



## O ensino de técnicas psicoterápicas aplicadas à infância e adolescência

*Ana Margareth S. Bassols\**

*Olga Falceto\*\**

*David S. Bergmann\*\*\**

*Victor Mardini\*\*\*\**

*José Ovídio Waldemar\*\*\*\*\**

*Regina B. Palma\*\*\*\*\**

*Liseane C. Lyszkowski\*\*\*\*\**

*Maria Lucrecia Scherer Zavaschi\*\*\*\*\**

- \* Médica Psiquiatra pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência (AMB/ABP), Mestre em Psiquiatria (UFRGS), Psicanalista e Membro Associado (SPPA), Professora Assistente do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal (UFRGS); Coordenadora do Curso de Psicoterapia da Infância e Adolescência do CELG, Preceptora da Residência e Curso de Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência (HCPA/UFRGS), Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Psiquiatria da UFRGS, Chefe do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil.
- \*\* Médica pela UFRGS; Professora Associada da Faculdade de Medicina da UFRGS; Chefe do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS; Especialista em Psiquiatria Geral, Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Temple University e University of Pennsylvania, Estados Unidos; Mestre em Terapia Familiar pela Accademia di Psicoterapia Familiare de Roma, Itália; Doutora em Medicina: Clínica Médica, pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.
- \*\*\* Médico Psiquiatra e Pediatra (UFRGS), Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência (UFRGS), Especialista na Área de Psicoterapia pela AMB/ABP, Psiquiatra da Infância e Adolescência (UFRGS), Psiquiatra Contratado do SPIA do HCPA. Graduado pelo Instituto de Psicanálise da SPPA. Porto Alegre, RS, Brasil.
- \*\*\*\* Médico Pediatra (SBP), Psiquiatra (ABP), Psiquiatra Contratado do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA. Professor convidado do CELG. Membro Aspirante Graduado da SPPA. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Psiquiatria da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.
- \*\*\*\*\* Psiquiatra com Formação em atendimento de Adultos, Adolescentes, Famílias e Casais, pela Universidade do Estado de Nova Iorque, Ex-Presidente da Associação Brasileira de Terapia Familiar (1994-1996), Professor do Instituto da Família de Porto Alegre, Professor colaborador do Centro de Estudos Luís Guedes do Departamento de Psiquiatria da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.

\*\*\*\*\* Médica psiquiatra pela UFRGS. Médica Pediatra pela UFRGS. Especialista em psiquiatria pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria. Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Terapeuta de Família. Professora convidada do curso de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

\*\*\*\*\* Psicóloga, Pós-Graduação: Psicoterapia Cognitivo Comportamental na Infância e Adolescência – INFAPA/CTC-RS, Colaboradora do PRODAH/HCPA na área de Terapia Cognitivo-Comportamental. Porto Alegre, RS, Brasil.

\*\*\*\*\* Médica Psiquiatra pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicanalista pela sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Coordenadora da Equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência e do Ambulatório Pais e Bebês do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

**Instituição:** Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

## Resumo

O ensino da psicoterapia de orientação psicanalítica (PP) na Residência e Curso de Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS/HCPA ocorre há várias décadas, embasado principalmente no marcado perfil psicanalítico e psicodinâmico da formação psiquiátrica em nosso estado. Na década de 1980, introduziu-se a psicoterapia familiar (TF) e nos anos de 1990, a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Os autores apresentam e revisam o ensino dessas três abordagens psicoterápicas desenvolvidas com crianças, adolescentes e suas famílias neste serviço. São também utilizadas as terapias de grupo, associadas ou não a outras abordagens, adequando-as ao diagnóstico, à faixa etária dos pacientes e ao seu contexto familiar e cultural. O objetivo dessas intervenções é o de tratar crianças, adolescentes e suas famílias, auxiliando-os a superar os bloqueios ao desenvolvimento, promovendo suas capacidades e amadurecimento.

**Palavras-chave:** ensino, psicoterapia, psiquiatria, infância e adolescência, psicoterapia psicanalítica, psicoterapia familiar, terapia cognitivo-comportamental.

## Introdução

O ensino da psicoterapia de orientação psicanalítica na Residência e Curso de Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS/HCPA ocorre há várias décadas, embasado principalmente no forte perfil psicanalítico e psicodinâmico da formação psiquiátrica em nosso estado.

Na década de oitenta introduziu-se a psicoterapia familiar (TF) e em 2002 a terapia cognitivo-comportamental (TCC).

O grupo de professores considera que, para melhor tratar os problemas emocionais de crianças e adolescentes, é necessário que os psiquiatras conheçam diferentes técnicas psicoterápicas e suas aplicações, que variam de acordo com os níveis de desenvolvimento de seus pacientes e com o diagnóstico. A visão biopsicossocial favorece o processo de integração entre as modalidades terapêuticas utilizadas na arena do trabalho com crianças, adolescentes e seus familiares nos diversos programas do Serviço. Na prática, surge a necessidade de integração das diferentes abordagens. Assim, a visão psicodinâmica sobre o mundo interno da criança, inserido em uma realidade de interações vigentes em sua família com as respectivas repetições multigeracionais de crenças e comportamentos, eventualmente enseja a busca combinada de uma terapia familiar. Esta poderá, por exemplo, ser associada à TCC, de características mais focais, que já apresenta um bom corpo de resultados baseados em evidências. Realizam-se também grupos psicoterápicos de pacientes e de suas famílias utilizando-se a psicoeducação. Quando os pacientes apresentam patologias mais graves, há necessidade de indicar intervenções específicas como internação hospitalar ou CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência). Mesmo nessas modalidades de maior complexidade, busca-se a compreensão psicodinâmica subjacente ao diagnóstico descritivo que norteará a intervenção terapêutica.

Em 2002, a Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) publicou o *World Psychiatric Association Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry*<sup>1</sup>, para programas de residência em psiquiatria de todo o mundo. Pela primeira vez, a WPA define recomendações mínimas para um currículo de especialização em psiquiatria, sem, entretanto, referir-se a um currículo específico para formação em Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Em editorial da Revista Brasileira de Psiquiatria, Zanetti, Coelho e Lotufo Neto<sup>2</sup> analisam os currículos das residências em diversos países. Os autores observaram uma tendência a valorizar este conhecimento, preconizando-se o contato do residente com suas diversas modalidades, inclusive na forma de subspecialização nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido. Os autores comentam que, no Brasil, o ensino da psicoterapia encontra-se longe do ambiente universitário, concentrado em cursos livres ou ligado às sociedades específicas. Destacam que o ensino de novas formas de terapia, validadas pela literatura, restringe-se a pouquíssimas escolas do sul e sudeste<sup>2</sup>.

No presente artigo, os autores apresentam e revisam o ensino das três principais abordagens psicoterápicas utilizadas no trabalho terapêutico com crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas no programa da Residência e Curso de Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência (PIA) do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Serão abordadas e discutidas a **psicoterapia psicanalítica** ou **psicodinâmica (PP)**, a **terapia familiar (TF)** e a **terapia cognitivo-comportamental (TCC)** bem como os seus respectivos programas.

### **Psicoterapia Psicanalítica/Psicodinâmica (PP)**

A técnica psicanalítica começou a despontar com Freud a partir da constatação da existência dos fenômenos inconscientes. Em 1909, publicou a *Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco Anos – O Pequeno Hans*<sup>3</sup>. Este caso abriu o campo para a compreensão das fobias, para a interpretação da linguagem pré-verbal, a investigação da neurose infantil, a indicação, necessidade e possibilidade de tratamento psicanalítico para crianças. Entre os inúmeros trabalhos de Freud, destacam-se ainda dois, de fundamental importância para o nascimento da teoria e técnica da terapia psicanalítica de crianças: *A interpretação dos sonhos* (1900)<sup>4</sup> e *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905)<sup>5</sup>.

Alguns psicanalistas começaram, na mesma época, a tratar pacientes dessa faixa etária. As primeiras tentativas foram realizadas por Hugh-Hellmuth e Sophie Morgenstern<sup>6</sup>, mas foi através dos trabalhos pioneiros de Anna Freud e Melanie Klein que surgiram, de forma mais sistemática, as primeiras publicações de atendimento psicanalítico de crianças. Anna Freud<sup>7</sup> estudou o alcance, os limites e as dificuldades da técnica psicanalítica. Ela considerava que a situação da criança muito pequena em tratamento é diferente daquela do adulto, pois ela não teria consciência de sua enfermidade nem desejo explícito de cura bem como não se analisaria por decisão própria. Faltaria à criança pequena o instrumento terapêutico principal do adulto, as associações verbais. Anna Freud, com sua técnica essencialmente pedagógico-educativa, orientava os pais de crianças menores, reservando a técnica psicanalítica propriamente dita para o exame da situação edípica e da relação transferencial a partir do período de latência.

Por sua vez, Melanie Klein<sup>8</sup> entendia que a criança, mesmo na mais tenra idade, expressa suas fantasias, seus desejos e experiências de um modo simbólico por meio de brinquedos e jogos. O brincar traria à tona processos muito profundos, inconscientes, semelhantes aos do sonho. Sur-

ge, então, a técnica do brinquedo. Klein concluiu que a capacidade de transferência era espontânea e indicou que se deveria interpretar a transferência negativa e positiva desde o início, não tendo o analista o papel de educador. As teorias de Melanie Klein foram introduzidas na América do Sul pela psicanalista argentina Arminda Aberastury<sup>6</sup> e no Rio Grande do Sul pela psicanalista Zaira Martins, que fora supervisionada por Arminda em Buenos Aires<sup>9</sup>.

Contribuições de inúmeros autores foram decisivas para a evolução da teoria psicanalítica. Bion<sup>10</sup> acrescenta ao pensar psicanalítico a teoria dos grupos, a teoria do pensar, o aparelho para pensar pensamentos, a teoria das funções e o conceito de transformações; não trabalhou diretamente com crianças, mas seu pensamento influenciou o trabalho de, entre outros, o psicanalista italiano Antonino Ferro. Este introduziu um olhar diferente para os fenômenos que ocorrem na sala de análise<sup>11</sup>, baseado nos ensinamentos de Bion e nas ideias de campo do casal Baranger. Ferro destaca a importância de capacitar a comunicação do paciente, que surge na forma de um recado manifesto e necessita ser metabolizada pela mente do analista sem precipitar interpretações. Ele identifica ainda que o analista pode contribuir para uma mudança de vértice na visão do paciente a partir da comunicação de sua experiência emocional vivida na sessão. Em artigo recente, Ferro e Molinari<sup>12</sup> mostram que “a brincadeira compartilhada com o analista, mais do que a interpretação verbal, é capaz de ajudar a criança a desenvolver seu processo criativo” para que “possa manifestar-se através de uma representação consciente-inconsciente, que fica implícita nos personagens da brincadeira ou no desenho” (p.295).

Outro autor de fundamental importância para o desenvolvimento da técnica psicanalítica de crianças foi Winnicott<sup>13</sup>. Ele ressalta a importância da relação mãe-bebê, os cuidados da “mãe suficientemente boa” com seu bebê se tornando parte importante de suas considerações sobre o setting analítico. Além disso, introduziu o conceito de *holding*, que acentua a importância do ambiente físico, e principalmente emocional, de acolhimento às necessidades do bebê por parte da mãe. Para ele, se o terapeuta oferece à criança um ambiente que simbolicamente e concretamente contenha aspectos da relação mãe-bebê, há uma possibilidade de reparação da falha precoce provocada pelo ambiente.

A história da psiquiatria está pontuada pela publicação de obras paradigmáticas, que alteraram profundamente e concentraram o conhecimento sobre cada uma das principais condições clínicas em saúde mental. Em seu livro *Transtornos da Personalidade em Crianças e Adolescentes*, Paulina Kernberg<sup>14</sup> oferece o mais completo e revelador estudo sobre transtornos de personalidade na infância, resultado de ampla pesquisa siste-

mática e da combinação de descobertas recentes da literatura com sua experiência clínica. Foi ela quem descreveu e pesquisou os primeiros sinais de transtornos de personalidade no desenvolvimento da criança/adolescente. Kancyper<sup>15</sup> enfatiza a fundamental importância do complexo fraterno para a estruturação da vida psíquica individual e social do sujeito. Esse autor considera existir uma tendência de ver no complexo fraterno um mero deslocamento do edípico, como se fosse um caminho linear de ida, um desenvolvimento programado dos investimentos objetivos nas figuras parentais para substituí-las por outras: irmãos, primos e amigos, que favoreceriam gradual e progressivamente o acesso à exogamia. O complexo fraterno, entretanto, apresenta uma especificidade irreduzível que se articula com a dinâmica narcisista e edípica, mas independe de seus eventuais deslocamentos nas relações entre os irmãos. Kancyper acrescenta ainda que os ressentimentos e os remorsos que surgem a partir da dinâmica vincular entre os irmãos podem assumir uma importância significativa, determinando, inclusive, o destino de suas vidas e das vidas de seus descendentes.

### **História da psicoterapia psicanalítica de crianças e adolescentes no Departamento de Psiquiatria**

As origens da aproximação entre a psiquiatria e a psicanálise em solo gaúcho situam-se nas primeiras décadas do século XX<sup>9</sup>. Mas foi só a partir do final da década de 1940 e início dos anos de 1950 com o regresso de eminentes psicanalistas que fizeram sua formação na Argentina – Mário Martins, Zaira Martins, José Lemmert e Cyro Martins – que esses pioneiros passaram a atuar profissionalmente como psicanalistas, originando-se, então, o núcleo da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre. Foi organizado pela Faculdade de Medicina da UFRGS, no Hospital São Pedro, um curso de especialização em psiquiatria de orientação psicanalítica, coordenado pelos professores Paulo Guedes e David Zimmermann. Com a inauguração da Unidade Infantil do Centro Psiquiátrico Melanie Klein, na década de 1960, os alunos do Curso de Especialização puderam entrar em contato com a psiquiatria infantil.

Foram pioneiras do atendimento psiquiátrico a essa faixa etária as doutoras Emília Messias, Rute Stein Maltz, Maria Hermínia Lapolli e Aida Zimmermann. Participavam também do ensino as psicanalistas Marlene Araújo e Nara Caron<sup>9</sup>. A formação dessas professoras foi fortemente influenciada de Zaira Martins, que por sua vez fora supervisionada por Arminda Aberastury.

Na década de 1980, com a transferência do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS para o HCPA, o ensino da psi-

quiatria infantil passou a ocorrer neste, junto com as demais atividades do Curso de Especialização em Psiquiatria. Na época, o ensino da psicoterapia da infância e adolescência manteve-se através das atividades ambulatoriais, sob a coordenação da professora Maria Lucrecia Scherer Zavaschi. Também foram ministrados seminários teóricos e oferecida supervisão prática por professores voluntários, associados ao Centro de Estudos Luis Guedes (CELG).

O trabalho psicoterápico foi influenciado pela escola psicanalítica tradicional freudiana, e pela escola kleiniana e pela psicologia do ego, incluindo autores que trabalhavam no Mount Sinai Hospital (City University of New York), onde a professora Maria Lucrecia fez sua formação em psiquiatria da infância e adolescência. Desta forma, o ensino e a formação realizam-se baseados em uma série de autores psicanalíticos como Peter Blos, Mortimer Blumenthal, Elenor Galenson, Eduard Joseph, Margareth Mahler, James Anthony e Paulina Kernberg. Atualmente trabalha-se com a noção de “campo analítico”, do casal Baranger, influentes também para autores como Kancyper, Ferro e Bolognini, que seguem uma inspiração para os autores deste artigo nos dias atuais.

A missão de ensino desta universidade (UFRGS), aliada à postura aberta aos novos conhecimentos do corpo de professores, norteia o trabalho de formação de novas gerações de psiquiatras e psicoterapeutas da infância e adolescência. No início dos anos de 1990 foi criado o Curso de Extensão em Psicoterapia da Infância e Adolescência do CELG, tendo formado 75 psicoterapeutas. Em 1994 iniciou-se o Curso de Especialização em PIA pela UFRGS, com duração de dois anos e em 1995 teve início a Residência Médica em PIA, a segunda residência do país. O esforço deste departamento e serviço entregou à sociedade brasileira um total de 153 profissionais até a presente data. Inúmeros colegas que realizaram sua formação no SPIA estão desenvolvendo suas atividades e multiplicando seus conhecimentos em outros locais e universidades.

### **Psicoterapia psicanalítica – aspectos teóricos e técnicos**

A PP na infância e adolescência responde às necessidades crescentes de cuidados à população nessa etapa da vida. Sua aplicação pressupõe minucioso treinamento teórico e técnico<sup>16,17</sup>. Na formação do psiquiatra infantil o processo de ensino-aprendizagem assenta-se sobre os pressupostos<sup>18</sup> de ênfase na experiência individual e na compreensão de si mesmo, importância do inconsciente, fenômeno da resistência, determinismo psíquico, foco na transferência, objetivos terapêuticos amplos que favoreçam o crescimento psicológico do paciente e não somente a ação sobre os sintomas.

O processo psicoterápico ambulatorial inicia-se a partir de uma entrevista de triagem que vai orientar a melhor indicação para o caso a partir de uma hipótese diagnóstica clínica e dinâmica. O paciente então é encaminhado a um dos residentes/cursistas<sup>a</sup>, que irá tratá-lo. A avaliação do caso pelo terapeuta irá aprofundar o conhecimento sobre a situação do paciente e de sua família. Após as entrevistas iniciais de avaliação, sendo indicada psicoterapia de orientação psicanalítica (PP), será feito um contrato com o paciente e seus pais.

O processo psicoterápico vai se desenrolando e os conceitos teóricos apreendidos são utilizados na relação que se estabelece com a criança ou adolescente. Nas fases iniciais, o estabelecimento de um vínculo de confiança entre o paciente e o terapeuta é o foco da intervenção. A compreensão do conflito do paciente, de acordo com sua idade ou fase do desenvolvimento, pode ser interpretada. Detalhes do processo psicoterápico com crianças estão descritos em outras publicações dos autores<sup>16,17</sup>.

### **Metodologia de ensino da psicoterapia psicodinâmica**

O ensino da psicoterapia psicodinâmica inclui aspectos teóricos desenvolvidos no programa de seminários sobre Desenvolvimento Normal e Psicoterapia e nas supervisões dos casos ambulatoriais. Trata-se de um processo de ensino-aprendizado de natureza cognitivo-afetiva<sup>19</sup> com o objetivo de auxiliar o supervisionando a estabelecer as bases para a aquisição da identidade de psicoterapeuta, através de uma aliança que envolve confiança, cuidado e ética. Os autores consideram o tripé da formação – seminários teóricos, supervisão e tratamento pessoal – fundamental para a formação dos novos profissionais da área.

## **Terapia Familiar (TF)**

### **Metodologia de ensino**

Durante os dois anos de formação em psiquiatria da infância e adolescência, os alunos participam de seminários teórico-clínicos, com supervisão semanal em pequenos grupos e ênfase no atendimento de famílias juntamente com os supervisores. Cada aluno atende ao menos uma família. Inicialmente é importante familiarizar os alunos com a visão sistêmica para que possam pensar nos problemas humanos como de natureza interacional e para que a família seja tratada como uma unidade, reco-

---

<sup>a</sup> Cursistas: alunos do curso de especialização.



nhecendo-se que os sintomas emocionais frequentemente estão associados aos conflitos familiares.

O contato inicial com famílias desperta sentimentos de paralisia e ansiedade no terapeuta iniciante, junto com o receio de ser engolfado por um sistema de interações complexas. Por isso, a primeira tarefa do supervisor é ajudar o aluno a sentir-se confortável com uma família. Depois descobrirá que seu conforto o libera para criar um clima de cooperação e “cocriação” de alternativas com a família.

### **História e referencial teórico**

O movimento da terapia familiar iniciou nos Estados Unidos na metade do século passado, influenciado pelas ciências sociais. A família passou a ser vista como um sistema vivo em movimento, um todo orgânico, enraizado no seu contexto cultural e social. O progresso da cibernética também contribuiu para o desenvolvimento da terapia familiar introduzindo a noção de sistemas complexos, mecanismos de retroalimentação e da influência do observador no campo observado<sup>20</sup>. Naquela época iniciava-se também o movimento feminista em escala mundial, chamando a atenção sobre o funcionamento familiar e gerando profundas modificações na família e sociedade.

Os estudos com famílias de esquizofrênicos<sup>21</sup> buscando um modelo interacional das doenças psiquiátricas (teoria do duplo vínculo) marcaram definitivamente o início do movimento da terapia familiar nos anos de 1950. Mais tarde, vieram os estudos de Ackerman, mostrando a influência das relações familiares nos sintomas psiquiátricos de seus pacientes<sup>22</sup>. Historicamente, já em 1983 Rutter<sup>23</sup> assinalava que o número de crianças e adolescentes com problemas de conduta era muito maior no grupo em que os pais apresentavam distúrbio psiquiátrico e um alto grau de conflito e tensão. Os sintomas surgiam nos filhos envolvidos mais diretamente no conflito conjugal, aos quais chamamos “triangulados”. Já os irmãos que não se envolviam tanto nos conflitos dos pais, ficavam “protegidos” dos sintomas<sup>24,25</sup>. A clínica com crianças portadoras de graves patologias psiquiátricas demonstra que muitas vezes trabalhar as interações disfuncionais na família só é possível após a melhora sintomática da criança, o que traz um imediato alívio para toda a família, mas ainda assim não resolve os problemas interacionais que agravam o quadro.

### **História da Terapia Familiar na Residência/Curso**

Os primeiros supervisores de TF do programa foram os professores Olga Falceto e José Ovídio Waldemar, que completaram sua formação pro-

fissional nos Estados Unidos na década de 1970, quando o movimento de terapia familiar estava desabrochando. Como psiquiatras da infância e adolescência trouxeram a visão sistêmica, integrando a contribuição biológica e a psicodinâmica, o que possibilitou, no retorno ao Brasil no início da década de 1980, a inserção harmoniosa da terapia familiar no contexto acadêmico, evitando polarizações que ocorreram em outros centros formadores. Já em trabalho publicado anteriormente Waldemar e Falceto<sup>26</sup> escreveram:

Pensamos, como Liddle, que as teorias da terapia são por sua própria natureza uma visão parcial da realidade... por outro lado, o ecletismo sistemático isto é, a combinação disciplinada de teorias e técnicas de escolas diferentes mas compatíveis não é algo simples, ao contrário, é uma tarefa árdua e complexa que só recentemente começou.

O pensamento sistêmico inclui fatores etiológicos e o conceito de vulnerabilidade biológica. Um estudo clássico finlandês<sup>27</sup> com crianças adotadas filhas de pais esquizofrênicos na década de 1970 concluiu que não é o alto risco genético nem a disfuncionalidade do ambiente familiar que causam a doença mental. Os autores dizem que “o risco genético e o ambiente familiar tem um efeito interativo em promover o aparecimento da doença ou então em proteger contra o aparecimento do distúrbio psiquiátrico”<sup>25</sup>. Este conceito reforça o papel desempenhado pelos sistemas familiares na origem de sintomas e ao mesmo tempo como recurso terapêutico.

### **Avaliação e abordagem dos casos: critérios de indicação e aspectos técnicos**

Chama-se visão sistêmica o valioso instrumento teórico e técnico para compreender a complexa interação dos fatores genéticos, orgânicos, intrapsíquicos, interacionais, transgeracionais, culturais e sociais, que nos permite elaborar em cada caso um plano de atendimento específico conforme o diagnóstico<sup>28</sup>, as necessidades e possibilidades do paciente, do profissional, e da família. Torna-se necessário avaliar em cada caso a influencia destes fatores em cada um dos membros da família naquele momento do ciclo vital.

Em PIA sempre é indicado avaliar a rede social do paciente, pois o indivíduo é sempre mais complexo que parece de início. A inclusão da família e da rede social no tratamento favorece o surgimento de “coterautas”, melhorando o prognóstico. Todos os adultos responsáveis devem

apoiar a terapia, mas não necessariamente precisarão participar de todas as sessões. Em cada etapa do processo terapêutico, decide-se quem é fundamental nas sessões para que os impasses terapêuticos resolvam-se. Em geral, quando não há progresso na terapia, aconselha-se a ampliar o sistema, trazendo mais familiares ou recursos da rede social, ou, se necessário, encaminha-se parte da família para outro terapeuta com quem se trabalha de forma integrada.

Existem várias escolas de TF. A escola cognitivo-comportamental desenvolve protocolos que podem ser úteis como guia, como o Treinamento de Pais, que na realidade é muito semelhante à psicoeducação de pais<sup>29</sup>. Minuchin orienta que o mapa representa, mas não constitui o território<sup>30</sup>. Os métodos psicoeducacionais constituem-se rotineiramente na primeira abordagem não só em quadros clínicos recentes e leves, mas também em esquizofrenia na adolescência.

Quando há triangulações rígidas, mas nenhuma psicopatologia, trabalha-se estruturalmente, utilizando as bases da Terapia Familiar Estrutural<sup>30</sup>. Quando há psicopatologia estabelecida, seja da criança ou dos pais, é necessário integrar mais recursos: abordagem transgeracional<sup>31</sup>, psicofármacos para um ou vários membros da família, psicoterapia individual e terapia de grupo. Essa abordagem integrada, baseada no sistema familiar, é utilizada no Programa de Transtornos Alimentares do HCPA, acrescida de trabalho corporal (yoga ou outro) com as pacientes<sup>32</sup>.

Cada família desperta diferentes ressonâncias no terapeuta exigindo respostas às vezes idiossincráticas para aquela família em particular<sup>33</sup>. Na maioria das vezes as terapias com a família incluem um trabalho mais focal e breve, que dura em torno de seis meses ou, nos casos mais graves, entre um e dois anos. Após uma primeira etapa de trabalho com a família, pode-se verificar a necessidade e motivação para o tratamento de um subsistema familiar, seja o casal<sup>34</sup> ou um dos indivíduos.

A linguagem do encontro terapêutico<sup>35</sup> varia com o estilo e/ou nível cultural da família e a organização das sessões se modifica com o momento evolutivo de seus membros. Quando há crianças, usa-se muito o brinco para ajudar os pais a decodificar a simbologia da mensagem, mas também para reencontrar o prazer do jogo em si. Quando há adolescentes, é fundamental criar-se um espaço terapêutico para favorecer sua individualização. É necessária uma abordagem em múltiplos níveis diante de problemas de conduta e abuso de drogas, com a família nuclear, com a família de origem, com a escola e inclusive com outras instituições, em especial a Justiça – tratamento multissistêmico<sup>36</sup>.

## Terapia Comportamental-Cognitiva

### Referencial teórico

A TCC é uma abordagem de tratamento que visa reduzir o sofrimento psicológico com a modificação dos comportamentos desajustados e dos processos cognitivos disfuncionais<sup>37</sup> baseando-se no pressuposto de que os afetos e os comportamentos são resultados de cognições. Desta forma, as intervenções cognitivas e comportamentais promovem mudanças no pensamento, sentimento e comportamento. Fundamenta-se nos elementos essenciais tanto das teorias cognitivas como comportamentais. Trata-se de uma intervenção promissora e efetiva no tratamento de vários problemas psicológicos de crianças e adolescentes como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo, fobia social e fobia específica, entre outros. É eficaz também contra o transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo compulsivo<sup>38</sup>.

Alguns teóricos contribuíram de forma especial para o desenvolvimento da TCC. Pavlov foi um dos pioneiros com a teoria do condicionamento clássico. Para ele, respostas de ocorrência natural podiam ser associadas com estímulos específicos provocando respostas condicionadas. Por exemplo, o medo pode se tornar condicionado a eventos e situações específicos<sup>38</sup>. Wolpe estendeu o condicionamento clássico para o comportamento humano, desenvolvendo a técnica de dessensibilização sistemática através da combinação de estímulos indutores de medo com um segundo estímulo (relaxamento) que produziria uma resposta contrária inibindo, assim, gradualmente a resposta inicial de medo<sup>38</sup>.

A segunda grande influência comportamental veio de Skinner, que destacou as influências ambientais no comportamento. Sua teoria do condicionamento operante observa a relação entre os antecedentes (desencadeantes), as consequências (reforço) e o comportamento. Um comportamento adaptado aumentaria de frequência se fosse seguido de consequências positivas ou não for seguido de consequências negativas, assim o comportamento desejado seria reforçado<sup>38</sup>.

Albert Bandura, por sua vez, desenvolveu a teoria da aprendizagem social, destacando o papel mediador dos processos cognitivos. A importância do ambiente é reconhecida e destaca-se o papel mediador das cognições que intervêm no estímulo e na resposta. A aprendizagem de novos padrões comportamentais poderia ocorrer pela observação de outra pessoa constituindo um modelo de autocontrole, auto-observação, autoavaliação e autorreforço<sup>38</sup>. Meichenbaum introduziu o conceito de autoinstrução, segundo a qual o comportamento poderia ser modificado

pela substituição de pensamentos através da alteração do diálogo interior. Técnicas de autocontrole mais apropriadas poderiam ser consequências de mudanças nas autoinstruções<sup>38</sup>.

Na terapia cognitiva propriamente dita, Albert Ellis desenvolveu a ideia de que as emoções e os comportamentos surgem a partir da maneira como os eventos de vida são construídos e interpretados. Assim, as situações ativadoras (A) são interpretadas em relação às crenças centrais e pensamentos automáticos (B) resultando em consequências (C) que podem ser emocionais, comportamentais ou fisiológicas<sup>38</sup>. Em 1979, Aaron Beck desenvolveu conceitos fundamentais à TCC ao publicar *Cognitive Therapy of Depression*. Seu modelo baseia-se na ideia de que os pensamentos disfuncionais sobre o self, o mundo e o futuro resultam em distorções cognitivas que afetam negativamente o comportamento e as emoções<sup>38</sup>. Na TCC, a psicopatologia se originaria de anormalidades do processamento cognitivo, expressos pelas distorções ou déficits cognitivos.

Crianças e adolescentes com sintomas internalizantes (ansiedade e depressão) apresentariam distorções cognitivas. As intervenções neste grupo teriam como objetivo aumentar a consciência sobre as cognições e o efeito destas no comportamento e nas emoções, no desenvolvimento do automonitoramento, na autoavaliação, no autorreforço, assim como na reestruturação cognitiva. Por outro lado, crianças e adolescentes que apresentam sintomas externalizantes (TDAH, TOD, TC) têm déficits nos processos cognitivos identificados por falhas na capacidade de planejamento, na solução de problemas e autocontrole. As intervenções neste grupo teriam como objetivo ensinar novas capacidades cognitivas e comportamentais.

O objetivo principal da TCC com crianças e adolescentes é entender como interpretam cognitivamente os eventos e experiências e quais padrões comportamentais tornam-se repetitivos ao longo da sua história.

### **O ensino da TCC no HCPA**

A TCC passou a ser ensinada no HCPA em 2002 com a elaboração e publicação do Manual de TCC para o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)<sup>39</sup>. Desde 2003, realizam-se atendimentos em grupos para crianças, adolescentes e pais no CAPSi. Ainda em 2005, a psicóloga colaboradora do Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade (PRODAH), Liseane C. Lyszkowski e outras três psicólogas receberam treinamento da WPA para a utilização de dois manuais de intervenção comportamental com crianças: o manual de internalização e o manual de externalização<sup>40</sup>. Atualmente, os atendimentos são baseados numa associação de técnicas

dos manuais citados, de acordo com a patologia apresentada. Em 2005, iniciaram-se os seminários e supervisões para os residentes de psiquiatria da infância e adolescência, que, desde então, levam uma hora semanal. Nos seminários são realizadas discussões sobre os textos teóricos de TCC para crianças e adolescentes, e nas supervisões os residentes apresentam e acompanham um caso clínico atendido com esta modalidade.

### **Técnica da TCC**

A TCC visa identificar e modificar pensamentos disfuncionais para alterar emoções e comportamentos que estes provocam, bem como identificar padrões de comportamentos que na relação criança/adolescente e cuidadores possam ser alterados. O método é baseado em um *modelo colaborativo*, onde o paciente tem papel ativo na identificação de seus objetivos e no monitoramento de seu desempenho (feedback). O terapeuta estimula a colaboração do paciente, possibilitando que entenda melhor seus problemas e buscando sua resolução.

A *descoberta guiada* e o *questionamento sócrático* também fazem parte da metodologia. Essas técnicas buscam levar o paciente a descobrir soluções para seus problemas e desenvolver um plano para lidar com suas dificuldades. O questionamento sócrático é sistemático, estimula o exame e avaliação de diversas fontes de informação e visa desenvolver uma avaliação independente e racional dos problemas e das soluções<sup>41</sup>. A *testagem de hipóteses* é característica fundamental da TCC. O paciente é estimulado a formular, testar, desafiar e questionar seus pensamentos, na busca de interpretações mais realistas do evento.

Outras características são a duração limitada (em torno de 16 a 20 sessões), objetividade (foco), estruturação (a sessão tem início, meio e fim) e o uso de experimentos e tarefas diárias. A estrutura da sessão inclui revisão do humor ou do comportamento alvo, revisão da última sessão e da tarefa, agenda dos itens a serem abordados na sessão, combinação da nova tarefa e feedback.

A psicoeducação do transtorno e do modelo cognitivo é realizada no início do tratamento. Técnicas como automonitoramento e autoavaliação fazem parte do processo terapêutico. Técnicas como sistema de recompensas, resolução de problemas, controle da raiva, planejamento do tempo e autoinstrução são mais utilizadas para problemas de comportamento. Já as técnicas como reestruturação cognitiva, respiração abdominal, relaxamento muscular progressivo, dessensibilização sistemática, exposição gradual são utilizadas em pacientes com problemas emocionais como ansiedade e depressão<sup>42</sup>.

O atendimento sistemático aos pais (treinamento de pais (TP)) constitui elemento diferencial a esta modalidade terapêutica. O TP tem sido utilizado em vários problemas infantis (obesidade, enurese e TDAH). Fundamenta-se em princípios da aprendizagem social, sendo realizado com os pais e algumas sessões com a criança/adolescente. O conteúdo destes programas inclui técnicas como dar atenção, hora especial da brincadeira, observar o bom comportamento, reforço positivo, ignorar comportamentos, *time-out*, punição e ordens eficientes. Utilizando a instrução, a modelação e a representação de papéis o TP visa ensinar aos pais ou cuidadores novas maneiras de lidar com o comportamento-problema<sup>43</sup>.

A TCC é indicada na maioria dos transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, sem contraindicações absolutas. Na avaliação pode-se contraindicar o uso de alguma técnica ou o momento para esta intervenção<sup>42</sup>. Os tratamentos com TCC com crianças e adolescentes são planejados para 16 ou 20 sessões semanais<sup>40</sup>.

A terapia deve adaptar-se às características da criança e sua família, podendo ser flexibilizada. Crianças menores se beneficiam mais de técnicas comportamentais ou técnicas cognitivas simples como autoinstrução, enquanto adolescentes podem se beneficiar de técnicas cognitivas mais sofisticadas exigindo análises racionais. Variáveis como idade, linguagem e capacidade de raciocínio, entre outras, devem ser consideradas para o planejamento dos materiais<sup>41</sup>.

## **Atividades comuns aos alunos do 1º e 2º ano**

### **Ambulatório de psicoterapia**

Ao longo do 1º e 2º anos da Residência e Curso de Especialização em PIA, os alunos atendem sistematicamente quatro ou mais pacientes por ano em sessões individuais de 40 minutos. As supervisões são realizadas semanalmente. A cada seis meses ocorrem trocas de supervisor, possibilitando novos contatos e aprendizagem. Estimula-se o atendimento de pelo menos um paciente duas vezes por semana a critério do supervisor e dos recursos do paciente. Solicita-se aos alunos a realização de um estudo de caso de cada paciente ao longo do período de supervisão. São exigidas entrevistas dialogadas aos alunos, em todas as supervisões, visando analisar os movimentos emocionais do paciente e do terapeuta ao longo da sessão. Os casos são discutidos desde a sua avaliação, processo diagnóstico e terapêutico até a alta ou interrupção. O referencial teórico é predominantemente psicodinâmico, enfatizando-se conceitos como inconsciente, setting terapêutico, contrato terapêutico, aliança terapêutica, resistência, mecanismos de defesa, insight, elaboração, atuações e encenações, transferência e contratransferência<sup>44</sup>, entre outros.

## **Alunos do 2º ano**

### **Interconsulta hospitalar/consultoria na Unidade Básica de Saúde**

Este estágio tem seis meses de duração. Neste período os residentes/cursistas avaliam pedidos de interconsulta oriundos de várias especialidades clínicas de crianças e adolescentes internados no HCPA. No outro semestre realizam consultoria na Unidade Básica de Saúde (UBS). Estes casos comumente envolvem pacientes com patologias crônicas incapacitantes e dificuldades de comunicação entre a equipe médica e a família. Especialidades pediátricas como hematopediatria, oncopediatria, neuropediatria, pneumopediatria, terapia intensiva e neonatologia estão entre as que mais solicitam nossa consultoria<sup>45</sup>.

Os alunos entram em contato com a equipe solicitante e avaliam o paciente e sua família. Durante as supervisões semanais com os preceptores, discutem os casos, dando ênfase a diagnósticos psiquiátricos e manejo medicamentoso, além de breves intervenções psicoterápicas. São discutidos na supervisão aspectos dinâmicos relacionados à reação emocional do paciente e da família frente à doença, à internação hospitalar e às perdas decorrentes e, em casos de doenças terminais, com a preparação e elaboração da morte. Busca-se compreender também as reações da equipe hospitalar à doença, ao doente e à família. Frequentemente os alunos, juntamente com os preceptores, participam de reuniões multidisciplinares, colaborando com a equipe hospitalar e a família a estabelecer uma comunicação mais harmônica e de confiança<sup>46</sup>.

Na Unidade Básica de Saúde, o residente/cursista tem três tarefas principais: 1) colaborar com a equipe no diagnóstico e tratamento de casos de psiquiatria infanto-juvenil e problemas familiares, orientando o devido encaminhamento; 2) participar da identificação e reorganização do serviço para atender novas demandas e 3) auxiliar a equipe a refletir sobre as dificuldades inerentes à sua atividade. A abordagem psicoterápica breve de compreensão dinâmica busca favorecer a adaptação e aperfeiçoamento dos aprendizados realizados em outros contextos da residência.

### **Ambulatório de Interação Pais-Bebê**

Neste ambulatório, os alunos atendem em média a três díades mãe-bebê ao longo de um semestre. A faixa etária dos pacientes é de 0-3 anos. A supervisão semanal dos casos utiliza o modelo de intervenções breves de Selma Freiberg e Bertrand Cramer, no intuito de facilitar uma relação mãe-bebê harmoniosa. Também são utilizados os modelos de Esther Bick. O programa dá ênfase à interação entre pais e bebês, prevenindo precocemente problemas no desenvolvimento. Utilizam-se como referencial teórico autores como Winnicott, Spitz, Bowlby, Bion, Cramer entre outros.



Os alunos são estimulados a realizar um estudo de caso de cada díade a partir do relato de sessões dialogadas, que são apresentados e discutidos em reuniões clínicas multidisciplinares das quais fazem parte outros profissionais envolvidos no caso. As díades atendidas na modalidade de psicoterapia breve de orientação psicanalítica apresentam como indicação de tratamento patologias do vínculo afetivo. Além do atendimento na modalidade de psicoterapia individual, o ambulatório oferece atendimento em grupo para pais e bebês com frequência quinzenal e supervisões sistemáticas. Oferece outro grupo às crianças institucionalizadas e seus cuidadores.

## Considerações finais

A oportunidade de participar desse número especial da revista do CELG proporcionou aos autores a discussão e aprofundamento a cerca das indicações e da necessária integração entre as psicoterapias – PP, TF e TCC. Esta discussão tem sido frequente nas reuniões semanais do SPIA, exigindo criatividade e flexibilidade da equipe. Busca-se a construção de um mapa organizado a partir da compreensão da complexidade dos fenômenos clínicos.

O grande desafio é o ensino integrado, aplicando a cada paciente os novos conhecimentos neurobiológicos, juntamente com evidências de que a vida mental é inconsciente, de que forças sociais e ambientais moldam a expressão dos genes e de que a mente reflete a atividade do cérebro. Os autores entendem que o papel do ensino é o de estimular os alunos a exercer sua prática no contexto dos avanços da neurociência, integrando insight psicanalítico à compreensão biológica da doença.

Para o psicoterapeuta de orientação psicanalítica, o instrumento de trabalho utilizado no exercício da profissão é a qualidade da sua própria vida mental. É necessário um tratamento pessoal adequado, longas horas de supervisão, sólida formação teórica e treinamento técnico para a construção de uma identidade de psicoterapeuta.

## Referências

1. World Psychiatric Association. Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry. Virginia: World Psychiatry Association; 2002.
2. Zanetti MV, Coelho BM, Lotufo Neto F. Residência em psiquiatria no Brasil: uma contribuição para o debate. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(1):1-4.

3. Freud S. Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco Anos (1909). In: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969; v.10, p.11-154.
4. Freud S. A interpretação dos sonhos (1900). In: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969; v.4 e v5.
5. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969; v.7, p.135-228.
6. Aberastury A. Psicanálise da criança: teoria e técnica. Porto Alegre: Artmed; 1982.
7. Freud A. Psicoanálisis del niños (1927). Buenos Aires: Imán; 1951.
8. Klein M. A psicanálise de crianças. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
9. Abrão JLF. Zaira de Bittencourt Martins: a pioneira da psicanálise de crianças no RS. Revista de Psicanálise da SPPA. 2011;18(2):219-36.
10. Zimmerman D. Bion: da teoria à prática: uma leitura didática. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. Ferro A. A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista, da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
12. Ferro A, Molinari E. O quanto ainda é necessário interpretar o brincar na análise infantil? Considerações na esteira das ideias de Bion. Revista de Psicanálise da SPPA. 2011;18(2):295-313.
13. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (1983). Porto Alegre: Artmed; 1990.
14. Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. Transtornos de Personalidade em Crianças e Adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2003.
15. Kancyper L. El complejo fraterno: estudio psicoanalítico, Buenos Aires: Lumen (Tercer Milenio); 2004.
16. Zavaschi et al. Psicoterapia de orientação analítica na infância. In: Cordioli, AV e col. (Org.). Psicoterapias: Abordagens Atuais. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.697-715.
17. Zavaschi et al. Psicoterapia de Orientação Analítica. In: Fichtner, N. (Org.). Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental. Artes Médicas: Porto Alegre; 1997. p.179-207.
18. Kaye D. Child Psychiatry. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.

19. Vollmer Filho G, Bernardi R. As funções múltiplas do supervisor, os seus relacionamentos com o supervisionando, o analista do supervisionando, o paciente, o quadro de referência teórico e a instituição de treinamento. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 1996;3:283-93.
20. Doherty WJ. Quanta, quarks and families: implications of quantum physics for family research. *Family Process*. 1986;25:249-63.
21. Bateson G, Ferreira AJ, Jackson DD, Lidz T, Weakland J, Wynne LC, Zuk G. *Interacción familiar*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1971.
22. Ackerman NW. *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artmed; 1986.
23. Rutter, MP, Giller H: *Juvenile Delinquency: trends and perspective*. New York: Penguin; 1983.
24. Minuchin S, Nichols MP, Lee W. *Famílias e casais: do sintoma ao sistema*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
25. Heru, A. *Family Psychiatry: from research to practice*. *Am J Psychiatry*. 2006 June;163(6):962-68.
26. Waldemar JOC, Falceto OG. *Terapia de família: a escola norte-americana*. In: Osório LC (ed.) *Grupoterapia Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1986;13:192-202.
27. Tienari P, Wynne LC, Moring J, Lahti I, et al. *The Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia: implications for family research*. *Br J Psychiatry*. 1994;164:20-6.
28. Waldemar JOC. *Terapia de casal*. In: Cordioli AV e col. (Org.). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 221-45.
29. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. *Family-Oriented Primary Care: A Manual for Medical Providers*. 2nd ed. New York: Springer; 2004.
30. Minuchin S. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.
31. Andolfi M, Angelo C, Menghi P, Nicolo-Corigliano AM. *Por trás da máscara familiar*. Porto alegre: Artes Médicas; 1989.
32. Falceto OG, Dorfmann IZ, Sanchez PC, Pereira J, Russowsky CFa, Souza MAM. *O atendimento a pacientes com transtornos alimentares*. IN: Zavaschi MLS (org.). *Crianças e adolescentes vulneráveis: o atendimento interdisciplinar os centros de atenção psicossocial*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.160-82.

33. Castiel S. Em Busca de um Terapeuta Poético e Lúdico: o exercício da criatividade. In: Luiz Carlos Prado. (Org.). Famílias e Terapeutas Construindo Caminhos. I ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. v.I, p.223-37.
34. Waldemar JOC. Terapia de Casal. In: Cordioli AV e colaboradores. (Org.). Psicoterapias: Abordagens Atuais. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 246-62.
35. Andolfi M. A linguagem do encontro terapêutico. Porto Alegre: Artmed; 1994.
36. Henggeler SW, Clingempeel WG, Brondino MJ, Pickrel SG. Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(7):868-74.
37. Stallard P. Bons Pensamentos-Bons Sentimentos. Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2004.
38. Cordioli AV. Psicoterapias Abordagens Atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.716-30.
39. Knapp P, Rohde LA, Lyszowski LC, Johannpeter J. Terapia cognitivo-comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed; 2002.
40. Bauermeister JJ, So CY, Jensen PS, Krispin O, El Din AS. Development of adaptable and flexible treatments manuals for externalizing and internalizing disorders in children and adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2006;28(1):67-71.
41. Freidberg RD, McClure JM. A Prática Clínica de Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2004
42. Knapp P e col. Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.19-41 e p. 159-67.
43. Caminha MG, Caminha RM, col. Intervenções e Treinamento de Pais na Clínica Infantil. Porto Alegre: Sinopsys; 2011. p.241-80.
44. Zavaschi MLS, Bassols AMS. Contratransferência na Infância. In: Contratransferência - teoria e prática. Org. Zaslavsky J, dos Santos M. 1ª Ed, Porto Alegre: Artmed; 2006.
45. Bassols AMS, Lopes LR, Souza CM, Chazan R. Experiência em consultoria hospitalar do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA. In: XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2007, Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria (suplemento).* São Paulo: ABP; 2007. v.29.

46. Zavaschi MLS, Bassols MAS, Sanchez PC, Palma RB. A reação da criança e do adolescente à doença e morte: aspectos éticos. *Bioética* (Brasília), Brasília, 1993;1(2):165-72.

### **Correspondência**

Ana Margareth S. Bassols  
Álvares Machado, 44/204 Petrópolis  
Porto Alegre, RS, Brasil  
CEP: 90630-010