TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPOS

das evidências à prática

Carmem Beatriz Neufeld
Bernard P. Rangé (orgs.)

artmed

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPOS

das evidências à prática

Carmem Beatriz Neufeld
Bernard P. Rangé (orgs.)

Versão impressa desta obra: 2017

A Artmed é a editora oficial da FBTC

2017

© Artmed Editora Ltda., 2017.

Gerente editorial: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: *Cláudia Bittencourt*

Capa: *Paola Manica*

Preparação de originais: *Camila Wisnieski Heck*

Leitura final: *Antonio Augusto da Roza*

Projeto e editoração: *TIPOS – design editorial e fotografia*

Produção digital: *Loope* | *www.loope.com.br*

T315 Terapia cognitivo-comportamental em grupos : das evidências à prática [recurso eletrônico] / Organizadores, Carmem Beatriz Neufeld, Bernard P. Rangé. – Porto Alegre: Artmed, 2017.
e-PUB.

Editado como livro impresso em 2017.
ISBN 978-85-8271-417-1

1. Psicoterapia. 2. Terapia cognitivo-comportamental. I. Neufeld, Carmem Beatriz. II. Rangé, Bernard P.

CDU 616.8-085.851

Catalogação na publicação: Poliana Sanchez de Araujo – CRB 10/2094

Reservados todos os direitos de publicação à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana

90040-340 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

SÃO PAULO
Rua Doutor Cesário Mota Jr., 63 – Vila Buarque
01221-020 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3221-9033

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

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

ASPECTOS TÉCNICOS E O PROCESSO EM TCCG

Carmem Beatriz Neufeld
Juliana Maltoni
Ana Lucia Ivatiuk
Bernard P. Rangé

Este capítulo tem como objetivo principal promover uma reflexão sobre a técnica e os processos envolvidos na terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG). Além da apresentação de estudos recentes acerca da eficácia e dos fatores envolvidos nesse tipo de modalidade terapêutica, pretende-se discorrer sobre os preceitos da estrutura da TCCG. A psicoterapia em grupo vem sendo assunto cada vez mais abordado na literatura cognitivo-comportamental, em grande parte pela mesma característica que ocasionou interesse na década de 1970 (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979): seu custo-benefício. Observa-se a eficácia dessa modalidade em diversos estudos da área, para diferentes demandas, equiparando-se à modalidade individual (Bjornsson et al., 2011; Mörtberg, Clark, & Bejerot, 2011). A depender da

demanda, alguns estudos até mesmo apontam para a superioridade da TCCG em relação à TCC individual (Renjilian et al., 2001).

No entanto, de modo não muito diferente dos estudos da modalidade individual, uma característica comum dessas pesquisas é a ênfase na avaliação acerca da eficácia do tratamento/modalidade, com pouco ou nenhum foco sobre fatores e variáveis envolvidos nos desfechos positivos dos grupos, que não são exclusividade da TCC. Além disso, a TCCG apresenta diversas características distintas em relação à modalidade individual, o que torna ainda maior a necessidade de pesquisas na área para que a intervenção faça sentido e se mostre adequada ao contexto grupal. A seguir, serão apresentadas características referentes aos aspectos técnicos dessa modalidade de intervenção. Na segunda parte do capítulo, o foco será sobre o processo e os fatores envolvidos na proposição de grupos em TCC.

ASPECTOS TÉCNICOS EM TCCG

Entende-se como aspectos técnicos em TCCG todos os pontos relacionados à estrutura da intervenção. Para tanto, parte-se da premissa básica de que o grupo em TCCG é um sistema no qual são distribuídas e aplicadas técnicas específicas. Como um sistema, cada grupo reagirá de forma única à aplicação das técnicas. Esses são os aspectos de processo que serão abordados na segunda parte deste capítulo.

O primeiro passo para o desenvolvimento de um grupo em TCCG é a homogeneidade de sua composição (Neufeld, 2011). Para garantir isso, precisam ser avaliadas demandas e características de cada indivíduo, além de fatores como idade, escolaridade, cultura, entre outros. A composição do grupo deve levar em conta os objetivos e metas que poderão ser alcançados com aquela configuração específica. Um grupo composto por idosos e adolescentes, por exemplo, terá menor probabilidade de atingir plenamente seus objetivos e de proporcionar a melhor intervenção possível, uma vez que fatores terapêuticos como universalidade e compartilhamento de informações podem ser dificultados devido à grande diferença cultural e de idade.

Entretanto, como ressaltado por Neufeld (2015), a homogeneidade de objetivos é o foco principal nesse aspecto. Grupos totalmente homogêneos são pouco prováveis e até mesmo pouco desejáveis, uma vez que certa heterogeneidade é importante para que surjam diferentes pontos de vista. Porém, a homogeneidade preconizada pela TCCG refere-se a oportunizar que seus membros experimentem certo grau de pertencimento ao grupo. Portanto, se o foco do grupo, ou seja, seu objetivo, for homogêneo, desde que as características dos membros não sejam destoantes entre si, pode-se pensar em uma homogeneidade suficiente para que o processo de TCCG se concretize (Neufeld, 2015).

O mesmo se aplica a grupos voltados para demandas clínicas muito distintas. Como destacam Bieling, McCabe e Antony (2008), um alto grau de heterogeneidade pode levar o terapeuta de grupo, na verdade, a realizar várias terapias individuais ao mesmo tempo. Para a TCCG, a reunião entre indivíduos não garante a eficácia da intervenção. De forma diferente, as relações estabelecidas nesse contexto devem ser prioridade, junto com o embasamento teórico, pois atuam como variáveis no desfecho da intervenção.

Adicionalmente, a TCCG se caracteriza pela configuração em grupos tipicamente fechados, ou seja, uma vez estabelecidos os integrantes, não são permitidas novas entradas. Grupos abertos podem ser propostos em algumas modalidades, e, além disso, há alguns serviços de saúde mental que propõem grupos semiabertos (define-se um número de sessões até quando poderão ser admitidos novos membros). Cabe ressaltar, no entanto, que a literatura em TCCG tem-se focado primordialmente em grupos fechados. Os critérios para permanência e conclusão do grupo são definidos nas sessões iniciais, como o número de faltas máximas que antecedem o desligamento ou a tolerância para atrasos nas sessões (Neufeld, 2015).

Ainda nesse sentido, o contrato terapêutico e o sigilo são pontos cruciais para o bom andamento dos grupos. Neufeld (2015) ressalta que a clareza do contrato pode ser um ponto diferencial na adesão ao grupo. Aspectos relacionados até mesmo às expectativas e aos resultados que podem ser esperados com aquela intervenção devem ser abordados já no contrato. O contrato visa instalar a estrutura da TCCG, portanto, ele merece cuidado

especial dos terapeutas desde a primeira sessão e ao longo do andamento do grupo. Cabe ressaltar, no entanto, que sua apresentação não deve se dar de forma punitiva ou impositiva. A tranquilidade dos terapeutas em construir as normas em conjunto com o grupo aumenta significativamente a probabilidade de envolvimento dos participantes com elas.

ESTRATÉGIAS DE SELEÇÃO E RECRUTAMENTO

Primeiramente, a seleção da intervenção deve priorizar aquela com maior potencial de impacto para as demandas mais urgentes da população atendida (Beck & Coffey, 2005). O planejamento do programa de intervenção e a formação do grupo referem-se ao estágio pré-grupo definido por Bieling e colaboradores (2008). Assim, o objetivo e o tipo de grupo devem ser definidos, bem como número de sessões, estrutura, local, terapeutas e demanda dos participantes. Os critérios de inclusão e/ou exclusão irão variar de acordo com o grupo, sendo que, para promoção de saúde, por exemplo, não é necessária a seleção tão rigorosa dos integrantes. Entretanto, se a intenção é realizar um grupo interventivo voltado para sintomas ansiosos, por exemplo, a seleção dos participantes se fará necessária e terá um papel fundamental.

A seleção dos membros é essencial para garantir o melhor desfecho possível ao grupo. Recomenda-se pelo menos um encontro anterior com o participante para que seja feita uma avaliação a fim de concluir qual tratamento lhe é mais indicado (White & Freeman, 2003). A seleção pode incluir, então, sessões de triagem, entrevistas e utilização de instrumentos de avaliação e, posteriormente, encaminhamentos necessários (Bieling et al., 2008). Características e qualificação dos terapeutas também devem ser consideradas nessa fase, como o estilo de liderança do terapeuta (Oei & Browne, 2006).

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A avaliação das intervenções em TCCG não deve ser menos importante do que as pesquisas voltadas para a modalidade individual. Apesar de ampla literatura indicar a eficácia na modalidade grupal, Tucker e Oei (2007)

apontam para a necessidade de pesquisas mais robustas, uma vez que o custo-benefício superior em relação à modalidade individual pode ser questionado devido a algumas lacunas metodológicas encontradas na área. A avalição de um grupo pode servir como *feedback* final para os participantes, demonstrando as mudanças ao longo do grupo, mas também permitirá a verificação de sua eficácia e também o impacto de características específicas no desfecho. Por exemplo, um grupo voltado para pacientes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) pode ser eficaz em reduzir sintomas ansiosos, mas talvez não altere o quadro global do transtorno. A avaliação, então, deve ser condizente com o objeto do grupo em questão. A eficácia de longo prazo será analisada? Serão analisadas quais variáveis? A partir daí, a seleção de instrumentos deve ser realizada cuidadosamente. O rigor metodológico, desde a seleção até a avaliação, irá garantir resultados mais precisos acerca da eficácia do grupo e das variáveis envolvidas em uma intervenção bem-sucedida. Cabe ressaltar que toda intervenção em TCCG visa avaliar os resultados obtidos ao fim da intervenção.

ESTRUTURA DA SESSÃO

A estrutura de sessão em grupo em TCC, proposta por White e Freeman (2003), não difere demasiado da estrutura na modalidade individual. O grupo também tem suas sessões estruturadas e geralmente é baseado em protocolo e cronograma preestabelecidos. Isso não significa que as sessões não possam ser flexíveis, caso necessário, ou que os conteúdos não possam ser mais bem adaptados aos participantes em questão. Um grupo voltado para o manejo de ansiedade provavelmente incluirá nas sessões iniciais de seu protocolo exercícios de relaxamento ou respiração, enquanto temáticas que fogem dos objetivos da sessão deverão ser acolhidas ou até mesmo ser foco de alguns encontros, dentro dos limites do objetivo do grupo. Além disso, também é possível que as intervenções em TCCG prevejam sessões individuais adicionais que podem vir a ser requeridas pelos terapeutas ou pelos pacientes, dentro de um limite preestabelecido, dando suporte para outros pontos que a sessão estruturada talvez tenha mais dificuldade de aprofundar.

As sessões iniciais têm como foco o *rapport* entre os membros e terapeutas, que pode ser desenvolvido por meio de dinâmicas específicas – as famosas "quebra-gelos", que têm como objetivo realizar o primeiro contato entre os participantes e os profissionais. A partir desse momento, é realizado o contrato de trabalho, que visa garantir todo o sigilo necessário para a atividade grupal a ser realizada e segue os princípios do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005). O contrato terapêutico também já é estabelecido, e aqui chamamos atenção para uma questão particular dos grupos: o sigilo. Como atender essa exigência e suscitar confiança entre os membros, uma vez que a prerrogativa do sigilo ético não se aplica aos participantes? Mesmo que essa preocupação não seja verbalizada, o terapeuta deve evidenciar a importância do contrato entre os membros, propondo que os assuntos discutidos no grupo permaneçam ali. Nesse momento, a coesão grupal será um importante fator aliado, pois, além de proporcionar a confiança, também implicará a adesão ao contrato.

A psicoeducação pode ocorrer já na primeira sessão, quando o modelo cognitivo é abordado ou informações sobre a demanda, o tratamento e o prognóstico podem ser inseridas. Nesse momento, a sessão facilmente pode se transformar em uma aula expositiva, o que demandará do terapeuta atenção para o envolvimento dos membros, evitando ao máximo que a sessão assuma um tom de aula. Para isso, o profissional pode utilizar-se de questionamentos ou mesmo um *brainstorm* acerca do tema, bem como munir-se de variados recursos para impulsionar a participação do grupo, como vídeos, materiais impressos ou disparadores, como trechos de literatura e imagens. Neufeld e Maehara (2011), em seu Programa Cognitivo-comportamental para Orientação de Pais em Grupo (PROPAIS), utilizam como elemento disparador para refletir sobre a influência dos comportamentos dos pais sobre os filhos o vídeo *Children see, children do*, feito para uma campanha da National Association for the Prevention of Child Abuse and Neglect (NAPCAN).[1] Trata-se de um material relativamente simples, mas que vem se mostrando muito eficaz em fomentar as discussões acerca dos modelos parentais, por exemplo. O profissional precisa adequar os

materiais à população em questão para que façam sentido, podendo modificar alguns deles se necessário.

Não menos importante é também o momento para a verificação de expectativas e metas acerca do grupo, sendo possível ajustá-las caso seja necessário. É fundamental que o terapeuta esteja atento a expectativas irreais ou diminuídas e discuta essas questões com os demais membros, garantindo, assim, a instilação de esperança no tratamento. Esse fator deve ser mantido em foco durante as sessões iniciais. Os encontros seguintes lançarão a estrutura básica da TCC (Beck, 1997), pautando-se na verificação semanal e do humor, na revisão das tarefas de casa, no objetivo da sessão e da tarefa e no *feedback* final, em consonância com o protocolo de intervenção.

Um aspecto importante da estrutura da sessão é que todo encontro de TCCG foca na apresentação de um material ou tema específico, que é o seu objetivo. Esse ponto talvez seja um pouco diferente da sessão individual em TCC, mas é fundamental que seja observado, uma vez que é ele quem garante o seguimento do protocolo de intervenção.

A agenda da sessão é imprescindível para a utilização mais eficaz do tempo, além de propiciar o sentimento de coesão no grupo (White & Freeman, 2003). Esse momento tem confluência singular dos fatores terapêuticos, uma vez que os membros não somente tentam se ajudar, mas também aprendem com a experiência dos demais, se motivam e enxergam possibilidades que podem estar limitadas até mesmo para o terapeuta.

A duração das sessões é variável, mas em geral os protocolos operam entre 60 e 120 minutos em um encontro semanal, com duração da intervenção se estendendo, em média, entre 8 e 16 sessões. Além do terapeuta, os grupos também podem contar com um coterapeuta e um observador. Em TCCG, a presença de pelo menos um coterapeuta tem-se mostrado um fator terapêutico importante. O papel desse profissional é observar as interações e fatores que ocorrem durante a sessão, mas que podem passar despercebidos pelo terapeuta. Apesar de não ter a mesma responsabilidade imediata na condução da sessão, a divisão de tarefas ocorre igualmente fora do grupo, e a harmonia entre os dois profissionais se faz ímpar para o andamento satisfatório da intervenção (Neufeld, 2011). A observação das reações, verbais ou não, dos

membros pode auxiliar na identificação de fatores e variáveis que influenciam o desfecho do grupo. Muitos fatores processuais estão envolvidos ao mesmo tempo na sessão, tornando necessária a presença de um observador em determinados grupos.

Por exemplo, o Programa Cognitivo-comportamental de Habilidades de Vida para Crianças e Adolescentes (PRHAVIDA), grupo de promoção de saúde em TCCG, conta com observadores desde sua implementação, uma vez que a população infantojuvenil requer maior atenção devido às especificidades da fase (Neufeld, Daolio, Cassiano, Rosseto, & Cavenage, 2014). O observador é responsável pelos registros das sessões, ou seja, acontecimentos e falas relevantes dos membros ou terapeutas que apareceram ao longo do grupo, não interferindo na sessão. No entanto, seu papel também pode se estender para auxílio no manejo sutil de comportamentos inadequados no grupo, como solicitar o fim de uma conversa paralela ou o uso de eletrônicos, por exemplo. Porém, deve-se estar atento à forma como tais registros serão realizados, sendo importante comunicar ao grupo os objetivos e os conteúdos que serão anotados. Não devem ser feitas interpretações sobre os fenômenos que se desenrolam, e deve-se assegurar que as anotações tenham um roteiro com tópicos específicos e repetidos a cada registro (Serrão & Baleiro, 1999).

TAREFA DE CASA

Um dos componentes centrais da TCC (Rees, McEvoy, & Nathan, 2005), a tarefa é especialmente importante em um grupo, devido ao aprendizado proporcionado pela troca de informações com os demais membros. A aprendizagem proporcionada e adquirida por meio das tarefas é tão importante quanto o desempenho satisfatório (White & Freeman, 2003). A revisão da tarefa como parte inicial da sessão auxiliará na aprendizagem a partir da experiência de outros participantes, muitas vezes incentivando o engajamento nesses exercícios a partir do sucesso observado. Os membros podem também encorajar os demais na conclusão dos exercícios, o que pode atuar como um grande motivador (Beck, Coffey, Foy, Keane, & Blanchard, 2009) e configurar-se como um diferencial importante em relação à

modalidade individual. Considerando a percepção de identificação genuína entre os membros em relação a seus problemas, é bem provável que nesse momento os comentários advindos dos participantes sejam mais bem recebidos, independentemente de serem profícuos.

Assim como na modalidade individual (Beck, 1997), é imprescindível que a tarefa seja adequada às capacidades dos pacientes e que o tempo destinado em sessão para sanar dúvidas e trabalhar com possíveis impedimentos e dificuldades seja suficiente. Diferentemente da clínica individual, a comparação em relação ao desempenho fica evidente em um grupo, não porque haja necessariamente competição entre os membros, mas porque há diminuição na esperança quando algum exercício não é executado ou não atinge seus objetivos plenos. A atenção do terapeuta aos momentos destinados à tarefa de casa é fundamental em um grupo (Bieling et al., 2008), considerando o impacto do desempenho e a importância dos *feedbacks* entre os membros. Um paciente pode desacreditar que terá êxito em um exercício de exposição ao verificar que outro membro não encontrou as mesmas dificuldades na tarefa e, consequentemente, desistir do tratamento. Ao terapeuta, cabe, então, destacar que a evolução de cada indivíduo é única e encorajar a participação do grupo sobre dificuldades ou facilitadores encontrados durante o relato.

MODALIDADES DE GRUPOS EM TCC

Os grupos em TCCG podem ser divididos em grupos de prevenção e/ou promoção de saúde e de intervenção terapêutica. Ações preventivas têm como objetivo evitar o surgimento ou a expansão de determinado problema, para consequente redução de sua incidência ou prevalência. Para o desenvolvimento do bem-estar por meio do fortalecimento individual e coletivo, o grupo será de promoção de saúde (Luz, Murta, & Aquino, 2015). Além disso, quatro modalidades de grupos se destacam na literatura em TCCG: os grupos de apoio, os grupos de psicoeducação, os grupos de orientação/treinamento e os grupos terapêuticos.

GRUPOS DE APOIO

De acordo com Neufeld (2011), os grupos de apoio voltam-se para sintomas crônicos que passaram por intervenção ou para quem está em tratamento, sejam cuidadores, sejam pacientes. São geralmente abertos, comportando mais de 15 membros e funcionando bem em ambulatórios. Com sessões semanais, os conteúdos e demandas da sessão são instituídos pelos pacientes. O principal fator terapêutico que se observa é o apoio entre os integrantes. Apesar da vantagem em relação ao número de participantes e à flexibilidade na estrutura e na composição do grupo, é a modalidade com menos literatura em TCCG. No entanto, a TCCG de apoio demonstrou resultados promissores para indivíduos com transtorno de pânico (Dattilio & Freeman, 2004), crianças enlutadas (Register & Hilliard, 2008) pacientes amputados (Reis, Schwab, & Neufeld, 2014) e indivíduos com lesão cerebral, incluindo-se aqui a extensão dos benefícios a seus cuidadores (Backhaus, Ibarra, Parrott, & Malec, 2016).

GRUPOS DE PSICOEDUCAÇÃO

O objetivo desse tipo de grupo é oferecer informações e autoconhecimento sobre os sintomas, demandas ou transtornos dos participantes, que vão desde a natureza do problema até os tratamentos disponíveis e prognósticos. Pode também ser realizado com um número mais elevado de participantes (mais de 15), mas tem sessões mais estruturadas, semanais, pautadas na psicoeducação e na resolução de problemas. Costumam ocorrer em um período curto, entre 4 e 6 semanas (Neufeld, 2011). Delgadillo e colaboradores (2016) avaliaram resultados de 163 grupos de psicoeducação em TCC, com um total de 4.451 participantes, e concluíram que grandes grupos desse tipo são eficazes para a redução de sintomas ansiosos. Resultados positivos foram também encontrados para redução de ansiedade e depressão (Varo, Fernández, Cobos, Gutiérrez, & Aragón, 2006) e no aumento da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (Bechdolf et al., 2010).

GRUPOS DE TREINAMENTO E/OU ORIENTAÇÃO

Esses grupos visam orientar e treinar os participantes para que atinjam mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais. Os grupos são

fechados, com sessões semanais, não excedendo 15 participantes, e ocorrem em mais de oito sessões (Neufeld, 2011). Apesar das semelhanças com grupos psicoeducativos, nesse modelo as técnicas cognitivas e comportamentais são mais utilizadas, com maior foco em exercícios para casa, além de aprofundarem-se no modelo cognitivo e de reestruturação cognitiva. Os efeitos positivos do treinamento de pais podem ser observados na literatura (Caminha & Pelisoli, 2007; Cassiano & Neufeld, 2014; Neufeld & Godoi, 2014), assim como o treinamento de habilidades sociais em adultos ou crianças e adolescentes (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2009; Neufeld et al., 2014a).

GRUPOS TERAPÊUTICOS

Os grupos terapêuticos trabalham com ações estruturadas voltadas para demandas específicas. Têm configuração fechada, com sessões semanais, geralmente não ultrapassando os 12 integrantes e com duração mínima de 12 sessões (Neufeld, 2011). Constituem a maioria dos estudos da literatura em TCCG, e sua eficácia vem sendo demonstrada para uma variedade de demandas, como transtorno obsessivo-compulsivo (Cordioli et al., 2003; Behenck, Gomes, & Heldt, 2016), ansiedade social (Bjornsson et al., 2011; Blanco et al., 2010; Hofmann, 2004; McEvoy, Nathan, Rapee, & Campbell, 2012; Mörtberg et al., 2011), transtornos alimentares (Pinzon et al., 2004; Renjilian et al., 2001), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Barrera, Mott, Hofstein, & Teng, 2013; Beck et al., 2009), ansiedade em crianças (Lau, Chan, Li, & Au, 2009), ajustamento psicossexual em homens (Siddons, Wootten, & Costello, 2013), TDAH em adultos (Vidal et al., 2013), transtornos do humor em idosos (Wuthrich & Rapee, 2013), depressão (Okumura & Ichikura, 2014), resolução de problemas com casais (Bélanger, Laporte, Sabourin, & Wright, 2015), perfeccionismo (Handley, Egan, Kane, & Rees, 2015), reincidência em jovens infratores em liberdade condicional (Jewell, Malone, Rose, Sturgeon, & Owens, 2015), tratamento de insônia (Koffel, Koffel, & Gehrman, 2015), ansiedade de doença (Weck, Gropalis, Hiller, & Bleichhardt, 2015) e transtorno de pânico (Behenck et al., 2016; Wesner, Gomes, Detzel, Guimarães, & Heldt, 2015).

ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS

Para a elaboração de um programa em TCCG, Corey (2000) destaca seis aspectos essenciais, que incluem as questões pré-grupo, estágios inicial, de transição, trabalho e final e questões pós-grupo. Cabe ressaltar, no entanto, que apenas os grupos terapêuticos apresentarão todas as fases mencionadas. As outras três modalidades podem não apresentar todas as etapas.

O planejamento e a escolha da intervenção acontecerão antes do início do grupo, quando se determinarão tipo de grupo, número de sessões, objetivo, estratégias de seleção, entre outras questões pertencentes ao estágio pré-grupo. O momento inicial do grupo destina-se a realizar os primeiros contatos, o contrato terapêutico, a psicoeducação e a sondagem sobre expectativas e metas, além de focar a coesão grupal (Bieling et al., 2008). A depender da demanda, podem ser inseridas estratégias, como as voltadas para o manejo de emoções. Durante a fase de transição, os pacientes começam a perceber certos ganhos com a terapia, mas também podem voltar sua atenção para sintomas que ainda persistem ou mesmo que pioraram. Podem surgir conflitos nessa fase, entre membros e com os profissionais. Preocupações e resistências devem ser acolhidas e discutidas entre o grupo (Bieling et al., 2008).

A intervenção propriamente dita ocorrerá no estágio de trabalho. Nesse momento, é necessário encorajar o *feedback* positivo, o compartilhamento de dificuldades e o aumento do papel ativo dos membros, bem como avaliar fatores terapêuticos mais relevantes que possam estar contribuindo ou não para o desfecho do grupo (Bieling et al., 2008). O foco se volta para o objetivo do grupo e para as crenças, os pensamentos e os comportamentos disfuncionais, com a inclusão das técnicas definidas no protocolo. As habilidades adquiridas até o momento são aprimoradas, e as interações entre os participantes devem estar mais aquecidas, uma vez que se espera que a coesão grupal já esteja fortalecida nesse momento.

O encerramento do grupo, assim como nas sessões individuais, volta-se para a consolidação dos aprendizados e a prevenção de recaída, quando preocupações, dúvidas e descrença sobre a capacidade fora do grupo devem ser trabalhadas. Recursos extras podem ser entregues ao final da terapia,

como cartilhas, vídeos e o planejamento do estágio pós-grupo. Nesse último estágio, são realizados avaliação dos participantes, *follow ups* ou seguimentos, encaminhamentos e avaliação dos terapeutas sobre o percurso do grupo em relação a suas limitações e benefícios (Neufeld, 2011). A influência das questões processuais também deve ser analisada, para avaliar dificuldades ou pontos de aperfeiçoamento.

TÉCNICAS

A literatura da área não é unânime na forma de utilização e classificação das atividades de acordo com sua finalidade (Antunes, 1995; Berkenbrock, 2005; Castilho, 1998; Lima, 2005; Lucchiari, 1993; Marcellino, 2002; Milicic, 1994; Miranda, 2000; Ferreira, 2001; Serrão & Baleiro, 1999; Sugiura, Kaneko, Yamada, & Oda, 1998). Em primeiro lugar, isso se deve ao fato de que as técnicas grupais não são de uso exclusivo do psicólogo; em segundo, ao fato de que uma mesma atividade pode ser utilizada com objetivos diferentes, conforme o propósito do grupo. Cabe, mais uma vez, ao terapeuta ou coordenador desenvolver a habilidade de escolha.

Ter ciência de onde se realiza o grupo também é muito importante para a utilização de técnicas mais eficazes. Muitas vezes, o grupo necessita de uma atividade de um determinado tipo para cumprir seu objetivo. Porém, caso não se esteja atento no momento da escolha, corre-se o risco de usar uma técnica que possa fazer o trabalho desenvolvido até aquele momento ser perdido.

As técnicas utilizadas no momento da intervenção podem ser classificadas como de ordem cognitiva ou comportamental. Em suma, não diferem dos pressupostos básicos encontrados na TCC individual (Beck, 1997), mas sua utilização será adaptada para o contexto do grupo. Técnicas utilizadas no início do grupo têm como objetivo facilitar a interação entre os membros, iniciar o desenvolvimento da coesão grupal e instilar esperança. Alguns exemplos são listados a seguir.

TÉCNICAS DE APRESENTAÇÃO

Esse tipo de atividade, como o próprio nome sugere, deve apresentar os participantes. Em geral, é utilizado em grupos que não se conhecem, mas

pode ser realizado quando o objetivo é que os integrantes tenham um conhecimento mútuo maior entre si. Esse conjunto de atividades é realizado por todos os níveis de grupo propostos por Osório (2003), que sugere classificar os grupos de acordo com os campos em que se fará a atuação: saúde (nesse campo estaria tanto a clínica como a saúde propriamente dita), educação, instituições, comunidades ou esportes. Alguns autores que propõem atividades com essa finalidade são Castilho (1998) e Serrão e Baleiro (1999).

TÉCNICAS DE INTEGRAÇÃO

Serrão e Baleiro (1999) definem esse tipo de atividade como o momento em que os participantes podem aprender realmente a trabalhar em grupo, interagindo e descobrindo as melhores estratégias de se comportar com essas pessoas que realizarão as atividades, tornando-se capaz de exprimir os mais diversos sentimentos em relação às atividades e àqueles que estejam a sua volta, sem perder sua individualidade dentro do grupo. São atividades que podem ser realizadas em diversos tipos de grupos, mas principalmente naqueles que estão em fase inicial de atividade. Na educação, Miranda (2000) propôs atividades bem interessantes que podem ser aplicadas com essa finalidade.

TÉCNICAS DE SENSIBILIZAÇÃO

São atividades realizadas com a finalidade de aquecer e/ou preparar o grupo para uma atividade, podendo ser nomeadas dessa forma, em vez de técnicas de sensibilização, que é um termo mais utilizado pelo psicodrama, que propõe que as pessoas precisam estar preparadas para a tarefa, embora todas as abordagens e níveis de grupos (Osório, 2003) utilizem atividades com essa finalidade, alguns autores que apresentam atividades desse tipo são Antunes (1995) e Mayer (2005).

TÉCNICAS PARA FOMENTAR LIDERANÇA

Esse tipo de temática é bastante utilizado em grupos de nível educacional, institucional e comunitário (Osório, 2003) com a finalidade de

desenvolvimento ou compreensão do assunto pelos participantes do grupo. Algumas vezes, pode ser também trabalhado em grupos esportivos, embora de forma mais discreta e com a intenção de desenvolver apenas um membro, e não trabalhar a temática no grupo em si. Moscovici (1997) é um dos autores que propõe algumas atividades para trabalhar essa temática de forma estruturada e comprovada.

TÉCNICAS FOCADAS NA TAREFA

São todas as atividades principais dos encontros e procuram trabalhar as temáticas centrais para as quais o grupo foi organizado. Um exemplo de trabalho realizado nesse sentido é o de Pereira (2000), que procura relatar atividades que visem ao desenvolvimento de grupos populares, ou seja, os trabalhos comunitários. Outros, como Silva (2002), são direcionados para o desenvolvimento de atividades na Saúde. Algumas técnicas servem para trabalhos bem terapêuticos, como Milicic (1994), Virgolim (1999), Stallard (2004) e R. M. Caminha e Caminha (2011). Outros são de textos que instigam o grupo a refletir sobre a temática necessária para situações variadas (Berkenbrock, 2005; Mayer, 1997). Há também trabalhos com a intenção de desenvolver a questão da aprendizagem, no nível educacional (Ferreira, 2001; Kammi & DeVries, 2009).

TÉCNICAS DE ENCERRAMENTO

Tão importante quanto iniciar um grupo é finalizar suas atividades. Esse aspecto também envolve um conjunto de atividades que podem ser utilizadas nos diferentes níveis de grupos (Osório, 2003). Entretanto, a literatura ainda é escassa nesse sentido, tendo sempre poucas técnicas bem descritas, como as de Lucchiari (1993).

TÉCNICAS DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

A utilização desse tipo de técnica visa trabalhar o desenvolvimento de determinadas habilidades (aquelas que forem descritas como objetivos do grupo). Sua principal característica é que os participantes possam se desenvolver na situação grupal e generalizar esses comportamentos para

outros contextos. Trata-se de um tipo de grupo bastante próprio do nível institucional, o qual visa treinar um grupo de pessoas para uma determinada tarefa. Nesse aspecto, muitas são as atividades e os requisitos necessários para as atividades. Normalmente, elas estão relacionadas com uma temática específica dentro desse treinamento. Autores que relatam atividades para essa proposta são Kirby (1995), Moscovici (1997) e Lima (2005). Dentro dessa modalidade de atividades, também há autores que preferem nomeá-las e trabalhar com a questão dos jogos, como Sugiura e colaboradores (1998).

TÉCNICAS LUDOPEDAGÓGICAS

Para Serrão e Baleiro (1999), as técnicas ludopedagógicas são chamadas de jogos. A finalidade dessas atividades é, em geral, descontrair e/ou dinamizar os grupos. São utilizadas para iniciar encontros, desde que não seja o primeiro, ou, então, como uma forma de fazer o grupo se descontrair depois de uma atividade que tenha exigido muita reflexão (Marcellino, 2002). É um tipo de atividade que também pode ser utilizado em todos os níveis de grupos (Osório, 2003). Além disso, pode-se utilizar dessa forma lúdica com a intenção de desenvolver habilidades específicas necessárias à aprendizagem no nível educacional (Ferreira, 2001, Kammi & DeVries, 2009).

TÉCNICAS DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Esse conjunto de atividades em geral se preocupa com a questão de habilidades necessárias para o relacionamento entre as pessoas. Pode ser utilizado em todos os níveis de modalidades grupais (Osório, 2003), bem como em diferentes momentos, ou seja, no início, meio ou fim dos grupos, conforme a necessidade encontrada pelo coordenador. Pode também ser apenas o único tipo de tema trabalhado, como quando é organizado um grupo para desenvolver habilidades sociais, no caso do contexto da saúde ou educação, ou, então, para melhorar as relações interpessoais, no nível institucional. Apresentam propostas de atividades para essa temática: Mosovici (1997), Sugiura e colaboradores (1998), Z. A. P. Del Prette e Del Prette (2001).

O PROCESSO EM TCCG

Considerando que a TCCG adapta componentes da teoria aplicada na modalidade individual, o que faz alguns estudos apontarem para melhores ou diferentes resultados na modalidade grupal para determinados tratamentos? Renjilian e colaboradores (2001) apontam para a superioridade da intervenção grupal para perda de peso em obesos, mesmo entre os clientes que indicaram preferência pelo tratamento individual. A resposta para essas variações pode ser encontrada nas variáveis existentes provenientes das interações que ocorrem entre os membros do grupo e terapeutas. Apesar de o processo grupal ser constantemente mencionado na literatura sobre TCCG, existe uma falta de clareza quanto ao conceito e mesmo pouquíssima investigação acerca de sua influência. Se as técnicas – bem descritas na literatura – referem-se a todas as estratégias adotadas pelo arcabouço teórico para atingir o objetivo do grupo, como modificações cognitivas, comportamentais e emocionais, o processo pode ser definido como o ". . . conjunto de fatores que surgem da condução da terapia em um formato grupal . . ." (Bieling et al., 2008).

Esses fatores interagem com a intervenção cognitivo-comportamental propriamente dita, influenciando, por conseguinte, o desfecho da intervenção. Alguns desses fatores são: os efeitos dos sintomas sobre o grupo, da melhora/piora de alguns membros, interações entre membros, entre os terapeutas, entre terapeutas e o grupo, efeito da evasão e faltas, adaptabilidade do paciente ao tratamento, remoção do foco de si mesmo, aprendizado e coesão grupal, entre outros, descritos com detalhes na obra dos autores (Bieling et al., 2008). Dessa maneira, a avaliação de um grupo deve atentar para os fatores que podem contribuir ou não para o sucesso da intervenção, em vez de pautar-se apenas nas características técnicas, como número de sessões e estratégias utilizadas.

FATORES TERAPÊUTICOS DE IRWIN D. YALOM E GARY M. BURLINGAME

Além de ter intervenções eficazes comprovadas em diversos estudos, a modalidade grupal pode oferecer vantagens sobre a modalidade individual devido aos fatores terapêuticos nela envolvidos (Van Noppen, Pato, Marsland, & Rasmussen, 1998). Apesar dos elementos potencializadores únicos presentes nesse tratamento, é também preciso o preparo do terapeuta para saber lidar com esses fatores envolvidos na modalidade (Beck & Coffey, 2005). Se um terapeuta no contexto clínico individual pode voltar toda sua atenção para a demanda e as falas do cliente, em um grupo a atenção será dividida entre as falas dos membros e os comportamentos e reações que possam interferir nos objetivos da intervenção. Por exemplo, é preciso administrar o tempo destinado a cada participante e, mesmo, observar se a atenção dos demais não fica dispersa no momento em que um membro ou terapeuta se comunica, além de, claro, fazer os participantes tornarem-se ativos no processo de mudança, tanto para consigo quanto para com os demais.

Yalom e Leszcz (2008) descrevem os fatores terapêuticos envolvidos nos grupos como os elementos envolvidos no complexo processo de mudança que ocorre por meio das interações de experiências humanas. Os 11 fatores primários propostos são interdependentes e não ocorrem ou funcionam separadamente. São eles: instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, recapitulação corretiva do grupo familiar primário, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, aprendizado interpessoal, coesão grupal, catarse e fatores existenciais. No entanto, tomando por base o fato de que os estudos de Yalom e Leszcz (2008) se encontram ancorados nas teorias psicodinâmicas, a literatura em TCCG encontrou dados de existência de oito dos fatores mapeados por Yalom e Leszcz (2008), que serão aprofundados a seguir. Além disso, os autores da TCCG Burlingame, MacKenzie e Strauss (2004) acrescentam outros três fatores: a estrutura do contexto, o paciente e a liderança do terapeuta.

Reconhecer o impacto desses fatores é fundamental para uma melhor compreensão do processo terapêutico e o consequente aprimoramento das intervenções em grupo, e fatores terapêuticos específicos podem, então,

desempenhar um papel diferente a depender da demanda, variando ao longo da intervenção em relação ao seu aparecimento ou importância (Behenck et al., 2016). No que se refere à relação entre os preceitos da TCC e esses fatores terapêuticos, Bieling e colaboradores (2008) descrevem como eles se aplicam na intervenção em TCCG. Por exemplo, a instilação de esperança e sua manutenção ao longo do grupo é de extrema importância para manter o paciente em terapia (Yalom & Leszcz, 2008), o que poderá ser potencializado na TCCG durante a psicoeducação e o contrato terapêutico, quando o terapeuta irá discorrer sobre a eficácia e os resultados do tratamento e informará sobre a demanda e seu prognóstico. Conhecer mais sobre a dificuldade enfrentada é fundamental nesse processo de instilação de esperança (Neufeld, 2011). Em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), esse foi o fator terapêutico mais pontuado durante o grupo (Behenck et al., 2016).

É comum que muitos indivíduos procurem ajuda acreditando que seus problemas são raros e inéditos. Quando descobrem que outras pessoas estão passando por dificuldades parecidas, tanto em relação aos sintomas quanto às estratégias de enfrentamento, o fator referente à universalidade entra em cena. Basicamente, quando ouvem dos demais membros relatos semelhantes, se dão conta de que não estão enfrentando seus problemas particulares sozinhos, o que por si já pode servir como alívio inicial (Yalom & Leszcz, 2008). Esse senso de pertencimento gerado pode impulsionar a coesão grupal (Bieling et al., 2008). A homogeneidade buscada pela TCCG na composição dos grupos para garantir melhores resultados de intervenção irá favorecer a descoberta das dificuldades semelhantes nos demais membros do grupo (Neufeld, 2011).

Em um grupo, uma das características mais palpáveis talvez seja o compartilhamento de informações que ocorre entre os participantes. O compartilhamento pode ser feito por meio da instrução didática – com aconselhamento, sugestões, orientações, psicoeducação – e do conselho direto, em que o benefício relacionado ao fator concerne mais ao interesse mútuo do que ao conteúdo em si. Grupos de autoajuda, como o Alcoólicos Anônimos, são permeados por esse fator (Yalom & Leszcz, 2008). A psicoeducação e a prevenção de recaída, características consolidadas da TCC,

são formas de compartilhamento de informações por parte do terapeuta. A revisão das tarefas no início das sessões de TCCG também permite que os demais membros aconselhem ou orientem, momento em que também o encorajamento da participação ativa e os conteúdos trabalhados explícitos permitem concluir que a TCC contribui para esse fator grupal.

O altruísmo refere-se à ajuda oferecida entre os membros, por meio de suporte, conselhos e escuta empática, sendo o ato de ajuda tão importante quanto seu recebimento (Yalow & Leszcz, 2008). Mediante estratégias como coleta de evidências, questionamento socrático, avaliações sobre pensamentos e comportamentos disfuncionais e avaliações sobre a tarefa de casa, a TCCG proporciona a interação e a participação ativa entre os membros sobre a demanda, facilitando os comportamentos de altruísmo (Bieling et al., 2008). Nesse sentido, Beck e Coffey (2005) refletem acerca da pressão que o grupo pode exercer por meio do apoio social, uma vez que alguns membros podem se sentir pressionados para atingir os resultados dos demais. O terapeuta deve, então, estar atento a essa ocorrência e perceber se está encorajando ou pressionando seu paciente.

Behenck e colaboradores (2016) concluem que o formato grupal fornece e facilita a experimentação de comportamentos novos e mais adaptáveis, além de contribuir para a correção de distorções cognitivas ao permitir a identificação de comportamentos mais adaptativos em outros membros, que são validados pelo grupo. Cada membro serve de modelo para os demais, e novos comportamentos podem ser testados, o que talvez não acontecesse fora desse contexto de intervenção, favorecidos pelo aprendizado interpessoal e comportamento imitativo.

Nesse sentido, o grupo também permitirá que ocorra o aprendizado interpessoal, fator terapêutico complexo que surge a partir das interações entre os membros, refletindo esses padrões aprendidos ao longo da vida, mas que agora sofrem intervenção dos demais indivíduos que compõem o grupo, seja por meio de comentários, seja por meio da percepção de outros padrões de funcionamento mais bem-sucedidos (Yalom & Leszcz, 2008). Em TCC, o treino de habilidades sociais pode ser um exemplo de um grupo diretivo, desenvolvendo habilidades e corrigindo déficits. Entretanto, mesmo em um

grupo sem esse foco específico, é possível observar comportamentos mais assertivos e empáticos sendo desenvolvidos, e mesmo a socialização inerente do grupo permitirá a exposição em casos de pacientes com fobia social, por exemplo. Essa mesma característica do grupo se aplica aos comportamentos imitativos, engajando os participantes em novos comportamentos instigados por modelos que deram certo (Bieling et al., 2008).

A coesão grupal é indicada como elemento fundamental na melhora de pacientes com ansiedade social (Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling, & McCabe, 2007) e demonstrou ser um fator importante para intervenção com psicóticos (Lacomte, Leclerc, Wykes, Nicole, & Baki, 2015). Remete à atração que os participantes têm pelo grupo e pelos outros membros, crucial para o desenvolvimento, a confiança, a aceitação e o apoio entre os membros (Bieling et al., 2008). Pode ser definida como análoga à relação estabelecida na terapia individual (Yalom & Leszcz, 2008). Quando um grupo demonstra coesão deficitária, é bem provável que comportamentos recorrentes, como faltas, desistências ou mesmo interações complicadas, sejam observados. Para o trabalho da coesão grupal, Beck e Coffey (2005) utilizaram, em um grupo para indivíduos com TEPT, um ritmo mais lento de intervenção, com ênfase na construção do grupo desde o início. O apoio entre os participantes também foi incentivado, com as exposições voltando-se para a compreensão individual dos princípios, em vez do foco em exercícios específicos.

Já Burlingame e colaboradores (2004) propõem outros fatores que ocorrem no grupo e que influenciarão os desfechos terapêuticos do tratamento, explicando a melhora do paciente nessa modalidade. O primeiro fator refere-se à teoria formal da mudança, que consiste basicamente nos princípios nos quais a intervenção será estruturada. Assim, será feita a escolha do protocolo a ser utilizado, do plano de sessão e dos mecanismos de mudança a partir dos estudos de eficácia e efetividade. Como fato já consolidado, a TCC configura-se como teoria baseada em evidências; portanto, a escolha do tipo de intervenção será baseada na literatura científica disponível e no melhor tratamento encontrado até o momento.

Os autores também se referem ao grupo como ambiente terapêutico e fonte de mudança, sendo observados os princípios do processo de pequenos

grupos como fatores terapêuticos, ou seja, as relações interpessoais que ocorrem quando os indivíduos estão nesse contexto de intervenção (Bieling et al., 2008) e como elas irão influenciar o desfecho do grupo. Nesse sentido, paciente e terapeuta também são vistos como fatores terapêuticos, uma vez que têm características da demanda ou do estilo de liderança dos profissionais. Nenhuma intervenção está livre da influência da personalidade dos membros, mas, no grupo, esta se potencializa devido à complexidade das interações, o que deve ser muito bem observado no momento de seleção e avaliação, com o objetivo principal de não prescrever erroneamente a TCCG como forma de tratamento. A depender da demanda, o indivíduo poderá comprometer o andamento do grupo, e, como resultado provável, nenhum dos integrantes sairá beneficiado.

Fatores estruturais do grupo são de ordem mais "prática", envolvendo questões como duração da intervenção, número de sessões, intensidade, frequência, tamanho, local, questões culturais, entre outras variáveis que podem influenciar o desfecho do grupo. Por fim, a interconexão desses fatores estaria, então, nas mãos do terapeuta. Todos esses fatores são constatados no modo como a TCCG se organiza, considerando a estrutura das intervenções, o uso de protocolos, o trabalho com grupos homogêneos, fechados, sem desconsiderar características imprescindíveis ao profissional da TCC. Os elementos únicos presentes no grupo têm o poder de potencializar o tratamento, mas, caso o terapeuta não saiba lidar com essas interações, o desfecho positivo do grupo pode ser dificultado. Observa-se a tênue linha que separa os fatores terapêuticos da interação danosa – as ações entre os participantes devem ser mediadas de modo que esse suporte possa ser proveitoso (Beck & Coffey, 2005).

PROCESSO EM DEMANDAS ESPECÍFICAS EM TCCG

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) tem algumas características que devem consideradas quando se opta por um tratamento grupal. Primeiramente, trata-se de um transtorno com muitas características diferentes em relação aos tipos de obsessão e compulsões, variando muito em conteúdo e comportamentos relacionados, além de comorbidades

frequentemente associadas. Dessa maneira, a heterogeneidade pode dificultar a coesão e a universalidade do grupo. Ainda, os diferentes sintomas e gravidade podem promover o contágio entre os pacientes, bem como a percepção distorcida de sua evolução ao comparar-se a membros que evoluíram devido a especificidades de seu problema (Bieling et al., 2008). Sessões mais longas e com um número reduzido e devidamente triado de pacientes, um cronograma estruturado, mas que também possa voltar-se às demandas específicas de cada membro e com foco sobre a recaída e a pulverização de sintomas, constituem características que podem resultar em desfechos mais positivos. Van Noppen e colaboradores (1998) indicam que fatores como universalidade e altruísmo podem ajudar a promover e manter mudanças entre participantes com TOC. Em um estudo recente de Behenck e colaboradores (2016), os fatores terapêuticos mais pontuados pelos pacientes foram instilação de esperança e universalidade, seguidos de recapitulação familiar, aprendizado interpessoal, autoconhecimento e fatores existenciais, os três últimos associados a melhora na ansiedade e nos sintomas específicos do TOC.

O tratamento em grupo para transtorno de ansiedade social parece um tanto paradoxo, pois interações grupais são situações muito temidas por esses pacientes. No entanto, dois fatores terapêuticos podem potencializar o tratamento: a aprendizagem interpessoal e a universalidade. Apesar de ansiogênico, o grupo também atua como um local para o treino de exposição e o recebimento de *feedbacks* imediatos, e os participantes se beneficiam com o aprendizado interpessoal. Ainda, como pacientes com esse transtorno podem carecer de habilidades sociais, o grupo pode atuar positivamente nesse sentido. Bieling e colaboradores (2008) destacam o número reduzido de pacientes (aproximadamente seis participantes) e a necessidade de certa homogeneidade das demandas, no sentido de garantir que nenhuma característica individual seja muito destoante e aumente a ansiedade perante o grupo. Além desses fatores, Choi e Park (2006) demonstram que a aprendizagem interpessoal, a orientação, a universalidade e a coesão grupal são fatores importantes no tratamento da ansiedade social.

Na experiência dos autores deste capítulo, a adesão ao grupo é um fator importante a ser trabalhado, antes mesmo de o grupo começar. Como contamos com a experiência de um serviço público, muitos pacientes podem ter se inscrito há muito tempo ou mesmo ter tido outras expectativas a respeito da terapia. O próprio momento de triagem pode ser tão ameaçador que sua inserção no tratamento em TCCG pode ser comprometida. Assim, a partir do momento em que se tem uma lista de participantes elegíveis para a triagem, as próprias ligações devem ser pensadas e treinadas para soarem menos ameaçadoras, mais claras, com informações concretas sobre o grupo e também com um tom indiretamente motivador, uma vez que o tratamento soará extremamente ansiogênico. Os locais são sempre mais reservados, e o terapeuta sempre deixa clara a função de algum coterapeuta ou observador, além de trabalhar intensamente a coesão grupal. Assim como no TOC, o momento das exposições e das tarefas de casa pode ser muito difícil, pois, além de serem comuns tentativas que não atingiram seu objetivo, muitos podem sentir que não estão avançando ao ver o progresso dos demais. Dessa maneira, o terapeuta deve reforçar qualquer tentativa como um objetivo parcialmente atingido, bem como manejar as diferenças existentes entre cada membro, focando no compartilhamento de informações, na instilação de esperança e no desenvolvimento de técnicas de socialização.

O processo grupal no tratamento da depressão pode ser, evidentemente, como outros transtornos, dificultado pelas suas características. No entanto, sintomas característicos como anedonia, pessimismo, negativismo e cansaço podem ter um impacto maior na adesão do grupo e na universalidade. A depender do quadro em que o paciente se encontra, tarefas simples podem ser muito difíceis de ser realizadas, cabendo ao(s) terapeuta(s) foco na empatia, no encorajamento e na persistência com as tarefas e o tratamento em si (Bieling et al., 2008). Assim, instilação de esperança e altruísmo talvez sejam fatores que mereçam maior atenção nesse tipo grupo, bem como a motivação à adesão ao tratamento. O terapeuta, portanto, deve continuamente intervir com os membros nesse sentido. Oei e Browne (2006) indicam, porém, que a liderança menor do profissional nesse tipo de grupo associou-se a resultados

positivos, bem como a maior senso de independência percebido pelos participantes.

As sessões iniciais da TCCG para abuso de substâncias recaem sobre motivação e psicoeducação sobre o tipo de uso da droga, sendo essa abordagem menos agressiva e confrontadora que as tradicionais no combate à "negação" (Bieling et al., 2008). Portanto, o estilo e a liderança do terapeuta irão influenciar os desfechos positivos desses grupos, uma vez que terapeutas mais focados na aceitação e na redução de danos inicial provavelmente encontrarão sucesso maior em contraposição a estilos mais rígidos e incisivos. Ao lidar com o abuso de substâncias, o terapeuta deve ter em mente que os objetivos do grupo seguirão os estágios do consumo e que os ganhos podem ser menos palpáveis, pelo menos inicialmente, em comparação a outros transtornos cuja etiologia dos sintomas seja diferente. Fatores como instilação de esperança, altruísmo e compartilhamento de informações certamente serão observados e reforçados ao longo dos grupos.

O tratamento do transtorno de pânico deve seguir com grupos pequenos e homogêneos, bem como precisa ser pautado na coesão grupal, dadas as recaídas características do transtorno. Além disso, o terapeuta deve ficar atento à contaminação de pensamentos, que pode ocorrer ao longo do grupo a partir do compartilhamento de experiências entre os membros (Bieling et al., 2008). Em grupos com pacientes com transtorno de pânico, Behenck e colaboradores (2016) apontam como significativamente úteis durante o curso do tratamento o altruísmo, a aprendizagem interpessoal, a orientação, a identificação, a autocompreensão e fatores existenciais. Os diferentes fatores, por sua vez, variam em relevância de acordo com o momento do grupo. Por exemplo, aprendizagem interpessoal e orientação se tornaram mais evidentes e decisivas com o início das técnicas cognitivas e com a confrontação dos medos, que ocorreram na 4ª e 10ª sessão, respectivamente.

Sabe-se que os trabalhos em grupo com transtornos alimentares e obesidade podem ser bastante efetivos, pois os membros do grupo podem servir como modelos para os outros em termos de mudança de comportamento. Além disso, a questão da heterogeneidade dos participantes pode ser um facilitador para a efetividade das atividades realizadas, bem

como da integração entre eles (Luz & Oliveira, 2013; Melo, Bergmann, Neufeld, Machado, & Conceição, 2014). No entanto, é necessário grande investimento por parte dos terapeutas quanto a motivação e comprometimento, uma vez que frequentemente os pacientes com transtornos alimentares não conseguem enxergar a gravidade do transtorno ou até mesmo o fato de que têm problemas (Bieling et al., 2008). Assim, também, indivíduos com sobrepeso ou obesidade podem ter dificuldades em vislumbrar os benefícios de longo prazo e não se engajar nas medidas do tratamento, podendo apresentar expectativas irreais acerca dele. O foco na motivação, bem como na coesão do grupo no início do tratamento, pode facilitar o comprometimento. Em nossa experiência com o grupo de reeducação alimentar PRO-META (Programa Cognitivo-Comportamental de Educação Alimentar em Grupo – Neufeld, Affonso, & Moreno, 2014), observamos que o tratamento multiprofissional é essencial, pois apenas a reestruturação cognitiva muitas vezes não será capaz de atingir os objetivos do grupo e promover mudanças palpáveis durante a terapia. Além disso, um contrato terapêutico bem estabelecido no início e o compartilhamento de informações realistas sobre a perda de peso vêm se mostrando essenciais para a adesão e resultados positivos do grupo.

De acordo com Bieling e colaboradores (2008), o tratamento em grupo para transtornos da personalidade não é uma escolha comum, dada a heterogeneidade de sintomas e a complexidade do tratamento. Os autores destacam a dificuldade desses pacientes em dar e receber *feedbacks* no grupo, mas também que a modelação a partir de experiências e comportamentos alheios, além da estimulação na participação ativa no tratamento, são fatores positivos proporcionados pelo contato com o grupo. Além disso, o suporte e a universalidade encontrados entre os membros, o formato psicoeducativo, a motivação para a terapia individual e a autoconsciência interna e externa também podem ser ganhos importantes do tratamento em grupo. No entanto, é de extrema importância que os pacientes com transtornos da personalidade concordem com a modalidade de tratamento (Bieling et al., 2008). O terapeuta que se propuser a trabalhar com esses transtornos deve ter amplo conhecimento sobre os diferentes tratamentos existentes, bem como sobre o

funcionamento de cada transtorno, devendo adaptar seu estilo de liderança e percepção acerca de fatores terapêuticos facilitadores para cada demanda.

OS TERAPEUTAS DE GRUPOS

Os desafios de um grupo vão além do atendimento individual de pessoas em grupo, considerando que os terapeutas devem equilibrar sua atenção às relações entre os membros e os objetivos da sessão, o que nos leva a concluir que o estilo do profissional será uma variável importante no desfecho do grupo (Bieling et al., 2008; Burlingame et al., 2004). Poucos estudos consideram as características de seus terapeutas nos resultados obtidos após a intervenção. Questões que vão desde a formação e o treinamento do profissional até o ajuste à teoria e as habilidades para lidar com pacientes em um contexto grupal devem ser levadas em consideração. O relacionamento terapêutico é crucial para as relações estabelecidas com o terapeuta e também entre membros, uma vez que, dependendo do estilo de liderança, elas podem ser dificultadas ou pouco expandidas.

Assim como na prática individual, esperam-se do terapeuta de grupo características básicas, como empatia genuína, intervenções baseadas em evidências, foco no questionamento socrático e no empirismo colaborativo, esclarecimento de métodos empregados e informações acerca da demanda e do tratamento, encorajamento ao *feedback*, intervenção sobre possíveis dificuldades encontradas na relação terapêutica, entre outras características básicas que não diferem das propostas tradicionais da TCC. No entanto, como mencionado, o profissional de grupo deverá compreender os fatores envolvidos nessa modalidade, além de precisar ter atenção redobrada e respostas rápidas para os acontecimentos dos encontros. Beck e Coffey (2005) assemelham o terapeuta a um treinador, que valida e tem consciência das dificuldades de cada membro, mas também incentiva e impulsiona os participantes para além de seus limites.

Limitações específicas também devem poder ser manejadas pelo profissional, como, por exemplo, características de personalidade ou demanda de um paciente diferentes das apresentadas em avaliação prévia ou mesmo a limitação causada pelo tempo e duração da intervenção. Não menos

importante é a relação que é estabelecida em um grupo que dispõe de coterapeuta. Caso haja atritos e oposições, a sintonia necessária será dificultada, e, como consequência, a intervenção e as interações serão prejudicadas. Considerando a complexidade da modalidade grupal, o treinamento dos profissionais deve ser prioridade, e as características oportunas do estilo de liderança devem ser cada vez mais investigadas e aprimoradas para garantir melhores resultados da TCCG.

Além disso, o profissional precisa ter habilidades para lidar com outras técnicas além do relato verbal, para que possa ter a participação daqueles pacientes que são poucos verbais e para dar espaço à participação de todos os membros. A facilidade para utilização de técnicas diversas e lúdicas pode auxiliar no bom andamento do grupo.

ESTRATÉGIAS DE MANEJO DE PACIENTES DIFÍCEIS

Bieling e colaboradores (2008) indicam que todo grupo pode ter problemas provenientes de três áreas: processo grupal, liderança do terapeuta e pacientes difíceis. Em relação ao último campo, cinco perfis comumente encontrados em grupos são propostos: quieto e calado, arrogante, ajudante, descrente e errante. O primeiro protótipo descreve aquele paciente mais tímido e pouco participativo, a ponto de a falta de abertura quanto ao tratamento poder prejudicar sua permanência no grupo. Assim, os autores sugerem a empatia e o reforço com as pequenas comunicações, além da extração mais sutil dos conteúdos, trazendo para o grupo a avaliação e a identificação com os acontecimentos do participante com dificuldade. Não é descartada a possibilidade de discutir os sentimentos sobre estar no grupo, exemplificando com possíveis dificuldades encontradas nesse membro.

Para lidar com o membro arrogante, Bieling e colaboradores (2008) sugerem não reforçar falas prolongadas e conter, quando necessário, comportamentos inapropriados. Exemplos dessas estratégias são desviar o olhar ou intervir no meio da fala, propondo a participação dos outros membros sobre a questão. O coterapeuta pode auxiliar o líder nesse manejo. É muito importante a intervenção com os pacientes que monopolizam o tempo do grupo, pois, além de prejudicarem a si mesmos com a interferência

na agenda da sessão, também prejudicam os demais membros, podendo enfraquecer a motivação destes para a permanência no grupo.

O estilo ajudante também costuma emitir comportamentos inadequados durante a intervenção, como oferecer diversos conselhos sobre como os membros deveriam lidar com determinada situação ou sobre como o próprio terapeuta deveria agir. Generalizações são comuns, assim como o distanciamento das próprias adversidades, momento que merece intervenção do terapeuta. Em nosso grupo de orientações voltado para pais (PROPAIS), são muito comuns regras acerca de estilos parentais ou sobre comportamentos desejados nos filhos, como indicar práticas punitivas eficazes ou expressar regras que regem as práticas educativas, como "as - crianças de hoje em dia não respeitam mais, é necessário educá-las com mais firmeza". Já tivemos casos de participantes que trouxeram materiais como proposta de discussão para o grupo. O engajamento, evidentemente, é incentivado; no entanto, em alguns momentos, a interferência do participante pode desviar o grupo de seus objetivos e também ser danosa. Certa vez nos deparamos com uma mãe que afirmou ser muito importante para a educação do filho mostrar notícias sobre crianças que foram sequestradas por saírem de casa sozinhas ou desobedecerem aos pais. A intervenção, mais uma vez, volta-se para trazer para o grupo a questão levantada, incentivando e mediando o *feedback* dos demais membros.

O participante pessimista é descrito pelos autores como descrente. É aquele indivíduo que sempre desafia o terapeuta e o tratamento, destacando pontos que considera negativos e que são sinônimos de fracasso. O profissional não deve permitir que comentários do tipo sejam levados muito adiante, acolhendo a frustração e destacando a responsabilidade pessoal em continuar com o tratamento. Em nosso PRO-META, observamos algumas dificuldades referentes à adesão dos membros, dado o tempo e as dificuldades complexas encontradas na perda de peso. Muitas vezes, após um episódio de compulsão alimentar, por exemplo, o participante chega pessimista à sessão e foca sua atenção em sua recaída, demonstrando desesperança elevada ante a resolução de seu problema. Dessa maneira, a psicoeducação referente a demanda, tratamento e suas possibilidades, ao

prognóstico, aos diversos fatores envolvidos na perda de peso e no objetivo primário do grupo (mudanças na cognição, na emoção e no comportamento associadas à alimentação) deve ser destacada e retomada quando necessário. Além disso, estratégias como contato telefônico após faltas, foco no contrato terapêutico e regras do grupo, além do incentivo direto ao comparecimento do paciente, são adotadas (Neufeld et al., 2014b).

Já o membro errante é aquele que sempre falta, chega muito atrasado ou sai antes, fazendo sua participação ser inconsistente. Esse comportamento pode ocorrer por diversas razões, sendo necessário revisar o contrato. Bieling e colaboradores (2008) indicam que a intervenção nesse caso deve ser feita tão logo se perceba esse padrão de comportamento. Não há benefício em sua participação, nem mesmo para os demais do grupo. Em último caso, uma sessão individual pode ser realizada para relatar as dificuldades que vêm sendo observadas e indicar alternativas de tratamento mais adequadas ao perfil em questão. Nesse caso, todos os grupos devem contar com um contrato terapêutico bem definido, e as regras estabelecidas no início devem ser aplicadas rigorosamente, para que esses comportamentos não "contaminem" demais membros do grupo. Em todos os casos, o terapeuta deve intervir de maneira sutil, encorajando o grupo a refletir sobre o tema em questão. Além disso, *feedbacks* são sempre requisitados, e os conteúdos que possam surgir devem ser acolhidos e trabalhados. Apesar das dificuldades encontradas nesses membros, o terapeuta não pode perder a postura terapêutica e profissional, mesmo porque é a partir desse papel e das intervenções estabelecidas como líder que essas dificuldades poderão ser contornadas com sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo visou abordar os aspectos que julgamos mais relevantes no que tange a técnica e o processo em TCCG. No entanto, cabe ressaltar que o apresentado aqui não esgota as possibilidades de reflexão a respeito. Dessa forma, trata-se apenas de um ponto inicial de discussão que subjaz a estrutura deste livro como um todo. Aprofundamentos poderão ser encontrados nos

capítulos que se seguem e que visam lançar luz sobre aspectos específicos de demandas e transtornos que podem se beneficiar de uma intervenção grupal em TCC.

REFERÊNCIAS

Antunes, C. (1995). *Manual de técnicas de dinâmica de grupo de sensibilização de ludopedagogia* (9. ed.). Petrópolis: Vozes.

Berkenbrock, V. J. (2005). *Histórias para dinamizar reuniões* (2. ed.) Petrópolis: Vozes.

Backhaus, S., Ibarra, S., Parrott, D., & Malec, J. (2016). Comparison of a cognitive-behavioral coping skills group to a peer support group in a brain injury population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 97*(2), 281-291.

Barrera, T. L., Mott, J. M., Hofstein, R. F., & Teng, E. J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 33*(1), 24-32.

Bechdolf, A., Knost, B., Nelson, B., Schneider, N., Veith, V., Yung, A. R., & Pukrop, R. (2010). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(2), 144-150.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. G., & Coffey, S. F. (2005). Group cognitive behavioral treatment for PTSD: treatment of motor vehicle accident survivors. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*(3), 267-277.

Beck, J. G., Coffey, S. F., Foy, D. W., Keane, T. M., & Blanchard, E. B. (2009). Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: An initial randomized pilot study. *Behavior Therapy, 40*(1), 82-92.

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, 37*(6), 392-399.

Bélanger, C., Laporte, C., Sabourin, S., & Wright, J. (2015). The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. *The American Journal of Family Therapy, 43*(2), 103-118.

Berkenbrock, V. J. (2005). *Histórias para dinamizar reuniões* (2. ed.) Petrópolis: Vozes.

Bieling, P. J., McCabe R. E., & Antony, M. M. (2008). Terapia cognitivo-comportamental em grupos. Porto Alegre: Artmed.

Bjornsson, A., Bidwell, C., Brosse, A., Carey, G., Hauser, M., Seghete, K. L. M., ... Craighead, W. E. (2011). Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety, 28*(11), 1034-1042.

Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Fresco, D. M., Chen, H., Turk, C. L., ... Liebowitz, M. R. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*(3), 286-295.

Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert, A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 647-696). New York: Wiley.

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2011). *Baralho das emoções: Acessando a criança no trabalho clínico* (4. ed.). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Caminha, M. G., & Pelisoli, C. (2007). Treinamento de pais: Aspectos teóricos e clínicos. In R. M. Caminha, & M. G. Caminha, *A prática cognitiva na infância* (pp. 274-289). São Paulo: Rocca.

Cassiano, M., & Neufeld, C. B. (2014). PROPAIS II – Programa Cognitivo-Comportamental de Orientação de Pais visando à promoção de saúde. In C. B Neufeld (Org.), *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 148-181). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Castilho, A. (1998). *A dinâmica do trabalho em grupo*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

Choi, Y. H., & Park, K. H. (2006). Therapeutic factors of cognitive behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Korean Medical Science, 21*(2), 333-336.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2005). *Código de ética profissional*. Brasília: CFP.

Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, B. D., Margis, R., Sousa, M. B., Tonello, F. J., ... Kapzinski, F. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *72*(4), 211-216.

Corey, G. (2000). *Theory and practice of group counseling*. California: Wadsworth Thomson Learning.

Dattilio, F. M., & Freeman A. (2004). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2009). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática* (4. ed.). Petrópolis: Vozes.

Delgadillo, J., Kellett, S., Ali, S., McMillan, D., Barkham, M, Saxon, D., … Lucock, M. (2016). A multi-service practice research network study of large group psychoeducational cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy, 87*, 155-161.

Ferreira, M. (2001). *Ação psicopedagógica na sala de aula: Uma questão de inclusão*. São Paulo: Paulus.

Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, E. R., & Rees, C. S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy, 68*, 37-47.

Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 392-399.

Jewell, J. D., Malone, M. D., Rose, P., Sturgeon, D., & Owens, S. (2015). A multiyear follow-up study examining the effectiveness of a cognitive behavioral group therapy program on the recidivism of

juveniles on probation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 59*(3), 259-272.

Kamii, C., & DeVries, R. (2009). *Jogos em grupo na educação infantil*. Porto Alegre: Artmed.

Kirby, A. (1995). *150 jogos de treinamento*. São Paulo: T&D.

Koffel, E. A., Koffel, J. B., & Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews, 19*, 6-16.

Lacomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., Nicole, L., & Baki, A. A. (2015). Understanding process in group cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychology and Psychotherapy, 88*(2), 163-177.

Lau, W., Chan, C. K., Li, J. C., & Au, T. K. (2009). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy, 48*(11), 1067-1077.

Lima, L. de O. (2005). *Dinâmicas de grupo na empresa, no lar e na escola: Grupos de treinamento para a produtividade*. Petrópolis: Vozes.

Lucchiari, D. H. P. S. (1993). Planejamento por encontros. In D. H. P. S. Lucchiari (Org.), *Pensando e vivendo a orientação profissional* (2. ed., pp. 22-34). São Paulo: Summus.

Luz, J. M. O., Murta, S. G., & Aquino, T. A. A. (2015). Programas de promoção de saúde mental em grupo para adolescentes. In C. B Neufeld (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 52-71). Porto Alegre: Artmed.

Luz, F. Q., & Oliveira, M. S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: Uma revisão da literatura. *Aletheia, 40*, 159-173.

Marcellino, N. C. (2002). *Repertório de atividades de recreação e lazer* (3. ed.). Campinas: Papirus.

Mayer, C. (2005). *Dinâmica de grupo: Ampliando a capacidade de interação.* Campinas: Papirus.

McEvoy, P. M., Nathan, P., Rapee, R. M., & Campbell, B. N. C. (2012). Cognitive behavioural group therapy for social phobia: Evidence of transportability to community clinics. *Behaviour Research and Therapy, 50*(4), 258-265.

Melo, W. V., Bergmann, C., Neufeld, C. B., Machado, P. P. P., & Conceição, E. (2014). A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *10*(2), 84-92.

Milicic, N. (1994). *Abrindo Janelas.* Campinas: Editorial Psy II.

Miranda, S. (2000). *Essa você aprende brincando: Atividades recreativas para sala de aula* (3. ed.). Campinas: Papirus.

Mörtberg, E., Clark, D. M., & Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: Sustained improvement at 5-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(8), 994-1000.

Moscovici, F. (1997). *Desenvolvimento interpessoal: Treinamento em grupo* (7. ed.). Rio de Janeiro: José Olympio.

Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2. ed., pp. 737-750). Porto Alegre: Artmed.

Neufeld, C. B. (2015). *Aspectos distintivos de las terápias cognitivo conductuales en grupos*. Anais del Congreso Español de Psicología Clínica.

Neufeld, C. B. (Org.). (2014). *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos.* Novo Hamburgo: Sinopsys.

Neufeld, C. B., Affonso, G., & Moreno, A. L. (2014b) PRO-META: Programa Cognitivo-Comportamental de Educação Alimentar em Grupo. In C. B. Neufeld (Org.), *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 44-79). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Neufeld, C. B., Daolio, C. C., Cassiano, M., Rossetto, C. P. F., & Cavenage, C. C. (2014a). PRHAVIDA – Programa Cognitivo-Comportamental de Habilidades de Vida para crianças e adolescentes. In Neufeld C. B. (Org.), *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 80-115). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Neufeld, C. B., & Godoi, K. (2014). PROPAIS I – Tópicos cognitivo-comportamentais de orientação de pais em contexto de atendimento clínico. In C. B Neufeld (Org.), *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 116-147). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Neufeld, C. B., & Maehara, N. P. (2011). Um programa cognitivo-comportamental de orientação de pais em grupo. In M. G. Caminha, & R. M. Caminha (Org.), *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil* (pp. 149-174). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Oei, T. P. S., & Browne, A. (2006). Components of group processes: Have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive-behaviour therapy program? *American Journal of Psychotherapy, 60*(1), 53-70.

Okumura, Y., & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 164*, 155-164.

Osório, L. C. (2003). *Psicologia grupal: Uma nova disciplina para o advento de uma era.* Porto Alegre: Artmed.

Pereira, W. C. C. (2000). *Dinâmica de grupos populares* (16. ed.). Petrópolis: Vozes.

Pinzon, V., Gonzaga, A. P., Cabelo, A., Labaddia, E., Belluzzo, P., & Fleitlich-Bilyk, B. (2004). Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *31*(4), 167-169.

Rees, C. S., McEvoy, P., & Nathan, P. R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(4), 242-247.

Register, D. M., & Hilliard, R. E. (2008). Using orff-based techniques in children's bereavement groups: A cognitive-behavioral music therapy approach. *The Arts in Psychotherapy, 35*(2), 162-170.

Reis, A. H., Schwab, J. A., & Neufeld, C. B. (2014). Relato de experiência de terapia cognitivo-comportamental em grupo com pacientes amputados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 16*(2), 148-164

Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L. & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 717-721.

Serrão, M., & Baleiro, M. C. (1999). *Aprendendo a ser e a conviver*. São Paulo: FTD.

Siddons, H. M., Wootten, A. C., & Costello, A. J. (2013). A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer. *Psycho-Oncology, 22*, 2186–2192.

Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania.* São Paulo: Vetor.

Stallard, P. (2004). *Bons pensamentos-bons sentimentos: Manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Sugiura, T., Kaneko, N., Yamada, Y., & e Oda, T. (1998). *Introdução a jogos de treinamento para equipes*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

Taube-Schiff, M., Suvak, M. K., Antony, M. M., Bieling, P. J., & McCabe, R. E. (2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 45*(4), 687-698.

Tucker, M., & Oei, T. P. S. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*(1), 77-91.

Van Noppen, B. L., Pato, M. T., Marsland, R., & Rasmussen, S. A. (1998). A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*(4), 272-280.

Varo, M. L. B., Fernández, M. D. O., Cobos, F. M., Gutiérrez, P. V., & Aragón, R. B. (2006). Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: Técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *SEMERGEN, 32*(5), 205-210.

Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Gómez-Barros, N., Valero, S., Palomar, G., ... Ramos-Quiroga, J. A. (2013). Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy a randomized controlled pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(10), 894-900.

Virgolim, A. M. R. (1999). *Toc, toc... Plim, Plim. Lidando com as emoções, brincando com o pensamento através da criatividade*. Campinas: Papirus.

Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W., & Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). *Journal of Anxiety Disorders, 30*, 1-7.

Wesner, A. C., Gomes, J. B., Detzel, T., Guimarães, L. S. P., & Heldt, E. (2015). Booster sessions after cognitive-behavioural group therapy for panic disorder: impact on resilience, coping, and quality of life. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*(5), 513-525.

White, J. R., & Freeman, A. S. (2003). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca.

Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy, 51*(12), 779-786.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2008). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.