

Universidades Lusíada

Barros, Rita
Santos, Ana
Serra, Sofia
Ferreira, Pedro Dias

Para lá do sintoma... Intervenção em grupo para adolescentes com sintomatologia ansiosa

<http://hdl.handle.net/11067/5558>
<https://doi.org/10.34628/myqm-cq48>

Metadata

Issue Date 2019

Abstract As perturbações de ansiedade têm uma elevada expressão na população adolescente. Na Consulta de Psicologia da Adolescência do Hospital de Santa Maria, a intervenção Cognitivo-Comportamental em Grupo tem-se mostrado um recurso eficaz nesta problemática. Apesar disso, a experiência desta consulta revela a necessidade de tornar os modelos de intervenção mais abrangentes e integrativos, respeitando as questões próprias desta fase de desenvolvimento e da vivência individual, para além da problemática...

Anxiety disorders are highly prevalent in adolescence. The cognitive-behavioural group therapy has demonstrated efficacy in Psychology appointments at the Hospital de Santa Maria. Nonetheless, the practice of this intervention reveals the need of a more comprehensive and integrative intervention model, addressing beyond the disorder and taking into account the specific issues of this developmental stage and the personal experience. Using the cognitive-behavioral therapy Coping Cat we intend to a...

Keywords Ansiedade na adolescência

Type article

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] RPCA, v. 10, n. 2 (2019)

**PARA LÁ DO SINTOMA... INTERVENÇÃO EM GRUPO
PARA ADOLESCENTES COM
SINTOMATOLOGIA ANSIOSA**

**BEYOND SYMPTOM... GROUP INTERVENTION FOR
ADOLESCENTS WITH ANXIOUS
SYMPTOMATOLOGY**

Rita Barros

Ana Santos

ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

Sofia Serra

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Pedro Dias-Ferreira

Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria

Resumo: As perturbações de ansiedade têm uma elevada expressão na população adolescente. Na Consulta de Psicologia da Adolescência do Hospital de Santa Maria, a intervenção Cognitivo-Comportamental em Grupo tem-se mostrado um recurso eficaz nesta problemática. Apesar disso, a experiência desta consulta revela a necessidade de tornar os modelos de intervenção mais abrangentes e integrativos, respeitando as questões próprias desta fase de desenvolvimento e da vivência individual, para além da problemática identificada. Recorrendo ao Manual de Tratamento *Coping C.A.T.*, pretende-se trabalhar a problemática identificada com recurso à utilização de estratégias e técnicas de outras correntes teóricas, visando o desenvolvimento de um modelo integrado. Espera-se que os adolescentes abordem questões individuais e as experienciem em grupo numa abordagem dialógica e no sentido de se re-significarem para além da sua sintomatologia. No contexto hospitalar, as intervenções psicoterapêuticas centram-se, com frequência, na sintomatologia. Aquilo que a experiência revela é que necessário olhar para além do sintoma, perspectivando metodologias de intervenção que possibilitem pensar o indivíduo como um todo e nas suas múltiplas dimensões.

Palavras-chave: Perturbações da ansiedade; Adolescência; Terapia Cognitivo-Comportamental; Intervenção em grupo; Modelo integrado.

Abstract: Anxiety disorders are highly prevalent in adolescence. The cognitive-behavioural group therapy has demonstrated efficacy in Psychology appointments at the Hospital de Santa Maria. Nonetheless, the practice of this intervention reveals the need of a more comprehensive and integrative intervention model, addressing beyond the disorder and taking into account the specific issues of this developmental stage and the personal experience. Using the cognitive-behavioral therapy Coping Cat we intend to approach anxiety issues using the strategies and techniques of other theoretical frameworks and develop an integrated model. It is expected that this intervention will allow the adolescent to approach individual themes and experience them in group in a dialogical approach and it will allow to re-signify itself beyond its symptomatology. In the hospital setting, psychotherapeutic interventions are often centered on symptomatology. Practice shows that it is necessary to look beyond symptoms and design intervention methodologies that address the individual as a whole in its different dimensions.

Keywords: Anxiety disorders; Adolescence; Cognitive-Behavioral Therapy; Group intervention; Integrated model.

Introdução

As Perturbações de Ansiedade (PA) representam a forma mais comum de psicopatologia na população adolescente; cerca de um em

cada três adolescentes sofre de PA (Merikangas et al., 2010). A maior prevalência destas perturbações em adolescentes verifica-se no sexo feminino (Ollendick, King & Muris, 2002; Volkmar & Martin, 2011; Rapee, 2012) e, comparativamente com os rapazes, são também as raparigas que experienciam, ao nível dos sintomas, níveis mais elevados de ansiedade (Hale, Raaijmakers, Muris, van Hoof, & Meeus, 2008; Hale, Raaijmakers, Muris, van Hoof, & Meeus, 2009; van Oort, Greaves-Lord, Verhulst, Ormel, & Huizink, 2011).

Enquanto reacções normativas, o medo e a ansiedade desempenham importantes funções adaptativas (Volkmar & Martin, 2011), na medida em que se apresentam como respostas naturais a um estímulo que reflecte uma ameaça à segurança e ao bem-estar do indivíduo (Morris & March, 2004). Estas respostas incluem aspectos: (a) fisiológicos - pela activação do sistema nervoso autónomo de forma a que, perante o perigo, preparem o indivíduo para neutralizar a ameaça através de “luta ou fuga”; (b) afectivos - pela manifestação de sentimentos de apreensão, desconforto e tensão; (c) cognitivos - pela interpretação do estímulo e/ou situação como ameaçadora ou perigosa; (d) comportamentais - através do evitamento ou da aproximação a fim de enfrentar o perigo agressivamente numa situação em que não é possível escapar; e (f) relacionais - pelas implicações nas pessoas que fazem parte do contexto relacional do indivíduo, no caso da adolescência, pais, professores, pares e irmãos (Morris & March, 2004).

A ansiedade torna-se uma condição clínica com critérios para PA quando o conteúdo dos medos é desadequado face à fase de desenvolvimento, assim como quando a ansiedade é excessiva ou prolongada, causando um impacto negativo na qualidade de vida e no funcionamento da criança/adolescente (Teiga, 2014).

De um modo geral, os estímulos que causam medo alteram-se ao longo do desenvolvimento, a par do desenvolvimento das competências cognitivas e sociais, assim como das preocupações dos adolescentes (Ollendick, King, & Yule, 1994; Carr, 2014).

Adolescência, palavra que provém do latim *adolescere*, significa “crescer em maturidade” (Papalia, Olds, & Feldman, 2008, p. 419), e remete para um percurso até à idade adulta (Sampaio, 2006). De um modo geral, pode dizer-se, que a adolescência se situa entre a infância

e a adultícia, como um momento formativo no desenvolvimento marcado por uma maturação física e mental, que alberga importantes mudanças fisiológicas e psicossociais (Lerner & Steinberg, 2004; Guerreiro & Sampaio, 2014). Neste sentido, corresponde a um processo de desenvolvimento biopsicossocial, cujo ritmo de produção das mudanças internas e externas varia consoante o indivíduo e o contexto (Arnett, 2013). De acordo com Machado (2015), o início da adolescência é mais de natureza biológica, podendo ser definido pelo início da puberdade - em que por vezes a sua expressão física, psicológica e cultural começa ainda antes dos 10 anos de idade -, mas que o seu fim é mais de natureza cultural e social, relacionando-se com as questões de autonomia (e.g., emprego a tempo inteiro, saída de casa dos pais, maioridade legal). A mesma autora alerta que a adolescência nunca foi tão longa como nos dias de hoje, apontando para adolescências de 20 anos no século XXI.

De acordo com Rutter (2007), durante a adolescência ocorrem várias alterações hormonais, que têm como consequência transformações no tamanho e estrutura do corpo, bem como na capacidade de reprodução e no aumento do desejo sexual. Por conseguinte, é de esperar que estas mudanças visíveis sejam acompanhadas por alterações na percepção que o adolescente tem de si mesmo, dado que se vê confrontado com uma nova imagem, que se desenvolveu de forma rápida e brusca, à qual terá de se adaptar e torná-la sua.

Por outro lado, o desenvolvimento de uma identidade organizada e coerente é uma tarefa vital na adolescência. Durante este processo, colocam-se questões como: "Quem sou eu?" e "Em que direção quero levar a minha vida?". A formação da identidade pode ser um processo desencadeador de ansiedade, pelo que os adolescentes que são incapazes de desenvolver compromissos firmes e continuam a apresentar uma forte incerteza sobre quem são, podem estar particularmente em risco de desenvolver psicopatologia (Klimstra & Denissen, 2017; Becht et al., 2019). Ademais, surge a construção de uma autonomia em relação à família e a construção de um *self* integrado, a par da intensificação na relação com os pares e uma forte procura de pertença social (Guerreiro & Sampaio, 2014). As relações com os pares podem ter uma influência positiva no desenvolvimento psicossocial dos adolescentes,

contudo, podem igualmente ser uma fonte de angústia e ansiedade, resultante da rejeição, fraca comunicação, conflito, pressão de pares, expectativas negativas, ciúmes, entre outros, que podem levar à incerteza, dúvida e solidão (Venter & Uys, 2018). Todos os aspectos referidos anteriormente, característicos da adolescência podem, por si só, ser desencadeadores de ansiedade.

Nesta faixa etária, que envolve múltiplas tarefas de desenvolvimento e desafios, as PA estão associadas a um prejuízo no funcionamento académico, social, ocupacional e familiar (Swan & Kendall, 2016; Swan et al., 2018). Como núcleo comportamental da ansiedade, o evitamento pode levar os adolescentes a perder oportunidades de exploração nas áreas de funcionamento mencionadas, limitando a satisfação resultante nesses domínios. De facto, a presença de PA na adolescência tem sido associada à diminuição da satisfação com a vida, maior dificuldade de adaptação ao trabalho, aumento de problemas familiares e menor qualidade de relacionamento na idade adulta (Swan & Kendall, 2016). Explicitando, a presença de sintomas de ansiedade na adolescência poderá levar a que tarefas desenvolvimentais esperadas, por serem desencadeadoras de ansiedade, sejam evitadas, contribuindo para a manutenção ou intensificação de deficiências funcionais. Por exemplo, adolescentes com ansiedade social exibem, frequentemente, défices na competência social, já que o evitamento induzido pela ansiedade que as situações sociais provocam, impede que os jovens aprendam e pratiquem capacidades sociais (Teiga, 2014).

De um modo geral, quando identificadas precocemente e tratadas com eficácia, torna-se possível reduzir o impacto negativo das PA no desenvolvimento psicossocial normativo do adolescente e a persistência na idade adulta. Contudo, na maior parte das vezes não são identificadas nem tratadas (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action, 2007), podendo persistir até à idade adulta (Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998; Swan & Kendall, 2016).

Porquê Terapia Cognitivo-Comportamental?

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido um dos tratamentos mais utilizados e eficaz para as perturbações de ansiedade

(Creswell, Waite & Cooper, 2014).

De acordo com Bearman e Weisz (2012), nas últimas duas décadas tem havido um maior investimento por parte da comunidade científica no que diz respeito à avaliação da eficácia de intervenções em crianças e adolescentes, tendo as TCC surgido como bem estabelecidas numa diversidade de diagnósticos, entre os quais as PA.

Um dos primeiros programas cognitivo-comportamentais manua-
lizados desenvolvidos para o tratamento das PA em adolescentes foi o *Coping Cat* (Kendall, 1994). Este programa, pensado para jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos de idade, inclui aspectos que dizem respeito à psicoeducação, à identificação e modificação de pensamentos negativos automáticos, à exposição a estímulos temidos, à resolução de problemas e treino de capacidades de *coping* (Pereira, Almeida & Barros, 2014).

De um modo geral, a intervenção cognitivo-comportamental em grupo tem-se mostrado um recurso eficaz nesta problemática (Flanery-Schroeder & Kendall, 1996). Contudo, uma revisão sistemática desenvolvida por Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill e Harrington (2004), que analisou várias intervenções cognitivo-comportamentais, refere que crianças/adolescentes tinham apenas 56.5% de hipóteses de remissão da sua ansiedade. Apesar do reconhecido mérito do modelo cognitivo-comportamental na comunidade científica, alguns autores consideram-no incompleto quando se trata de pensar o estudo do funcionamento global do indivíduo (Ingram & Snyder, 2006)

Porquê uma Intervenção em Grupo?

De acordo com Osório (1997), a psicoterapia em grupo é vantajosa comparativamente com a psicoterapia individual para a faixa etária adolescente. O autor aponta como possibilidades para este facto: (a) a tendência espontânea a natural à formação de grupo nesta fase de desenvolvimento, que pela sua matriz dinâmica possibilita compreender e acompanhar os conflitos dos adolescentes, assim como a resolução dos mesmos dentro e pelo próprio grupo, mas também pela caixa de ressonância emocional encontrada entre iguais que permite a diluição das suas angústias existenciais; (b) as identificações projetivas cruzadas

estabelecidas entre os elementos do grupo terapêutico que mobilizam o *insight*; e (c) a criação no grupo de um clima que proporcione o confronto e a troca de experiências permitindo uma melhor identificação dos limites entre o eu e o outro pela compreensão dos diferentes modos de sentir, pensar e agir que podem favorecer a resolução da crise da identidade, umas das principais questões da adolescência (Osório, 1997; Wainberg, 1997). No mesmo sentido, Yalom (1995) sugere que na intervenção em grupo a interação entre os elementos que o integram e a partilha de experiências são promotoras de mudança. Adicionalmente, Behenck, Gomes e Heldt (2016) referem que os grupos têm fatores característicos que podem ser terapêuticos, uma vez facilitam a aprendizagem de novos comportamentos e pensamentos.

Especificamente, em relação às PA, estas geralmente apresentam componentes sociais e avaliativas disfuncionais (principalmente na fobia social e na perturbação de ansiedade generalizada), pelo que o grupo proporciona oportunidades únicas para interações sociais com os pares (e.g., prática na iniciação e manutenção de relacionamentos, modelagem de pares, reforço de pares, *feedback* de pares), recompensa, normalização e múltiplas exposições a contextos, objetos e/ou a situações temidas (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000).

Objectivo

Também na Consulta de Psicologia da Adolescência do Hospital de Santa Maria, a intervenção cognitivo-comportamental em grupo tem-se mostrado um recurso empiricamente válido e eficaz (Parada, Nunes & Dias-Ferreira, *in press*). Ainda assim, a experiência desta consulta revela a necessidade de tornar os modelos de intervenção mais holísticos e integrativos, respeitando as questões próprias desta fase de desenvolvimento e da vivência individual, para além da sintomatologia identificada. Neste sentido, o presente estudo tem como objectivo ampliar o campo de atuação da intervenção através de uma intervenção em grupo com a integração de modelos e técnicas de outras correntes teóricas para além da cognitivo-comportamental.

Método

A constituição do grupo é feita através de uma pré-seleção dos membros recorrendo aos vários serviços do Hospital de Santa Maria, nomeadamente ao Serviço de Urgência Pediátrica, a Reuniões da passagem de banco, Reuniões multidisciplinares da Unidade de Medicina do Adolescente, Sessões clínicas e Consulta de Psicologia da Adolescência. Após a discussão multidisciplinar, tendo em conta o ponto de vista bio-médico, psicológico, e contextual, num primeiro momento são realizadas consultas individuais com o objetivo de compreender o adolescente nas suas múltiplas dimensões do ser, identificar claramente a sintomatologia mas, acima de tudo, compreender a(s) problemática(s) que lhe está(ão) associada(s), assim como avaliar a presença de critérios para integrar o grupo.

O diagnóstico diferencial é realizado através da entrevista semi-estruturada e de várias medidas de avaliação, nomeadamente o *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs & Beck, 1997), *Youth Self Report* e *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), *Kidscreen* (KIDSCREEN Group, 2004; traduzido por Gaspar e Matos, 2008) *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1997, traduzido por Carvalho e Batista, 1998).

Os critérios principais para integrar o grupo prendem-se com: (a) critérios definidos na literatura de sintomatologia ansiosa e/ou PA (DSM-IV-TR; CID 10); (b) a idade cronológica, não tendo no mesmo grupo adolescentes com diferenças de idades iguais ou superiores a 3 anos de idade; (c) maturidade e desenvolvimento emocional; e (d) capacidade de *insight* e desenvolvimento cognitivo do adolescente.

No sentido de integrar tanto as mais valias, como de contornar as limitações, referidas anteriormente na literatura e tendo por base o programa de intervenção *Coping C.A.T.*, é proposto um novo programa de intervenção que inclui um total de 20 sessões. As primeiras 16 sessões pretende-se que tenham uma regularidade semanal e, destas 16, duas destinam-se aos pais ou cuidadores. As últimas 4 sessões passam a ser espaçadas para um intervalo quinzenal.

As sessões duram cerca de 120 minutos e têm uma estrutura organizada conceptualmente em quatro momentos, mas que no seu conjunto se articulam e, naturalmente, se interrelacionam. O primeiro

momento é designado por “Corpo em Movimento”, em que através do jogo e das sociometrias se pretende que os adolescentes se relacionem com o seu próprio corpo e com o corpo do outro, assim como com o espaço que o rodeia, definindo e explorando os seus limites (aproximadamente 30 minutos). Num segundo momento, é discutido e definido pelo grupo um tema que os adolescentes queiram discutir no final da sessão, dando-lhes oportunidade de decidir em conjunto e de criar um espaço de discussão acerca de questões próprias da fase de desenvolvimento em que se encontram, das suas (pré)ocupações e dos seus desejos (e.g., álcool na adolescência, escolhas profissionais, dificuldades na escola, *hobbies*; aproximadamente 10 minutos). De seguida, um terceiro momento é dedicado ao programa *Coping C.A.T.* propriamente dito, que é lato o suficiente para que os objectivos definidos pelos autores possam ser alcançados através de diferentes técnicas (aproximadamente 35 minutos). Deste modo, o programa que foi utilizado como ponto de partida passou a ser parte da sessão e não a sessão em si. Por fim, um quarto momento dedicado à discussão do tema escolhido pelos adolescentes no início da sessão (30 minutos) e um quinto momento destinado a comentários finais por parte dos profissionais que orientam o grupo e agendamento da sessão seguinte (15 minutos).

Aquilo que é perceptível com a experiência da Consulta de Psicologia da Adolescência é que o sintoma é apenas a expressão do problema. No entanto, para a compreender o indivíduo implica ter em conta as suas múltiplas dimensões, isto é, a dimensão biológica, comportamental, cognitiva, emocional, sistémica, interpessoal, simbólica e dos projecto (Cláudio, 2017). Como tal depois de identificar a problemática percebemos que é necessário trabalhar com estes adolescentes questões das dimensões referidas anteriormente em que inevitavelmente surgem questões próprias da sua fase de desenvolvimento e do seu contexto em particular. Assim identificamos que, de um modo geral, é importante para o desenvolvimento destes adolescentes explorar durante as sessões determinados aspectos, tais como: (a) reconhecer e classificar as emoções; (b) aprender a comunicar; (c) treinar competências sócio-emocionais; (d) trabalhar as questões da autonomia; (e) desenvolver as suas capacidade empáticas; (f) poder conhecer-se a si-mesmo; (g) explorar como é pertencer e actuar em grupo, potenciado pela troca/

partilha de experiências e pelo possibilidade de uma contenção entre pares e do grupo, neste capacidade de *holding*.

A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem bastante eclética, que inclui originalmente uma integração das teorias e técnicas cognitivas e comportamentais (Beutler, Harwood, & Caldwell, 2001; Hickes & Mirea, 2012), mas que permite, tendo como base o modelo cognitivo, a utilização de técnicas de outras orientações teóricas (Alford & Beck, 1997). Deste modo, recorrendo ao Manual de Tratamento *Coping* C.A.T., traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pereira, Almeida e Barros (2014), pretende-se trabalhar as questões da problemática identificada visando o desenvolvimento de um modelo integrado com recurso à utilização de estratégias e técnicas de outros quadros teóricos, tais como: a interpretação, o jogo-simbólico, o *mindfulness*, a fenomenologia da percepção, o foco, a dialógica, a *solution*, a narrativa conjunta, a reestruturação, troca de papéis, *role-play*, espelho, testes sociométricos e sociogramas, entre outras.

Em síntese, pretende-se que os adolescentes abordem as suas problemáticas individuais e as experienciem em grupo numa vivência conjunta, procurando que na vivência afectiva possam recriar a sua própria narrativa.

Resultados

Tendo em conta as características do programa proposto, espera-se que haja uma remissão da sintomatologia ansiosa, mas também um desenvolvimento de competências socioemocionais individuais e relacionais. De certa forma, espera-se que a expressão do sintoma no aqui e no agora possa possibilitar ao adolescente partilhar e experienciar-se num espaço compreensivo e numa vivência afectiva. Assim, pretende-se que exista uma re-significação do sintoma, atribuindo-lhe um novo sentido através da vivência e da experiência em grupo.

É esperado que os adolescentes abordem questões individuais e/ou grupais e as experienciem no grupo, numa abordagem dialógica, do eu-tu, permitindo-se existir e co-existir através do encontro tal como Buber preconizava (Friedman, 2008), para além da sua sintomatologia. Este tipo de intervenção tem como propósito trabalhar as dimensões da

existência do indivíduo numa perspectiva emocional, cognitiva, comportamental, social e cultural prespectivando que haja remissão da sintomatologia ansiosa e do mal-estar que lhe está associado. Ademais, espera-se que esta intervenção permita aos adolescentes retomar e/ou potenciar o seu “crescimento em maturidade”.

Discussão

Do ponto de vista clínico, as crianças são normalmente encaminhadas para o tratamento de um problema de ansiedade quando tal as impede de concluir tarefas desenvolvimentais adequadas, tal como ir para a escola ou socializar com os amigos (Carr, 2014). Tratar as PA, em particular na adolescência, torna-se fundamental, uma vez que as mesmas frequentemente persistem na idade adulta (Last, Hansen, & Franco, 1997; Bittner et al., 2007), estando associadas a futura ideação suicida, tentativas de suicídio, depressão e uso de substâncias (Rudd, Joiner, & Rumzek, 2004; Lopez, Turner, & Saavedra, 2005; Benjamin, Harrison, Settipani, Brodman, & Kendall, 2013).

A diversidade de orientações teóricas em Psicologia deu aso a uma série de discussões e debates que, por exemplo, questionam se as mudanças verificadas decorrem dos fatores comuns ou dos fatores específicos a cada abordagem teórica (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019). Embora fragmentadas em diferentes escolas e processos, as diferentes abordagens teóricas apresentam uma vasta gama de semelhanças, partilhando de intervenções como: a importância da criação de uma relação terapêutica; a aliança terapêutica; o diálogo socrático; a descoberta guiada; o *insight*; a psicoeducação; o treino de competências; dessensibilização sistemática; entre muitas outras. Deste modo, a investigação e prática têm apelado a uma abordagem mais pluralista, interdisciplinar, integrativa, consensual e unificada (Eysenck, 1997; Sternberg & Grigorenko, 2001; Gilbert & Kirby, 2019). A investigação demonstra que a intervenção é mais eficaz quando esta é responsiva aos problemas específicos, às capacidades, à personalidade, ao contexto sociocultural e às preferências do indivíduo (Norcross, 2002). Por conseguinte, é necessário ter em conta que todos estes aspetos ideográficos enunciados influenciam as estratégias de tratamento, intervenções e resultados.

Neste sentido, uma abordagem mais integrada, consequentemente mais sensível e flexível, permite operacionalizar este princípio de especificidade, produzindo melhores resultados, em comparação com as abordagens rígidas e manualizadas (Anchin, 2012). Por exemplo, Kendall e Choudhury (2003), sustentam que a TCC é ainda mais eficaz quanto se tem em conta os aspectos da fase de desenvolvimento do indivíduo. Por outro lado, Grave e Blissett (2004), defendem que quando se opta por uma intervenção TCC o sucesso da mesma depende do nível de desenvolvimento cognitivo apresentado pelo indivíduo. Por essa razão, é importante ter em consideração que quando se pensa em idade cronológica, a mesma não corresponde necessariamente ao mesmo nível de desenvolvimento cognitivo (Kaplan, Thompson, & Searson, 1995). Estas linhas de orientação reforçam a importância de haver critérios específicos para inclusão dos elementos do grupo que devem ser reflectidos em equipa multidisciplinar.

O futuro e o sucesso dos cuidados de saúde requer uma estratégia baseada em valor ou *value-based*, isto é, é considerado que é possível atribuir um determinado valor ao paciente que é definido tendo em conta a relação entre os *health outcomes* e os custos (Stowell & Akerman, 2015). Porter (2010) alerta que não é possível uma redução de custos sem se pensar nos resultados alcançados, nomeadamente, a longo prazo. Muitos dos adolescentes que chegam à consulta de psicologia da adolescência já passaram por outros serviços dos hospital denunciando outras comorbidades. A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011) refere que a intervenção psicológica traz benefícios num conjunto de outras patologias, nem sempre relacionadas com a perturbação mental, já que se verificam ganhos no sentido de uma maior adesão à terapêutica, facilitação e mudança de comportamentos, redução do recursos do consumo de medicamentos e no recurso aos serviços de saúde. Esta ideia suporta da estratégia definida por Stowell e Akerman (2015), referida acima, na medida em que os autores se referem a custos totais do ciclo completo de atendimento para a condição médica do paciente.

Por estas razões importa enfatizar a necessidade de se avaliarem as intervenções a par da sua implementação, por esse motivo propõe-se que seja feito pré e pós-teste e um *follow up* no sentido de perceber se a in-

tervenção é efetiva. Tendo em conta que a intervenção psicológica, tanto individual quanto em grupo, se apresenta como custo-efetiva para uma diversidade de patologias (e.g., depressão da criança e dos jovens, ideação suicida; Vos et al., 2010), mostra-se cada vez mais necessário continuar a investigar e a pensar melhores soluções para dar resposta aos inúmeros adolescentes e pais que recorrem ao serviço hospitalar. Assim, acreditamos que as intervenções em grupo podem dar resposta a um maior número de pacientes se forem pensadas segundo uma lógica holística e integrativa.

Conclusão

No contexto hospitalar, as intervenções psicoterapêuticas centram-se, com frequência, na sintomatologia identificada. Na medida em que o sintoma é a expressão do problema, interessa-nos olhar para lá do sintoma, identificar a(s) problemática(s) de cada adolescente em particular para que seja possível sair da incorporação, da somatização para posteriormente se caminhar no sentido da mentalização, da elaboração e da interiorização. Através do modelo de intervenção em grupo proposto, procuramos metodologias de intervenção que possibilitem pensar o indivíduo como um todo nas suas múltiplas dimensões de modo a que haja a re-significação do sintoma, ou seja, que lhe seja atribuído um novo sentido através da experiência e da vivência afectiva.

A experiência desta consulta no contexto hospitalar revela que é necessário pensar de forma holística quanto às metodologias de intervenção, seja no que diz respeito à possibilidade de abranger estratégias e técnicas de outros quadros teóricos - apesar de nunca se perder de vista um quadro teórico robusto de base que oriente os profissionais na leitura e interpretação dos casos -, seja em intervenções que possam dar respostas mais eficazes e de qualidade ao maior número de adolescentes. Ou seja, de um modo geral espera-se que o programa descrito no presente artigo contribua para a possibilidade de se pensar novas formas de intervenção que conduzam a uma melhoria da eficácia das intervenções em grupo no contexto hospitalar.

Referências

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: Child Behavior Checklist for Ages 6-18; Teacher's Report Form; Youth Self-Report*. Burlington: Library of Congress.
- Alford, B.A., & Beck, T.A. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Anchin, J.C. (2012). Prologue to unified psychotherapy and clinical science. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 1, 1–20.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 267–283.
- Arnett, J.J. (2013). *Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach* (5ª ed). Upper Saddle River, USA: Pearson.
- Bearman, S.K., Weisz, J.R. (2012). "Cognitive-behavior therapy: An introduction". In Szilagyi, E., Weisz, J.R., et al (ed.), *Cognitive-behavior Therapy for Children and Adolescents*, pp. 1-28. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- Becht, A.I., Luyckx, K., Nelemans, S.A., Goossens, L., Branje, S.J.T., Vollebergh, W.A.M., & Meeus, W.H.J. (2019). Linking identity and depressive symptoms across adolescence: A multisample longitudinal study testing within-person effects. *Developmental Psychology*. doi: 10.1037/dev0000742
- Benjamin, C.L., Harrison, J.P., Settiani, C.A., Brodman, D.M., & Kendall, P.C. (2013). Anxiety and related outcomes in young adults 7 to 19 years after receiving treatment for child anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 865–876.
- Behenck, A.S., Gomes, J.B., & Heldt, E. (2016). Patient rating of therapeutic factors and response to cognitive-behavioral group therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. *Issues in Mental Health Nursing*. doi: 10.3109/01612840.2016.1158335.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., & Caldwell, R. (2001). Cognitive behavioral therapy and psychotherapy integration. In K.S. Dobson (Ed.), *The handbook of cognitive behavioral therapies* (pp. 138–173). New York/London: Guilford Press.
- Bittner, A., Egger, H.L., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, D.L., Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1174–1183.
- Carr, A. (2014). *Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual*. Braga: Psiquilibrios.
- Cartwright Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421–436.
- Cláudio, V. (2017, Outubro). Introdução à perspectiva integrativa na compreensão e intervenção. In V. Cláudio, *Estudos de Casos Clínicos numa Perspectiva Integrativa*:

- Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, ISPA, Lisboa, Portugal.
- Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P.J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, *99*, 674–678.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M.J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424
- Eysenck, H.J. (1997). Personality and experimental psychology: The unification of psychology and the possibility of a paradigm. *Journal of Personality & Social Psychology*, *73*, 1224–1237.
- Flannery-Schroeder, E.C., & Kendall, P.C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual for group treatment*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Flannery-Schroeder, E.C., & 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.
- Friedman, M. (2008). Buber and Dialogical Therapy: Healing Through Meeting. *The Humanistic Psychologist*, *36*, 298-315, doi: 10.1080/08873260802350014
- Gaspar, T., & Matos, M. (Eds.). (2008). *Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52: Instrumentos de Qualidade de Vida para Crianças e Adolescentes (Portuguese version of KIDSCREEN-52 Instruments: Quality of life instruments for children and Adolescents)*. Lisbon: FMH.
- Gilbert, P., & Kirby, J.N. (2019). Building an integrative science for psychotherapy for the 21st century: Preface and introduction. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi:10.1111/papt.12225
- Grave, J., Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of evidence. *Clinical Psychology Review*, *24*, 399–420.
- Guerreiro, D.F., & Sampaio, D. (2014). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *31*, 213–222.
- Hale, W.W., 3rd, Raaijmakers Q., Muris, P., van Hoof, A., & Meeus, W. (2008). Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms: A 5-year prospective community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*, 556–564.
- Hale, W.W., 3rd, Raaijmakers Q., Muris, P., van Hoof, A., & Meeus, W.H. (2009). One factor or two parallel processes? Comorbidity and development of adolescent anxiety and depressive disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*, 1218–1226.
- Hickes, M., & Mirea, D. (2012). Cognitive behavioural therapy and existential-phenomenological psychotherapy: Rival paradigms or fertile ground for therapeutic synthesis. *Existential Analysis*, *23*, 15–30.
- Ingram, R.E., & Snyder, C.R. (2006). Blending the good with the bad: Integrating posi-

- ve psychology and cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 117–122.
- Kaplan, C.A., Thompson, A.E., & Searson, S.M. (1995). Cognitive behaviour therapy in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 73, 472–475.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100–10.
- Kendall, P., Choudhury, M. (2003). Children and adolescents in cognitive-behavioral therapy: Some past efforts and current advances, and challenges in our future. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 89–104.
- Klimstra, T.A., & Denissen, J.J. A. (2017). A theoretical framework for the associations between identity and psychopathology. *Developmental Psychology*, 53, 2052–2065.
- Last C.G., Hansen, C., Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 645–52.
- Lerner, R.M., & Steinberg, L. (2004). *Handbook of Adolescent Psychology* (2ª ed). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lopez, B., Turner, R., & Saavedra, L. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 275–294.
- Machado, M.C. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Merikangas, K.R., He, J., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980–989.
- Morris, T.L. & March, J.S. (2004). *Anxiety disorders in children and adolescents* (2ª ed). New York: Guilford.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Ollendick, T.H., King, N.J., & Muris, P. (2002). Fears and phobias in children: Phenomenology, epidemiology and aetiology. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 98–106.
- Ollendick, T.H., King, N.J., & Yule, W. (1994). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York and London: Plenum Press.
- OPP (2011). *Evidência científica sobre custo-efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Disponível em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efectividad_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saaode.pdf
- Osorio, L.C. (1997). Grupos com adolescentes. In D. E. Zimmerman & L.C. Osorio (Eds.), *Como trabalhamos com grupos* (pp. 321–329). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2008). *A child's world: Infancy through adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Parada, I., Nunes, R., & Dias-Ferreira, P. (2018). Ansiedade na adolescência e famílias. Um tratamento cognitivo-comportamental e grupo.

- Pereira, A.J., Almeida, J.P., & Barros, L. (2014). *O Manual do Projecto C.A.T.* Lisboa: Coisas de Ler.
- Pine, D.S, Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 56–64.
- Porter, M.E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, *363*, 2477–2481.
- Rapee, R.M. (2012). Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In J.M. Rey (Ed.), *IACAPAP textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Rudd, M.D., Joiner, T.E., & Rumzek, H. (2004). Childhood diagnoses and later risk for multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*, 113–125.
- Rutter, M. (2007). Psychopathological development across adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *36*, 101–110.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar. Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sternberg, R.J., & Grigorenko, E.L. (2001). Unified psychology. *American Psychologist*, *56*, 1069–1079.
- Stowell, C., & Akerman, C. (2015). Measuring outcomes: The key to value-based health care. *Harvard Business Publishing*. Disponível em <https://www.medtronic.com/content/dam/medtronic-com/global/Corporate/Initiatives/harvard-business-review/downloads/the-key-to-value-based-healthcare-hbr.pdf>
- Swan, A.J., & Kendall, P.C. (2016). Fear and missing out: Youth anxiety and functional outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *23*, 417–435.
- Swan, A.J., Kendall, P.C., Olino, T., Ginsburg, G., Keeton, C., Compton, S., Piacentini, J., Peris, T., Sakolsky, D., Birmaher, B., Albano, A. M. (2018). Results from the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Longitudinal Study (CAMELS): Functional outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *86*, 738–750.
- Teiga, R. (2014). Perturbações de ansiedade e perturbação de stress pós-traumático. In P. Monteiro (Cord.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 183–203). Lisboa: Lidel.
- van Oort, F.V., Greaves-Lord, K., Ormel, J., Verhulst, F.C., & Huizink, A. C. (2011). Risk indicators of anxiety throughout adolescence: The TRAILS study. *Depression and Anxiety*, *28*, 485–494.
- Venter, E., & Uys, H. (2018). Group therapy for early adolescent relationship problems between girls. *International Journal of Adolescence and Youth*, *24*, 212–223.
- Volkmar, F.R., & Martin, A. (2011). *Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Vos, T., Carter, R., Barendregt, J., Mihapoulos, C., Veerman, L., Magnus, A., Cobiac, L., Bertram, M., & Wallace, S (2010). Assessing cost-effectiveness in prevention. (ACEPre-

- vention): Final report. ACE-Prevention Team.
- Wainberg, A.K. (1997). Grupos de orientação profissional com alunos adolescentes. In D.E. Zimmerman & L.C. Osorio (Eds.), *Como trabalhamos com grupos* (pp. 374–386). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Yalom, I.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4ª ed.). New York: Basic Books.