCNICA E O PROCESSO

Interrogue seus pressupostos ocultos.

Coronel West

Permanecer flexível ajudará o terapeuta a abordar com responsabilidade as dificuldades de forma deliberada e tranquila. O pensamento inflexível e a prática estereotipada fecham opções e colocam os clínicos em situações difíceis de resolver. Olhar os problemas sob múltiplos ângulos acrescenta perspectivas e alimenta a exploração produtiva.

Estar alerta às questões etnoculturais também requer e aumenta a flexibilidade. Enquanto a literatura é sólida para a TCC, os dados são frequentemente infestados de ne-

gligência das variáveis etnoculturais, e muitos estudos não as relatam nem as incluem (Weisz, Huey e Weersing, 1998). Entretanto, pesquisas recentes demonstram uma bem-vinda mudança na atenção a tais variáveis (Cardemil e Battle, 2003; Cardemil, Reivich, Beevers, Seligman e James, 2007; David-Ferdon e Kaslow, 2008; Eyberg, Nelson e Boggs, 2008; Huey e Polo, 2008; Silverman, Pina e Viswesvaran, 2008). Estar alerta às vicissitudes culturais expande as visões de mundo e os paradigmas conceituais, fazendo do mundo da terapia cognitiva um lugar maior. Trazer alguns ocasionalmente difíceis diálogos sobre questões culturais para a terapia torna todos os procedimentos no livro mais relevantes. Cardemil e Battle (2003, p. 203) oportunamente afirmaram: “Em acréscimo ao aprendizado ativo sobre tópicos relevantes ao *status* de minoria étnica/racial, a pessoa deve fazer uma mudança tanto em atitude quanto em comportamento. Essa abordagem requer que os psicólogos reconheçam os limites de suas próprias visões de mundo e que tolerem a ansiedade que acompanha o surgimento desses tópicos na psicoterapia”.

CRIE E INOVE

Pode ser difícil para um ovo se transformar em um pássaro. Seria ainda mais difícil para ele aprender a voar sem sair de dentro do ovo. Somos como ovos no presente. E você não pode prosseguir indefinidamente sendo apenas um simples ovo: precisamos ser chocados; senão, não vamos prosperar.

C. S. Lewis

Há a esperança de que este livro traga ao leitor muitas opções de tratamento para crianças e famílias, mas o texto é um ponto de *partida*, e não de um ponto de chegada. O terapeuta deve sentir-se livre para adotar ou modificar os procedimentos para atender seus pacientes, apropriando-se das técnicas por meio da

colaboração ativa com as crianças, de uma compreensão genuína dos princípios da TCC e da criatividade. Existem ilimitadas maneiras de se inovar e dar a “própria cara” aos procedimentos.

USE A TEORIA E A PESQUISA PARA SE ORIENTAR

No final do dia, os psicoterapeutas podem algumas vezes se sentir perdidos e solitários após terem enfrentado casos clínicos desafiadores. Felizmente, a TCC com crianças desfruta de uma rica tradição empírica, e a literatura é cheia de informações valiosas. Em nossa experiência, é muito reconfortante ter uma maior base de conhecimento. Confie nos avanços teóricos, clínicos e empíricos para conseguir uma direção. O estado do conhecimento profissional proporciona um mapa para o uso dos procedimentos, bem como para se lidar com outros dilemas cotidianos da prática clínica.

CONTINUE A APRENDER

Pense esquerdo e pense direito e pense baixo e pense alto.

Oh, os pensamentos que você pode pensar se tentar!

Theodore Geisel (Dr. Seuss)

A competência com a TCC é um processo, e não um ponto de chegada. Portanto, a aprendizagem durante a vida toda é a chave para manter o movimento. Felizmente, há muitas oportunidades em congressos profissionais para participar de oficinas clínicas e sessões científicas. Os encontros anuais da American Psychological Association, Association for Behavioral and Cognitive Therapies, American Psychiatric Association e a American Academy of Child and Adolescent Psychiatry estão cheios de ofertas. O World Congress of Cognitive and Behaviour Therapy e a European Association for Behavioural and

Cognitive Therapies demonstram recentes avanços ao redor do mundo. Na verdade, a terapia cognitiva está crescendo globalmente. O Reino Unido é um ponto de eferescência para a TCC (www.babcp.com). Também a Federação Brasileira de Terapia Cognitiva (FBTC) é um exemplo de uma organização nacional muito ativa (www.fbtc.org.br). Existem oportunidades para treinamento intensivo e para supervisões regulares pela internet e ensino a distância em centros pioneiros de terapia cognitiva na Filadélfia (www.beckinstitute.org) e Huntington Beach (www.padesky.com). Esses centros também oferecem valiosos vídeos de treinamento e outros recursos. O contínuo crescimento profissional torna todos os procedimentos neste livro ainda mais empolgantes.

ACOLHA OS MOMENTOS DIFÍCEIS E OS ERROS

Grandes momentos nascem de grandes oportunidades.

Herb Brooks

De acordo com a Dra. Christine A. Padesky, um ponto emperrado na terapia é apenas uma oportunidade de fazer outra pergunta melhor. Até hoje, sua afirmação é fonte de inspiração para persistir em momentos difíceis e erros. Como mencionado em capítulos anteriores, responder ao que acontece localmente nas sessões é essencial na TCC. Frequentemente, as fortes emoções negativas das crianças e das famílias emergem no contexto urgente do momento presente. Essas erupções apresentam oportunidades maravilhosas de praticar as técnicas apresentadas neste livro e deveriam ser abraçadas, e não evitadas. Calhoun, Moras, Pilkonis e Rehm (1998, p. 159) recordam: “Mesmo as TCCs baseadas em instruções muito específicas de intervenção devem ser adaptadas de formas imprevisíveis a todo momento”.

Friedberg, Gorman e Beidel (2009) observaram que os terapeutas, muitas vezes, mantêm crenças absolutistas de perfeição sobre seus trabalhos. Entretanto, Padesky (2007) convocou os terapeutas do mundo real a desenvolverem uma maior tolerância à ambiguidade. De fato, a prática requer ação (Hayes, 2007). O tratamento, às vezes, não pode esperar até que todos os dados sejam coletados e que tudo seja conhecido. Portanto, uma ação clínica efetiva começa em um contexto ambíguo e é geralmente imperfeita. A tarefa de um psicoterapeuta cognitivo-comportamental é em algum sentido similar à do oficial dos fuzileiros (Flick, 2005): deve-se ter que assumir uma abordagem razoável e deliberada, adaptando-a com consciência a realidades transitórias ou talvez imprevistas.

NOTAS PESSOAIS

O que nós nos lembramos de nossa infância nós nos lembraremos para sempre.

Cynthia Ozick

Enquanto tento viver segundo as sete atitudes delineadas acima, eu (J. M. M.) sou lembrada de como esses princípios se aplicam não apenas à minha vida profissional, mas também à minha vida pessoal. Eu batalho para “envolver e engajar” e para modelar a atitude de “seja paciente” com minhas duas jovens filhas. Eu trabalho para incluí-las nas discussões sobre as coisas que estão ocupando meu tempo, e porque eu escolhi a psicoterapia como minha vocação. Portanto, elas ficam algumas vezes muito curiosas sobre o que eu faço e oferecem suas próprias sugestões! Durante uma das partes mais exigentes do processo de escrever o livro, eu estava explicando para minhas filhas, então com 5 e 3 anos de idade (Lydia e Juliana), que eu estava trabalhando em um livro para guiar outros “doutores dos

sentimentos” a ajudar as outras crianças a lidarem com seus sentimentos. Como uma leitora precoce, Lydia ficou muito intrigada por esse processo. Após mais discussões, ela percebeu que esse texto não era interessante para ela, pensou por um momento, e respondeu: “No seu próximo livro, você deveria escrever uma bíblia!”. Essas elevadas expectativas que a minha jovem filha demonstrou em relação a mim me fizeram sorrir, e proporcionaram boas risadas a nosso padre, mas também me lembraram de como nossas crianças e as crianças com que nós trabalhamos olham para nós como “especialistas” que inspiram e modelam criatividade e mudança. Isso é uma grande responsabilidade, mas, mais ainda, uma oportunidade!

Persistência e trabalho duro nunca ficam fora de moda.

Barbara A. Friedberg, MBA

Minha consultora pessoal de estilo, Barbara A. Friedberg, molda tanto meu mundo exterior quanto o interior. Escrever um livro como este requer considerável paciência, tolerância à frustração, atenção ao detalhe, determinação e criatividade. Havia muitos finais de semana após uma exaustiva semana de trabalho em que eu era tentado a assistir a filmes, futebol e ao campeonato de beisebol. Entretanto, o ethos duplo de persistência e disciplina me permitiram elaborar o texto de modo eficiente e até mesmo desfrutar minha cota de jogos dos Mets e dos New York Giants. A questão para leitores deste livro é que administrar diligentemente a frustração e manter uma autodisciplina teórica e clínica geralmente favorece os resultados desejados. Como observado antes, este livro representa cerca de quatro anos de trabalho, então ele não termina com um ponto, mas sim com três pontos (...), significando um olhar ansioso por nossos próximos desafios e pelos horizontes de nosso crescimento pessoal e profissional...

Referências

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (2007). Applications of the Achenbach System of empirically based assessment to children, adolescents, and their parents. In S. R. Smith & L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's handbook* (pp. 327–344). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Addis, M. E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: Promises, obstacles, and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 381–392.
- Albano, A. M. (1995). Treatment of social anxiety in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 271–298.
- Albano, A. M. (2000). Treatment of social phobia in adolescents: Cognitive behavior programs focused on intervention and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14, 67–76.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Childhood psychopathology* (pp. 279–330). New York: Guilford Press.
- Allen, J. L., & Rapee, R. M. (2005). Anxiety disorders. In P. J. Graham (Ed.), *Cognitive behavior therapy for children and families* (2nd ed., pp. 300–319). New York: Cambridge University Press.
- Allers, R., & Minkoff, B. (Directors). (1994). *The lion king* [motion picture]. United States: Walt Disney Feature Animation.
- Anderson, D. A., Lundgren, J. D., Shapiro, J. R., & Paulosky, C. A. (2004). Assessment of eating disorders: Review and recommendations for clinical use. *Behavior Modification*, 28, 763–782.
- Anderson, S., & Morris, J. (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Therapy*, 34, 293–303.
- Arnold, C., & Walsh, B. T. (2007). *Next to nothing*. New York: Oxford University Press.
- Atchison, D. (Director). (2006). *Akeelah and the bee* [motion picture]. United States: Spelling Bee Productions.
- Attwood, T. (2003). Frameworks for behavioral interventions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 65–86.
- Attwood, T. (2004). Cognitive behavior therapy for children and adults with Asperger's syndrome. *Behaviour Change*, 21, 147–161.
- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 619–628.
- Bailey, V. (2001). Cognitive-behavioral therapies for children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 224–232.
- Ballard, C. (Director). (1996). *Fly away home* [motion picture]. United States: Columbia Pictures and Sand Dollar Productions.
- Bancroft, T., & Cook, B. (Directors) (1998). *Mulan* [motion picture]. United States: Walt Disney Feature Animation.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD*. New York: Guilford Press.

- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Benton, C. M. (1998). *Your defiant child: Eight steps to better behavior*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Edwards, G. H., & Robin, A. L. (1999). *Defiant teens: A clinician's manual for assessment and family intervention*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Robin, A. L., & Benton, C. M. (2008). *Your defiant teen: 10 steps to resolve conflict and rebuild your relationship*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1998). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333–342.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Dutton.
- Baum, L. F. (1900). *The wizard of Oz*. New York: Schocken.
- Beal, D., Kopec, A. M., & DiGiuseppe, R. (1996). Disputing patients' irrational beliefs. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 14, 215–229.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 325–347). New York: Plenum Press.
- Beck, A. T. (1996). *Beck depression inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23–36.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Plenum Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861–865.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. (2001). *Beck Youth Inventories*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B., & Steer, R. A. (2005). *Beck Youth Inventories for children and adolescents* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Becker, W. C. (1971). *Parents are teachers*. Champaign, Ill: Research Press.
- Bedore, B. (2004). *101 Improv games for children and adults*. Alameda, CA: Hunter House.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). *Shy children, phobic adults* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73–79.
- Bennett, H. J. (2007). *It hurts when I poop: A story for children who are scared to use the potty*. Washington, DC: Magination Press.
- Bennett-Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rouf, K., & Hackmann, A. (2004). Behavioural experiments: Historical and conceptual underpinnings. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy* (pp. 1–20). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Berg, B. (1986). *The assertiveness game*. Dayton, OH: Cognitive Counseling Resources.
- Berg, B. (1989). *The anger control game*. Dayton, OH: Cognitive Counseling Resources.
- Berg, B. (1990a). *The anxiety management game*. Dayton, OH: Cognitive Counseling Resources.
- Berg, B. (1990b). *The depression management game*. Dayton, OH: Cognitive Counseling Resources.
- Berg, B. (1990c). *The self-control game*. Dayton, OH: Cognitive Counseling Resources.
- Berg, B. (1992a). *The conduct management game*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Berg, B. (1992b). *The feelings game*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Berg, B. (1992c). *The self-concept game*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Bergman, R. L. (2006, October). Cognitive-behavioral therapy for selective mutism. In R. D. Friedberg (Chair), *From protocols to practice: Translating*

- CBT research to clinical care. Symposium conducted at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Diego, CA.
- Bernard, M. E., & Joyce, M. R. (1984). *Rational-emotive therapy with children and adolescents*. New York: Wiley.
- Berry, J. (1995). *Feeling scared*. New York: Scholastic.
- Berry, J. (1996). *Feeling sad*. New York: Scholastic.
- Bird, B. (Director). (2004). *The incredibles* [motion picture]. United States: Walt Disney Pictures and Pixar Animation.
- Bird, H. R., Gould, M. S., & Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 78–85.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D. A., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., et al. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545–553.
- Blenkiron, P. (2005). Stories and analogies in cognitive behavioral therapy: A critical review. *Behavioural and Cognitive Therapy*, 33, 45–59.
- Boal, A. (2002). *Games for actors and non-actors* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Bose-Deakins, J. E., & Floyd, R. G. (2004). A review of the Beck Youth Inventories of emotional and social impairment. *Journal of School Psychology*, 42, 333–340.
- Bouchard, S., Côté, S., & Richard, D. C. S. (2007). Virtual reality applications for exposure. In D. C. S. Richard & D. L. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 347–388). San Diego: Academic Press.
- Boxmeyer, C. L., Lochman, J. E., Powell, N., Yaros, A., & Wojnaroski, M. (2007). A case study of the Coping Power Program for angry and aggressive youth. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 165–174.
- Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. London, UK: Erlbaum.
- Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2001). Diagnosis and measurement of adolescent depression: A review of commonly utilized instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11, 341–376.
- Bunting, E. (1994). *Smoky night*. San Diego: Harcourt Brace.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good*. New York: Springer.
- Burum, B. A., & Goldfried, M. R. (2007). The centrality of emotion to psychological change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 407–413.
- Calhoun, K. S., Moras, K., Pilkonis, P. A., & Rehm, L. P. (1998). Empirically supported treatments: Implications for training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 151–162.
- Candy, C. M., & Fee, V. E. (1998). Underlying dimensions and psychometric properties of the Eating Behaviors and Body Image Test for adolescent girls. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 117–127.
- Cardemil, E. V., & Battle, C. L. (2003). Guess who's coming to therapy?: Getting comfortable with conversations about race and ethnicity in psychotherapy. *Professional Psychology*, 34, 278–286.
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., Beevers, C. G., Seligman, M. E. P., & James, J. (2007). The prevention of depressive symptoms in low income, minority children: Two-year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 45, 313–327.
- Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (2002). One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 396–406.
- Cartledge, G. C., & Milburn, J. F. (Eds.). (1996). *Cultural diversity and social skills instruction: Understanding ethnic and gender differences*. Champaign, IL: Research Press.
- Castonguay, L. G., Pincus, A. L., Agras, W. S., & Hines, C. E. (1998). The role of emotion in group cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: When things have to feel worse before they get better. *Psychotherapy Research*, 8, 225–238.
- Caton-Jones, M. (Director). (1993). *This boy's life* [motion picture]. United States: Knickerbocker Films and Warner Brothers Pictures.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Chansky, T. E. (2000). *Freeing your child from obsessive-compulsive disorder*. New York: Three Rivers Press.
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 387–400.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005a). Identifying and selecting the common elements of evidence-based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, 7, 5–20.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005b). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 141–156.

- Chorpita, B. F., Tracey, S. A., Brown, T. A., Collica, T. J., & Barlow, D. H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 569–581.
- Ciminero, A. R., & Drabman, R. S. (1977). Current advances in behavioral assessment of children. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in child clinical psychology* (pp. 47–82). New York: Plenum Press.
- Clark, D. A. (1999). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A commentary. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 408–415.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, L. (2005). *SOS: Help for parents* (3rd ed.). Bowling Green, KY: Parents Press and SOS Programs.
- Clarke, G. N., DeBar, L. L., & Lewinsohn, P. M. (2003). Cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 120–134). New York: Guilford Press.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990a). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990b). *Student workbook: Adolescent coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272–279.
- Clements, R., & Musker, J. (Directors). (1989). *Little mermaid* [motion picture]. United States: Silver Screen Partners IV, Walt Disney Feature Animation, and Walt Disney Pictures.
- Clements, R., & Musker, J. (Directors). (1992). *Aladdin* [motion picture]. United States: Walt Disney Feature Animation.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. (2004). A multi-site, randomized controlled trial for children with sex abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393–402.
- Cohen-Sandler, R. (2005). *Stressed-out girls: Helping them thrive in the age of pressure*. New York: Penguin Books.
- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3: Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 779–862). New York: Wiley.
- Connors, C. K. (2000). *Connors' Rating Scales—Revised: Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi Health Systems.
- Cook, J. W., Taylor, L. A., & Silverman, P. (2004). The application of therapeutic storytelling techniques with preadolescent children: A clinical description with illustrative case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 243–248.
- Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorders symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 60–64.
- Cooper, M. J., Whitehead, L., & Boughton, N. (2004). Eating disorders. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackman, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy* (pp. 267–284). New York: Oxford University Press.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 9–16.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 91–97.
- Cosby, B. (1997). *The meanest thing to say*. New York: Scholastic.
- Cotterell, N. B. (2005, May). *Extramural training seminar*. Paper presented at the Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Philadelphia.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp. 1–59). New York: Guilford Press.
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance building within a cognitive behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 498–505.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993–1002.
- Curry, J. F., & Wells, K. C. (2005). Striving for effectiveness in the treatment of adolescent depression: Cognitive behavioral therapy for multisite community intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 177–185.

- Dattilio, F. M. (1998). Cognitive behavioral family therapy. In F. M. Dattilio (Ed.), *Case studies in couples and family therapy* (pp. 62–84). New York: Guilford Press.
- Dattilio, F. M. (1997). Family therapy. In R. L. Leahy (Ed.), *Practicing cognitive therapy: A guide to interventions* (pp. 409–450). New York: Aronson.
- Dattilio, F. M. (2000). Families in crisis. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Cognitive behavior strategies in crisis intervention* (2nd ed., pp. 316–338). New York: Guilford Press.
- Dattilio, F. M. (2001). Cognitive behavior family therapy: Contemporary myths and misconceptions. *Contemporary Family Therapy*, 23, 3–18.
- Dattilio, F. M. (2002). Homework assignments in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 535–547.
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 62–104.
- Davis, N., & Pickard, B. (2008). The healing power of music. In L. C. Rubin (Ed.), *Popular culture in counseling, psychotherapy, and play-based interventions* (pp. 63–80). New York: Springer.
- Dayton, J., & Faris, V. (Directors). (2006). *Little Miss Sunshine* [motion picture]. United States: Big Beach Films.
- Deblinger, E., Behl, L. E., & Glickman, A. R. (2006). Treating children who have experienced sexual abuse. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed., pp. 383–416). New York: Guilford Press.
- Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for future study. *Psychological Bulletin*, 131, 483–509.
- DePino, C. (2004). *Blue cheese breath and stinky feet*. Washington, DC: Magination Press.
- D'Eramo, K. S., & Francis, G. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 305–328). New York: Guilford Press.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addictions and change*. New York: Guilford Press.
- Dodge, K. A. (1985). Attributional bias in aggressive children. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 4, pp. 73–110). New York: Academic Press.
- Dozois, D. J. A., & Covin, R. (2004). The Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Beck Scale for Suicidal Ideation. In M. Hersen (Series Ed.), & D. L. Segal & M. Hilsenroth (Vol. Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Vol. 2. Personality assessment and psychopathology*. New York: Wiley.
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001). Depression. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment for psychological disorders* (pp. 259–299). New York: Guilford Press.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83–89.
- Eder, R. A. (1994). Comments on children's self-narratives. In U. Neisser & R. Fivush (Eds.), *The remembering self: Construction and accuracy in the self-narrative* (pp. 180–190). Melbourne, Australia: Cambridge University Press.
- Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M., & Bromley, D. B. (2004). Developing evidence-based practice: The role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 6, 589–597.
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2006). Magical thinking in obsessive-compulsive disorder, panic disorder, and the general community. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 351–357.
- Eisen, A. R., & Engler, L. B. (2006). *Helping your child overcome separation anxiety or school refusal*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Elkind, D. (1981). *The hurried child: Growing up too fast too soon*. Boston: Addison Wesley.
- Elkind, D. (1984). *All grown up and no place to go: Teenagers in crisis*. Boston: Addison Wesley.
- Elliott, J. (1991). Defusing conceptual fusions: The just because technique. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 227–229.
- Erdlen, R. J., & Rickrode, M. R. (2007). Social skills groups with youth: A cognitive-behavioral perspective. In R. W. Christner, J. L. Stewart, & A. Freeman (Eds.), *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents* (pp. 485–506). New York: Routledge.
- Evans, D. L., & Andrews, L. W. (2005). *If your adolescent has depression or bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Eyberg, S. M. (1974). *Eyberg Child Behavior Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S. M. (1992). Parent and teacher behavior inventories for the assessment of conduct behavior problems in children. In L. Vandecreek, S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice:*

- A Sourcebook (Vol. 11, pp. 261–270). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. N., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215–237.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1996). The eating disorder examination (12th ed.). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361–404). New York: Guilford Press.
- Faust, J. (2000). Integration of family and cognitive behavioral therapy for treating sexually abused children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 361–368.
- Feindler, E. L., & Ecton, R. B. (1986). *Adolescent anger control: Cognitive behavioral techniques*. New York: Pergamon Press.
- Feindler, E. L., Ecton, R. B., Kingsley, D., & Dubey, D. R. (1986). Group anger control training for institutionalized psychiatric male adolescents. *Behavior Therapy*, 17, 109–123.
- Feindler, E. L., & Guttman, J. (1994). Cognitive behavioral anger control training. In C. W. LeCroy (Ed.), *Handbook of child and adolescent treatment manuals* (pp. 170–199). New York: Lexington Books.
- Feindler, E. L., Marriott, S. A., & Iwata, M. (1984). Group anger control training for junior high delinquents. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 299–311.
- Fennell, M. J. V. (1989). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkvoskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 169–234). Oxford, UK: Oxford Medical.
- Fick, N. (2005). *One bullet away: The making of a Marine officer*. Boston: Houghton Mifflin.
- Fidaleo, R. A., Friedberg, R. D., Dennis, G., & Southworth, S. (1996). Imagery, internal dialogue, and action: An alternative treatment for PTSD. *Crisis Intervention*, 3, 143–155.
- Finamore, D. (2008). *Little Miss Sunshine* and positive psychology as a vehicle for change in adolescent depression. In L. C. Rubin (Ed.), *Popular culture in counseling, psychotherapy, and playbased interventions* (pp. 123–140). New York: Springer.
- Flannery-Schroeder, E. (2004). Generalized anxiety disorder. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 125–140). New York: Guilford Press.
- Flannery-Schroeder, E., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251–278.
- Fleck, R. (Director). (2006). *Half nelson* [motion picture]. United States: Hunting Lane Films, Journeyman Pictures, Silverwood Films, Original Media, Traction Media.
- Fleming, V. (Director). (1939). *The wizard of Oz* [motion picture]. United States: Metro Goldwyn-Mayer Loew's.
- Foa, E. B., & Andrews, L. W. (2006). *If your adolescent has an anxiety disorder*. New York: Oxford University Press.
- Ford, E., Liebowitz, M., & Andrews, L. W. (2007). *What you must think of me*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Forehand, R. L., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford Press.
- Forsyth, J. P., Barrios, V., & Acheson, D. T. (2007). Exposure therapy and cognitive interventions: Overview and newer third-generation perspectives. In D. C. S. Richard & D. L. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 61–108). San Diego: Academic Press.
- Foster, J. (Director). (1991). *Little man Tate* [motion picture]. United States: Orion Pictures.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. New York: Schocken Books.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Friedberg, R. D. (1996). Cognitive behavioral games and workbooks: Tips for school counselors. *Elementary School Guidance and Counseling*, 31, 11–20.
- Friedberg, R. D. (2006). A cognitive behavioral approach to family therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 159–165.
- Friedberg, R. D., Friedberg, B. A., & Friedberg, R. J. (2001). *Therapeutic exercises with children: Guided self-discovery through cognitive behavior techniques*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Friedberg, R. D., & Gorman, A. A. (2007). Integrating psychotherapeutic processes with cognitive behavioral procedures. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 185–193.
- Friedberg, R. D., Gorman, A. A., & Beidel, D. C. (2009). Training psychologists for cognitive-behavioral therapy in the raw world: A rubric for supervisors. *Behavior Modification*, 33, 104–123.
- Friedberg, R. D., Mason, C., & Fidaleo, R. A. (1992). *Switching channels: A cognitive behavioral work journal for adolescents*. Sarasota, FL: Psychological Assessment Resources.

- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. New York: Guilford Press.
- Friedberg, R. D., & Wilt, L. H. (in press). Metaphors and stories in cognitive behavior therapy with children. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*.
- Fristad, M. A., Emery, B. L., & Beck, S. J. (1997). Use and abuse of the Children's Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 699–702.
- Fristad, M. A., & Goldberg-Arnold, J. S. (2003). Family interventions for early-onset bipolar disorder. In B. Geller & M. P. DelBello (Eds.), *Bipolar disorder in childhood and adolescence* (pp. 295–313). New York: Guilford Press.
- Fristad, M. A., & Goldberg-Arnold, J. S. (2004). *Raising a moody child*. New York: Guilford Press.
- Gallo-Lopez, L. (2008). Marcia, Marcia, Marcia: The use and impact of television themes, characters, and images in psychotherapy. In L. C. Rubin (Ed.), *Popular culture in counseling, psychotherapy, and play-based interventions* (pp. 243–256). New York: Springer.
- Galvin, M. (1989). *Clouds and clocks: A story for children who soil*. Washington, DC: Magination Press.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory–2 manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.
- Garner, D. M., & Parker, P. P. (1993). Eating disorders. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Child and Adolescent Assessment* (pp. 384–399). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Geddie, L. (1992). *Dinosaur relaxation script*. Unpublished manuscript, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, OK.
- Geller, J., & Drab, D. L. (1999). The Readiness and Motivation Interview: A symptom-specific measure of readiness for change in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 7, 259–278.
- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., Cord, J. J., & Ialongo, N. (2006). Observational measures of parenting in anxious and nonanxious mothers: Does type of task matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 323–328.
- Ginsburg, G. S., & Kingery, J. N. (2007). Evidence-based practice for childhood anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 123–132.
- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C., & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 28–43.
- Glatzer, R., & Westmoreland, W. (Directors). (2006). *Quinceanera* [motion picture]. United States: Cinetic Media and Kitchen Sink Entertainment.
- Goldberg-Arnold, J. A., & Fristad, M. A. (2003). Psychotherapy for children with bipolar disorder. In B. Geller & M. P. DelBello (Eds.), *Bipolar disorder in childhood and early adolescence* (pp. 272–294). New York: Guilford Press.
- Goldfried, M. R. (2003). Cognitive-behavior therapy: Reflections on the evolution of a therapeutic orientation. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 53–69.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 42, 421–430.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989). The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1016.
- Gosch, E. A., Flannery-Schroeder, E., Mauro, C. F., & Compton, C. N. (2006). Principles of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 247–262.
- Gotham, H. J. (2006). Advancing implementation of evidence-based practices into clinical practices: How do we get there from here. *Professional Psychology: Research and Practice*, 6, 606–613.
- Grave, J., & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children?: A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24, 399–420.
- Greenberg, L. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 87–93.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions: Changing core schemes*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2002). *Working with the emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Changing how you feel by changing the way you think*. New York: Guilford Press.
- Greene, R. W. (2001). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily*

- frustrated, chronically inflexible children* (2nd ed.). New York: HarperCollins.
- Greenspan, S. (1993). *Playground politics*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Greenspan, S., & Greenspan, N. T. (1985). *First feelings*. New York: Penguin Books.
- Greenspan, S., & Greenspan, N. T. (1989). *The essential partnership*. New York: Penguin Books.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970–986.
- Grover, R. L., Hughes, A. A., Bergman, R. L., & Kingery, J. N. (2006). Treatment modification based on childhood anxiety diagnosis: Demonstrating the flexibility in manualized treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 275–286.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1985). A constructionalist foundation for cognitive therapy. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 101–142). New York: Plenum Press.
- Hall, B. (Creator). (2003). *Joan of Arcadia* [television series]. United States: Sony Pictures Television, CBS Productions, and Barbara Hall Productions.
- Hammen, C., & Zupan, B. A. (1984). Self-schemas, depression, and the processing of personal information in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 37, 598–608.
- Hansen, J. C., & LaBate, L. (1982). *Approaches to family therapy*. New York: Macmillan.
- Hardwicke, C. (Director). (2003). *Thirteen* [motion picture]. United States: Michael London Pictures, Working Title Films, Antidote Films, and Sound for Film.
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 939–947.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Context and content in psychotherapy* (pp. 13–32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2007, July). ACT case conceptualization: Using RFT to correct flaws of traditional functional analysis. In M. Fennell (Chair), *Cognitive behavioral case formulation: Is the emperor clothed?* Panel presentation presented at the 5th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Barcelona, Spain.
- Hayes, S. C., Strosdahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232–236.
- Hembree, E. A., & Cahill, S. P. (2007). Obstacles to successful implementation of exposure therapy. In D. C. S. Richard & D. L. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 389–408). San Diego: Academic Press.
- Hembree, E. A., Rauch, S. A. M., & Foa, E. B. (2003). Beyond the manual: The insider's guide to prolonged exposure to PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 22–30.
- Hesley, J. W., & Hesley, J. G. (2001). *Rent two films and let's talk in the morning*. New York: Wiley.
- Hirai, M., Vernon, L. L., & Cochran, H. (2007). Exposure for phobias. In D. C. S. Richard & D. L. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 247–270). San Diego: Academic Press.
- Hoffman, M. (1991). *Amazing grace*. New York: Dial.
- Huebner, D. (2006). *What to do when you worry too much: A kid's guide to overcoming anxiety*. Washington, DC: Magination Press.
- Huebner, D. (2007a). *What to do when you grumble too much: A kid's guide to overcoming negativity*. Washington, DC: Magination Press.
- Huebner, D. (2007b). *What to do when your brain gets stuck: A kid's guide to overcoming OCD*. Washington, DC: Magination Press.
- Huebner, D. (2008). *What to do when your temper flares*. Washington, DC: Magination Press.
- Huey, S. J., & Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 262–301.
- Hughes, J. (Director). (1985). *The breakfast club* [motion picture]. United States: A & M Films and Universal Pictures.
- Huppert, J. D., & Baker-Morissette, S. L. (2003). Beyond the manual: The insider's guide to panic control treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 2–13.
- Ilardi, S. S., & Feldman, D. (2001). The cognitive neuroscience paradigm: A unifying metatheoretical framework for the science and practice of clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1067–1088.

- Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information-processing approaches to clinical psychology* (pp. 3–21). Orlando, FL: Academic Press.
- Irwin, C., Evans, D. L., & Andrews, L. W. (2007). *Monochrome days*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Jamieson, P. E., with Rynn, M. A. (2006). *Mind race*. New York: Oxford University Press.
- Jolly, J. B. (1993). A multi-method test of the cognitive content-specificity hypotheses in young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 223–233.
- Jolly, J. B., & Dykman, R. A. (1994). Using self-report data to differentiate anxious and depressive symptoms in adolescents: Cognitive content specificity and global distress. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 25–37.
- Jolly, J. B., & Kramer, T. A. (1994). The hierarchical arrangement of internalizing cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 1–14.
- Jones, J. V. & Lyddon, W. J. (2000). Cognitive therapy and empirically validated treatments. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14, 337–345.
- Kamphaus, R. W., VanDeventer, M. C., Brueggemann, A., & Barry, M. (2006). Behavior Assessment System for Children—2nd Edition. In S. R. Smith & L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents* (pp. 311–326). New York: Routledge.
- Kanfer, F. H., Karoly, P., & Newman, A. (1975). Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situation threat-related verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 27, 146–155.
- Kant, J., Franklin, M., & Andrews, L. W. (2008). *The thought that counts*. New York: Oxford University Press.
- Kapalka, G. M. (2007). *Parenting your out of control child*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability comparison with coping and regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 54, 1301–1320.
- Kaslow, N. J., Stark, K. D., Printz, B., Livingston, R., & Tsai, S. L. (1992). Cognitive Triad Inventory for Children: Development and relation to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 4, 339–347.
- Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. L., & Seligman, M. E. P. (1978). *The KASTAN: A children's attributional style questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Kazdin, A. E., Colbus, D., & Rodgers, A. (1986a). Assessment of depression and diagnosis of depressive disorder among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 499–515.
- Kazdin, A. E., Rodgers, A., & Colbus, D. (1986b). The Hopelessness Scale for Children: Psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 241–245.
- Kearney, C. A. (2007). *Getting your child to say "yes" to school*. New York: Guilford Press.
- Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2000). *Therapist's guide for school refusal behavior*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1993). Measuring the function of school refusal behavior: The School Refusal Assessment Scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 85–96.
- Keegan, K., with Moss, H. B. (2008). *Chasing the high*. New York: Oxford University Press.
- Kelley, M. L. (1990). *School-home notes: Promoting children's classroom success*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C. (2006). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed., pp. 3–30). New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Aschenbrand, S. G., & Hudson, J. L. (2003). Child-focused treatment of anxiety. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 81–100). New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K., et al. (1992). *Anxiety disorders in youth: Cognitive-behavioral interventions*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual. *Cognitive-Behavioral Practice*, 5, 89–104.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366–380.
- Kendall, P. C., & MacDonald, J. P. (1993). Cognition in the psychopathology of youth and implications for treatment. In K. S. Dobson & P. C. Kendall (Eds.), *Psychopathology and cognition* (pp. 387–430). San Diego, CA: Academic Press.

- Kendall, P. C., Robin, J. A., Hedtke, K. A., Suveg, C., Flannery-Schroeder, E., & Gosch, E. (2005). Considering CBT with anxious youth?: Think exposures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 136–148.
- Kendall, P. C., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures* (3rd ed., pp. 243–294). New York: Guilford Press.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (1999). *The expression and nonexpression of emotion*. New York: Guilford Press.
- Kingery, J. N., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L., Sherrill, J. T., & Bergman, R. L. (2006). They're not just "little adults": Developmental considerations for implementing cognitive behavioral therapy with anxious youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 263–273.
- Klein, D. N., Dougherty, L. R., & Olino, T. M. (2005). Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 412–432.
- Koch, E. I., Gloster, A. T., & Waller, S. A. (2007). Exposure treatments for panic disorder with and without agoraphobia. In D. C. S. Richard & D. L. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 221–247). San Diego: Academic Press.
- Koeppen, A. S. (1974). Relaxation training for children. *Journal of Elementary School Guidance and Counseling*, 9, 14–21.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995–998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Kraemer, S. (2006). Something happens: Elements of therapeutic change. *Clinical Child Psychiatry and Psychology*, 11, 239–248.
- Krain, A. L., & Kendall, P. C. (2000). The role of parental emotional distress in parent report of child anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 328–335.
- Kraus, J. R. (2006). *Annie's plan*. Washington, DC: Magination Press.
- Kronenberger, W. G., & Meyer, R. G. (2001). *The child clinician's handbook* (2nd ed.). Norton, MA: Allyn & Bacon.
- Kuehlwein, K. (2000). Enhancing creativity in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14, 175–187.
- Kuiper, N. A., Olinger, L. J., & MacDonald, M. R. (1988). Vulnerability and episodic cognitions in a self-worth contingency model of depression. In L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 289–309). New York: Guilford Press.
- Kumar, G., & Steer, R. A. (1995). Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25, 339–346.
- Kumar, G., Steer, R. A., Teitelman, K. B., & Villacis, L. (2002). Effectiveness of Beck Depression Inventory-II subscales in screening for major depressive disorders in adolescent psychiatric inpatients. *Assessment*, 9, 164–170.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. A. (2009). *Collaborative case conceptualization*. New York: Guilford Press.
- LaGreca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83–94.
- LaGreca, A. M., & Stone, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children—Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 22, 7–27.
- Lam, K. S. L., & Aman, M. G. (2007). The Repetitive Behavior Scale—Revised: Independent validation in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 855–866.
- Lamb-Shapiro, J. (2000). *The bear who lost his sleep*. Plainview, NY: Childsworld/Childsplay.
- Lamb-Shapiro, J. (2001). *The hyena who lost her laugh: A story about changing your negative thinking*. Plainview, NY: Childsworld/Childsplay.
- Landy, R. J. (2008). *The couch and the stage*. New York: Aronson.
- Larson, J., & Lochman, J. E. (2002). *Helping school children cope with anger: A cognitive behavioral intervention*. New York: Guilford Press.
- Last, C. G. (2006). *Help for worried kids*. New York: Guilford Press.
- Laurent, J., & Stark, K. D. (1993). Testing the cognitive content specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 226–237.
- Lauterbach, D., & Reiland, S. (2007). Exposure therapy and post-traumatic stress disorder. In D. C. S. Richard & D. L. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 127–152). San Diego: Academic Press.
- Leahy, R. L. (2007). Emotion and psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 353–357.
- LeCouteur, A., Rutter, M., Lord, C., Rios, P., Robertson, S., Holdgrafer, M., et al. (1989). Autism Diagnostic Interview: A standardized investigator-based instrument. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 363–387.
- Lee, S. (Director). (1994). *Crooklyn* [motion picture]. United States: 40 Acres and a Mule Filmworks.

- Leitenberg, H., Yost, L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation of anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 528–536.
- Lerner, J., Safren, S. A., Henin, A., Warman, M., Heimberg, R. G., & Kendall, P. C. (1999). Differentiating anxious and depressive self-statements in youth: Factor structure of the Negative Affect Self-Statement Questionnaire among youth referred to an anxiety disorder clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 82–93.
- LeRoi, A., & Rock, C. (Creators). (2005). *Everybody hates Chris* [television series]. United States: Chris Rock Entertainment, 3 Art Entertainment, CBS Paramount Network Television, and Paramount Network Television.
- Lezine, D. A., & Brent, D. (2008). *Eight stories up*. New York: Oxford University Press.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for healing BPD*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Cochran, B. N., & Kehrer, C. A. (2001). Dialectical behavioral therapy for BPD. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed., pp. 470–522). New York: Guilford Press.
- Lochman, J. E., Barry, T. D., & Pardini, D. A. (2003). Anger control training for aggressive youth. In A. E. Kazdin, & J. E. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 263–281). New York: Guilford Press.
- Lochman, J. E., Fitzgerald, D. P., & Whidby, J. M. (1999). Anger management with aggressive children. In C. Schaefer (Ed.), *Short-term psychotherapy groups for children* (pp. 301–349). Northvale, NJ: Aronson.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2002a). Contextual social cognitive mediators and child outcome: A test of the theoretical model in the Coping Power Program. *Development and Psychopathology*, 14, 945–967.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2002b). The Coping Power program at middle school transition: Universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 540–554.
- Lock, J. (2002). Treating adolescents with eating disorders in the family context: Empirical and theoretical considerations. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 11, 331–342.
- Lock, J., & Fitzpatrick, K. K. (2007). Evidence-based treatments for children and adolescents with eating disorders: Family therapy and family-facilitated cognitive-behavioral therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 145–156.
- Lock, J., & le Grange, K. (2005). *Help your teenager beat an eating disorder*. New York: Guilford Press.
- Lock, J., le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press.
- Lockshin, S. B., Gillis, J. M., & Romanczyk, R. G. (2005). *Helping your child with autism spectrum disorder: A step by step workbook for families*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., & Stouthamer-Loeber, M. (1991). Differences and similarities between children, mothers, and teachers as informants on disruptive child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 75–95.
- Lonczak, H. (2007). *Mookey the monkey gets over being teased*. Washington, DC: Magination Press.
- Lopez, R., & Marx, J. (Music and Lyrics). (2003). *Avenue Q*. United States: Kevin McCollum, Robyn Goodman, Jeffrey Seller, Vineyard Theatre, and New Group (producers).
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., et al. (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 185–212.
- Madison, L. (2002). *The feelings book: The care and keeping of your emotions*. Middleton, WI: American Girl Books.
- Maier, I. M. (2005a). *When Fuzzy was afraid of big and loud things*. Washington, DC: Magination Press.
- Maier, I. M. (2005b). *When Fuzzy was afraid of losing his mother*. Washington, DC: Magination Press.
- Maier, I. M. (2005c). *When Lizzy was afraid of trying new things*. Washington, DC: Magination Press.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the eating disorder test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541–543.
- Mansueto, C. S., Golomb, R. G., Thomas, A. M., & Stemberger, R. M. T. (1999). A comprehensive model for behavioral treatment of trichotillomania. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 23–43.
- March, J. S. (1997). *Multidimensional Anxiety Scale for Children*. New York: Multi-Health Systems.
- March, J. S., with Benton, C. M. (2007). *Talking back to OCD*. New York: Guilford Press.
- March, J. S., & Franklin, M. E. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pediatric OCD. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional*

- processing in etiology and treatment (pp. 147–165). New York: Guilford Press.
- March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 780–786.
- March, J. S., Sullivan, K., & James, P. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 349–358.
- Marcus, L. M., & Schopler, E. (1993). Pervasive developmental disorder. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment* (pp. 346–353). Boston: Allyn & Bacon.
- Markus, H. (1990). Unresolved issues of self-representation. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 241–253.
- Mash, E. J., & Dozois, D. J. A. (2003). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 3–71). New York: Guilford Press.
- Mattis, S. G., & Ollendick, T. H. (1997). Children's cognitive responses to the somatic symptoms of panic. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 47–57.
- McCurry, S., & Hayes, S. C. (1992). Clinical and experimental perspectives on metaphorical talk. *Clinical Psychology Review*, 12, 763–785.
- McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K. (2005). *Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking*. Oakland, CA: New Harbinger.
- McMahon, R. J., & Kotler, J. S. (2006). Conduct problems. In D. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents* (pp. 153–225). New York: Guilford Press.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatment in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223–1229.
- Menendez, R. (Director). (1988). *Stand and deliver* [motion picture]. United States: American Playhouse.
- Merlo, L. J., Storch, E. A., & Geffken, G. R. (2007). Assessment of pediatric obsessive-compulsive disorder. In E. A. Storch, T. K. Murphy, & G. R. Geffken (Eds.), *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder* (pp. 67–108). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Merlo, L. J., Storch, E. A., Murphy, T. K., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2005). Assessment of pediatric obsessive-compulsive disorder: A critical review of current methodology. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 195–214.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miltenberger, R. G., Fuqua, R. W., & Woods, D. W. (1998). Applying behavior analysis to clinical problems: Review and analysis of habit reversal. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 3, 447–469.
- Mineka, S., & Thomas, C. (1999). Mechanisms of change in exposure therapy for anxiety disorders. In T. Dagleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 747–764). New York: Wiley.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1974). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morris, R. J., & Kratochwill, T. R. (1998). Childhood fears and phobias. In R. J. Morris & T. R. Kratochwill (Eds.), *The practice of child therapy* (3rd ed., pp. 91–131). Boston: Allyn & Bacon.
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 146–150.
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Brakel, A., & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Further evidence for its reliability and validity. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, 411–425.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2005). ACT with children, adolescents, and their parents. In S. C. Hayes & K. Strosdahl (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: A clinician's guide* (pp. 249–271). New York: Springer.
- Myers, K., & Winters, N. C. (2002). Ten-year review of rating scales: II. Scales for internalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 634–659.
- Myles, B. S. (2003). Behavioral forms of stress management for individuals with Asperger syndrome. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 123–141.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., & O'Callaghan, M. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 592–602.
- Nass, M. (2000). *The lion who lost his roar*. Plainview, NY: Childsworld/Childsplay.

- Nass, M. (2004). *The rabbit who lost his hop*. Plainview, NY: Childswork/Childsplay.
- Nava, G. (Director). (1995). *Mi familia, my family* [motion picture]. United States: American Playhouse.
- Nava, G. (Creator). (2002). *American family* [television series]. United States: 20th Century Fox Television, El Norte Productions, KCET, and the Greenblatt Janollan Studio.
- Nelson, W. M., & Finch, A. J. (2000). *Children's Inventory of Anger (CHIA): Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Nelson-Gray, R. O. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment*, 15, 521–531.
- Nichols, W. C. (1996). *Treating people in families*. New York: Guilford Press.
- Novaco, R. W. (2003). *The Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS-PI)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children—R. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 395–399.
- Ollendick, T. H. (1998). Panic disorder in children and adolescents: New developments, new directions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 234–245.
- Ollendick, T. H., & Cerny, J. A. (1981). *Clinical behavior therapy with children*. New York: Plenum Press.
- Ollendick, T. H., King, N. J., & Frary, R. B. (1989). Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age, and nationality. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 19–26.
- Otto, M. (2000). Stories and metaphors in cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Therapy*, 7, 166–172.
- Overholser, J. C. (1993). Elements of the Socratic method, Part 2: Inductive reasoning. *Psychotherapy*, 30, 75–85.
- Overholser, J. C. (1994). Elements of the Socratic method, Part 3: Universal definitions. *Psychotherapy*, 31, 286–293.
- Padesky, C. A. (1988). *Intensive training series in cognitive therapy*. Workshop series presented at Newport Beach, CA.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267–278.
- Padesky, C. A. (2004). Behavioral experiments: At the crossroads. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy* (pp. 433–438). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Padesky, C. A. (2007, July). *The next frontier: Building positive qualities with cognitive behaviour therapy*. Invited address presented at the 5th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Barcelona, Spain.
- Palansky, M. (Director). (2008). *Penelope* [motion picture]. United States: Stone Village Pictures, Type A Films, Grosvenor Park Productions, Tatira, and Zephyr Films.
- Palmer, R., Christie, M., Condlle, C., Davies, D., & Kenwick, J. (1987). The Clinical Eating Disorders Rating Instrument (CEDRI): A preliminary description. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 9–16.
- Patterson, G. R. (1976). *Living with children*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. (1987). *Parents and adolescents living together*. Champaign, IL: Research Press.
- Pelham, W. E., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 449–476.
- Pellegrino, M. W. (2002). *Too nice*. Washington, DC: Magination Press.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 277–289.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice*. New York: Norton.
- Persons, J. B. (1995, November). *Cognitive-behavioral case formulation*. Workshop presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford Press.
- Peterson, L., & Sobell, L. C. (1994). Research contributions to clinical assessment. *Behavior Therapy*, 25, 523–531.
- Piacentini, J., & Bergman, R. L. (2001). Developmental issues in cognitive therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 165–182.
- Piacentini, J. C., & Langley, A. K. (2004). Cognitive-behavior therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1181–1194.
- Piacentini, J. C., Cohen, P., & Cohen, J. (1992). Combining discrepant information from multiple sources: Are complex algorithms better than simple ones? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 51–63.

- Piacentini, J. C., Langley, A. K., & Roblek, T. (2007a). *Cognitive-behavioral treatment of childhood OCD: It's only a false alarm (Therapist guide)*. New York: Oxford University Press.
- Piacentini, J. C., Langley, A. K., & Roblek, T. (2007b). *Cognitive-behavioral treatment of childhood OCD: It's only a false alarm (Workbook)*. New York: Oxford University Press.
- Piacentini, J. C., March, J. S., & Franklin, M. E. (2006). Cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed., pp. 297–321). New York: Guilford Press.
- Pliszka, S. R., Carlson, C. L., & Swanson, J. M. (1999). *ADHD with comorbid disorders: Clinical assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Pos, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25–31.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3, 133–144.
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184–214). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Quinn, P. O., & Stern, J. M. (1993). *The putting on the brakes activity book for young people with ADHD*. Washington, DC: Magination Press.
- Rapee, R. M., Wignall, A. M., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2000). *Treating anxious children and adolescents: An evidence-based approach*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Raskin, R. (2005). *Feeling better: A kid's book about therapy*. Washington, DC: Magination Press.
- Reiner, R. (Director). (1986). *Stand by me* [motion picture]. United States: Act III, Act III Communications, Columbia Pictures Corporation, and The Body.
- Reitman, J. (Director). (2007). *Juno* [motion picture]. United States: Fox Searchlight, Mandate Pictures, and Mr. Mudd.
- Resick, P. A., & Calhoun, K. S. (2001). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed., pp. 60–113). New York: Guilford Press.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior Assessment System for Children–2 (BASC-2)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Reynolds, W. M. (1987). *Suicidal Ideation Questionnaire*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: A professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. (1993). Self-report methodology. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment* (pp. 98–123). Boston: Allyn & Bacon.
- Richard, D. C. S., Lauterbach, D., & Gloster, A. T. (2007). Description, mechanisms of action, and assessment. In D. C. S. Richard & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 1–28). New York: Academic Press.
- Robertie, K., Weidenbenner, R., Barrett, L., & Poole, R. (2008). Milieu multiplex: Using movies in the treatment of adolescents with sexual behavior problems. In L. C. Rubin (Ed.), *Popular culture in counseling, psychotherapy, and play-based interventions* (pp. 99–122). New York: Springer.
- Robins, C. J., & Hayes, A. M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 205–214.
- Rogers, G. M., Reinecke, M. A., & Curry, J. F. (2005). Case formulation in TADS CBT. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 198–208.
- Ronan, K. R., Kendall, P. C., & Rowe, M. (1994). Negative affectivity in children: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 509–528.
- Rooyackers, P. (1998). *101 Drama games for children*. Alameda, CA: Hunter House.
- Rouf, K., Fennell, M., Westbrook, D., Cooper, M., & Bennett-Levy, D. (2004). Devising effective behavioral experiments. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy* (pp. 1–20). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rubin, L. C. (Ed.). (2007). *Using superheroes in counseling and play therapy*. New York: Springer.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2001). A relational approach to training and supervision in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 3–16.
- Saigh, P. A. (1987). The use of an in vitro flooding package in the treatment of traumatized adoles-

- cents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10, 17–21.
- Saigh, P. A., Yule, W., & Inamdar, S. C. (1996). Imaginal flooding of traumatized children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, 163–183.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 373–385.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: The Children's Automatic Thoughts Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1091–1109.
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1986). *The Childhood Autism Rating Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Schroeder, C. S., & Gordon, C. S. (2002). *Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Schulte, D., Bochum, R. U., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail?: The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312–328.
- Schwartz, S. (2003). *Wicked*. Araca Group, Jon Platt, & David Stone (Producers). New York: Marc Platt, Universal Pictures.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tannenbaum, R., Alloy, L., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235–238.
- Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J. (1995). *The optimistic child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Shafraan, R., Frampton, I., Heyman, I., Reynolds, M., Teachman, B., & Rachman, S. (2003). The preliminary development of a new self-report measure for OCD in young people. *Journal of Adolescence*, 26, 137–142.
- Shapiro, J. E., Friedberg, R. D., & Bardenstein, K. K. (2005). *Child and adolescent therapy*. New York: Wiley.
- Shapiro, L. (2004). *The chimp who lost her chatter*. Plainview, NY: Childsworld/Childsplay.
- Shapiro, L. (2006a). *The horse who lost her herd*. Plainview, NY: Childsworld/Childsplay.
- Shapiro, L. (2006b). *The koala who wouldn't cooperate*. Plainview, NY: Childsworld/Childsplay.
- Shaw, J., & Barzvi, A. (2005). *Who invented lemonade?: The power of positive perspective*. New York: Universe Inc.
- Shenk, J. (1993, January). *Cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder*. Grand Rounds presentation at Mesa Vista Hospital, San Diego, CA.
- Shirk, S. R. (2001). Development and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 155–164.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analysis review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2006). Process issues in cognitive behavioral therapy for youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures* (3rd ed., pp. 465–491). New York: Guilford Press.
- Shyer, C. (Director). (1991). *Father of the bride* [motion picture] United States: Sandollar Productions, Touchstone Pictures, and Touchwood Pacific Partners I.
- Silverman, W. K., & Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 380–411.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Wisweswaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105–130.
- Silverman, W. K., & Rabian, B. (1999). Rating scales for anxiety and mood disorders. In D. Shaffer, C. P. Lucas, & J. E. Richters (Eds.), *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* (pp. 127–166). New York: Guilford Press.
- Slater, S., & Sheik, D. (2006). *Spring awakening*. New York: Atlantic Theatre.
- Smith, P. A., Perrin, S., & Yule, W. (1999). Cognitive behavior for posttraumatic stress disorder. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4(4), 177–182.
- Snood, E. D., & Kendall, P. C. (2007). Assessing anxious self-talk in youth: The Negative Affectivity Self-Statement Questionnaire Anxiety Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 603–619.
- Snyder, K., Gur, R., & Andrews, L. (2007). *Me, myself, and them*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Sobel, M. (2000). *The penguin who lost her cool*. Plainview, NY: Childsworld/Childsplay.
- Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152–1160.
- Sokol, L. (2005, May). *Extramural training seminar*. Presented at the Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Philadelphia.

- Southam-Gerow, M. (2004). Some reasons that mental health treatments are not technologies: Toward treatment development and adaptation outside labs. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 186–189.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545–566.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (1998). *Contemporary behavior therapy* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Stallard, P. (2002). *Think good, feel good: A cognitive behaviour workbook for children and young people*. Chichester, UK: Wiley.
- Stallard, P. (2005). Cognitive behaviour therapy with prepubertal children. In P. Graham (Ed.), *Cognitive behaviour therapy for children and families* (2nd ed., pp. 121–135). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stallard, P. (2007). Early maladaptive schemas in children: Stability and differences between a community and a clinic refused sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 10–18.
- Stallard, P., & Rayner, R. (2005). The development and preliminary evaluation of a Schema Questionnaire for Children (SQC). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 217–224.
- Stark, K. D. (1990). *Childhood depression: School-based depression*. New York: Guilford Press.
- Stark, K. D., Swearer, S., Kurowski, C., Sommer, D., & Bowen, B. (1996). Targeting the child and family: A holistic approach to treating child and adolescent depressive disorders. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 207–238). Washington, DC: American Psychological Association.
- Steer, R. A., Kumar, G. T., & Beck, A. T. (1993a). Hopelessness in adolescent psychiatric inpatients. *Psychology Reports*, 72, 559–564.
- Steer, R. A., Kumar, G. T., & Beck, A. T. (1993b). Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1096–1099.
- Steer, R. A., Kumar, G. T., Beck, A. T., & Beck, J. S. (2005). Dimensionality of the Beck Youth Inventories with child psychiatric outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 123–131.
- Steer, R. A., Kumar, G. T., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1998). Use of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 127–137.
- Stemberger, R. M. T., McCombs-Thomas, A., MacGlashan, S. G., & Mansueto, C. S. (2000). Cognitive behavioral treatment of trichotillomania. In M. Hersen & M. Biaggio (Eds.), *Effective brief therapies* (pp. 319–334). San Diego: Academic Press.
- Stewart, A. (2005). Disorders of eating control. In P. Graham (Ed.), *Cognitive-behavioral therapy for children and families* (2nd ed., pp. 359–384). New York: Cambridge University Press.
- Storch, E. A., Geffken, G., & Murphy, T. (2007). *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*. New York: Routledge.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Adkins, J. W., Lewin, A. B., Geffken, G. R., Johns, N. B., et al. (2006). The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Psychometric properties of child and parent-report formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1055–1070.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., et al. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Research*, 129, 91–98.
- Sutter, J., & Eyberg, S. M. (1984). *Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Suveg, C., Kendall, P. C., Comer, J. S., & Robin, J. (2006). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 77–86.
- Suveg, C., Southam-Gerow, M. A., Goodman, K. L., & Kendall, P. C. (2007). The role of emotion theory and research in child therapy development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 358–371.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 750–759.
- Swanson, J. M. (1992). *School based assessment and intervention for ADD students*. Irvine, CA: K. C. Publishing.
- Swanson, J. M., Sandman, C. A., Deutsch, C. K., & Baren, M. (1983). Methylphenidate hydrochloride given with or before breakfast: I. Behavioral, cognitive, and electrophysiologic effects. *Pediatrics*, 72, 49–55.
- Sze, K. M., & Wood, J. J. (2007). Cognitive behavioral treatment of co-morbid anxiety disorders and social difficulties in children with high functioning autism: A case report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 133–144.
- Taylor, L., & Ingram, R. E. (1999). Cognitive reactivity and depressotypic processing in children of

- depressed mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 202–210.
- Thompson, T. L. (2002). *Loud lips Lucy*. Citrus Heights, CA: Savor Publishing House.
- Thompson, T. L. (2003). *Worry wart Wes*. Citrus Heights, CA: Savor Publishing House.
- Thompson, T. L. (2004a). *Catchin cooties Consuelo*. Citrus Heights, CA: Savor Publishing House.
- Thompson, T. L. (2004b). *In grown Tyrone*. Citrus Heights, CA: Savor Publishing House.
- Thompson, T. L. (2007). *Busy body Bonita*. Citrus Heights, CA: Savor Publishing House.
- Thorpe, G. L., & Olson, S. C. (1997). *Behavior therapy* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Trousdale, G., & Wise, K. (Directors). (1991). *Beauty and the beast* [motion picture]. United States: Silver Screen Partners IV, Walt Disney Animation, and Walt Disney Pictures.
- Turk, J. (2005). Children with developmental disabilities and their parents. In P. Graham (Ed.), *Cognitive behavior therapy for children and their families* (pp. 244–262). New York: Guilford Press.
- Vacc, N. A., & Rhyne, M. (1987). The Eating Attitudes Test: Development of an adapted language form for children. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 335–336.
- Van Brunt, D. L. (2000). Modular cognitive-behavioral therapy: Dismantling validated treatment programs into self-standing treatment plan objectives. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 156–165.
- Van Sant, G. (Director). (1997). *Good Will Hunting* [motion picture]. United States: Be Gentlemen Limited Partnership, Lawrence Bender Productions, and Miramax.
- Van Sant, G. (Director). (2000). *Finding Forrester* [motion picture]. United States: Columbia Pictures Corporation, Fountainbridge Films, and Laurence Mark Productions.
- Vernon, A., & Al-Mabuk, R. (1995). *What growing up is all about*. Champaign, IL: Research Press.
- Viorst, J. (1972). *Alexander and the terrible, horrible, no good, very bad day*. New York: Atheneum.
- Wachtel, J. R., & Strauss, C. C. (1995). Separation anxiety disorder. In A. R. Eisen, C. A. Kearney, & C. E. Schaefer (Eds.), *Clinical handbook of anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 53–81). Northvale, NJ: Aronson.
- Wagner, A. P. (2000). *Up and down the worry hill*. Rochester, NY: Lighthouse Press.
- Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., et al. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive guide*. Cambridge, UK: Cambridge Press.
- Walsh, B. T., & Cameron, V. L. (2005). *If your adolescent has an eating disorder*. New York: Oxford University Press.
- Warfield, J. R. (1999). Behavioral strategies for hospitalized children. In L. Vandecreek, S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 17, pp. 169–182). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Washington, D. (Director). (2002). *Antwone Fisher* [motion picture]. United States: Fox Searchlight Pictures and Mondy Lane Entertainment.
- Waters, T. L., & Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 173–184.
- Waters, V. (1979). *Color us rational*. New York: Institute for Rational Living.
- Waters, V. (1980). *Rational stories for children*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Wedding, D., & Niemiec, R. M. (2003). The clinical use of films in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 207–213.
- Weierbach, J., & Phillips-Hershey, E. (2008). *Mind over basketball*. Washington, DC: Magination Press.
- Weisz, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples*. New York: Cambridge University Press.
- Weisz, J. R., Huey, S. J., & Weersing, V. R. (1998). Psychotherapy with children and adolescents: The state of the art. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 20, pp. 49–91). New York: Plenum Press.
- Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., Gordis, E. B., & Connor-Smith, J. (2003). Primary and secondary control training for youth depression: Applying the deployment-focused model of treatment development and testing. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 165–186). New York: Guilford Press.
- Weisz, J. R., Thurber, C., Sweeney, L., Proffitt, V. D., & LeGagnoux, G. L. (1997). Brief treatment of mild to moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 703–707.
- Wellburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519–530.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. New York: Wiley.

- Wexler, D. B. (1991). *The PRISM workbook: A program for innovative self-management*. New York: Norton.
- Wilfrey, D. E., Passi, V. A., Cooperberg, J., & Stein, R. I. (2006). Cognitive-behavioral therapy for youth with eating disorders and obesity. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed., pp. 322–365). New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T., & Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: An evaluation of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 173–179.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wood, J. J., & McCleod, B. M. (2007). *Child anxiety disorders: A family-based treatment manual for practitioners*. New York: Norton.
- Woods, D. W., & Miltenberger, R. G. (1995). Habit reversal: A review of applications and variations. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 123–131.
- Woods, J. E., & Luiselli, J. K. (2007). Habit reversal of vocal motor tics in child with Tourette's syndrome. *Clinical Case Studies*, 6, 181–189.
- Yontef, G. (2007). The power of the immediate moment in gestalt therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 17–23.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire-Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of internalizing and externalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038–1050.
- Zaillian, S. (Director). (1993). *Searching for Bobby Fischer* [motion picture]. United States: Mirage Entertainment.
- Zeckhausen, D. (2008). *Full mouse, empty mouse: A tale of food and feelings*. Washington, DC: Magination Press.
- Zinbarg, R. E. (2000). Comment on "Role of emotion in cognitive behavior therapy": Some quibbles, a call for greater attention to motivation for change, and implications of adopting a hierarchical model of emotion. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 394–399.

Índice

A

- Abordagem modular para a intervenção, 10-12, 18-19
- Agendamento de atividades prazerosas, 105-110, 121-122, 127-128
 - técnicas para
 - Técnica do Jogo de Adivinhações, 107-110, 121-122, 125
 - Técnica do Saco de Atividades para agendamento de atividades, 107-108, 121-122
 - Técnica Minha *Playlist* de Atividades Prazerosas, 105-107, 121-122, 124
- Agressão, 37-39, 247, 249-250
- Aliança/relação terapêutica, 13-14, 240-242
- Análise racional
 - estrutura e, 13-14
 - jogos em, 198-202
 - metáforas em, 190-199
 - técnicas de jogos
 - Jogo do Dado do Controle, 200-202, 225
 - Jogo Quem Tem o Germe?, 198-201, 225
 - técnicas de metáforas
 - Metáfora do Labirinto, 193-194
 - Metáfora do Meio-Nelson, 193-196
 - Metáfora do Miado do Gato, 193-194
 - Metáfora do Motorista de Ônibus, 193-194, 196-199, 226
 - Metáfora do Sentido Aranha, 193-194
 - técnicas para, 201-225
 - Técnica Brincando de Meio de Campo, 220-223, 225, 235
 - Técnica da Falsa Matemática, 218-221, 225
 - Técnica da Precisão do Tempo, 210-213, 225, 232
 - Técnica do Conde Dreadula Diz, 207-210, 225, 230-231
 - Técnica do Explorador de Pensamentos, 203, 205-207, 225, 229
 - Técnica do Pêndulo de Newton, 223-225
 - Técnica do Pensamento 3-D, 216-219, 225, 234
 - Técnica Espelhe, Espelho, 212-216, 225, 233
 - Técnica Mestre do Desastre, 201-203, 205, 225, 227-228
 - visão geral, 11, 12, 190-191, 224-225
- Analogia, exposição e, 239-241
- Ansiedade
 - agendamento de atividades prazerosas e, 108-109
 - técnicas de reestruturação cognitiva e, 165-168
 - testagem e, 27, 29-31
 - treinamento de habilidades sociais, 100-101
- Ansiedade de avaliação, 276-281
- Ansiedade de performance, 276-281
- Ansiedade social, 130-131, 275-281
- Aprendizado experimental. *Ver também*
 - Exposição
 - formulários para, 282
 - técnicas de, 247-281
 - tipos de, 243-247
 - visão geral, 280-281
- Aquisição de performance, 11-12
- Aquisição, 236-238
- Autodefinição crítica, 203, 205-207
- Autodefinição, 203, 205–206-207, 212-216
- Automonitoramento
 - estrutura da sessão e, 15-16
 - estrutura e, 13-14
 - formulários para, 60-64
 - técnicas de automonitoramento cognitivo, 53, 55-59
 - técnicas de automonitoramento comportamental, 48-54
 - técnicas de automonitoramento emocional, 40-46
 - técnicas para, 40-64
 - visão geral, 11
- Autorrelato do Jovem (YSR), 33-34

Autorrevelação do terapeuta, 13-14, 240-242
 Avaliação de performance, 131-133
 Avaliação para Transtornos Emocionais
 Relacionados à Ansiedade em Crianças
 (SCARED), 21-22, 27-29
 Avaliação, 20. *Ver também* Testagem
 visão geral, 11

C

Castigo, 117-118
 Catastrofismo
 técnicas de análise racional e, 201-203, 205,
 216-219
 técnicas de reestruturação cognitiva e,
 165-168
 Checagem de humor, estrutura da sessão e,
 13-14
 Colaboração
 compartilhar os resultados dos testes e, 23-25
 exposição e, 238-240
 metáforas e, 192-193
 monitoramento continuado e, 24-25
 psicoeducação e, 65-66
 visão geral, 13-14, 240-242, 283
 Comportamento Disruptivo para Jovens de Beck
 (BDBI-Y), 34-35
 Comportamento externalizador, 21-23,
 100-101
 Conceituação do caso, 10, 12-14, 17-19, 21-22
 Consequências, 113-114. *Ver também* Reforço
 Construção de hierarquias
 dessensibilização sistemática e, 96-99
 técnicas de exposição e aprendizado
 experimental e, 270-276
 Construções familiares, 246-247
 Conteúdo da psicoterapia, 13-16
 Contexto cultural, 12, 283-284
 Controle do impulso, 164-166, 267-270
 Controle, 249-254. *Ver também* Análise racional
 Cooperação, 252-254
Coping Cat, 41-42, 53, 55, 129-131
Coping Koala, 41-42, 53, 55, 129-131
 Custo de resposta, 118-119

D

Dados etnoculturais, 13, 283-284
 Depressão
 fala interna e, 130-131
 pensamentos automáticos e, 37-39
 técnicas de exposição e aprendizado experi-
 mental para, 253-256
 testagem e, 25-27, 29
 Desamparo aprendido, 138-141
 Descatastrofização, 190-191, 201-203, 205
 Desenvolvimento profissional, 284-286

Dessensibilização Sistemática, 96-99, 108-109,
 120-121, 126-127
 Diários do pensamento
 raiva e, 158-161
 técnicas de reestruturação cognitiva e,
 138-143, 148-151, 158-161
 visão geral, 53, 55-59
 Distorções cognitivas, 80-85. *Ver também*
 Reestruturação cognitiva
 DSM-IV, SNAP-IV e, 34-35

E

Educação afetiva, 73, 75-81. *Ver também*
 Psicoeducação
 técnicas para
 Técnica do Vulcão, 79-80
 Técnica Nomeando o Inimigo, 79-81
 Egocentrismo, 267-270
 Encaminhamentos para medicação,
 monitoramento continuado e, 24-25
 Encorajamento, 131-133
 Ensaio comportamental, 244-246
 Entrevista Diagnóstica de Autismo (ADI), 35-37
 Entrevista motivacional, 146-148, 150
 Entrevistas clínicas, 21-23
 Escala Avaliação de Recusa Escolar (SRAS), 28-30
 Escala de Ansiedade Infantil de Spence (SCAS),
 28-30
 Escala de Ansiedade para Jovens de Beck
 (BYAS), 27-29
 Escala de Ansiedade Social para Crianças –
 Revisada (SASC-R), 28-30
 Escala de Avaliação Comportamental para
 Crianças – 2 (BASC-10), 31-34
 Escala de Classificação de Autismo Infantil
 (CARS), 34-37
 Escala de Classificação de Comportamento
 Disruptivo (DBDRS), 31-32, 34-35
 Escala de Comportamento Repetitivo – Revisada,
 35-37
 Escala de Depressão de Jovens de Beck (BYDS),
 25-27, 29
 Escala de Desesperança de Beck (BHS), 21-22,
 26-27, 29
 Escala de Desesperança para Crianças (HSC),
 21-22, 26-27, 29
 Escala de Pensamentos Automáticos para
 Crianças (CATS), 38-40
 Escala de Raiva e Inventário de Provocação
 Novaco (NAS-PI), 30-31
 Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de
 Yale-Brown (YBOCS), 29-30
 Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de
 Yale-Brown para Crianças (CYBOCS),
 29-30

Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC), 21-22, 27, 29

Escala Revisada de Ansiedade Manifesta em Crianças (RCMAS), 28-29

Escalas Achenbach (ASCBA), 31-34

Escalas de Classificação para Pais de Connors (CPRS), 21-22

Escalas de Classificação para Pais e Professores de Connors – Revisada (CRS-R), 31-34

Escalas de Classificação para Professores de Connors (CTRS), 21-22

Escrever, como exposição, 247

Esquemas, testagem e, 38-41

Estabelecimento da agenda, 15-16

Estimulação, 126-128

Exame de Transtornos Alimentares (EDE), 35-37

Examinando as vantagens e desvantagens, 190-191

Exercício do Tíquete para Voar, 242-243

Experimentos comportamentais. *Ver também*

Intervenções comportamentais

estrutura da sessão e, 15-16

formulários para, 282

metáforas e, 192-193

técnicas de reestruturação cognitiva e, 174-176

técnicas para, 247-281

tipos de, 243-247

visão geral, 236-238, 280-281

Experimentos de pesquisa, 244-245, 253-256

Experimentos, comportamental. *ver*

Experimentos comportamentais

Exposição

estrutura e, 13-16

formulários para, 282

procedimento de, 241-242

técnicas de reestruturação cognitiva e, 174-176

técnicas para, 247-281

Jogo no Alvo, 248-250

Técnica Compartilhando a Falha Persa, 248, 264-266

Técnica Contaminantes Musicais, 248, 263-265

Técnica Contando com Você, 248, 267-270

Técnica da Armadilha Chinesa para Dedos, 248, 251-253

Técnica da Batalha Naval, 248, 274-275

Técnica da Caçada ao Germe, 248, 261-263

Técnica da Foto Perfeita, 248, 257-259

Técnica da História de Uma Só Palavra, 248, 252-254

Técnica da Impressão dos Erros da Palma da Mão, 248, 266-268

Técnica da Leitura Permitida, 248, 276-277

Técnica das Refeições Familiares, 248, 256-258

Técnica do Círculo da Crítica, 248-249

Técnica do Cutucão, 248-250

Técnica dos Macacos Salteadores, 248, 249-251

Técnica João e Maria, 248, 275-276

Técnica Peça de Museu, 248, 276-282

Técnica Vamos às Compras, 248, 275-277

tipos de, 243-247

visão geral, 11, 12, 236-238, 238-243, 280-281

F

Fatores de desenvolvimento, 12-13, 192-193

FEAR, sigla (Sentir-se Apavorado, Esperar que Coisas Ruins Vão Acontecer, Atitudes e Ações que Ajudam, e Resultados e Recompensas), 129-130

Feedback, 13-16

Fobias, 270-275

Formação continuada, 284-286

Formatos familiares, 17-19

Formatos grupais, 17-19

Formulário de Relatório dos Professores (TRF), 33-34

Funcionamento do cérebro, cognições quentes e, 17-18

G

Gerenciamento de contingências

contratação, 111, 113-119

Técnica do Quebra-Cabeças, 113-116, 121-122

psicoeducação sobre, 127-128

reversão do hábito e, 109-110

técnicas de análise racional e, 218-221

técnicas de reestruturação cognitiva e, 168-171, 173

visão geral, 111, 113-114, 121-122

H

Habilidades comportamentais de tolerância à perturbação, 111, 113

Habilidades de *coping*, 135-138

Habilidades de tolerância à perturbação

reestruturação cognitiva e, 131-133

técnicas de reestruturação cognitiva e, 171, 173-176

visão geral, 111, 113

Habituação, exposição e, 241-242

Hierarquias comportamentais, 48-53, 55

Histórias na análise racional, 190-199

I

Ideação suicida, avaliação inicial e, 23-24

Informações contextuais, 21-22

Instrumento de Classificação Clínica de Transtornos Alimentares (CEDRI), 36-37

Intervenções comportamentais. *Ver também*

- Experimentos comportamentais
- agendamento de atividades prazerosas, 105-110
- contrato de contingência, 111, 113-119
- dessensibilização sistemática, 96-99
- formulários para, 122-128
- habilidades de tolerância à perturbação, 111, 113
- modelagem, 95-97
- reversão do hábito, 109-111, 113
- técnicas de relaxamento, 89-96
- treino de habilidades sociais, 98-106
- visão geral, 11-12, 89, 118-119

Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças (CTIC), 38-40

Inventário de Autoconceito de Beck, 38-41

Inventário de Comportamento Disruptivo de Beck (BDBI), 31-35

Inventário de Comportamento Infantil de Eyberg (ECBI), 31-34

Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), 21-22, 25-27, 29

Inventário de Depressão Infantil (CDI), 21-22, 25-27, 29

Inventário de Expressão de Raiva de Estado e Traço (STAXI), 30-32

Inventário de Fobia Social e Ansiedade para Crianças (SPAI-C), 28-30

Inventário de Obsessão-Compulsão para Crianças (ChOCI), 28-31

Inventário de Raiva para Crianças (ChIA), 30-31

Inventário de Raiva para Jovens de Beck (BANI-Y), 30-32

Inventário de Transtornos Alimentares – 2 (EDI-10), 36-37

Inventário Flórida para Obsessão-Compulsão Infantil (C-FOCI), 28-29

J

Jogo do Dado do Controle, 200-202, 225

“Jogo do melhor amigo”, 130-131

Jogo No Alvo, 244-245, 248-250

Jogo “Quem Tem o Germe?”, 198-201, 225

Jogos

- análise racional e, 198-202
- como psicoeducação, 73, 75-76
- exposição e, 239-240, 244-245

Jogos de interpretação, 244-246

Jogos teatrais de improvisação, 244-246

L

Limitações, 131-132, 267-270

Livros de história, como psicoeducação, 73-75

Livros, educação afetiva e, 76, 79

M

Magníficas Sete Regras para o uso de metáforas, 192-193

Manter um diário, como forma de exposição, 247

MEDO, efeito (Amplificação Familiar de Respostas Evitadas), 259-260

Metáfora da Caverna, exposição e, 240-241

Metáfora do Ferimento, exposição e, 239-241

Metáfora do Labirinto, 193-194

Metáfora do Meio-Nelson, 193-196

Metáfora do Miado do Gato, 193-194

Metáfora do Motorista de Ônibus, 193-194, 196-199, 226

Metáfora do Sentido Aranha, 193-194

Metáforas em tratamento, 190-199, 239-241

Métodos de autoinstrução

- formulários para, 177-189
- intervenções, 131-176
- visão geral, 129-132, 177

Mídia, educação afetiva e, 76, 79

Modelagem, 95-97, 126-128, 241-242

Modelo cognitivo, 80-85

Motivação, 146-148, 150

Mudança de foco atencional, 131-133

Música, educação afetiva e, 76, 79

Mutismo seletivo, 274-275

N

Neurociências, 17-18

O

Obesidade, reestruturação cognitiva e, 131-132

P

Paciência, 283-284

Pais

- exposição e, 238-242
- formulários para, 126-128
- intervenções comportamentais e, 118-119
- psicoeducação para, 65-70, 72
- relato de problemas feitos pelos, 21-23

PANDY, 41-42, 53, 55

Parentalidade

- castigos, 117-118
- gerenciamento de contingência e, 111, 113-119
- técnicas de reestruturação cognitiva e, 140-145, 168-171, 173

Pensamento extremista, 220-225, 257-259

Pensamentos automáticos, 37-40. *Ver também*

Evitação

Performance, 236-238
 Pessimismo, 138-141, 207-210
 Preocupação, técnicas de reestruturação cognitiva e, 165-168
 Prevenindo a saciedade do estímulo, 116-118
 Problemas apresentados, 12
 Problemas com o peso, reestruturação cognitiva e, 131-132
 Problemas comportamentais, 21-23
 Procedimentos de exposição/prevenção de resposta (PPR), 258-262. *Ver também* Exposição
 Processo de *definições universais*, 190-191
 Processos psicoterapêuticos, 13-17
 Produtos cognitivos, testagem e, 37-41
 Professores, 118-119, 126-128
 Programa das Crianças Legais, fala interna e, 129-130
 Programa de Observação Diagnóstica de Autismo (ADOS), 34-37
 Programa de Treinamento do Controle da Raiva, 130-132
 Programa de Treinamento em Melhora de Controle Primário e Secundário (PASCET), 130-131
 Programa Lidando com a Depressão para Adolescentes (CWD-A), 130-131
 Programa para Lidar com a Raiva, 131-132
 Psicoeducação
 abordagem modular para a intervenção e, 10-11
 educação afetiva, 73, 75-81
 estrutura e, 13-14
 exposição e, 238-242
 formulários para, 126-128
 informações para pais, 65-70, 72
 modelo cognitivo e, 80-85
 para crianças e adolescentes, 73, 75-76
 visão geral, 11-12, 65-66, 84-85

Q

Questionário de Autoafirmação Afetiva Negativa (NASSQ), 38-40
 Questionário de Esquema para Crianças (SQC), 38-41
 Questionário de Esquemas – Forma Breve (SQ-SF), 38-41
 Questionário de Estilos Atributivos para Crianças (CASQ), 38-40
 Questionário de Ideação Suicida – Jr. (SIQ-Jr), 26-27, 29
 Questionário de Ideação Suicida (SIQ), 26-27, 29
 Questionário de Preocupações para Crianças de Penn State (PSWQC), 28-30

Questionário do Erro Cognitivo Negativo Infantil (CNCEQ), 38-40

R

Raciocínio emocional
 técnicas de análise racional e, 216-219
 técnicas de exposição e aprendizado experimental para, 255-256
 técnicas de reestruturação cognitiva e, 164-166
 Raiva
 experimentos comportamentais e, 236-237
 pensamentos automáticos e, 37-39
 técnicas de exposição e aprendizado experimental para, 247, 249-250
 técnicas de reestruturação cognitiva e, 142-145, 156-165
 testagem e, 30-32
 Reatribuição, 190-191, 201-203, 205, 218-221
 Reestruturação cognitiva
 estrutura da sessão e, 15-16
 estrutura e, 13-14
 exposição e, 241-242
 formulários para, 177-189
 intervenções 131-132
 técnicas de análise racional e, 201-203, 205
 técnicas para
 Técnica Bombásamo, 161-165, 185-187
 Técnica Classifique suas Preocupações, 165-168, 188
 Técnica Conversa Suja, 154-157, 182
 Técnica Coroa do Pensamento, 132-133, 134-136
 Técnica Corte o Nó, 168-171, 173
 Técnica da Capa de Super-Herói, 132-134
 Técnica da Mão no Coração, 132-133, 137-138, 177
 Técnica do Colar do *Coping*, 132-133, 136-138
 Técnica do Cuidado ou Controle, 132-133, 140-143
 Técnica Domando o Monstro do Impulso, 164-166
 Técnica *En Fuego*, 158-161, 184
 Técnica Esmague o Inseto, 152, 154-155, 181
 Técnica Jogue Longe, 132-133t, 135-137
 Técnica Justo ou O Que eu Quero?, 142-145
 Técnica Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos, 156-159, 183
 Técnica Limpe Seu Pensamento, 151-152, 154, 180
 Técnica Não Evite, Ouse, 174-176
 Técnica Por Enquanto ou Para Sempre?, 132-133, 138-141

Técnica Querer *Versus* Estar Disposto, 171, 173-175, 189
 Técnica Sou Eu, Não o TOC, 150-152
 Técnica Verdade ou Truque, 148, 150-151, 179
 Técnica Você Está Pronto para Algumas Mudanças?, 146-148, 150, 178
 treino de habilidades sociais, 100-101
 visão geral, 11, 12, 129-132, 177
 Reestruturação cognitiva, 100-102, 174-176
 Reforçamento positivo, 115-117. *Ver também*
 Reforço; Sistemas de recompensa
 Reforço negativo, 115-117. *Ver também*
 Consequências; Reforço
 Reforço, 109-110, 115-117, 126-128. *Ver também*
 Sistemas de recompensa
 Relacionamentos com os pares, treinamento de habilidades sociais e, 100-101
 Relato de problemas feito pela criança, 21-23
 Relaxamento muscular progressivo, 89-92, 120-121. *Ver também* Técnicas de relaxamento
 Resolução de problemas, 126, 190-191
 Reversão do hábito, 109-111, 113, 121-122
 técnica para
 Técnica De Volta!, 110-111, 113, 121-122

S

Saciedade de estímulo, prevenção, 116-118
 Sensibilidades sensoriais, 267-270
 Síndrome de Asperger, 131-132, 267-270
 Sintomas da ansiedade, 21-24
 Sintomas do humor, 21-24
 Sistemas de recompensa, 113-116, 118-119, 242-243. *Ver também* Reforço
 SKAMP, 31-32, 34-35
 SNAP-IV, 21-22, 31-32, 34-35
 Sobre as técnicas do modelo cognitivo
 Técnica dos Doze truques sujos que sua mente prega em você, 82-84, 86-87
 Técnica Encontre o Truque Sujo, 83-85, 88
 Técnica Está no Saco, 81-83
 Supervisão, 284-286

T

Tabelas comportamentais, 45-49, 61
 Tabelas Sentindo Rostos, 41-42
 Tarefas comportamentais, estrutura e, 13-14
 Técnica Acompanhando Meus Pontos, 47-50
 Técnica Arquivando Meus Medos, 49-50, 53, 63
 Técnica Bombálsamo, 161-165, 185-186
 Técnica Brincando de Meio de Campo, 220-223, 225, 235
 Técnica Círculo da Crítica, 248-249
 Técnica Classifique Suas Preocupações, 165-168, 188

Técnica Compartilhando a Falha Persa, 248, 264-266
 Técnica Contaminantes Musicais, 248, 263-265
 Técnica Contando com Você, 248, 267-270
 Técnica Conversa Suja, 154-157, 182
 Técnica Coroa do Pensamento, 132-136
 Técnica Corte o Nó, 168-171, 173
 Técnica da Armadilha Chinesa para Dedos, 248, 251-253
 Técnica da Bússola dos Sentimentos, 44-47, 120-121
 Técnica da Caçada ao Germe, 248, 261-263
 Técnica da Capa de Super-Herói, 132-134
 Técnica da Falsa Matemática, 218-221, 225
 Técnica da Foto Perfeita, 248, 257-259
 Técnica da Impressão dos Erros da Palma da Mão, 248, 266-268
 Técnica da Senha, 104-106, 121-122
 Técnica das Refeições Familiares, 248, 256-258
 Técnica de Kits de Acalmar, 90-95
 Técnica de relaxamento com Cartões Simbólicos, 90-96, 120-121
 Técnica de Simulação de Mensagens Instantâneas, 101-104, 121-123
 Técnica De Volta!, 110-111, 113, 121-122
 Técnica do Batalha Naval, 248, 274-275
 Técnica do Colar do *Coping*, 132-133, 136-138
 Técnica do Conde Dreadula Diz, 207-210, 225, 230-231
 Técnica do Cuidado ou Controle, 132-133, 140-143
 Técnica do Cutucão, 248-250
 Técnica do *Etch A Sketch*, 103-105, 121-122
 Técnica do Explorador de Pensamentos, 203, 205-207, 225, 229
 Técnica do Pêndulo de Newton, 223-225
 Técnica do Pensamento 3-D, 216-219, 225, 234
 Técnica do Quebra-Cabeças, 113-116, 118, 121-122
 Técnica do Saco de Atividades para agendamento de atividades, 107-108, 121-122
 Técnica do Vulcão, 79-80
 Técnica Domando o Monstro do Impulso, 164-166, 187
 Técnica dos Doze truques sujos que sua mente prega em você, 82-84, 86-87
 Técnica dos Kits de Sobrevivência, 90-93
 Técnica dos Macacos Salteadores, 248-251
 Técnica *En Fuego*, 158-161, 184
 Técnica Encontre o Truque Sujo, 83-85, 88, 151-152
 Técnica Esmague o Inseto, 152, 154-155, 181
 Técnica Espelhe, Espelho, 212-216, 225, 233
 Técnica Está no Saco, 81-83
 Técnica Fazer um Livro, 100-102, 121-122

- Técnica João e Maria, 248, 275-276
 Técnica Jogo de Previsões, 107-110, 121-122, 125
 Técnica Jogue Longe, 132-133, 135-137
 Técnica Justo ou o que eu Quero?, 142-145
 Técnica Lances Quentes, Pensamentos Tranquilos, 156-159, 183
 Técnica Leitura Permitida, 248, 276-277
 Técnica Limpe seu Pensamento, 151-152, 154, 180
 Técnica Mão no Coração, 132-133, 137-138, 177
 Técnica Mestre do Desastre, 201-203, 205, 225, 227-228
 Técnica Meu Mundo, 58-59
 Técnica Minha *Playlist* de Atividades Prazerosas, 105-107, 121-122, 124
 Técnica Não Evite, Ouse, 174-176
 Técnica Nomeando o Inimigo, 79-81, 240-241
 Técnica O Que Está Incomodando Você?, 55-57, 63
 Técnica Observe, Alerta, Tempestade!, 43-45, 60
 Técnica Para o Alto e Além, 50, 53-55, 120-121
 Técnica Peça de Museu, 248, 276-282
 Técnica Por Enquanto ou Para Sempre?, 132-133, 138-141
 Técnica Precisão do Tempo, 210-213, 225, 232
 Técnica Querer *Versus* Estar Disposto, 171, 173-175, 189, 239-240
 Técnica Roteiros de Relaxamento, 90-92, 120-121
 Técnica Sou Eu, não o TOC, 150-152, 240-241
 Técnica Sua Tempestade de Ideias, 56-58, 64
 Técnica Vamos às Compras, 248, 275-277
 Técnica Verdade ou Truque, 148-151, 179
 Técnica Você Está Pronto para Algumas Mudanças?, 146-148, 150, 178
 Técnicas de automonitoramento cognitivo, 53, 55-59, 63, 64
 Técnica Meu Mundo, 58-59
 Técnica O Que Está Incomodando Você, 55-57, 63
 Técnica Sua Tempestade de Ideias, 56-58, 64
 Técnicas de automonitoramento comportamental, 45-53, 55, 63
 Técnica Acompanhando meus Pontos, 47-50
 Técnica Arquivando meus Medos, 49-53, 63
 Técnica Para o Alto e Além, 50, 53-55, 120-121
 Técnicas de automonitoramento emocional, 40-47, 60
 Técnica da Bússola dos Sentimentos, 44-47
 Técnica Observe, Alerta, Tempestade!, 43-45, 60
 Técnicas de exposição hierárquica e aprendizado experimental e, 270-276
 dessensibilização sistemática e, 96-99
 Técnicas de fala interna
 formulários para, 177-189
 intervenções, 131-132
 visão geral, 129-132, 177
 Técnicas de relaxamento
 psicoeducação sobre, 126-127
 Técnica de relaxamento com Cartões Simbólicos, 90-96, 120-121
 Técnica dos *Kits* de Acalmar, 90-95
 Técnica dos *Kits* de Sobrevivência, 90-92
 Técnica Roteiros de Relaxamento, 90-92, 120-121
 visão geral, 89-96, 90-95, 120-121
 Técnicas para graduar o sentimento, 41-43
 Terapeutas, conselhos para, 283-286
 Testagem
 abordagem modular à intervenção e, 10-11
 estrutura da sessão e, 15-16
 estrutura e, 13-14
 monitoramento continuado, 24-25
 na sessão inicial, 21-25
 testes de autorrelato e testes de relatos de terceiros, 25-41
 visão geral, 20
 Testando as evidências, 130-131, 190, 210-213, 244-245
 Teste de Atitude Corporal (BAT), 36-39
 Teste de Atitudes Alimentares (EAT), 36-37
 Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal (EBBIT), 36-37
 Teste de Levantamento de Medo para Crianças – Revisado (FSSC-R), 28-30
 Testes de autorrelato
 avaliação inicial e, 21-23
 visão geral, 20, 40-41
 Testes de relatos por terceiros, 25-41, 26-32, 35-39
Think Good, Feel Good (Stallard, 2010), 41-42
 Tiques, reversão do hábito e, 110-111, 113
 Transtorno de ansiedade de separação, 130-131, 137-138, 275-276
 Transtorno de ansiedade generalizada, 130-131
 Transtorno de conduta, 33-35
 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), 21-24, 34-35
 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), 130-131
 Transtorno de oposição desafiadora, 33-35
 Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)
 jogos de análise racional e, 198-201
 reestruturação cognitiva e, 130-131, 150-152
 técnica da História de uma só palavra, 248, 252-254
 técnicas de exposição e de aprendizado experimental para, 258-268
 testagem e, 29-31
 Transtornos alimentares, 35-39, 131-132, 256-259

Transtornos de comportamento disruptivo, 31-35
Transtornos invasivos do desenvolvimento
 habilidades de tolerância à perturbação, 111, 113
 técnicas de fala interna, 131-132
 técnicas de exposição e aprendizado experimental e, 267-270
 testagem e, 34-37
 treinamento de habilidades sociais, 98-99
Transtornos, psicoeducação sobre, 65-67
Treinamento de habilidades sociais
 estrutura e, 13-14
 psicoeducação sobre, 126-128
 técnicas de exposição e aprendizado experimental e, 267-270
 técnicas para
 Técnica da Senha, 104-106, 121-122

 Técnica de Simulação de Mensagens Instantâneas, 101-104, 121-123
 Técnica *Etch A Sketch*, 103-105, 121-122
 Técnica Fazer um Livro, 100-102, 121-122
 visão geral, 98-106, 121-122
Treinamento, 284-286

U

Unidades subjetivas de perturbação (SUDS), 48-49

V

Verificação do Comportamento da Criança (CBCL), 33-34