



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



JESSICA FERRUCCI SUZUKI BIZINOTO

**O modelo alemão da Terapia do Esquema: conceituação, técnicas e
aplicação clínica na Psicoterapia Infantil**

Uberlândia, 2015



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



JESSICA FERRUCCI SUZUKI BIZINOTO

**O modelo alemão da Terapia do Esquema: conceituação, técnicas e aplicação clínica na
Psicoterapia Infantil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof(a) Renata Ferrarez
Fernandes Lopes

Uberlândia, 2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

B625m Bizinoto, Jessica Ferrucci Suzuki.
2015 O modelo alemão da Terapia do Esquema: conceituação, técnicas e
aplicação clínica na Psicoterapia Infantil / Jessica Ferrucci Suzuki
Bizinoto. - 2015.
126 f. : il.

Orientadora: Renata Ferrarez Fernandes Lopes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Terapia cognitiva focada no esquema -
Teses. 3. Psicoterapia do adolescente - Teses. 4. Psicoterapia infantil -
Teses. I. Lopes, Renata Ferrarez Fernandes. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



JESSICA FERRUCCI SUZUKI BIZINOTO

**O modelo alemão da Terapia do Esquema: conceituação, técnicas e aplicação clínica na
Psicoterapia Infantil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador (a): Profa. Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Banca Examinadora

Prof (a) Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes (Orientadora)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Examinador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Ricardo Wainer (Examinador)

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Carmem Beatriz Neufeld (Examinador Suplente)

Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

Uberlândia 2015

*Dedico esse trabalho a minha filha Lavínia e ao meu esposo Rodrigo por estarem comigo
todos os dias dessa caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por estar aqui com as pessoas especiais que me presenteiam a cada dia com a realização desse sonho...

Aos meus incríveis companheiros, minha filha Lavínia e meu esposo Rodrigo. Lavínia, linda, esperta, meiga e inteligente! Minha companheira durante todo o mestrado, me acompanhando nas escolhas e no desenvolvimento do meu trabalho. Uma menina que me emociona a cada dia com sua doçura, delicadeza e torna meus dias mais felizes e coloridos com sua incrível beleza, imaginação e coragem. E meu eterno companheiro Rodrigo, pelo amor, carinho, paciência, compreensão e incentivo. Por ser esse marido e pai maravilhoso! Por estar comigo em todos os momentos, em todos congressos, em todos resumos, em todas as dificuldades, ansiedades e em todas as felicidades, enfim... em todos os dias da minha vida, me fazendo acreditar no amor verdadeiro.

Ao meu pai Oscar e minha mãe Leodete, por todo incentivo aos meus estudos e respeito as minhas escolhas. Pelo amor infinito, compreensão e demonstrações de sabedoria, respeito e honestidade.

As minhas irmãs Giovana e Patrícia pela atenção, carinho, respeito, admiração e por torcerem para o meu sucesso.

A minha querida orientadora, educadora, amiga, Renata. Uma mulher, professora e terapeuta exemplar que me fez crescer e perceber a vida de maneira mais suave e especial. Que confiou em mim, que me faz emocionar a cada palavra escrita dos nossos trabalhos, que me deu coragem para enfrentar desafios, que me ensinou a acreditar mais, que me confortou com sua fé, sempre acalmando meu coração.

Ao meu querido orientador e educador Ederaldo por todo carinho, apoio, respeito e atenção e por tudo o que me ensinou como pessoa, profissional e educador.

Ao professor Ricardo Wainer pela atenção e carinho. Por participar conosco desse momento tão especial.

A professora Carmem Beatriz por todo carinho e respeito e por compartilhar comigo esse momento especial.

A minha professora de alemão, Edetilde, pelo carinho, pela preocupação com meu trabalho, por me ajudar nas traduções e pela paciência diante dos meus erros diante a “matemática” do alemão.

Aos colegas do curso de alemão pela paciência e carinho nos momentos de maior dificuldade.

As amigas Vanessa e Renata Okubo pela grande amizade, pelos momentos de alegrias, conquistas, boas risadas e por me confortarem nos momentos de grande ansiedade!

Ao Weslem, nosso companheiro dos grandes momentos, por todo apoio, carinho e ensinamentos filosóficos.

Aos colegas do mestrado pelo convívio e amizade.

Aos professores do programa de Pós Graduação pelo aprendizado, dedicação e pelos bate-papo descontraídos nos corredores.

A secretária Marineide por toda atenção e carinho em nos ajudar nessa caminhada.

Ao Christof Loose, Peter Graaf e toda equipe da Alemanha que brilhantemente desenvolvem um riquíssimo modelo de terapia que me faz emocionar a cada dia com a proposta em tornar o mundo das crianças mais feliz.

As crianças desse mundo, por tornar nossos dias tão doces e alegres.

A CAPES pelo apoio e por acreditar nos pesquisadores do Brasil.

Espero que todos continuem comigo nessa longa caminhada, pois o sonho não acabou, está apenas começando... e, lembrando nossa querida Cora Coralina... *“nada disso fará sentido se eu não puder tocar o coração das pessoas!”*

AQUARELA

*“...Entre as nuvens vem surgindo um lindo avião rosa
e grená.*

Tudo em volta colorindo, com suas luzes a piscar.

Basta imaginar e ele está partindo, sereno, indo,

E se a gente quiser ele vai pousar...

...Um menino caminha e caminhando chega no muro

*E ali logo em frente, a esperar pela gente, o futuro
está.*

E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar,

*Não tem tempo nem piedade, nem tem hora de
chegar.*

*Sem pedir licença muda nossa vida, depois convida
a rir ou chorar...*

...Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo.

E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo..

*Giro um simples compasso e num círculo eu faço o
mundo.”*

(Toquinho & Vinícius de Moraes, 1983)

Resumo

Esse estudo apresenta o modelo conceitual e interventivo da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes desenvolvido pelo terapeuta Christof Loose e colaboradores na Alemanha, como uma proposta inovadora de intervenção psicoterápica para crianças, a partir da adaptação do modelo de Terapia do Esquema proposto por Jeffrey Young. Para essa finalidade foi realizada, inicialmente, uma revisão sistemática sobre Terapia do Esquema com crianças e adolescentes que indicou que as pesquisas se concentraram entre o período de 2005 a 2015, cujas publicações se caracterizam por estudos psicométricos e adaptações do Inventário de Esquemas para crianças e a partir de 2012 em que encontramos publicações direcionadas a adaptações teóricas e de técnicas de intervenção psicoterápica para crianças na abordagem. Os artigos são em maior número, mas são estudos psicométricos de escalas. As publicações sobre intervenção se concentram em livros e em língua alemã. Os métodos de estudos mais utilizados foram os psicométricos e quase-experimental, seguido pelos estudos de caso relacionados aos estudos de intervenção. A partir dessa revisão da literatura, essa pesquisa concentrou-se na apresentação das bases teóricas e práticas do modelo alemão de *Schematherapie für Kinder und Jugendlichen*. Foram apresentados os protocolos para a orientação de pais e para o atendimento de crianças e adolescentes. Observou-se que com um processo de avaliação, psicoeducação e uma proposta criativa de técnicas vivências que permitem trabalhar a imaginação, o terapeuta atende as necessidades fundamentais dos pais e orienta ações para um comportamento mais saudável. Conclui-se que para a cultura brasileira algumas adaptações das técnicas serão necessárias, entretanto, os protocolos de intervenção são promissores e poderão tornar as intervenções com crianças e adolescentes mais efetivas.

Palavras-chave: Terapia do Esquema; crianças e adolescentes; modelo de intervenção alemão.

Abstract

This study presents the conceptual and interventionist model of Schema Therapy for children and adolescents developed by Christof Loose in collaboration with psychotherapists in Germany, as an innovative proposal adapted of the Schema Therapy model proposed by Jeffrey Young. For this purpose, initially, a systematic review of Schema Therapy with children and adolescents was performed who indicated that research focused from the period 2005-2015, whose publications are characterized by psychometric studies and adaptations of the Schema Inventory for children and from 2012 found publications directed to theoretical adaptations and psychotherapeutic intervention techniques for children in approach. The articles are more numerous, but are psychometric studies of scales. Publications on intervention are only available in German book. The most methods of study are the psychometric and quasi-experimental, followed by case studies related intervention studies. From this literature review, this research focused on the appearance of the theoretical and practical bases of the German model *Schematherapie für Kinder und Jugendlichen*. This study describes protocols to guide parents and attend children and adolescents and demonstrate that processo of evaluation, psychoeducation and a creative proposal with experiential techniques that work the imagination, the therapist meets the basic needs of parents and guides actions to healthier behavior. This initial study suggests that to the Brazilian culture some adaptations of techniques will be necessary, however, intervention protocols are promising and can make interventions for children and adolescents more effective.

Key words: Schema Therapy, children and adolescents, German model of intervention

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 17 |
| Capítulo 1 - O início: A Terapia do Esquema, a inovação teórica e prática proposta por Jeffrey Young | 21 |
| 1.1 - O início | 21 |
| 1.2 - Conceitos Fundamentais | 22 |
| 1.3 - Os domínios de esquemas | 25 |
| 1.4 - As respostas de enfrentamento do esquema | 27 |
| 1.5 - Modos de esquemas | 29 |
| 1.6 - <i>Coping</i> de modos | 31 |
| 1.7 - O processo terapêutico em adultos | 32 |
| Capítulo 2 - A revisão sistemática como guia para a expansão do modelo da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes..... | 40 |
| 2.1 – Objetivo | 40 |
| 2.2 - Método | 40 |
| 2.3 - As estratégias da busca | 40 |
| 2.4 - Resultados e Discussão | 42 |
| Capítulo 3 - <i>Schematherapie für Kinder</i>: Um novo olhar para a terapia da criança e do adolescente..... | 50 |
| 3.1 – A psicoterapia para crianças e adolescentes..... | 50 |

| | |
|--|--------|
| 3.2 - Os primeiros passos para a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes (<i>Schematherapie für Kinder</i>) | 51 |
| 3.3 - Os principais conceitos da Terapia do Esquema na <i>Schematherapie für Kinder</i> | 54 |
| 3.4 - As necessidades emocionais básicas: <i>Do que as crianças precisam?</i> | 56 |
| 3.5 - O conceito de modos de esquemas..... | 58 |
| 3.6 - Nomeando os modos..... | 59 |
| 3.7 - A formação dos modos de enfrentamento na criança e adolescente..... | 60 |
| 3.8 - A criança de zero a três anos..... | 64 |
| 3.9 - O modo dos pais..... | 66 |
| 3.10 - A criança na idade pré-escolar..... | 68 |
| 3.11 - A criança na escola primária..... | 69 |
| 3.12 - O adolescente..... | 70 |
| CAPÍTULO 4 - <i>Schematherapie für kindern</i>: fundamentação teórica e descrição das técnicas utilizadas pela escola alemã | 73 |
| 4.1 - A motivação como elemento importante na Terapia do Esquema para crianças e adolescentes..... | 73 |
| 4.2 - A relação terapêutica para o sucesso da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes..... | 74 |
| 4.3 - Aspectos gerais do protocolo alemão da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes..... | 76 |

| | |
|--|-----|
| 4.4 - O processo terapêutico para crianças e adolescentes..... | 82 |
| 4.5 - O trabalho com modos de esquemas..... | 83 |
| 4.6 - A importância dos jogos de encenação no processo diagnóstico e de intervenção..... | 85 |
| 4.7 - O diagnóstico..... | 86 |
| 4.8 - A Psicoeducação para crianças e adolescentes..... | 88 |
| 4.9 - A Psicoeducação para o modo protetor desligado..... | 90 |
| 4.10 - Englobando diagnóstico, psicoeducação e intervenção..... | 91 |
| 4.10.1 - A técnica das cadeiras..... | 91 |
| 4.10.2 - As histórias, literatura e filmes..... | 94 |
| 4.10.3 - O uso de metáforas para representar os modos e esquemas desadaptativos..... | 94 |
| 4.10.4 - As cartas de baralho e os cartões..... | 95 |
| 4.10.5 - O uso criativo dos desenhos..... | 95 |
| 4.10.6 - O trabalho com fantoches e bonecos..... | 97 |
| 4.10.7 - A <i>Inneren Hause</i> (A casa interior) | 98 |
| 4.10.8 - A transferência para a vida: O uso dos <i>memocards</i> e diários..... | 101 |
| 4.10.9 - Tarefa de casa..... | 102 |
| 4.11 - A Pedagogia do Esquema..... | 102 |

| | |
|---|------------|
| 4.12 - O <i>coaching</i> de esquemas..... | 103 |
| Considerações Finais..... | 113 |
| Referências..... | 118 |

FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Representação das etapas do levantamento bibliográfico..... | 43 |
| Figura 2. Gráfico de representação do número de publicações sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes..... | 44 |
| Figura 3. Gráfico de representação dos tipos de veículos de publicação sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes..... | 45 |
| Figura 4. Gráfico de representação dos principais temas associados à Terapia do Esquema para crianças e adolescentes..... | 47 |
| Figura 5. Gráfico de representação dos métodos de estudos utilizados nas publicações sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes..... | 48 |
| Figura 6. Diagrama da representação do primeiro conflito externo entre os pais e a criança..... | 62 |
| Figura 7. Diagrama do processo de internalização..... | 63 |
| Figura 8. Diagrama do papel do terapeuta..... | 64 |
| Figura 9. Exemplo da técnica das cadeiras..... | 93 |
| Figura 10. Exemplo de psicoeducação do trabalho com modos de esquemas através de desenhos feitos em <i>clipchart</i> | 96 |
| Figura 11. Exemplo de <i>clipchart</i> para psicoeducar sobre a natureza da ação dos modos de esquemas..... | 96 |
| Figura 12. Exemplo do trabalho com bonecos..... | 98 |
| Figura 13. Exemplo do nível da experiência da <i>Inneren Hause</i> | 99 |
| Figura 14. Exemplo do nível dos domínios dos esquemas da <i>Inneren Hause</i> | 99 |
| Figura 15. Exemplo do nível dos modos da <i>Inneren Hause</i> | 100 |

| | |
|--|-----|
| Figura 16. Exemplo da <i>Inneren Hause</i> | 101 |
| Figura 17. Exemplo de <i>memocard</i> utilizado pela criança..... | 102 |
| Figura 18. Exemplo da <i>Family Board</i> de dupla estrutura representando o aspecto geracional dos EDIs..... | 108 |
| Figura 19. Exemplo da <i>Family Board</i> representando a dinâmica familiar atual..... | 109 |
| Figura 20. Exemplo da <i>Family Board</i> representando a dinâmica familiar no passado..... | 109 |

TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. A Etapa I da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas..... | 77 |
| Tabela 2. A Etapa II da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas..... | 78 |
| Tabela 3. A Etapa III da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas..... | 79 |
| Tabela 4. A Etapa IV da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas..... | 80 |
| Tabela 5. A Etapa V da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas..... | 81 |
| Tabela 6. A Etapa VI da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas..... | 82 |

Introdução

Com o aumento estatístico dos casos de distúrbios mentais na infância, como por exemplo, casos de depressão e ansiedade, há uma maior preocupação dos especialistas em estudar psicopatologia infantil. Assim, há a necessidade em se compreender mais a fundo a etiologia destes e de outros transtornos, atentando-se aos aspectos do desenvolvimento e contexto social das crianças e adolescentes para definição de um modelo de tratamento eficaz através do correto plano de avaliação, tratamento e prevenção (Marsh & Graham, 2005). As informações obtidas sobre o histórico familiar, o meio cultural, os antecedentes e as contingências comportamentais auxiliam na identificação das dificuldades das crianças diante a eventos específicos prevenindo o desenvolvimento de problemas futuros (Peterson & Wainer, 2011). Além disso, os sintomas subclínicos das crianças, quando não recebem um diagnóstico adequado, podem acarretar transtornos graves no futuro, causando impacto no futuro funcionamento social, comportamental e emocional (Marsh & Graham, 2005).

Numa perspectiva histórica, ao se analisar relatos sobre o uso de psicoterapia com crianças e adolescentes, percebe-se uma preocupação pequena com as características do desenvolvimento infantil e seu contexto social, desde a origem desse campo do conhecimento psicológico (por exemplo, o caso de Dora relatado por Freud), ou seja, generalizava-se as mesmas técnicas aplicadas para adultos ao público infantil (Reinecke, Dattilio & Freeman, 1999). Com o passar do tempo, percebe-se uma maior ênfase dos especialistas para uma perspectiva desenvolvimental, destacando que crianças e adolescentes necessitam de um atendimento personalizado e flexível que privilegie o contexto social e sistêmico e as diferenças no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional. É essencial que o profissional considere as peculiaridades existentes na psicoterapia infantil. As crianças possuem pouco ou nenhum controle sobre o tratamento, já que não iniciam o processo terapêutico por vontade própria, são levados ao psicólogo devido a algum problema que nem sempre admitem ter; muitas vezes estes

pacientes são encaminhados à terapia porque seus comportamentos prejudicam o funcionamento de determinada instituição (por exemplo: escola, família); não possuem o controle sobre o início e/ou término do processo terapêutico. Sendo assim, cabe ao terapeuta motivar ao máximo o envolvimento da criança com a terapia (Friedberg & McClure, 2004).

Nesse aspecto, a terapia cognitivo-comportamental, desenvolvida por Aaron T. Beck na década de 1960, sai na frente, como um modelo terapêutico inovador e eficaz, se preocupando com as etapas de desenvolvimento das crianças e adolescentes (Reinecke et.al., 1999).

Diante desse cenário, a terapia cognitivo-comportamental enfrenta o desafio em adequar um modelo de avaliação e intervenção específico para a infância, dentro dos princípios teóricos e práticos da abordagem (Lopes, Rezende, Souza, Florencio, Santos & Faria, 2013). Iniciam-se esforços de pesquisa no campo de intervenção psicoterápica para crianças que se mostra eficaz para uma ampla gama de problemas psicológicos infantis comuns (Stallard, 2009).

Seguindo esses passos, em meados de 1990, Jeffrey Young expandiu a terapia cognitivo-comportamental e inovou ao desenvolver um modelo teórico e prático que aborda transtornos caracterológicos, dando especial atenção aos problemas da infância, dentro de uma perspectiva sistêmica, que aposta nas experiências precoces como sendo fontes poderosas de psicopatologia. O corpo teórico sobre o qual se alicerça a Terapia do Esquema enfatiza a dinâmica familiar e os estilos parentais como sendo aspectos importantes para o desenvolvimento de uma infância saudável ou patológica dentro de uma perspectiva emocional e comportamental (Valentini & Alchieri, 2009).

Dentro desse contexto, justifica-se o trabalho terapêutico na infância a fim de interromper a perpetuação desses padrões rígidos responsáveis pelo desenvolvimento de quadros psicopatológicos, tanto na própria infância, quanto no futuro (Young & Klosko, 1994; Lopes, Leite & Prado, 2011).

Tomando por base a Terapia do Esquema, Christof Loose (2010) e sua equipe na Alemanha, inovaram, ao desenvolver a Terapia do Esquemas para crianças e adolescentes (*Schematherapie für Kinder*), adaptando os conceitos e técnicas da Terapia do Esquema para atender as necessidades terapêuticas básicas das crianças. A ênfase do modelo terapêutico alemão é para a natureza circular das interações sistêmicas envolvendo a interação de esquemas, modos e estilos de enfrentamento na infância, mas também de seus pais adultos. Tais interações nocivas estão na base do desenvolvimento de psicopatologias.

Diante do exposto, essa pesquisa desenvolveu um estudo teórico do modelo da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes (*Schematherapie für Kinder*), a fim de proporcionar material inovador para que o terapeuta cognitivo infantil tenha em mãos um repertório ampliado de instrumentos para trabalhar com cada criança considerando suas características individuais.

Para a apresentação do trabalho realizado expôs-se em cinco capítulos pontos teóricos e clínicos fundamentais e a tradução do material clínico utilizado pela equipe de terapeutas do esquema da infância e adolescência, na Alemanha.

No capítulo 1, apresentou-se em linhas gerais o modelo teórico e clínico da Terapia do Esquema proposta por Jeffrey Young que, de maneira inovadora abriu caminho para um rico trabalho com a infância e adolescência. No capítulo 2, descreve-se o mapeamento nos bancos de dados científicos das publicações relacionadas a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes. No capítulo 3, apresenta-se adaptação do campo teórico da Terapia do Esquema para a infância e adolescência, desenvolvida por Christof Loose e a equipe do Instituto de Terapia do Esquema na Alemanha. No Capítulo 4, são demonstradas as traduções das principais técnicas do trabalho da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes desenvolvidas por Christof Loose e sua equipe na Alemanha, que trabalha com a modificação de esquemas, modos e respostas de enfrentamento considerando as singularidades das crianças e adolescentes. Nas considerações finais são descritas as conclusões e as perspectivas futuras do desenvolvimento

do protocolo apresentado, a fim de permitir ampliar novas pesquisas no campo da psicoterapia infantil.

CAPÍTULO 1 - O início: A Terapia do Esquema, a inovação teórica e prática proposta por Jeffrey Young.

1.1 O início

Em meados da década de 1990, Jeffrey Young criou a Terapia do Esquema aprimora e amplia os conceitos e técnicas da terapia cognitivo comportamental, criada por Aaron Beck na década de 1960, para guiar os terapeutas no atendimento de pacientes com transtornos caracterológicos complexos, como, por exemplo, o transtorno de personalidade borderline.

Assim, desenvolvendo um modelo clínico e teórico inovador, Young et al. (2003; 2008) oferece aos terapeutas cognitivos um conjunto de intervenções a fim de aprimorar o tratamento para pacientes que apresentam estruturas cognitivas mais rígidas, responsáveis pelo sofrimento psicológico (Kellog & Young, 2006).

Em uma entrevista para Eckhard Roediger (2008), Jeffrey Young, destaca que a ampla integração de modalidades de conceitos e técnicas é o primeiro diferencial da Terapia do Esquema. Dentro desse contexto, a Terapia do Esquema, emerge da terapia cognitiva comportamental enfatizando, em nível aprofundado, a integração de elementos de outras escolas como a Gestalt terapia, psicanálise, o construtivismo e a uma combinação com as técnicas do *mindfulness*. Com isso, surgiu um modelo de terapia estruturada e empática, focando a relação parental e os padrões desadaptativos adquiridos ao longo da vida do paciente (infância e adolescência), técnicas de mudança afetiva e a construção de uma robusta relação terapêutica por meio de confrontação empática e o reparentamento limitado (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

A Terapia do Esquema se mostra eficaz para vários transtornos de personalidade, como demonstrado pelo estudo randomizado com pacientes diagnosticados com o transtorno de personalidade borderline (Nadort, et al., 2009; Kellog & Young, 2006); para transtornos

alimentares, como demonstrado em um estudo piloto realizado com a Terapia do Esquema com grupos (Simpson, Morrow, van Vreeswijk & Reid, 2010), para transtornos de humor e ansiedade (Hawke & Provencher 2011; Muris, 2006) e para os transtornos esquizóide, dependente, obsessivo-compulsivo, paranóide, histriônico e narcisista como descrito em um estudo randomizado e controlado realizado na Holanda (Bamelis, Evers & Arntz, 2012), oferecendo suporte empírico para pesquisadores e terapeutas (Grutshpalk, 2008).

Há também uma evolução no modelo da Terapia do Esquema para pacientes com transtornos de personalidade agressivos como os criminosos sexuais e responsáveis por violência doméstica (transtorno de personalidade anti-social, borderline, narcisista) como demonstrado pelo modelo da Terapia do Esquema desenvolvido para atender pacientes forenses (DeVos, Bernstein & Arntz, 2013).

1.2 Conceitos Fundamentais

Para entender o campo de teórico-prático da Terapia do Esquema, especialmente quando aplicada à criança, é necessário compreender os quatro conceitos fundamentais que estruturam o modelo terapêutico proposto por Young et al. (2008): esquemas desadaptativos remotos (EDIs), domínios de esquemas, estilos de enfrentamento e modos de esquemas.

O conceito de esquemas ou crenças nucleares construído e trabalhado pelo modelo cognitivo comportamental beckiano é definido por Beck e Freeman (1993) como estruturas estáveis que prevalecem a esquemas mais adaptados, construindo a personalidade. Sendo assim, são responsáveis por filtrar as informações e os estímulos provocados pelo ambiente, podendo provocar erros cognitivos e consequentemente o desenvolvimento de psicopatologias (Knapp & Beck, 2008).

Na Terapia do Esquema, o conceito de esquemas é ampliado e torna-se um conceito nuclear ao redor do qual se constrói um modelo para definir as psicopatologias e o modelo de

psicoterapia (Nordal, Holte & Haugum, 2005). Para Young (2003) os EDIs são modelos cognitivos amplos, difusos e dimensionais, desenvolvidos precocemente (infância ou adolescência) dentro do contexto familiar, formado por memórias, sensações e emoções que interferem na maneira de construir sua realidade pessoal e os modelos de representação dos outros (Rijkeboer & Boo, 2010), cristalizando e perpetuando padrões de pensamentos e ações ao longo da vida. É inegável o reconhecimento da importância do esquema no desenvolvimento e manutenção de problemas psicológicos na vida adulta (Stallard & Rayner, 2005; Young, 2008).

Devido a necessidade de uma coerência cognitiva, os pacientes adultos interpretam o mundo através dos esquemas que criaram ao longo de suas vidas, recriando e repetindo, automaticamente, a atmosfera afetiva da infância que foram mais prejudiciais porque lhes são familiares. Os EDIs proporcionam a eles um sentimento de coerência, familiaridade e segurança, sendo qualquer possibilidade de mudança vista como ameaçadora (Grutschpalk, 2008; Young et.al.2008).

Em entrevista conduzida por Falcone e Ventura (2008), Jeffrey Young explica que:

Ao comparar o conceito de esquemas proposto por Beck com as crenças centrais, o esquema é uma estrutura mais abrangente e que a crença central é a parte cognitiva do esquema. O esquema direciona o seu pensamento. Quando os pacientes têm pensamentos automáticos negativos, estes foram gerados pelo esquema, o esquema os propulsionou. Este é o modelo de Beck, do qual eu compartilho. Sobre os outros níveis de pensamento, as distorções cognitivas também são geradas pelos esquemas. Atitudes disfuncionais também são dirigidas pelos esquemas. Eu diria que o esquema é o nível mais profundo do pensamento e que todo o resto surge do esquema (Falcone & Ventura, 2008, p.0)

Loose (2010c) faz uma analogia em relação à definição dos EDIs: os EDIs podem ser comparados a *icebergs*, sendo a parte invisível capaz de provocar danos significativos, sugerindo a natureza de incapacitação de um esquema desadaptativo. Uma ferramenta utilizada para a auto avaliação e identificação dos EDIs é o Questionário de Esquemas de Young (*Young Schema Questionnaire*), composto por itens agrupados com base nos esquemas, apresentando alta consistência interna, sendo eficaz para a avaliação clínica e desenvolvimento de pesquisas (Cazassa e Oliveira 2008; Young et al.2008).

Young et al. (2008) define a interação entre o temperamento emocional da criança (por exemplo, ansioso-calmo, distímico-otimista) e um ambiente familiar nocivo, onde os estilos parentais não atendem as necessidades básicas da criança, como o ponto chave para o desencadeamento de um EDIs e dos estilos de enfrentamento.

Assim, o não atendimento, em grau significativo, de uma das necessidades básicas da infância, como por exemplo, o cuidado familiar, poderá resultar no desenvolvimento de EDIs relacionados ao domínio Desconexão/Rejeição (DeVos, Bernstein & Arntz, 2013). Devido a isso, é fundamental que o ambiente familiar atenda às necessidades emocionais básicas e universais na infância como: a construção de vínculos seguros, segurança, autonomia, liberdade de expressão, espontaneidade e limites realistas, a fim de proteger a criança do desenvolvimento dos EDIs. (Young et al.,2008).

Além disso, experiências deletérias de vida podem estimular o desenvolvimento de EDIs (Muris, 2006). Quando o ambiente familiar é negligente e priva a criança de estabilidade, compreensão e amor, há uma frustração nociva das necessidades, favorecendo o desenvolvimento dos esquemas de abandono e privação emocional. Crianças que vivem situações traumáticas podem desenvolver os esquemas de desconfiança, defectividade ou vulnerabilidade ao dano. Quando os pais não oferecem a criança limites realistas e autonomia, tornam a criança suscetível ao desenvolvimento dos esquemas de dependência, incompetência

e arrego. E por fim, a internalização de pessoas importantes (por exemplo: pai/ mãe punitivos ou exigentes) pode proporcionar o surgimento de EDIs (Alchieri & Valentini, 2009; Young et al., 2008).

O EDI (abandono/instabilidade) podem atuar como medidor entre as experiências negativas nas relações familiares (rejeição materna) e o desenvolvimento de transtornos de personalidade (Thimm, 2010). Em um estudo feito por VanVlierberghe, Timbremont, Braet e Basile (2007), com pacientes depressivos, observou-se que a presença de uma dinâmica familiar fria, distante ou abusiva é o precursor para o desenvolvimento de esquemas parentais dentro do domínio desconexão/rejeição.

Dessa forma, pode-se afirmar que condições interpessoais, cognitivas e sociais saudáveis protegem as crianças do desenvolvimento de crenças desadaptadas, problemas afetivos e comportamentais. Por sua vez, crianças que vivenciam situações estressantes podem apresentar diferentes respostas cognitivas e emocionais (Reinecke et al., 1999). Felizmente, em crianças, os esquemas não são tão estáveis como nos adultos, ou seja, novas aquisições e mudanças no repertório comportamental permitem a elas, lidarem com as necessidades não atendidas (Loose, 2011c).

1.3 Os domínios de esquemas

Young (2003) identificou a existência de dezoito esquemas que foram agrupados em cinco categorias denominadas domínios de esquemas. Cada domínio está relacionado com as necessidades emocionais básicas não satisfeitas durante a infância.

Os domínios e seus respectivos EDIs definidos por Young et al. (2008) serão descritos a seguir:

Domínio 1 - Desconexão e Rejeição: relacionados aos esquemas de abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e

isolamento social e alienação. Esses esquemas criam a expectativa na pessoa de que as necessidades de segurança, cuidado e respeito não serão atendidas, desenvolvendo nela os sentimentos de isolamento e crenças de não ser merecedor do amor e cuidado dos outros. Esses esquemas são mais prováveis em interações nas quais os pais eram frios, individualistas, rejeitadores, explosivos ou abusivos.

Domínio 2 - Autonomia e Desempenho prejudicados: relacionados aos esquemas de dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/self subdesenvolvido e fracasso. Esses esquemas surgem em contextos relacionais nos quais os pais ou responsáveis são ou eram geralmente emaranhados afetiva e comportamentalmente aos filhos, prejudicando a confiança da criança, superprotegendo ou não a estimulando adequadamente para que esta tenha um desempenho competente. Neste caso, o indivíduo desenvolve crenças de que é incompetente para lidar com as responsabilidades cotidianas, crenças de fracasso e medo exagerado de catástrofe iminente.

Domínio 3 - Limites prejudicados: relacionados aos esquemas de arrogo/grandiosidade, autocontrole/autodisciplina insuficientes. A família se mostrava, ou se mostra nas interações com as crianças, permissiva e existe uma falta de orientação e direção adequada. Dessa forma, são desenvolvidas crenças que envolvem sentimentos de superioridade, indisciplina às regras, dificuldade de autocontrole e tolerância à frustração.

Domínio 4 - Direcionamento para o outro: relacionados aos esquemas de subjugação, auto sacrifício, busca de aprovação/reconhecimento. Nesse caso, os desejos dos pais são mais valorizados que as necessidades e sentimentos dos filhos. Dessa forma, os filhos devem suprir aspectos importantes de si mesmos para ganhar amor e aprovação. Desenvolve-se na pessoa um foco excessivo em cumprir as necessidades alheias em lugar das próprias necessidades. Existe uma ênfase exagerada na obtenção de aprovação e reconhecimento enfatizando

exageradamente o *status*, dinheiro, aparência e aceitação social à custa de um desenvolvimento do *self* verdadeiro e mais seguro.

Domínio 5 - Supervigilância e Inibição: relacionados aos esquemas de negativismo/ pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis, postura crítica exagerada e postura punitiva. A origem familiar é exigente, severa e punitiva. O dever, o perfeccionismo, a evitação dos erros predomina sobre o prazer, a alegria e relaxamento. Desenvolvem-se assim padrões inflexíveis a fim de evitar críticas causando a inibição da ação e comunicação, evitando uma possível desaprovação alheia.

Assim, por exemplo, a crença “Eu sou um fracasso”, pode não corresponder a evidências objetivas da vida do paciente e sim ter sido instalada a partir da experiência de uma infância, muitas vezes, infeliz, de ser tratado como um fracasso pela relação com os pais ou outros cuidadores (Hoffart, Versland & Sexton, 2002).

Os EDIs operam em dois processos: cura ou perpetuação do esquema. As distorções cognitivas, padrões disfuncionais de comportamento e os estilos de enfrentamento compõem um fluxo que perpetuam os EDIs. Assim, todos esses fatores devem ser enfraquecidos em sua intensidade, frequência e ocorrência através das intervenções cognitivas, comportamentais e vivenciais que permitem corrigir os padrões disfuncionais, substituindo por comportamentos mais saudáveis (Bricker & Young, 2012; Loose, 2010a).

1.4 As respostas de enfrentamento do esquema

Para Young et al. (2008), podemos pensar na ação do esquema como uma ameaça. Frente à ameaça, cada pessoa desenvolve diferentes respostas de enfrentamento para lidar com a ativação de emoções dolorosas, em diferentes etapas da vida. As respostas de enfrentamento são comportamentos que manifestam um dos estilos de enfrentamento (resignação, evitação e

hipercompensação) considerados saudáveis na infância, já que ajudou a criança se adaptar às experiências prejudiciais. Com o passar do tempo, os estilos de enfrentamento tornam-se desadaptativos, mas ativos no paciente, perpetuando os esquemas e reduzindo a qualidade de vida do paciente. É importante atentar para o fato de que um estilo de enfrentamento não é específico de um determinado esquema, e sim, um mecanismo de enfrentamento produzido frente aos diferentes esquemas (Young et al., 2008).

No processo de resignação, há a manutenção do esquema, já que a pessoa avalia determinada situação como verdade, reforçando experiências da infância responsáveis pela formação dos EDIs. Um paciente com esquema de privação emocional, pode apresentar um comportamento passivo em relação a parceiros que o privam emocionalmente (Young et al., 2008). No processo terapêutico, essas pessoas aprendem a lutar contra a negligência e maus tratos (Lockwood, 2009). Ao utilizar a evitação, as pessoas evitam entrar em contato com pensamentos e imagens que podem ativar os EDIs. Em relação ao esquema de privação emocional, a pessoa pode evitar totalmente qualquer tentativa de relacionamento íntimo (Loose et al., 2013; Young, et al., 2008). Nesse caso, o terapeuta ajudará o paciente a ter coragem para enfrentar situações dolorosas (Lockwood, 2009). Quando hipercompensam, as pessoas comportam-se de maneira contrária ao esquema, precisam convencer a si e aos outros que o esquema não é verdadeiro. Assim, uma pessoa com esquema de privação emocional age de maneira exigente com o parceiro, muitas vezes sufocando-o (Loose et al., 2013; Young, et al., 2008). O modelo terapêutico do esquema ensina o paciente a ser menos vulnerável aos efeitos do esquema desadaptativo (Lockwood, 2009).

É importante destacar crianças educadas em um mesmo ambiente, podem apresentar diferentes estilos de enfrentamento para aliviar a dor provocada pela ativação de um mesmo esquema. Segundo Loose (2010c), a escolha do estilo de enfrentamento pela criança depende de seu temperamento e da experiência de aprendizagem mediadas pelos modelos significativos

(pais, cuidadores e educadores). Quando o paciente apresenta um padrão de comportamento mal adaptativo, o terapeuta não sabe ao certo qual esquema o desencadeou, já que encontra-se mais de um esquema ativo em um paciente. Um determinado esquema ainda pode produzir diferentes padrões de comportamento, dependendo do estilo de *coping* de modos que o paciente usa em determinado contexto (Loose, 2010c).

1.5 Modos de esquemas

Diante da peculiaridade dos sintomas apresentados pelo paciente com transtorno de personalidade borderline, como o excesso de EDIs (Lawrence, 2011) e rápidas oscilações dos estados de afeto, Young (2003) desenvolveu a teoria de modos de esquemas, que consegue apoiar o terapeuta diante da intensidade dos sintomas desse paciente. Em estudos conduzidos por Nordahl e Nysaeter (2005) e por Kellog e Young (2006), demonstrou-se a eficácia do trabalho com modos de esquemas para pacientes diagnosticados com o transtorno de personalidade borderline. Ainda, segundo os autores, a Terapia do Esquema se mostrou bem aceita e tolerada pelos pacientes com esse tipo de transtorno.

Hoje, o conceito de modos de esquemas, já se aplica à praticamente todas as categorias de diagnóstico psicológico como a ansiedade, depressão e outros transtornos de personalidade (Young et al., 2008). Os modos de esquemas são definidos como:

[. . .] os estados emocionais e respostas de enfrentamento tanto adaptativos como desadaptativos ativados por situações de vida as quais somos hipersensíveis, nossos “botões emocionais”. [...] Um modo de esquema disfuncional é ativado quando EDIs ou respostas de enfrentamento específicas irrompem em forma de emoções desagradáveis, respostas de evitação ou comportamentos auto derrotistas que assumem o controle do funcionamento do indivíduo (Young, Klosko & Weishaar, 2008, p. 48).

Loose (2010c) destaca que, a criança escolhe modos como uma forma inteligente para abordar uma situação dolorosa que a longo prazo se torna um padrão disfuncional de comportamento e assim dão origem os modos de esquemas.

Young et al. (2008) define dez modos distribuídos em quatro categorias: quatro modos criança, três modos relacionados ao enfrentamento disfuncional, dois modos pais disfuncionais e o modo adulto saudável.

Os modos criança são estão ativos tanto em adultos como crianças e são considerados os mais importantes para o trabalho interventivo. São descritas quatro possibilidades em relação ao modo criança Young et al. (2008):

1 - Criança Vulnerável: geralmente apresenta a maioria dos esquemas nucleares e por isso está no centro dos esforços terapêuticos. Em entrevista a Eckhard Roediger (2008), Jeffrey Young explica que o termo criança vulnerável (caracterizado pela criança abandonada, rejeitada ou abusada) permite que o paciente compreenda que a rigidez de seus padrões de comportamentos e sentimentos tem a origem na infância.

2 - Criança Irritada (zangada): age com raiva por não ter suas necessidades emocionais atendidas. É a criança irritada, furiosa, frustrada e impaciente.

3 - Criança Indisciplinada (impulsiva): expressa emoções e age a partir de desejos, de maneira negligenciada, sem considerar as consequências, é a criança impulsiva, indisciplinada e egoísta.

4 - Criança Feliz: as necessidades básicas são atendidas de maneira saudável, é a criança protegida, satisfeita, realizada, autoconfiante.

Young et al. (2008), identificou três modos de enfrentamento disfuncional que correspondem a três estilos de enfrentamento de evitação, resignação e hipercompensação, e que acabam por perpetuar os EDIs:

- 1- O capitulador complacente: há uma submissão ao esquema, ativando a criança passiva que deve submeter aos outros. Tornam-se adultos que fazem de tudo para agradar aos outros como uma maneira de evitar do sofrimento e possíveis conflitos.
- 2- O protetor desligado: os pacientes desenvolveram estratégias adaptativas, como o distanciamento e a evitação cognitiva, afetiva e comportamental, para se afastarem de situações dolorosas e difíceis.
- 3- O hipercompensador: há uma tentativa disfuncional em refutar o esquema através do mal comportamento, como por exemplo, maltratando, intimidando e explorando as pessoas.

1.6 *Coping* de modos

Ao contrário dos estilos de enfrentamento que se demonstram através dos comportamentos dos indivíduos, os *coping* de modos ou modos de enfrentamento são estados emocionais que envolvem emoções, cognições e respostas comportamentais ativados quando os EDIs são ativados. Um modo, apesar de se apresentar destrutivo, foi uma maneira que a criança encontrou para lidar com um problema sério e difícil no passado, tornando-se obsoleto, prejudicial e devastador no presente (Loose 2010b; Loose, et al., 2013; Young & Klosko, 1994; Young et al., 2008).

Os modos de reação exigente ou punitivo indicam a dinâmica de um modo específico. Pais com reações comportamentais punitivas (modo punitivo) podem amedontrar seus filhos, e a longo prazo, causar um impacto destrutivo, já que a criança é sensível a essa raiva interna dos pais. Já o pai/mãe exigentes cobram padrões altos de desempenho. Através da ativação dos modos punitivo ou exigente na criança, que são introjeções dos comportamentos percebidos do

pai ou da mãe, há o surgimento de padrões de enfrentamento negativos reforçados, solidificando círculos viciosos dentro da família. (Loose et al., 2013; Young et al., 2008).

O décimo modo identificado é o adulto saudável, principal objetivo ao redor do qual gira o trabalho com os modos de esquemas. No primeiro momento, o terapeuta serve como exemplo de adulto saudável satisfazendo, dentro dos limites terapêuticos, as necessidades básicas fundamentais (proteção, carinho, limites realistas) e com decorrer terapia, o objetivo é que o paciente internalize esse modo, sendo capaz de monitorar, cuidar e curar os outros modos disfuncionais (Young, et al., 2008).

1.7 O processo terapêutico em adultos

O processo terapêutico proposto por Young et al. (2008), amplia várias técnicas derivadas da terapia cognitiva de Beck (Beck, 1997), tais como testar a validade dos esquemas; relativizar as evidências que dão sustento aos esquemas; avaliar vantagem e desvantagem dos estilos de enfrentamento da realidade do paciente; trabalhar com questionamento socrático e elaborar cartões de enfrentamento. Outro aspecto fundamental que a Terapia do Esquema amplia da terapia cognitivo-comportamental é boa formulação individualizada de caso (Young et al., 2008). Desde o primeiro contato com o paciente, torna-se essencial para a eficácia terapêutica que o terapeuta e paciente (seja ele adulto ou criança/família) formulem, cuidadosamente, hipóteses sobre os motivos e elementos que levam o paciente a apresentar determinados comportamentos, construindo assim, uma conceituação do caso. No final do processo de avaliação, o terapeuta preenche um formulário de conceituação de caso proposto por Young et al. (2008) contendo os seguintes itens:

- 1- Informações gerais do paciente (Nome, Idade, Estado Civil, Filhos, Profissão, Grau de Instrução e origem étnica).

- 2- Esquemas relevantes (avaliar cuidadosamente quais EDIs o paciente apresenta (privação emocional, desconfiança/abuso, arrogo/ grandiosidade, etc)
- 3- Problemas atuais e as relações com os esquemas (depressão – esquema de privação emocional).
- 4- Ativadores dos esquemas (situações ou pensamentos que podem ser responsáveis pela ativação dos esquemas: tentar se aproximar dos colegas de trabalho).
- 5- Gravidade dos problemas e respostas de enfrentamento (os esquemas apresentados são fortes? As respostas de enfrentamento e os modos são fortes? muito fortes?)
- 6- Possíveis fatores temperamentais e biológicos
- 7- Origens no desenvolvimento (como era o ambiente familiar? Quais eram os principais comportamentos dos pais ou cuidadores? Os pais atendiam as necessidades básicas da criança?)
- 8- Memórias importantes da infância (Como eram os pais, irmãos e outros cuidadores. O pai e mãe reagem como diante das situações? Quais as emoções os pais apresentavam?)
- 9- Distorções cognitivas importantes (identificar as principais distorções como por exemplo: “ Não posso confiar nas pessoas, a qualquer momento elas vão mentir, me enganar e me abandonar”).
- 10- Comportamentos de resignação (Escolhe parceiros que não atendem suas necessidades de proteção).
- 11- Comportamentos de evitação (Evita aproximar-se das pessoas).
- 12- Comportamentos de hipercompensação (É exigente com parceiros e amigos)
- 13- Modos de esquema relevantes (Nome da paciente...durona, assustada ou mimada)
- 14- Relação terapêutica (Como é o paciente na terapia? Ele evita os exercícios? Como relaciona com o terapeuta?).

Dessa forma, o terapeuta de maneira ampla, consegue mapear uma estrutura integradora que permite avaliar hipóteses e percorrer um caminho correto para o processo de intervenção (Young et al., 2008). A partir disso, desenvolve-se uma estrutura que permite compreender quais elementos cognitivos, emocionais, distorções cognitivas e comportamentos o paciente utiliza para se proteger provocando problemas disfuncionais (Range & Pereira, 2011).

Dentro da Terapia do Esquema, Young et al. (2008) destaca que o processo terapêutico deverá englobar o trabalho com os principais conceitos, identificando e modificando os EDIs e os modos de esquema. Para isso, a estrutura do modelo terapêutico divide-se em duas fases: a fase da avaliação e psicoeducação (discussão, recomendação leituras e auto observação) e a fase da mudança.

No primeiro momento, o terapeuta deve enfatizar a empatia aos sentimentos do paciente (Kellog & Young, 2006). O terapeuta deve ser solidário as dificuldades apresentadas pelos pacientes ao lidar com situações dolorosas, estar atento ao que levou o paciente à terapia, analisando seu histórico de vida, determinando se os problemas são apenas situacionais. Muitas vezes a Terapia do Esquema pode não ser adequada em alguns casos específicos, como por exemplo, para paciente em crise, paciente psicótico, paciente com transtorno Eixo I agudo, paciente que faz abuso de álcool, paciente que tem um problema situacional (Young et al., 2008).

O objetivo na fase de avaliação e psicoeducação é aplicar múltiplos métodos que permitam identificar os padrões de vida disfuncionais, os EDIs, a origem dos esquemas na infância, os estilos de enfrentamento e avaliar o temperamento do paciente, a fim de compor uma precisa conceitualização de caso.

Sendo assim, a conceitualização de caso na Terapia do Esquema, deverá apresentar uma estrutura individualizada, específica e integradora, avaliando de maneira precisa os padrões

disfuncionais do paciente (EDIs, estilos enfrentamento e modos de esquemas), os gatilhos emocionais e os fatores temperamentais para o desenvolvimento de um plano de intervenção eficaz (Young, et al., 2008).

Ainda para a construção da conceitualização do caso, Young et al. (2008) define os principais instrumentos de avaliação utilizados pelo terapeuta do esquema, para avaliar o problema apresentado pelo paciente de maneira mais abrangente:

- O Questionário de Esquemas de Young, já citado anteriormente, foi publicado em 2003 por Jeffrey Young na obra: *Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada nos esquemas* (Apêndice A). O questionário apresenta em duas versões: longa e curta. A versão longa contém 205 questões avaliando 16 esquemas. A versão curta possui 75 questões que medem os 18 esquemas. A versão curta do Questionário foi validada para a realidade brasileira como demonstrado no estudo de Cazassa e Oliveira (2012). Ao responder o questionário, o paciente faz uma auto avaliação de seus esquemas, auxiliando o terapeuta a identificar e psicoeducar o indivíduo sobre padrões desadaptados. Para isso, a pessoa avalia, itens agrupados por esquemas, o quanto a descrevem numa escala de 1 (inteiramente falsa) a 6 (descreve perfeitamente). O terapeuta não soma o escore total e sim observa os itens com escores altos (5 ou 6), analisando e questionando essas sentenças com o paciente. Por exemplo: um escore alto no item: “Eu não recebi amor e atenção”, pode sugerir que o paciente viveu em um ambiente que o privava de cuidados e amor, sendo possível o desenvolvimento do esquema de privação emocional.

- O Inventário Parental de Young: Compõe-se de 72 afirmações que avaliam as origens dos EDIs, ou seja, avalia-se pai e mãe (estilos parentais) de quem responde ao questionário. Para isso, as afirmativas são avaliadas em uma escala *Likert*, de 1 (inteiramente falsa) a 6 (descreve perfeitamente), e respostas com escore muito alto ou muito baixos indicam presença nociva de determinados comportamentos e ausência de outros considerados fundamentais para o

desenvolvimento saudável da criança. É possível também que um paciente experimente o ambiente de infância associado a um determinado esquema e não o desenvolva. Um escore baixo para o item: “Me amava e me tratava como alguém especial”, pode indicar uma dinâmica familiar fria, distante e solitária; já um escore alto para o item: “Tornava-se agressivo e crítico quando eu fazia algo errado”, pode indicar uma origem familiar severa, exigente e punitiva. Pacientes que assinalam escore alto para o item “Superprotegia-me”, provavelmente viveram em ambientes familiares excessivamente permissivos com excesso de tolerância.

- O Inventário de Evitação de Young - Rygh: Apresenta 41 itens para a análise da evitação dos esquemas. Segundo Young (2008), uma auto avaliação elevada dentro de uma escala de 6 pontos para os itens: “Assisto muita televisão quando estou sozinho”; “Tento não pensar em coisas que me incomodam” e “Adoeço fisicamente quando as coisas não andam bem”, podem representar a evitação de esquemas (Young et al.,2008).

- O Inventário de Compensação de Young: é um questionário com 48 itens que permite avaliar a hipercompensação de esquemas. Através de uma escala de 6 pontos, o terapeuta juntamente com o paciente, avalia se escores alto em questões como: “ Com frequência, culpo os outros quando algo não vai bem”; “Sofro para tomar decisões a fim de não conter erros” e “Não gosto de regras e sinto prazer em quebrá-las”, indicam uma hipercompensação a outros sentimentos mais dolorosos, como por exemplo, sentimentos de vergonha (Young et al., 2008).

Um instrumento de avaliação baseado no modelo dos esquemas permite identificar a formação dos EDIs em crianças possibilita uma intervenção precoce e reduz a ação de padrões desadaptativos e o desenvolvimento futuro de transtornos psicológicos. Diante dessa perspectiva, Stalard e Rayner (2005) desenvolveram um Questionário de Esquema para crianças composto por 15 itens (como por exemplo: “Ninguém me ama”, “Eu sou mais importante que os outros”) que mesmo demonstrando certas limitações, respeitou os limites do

desenvolvimento cognitivo das fases de desenvolvimento e abriu caminho para intervir precocemente em futuros padrões nocivos.

Uma outra para tentar identificar precocemente possíveis EDIs em crianças é o Inventário de Esquemas para crianças desenvolvido por Rijkeboer & Boo (2010) e traduzido para língua portuguesa por Teixeira (2010). O inventário é constituído por 40 sentenças que descrevem 11 esquemas representados por cinco itens (como por exemplo: “Não consigo resolver problemas sozinho”; “Fico zangado comigo próprio se cometer erros”). A criança avalia a sentença e indica com que frequência ela faz ou pensa o que está descrito, através de uma escala a de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente), sendo os resultados calculados pela soma das pontuações dos itens (Teixeira, 2010).

Após a avaliação dos resultados dos questionários e da elaboração do histórico de vida do paciente, o terapeuta avança no processo de psicoeducação, para que o paciente compreenda os motivos que o levaram a desenvolver padrões disfuncionais ao lidar com as situações cotidianas (Young et al., 2008). Pode-se dizer que a fase da avaliação compõe-se de aspectos intelectuais (uso de questionários, análise lógica e evidências empíricas) e emocionais, como o uso de técnicas vivenciais. Dentro da proposta do trabalho vivencial está o trabalho com a técnica de imagens mentais, onde o paciente através da dramatização, poderá vivenciar emocionalmente, com a ajuda do terapeuta, seus EDIs e entender suas origens, relacionando-as aos problemas atuais (Young et al., 2008).

Young et al. (2008) ressalta que o terapeuta deverá adotar um papel flexível, adaptando modelos de técnicas personalizados para cada paciente. O paciente deverá ser estimulado a ativar, discutir, testar e neutralizar os EDIs e estilos de enfrentamento desadaptativos.

Através de técnicas cognitivas derivadas da terapia cognitiva de Beck (Beck, 1997), tais como testar a validade dos esquemas através de análises lógicas e empíricas; relativizar as evidências que dão sustento aos esquemas; avaliar vantagem e desvantagem dos estilos de

enfrentamento da realidade do paciente; trabalhar com questionamento socrático e elaborar cartões de enfrentamento, o paciente será capaz de romper padrões comportamentais e encontrar interpretações alternativas para esses eventos, conduzindo debates entre o “pólo do esquema” e o “pólo saudável” e listar as vantagens e desvantagens dos atuais estilos de enfrentamento. Após essa etapa de reestruturação cognitiva, insere-se novamente técnicas vivenciais (diálogo entre os polos, trabalho da reparação limitada, escrita de cartas) para que o paciente tenha condições para lutar contra esquemas a nível emocional (Young, et al., 2008).

Nas fases de avaliação e mudança torna-se vital que o terapeuta assuma a postura de confrontação empática e reparentamento limitado, principais conceitos propostos por Young et al.(2008), ao considerar o papel do terapeuta como vital na relação terapêutica.

Na confrontação empática, o terapeuta desenvolve uma sintonia entre a demonstração de empatia pelos sentimentos e escolhas dos padrões disfuncionais de seu paciente oferecendo-lhes empatia e carinho, e ao mesmo tempo, confronta os esquemas expondo a necessidade em se responder de maneira mais saudável a esses padrões disfuncionais.

No reparentamento limitado o terapeuta oferece através de técnicas vivenciais, dentro dos limites éticos e profissionais da terapia, o que os pais deveriam ter feito e não fizeram, a fim de curar dos EDIs, principalmente para pacientes que viveram traumas mais graves (Falcone & Ventura, 2008). Sendo assim, o terapeuta cria situações em que possa oferecer segurança, estabilidade e aceitação (Kellog & Young, 2006).

Diante do exposto, pode-se afirmar que a Terapia do Esquema vem como um modelo inovador, rico e eficaz, que ao ampliar a terapia cognitiva, consegue trabalhar com níveis mais profundos do processamento cognitivo, destacando as experiências da infância e descobrindo que os estilos parentais são principais motivos que fazem com que o paciente sinta emoções fortes frente a situações que disparam memórias dolorosas da infância. Loose (2010a) comparou o processo terapêutico como uma batalha, onde terapeuta e paciente formam uma

forte aliança para derrotar os EDIs. O protocolo do processo de intervenção é personalizado e individualizado, acolhendo o paciente com suas inseguranças e o apoiando para acreditar ter condições para lutar com uma estrutura que ele acreditara ser única e verdadeira, exercendo assim, um forte impacto nas mudanças significativas a nível pessoal, social e profissional.

Capítulo 2 - A revisão sistemática como guia para a expansão do modelo da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes

Uma revisão sistemática permite ampliar a visão empírica relacionada a um tema específico para um maior conhecimento acerca de um tema na prática clínica. Além disso, permite fundamentar o processo para o delineamento de futuros estudos científicos (Sampaio & Mancini, 2007).

Buscando apresentar os estudos de base empírica do modelo da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes e sua eficácia, esse capítulo descreverá uma revisão bibliográfica dos artigos, livros e materiais apresentados em *workshops* e conferências e materiais teóricos recuperados do site *Schematherapie für Kinder* (Terapia do Esquema para crianças e adolescentes).

2.1 Objetivo

O objetivo deste capítulo foi mapear as publicações em línguas, alemã e inglesa sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes.

2.2 Método

Foi realizada uma revisão sistemática sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes nas línguas alemã e inglesa. De acordo com Atallah e Castro (2001), a revisão sistemática da literatura “constitui um método moderno para a avaliação de um conjunto de dados simultaneamente. Embora possa ser aplicada em várias áreas da medicina ou biologia, ela é mais frequentemente utilizada para se obter provas científicas de intervenções na saúde” (Atallah & Castro, 2001, p. 20).

Portanto, uma revisão sistemática é um processo de recuperação, seleção, avaliação, sumarização e relato de eficácia da intervenção.

2.3 As estratégias da busca

As estratégias de busca envolveram três etapas, conforme descrito a seguir.

Fase 1 - (Pesquisa bibliográfica preliminar): dois pesquisadores (JFSB, RFFL) elaboraram independentemente uma lista de referências (foram recuperados trabalhos completos para uma análise mais aprofundada) para excluir estudos que não abordaram o tema em questão. Quaisquer desacordos entre os revisores foram discutidos com um terceiro revisor e resolvidos por consenso. A busca limitou-se as publicações realizadas no período de 2005 a 2015 e publicados na língua inglesa e alemã.

Os artigos que só citaram a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes, mas não a utilizaram como base teórica de suas intervenções ou avaliações foram excluídos. Todas as publicações que não cumpriram os critérios de inclusão (idioma e ano de publicação,) e que preencheram os critérios de exclusão (ter como plano teórico outra que não a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes ou não trata-se de avaliação ou intervenção realizada com crianças ou adolescentes foram omitidos da análise final).

Os seguintes bancos de dados foram avaliados: *América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde Literature* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Lilacs* (<http://www.bireme.br>); *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, que é um banco de dados envolvendo países portugueses e espanhóis que falam línguas portuguesas (<http://www.scielo.br>), *Portal CAPES* (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>), *Google acadêmico* (<http://scholar.google.com.br/>), *American Psychological Association* (APA), além livros publicados e materiais apresentados em *workshops* e conferências recuperados do site da *Schematherapie für Kinder* (<http://www.schematherapie-für-kinder.de>) e materiais teóricos explicativos disponíveis no site da *Schematherapie für Kinder* (<http://www.schematherapie-für-kinder.de>)

As palavras-chave utilizadas foram os seguintes: Na língua alemã: (a) schematherapie (b) kinder (c) jungedlichen. E na língua inglesa (a) schema (b) therapy (c) children (d) adolescents.

Fase 2 - (Pesquisa bibliográfica manual): A busca manual da literatura foi conduzida a fim de identificar os estudos que foram perdidos na busca primária. Uma vez que não parece haver nenhuma prática padrão no que diz respeito à realização de pesquisas bibliográficas manuais, e, a fim de aumentar a sensibilidade de busca as referências bibliográficas de todos os artigos e livros encontrados na fase 1 que dizia respeito aos critérios de inclusão foram separados para uma nova busca *online*.

Fase 3 - (Revisão crítica dos instrumentos): os artigos e livros foram avaliados levando os seguintes fatores em consideração:

- Características do Artigo: autores, ano de publicação, livro, material publicado em congresso
- Tipos de amostra avaliada
- Artigos, livros e capítulos de livros sobre intervenção na Terapia do Esquema para crianças e adolescentes.
- Artigos, livros e capítulos de livros sobre avaliação psicológica na Terapia do Esquema para crianças e adolescentes.
- Materiais apresentados em *workshops* e conferências.

2.4 Resultados e Discussão

O primeiro levantamento bibliográfico dessa pesquisa gerou um total de 25 trabalhos considerando artigos, dissertações, teses, livros, capítulos de livros, materiais apresentados em conferências e workshops e materiais teóricos recuperados do site da *Schematherapie für Kinder*.

Entretanto após a retirada dos artigos repetidos nas bases de dados e usando os critérios de exclusão, obteve-se um total de 10 artigos, 3 livros, 1 vídeo ilustrativo (DVD) , 4 apresentações

realizadas em conferências e workshops e 7 materiais teóricos referentes ao tema e disponibilizados no site da *Schematherapie für Kinder*. Entretanto após o uso dos critérios de exclusão, obteve-se um total de 7 artigos, 3 livros, 1 vídeo ilustrativo (DVD), 4 apresentações realizadas em conferências e *workshops* e 7 materiais teóricos sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes disponíveis na página eletrônica da *Schematherapie für Kinder*. Em uma segunda análise, mais refinada exclui-se mais 1 trabalho, que embora tratasse dos conceitos e temas relacionados a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes, não atendiam ao critério de inclusão, pois estava escrito em árabe. A Figura 1 apresenta o processo de seleção das 25 publicações analisadas nessa revisão bibliográfica.

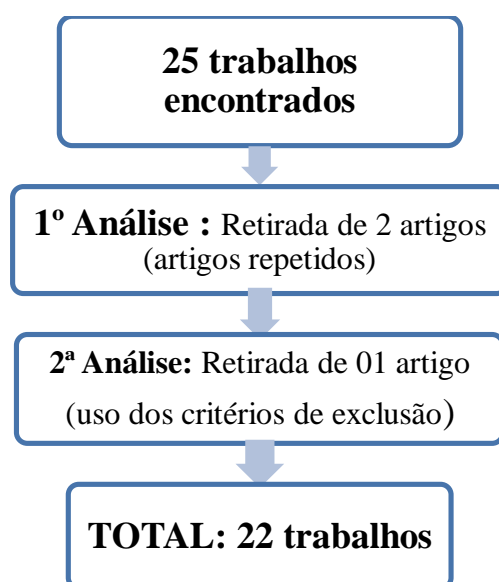


FIGURA 1

Representação das etapas do levantamento bibliográfico.

Com relação às publicações (envolvendo artigos, dissertações, livros, capítulos de livros e publicações em *workshops*, conferências e materiais disponibilizados no site *Schematherapie für Kinder*) produzidos em língua inglesa e alemã que investigavam a Terapia do Esquema para

crianças e adolescentes, pode-se verificar uma concentração das publicações nos anos de 2010 e 2011 e o menor número de publicações foi encontrado nos anos de 2005, 2013 e 2015.



FIGURA 2

Gráfico da representação do número de publicações sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes

Esses dados nos mostram que houve um aumento de publicações, especialmente em alemão, à partir do desenvolvimento do protocolo completo da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes em meados do ano de 2010, por Christof Loose e sua equipe na Alemanha.

Os artigos publicados no período de 2005 a 2015 trazem trabalhos científicos que enfatizam o modelo teórico da Terapia do Esquema e seus instrumentos de avaliação em relação com a infância e adolescência, marcando o início para os trabalhos com a prática clínica que se seguiram.

Outros dados interessantes podem ser observados na Figura 3. Nota-se que a maioria das publicações (64%) ocorreu por meio de artigos (32%) e materiais (32%) on line disponíveis, seguido por livros e comunicações em conferências e *workshops*.

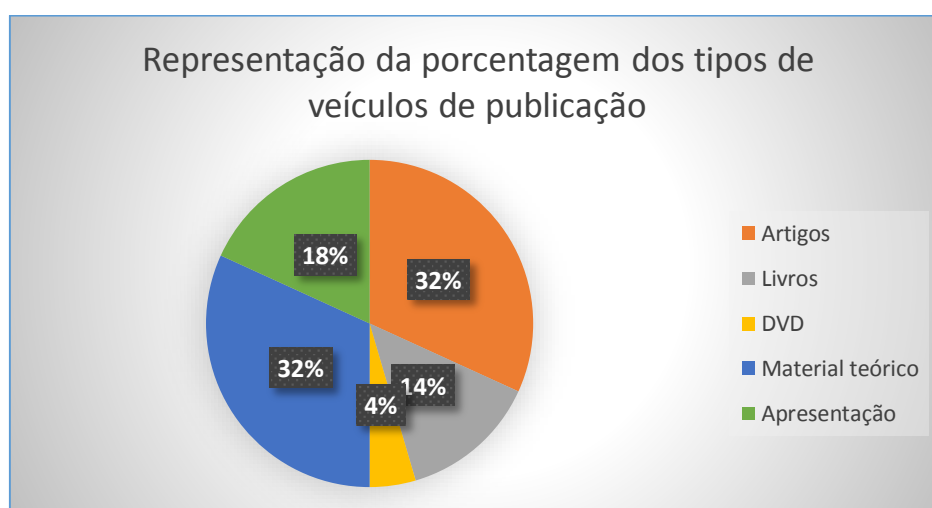


FIGURA 3

Gráfico da representação da porcentagem dos tipos de veículos de publicação sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes.

Os artigos são o tipo de veículo facilita o acesso ao público interessado, no entanto, notou-se que essas publicações ocorrem em revistas não específicas da abordagem cognitivo-comportamental e apenas 2 foram publicados em revistas específicas de terapia cognitivo-comportamental.

A publicação de livros, livros com vídeos ilustrativos (DVD) e materiais para aplicação das técnicas aumentaram a partir de 2010, após os autores identificarem a eficácia terapêutica da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes para diversos casos clínicos como: transtorno de déficit de atenção / hiperatividade, transtorno de conduta, depressão, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, transtornos do espectro do autismo e transtorno de personalidade borderline (Loose, Graaf & Zarbock, 2015).

Um primeiro DVD da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes foi desenvolvido para demonstrar abordagens práticas do diagnóstico e psicoeducação com pais e crianças, através da demonstração do trabalho terapêutico diante dos problemas mais comuns da infância: ansiedade de separação, comportamento desafiador opositivo e problemas de auto estima (Loose & Graaf, 2014).

Para ilustrar o modelo da terapia, os autores se preocupam em descrever estudos de caso, fornecendo material base para o terapeuta. Para isso, desenvolveram material terapêutico composto por 56 cartas coloridas e bem humoradas para incentivar e psicoeducar as crianças sobre seus modos de esquemas e sua personalidade (Graaf, 2014b).

Como observado na Figura 3, há um avanço em publicações de livros e materiais apresentados em *workshops* e conferências, demonstrando uma cuidadosa preocupação entre os mentores da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes a relatar casos exemplos para a demonstração do processo terapêutico (avaliação, psicoeducação e motivação para a mudança) e a eficácia do modelo para o trabalho com diversos transtornos das crianças e adolescentes.

A Figura 4 foi feita com base nas palavras chaves que se associaram a palavra *Schematherapie für Kinder*, já que a abordagem alemã foi de maior interesse para esse trabalho. Foram levantados os temas apresentados nas publicações avaliadas e a quantidade de vezes estes aparecem nos estudos encontrados.



FIGURA 4

Gráfico da representação dos principais temas associados à Terapia do Esquema para crianças e adolescentes

De acordo com os resultados apresentado na Figura 4, foram encontrados os seguintes temas relacionados com Terapia Esquema para crianças e adolescentes: desenvolvimento do Inventário dos Esquemas para crianças; validação do Inventário dos Esquemas para crianças; as necessidades básicas; a entrevista de anamnese; o modelo SORCK; os EDIs; as tarefas do desenvolvimento e os modos de esquemas; EDIs e os transtornos de personalidade; EDIs e violência sexual; eficácia da terapia para transtornos infantis; estudos envolvendo EDIs e a relação parental; exemplos das técnicas e procedimentos da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes; modelo conceitual e o trabalho com crianças; material para apresentação do desenvolvimento da técnica; demonstração clínica das técnicas; trabalho com modos, estando estes temas presentes em pelo menos uma das publicações.

Os estudos apresentados usaram diferentes métodos para a realização de suas pesquisas, usando a prática clínica como principal meio para nortear a produção e a obtenção dos resultados encontrados.

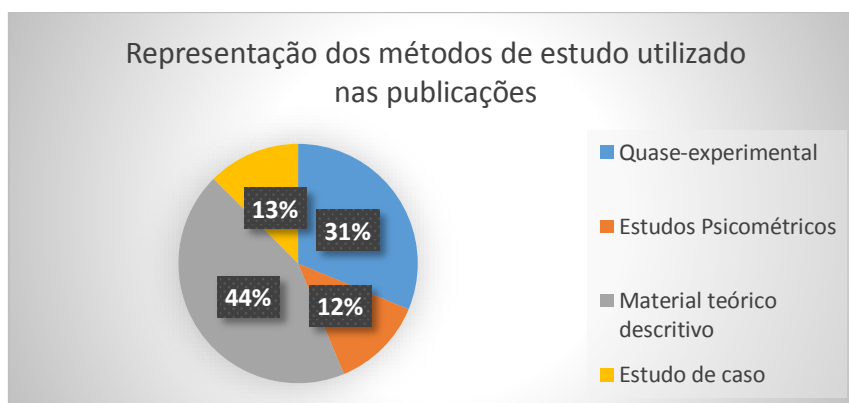


FIGURA 5

Gráfico da representação dos métodos de estudo utilizados nas publicações sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes.

Os dados mostram (Figura 5) que o método quase experimental e a disponibilização de material teórico descritivo foram usados na produção da maior parcela das publicações sobre a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes, sendo essa 88% da produção total. Segue a esse tipo de metodologia, os estudos de caso (12%).

Notou-se que o modelo da Terapia do Esquema criado por Jeffrey Young expandiu-se para atender as crianças e adolescentes, com trabalhos desenvolvidos por Dr. Christof Loose juntamente com Peter Graaf e o Dr. Gerhard Zarbock, ambos psicoterapeutas da Terapia do Esquema na Alemanha (Loose, 2010).

Por se tratar de um modelo de terapia desenvolvido recentemente, os maiores trabalhos estão concentrados em publicações de livros com descrição das experiências clínicas dos principais terapeutas do esquema infantil e materiais apresentados em *workshops* realizados em diversos países disponíveis no site da *Schematherapie für Kinder*, criado por Christof Loose (2010).

A leitura do material obtido permite notas que os primeiros estudos apontam tanto a eficácia do modelo interventivo, quanto os limites de uma abordagem em desenvolvimento. Nota-se uma evolução no desenvolvimento das pesquisas e maior controle nos métodos utilizados, potencializando a qualidade dos resultados obtidos. O aspecto relacionado ao cuidado com o método utilizado fica claro nas intervenções descritas, especialmente, em livros e materiais publicados em congressos demonstrando a eficácia da Terapia do Esquema para diversos transtornos que acometem a infância e adolescência. Entretanto parece ser necessário desenvolver outros estudos desses protocolos contribuindo para uma expansão e fortalecimento da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes.

CAPÍTULO 3 – *Schematherapie für Kinder*: Um novo olhar para a terapia da criança e do adolescente.

3.1 A psicoterapia para crianças e adolescentes

A psicoterapia para crianças e adolescentes é um campo de pesquisa amplo e apresenta diversas particularidades e especificidades em relação à terapia com adultos. Torna-se peça chave para que os transtornos da infância não resultem em psicopatologias durante o curso da vida (Petersen & Wainer 2011). O modelo de terapia destinado à criança também tem como objetivo primordial a modificação de esquemas mentais do paciente, procurando promover mudanças duradouras nas suas emoções e comportamentos (Lopes, 2011), fortalecendo cognições mais positivas por meio do desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais apropriadas (Stallard, 2009).

Assim como o modelo de trabalho psicoterápico com adultos, o processo terapêutico com crianças integra a estrutura (procedimentos e técnicas) com as variáveis de conteúdo da psicoterapia (material terapêutico eliciado pela estrutura como os pensamentos, emoções e comportamentos) e com o processo (maneira como a criança lida com a estrutura e ao conteúdo da sessão através de respostas cognitivas, comportamentais e emocionais) (Friedberg, McClure & Garcia, 2011).

Devido as particularidades e a necessidade de flexibilidade da estrutura (técnicas e procedimentos) psicoterápica para crianças, ressalta-se a importância em se analisar a eficácia das intervenções terapêuticas dentro realidade clínica com a correta identificação de questões multiculturais e relacionadas ao desenvolvimento (Friedberg et al., 2011).

A Terapia do Esquema para crianças e adolescentes segue esse caminho, inovando ao conseguir explorar os principais pontos delineados por Young et al. (2008) para a eficácia do protocolo destinado ao público infantil. Sabe-se que os EDIs desenvolvem na infância e que

métodos de intervenção específicos para fortalecer padrões mais adaptativos, podem prevenir a formação de EDIs (Stallard, 2007). Assim, focar e analisar as necessidades emocionais das crianças através de métodos e ferramentas adequadas para curar ou reduzir os EDIs dentro de um processo de avaliação sistêmica, é o ponto de partida para o sucesso terapêutico. Os pais ou responsáveis devem estar envolvidos em todo caminho terapêutico para aprender sobre suas necessidades emocionais e se livrarem de comportamentos inadequados causados pelos próprios esquemas (*coaching* de esquemas), ajudando a criança a satisfazer suas necessidades, organizando seu mundo de maneira mais saudável (Loose et al., 2013).

3.2 Os primeiros passos para a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes **(*Schematherapie für Kinder*)**

Por volta de 2010, o Dr. Christof Loose juntamente com Peter Graaf (Psicólogo Clínico em Hamburg), o Prof. Dr. Heinrich Berbalk (do Instituto de Terapia do Esquema em Eckernförde na Alemanha) e o Dr. Gerhard Zarbock (diretor do Instituto do Programa de Formação na área da infância e adolescência em Hamburg, Alemanha), desenvolveram um modelo interventivo fundamentado nos conceitos e técnicas da Terapia do Esquema direcionado para atender todas as fases do desenvolvimento.

O modelo de terapia para crianças precisa adaptar seu processo de intervenção a suas capacidades cognitivas, principalmente através de técnicas com ações concretas, privilegiando o aqui-e-agora através de técnicas divertidas e criativas que motivem a criança quando o trabalho parece penoso. Além disso, a criança faz parte de um sistema que pode reforçar ou extinguir habilidades adaptativas. Considerar o sistema familiar ou escolar no qual a criança se insere permite que o terapeuta identifique quais habilidades esses sistemas reforçam ou extinguem, corrigindo processos desadaptativos (Friedberg & McClure, 2004). Esse é um dos principais destaques da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes, promover o

envolvimento dos pais em todo processo terapêutico. Considera-se primordial, nessa abordagem, a prevenção primária que visa desenvolver um estilo parental capaz de melhorar a relação familiar (Graaf, 2013; Loose, 2010c; Loose et al., 2013).

Um desafio ao desenvolver técnicas da Terapia Focada em Esquemas para crianças e adolescentes é criar caminhos para trabalhar conceitos abstratos como os EDIs, modos de esquemas e estilos de enfrentamento, respeitando o estágio do desenvolvimento cognitivo da criança, pois o pensamento da criança se desenvolve gradativamente por diversos estágios, apresentando diferentes tipos de raciocínios, até adquirir a capacidade de abstração (Rosen, 1989).

Em 2013, na Alemanha, os autores Loose, Graaf e Zarbock (2013) publicaram a obra *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (Terapia do Esquema para crianças e adolescentes). A obra é definida pelos autores como “um livro da prática para a prática”, onde descrevem de maneira detalhada, abrangente, criativa e inovadora, um modelo de diagnóstico e intervenção, a fim de ajudar o terapeuta a compreender os problemas de comportamento da infância e adolescência. Sabe-se que um grande desafio enfrentado pelo terapeuta infantil é a diferença da terapia aplicada a clínica e os estudos realizados com crianças em ambientes controlados, já que a avaliação da eficácia da terapia em condições de pesquisa é diferente da realidade que a terapia se desenvolve na clínica (Marsh & Graham, 2005). Pesquisas realizadas dentro de um contexto clínico naturalístico, ou seja, no momento em que o paciente revive, por meio do jogo, uma situação problemática, pode ajudar o terapeuta-pesquisador a entender os sintomas por meio de modelos teóricos coerentes e desenvolver protocolos de tratamentos adequados, ou seja, capazes de eliciar por meio do jogo lúdico os esquemas desadaptados (Friedberg et al., 2011).

A Terapia do Esquema, independentemente do sintoma, preocupa-se em reconhecer as necessidades da criança e apoiar os pais ou cuidadores para o desenvolvimento de uma ligação emocional saudável, fortalecendo a empatia e cuidado e enfraquecendo o agravamento do problema apresentado (Loose, Graaf & Armour, 2013).

Diante disso, pode-se perceber que é possível desenvolver técnicas criativas que contemplem e fortaleçam os conceitos da Terapia do Esquema, principalmente no processo terapêutico com crianças. Para que se descreva o processo de avaliação e intervenção é necessário entender primeiramente como os conceitos da Terapia do Esquema são aplicados a cada fase do desenvolvimento infantil.

No Brasil, destaca-se uma rica e criativa proposta para avaliação e psicoeducação, que preocupa-se em considerar a habilidade cognitiva da criança para fins de intervenção. Através de uma história infantil ilustrada, desenvolvida por Lopes, Leite e Prado (2011) pode-se trabalhar de maneira atrativa o domínio arrogo/grandiosidade da Terapia do Esquema (Young et al., 2008) com crianças diagnosticadas com transtorno de conduta e transtorno desafiador opositivo. A história do leãozinho Arroar, parece ter sido cuidadosamente construída para estimular a imaginação da criança, permitindo confirmar a conceituação do caso e psicoeducar sobre o modelo cognitivo, as distorções cognitivas e as consequências de determinados pensamentos e comportamentos. Além do leãozinho, a história é composta por mais quatro personagens, a mãe leoa e o pai leão, o ratinho da mata e Sibile, uma serpente muito traiçoeira. O leãozinho Arroar é o personagem principal que apresenta comportamentos relacionados ao desrespeito às regras, satisfação de suas necessidades sem pensar no outro, menosprezo aos outros animais, sugerindo um diagnóstico do transtorno desafiador opositivo e esquemas de arrogo e grandiosidade. Com uma eficaz conceituação de caso para transtornos de conduta ou transtorno desafiador opositivo, o terapeuta pode psicoeducar a criança, refletindo seus padrões

de comportamento e pensamentos com as observações feitas pelo ratinho narrador e examinar as consequências dos seus comportamentos através das atitudes do leãozinho.

3.3 Os principais conceitos da Terapia do Esquema na *Schematherapie für Kinder*

Os terapeutas do esquema para crianças e adolescentes na Alemanha adaptaram de maneira detalhada as teorias da Terapia do Esquema de Jeffrey Young para uma acentuada abordagem sistêmica, analisando o comportamento da criança dentro do ambiente na qual está inserida, visando o fortalecimento de um estilo parental amoroso e seguro (Graaf, 20103). O termo sistêmico engloba os princípios, tradições familiares, normas, valores e estilos emocionais que constroem o relacionamento familiar e são transmitidos de geração em geração. A qualidade do relacionamento com o cuidador principal, determinado por padrões remotos de comportamentos e experiências dos pais é o fator ambiental mais importante para o desenvolvimento de uma criança saudável (Wiefel et al., 2007).

Os comportamentos e sintomas dos membros da família são examinados sob uma perspectiva funcional dentro do sistema familiar. Dentro dessa perspectiva, há um círculo vicioso, onde o comportamento de um serve ao outro e vice-versa, reforçando esse círculo. As alterações no comportamento de uma pessoa geralmente provocam consequências para o ambiente (Graaf, 2013). Por exemplo, a presença do humor triste e falta de motivação nos casos de depressão podem intensificar os comportamentos de cuidado na família, reforçando a passividade e interferindo no desenvolvimento das habilidades sociais (Hand, 2008 como citado em Zarbock, Loose & Graaf, 2013).

Há uma preocupação com a dinâmica sistêmica e sua relação com os principais conceitos (EDIs, modos e estilos de enfrentamento) que alicerçam a Terapia do Esquema. Zarbock et al. (2013) enfatizam o modelo dos fatores de risco ou de proteção que engloba os fatores psicossociais, ambientes e genéticos, responsáveis por tornarem plausíveis ou não, os

problemas mentais na infância e adolescência. Segundo pesquisas de levantamento empírico desenvolvidas por Zarbock, 2008; Hoffmann e Hochapfel, 1995; Petermann et al., 1998 (como citado em Zarbock et al., 2013), o desenvolvimento de doenças psicológicas está relacionado à frustração das necessidades básicas juntamente com uma ação de fatores de risco como: a condição econômica familiar; o trabalho materno no primeiro ano de vida; a educação deficiente dos pais; família grande mas que não oferece espaço; comportamento anti social dos pais (por exemplo, pais que cometem ou cometaram algum crime); conflitos familiares; diferença de idade menor que 18 meses entre irmãos; relacionamento patológico na família; separação dos pais antes ou logo após o nascimento; perda da mãe; comportamento autoritário dos pais; mudanças frequentes dos cuidadores numa fase precoce; relacionamentos disfuncionais nos primeiros contatos com os pares; abuso sexual ou distúrbios psicológicos ou orgânicos do pai ou da mãe e a predisposição genética para a doença. A presença de um fator de proteção, como um bom relacionamento com uma figura cuidadora capaz de reforçar positivamente o contato com o ambiente, é capaz de mitigar os fatores de risco (Hoffmann & Hochapfel, 1995; Petermann et al., 1998; Zarbock, 2008 como citado em Zarbock et al., 2013).

Outro importante aspecto que permite entender o desenvolvimento dos distúrbios mentais na infância é o modelo das tarefas do desenvolvimento consideradas normativas, definidas como comportamentos esperados dentro de determinada etapa do desenvolvimento (questões relacionadas a higiene e a mudança relação parental no jardim da infância) e não normativas como o enfrentamento de situações inusitadas (divórcio dos pais, doenças graves). (Zarbock et al., 2013).

Os fatores de risco indicados nos dois modelos citados acima interagem com o temperamento (modelo do temperamento e constelações). Dentro desse modelo foram definidas três constelações do temperamento da infância: a criança fácil é menos irritada e adapta-se facilmente aos ritmos de sono e alimentação; a criança com temperamento difícil, reagem de

maneira negativa a estímulos desconhecidos e apresenta dificuldade diante as frustrações e a criança de lenta adaptação, que responde de maneira lenta as variações do ambiente (Thomas & Chess, 1977 como citado em Zarbock, et al., 2013).

3.4 As necessidades emocionais básicas: *Do que as crianças precisam*

O conceito das necessidades emocionais básicas e as consequências de sua privação durante o curso da vida, princípio geral da Terapia do Esquema, apresenta-se como a base para a construção do modelo de diagnóstico e intervenção (Loose 2011d; Zarbock, 2013).

Dentro desse modelo, Loose et al. (2013) reforçam as necessidades emocionais básicas cuja satisfação é um requisito para o desenvolvimento feliz de uma criança:

- 1- Conexão/Relações amorosas estáveis: a criança precisa de uma relação confiável, amorosa e estável com a família para desenvolver a confiança e compaixão. É fundamental uma relação que ofereça conforto e confiança. Para isso, a relação familiar deve ser coerente e empática, permitindo a criança a expressar seus sentimentos em palavras, construindo componentes psicológicos relacionados a transparência e previsibilidade das interações, a fim de evitar contradições e tensões psicológicas. A troca de sentimentos, não só constitui a base para a maioria das capacidades intelectuais da criança, mas também para a criatividade e a capacidade de pensamento abstrato (Loose, 2011d; Loose et al., 2013).
- 2- Senso de capacidade: Cada criança é única e suas particularidades devem ser respeitadas e valorizadas. A necessidade de experiências adequadas a cada estágio do desenvolvimento também é fundamental, já que a criança conforme a idade, amplia a capacidade para determinadas habilidades. Subestimar o talento e a capacidade de uma criança pode gerar humilhação e autodepreciação (Loose, 2011d; Loose et al., 2013).

- 3- Comunidades estáveis e de apoio: O desenvolvimento da aprendizagem social com a construção das amizades e a participação em situações sociais (ir a casa de um colega) configuram-se como base importante para o desenvolvimento das habilidades sociais.
- 4- Autonomia: relacionado a independência, sentimentos de auto eficácia e auto determinação e controle sob o ambiente.
- 5- Integridade física e segurança: as crianças precisam, ter acesso a uma dieta adequada para sua idade, descanso, assistência médica e odontológica (Loose,2011d). Além disso, é fundamental momentos de relaxamento e diversão para exercer a espontaneidade e a liberdade de auto expressão.
- 6- Limite: com afeto e carinho, a criança precisa aprender a respeitar regras, criando uma expectativa realista de si e dos outros.
- 7- Necessidade de um futuro seguro: o bem estar de uma criança depende da responsabilidade política, econômica social e cultural, capaz de oferecer um mundo estruturado e seguro (Loose, 2011d).

Crianças que vivem em ambientes hostis, onde as necessidades fundamentais não são satisfeitas e vivenciam experiências nocivas de vida podem desenvolver EDIs. Sendo assim, um ambiente caracterizado por situações que favorecem a construção de uma auto imagem negativa e provoca a ansiedade em relação a possíveis situações de abandono, facilita o desenvolvimento de EDIs (Simard, Moss & Pascuzzo, 2011).

Os padrões rígidos de comportamentos, sentimentos e cognições definidos por Young et al. (2008) como EDIs são estabelecidos na memória do ambiente nocivo vivenciado pelo indivíduo e repetidas ao longo da vida através dos estilos e respostas de enfrentamento (resignação, evitação e hipercompensação). Dentro da visão clínica, a correta identificação do contexto favorável ao desenvolvimento desses padrões críticos interfere na prevenção dos EDIs, através

de intervenções capazes de reduzir possíveis vulnerabilidades desadaptadas que acometerão a vida adulta (Stallard,2007; Stallard & Rayner, 2005;)

Para Zarbock et al. (2013), o estilo de enfrentamento apresentado pela criança diante da ativação de um esquema depende do seu temperamento e da experiência com os modelos significativos (pais, cuidadores e educadores) e se mostram como reproduções simplificadas das respostas de enfrentamento que os pais utilizam para reduzir as emoções desagradáveis provocadas pela tensão dos conflitos.

3.5 O conceito de modos de esquemas

O atual estado em que uma criança se encontra (vulnerável, desafiador, agressivo), é denominado modo de esquemas. Para Zarbock et al. (2013), trabalhar o conceito de modos é mais promissor que o trabalho com esquemas, pois há mais adaptações do comportamento infantil visando encontrar maneiras para lidar com uma necessidade não atendida. Além disso, o comportamento das crianças precisa ser visto no contexto de seu real nível de desenvolvimento emocional e cognitivo. Nesse sentido, o conceito de modo exige processos cognitivos relacionados aos processos típicos do período operatório concreto.

Os modos são considerados como o estado emocional funcional e transitório e respostas de enfrentamento tanto adaptativos como desadaptativos ativados pelos estímulos de situações negativas (Young et al., 2008; Zarbock et al. 2013). Muitas vezes, as crianças da escola primária, já conseguem descrever seus comportamentos e nomear suas experiências com os modos. Para a maioria das crianças o conceito de esquema se apresentam demasiadamente abstratos. Dessa forma, para Roediger (2011 como citado em Zarbock, et al., 2013, p.40) o terapeuta não precisa discutir tal conceito com a criança, especialmente as mais novas, mas sempre deve ter em mente, os esquemas, as necessidades básicas e os modos para controlar o processo terapêutico.

Um exemplo de proposta de intervenção seria um jogo de magia, uma analogia com o feitiço do personagem *Harry Potter*, pode ajudar o trabalho de psicoeducação dos modos. Nessa metáfora, o modo é algo invisível e despercebido, e o feitiço pode torna-lo visível e quando necessário, enfraquecê-lo. Assim, apenas um conceito precisa ser aprendido pela criança na Terapia do Esquema infantil: modo = estado (Zarbock et al., 2013).

3.6 Nomeando os modos

No trabalho com modos com crianças, Loose (2010c) adaptou os nomes dos modos para facilitar o trabalho de intervenção para crianças:

- 1 - Modo crianças: (a/o pequena/o...nome da criança)
- 2 - Modos punitiva: (a/o crítica/o...nome da criança)
- 3 - Modo imaturo: (a/o apressada/o...nome da criança)
- 4 - Modo inteligente: (modo competente saudável = a/o inteligente...nome da criança)

Por sua vez, os estilos de enfrentamento se demonstram através dos comportamentos desde a infância. Os coping de modos ou modos de enfrentamento são estados emocionais que envolvem emoções, cognições e respostas comportamentais ativados quando os EDIs são ativados. Um modo, apesar de se apresentar destrutivo, foi uma maneira que a criança encontrou para lidar com um problema sério e difícil no passado, tornando-se obsoleto, prejudicial e devastador no presente (Loose, 2010c).

Durante a terapia da criança e de adolescentes, é importante identificar se os modos de enfrentamento apresentados são demonstrações normais da idade e do desenvolvimento da criança. Embora o comportamento desafiador seja comum em uma criança de três anos, espera-se que na idade escolar, ocorra um avanço no desenvolvimento do modo “criança competente”, substituindo o modo criança “desafiadora”, problemas no processo de auto regulação com relacionamento com pais podem manter o modo disfuncional (Zarbock, 2013).

Os modos de reação exigente ou punitivo indicam a dinâmica de um modo específico. Pais com reações comportamentais punitivas podem amedrontar seus filhos, e a longo prazo, causar um impacto destrutivo, já que a criança é sensível a essa raiva interna dos pais. Através da ativação dos modos punitivo ou exigente, o pai ou a mãe podem reforçar padrões de enfrentamento negativos, solidificando círculos viciosos dentro da família. Um dos objetivos da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes é ativar os “bons pais internos” através das técnicas de imaginação e da ativação de memórias de experiências positivas na infância. Os pais devem aprender a agir como o terapeuta, atendendo as necessidades de cuidado, proteção, limite e orientação à frustração (Graaf, 2013).

3.7 A formação dos modos de enfrentamento na criança e adolescente

O conceito de modos de enfrentamento, no contexto infantil, considera que os distúrbios e sintomas são respostas aos conflitos internos que eram originalmente conflitos externos não resolvidos de maneira satisfatória na relação com a criança. Os modos de enfrentamento podem ser observados no jardim da infância para descrever os comportamentos demonstrados pela criança para reduzir a tensão ao lidar com situações conflituosas e emoções desagradáveis (Roediger, 2011 como citado em Zarbock et al., 2013, p.41)

O clássico modelo comportamental alemão **SORCK**, elaborado por Frederick Kanfer (Loose, 2011b; Zarbock et al., 2013) procura explicar a aquisição dos comportamentos. Tanto a perspectiva de conflitos internos como a perspectiva do controle ambiental do comportamento como gatilhos e amplificadores são integrados como parte de uma observação comportamental, nesse modelo:

- **S (estímulo):** caracteriza-se por uma situação interna ou externa que possibilita a ativação do comportamento.
- **O (organismo):** designa o indivíduo biológico com sua história de aprendizagem inicial ou

as características comportamentais da pessoa sob o controle do estímulo. A mudança na variável **O** (crenças, EDIs remotos, pensamento e sentimento) é a finalidade dos procedimentos terapêuticos da Terapia do Esquema.

- **R (reação):** representa a reação ao **S**, ou seja, o comportamento observável (p.ex.: impulsivo, zangado ou indisciplinado), os estilos de enfrentamento (supercompensação, evitação ou resignação) e a internalização pais punitivo/exigente, em seus níveis cognitivo, comportamental, motor e afetivo (Loose, 2011b).

- **K (contingência):** designa a sequência temporal do comportamento, e / ou dos comportamentos ou reações (com que intervalo e frequência o comportamento se repete).

- **C (consequência):** refere-se ao aspecto reforçador ou punitivo que se segue ao comportamento.

Nesse modelo, as respostas (medo, tristeza, vergonha, culpa ou aversão) são acessadas por estímulos externos ou internos. A percepção interna destas reações emocionais, as quais também podem ser automáticas, definem o comportamento de enfrentamento. Através desse processo de atenuação de um estado de resposta a uma situação desagradável, o estilo de enfrentamento (atenção-distração) é reforçado negativamente ocorrendo com mais frequência no futuro (Zarbock et al., 2013).

O atraso dos pais em buscar uma criança (situação) que experimenta um ambiente caracterizado pela falta de conexão, apoio e carinho (frustração de necessidades básicas) pode causar sensação de abandono (“Onde estão meus pais?”) e ativar o esquema de instabilidade/abandono. Para lidar com a situação, a criança poderá hipercompensar através da raiva ou ataque; evitar, mantendo-se desligado ou distraído ou resignar-se nutrindo um sentimento de pânico e abandono (Loose & Galimzyanova, 2014).

Zarbock et al. (2013) utilizaram os diagramas demonstrados abaixo para representar o processo de internalização do conflito, ou seja, como um conflito externo não resolvido de maneira satisfatória pode provocar um conflito interno (pais internalizados), favorecendo o desenvolvimento dos modos de enfrentamento desadaptados. Em casos desfavoráveis, o processo de internalização/introjeção pela criança das partes disfuncionais, punitivas ou exigentes dos pais, aparecerão mais tarde como um “crítico interno” (modo pais disfuncionais) agora percebido pela criança como pertencente a ela. (Figuras 6 e 7). Diante disso, é importante o papel do terapeuta em avaliar e psicoeducar pais e crianças para fortalecer padrões saudáveis de convivência e enfraquecer modos de esquemas disfuncionais (Figuras 8).

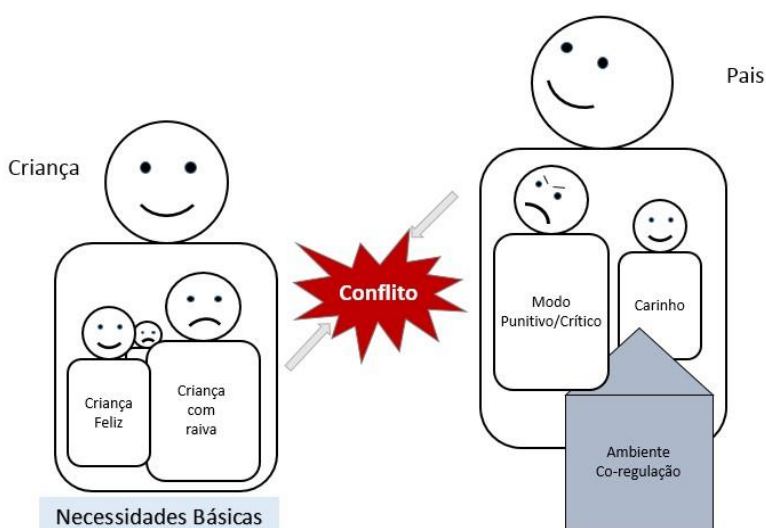


FIGURA 6

Diagrama da representação do primeiro conflito externo entre os pais e a criança. (Baseado em Zarbock, et al. 2013).

Resumindo, a Figura 6 representa as respostas caracterizadas pelos estilos de enfrentamento desencadeadas por estímulos externos. Apresenta ainda, o conflito entre os estímulos internos (modo criança com raiva e modo crítico dos pais) que provocam respostas emocionais como medo, culpa e aversão.

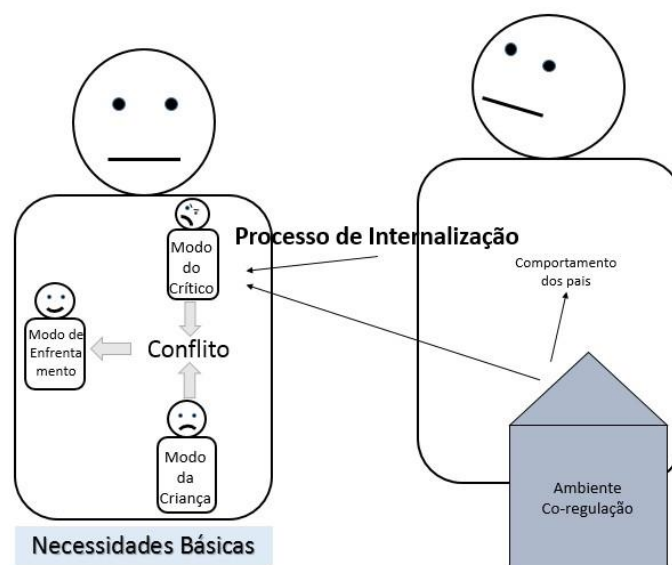


FIGURA 7

Diagrama do processo de internalização. As partes punitivas e exigentes dos pais e sua relação com os conflitos externos favorecem o desenvolvimento dos modos de enfrentamento. (Baseado em Zarbock et al., 2013).

A Figura 7 representa o conflito original entre um ambiente traumático e as necessidades básicas da criança. A criança precisa ser apoiada pelo ambiente em que vive. Quando os pais ou outros cuidadores agem de maneira negativa, permitem que a criança internalize o modo pais punitivo/exigente, favorecendo o desenvolvimento dos modos de enfrentamento.

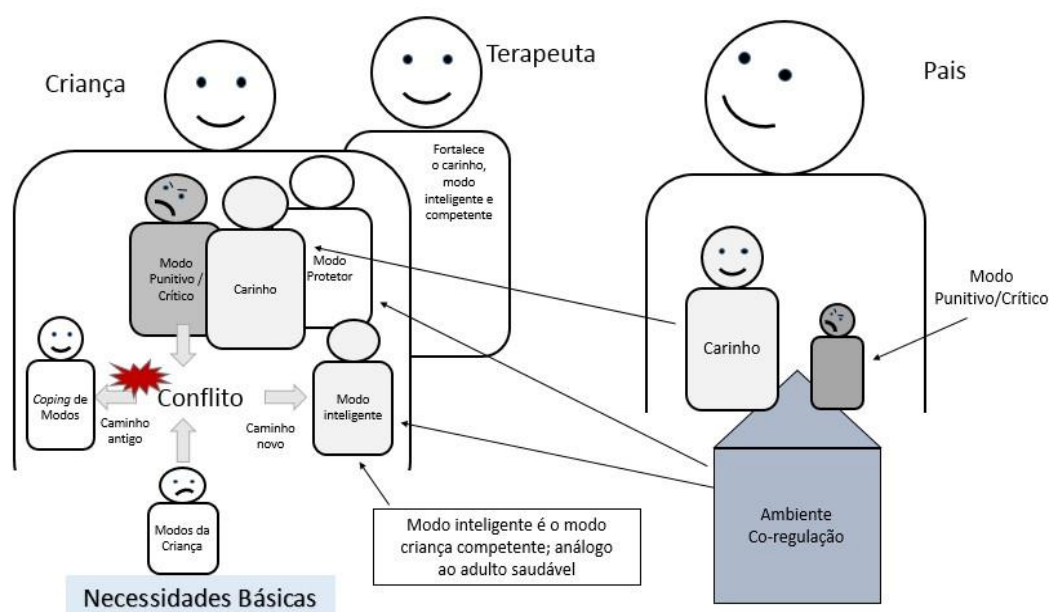


FIGURA 8

Diagrama do papel do terapeuta. Demonstração do fortalecimento do carinho, do modo competente e inteligente e enfraquecimento do modo exigente e punitivo (Baseado em Zarbock et al., 2013).

A figura 8 apresenta a intervenção feita em orientação de pais que visa o desenvolvimento de estilos de enfrentamento mais competentes. Através do fortalecimento do modo competente e inteligente, o terapeuta consegue desativar o coping de modos antigo (modo da criança) nos pais. Há uma "redenção" da criança ferida dos pais, derivada do conflito com os pais exigentes/punitivos (avós da criança em atendimento). Essas ações permitem cuidar dos pais e reforçar o adulto saudável, enfraquecendo os modos pais punitivo/crítico (Zarbock et al., 2013).

A seguir será apresentado algumas peculiaridades conceituais que compõe a Terapia do Esquema para crianças e adolescentes de acordo com as faixas etárias específicas.

3.8 A criança de zero a três anos

Para essa faixa etária, há um trabalho focado na interação pais-filhos e a ativação dos esquemas nos pais e frustração das necessidades básicas deles (autonomia), principalmente nos primeiros meses de vida de seus filhos. O nascimento de uma criança é um importante desafio

na vida dos pais, pois desperta sentimentos ambíguos que se mesclam entre a alegria e medos relacionados ao novo papel (“Vou conseguir cuidar e proteger meu filho?”). Associado a isso, estabelece-se um ritmo desgastante (curtos períodos de sono, choro da criança, fadiga e frustração) que podem trazer à tona os medos, vulnerabilidades e sentimentos associados aos cuidadores da infância, interferindo na percepção das necessidades do filho (Armour, Kröger & Zarbock, 2013).

Algumas adaptações nas vidas cotidianos dos pais após o nascimento dos filhos: adaptação psicológica pós-parto; construção da autoconfiança em sua competência parental; transição para maternidade e paternidade. Em outras palavras, ocorre uma amplificação nos papéis que desempenham, além do papel profissionais, por exemplo, a novidade exige um crescimento interior direcionada ao papel parental; surgimento de coping de EDIs por meio da ativação consciente ou inconsciente da relação dos pais com seus próprios pais; desafio de estabelecer equilíbrio entre as necessidades básicas próprias e da criança: obtenção de prazer (espontaneidade, brincadeira e diversão), estabelecimento de vínculo, autonomia e auto apreciação (Armour et al., 2013).

A criança também precisa realizar tem que realizar adaptações significativas e adquirir todo seu repertório comportamental nos primeiros anos de vida de hábitos alimentares; regulação do comportamento e do estado sono/acordado; regulação de comportamento afetivo; desenvolvimento da atenção focalizada; busca pelo equilíbrio entre vínculo e autonomia (Armour et al., 2013).

Os comportamentos dos bebês podem ativar nos pais vários tipos de EDIs e modos de esquema que foram enraizados devido as experiências de frustração das necessidades básicas da infância interferindo na interpretação dos sinais de seus filhos (Armour et al., 2013).

3.9 O modo dos pais

A experiência de se tornar pai faz com que modos paternos sejam ativados, segundo Loose, et al (2013) poderia surgir os seguintes modos nos pais: adulto saudável, pais felizes, criança zangada; pai punitivo e exigente; modo de enfrentamento de evitação, agressor, protetor desligado e hipercompensador. Esses modos serão apresentados a seguir:

Modo adulto saudável: Um adulto saudável apresenta tolerância à frustração, empatia e capacidade de atender as próprias necessidades. Na relação pais criança, o cuidado com o bebê apresenta uma dedicação adaptada, sem grandes exigências. A mãe precisa conseguir dividir os cuidados com o pai ou os avós para descansar e se divertir.

Modo pais felizes: retrata as experiências de vínculo e conexão harmoniosas dos pais com seus filhos. Esse modo pode ser observado no “ciclo sorriso-confirmação”, em que a criança corresponde ao sorriso do pai ou da mãe.

Modo criança zangada/irritada: Surge quando a frustração das necessidades dos pais (sono, descanso, lazer ou sossego), situações de sobrecarga (vida familiar, profissional) ou o choro da criança podem ativar o modo criança zangada ou modo irritado dos pais. Se o cuidador principal é solteiro ou possui recursos psicossociais insuficientes, quando o modo é acionado pode ocasionar reações de raiva contra a criança, as quais, posteriormente, podem levar a sentimento de culpa ou vergonha, especialmente frente as pessoas de referência. Em casos extremos, podem ocorrer maus tratos com o bebê.

Modo pais punitivo/exigente: As várias exigências físicas comuns aos pais de bebês, como a falta de sono dos pais, podem provocar um humor irritável dos pais, ativando seu modo pai/mãe punitivo-exigente. As internalizações das pessoas de referência (pais, professores ou cuidadores) exigentes ou punitivas, caracterizam o modo pais punitivo/exigente apresentado por essas pessoas. As mães ou pais, que tendem a autodesvalorização (“As outras mães/pais

fazem melhor”) e apresentam uma preocupação exagerada com seu filho, geralmente apresentam o modo pais punitivo/exigentes através de duras críticas a problemas pequenos e a busca pelo perfeccionismo.

A ativação das emoções negativas como medo, raiva e vergonha evocam os modos de enfrentamento que os pais conservam ao longo de suas vidas (Armour et al.,2013; Loose et al.,2013).

Evitação: supondo a ativação do esquema de abandono, a mãe/pai para responder a frustração de suas necessidades de cuidado e conexão procurando não se separar da criança. Outra forma de evitação, é a do contato visual e poucas interações lúdicas entre mãe/pai e bebê, realizando as tarefas de cuidado de forma desanimada e mecânica. Isso pode provocar como resultado um vínculo inseguro e cada vez menos expressões de afeto do bebê para com a mãe, confirmando as crenças maternas de rejeição e desconexão.

Protetor desligado é um modo de enfrentamento disfuncional ligado a evitação que pode aparecer na depressão pós-parto e pode se manifestar como um desligamento ou por confusão/desorientação da mãe.

Modo agressor (*bully and attack*): pode ser caracterizado por cuidadores que sentem raiva ou até mesmo o ódio da criança. Os efeitos causados pelas limitações da vida social e de lazer (em função dos cuidados com o bebê) e gratificação são experimentados como intolerável. Em casos extremos, podem ocorrer abusos reais.

Hipercompensação: o excesso de compensação pode ativar o modo criança vulnerável (desamparado, abandonado) demonstrado por um controle perfeccionista. Neste caso, a criança é excessivamente monitorada a fim de evitar uma possível catástrofe (por exemplo: síndrome da morte súbita infantil). Pais com o esquema desconfiança / abuso podem apresentar uma necessidade excessiva de controle em relação aos sinais de necessidade de seu filho, ignorando

as tentativas do bebê para uma auto regulação. O choro da criança pode ser interpretado como um comportamento hostil em relação a eles.

A dinâmica dos modos pode ser demonstrada pelo seguinte exemplo (Armour et al., 2013): Uma mãe com esquema de fracasso/vergonha pode acreditar que ela não seja uma boa mãe. Após o nascimento do seu segundo filho, ela começou a hipercompensar seu esquema através da busca de informações sobre uma perfeita fase da lactação. O choro da criança ativa o modo criança vulnerável na mãe através da crença: "Ele se sente só quando eu não estou com ele". A mãe lembra que quando era criança teve que suportar vários meses de internação devido a uma doença respiratória e a mãe não era responsiva diante das necessidades de carinho, segurança e atenção da filha.

3.10 A criança na idade pré-escolar

A entrada da criança na escola pode representar um grande obstáculo e exigir um grande esforço dos pais e filhos. Nessa fase, os temas predominantes da interação entre pais e filhos são segurança e desenvolvimento do vínculo (por exemplo: novas amizades, relação com os professores). Além disso, os pais se preocupam com o desenvolvimento da cognição, inteligência, emoção, linguagem, auto-conceito, moralidade e relações sociais (Loose, Graaf & Armour, 2013).

Seguindo essa linha, Loose et al. (2013) listaram os prováveis gatilhos da frustração das necessidades e o início da construção de EDIs:

- **Os esquemas dos pais:** os problemas no processo educacional dos pais são reativados e as experiências dos medos e inseguranças vividos pelos pais na etapa da pré-escola podem ser transmitidos às crianças.

- **As necessidades dos pais:** o estresse diário anula o atendimento das necessidades dos pais (o sono, descanso, relaxamento, saúde, vitalidade, integridade física, segurança, fornecimento de bens essenciais e segurança financeira), provocando dificuldades na sua capacidade ou vontade de responder apropriadamente as necessidades de seus filhos.

- **Os estilos parentais:** são importantes tanto para o desenvolvimento ou prevenção dos EDIs (por exemplo: desligado, autoritário).

O desenvolvimento de habilidades sócio-lingüísticas e comunicativas são apontadas como uma das tarefas mais importantes de crianças na idade pré-escolar para o estabelecimento da regulação emocional (Henry & Lohaus, 2011 como citado em Loose, 2013, p. 94). Nessa fase, o trabalho da Terapia do Esquema focará além da identificação da frustração das necessidades, tarefas importantes que incluem o desenvolvimento da integração social na aceitação da autoridade de figuras como os professores e o reconhecimento das normas sociais para a redução dos sintomas. Os maiores fatores ansiogênicos para a criança nessa faixa etária correspondem a figuras imaginárias (monstros), desastres naturais (raios), separação e animais (Graaf & Loose, 2013).

Na idade pré-escolar, a criança já pode ajudar o terapeuta verbalizando naturalmente suas idéias, opiniões, pensamentos e emoções (Loose et al., 2013), através de jogos e outras atividades lúdicas. Além disso, mesmo diante da dificuldade em distinguir realidade da fantasia, o terapeuta consegue nomear e psicoeducar as crianças sobre conceitos como o modo de esquemas (“O João triste” para o modo distraído, “O João selvagem” para o modo impulsivo).

3.11 A criança na escola primária

São tarefas específicas dessa faixa etária a cooperação social, auto-consciência, aquisição de competências culturais (leitura, escrita, aritmética), bem como jogar e trabalhar em grupo. Nessa faixa etária, a criança pode estar propensa a desenvolver sentimentos de inadequação e

inferioridade (Graaf & Loose, 2013), já que são confrontados com exigências em relação ao desenvolvimento cognitivo, físico e psicossocial.

Dentro desse contexto, a escola desperta os sentimentos de autonomia e auto valorização na relação com as tarefas acadêmicas e com as novas relações sociais. A necessidade de apego, nos primeiros anos escolares, pode gerar uma estreita conexão com o professor da turma. O requisito de desempenho diário começa na organização do material para as atividades acadêmicas (verificar a bolsa e o estojo, por exemplo). A maioria das crianças combinam isso com a expectativa de serem capazes de tornar-se mais independente e competente, imitando assim o mundo adulto. No contexto social, a criança tem que reposicionar-se no cenário com seus colegas lidando com a alternância de grupos na escola, esporte e lazer (Graaf & Loose, 2013).

Nessa idade é frequente medos relacionados ao fracasso, doença, morte, desastres, comentários negativos. O grau de ansiedade em crianças varia de acordo com fatores biológicos (temperamento), fatores ambientais e o modelo direto (pais ansiosos). Os esquemas de fracasso, vergonha, desconfiança e isolamento social podem aparecer devido a discrepância entre as necessidades individuais e os recursos familiares em atendê-los. As experiências negativas vividas pelas crianças na escola, podem ativar memórias negativas nos pais reativando certos EDIs (Graaf & Loose, 2013; Loose et al., 2013).

3.12 O adolescente

O processo de transição da infância para a idade adulta destaca-se por ser uma fase instável e sensível diante dos impasses das novas tarefas do desenvolvimento. As mudanças em seu próprio corpo relacionadas com novas experiências físicas podem trazer confusão ao adolescente, pois o ambiente também mostra-se ambíguo a essas mudanças físicas (Loose & Graaf, 2013b). Assim, os pais ou cuidadores devem ajudar o adolescente a superar a turbulência

emocional no contexto das transições biológicas, cognitivas e sociais. As oscilações físicas e emocionais na adolescência, muitas vezes, podem provocar sentimentos de inferioridade, humor deprimido e ansiedade (Loose & Graaf, 2013b).

Para Dreher e Turner (2008, como citado em Loose & Graaf, 2013b, p.130) o adolescente defronta com tarefas centrais do desenvolvimento: o desenvolvimento de relações novas e mais maduras, com os colegas de ambos os sexos; o despertar das relações íntimas (namorado, namorada); a definição do papel de gênero masculino ou feminino; perceber “como os outros os vêem”; aceitação das mudanças físicas e da própria aparência (estilo roupa, corte do cabelo); independência emocional dos pais, que quando mal conduzida pode fortalecer comportamentos de risco (uso de drogas e álcool, comportamentos anti sociais), desenvolvimento do próprio sistema de valores e do comportamento sociável e aceitável.

Felizmente, Fend (1998 como citado em Graaf & Loose, 2013b, p.132) enumerou alguns fatores como responsáveis pela interação positiva entre pais e filhos: tentativa da manutenção de momentos alegres; negociação de acordos de maneira justa; planejamento das atividades de recreação entre pais e filhos; evitação de comportamentos de superproteção e a construção de uma imagem realista do seu próprio filho.

Nessa faixa etária, há uma melhor compreensão das questões abstratas do processamento de informação, a atenção e processos de memória, que permite ao terapeuta convidar o adolescente a refletir de maneira crítica as principais necessidades a serem atendidas nessa faixa etária (autonomia, auto estima, identidade pessoal).

De acordo com o que foi exposto, Loose e Graaf (2013b) demonstram que é possível e necessário, realizar um trabalho terapêutico baseado na Terapia do Esquema para crianças e adolescentes, mantendo um olhar minucioso em relação a trajetória familiar, permitindo assim atender as necessidades dos pais e filhos, redirecionando a dinâmica familiar. Assim, a Terapia

do Esquema para crianças e adolescentes promete ser modelo inovador que utiliza métodos e ferramentas adequadas para intervir e reduzir os padrões disfuncionais de enfrentamento.

O processo terapêutico da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes e suas principais técnicas serão explanados no capítulo 4.

CAPÍTULO 4 - *Schematherapie für kindern*: fundamentação teórica e descrição das técnicas utilizadas pela escola alemã.

O modelo da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes desenvolvido por Loose (2010), aperfeiçoa a teoria dirigida inicialmente para adultos, a fim de atender as necessidades do público infantil. Loose et al. (2013) desenvolveram um rico trabalho baseado em um conjunto de técnicas cognitivas, comportamentais e vivenciais que permitem aprofundar os conceitos (modos, esquemas, estilos de enfrentamento), juntamente com a idéia de *coaching* de esquemas (processo de educação para os pais) que visam melhorar a qualidade relacional entre criança/pais ou cuidadores. A idéia central da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes é aprender a entender através da experiência e ação (Krüger, 2014).

Antes de aprofundarmos a explanação das principais técnicas é importante destacar dois fatores essenciais para que o protocolo proposto pela Terapia do Esquema para crianças e adolescentes se torne eficaz: a motivação para a terapia e a construção de uma forte relação terapêutica.

4.1 A motivação como elemento importante na Terapia do Esquema para crianças e adolescentes

As crianças e adolescentes não decidem por conta própria ir a terapia, mas são levados pela decisão dos pais ou a pedido da escola. Geralmente, na situação terapêutica, a criança apresenta modo protetor desligado e raramente o modo criança feliz. Até o momento em que uma situação dispare um EDIs, há uma evitação da criança em se falar de temas e situações desagradáveis como uma tentativa de se proteger de sentimentos dolorosos, a segurança e unidade da família a fim de manter intacto o vínculo familiar (Graaf & Loose, 2013a). Por isso é importante que o terapeuta trabalhe primeiro os conflitos externos (escola, sala de aula), deixando o conflito familiar (padrão familiar desfavorável) para um segundo momento (Loose, 2011c). O terapeuta

depara-se com o grande desafio em demonstrar a criança que é preciso ocupar-se de emoções negativas durante o processo de tratamento e que seu papel não é ameaçar o vínculo familiar e sim ajudar a fortalecer o relacionamento.

O terapeuta do esquema, através de brincadeiras e jogos cênicos, busca levar as crianças a auto expressão de suas necessidades psíquicas, consegue trabalhar soluções de problemas das crianças e da família através das mudanças nas rotinas familiares, nos modos, esquemas e comportamentos das crianças e dos pais, não se fixando, exclusivamente a nível dos sintomas (Graaf & Loose, 2013a).

4.2 A relação terapêutica para o sucesso da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes

De maneira geral, através da construção de uma forte aliança terapêutica, o terapeuta adota uma postura transparente, caminhando junto com o paciente, nos processos de avaliação e intervenção buscando proporcionar o bem estar, através da identificação e modificação de distorções cognitivas relacionadas aos comportamentos desadaptados e consequentemente ao sofrimento emocional (Hofmann, 2014).

A Terapia do Esquema para crianças e adolescentes também tem como condição necessária, o constante trabalho a fim de fortalecer a confiança e a relação terapêutica visando a avaliação e modificação dos esquemas. A relação calorosa, consequência da boa aliança de trabalho, permite uma maior honestidade dos pais no relato das dificuldades que têm com seus filhos e a expressão das crianças de suas necessidades não atendidas (Graaf & Loose, 2013a).

Essa terapia precisa ser ativa e criativa, pois como já foi explicado a motivação é externa (motivação dos pais) e não interna (motivação da própria criança). Além disso, muitas vezes os pais apresentam a terapia como uma punição (“Se você não se comportar, nós vamos ao terapeuta”) prejudicando o senso de autonomia e ampliando a evitação da dor que a criança

apresenta. Além disso, pode interferir no auto conceito e auto eficácia das crianças, podendo levar a criança duvidar de suas capacidades (“Meus pais acham que eu não sou mais capaz”). A sala de terapia deve ser um ambiente aconchegante, um espaço de maturação das necessidades básicas frustradas, que permite ao terapeuta acolher a criança para que todos os obstáculos citados acima sejam desfeitos permitindo uma reparação parental limitada, uma boa aliança terapêutica e o uso da confrontação empática (Graaf & Loose, 2013a).

A empatia, calor humano, aceitação, autenticidade e paciência do terapeuta são capazes, dentro dos limites da terapia, de atender as necessidades não satisfeitas, oferecendo segurança para tratar de temas difíceis e satisfazer adequadamente às necessidades não atendidas da criança/adolescentes, bem como às necessidades de seus pais. Quanto mais jovens os pais, mais esses elementos são fundamentais (Graaf & Loose, 2013a). Um cuidado maior deve-se tomar quando há conflitos abertos entre pais e filhos. É comum que os pais façam do terapeuta o único responsável pela orientação da criança, sobrecarregando a relação terapêutica.

A confrontação empática pode ser definida como uma “atitude terapêutica” que através de uma observação sensível (“O paciente já é capaz de enfrentar seus modos? ”) e equilibrada (empatia diante o problema e ao mesmo tempo confrontação), permite que tanto os pais quanto as crianças/adolescentes enfrentem seus modos disfuncionais. Uma confrontação com excesso de empatia pode levar tanto os pais quanto as crianças/adolescentes a banalizar os efeitos do modo sobre suas vidas. Ao contrário, o excesso de confrontação pode gerar crenças de desamparo. Calor emocional e aceitação autêntica são necessários para modificar padrões cognitivos, emocionais e comportamentais (Graaf & Loose, 2013a).

4.3 Aspectos gerais do protocolo alemão da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes

De maneira geral, Loose (2011c), descreve o processo terapêutico para crianças e adolescentes composto em seis etapas com os seguintes objetivos: criar um vínculo estável entre terapeuta-paciente; ampliar a motivação para a mudança (o que exatamente em minha vida deve ser diferente e por quê); analisar o próprio comportamento: descrição do problema e o que sustenta essas condições problemáticas; estabelecer metas individuais; escolher, planejar e conduzir os métodos para mudança; avaliar os resultados e consolidar a terapia .

Abaixo segue uma adaptação das tabelas propostas por Loose (2011c) para uma explanação geral do processo terapêutico. Os fundamentos das técnicas propostas para a avaliação, psicoeducação e mudança para as crianças e pais serão explicadas detalhadamente nesse capítulo.

Etapa I - Criação de um vínculo estável entre terapeuta-paciente (Loose, 2011c; Lopes, 2015)

O objetivo dessa etapa é criar um vínculo estável entre terapeuta-paciente. O terapeuta precisa demonstrar empatia aos problemas do paciente a fim de construir a autoconfiança e a crença que ele tem um problema, ele não é o problema (Loose, 2011c).

TABELA 1

A Etapa I da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas.

| Objetivo | Procedimento | Exemplo de Técnica |
|---|--|---|
| Conhecer o paciente | “Eu como pessoa”. Investigar o que a criança gosta, o que você faz comumente? Hobbies? Sonhos? | Técnica de desenho livre sobre a família, escola, os amigos. |
| Mostrar empatia Construir o entendimento Mostrar a confiança | Fortalecer a aliança terapêutica e realizar demonstrações envolvendo estratégias para se evitar “desorganizações do self” pelo problemas queixa. | Trabalho com balões, Estimular o paciente para trazer os próprios brinquedos a fim de verificar como as brincadeiras e brinquedos da própria criança ajudam-na a lidar com seus conflitos. |
| Redução da baixa autoestima e autoatribuição negativa | Enfatizar os pontos fortes da criança, seus aspectos positivos e suas conquistas | Convidar a família a enfatizar os aspectos positivos da criança. Solicitar da criança que escreva sobre, ou desenhe, ou descreva uma foto contendo uma experiência que a deixou feliz. |

A primeira etapa é alcançada quando o terapeuta consegue identificar o sintoma problema da criança ou o adolescente (Loose, 2011c).

Etapa II - Construção da motivação para a mudança (Loose, 2011c; Lopes, 2015)

Nessa etapa o terapeuta visa analisar o próprio comportamento, suas consequências a curto e a longo prazo e o que sustenta essas condições problemáticas.

TABELA 2

A Etapa II da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas

| Objetivo | Procedimento | Exemplo de Técnica |
|---|---|--|
| Clarificação motivacional | Esclarecer as consequências de curto e longo prazo de uma possível mudança dos comportamentos queixas. | Técnicas de psicoeducação |
| Estabelecer um sonho (meta) para o futuro (próximo) | Analisar e descrever características positivas e o resultado através dos personagens favoritos. Criar os objetivos ligados a mudanças de comportamento. | Livros, quadrinhos, revistas, cinematerapia. |
| O Detetive: tornar a criança curiosa sobre os motivos dos seus problemas | A criança como um “detetive”: “Porque sou como sou?” | Investigação dos pais, avós. Criação de uma imagem pessoal |

Na etapa II a meta é alcançada quando as consequências negativas e positivas do problema foram compreendidas. A criança ou o adolescente conseguem expor claramente um explicação coerente para o problema. A partir dessa fase, todas as conquistas das etapas devem ser reforçadas (Loose, 2011c; Lopes, 2015).

Etapa III - Psicoeducação sobre Esquemas e Modos (Loose, 2011c; Lopes, 2015)

O objetivo da etapa III é a compreensão pelos pais e outras pessoas relevantes em relação aos conceitos básicos da Terapia do Esquema. Nessa etapa, constrói-se o genograma familiar para que o terapeuta e paciente conheçam os esquemas e modos utilizados pela família (a partir dos inventários e questionários aplicados no pré-teste e da observação dos pais e das crianças).

TABELA 3

A Etapa III da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas

| Objetivo | Procedimento | Exemplo de Técnica |
|--|---|---|
| Introdução ao Conceito de esquema e modos | Introdução do modelo SORKC | Uso de figuras ilustrativas dos conflitos da criança Teatro de Fantoques que representam os modos Pinturas, esculturas Metáfora dos óculos |
| Fazer a criança a compreender os benefícios de se reconhecer os modos e os esquemas | Desenvolver habilidades para a criança a compreender a importância de modos protetores. | Tentar imaginar: “O que faria você feliz?” |
| Planejar uma comemoração para reforçar as conquistas da etapa | Com quem ou o que a criança gostaria de celebrar a conquista? | Fazer convites para celebrar. |

Etapa IV - Apresentação do diagnóstico do esquema e do modo para a criança e para os pais (Loose, 2011c; Lopes, 2015)

O objetivo da etapa IV é psicoeducar e conscientizar as crianças sobre seus modos e EDIs e estabelecer metas individuais para a modificações desses padrões desadaptados.

TABELA 4

A Etapa IV da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas

| Objetivo | Procedimento | Exemplo de Técnica |
|--|---|--|
| Identificação dos esquemas e modos na criança | Observação dos comportamentos na terapia, uso de questionários e entrevista anamnese. | Teatro de fantoches Jogos cênicos Jogos com regras |
| Compreensão e conscientização dos próprios esquemas e modos | Aceitar completamente os sentimentos | Manter um diário (modo inteligente) Jogos cênicos, desenhos dirigidos |
| Esclarecer as metas para mudança de modos e esquemas | Clarificação dos objetivos | Psicoeducação com <i>clipchart</i> |

A etapa IV é concluída quando a criança consegue criar um conceito lógico e compreensível sobre seus próprios EDIs e modos, a fim de reduzir os sentimentos negativos em relação à família.

Etapa V - Escolha, planejamento e condução de métodos para mudança (Loose, 2011c; Lopes, 2015).

O objetivo da etapa V é escolher, planejar e conduzir os métodos para mudança com a aprendizagem de técnicas de relaxamento e desenvolvimento de técnicas cognitivas comportamentais.

TABELA 5

A Etapa V da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas

| Objetivo | Procedimento | Exemplo de Técnica |
|---|--|---|
| Aprender exercícios de relaxamento | Lugar seguro | Relaxamento infantil Usar personagens para exemplificar. |
| Técnicas cognitivo-comportamentais | Modelo SORKC | Técnicas cognitivas convencionais para crianças |
| Técnicas para lidar com os modos paternos adquiridos | <i>Role-play</i> , técnica da cadeira e técnica da imaginação | Fantoches de dedos <i>Role-play</i> ; diário; técnica das cadeiras; técnica da casa interna. |
| Terapia comportamental | Escrever cartões lembretes Quebra de antigos padrões de comportamento | Memocards para modos. Diário semanal de registro dos modos |

O objetivo da fase V é alcançado quando o terapeuta percebe que há uma melhora no quadro do comportamento problema.

Etapa VI - Consolidação do Sucesso (Loose, 2011c; Lopes, 2015)

O Objetivo da etapa 6 é avaliar os resultados e consolidar a terapia.

TABELA 6

A Etapa VI da Terapia de Esquemas para crianças: objetivos, procedimento e exemplos de técnicas

| Objetivo | Procedimento | Exemplo de Técnica |
|---|---|---|
| Consolidação do novo comportamento | Redução gradativa do número de sessões. | Jogos cênicos (<i>role-play</i>) Técnica da casa interna (<i>Inneren Hause</i>), com ênfase para o nível dos modos Fantoche de dedos pintura, escrever cartas envolvendo pessoas do passado; escrever diário |

Loose (2011c) destaca que dentro desse modelo, uma fase somente poderá ser efetuada se a fase anterior foi desenvolvida. É importante que se reforce cada etapa conquistada. Além disso, no primeiro momento, há uma preocupação em se trabalhar situações para evitar grandes conflitos com os pais (ambientes desfavoráveis) aumentando a conscientização dos objetivos de cada fase.

4.4 O processo terapêutico para crianças e adolescentes

A abordagem da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes permite aos pais identificar e modificar os problemas presentes e mais amplos na relação pai-filho. A proposta da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes compõe-se de três etapas: o trabalho com modos, a pedagogia do esquema e o *coaching* de esquema (Loose, 2010c; Loose, 2012a).

4.5 O trabalho com modos de esquemas

O funcionamento dos modos, definidos como respostas de enfrentamento desadaptativos frente a um “gatilho emocional”, tem um papel fundamental na terapia com crianças, já que a expressão comportamental do modo permite analisar a criança de acordo com seu real nível do desenvolvimento emocional e cognitivo (Loose,2010c).

Graaf (2013) expõe que o trabalho com modos deve-se constituir dos seguintes passos:

1- Identificar o modo: através de uma proposta de trabalho com personagens (fantoques, bonecos, personagens de teatro), escolhidos pela criança tanto para representá-la como para representar pessoas importantes do seu convívio. O terapeuta estimula a ativação de uma situação típica que permite: identificar e nomear os sentimentos e modos apresentados pela criança (modo criança feliz, modo criança com raiva) dentro da experiência trabalhada. Esse trabalho, permitirá identificar, avaliar e educar a criança sobre seus modos, comportamentos e seus sentimentos.

2- Acessar as necessidades da “criança ferida”: através da proposta de um diálogo, o terapeuta, pede permissão à criança para “conversar” como o modo criança ferida, por exemplo, por meio do fantoche escolhido pela criança para representá-lo (“Posso falar com o João ferido?”), identificando as necessidades emocionais básicas que, de alguma forma, não foram atendidas pelos pais (“O que faz o pequeno João? O que posso fazer para ajudá-lo? ”).

3-Determinar a funcionalidade dos modos (diálogo entre terapeuta e paciente): com o acesso a situações que provocam a ativação dos modos, o terapeuta, através do diálogo com o paciente, pretende identificar a origem dos modos, suas funções e os gatilhos emocionais responsáveis por ativá-los (“Quando você percebeu o modo (o pequeno João)? em quais situações ele aparece? Para que serve? Como seus modos afetam sua vida?”). Após esse processo, o terapeuta

avalia junto ao paciente as vantagens e desvantagens dos modos apresentados por ele, avaliando os prováveis resultados do estilo de seu comportamento.

4- Orientação ao paciente - reforçando os modos saudáveis e enfraquecendo os modos difuncionais: nessa etapa, o terapeuta, dentro dos limites da terapia, cuida da criança, oferecendo proteção e carinho, e ao mesmo tempo, ativa e refoça personagens fortes, limitando atitudes agressivas e impulsivas das crianças. Através do trabalho com vários personagens representados por fantoches, o terapeuta estimula a criança a optar qual melhor comportamento para aquela situação (“Qual comportamento você acredita ser melhor para essa situação? quais atitudes ajudariam o João com raiva? Vamos dar uma trégua para esse comportamento e experimentar outro apenas por um momento?”).

5- Transferência para a vida/Ponte para a vida: nessa etapa será feita a implementação de recursos concretos previamente planejados, para que o paciente possa transferir para situações cotidianas tudo o que aprendeu no setting terapêutico (“Como você pode transferir para sua vida o que aprender na terapia? Quais atitudes são melhores e poderão usadas em seu dia a dia?”). A proposta da lição de casa (escrever em um diário detalhando situações específicas, comportamentos, sentimentos e pensamentos relacionados) e o uso do memocard (espécie de cartão de enfrentamento), poderão ser facilitadores para a generalização de novas cognições e comportamentos. Para crianças, propõe-se o uso dos memocards contendo desenhos representando situações trabalhadas na terapia. Alguns balões com desenhos poderão ser utilizados para demonstrar possíveis vantagens e desvantagens de determinado comportamento. Além disso, poderá ser oferecido a criança fotos com figuras ou personagens relacionados a determinados modos trabalhados em terapia para que ela possa escolher e colar em um papel as gravuras que representam seus sentimentos e comportamentos cotidianos.

Loose et al. (2013), utilizam as cinco primeiras sessões para a formulação de hipóteses, orientada pela identificação dos esquemas, modos de esquemas, estilos de enfrentamento,

temperamento e dinâmica familiar através de observações diretas, declarações, uso de questionários e desenvolvimento das técnicas. Para a definição de objetivos realistas e planejamento terapêutico adequado são também avaliados os recursos disponíveis aos pais para lidar com situações de estresse físico e mental.

O objetivo central durante o processo da terapia é reforçar o modo pais felizes através de orientações concretas que favoreçam os pais a responderem adequadamente as necessidades da criança e apoio aos pais na criação de uma expectativa realista em relação a criança (Armour et al., 2013).

4.6 A importância dos jogos de encenação no processo diagnóstico e de intervenção

Os conflitos emocionais, mentais ou memórias traumáticas, e também os estilos de enfrentamento predominantes em crianças aparecem nos jogos de encenação. O jogo pode ser usado para incentivar a criança a demonstrar seus sentimentos, necessidades, emoções e comportamentos e antecipar comportamentos adequados. O jogo, pode oferecer a criança um meio seguro para aventurar-se em alternativas que a criança evitaria em situações da vida real (Reiners, 2006). De maneira criativa e flexível, com o cuidado da reparação limitada, pode ser aplicado para uma ampla faixa etária, já que crianças de um ano e meio já são capazes de alguma simbolização. O trabalho terapêutico com jogos permite a consciência e correção de padrões disfuncionais e a experiência com diferentes modos de enfrentamento. Com a utilização de bonecos, fantoches e animais pode-se ativar o potencial criativo do teatro como um lugar onde as histórias pessoais podem se reinventadas. No jogo, a criança pode também lidar com experiências que vêm de seus esquemas pré-verbais que são, em certo sentido, indivisíveis. Na técnica com os bonecos, a criança é o “protagonista” e têm algum controle sobre experiências não elaboradas. O terapeuta não assume um papel passivo, mas sim direciona a ação, ele pode “imitar” com as crianças situações das interações sociais, formular as necessidades de maneira

adequada e articular outras necessidades básicas, psicoeducando, motivando (cuidando da criança carente) e reorientando (ativação personagens fortes) para modificar sua realidade (Graaf & Loose, 2013a).

4.7 O diagnóstico

O diagnóstico, tratamento e o trabalho de psicoeducação, são muitas vezes, realizados juntos. O objetivo é desenvolver um projeto de diagnóstico terapêutico que envolva os pais e crianças para entender o comportamento problema e definir metas adequadas (Graaf & Loose, 2013). Os elementos essenciais da história de vida, a observação clínica e exploração da criança e do ambiente (pais, avós e educadores) oferecem importantes elementos de diagnóstico (Graaf, 2013; Loose 2010a).

O diagnóstico inicial se configura como uma investigação que permite ao terapeuta formular hipóteses para serem confirmadas durante o processo terapêutico através dos métodos de avaliação do problema apresentado (Peterson & Wainer, 2011).

Para o diagnóstico, Loose (2011a) propõe uma entrevista de anamnese que permite avaliar os seguintes aspectos:

- 1- Sintomas: quais são, período que apareceram, há quanto tempo os sintomas apareceram e a sua intensidade.
- 2- Histórico pessoal: dados da gestação, doenças, vacinas, cirurgias.
- 3- História social: questões relacionadas a interação social, desempenho escolar, estabilidade emocional, ansiedade de separação.
- 4- Histórico da família: como os pais se conheceram, doenças mentais na família, casos divórcio.
- 5- Conclusão: diagnóstico e medidas intervenção.

Além da entrevista de anamnese, para a Terapia do Esquema, os comportamentos da criança e dos pais nos jogos durante a sessão terapêutica são capazes de gerar no terapeuta hipóteses sobre esquema desadaptativos, modos de esquemas e as necessidades não atendidas da díade. De maneira geral, as seguintes questões devem compor o diagnóstico: quais necessidades foram frustradas no passado?; quais EDIs poderiam ter sido formados? quais os gatilhos típicos interferem na minha forma de pensar e sentir das crianças e dos pais?; qual é o impacto sobre a visão dos planos da criança e de seus pais sobre o ambiente?; quais as estratégias de enfrentamento têm sido usados pela criança e pelos pais? Quais modos (estados emocionais e crenças associadas) estão ativados? (Graaf, 2013).

O pensamento das crianças em determinadas situações pode ser capturado por meio de minutos com a descrição da situação gatilho ou balões de pensamento. Além disso, técnicas projetivas conhecidas fornecem uma fonte para a formação de hipóteses. Por exemplo: a metáfora da ilha da fantasia ("Quem ou o que você levaria para uma ilha?"), desenhos livres ("sua família", "... um personagem favorito", "... um lindo sonho") fornecem ao terapeuta informações sobre a necessidade e a situação da criança, as histórias das fadas e gênios ("imagine que você tenha três desejos. Quais seriam esses desejos?"). O trabalho com desenhos também favorece o diagnóstico de estados emocionais significativos na criança. Outras técnicas para o trabalho com modos é o jogo com fantoches de dedo e o roleplaying. O terapeuta pode desempenhar o papel de um repórter que questiona a criança sobre a sua vida. Também é interessante um diálogo fictício com o pai da criança. A criança joga como se fosse seu próprio pai e mãe: "Imagine que você é sua mãe ou seu pai e agora vou conversar com você. Vamos falar sobre você, o que você quer ser Pai ou Mãe? " (Graaf & Loose, 2013).

4.8 A Psicoeducação para crianças e adolescentes

É importante atentar ao fato que o tratamento e a psicoeducação não são processos separados. A criança, principalmente na idade pré-escolar, não sabe definir a palavra esquema, mas são capazes de demonstrar e identificar nas técnicas de intervenção para crianças, os gatilhos e os estados emocionais correspondentes a eles. O trabalho interventivo com crianças do ensino fundamental pode ser mais aprofundado, elas conseguem visualizar e aprender a relação entre as necessidades básicas e sentimentos. Através do modelo SORCK, o terapeuta consegue fornecer a base para a compreensão dos padrões de vida desadaptados. O trabalho com crianças acima de 10 anos, torna-se mais atraente quando se usa técnicas de imaginação (Graaf & Loose, 2013a).

O terapeuta do esquema pode utilizar vários tipos de materiais para educar criança e adolescente sobre os principais conceitos da Terapia do Esquema que auxiliam na compreensão e modificação dos padrões de comportamento. Dentre esse arsenal, materiais como fantoches, bonecos, bonecos de animais que representam o estado interno e as necessidades fundamentais; personagens de *Playmobil*; objetos personalizados feitos com argila, balões e massinha que conseguem externalizar as experiências internas; livros ilustrados, filmes e séries infantis ou para adolescentes que conseguem mostrar como as emoções são acionadas; cartões dos sentimentos, com desenhos de *Smiles* para desenhar diferentes impressões faciais como rugas na testa e a sobrancelha expressando a raiva (Graaf & Loose, 2013; Loose, 2010d).

O trabalho da psicoeducação segue os seguintes passos (Graaf & Loose, 2013):

- 1- Mostrar para a criança/adolescente diversas gravuras que demonstrem alguma realidade vivida por ela (e), já que a visualização de uma imagem pode aprofundar a experiência e tornar mais fácil o contato com a situação. Para uma criança com esquema de defectividade/vergonha, pode-se escolher gravuras com crianças rindo dos erros de

outras crianças, a criança isolada ou os pais a punindo ou criticando por pequenos erros.

A mesma linha de raciocínio serve para os adolescentes.

- 2- Após mostrar as figuras, o terapeuta questiona sobre os possíveis pensamentos e sentimentos da criança/adolescente: “O que você acha que essa criança/adolescente está sentindo e pensando? Por que ela (e) se sente assim? ”.
- 3- Utilizando desenhos das expressões faciais em cartões e balões com descrição dos pensamentos: “Ninguém gosta de mim, sou defeituoso”, o terapeuta consegue organizar a cena e psicoeducar a criança, combinando palavras com os símbolos, para que ela consiga perceber a relação entre o que ela diz que o personagem pensa e o que ele sente e faz. A mesma lógica serve para o adolescente.
- 4- Há a tentativa da identificação das necessidades não atendidas e dos estilos de enfrentamento: “O que acontece depois? O que ele realmente quer? ”.
- 5- O terapeuta tenta trazer a realidade do paciente: “Você já sentiu algo semelhante? ”
- 6- Através de metáforas e símbolos, o terapeuta explica para a criança como a formação de um esquema e modos de esquemas e como esses padrões serão ativados diante das situações, fazendo-a sofrer. Para demonstrar como uma situação passada desperta as mesmas sensações em relação a uma situação presente, o terapeuta desenha a imagem atual da criança e coloca dentro dessa imagem, o desenho dela menor, representando como um esquema ou modo de esquema funcionam como padrões rígidos e automático despertando pensamentos e sentimentos dolorosos. Esse mesmo princípio pode ser usado com um adolescente.
- 7- Pergunta-se então para a criança o que ela acha que pode fazer com que o modo assuma o controle. Depois disso, pergunta-se também o que o personagem faz logo após o modo assumir o controle. Quando a criança tem dificuldade em produzir as repostas por si mesma, o terapeuta pode auxiliá-la oferecendo opções de respostas semelhantes às

queixas narradas pelos pais e com suas hipóteses clínicas. Conclui-se, reforçando o modelo cognitivo, o conceito de modo e o que faz com que o modo assuma o controle do personagem. A mesma lógica serve para o trabalho com o adolescente.

- 8- Um novo personagem é inserido na cena. O terapeuta e a criança conduzem novas maneiras de pensar e agir, encontrando soluções diferentes para seu novo personagem nas mesmas cenas. O mesmo pode ser adaptado para um adolescente.
- 9- O terapeuta questiona se a criança se parece com o primeiro personagem das cenas: “O que você sente agora quando seus amigos riem dos seus erros”? Uma imagem dela é apresentada e dentro da cabeça ou da barriga o representante que ela escolheu para identificar seu modo é colado. Faz a ponte para a vida, esse será o representante de seu modo disfuncional nas outras sessões de terapia. A mesma lógica serve para o trabalho com o adolescente.

4.9 A Psicoeducação para o modo protetor desligado

Algumas atitudes da criança/adolescente podem demonstrar que ela se encontra no modo protetor desligado: atitude apática frente a atividades que antes lhes eram prazerosas; não faz a tarefa da escola e banaliza seu esquecimento; informa exaustivamente sobre temas que não se relacionam ao comportamento problema; mostra-se muito racional ou excessivamente precoce; se mostra muito entediada, passiva e silenciosa; durante a terapia só quer jogar; mostra-se muito distraído e disperso; descreve pais, professores, colegas como culpados por sua conduta, entre outros (Graaf & Loose, 2013a).

O desenho, a argila ou a massinha são propostas para se trabalhar de maneira criativa a auto expressão dos sentimentos, emoções e comportamentos da criança. Adaptações dessa metodologia pode ser usada para adolescentes.

O trabalho com pintura livre ou dirigida proposta pela Gestalt por Oakland (1988 como citado em Graaf & Loose, 2013, p.207) como outra alternativa para incentivar a criança a se identificar com a imagem e assim, negociar a estratégia de evitação. A partir da idéia que a imagem pode favorecer o início da intervenção terapêutica (Graaf & Loose, 2013), pode solicitar que a criança desenhe um sonho ou um lugar favorito. Por exemplo, para Oakland (1988 como citado em Graaf & Loose, 2013, p.208) se a criança desenha o cachorrinho de estimação brincando longe de casa e no céu um lindo sol e um arco íris, incentiva-se a criança a descrever qual parte da imagem mais gosta, ou qual parte ela gostaria de ser. Se ela disser que gostaria de ser seu cachorrinho, trabalham-se os motivos para se ser o cão e diálogos entre o cão e as outras partes integrantes da cena. Depois pede-se um título para a cena (“Minha vida”) e perguntas são feitas para explorar as evitações da criança no momento em que se faz a ponte para a experiência da própria criança: “Vamos imaginar que você é o cãozinho, como você se sente? ”, “ O que você faz comigo ou com as outras pessoas que se parecem com essa imagem?”. A partir desse momento, o terapeuta tenta junto com a criança solucionar os conflitos. O terapeuta pode fazer um arquivo evolutivo dessas imagens para que se possa identificar as mudanças nas cenas à medida que se trabalha de diferentes maneiras para uma integração mais adequada dos modos.

4.10 Englobando diagnóstico, psicoeducação e intervenção

4.10.1 A técnica das cadeiras

Uma intervenção psicoterápica que engloba os processos de diagnóstico, psicoeducação e intervenção, para crianças com faixa etária de 9 a 12 anos é a técnica das cadeiras (Loose, 2010 d; Loose, 2012; Loose et al., 2013).

Na primeira etapa, o terapeuta busca identificar um modo apresentado pela criança em situações problemas. O terapeuta instrui a criança da seguinte forma: “Descobrimos que você

tem diferentes sentimentos, escolha um que predomina em determinada situação. “Após a escolha, o terapeuta dispõe cadeiras em semicírculo e em cada uma delas há um rosto figurativo de uma expressão facial típica de determinados estados emocionais característicos de modos específicos. O terapeuta nomeia as cadeiras com o modo inteligente e um modo de enfrentamento, como por exemplo, o modo desligado. Geralmente, a cadeira que representa o modo de enfrentamento (modo desligado) fica no centro as demais representam o modo inteligente e o modo criança ferida. Tem início um processo dinâmico, em que o terapeuta encena a situação com a criança, trocando de cadeiras, encorajando-a representar os modos e os sentimentos ligados a eles cada vez que ela se senta numa cadeira. No segundo momento, o terapeuta promove um diálogo com o modo criança ferida para identificar as necessidades não atendidas e oferecer segurança e apoio (“Conte-me sobre você, o que posso fazer para ajudá-lo? ”). Para adaptar a funcionalidade dos modos, o terapeuta pede que a criança adote uma postura neutra, apenas observando a atitude do terapeuta diante de uma determinada situação. O terapeuta se senta na cadeira modo inteligente e oferece um modelo de enfrentamento adaptado por meio de respostas verbais e não verbais com relação a um problema, como por exemplo: “O que o João inteligente faria se mãe dele pedisse que ele fizesse a tarefa”. Após a modelagem observada pela criança, o terapeuta estabelece um diálogo com ela, destacando as vantagens e desvantagens de certos comportamentos, e ao mesmo tempo, reforça os modos saudáveis.

Para avançar na fase da reorientação, o terapeuta estimula um diálogo entre o modo desligado e modo saudável incentivando a criança a expressar suas necessidades de maneira adequada. Para isso, a criança encena o papel na cadeira do modo desligado (“Você é distraído”), o terapeuta senta-se na cadeira do pequeno João orientando e modelando um diálogo interno mais adaptado: “ Eu cometo erros como todas as crianças, não mereço essas palavras tão duras”. Esse procedimento prepara a criança para lidar com possíveis dificuldades

no diálogo com os pais e professores. Para garantir a eficácia da técnica é importante que a criança consiga transferir o que aprendeu para a vida real. Uma proposta é a confecção de cartões de memória que descrevem uma situação problema (“Quando a minha mãe pede que eu faça a tarefa”) e possíveis respostas (“Mãe, pode deixar que farei isso agora”). A técnica permitirá que a criança e terapeuta consigam identificar, entender e modificar padrões rígidos de comportamento, melhorando a auto estima, promovendo um melhor auto regulação e o sucesso nas relações, melhorando a saúde mental da criança. (Graaf & Loose, 2013a; Loose, 2010d).



FIGURA 9

Exemplo da técnica das cadeiras (Retirado de Graaf & Loose, 2013a; Loose, 2010d)

4.10.2 As histórias, literatura e filmes

Contos de fadas, filmes e personagens fictícios podem ser utilizados tanto para avaliação quanto para a intervenção. Através dos contos de fadas, o terapeuta direciona a atenção da criança para o herói admirado, motivando a imaginar e refletir como seu herói se comportaria e se sentiria diante de uma situação problema. Além disso, através dos personagens e cenas de filmes é possível demonstrar a criança como o seu herói superou situações de privação e trauma. Por fim, a criança é estimulada a imaginar que está ao lado personagens nas situações difíceis (quando os modos estão ativados) e quais estratégias o herói utilizaria para desativar os modos disfuncionais (Graaf & Loose, 2013a)

4.10.3 O uso de metáforas para representar os modos e EDIs

Para ajudar na compreensão dos conceitos de EDIs e modos de esquemas pode-se utilizar a “metáfora dos óculos”. O terapeuta pode dizer: “a maneira que vemos o mundo depende de nossas experiências do passado, a forma como percebemos as coisas depende dos nossos óculos, mas existe outros óculos. Por favor, experimente esse outro (entrega um óculos diferente para a criança), O que você vê? Quais experiências você teve? Quais situações faz você sentir-se rejeitado (gatilhos dos esquemas)? ”. O terapeuta precisa ter em mente que os óculos especiais funcionam para a criança como um modo de enfrentamento para interpretar pequenos sinais que poderiam indicar uma experiência dolorosa (Loose, 2010d; Loose et al., 2013).

A metáfora das máscaras e adereços (chapéus, colares) também pode ser trabalhada para o diagnóstico e intervenção. Simula-se um pequeno teatro ou uma cena em que a criança ou o adolescente utiliza uma máscara. A máscara sugere que a criança é outra pessoa (o modo desadaptativo) e que a pessoa “real” está escondida atrás da máscara (Graaf & Loose, 2013a). O modo criança furiosa pode ser melhor compreendido com a metáfora do vulcão, onde a raiva é comparada a “fúria da espuma” (Graaf & Loose, 2013a).

Através da espontaneidade e criatividade, as crianças são capazes de exteriorizar suas emoções e modos disfuncionais permitindo que o terapeuta direcione a ação para estilos de enfrentamento mais adaptativos.

4.10.4 As cartas de baralho e os cartões

As cartas de baralho ou cartões pré-fabricados para colorir também podem ser usados para psicoeducar as crianças em relação aos seus modos. Pode-se jogar cartas e levá-las para casa. O trabalho com as cartas faz analogia aos cartões colecionáveis da Star Wars ou do herói favorito. Dessa forma, permite trabalhar os pontos fortes e fracos e as consequências a curto prazo das ações do personagem. A representação visual do enfraquecimento dos modos desadaptados pode ser demonstrada com o uso de cartões com diferentes tamanhos mostrando a mudança na dinâmica interna ou desenhar duas imagens, representando o modo real (desadaptado) e o modo alvo (modo inteligente) (Graaf & Loose, 2013a).

4.10.5 O uso criativo dos desenhos

Uma opção criativa para a psicoeducação dos modos de esquemas são os desenhos feitos em *clipchart*. O primeiro passo consiste em traçar linhas que representem a cabeça (*smile*) e o corpo (retângulo) com linhas de contorno (pele) que mostrem à criança que existem momentos que são mais resistentes aos problemas (linha de contorno grossa) e há outros em que ela é menos resistente (linha de contorno mais fina). Durante a psicoeducação acrescenta-se a essa figura cartazes que permitem a identificação da necessidade não atendida em uma linguagem que a criança entenda (“Necessidade de ser amado!”). O terapeuta anexa um balão de pensamento para psicoeducar que a memória registra as experiências boas e aquelas que a fazem sofrer, e que algumas situações fazem com que o filme passe novamente em nossas cabeças (ativação do esquema) e nós percebemos algumas feridas (representadas por triângulos) que são difíceis

de cicatrizarem mas que o terapeuta a ajudará esquecer os filmes que a fazem sofrer. (Graaf & Loose, 2013a).

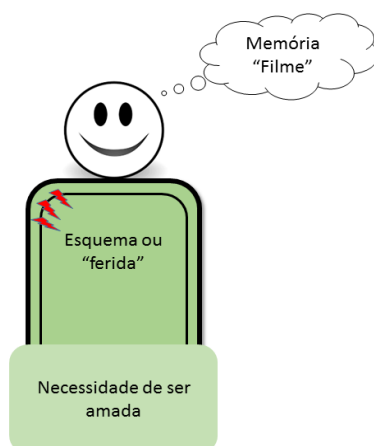


FIGURA 10

Exemplo de psicoeducação do trabalho com modos de esquemas através de desenhos feitos em *clipchart*. (Retirado de Graaf & Loose, 2013a)

Para demonstrar que a criança carrega dentro de si vários modos que podem ser facilmente ativados, utiliza-se *clipchart* representados por diferentes *smiles* (cor, formato e tamanho). É importante que a criança entenda que o modo inteligente é sábio e quando ativado pode ajudá-lo sozinho a derrotar os outros modos que causam sofrimento (Graaf & Loose, 2013a).

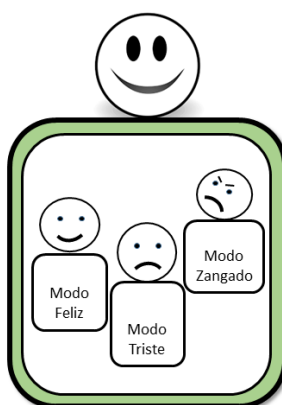


FIGURA 11

Exemplo de clipchart para psicoeducar sobre a natureza da ação dos modos de esquemas (Retirado de Graaf & Loose, 2013a).

Outro recurso que pode ser usado é estabelecer uma linha da vida com a história dos modos e EDIs da criança construída com colagem de fotos antigas, imagens retiradas de revistas e figuras da internet (Graaf & Loose, 2013a).

4.10.6 O trabalho com fantoches e bonecos

Para o processo de avaliação, identificação, psicoeducação e modificação dos modos, Graaf e Loose (2013a) propõe a técnica com fantoches ou bonecos. Os fantoches ou bonecos também poderão também ser trabalhados em um palco, na forma de teatro. Primeiramente, uma caixa com fantoches ou bonecos, previamente selecionados, com diferentes características é entregue a criança para que ela escolha o boneco com quem mais se identifica (“Qual mais se parece com você? ”). Após a escolha, inicia-se o processo de psicoeducação, nomeando os bonecos e as emoções ativadas diante de determinada situação (“Esse é o ‘João’ bravo, você também se sente assim? ”). O terapeuta tenta aprofundar o conhecimento sobre os modos e emoções das crianças através do acesso ao modo criança ferida (“Posso falar com o ‘João’ ferido? ”).

A próxima etapa desse tipo de intervenção permitirá que o terapeuta identifique a funcionalidade dos modos e as vantagens e desvantagens dos personagens (“Você poderia agir de maneira diferente? ”). Para a reorientação, o terapeuta cuida e protege a criança inserindo personagens fortes que encorajam a correção cognições disfuncionais (“Qual comportamento você acha que ajudaria mais? ”). A criança precisa transferir o que aprendeu para situações na vida real. Para isso, o terapeuta estimula o diálogo entre fantoches que representam pessoas importantes para a criança, como por exemplo seus pais (“Como será quando você agir de maneira diferente? ”). Uma forma criativa de lembrete para as crianças, quando não estão na situação terapêutica, é utilizar fotografias dos fantoches e preencher balões indicando os nomes dos modos e formas adequadas para lidar com situações que os ativam. Com a realização da

técnica, a criança estará ciente dos seus modos dentro e fora da situação terapêutica sentindo segura para enfrentar situações difíceis (Graaf & Loose, 2013a).



FIGURA 12

Exemplo do trabalho com bonecos (Retirado de Graaf & Loose, 2013a; Loose, 2012; Loose 2012b).

4.10.7 A *Inneren Hause* (A casa interior)

A técnica *Inneren Hause*, tem como objetivo o processo de avaliação e psicoeducação (identificação e compreensão dos conceitos de esquemas, e modos) e intervenção (escolha junto com o terapeuta de ideias mais adaptativas). A *Inneren Hause* ou casa interior se estrutura como uma técnica psicoeducativa que ajuda a criança, compreender melhor sua experiência e reorientá-la em situações disfuncionais (Graaf & Loose, 2013a).

Um modelo de casa com três andares é construído, sendo o térreo representativo do nível da experiência como por exemplo, eventos ligados a falta de autocontrole, como responder a professora na sala de aula (Figura 13).

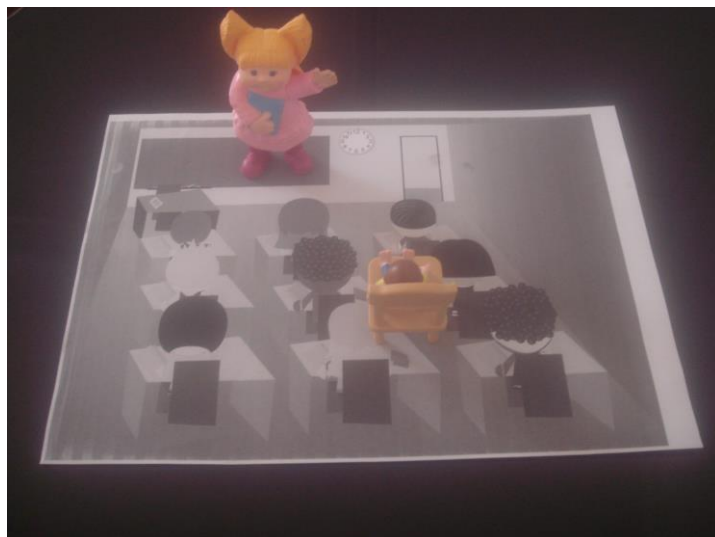


FIGURA 13

Exemplo do nível da experiência da *Inneren Hause*. (Retirado de Graaf & Loose, 2013; Loose, 2012; Loose, 2012b)

O primeiro andar representa o nível dos domínios dos esquemas que são demonstrados através de objetos que representam os esquemas positivos e negativos como, por exemplo, figuras animais representando o esquema de falta de autocontrole e as bolas com sorriso representando esquemas de auto eficácia (Figura 14).



FIGURA 14

Exemplo do nível dos domínios dos esquemas da *Inneren Hause* (Retirado de Graaf & Loose, 2013; Loose, 2012b)

O segundo andar representa os modos (Figura 15). Aqui, bonecos escolhidos e nomeados pela criança são colocados em um círculo, e o modo mais popular (modo criança inteligente) é colocado ao lado do modo mais impopular (modo criança impulsiva) para uma tentativa de integração. No centro do segundo andar há um trono desocupado, que permitirá a criança e terapeuta discutirem qual modo será mais eficaz para determinado tipo de situação tentando transferir isso para a vida cotidiana (Graaf & Loose, 2013a).



FIGURA 15

Exemplo do nível dos modos da *Inneren Hause* (Retirado de Graaf & Loose, 2013a; Loose, 2012a; Loose, 2012b)

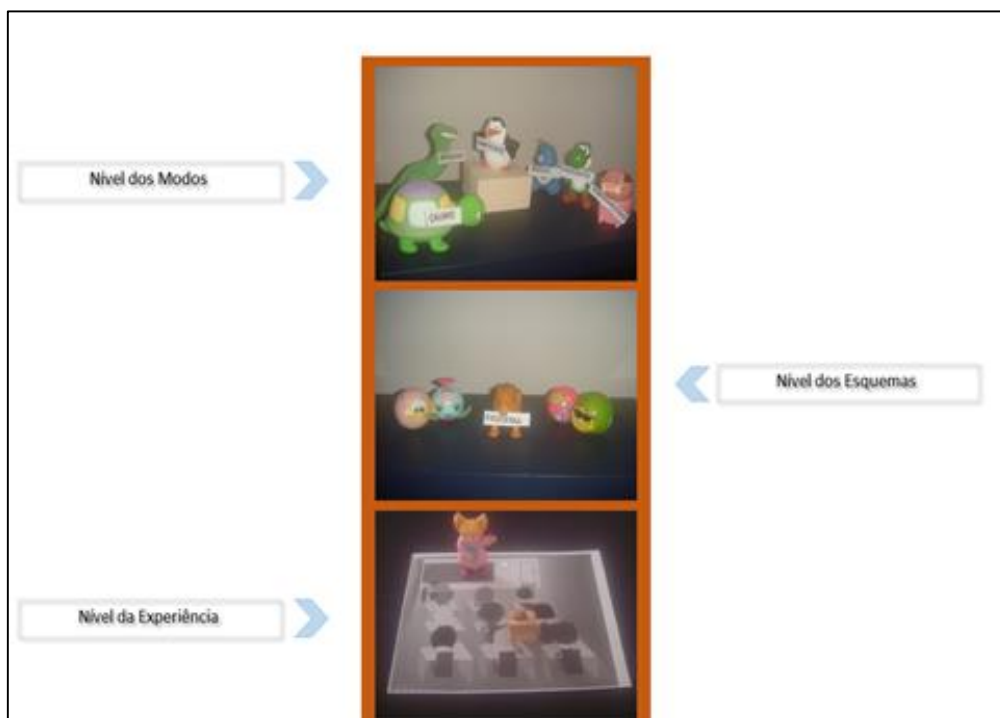


FIGURA 16

Exemplo da *Inneren Hause* (Retirado de Graaf & Loose, 2013a; Loose, 2012)

4.10.8 A transferência para a vida: O uso dos *memocards* e diários

Durante o processo terapêutico, há confecção do *memocard* (cartões de feedback) e diários a fim de ajudar a criança, frente a situações gatilho, a lembrar e transferir para a vida diário o que aprendeu na terapia, ativando o modo inteligente. Para isso, fotos dos resultados do trabalho com modos (fantoques, cadeiras) são usadas para reestruturar o comportamento e as cognições. O diário contendo a cronologia da terapia (com fotos de técnicas utilizadas nas sessões, desenhos representativos das reflexões) é elaborado com a criança e com o adolescente afim de que eles acompanhem a evolução de suas mudanças (Graaf & Loose, 2013a).

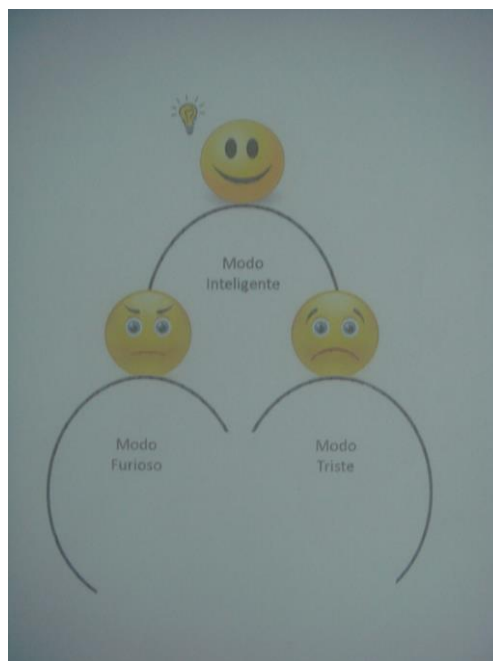


FIGURA 17

Exemplo de *memocard* utilizado pela criança. (Retirado de Graaf & Loose, 2013a)

4.10.9 Tarefas de casa

A tarefa de casa é considerada um fator decisivo para a eficácia consolidação das mudanças da Terapia do Esquema. As tarefas de casa incluem treino de relaxamento, preenchimento do diário dos modos, anotações, desenhos, colagem de figuras, entre outras. Além de apresentar o embasamento lógico do que foi solicitado, o terapeuta precisa avaliar a motivação da criança para fazer o combinado. A evitação em fazer a tarefa de casa pode refletir modos de esquemas ou EDIs e devem ser considerados e discutidos com a criança da perspectiva dos modos e esquemas (Graaf & Loose, 2013a).

4.11 A Pedagogia do Esquema

A etapa da pedagogia do esquema proposta por Loose (2010c) tem como objetivo fazer a ponte entre a Terapia do Esquema e o dia a dia dos pais, cuidadores, professores e outras pessoas importantes que fazem parte do cotidiano da criança. Para Graaf (2013), o trabalho com crianças

torna-se eficaz quando a reparação parental é desenvolvida pelas pessoas importantes na vida da criança. Através do processo de psicoeducação, os pais serão capazes de identificar suas necessidades básicas, seus EDIs, seus estilos de enfrentamento e modos de esquemas que estão ativos quando interagem com seus filhos. Após esse processo, inicia-se o processo de intervenção para que os pais desenvolvam estratégias adaptativas ao lidar com situações conflituosas. Além do trabalho com os principais conceitos que moldam a terapia, sugere-se grupos de auto consciência para os pais, cuidadores e professores a fim de orientá-los a reagir de maneira adequada diante de um comportamento problemático.

4.12 O *coaching* de esquemas

Partindo da premissa que as estruturas familiares que agem, muitas vezes ao longo de gerações, são a base dos conflitos e claramente responsáveis pelo desenvolvimento dos sintomas em seus filhos, torna-se fundamental investigar o desenvolvimento da criança no contexto da família e do seu ambiente. Sendo assim, a terceira etapa da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes, o processo de *coaching de esquemas*, parte do princípio que se os pais e crianças compartilham um mesmo esquema, torna-se mais difícil lidar com os conflitos na terapia, ou seja, as regras são aplicadas a toda família, pois é fundamental que os pais conheçam e compreendam os esquemas desenvolvidos ao longo de suas vidas. Dessa forma, o foco principal nessa etapa é o trabalho com os EDIs dos pais, definidos como padrões rígidos na maneira de pensar, agir e se relacionar, adquiridos na infância e repetido por gerações em suas famílias de origem. A proposta do *coaching* de esquemas, é orientar e educar os pais em relação a seus EDIs e identificar a origem deles, propondo um trabalho para a modificação desses padrões, melhorando a relação pai e filho como peça chave para o sucesso terapêutico com as crianças (Loose, 2010c; Graaf & Loose, 2013a).

Graaf (2013) e Loose (2010c) sugerem as seguintes etapas para estabelecer um *coaching* para os esquemas:

- **A investigação de recursos parentais** (questionário sobre os recursos da família, entrevista de anamnese).

A detecção das necessidades, esquemas desadaptados e modos dos pais, pode ser feita através do questionamento direto que permite ao terapeuta formar hipóteses sobre padrões rígidos e modos desadaptados através de algumas informações gerais e padrões de comportamento obtidas com base nas informações dos próprios pais.

Após essa primeira investigação, aplica-se a entrevista de anamnese desenvolvida por Dr. Loose (2011a) e traduzida para a língua portuguesa em um trabalho desenvolvido e apresentado por Lopes (2012). Esse modelo de entrevista permite que o terapeuta obtenha informações precisas sobre os primeiros anos de vida da criança e informações sobre a infância dos pais. Para isso, no primeiro momento, tanto o pai ou a mãe respondem questões elaboradas para identificar os EDIs e modos de esquemas durante o desenvolvimento da criança (Loose, 2011a). Exemplos de questões da primeira etapa do questionário são: “A gravidez ocorreu no momento esperado, foi planejada, desejada ou não desejada? ”; “ Como você classifica, a partir da perspectiva de hoje, a qualidade de seu relacionamento naquela época (amoroso, distante) ?; Como você experimentou como mãe ou como pai, o nascimento da criança? “Você participou dos cuidados da criança nos primeiros dias e semanas após o nascimento?”.

No segundo momento, solicita-se informações a respeito da infância dos pais a fim de a identificar os EDIs e modos de esquemas desenvolvidos pelos pais desde a infância. Formula-se questões como: “Descreva em termos gerais a sua infância”; Liste três declarações típicas de sua mãe na sua infância; “Como você avalia seu atual estado mental? ”; “Como você mantém sua saúde mental? ” (Loose, 2011a).

A entrevista de anamnese permite identificar e avaliar os principais EDIs e modos presentes nos pais que podem colaborar para o aparecimento dos padrões rígidos e desadaptativos dos filhos. Uma avaliação relacionada à infância dos pais é realizada na segunda etapa da entrevista, permitindo psicoeducar os pais sobre gerações anteriores e compor a construção do Genograma (Graaf, 2013).

- Exploração das necessidades básicas da família através do questionário para os pais

Aborda questões sobre as necessidades não atendidas na infância dos pais (proteção física, segurança, estabilidade, cuidado, amor e aceitação) e elabora uma lista de verificação para o terapeuta, ajudando os pais (através da reparação limitada), a satisfazerem suas necessidades básicas.

- Educação sobre a importância de esquemas e modos na relação pai e filho.

Estudo das regras da família através do questionamento direto (“Quais são as normas morais e tradições que você aprendeu com sua família e outras pessoas importantes? O que você herdou de seus pais? O que voce queria fazer diferente de seus pais? Há certos rituais ou costumes praticados pela sua família e que são importantes para você?”).

- Criação de hipótese de funcionalidade interacional dos sintomas

O comportamento dos pais na terapia, muitas vezes fornece material suficiente para a formação de hipóteses sobre padrões desadaptados.

- Investigação de esquemas e modos disfuncionais dos pais

A investigação dos modos disfuncionais paternos é realizada através da utilização de questionários (Inventário Parental; Questionário dos Esquemas de Young), a construção do Genograma (“álbum de família”, representando graficamente os esquemas familiares perpetuados ao longo das gerações) e técnicas vivenciais (provocações cênicas que desencadeiam reações e impulsos representando modos e esquemas específicos).

A técnica “Conselho de família”, também oferece um meio de diagnóstico dos EDIs e modos dos pais. Nessa técnica, existe uma placa de madeira retangular e um número de figuras de madeira com diferentes tamanhos, com rostos indicados, representando os membros da família. Estruturas familiares que agem muitas vezes ao longo de gerações, são a base do conflito e responsáveis pelo desenvolvimento dos sintomas. Cabe ao terapeuta estabelecer a de cada membro um dos membros da família e a descrição dos estados emocionais que esses membros despertam nos pais. Esse tipo de técnica permite estabelecer os modos e os EDIs paternos com base nas relações desses com sua família de origem.

- Correção dos modos e esquemas dos pais

O terapeuta pode reforçar os modos positivos questionando com os pais sobre situações confiantes: “Quando você se sentiu muito confiante e competente no papel de pai / mãe? Imagine a cena novamente. Como você se sente fisicamente? O que você sentiu? O que você pensou ? O que ajudou você? Você conseguiria agir assim novamente?”

Além das técnicas vivenciais, o *Feedback* de vídeo é uma técnica muito poderosa, pois permite que o terapeuta (apesar do efeito da câmera), observar os pais em pequenos momentos de autenticidade (situações familiares, passeios, dia a dia com a família). Se forem usados corretamente, os vídeos fornecerão uma maneira eficaz para reforçar os comportamentos positivos através da autoavaliação dos pais.

- Trabalho com diferentes abordagens emocionais

Dentre as técnicas emocionais estão o trabalho com a imaginação e a proposta da técnica das cadeiras. Através da técnica da imaginação, há uma tentativa em modificar os padrões negativos com o desenvolvimento de uma “nova visão” para situações negativas. As seguintes perguntas são trabalhadas: “Imagine uma situação estressante com seu filho.”; “Descreva suas reações e sentimentos”; “Tente descrever uma situação passada em que você teve o mesmo sentimento, o que você precisava?”; “Volte para a situação atual, o que você faz?”

Outros adereços (pequenas mesas, cobertores, travesseiros, casaco e mala ou cordas) são usadas para simbolizar claramente os modos e ser capaz de ativar emoções. Os pais podem, por exemplo, simular uma parede com uma mala para simbolizar um protetor distante.

- Uso de técnicas que permitam aos pais “voltarem para a sua própria infância” (quando necessário)

Técnicas para esclarecer, identificar e satisfazer as necessidades dos pais que não foram satisfeitas em sua infância são utilizadas como: técnica do trabalho com cadeiras e imaginação, citadas anteriormente.

- Identificar as necessidades dos avós da criança (quando os avós são responsáveis e participam ativamente da criação da criança).

O uso do Genograma familiar permite identificar os esquemas familiares que perpetuam durante gerações.

O Inventário Parental permite identificar as origens dos EDIs remotos através da avaliação do pai e mãe de quem responde ao questionário.

- Trabalhar fora do esquema em vários níveis.

Uma questão importante é “O que fez com que um esquema comum a sua família de origem, tornar-se agora o seu próprio esquema?”. A resposta a essa questão pode ser alcançada por meio da *Family board* (Conselho de família) que permite, através de uma placa com figuras que representam os membros da família e outra figura representa o esquema em si, observar as mudanças na relação familiar quando o esquema entra e sai de cena (Graaf, 2013; Loose, 2012a; Loose 2012b).

A técnica *Family Board*, é uma proposta para o *coaching* de esquemas onde o objetivo é orientar e educar os pais em relação a seus EDIs e identificar sua origem, propondo um trabalho para a modificação desses padrões. A *Family board* é constituída por uma placa com figuras com rostos desenhados, representando os membros da família e uma figura representando o

esquema (por exemplo, privação emocional). A figura do esquema (bloco vermelho) é introduzida na cena para avaliar as sensações dos membros da família quando o esquema entra e sai de cena. Pode-se também utilizar a *Family board* de dupla estrutura com um piso térreo (Figura 20) representando a constelação familiar de um dos pais e o primeiro andar (Figura 19) representando um conflito atual. Aqui descobre-se, por exemplo, que o esquema de privação emocional (representado pelo bloco vermelho repetido nas duas cenas) tem uma história familiar. Com a aplicação da técnica, o terapeuta poderá avaliar e psicoeducar sobre o aspecto geracional dos esquemas disfuncionais dos pais (Figura 18), demonstrando a eles como esses padrões rígidos agem ao longo das gerações e são responsáveis pela dinâmica de um conflito responsável pelo desenvolvimento dos sintomas. Assim, espera-se que os pais melhorem sua capacidade de atender as necessidades básicas de seus filhos proporcionando um desenvolvimento cognitivo, emocional e afetivo saudável (Graaf, 2013; Loose, 2012a, Loose, 2012b).



FIGURA 18

Exemplo da *Family Board* de dupla estrutura representando o aspecto geracional dos EDIs (Retirado de Graaf & Loose, 2013; Loose, 2012; Loose, 2012b).



FIGURA 19

Exemplo da *Family Board* representando a dinâmica familiar atual (Retirado de Graaf, 2013; Loose, 2012a; Loose 2012b).



FIGURA 20

Exemplo da *Family Board* representando a dinâmica familiar no passado (Retirado de Graaf, 2013; Loose, 2012a; Loose, 2012b).

- Instruções práticas para orientar os pais ao lidar com certos modos que a criança apresenta sob a forma de *role playing*.

Os pais também precisam de orientação sobre como lidar com modos específicos de seu filho. Através da provocação cênica (o uso de bonecos ou fantoches grandes), pode-se ativar a dramatização de um conflito familiar, acionando modos saudáveis (proteção, carinho, segurança), como padrão de resposta sob condições de estresse nos pais. Assim, o terapeuta pode “dar vida” aos bonecos, movimentando seus braços e “colocando frase em suas bocas” a fim de desencadear emoções espontâneas através da expressão dos modos específicos. Por exemplo: O terapeuta trabalha com a boneca como se ela fosse a criança agressiva, impulsiva, tentando agredir a mãe. A mãe comporta-se de maneira diferente, com outros gestos e tom de voz. Após a cena, o terapeuta e a mãe ou o pai avaliam a cena (Graaf, 2013).

- Construção de atividades positivas para fortalecer o modo criança saudável.

Propor rotinas cotidianas prazerosas que criam uma atmosfera de alegria e prazer (contar histórias de ninar, assistir televisão juntos, cantar ou ouvir música) escolhidos de acordo com as singularidades da família, contribuindo para o reforçamento de modos saudáveis, são sugestões para fortalecer o modo criança saudável na criança (Graaf, 2013).

- Verificar a necessidade da indicação de outras intervenções

Muitas vezes a indicação de terapia de casais, assistência sócio-educativa da família, o tratamento de um dos pais, o desenvolvimento de consultoria, treinamento de habilidades relacionadas com a infância são importantes para ajudar a eficácia terapêutica (Graaf, 2013).

A lição de casa é um elemento importante para a implementação de habilidades aprendidas pelos pais, mas também para testar as hipóteses e estratégias terapêuticas

- *Memocard* para os pais:

A construção de *memocards* para os pais também auxilia na identificação dos sentimentos diante situações conflituosas (Loose & Graaf, 2013). O *memocard* deve permitir:

1- reconhecer o sentimento em curso (ex: Agora eu me sinto (emoção).....porque (situação que provocou a emoção como por exemplo: “o meu filho se comportou mal”.....);

2-reconhecer o próprio esquema: (ex:eu sei que provavelmente meu esquema é...) e provavelmente esse esquema se desenvolveu no passado (história familiar/esquemas); 3-*reality check*: “Embora eu acredite que... (pensamentos negativos) ... a realidade é que... (perspectiva saudável). A evidência para isso é (escreva situações que apoiam o pensamento equilibrado);

4- declaração de comportamento saudável: (“portanto, eu tomei uma decisão em deixar que meu esquema tome conta da minha vida, mas vou fortalecer comportamentos mais saudáveis”) (Loose & Galimzyanova, 2014).

Graaf e Loose (2013) destacam as seguintes conquistas como regras para a eficácia do processo terapêutico com os pais:

- Os limites dos subsistemas devem ser reforçados e permanecer permeáveis.
- As atribuições de função de construção de esquema devem ser detectados e apoiadas em uma divisão satisfatória das responsabilidades dos pais.
- Os pais devem trabalhar para atender a suas necessidades, como indivíduo e casal.
- Os valores positivos precisam (modos de cuidar dos pais) ser ativados.
- O terapeuta precisa considerar os sintomas da infância como funcionais, tanto em termos dos conflitos internos do paciente, mas também do ponto de vista das relações familiares.

Segundo Lopes & Lopes (2011), a correta avaliação das crenças e distorções cognitivas apresentadas pelos pais, orienta o terapeuta a identificar os EDIs apresentados por eles, e assim, explicar a prática da educação por eles oferecida. Além disso, é possível entender a dificuldade

dos pais em aderir ao tratamento e propor técnicas adequadas ao quadro clínico apresentado pela criança.

Percebe-se que o trabalho desenvolvido por Loose e equipe na Alemanha caminha com a preocupação do desenvolvimento minucioso da formulação de técnicas infantis criativas oferecendo ao trabalho clínico instrumentos criativos e personalizados para o processo de avaliação, psicoeducação e mudança de padrões disfuncionais para padrões mais saudáveis proporcionando alívio do processo psíquico doloroso de cada criança.

As técnicas apresentadas nesse capítulo representam apenas um começo, um esboço do desenvolvimento de um trabalho maior que oferecerá aos pesquisadores e terapeutas infantis modelos de avaliação e intervenção eficazes proporcionando novas oportunidades de intervenção para melhorar o relacionamento familiar, tornando os pais e crianças mais compreensivos e felizes.

Considerações Finais

O início de um novo caminho

O presente trabalho permitiu apresentarmos uma proposta para o trabalho terapêutico com crianças, adolescentes, pais e pessoas de referência que compõe o ambiente familiar da criança que apresenta o problema-queixa. Tal proposta é bem fundamentada teoricamente e mostra-se uma prática eficaz.

Conforme os estudos desenvolvidos pela escola alemã, com base no modelo de esquemas de Young, sugere-se fortemente que o conflito estabelecido em função das interações entre o temperamento da criança e práticas nocivas na dinâmica familiar, que não conseguem atender as necessidades básicas de uma criança, refletem-se nas condições de vida futura trazendo padrões rígidos e disfuncionais que percorrem gerações e interferem nos comportamentos, sentimentos e emoções trazendo sofrimento psicológico.

Nessa linha de raciocínio, de maneira inovadora, o terapeuta Christof Loose e toda sua equipe na Alemanha expandiram o modelo da Terapia do Esquema para adultos, adaptando o modelo conceitual e meios de intervenção através do amplo conhecimento do mundo da vida da criança, empatia diante da vulnerabilidade e ansiedade na situação terapêutica (reparação parental) e compreensão da história de vida de cada paciente.

Como já descrito no capítulo 2, poucos artigos científicos foram publicados sobre técnicas de intervenção psicoterápica para crianças na abordagem da Terapia do Esquema, mas existem ricas obras publicadas em livros, geralmente em língua alemã e em holandês, que auxiliam o terapeuta na prática clínica visando melhorar a qualidade de vida da criança.

Assim como a Terapia do Esquema para adultos, o modelo adaptado para crianças acredita que os pais são modelos em suas práticas educativas e devem se preocupar com seu modo de agir. Dessa forma, para atender especificamente as crianças dentro de toda uma dinâmica

familiar, é fundamental que os pais também trabalhem de forma envolvida no processo terapêutico. O principal objetivo do trabalho terapêutico é interromper o círculo vicioso que geram padrões desadaptados (esquemas, modos e estilos de enfrentamento) através de meios de intervenções, que vão além dos métodos clássicos, respeitando o desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança.

Como primeiro passo, o terapeuta, dentro dos limites da reparentalização limitada, caminhará com a criança, demonstrando segurança e tentar satisfazer as necessidades que não são atendidas pelos pais ou cuidadores, equilibrando a relação paciente-terapeuta e motivando-a para a terapia, dando início a construção da auto estima e auto eficácia, buscando o alívio do sintoma.

Com o uso criativo de técnicas vivenciais, cognitivas e comportamentais associados a uma forte relação de confiança, o terapeuta consegue psicoeducar as crianças e pais, ensinando-os a romperem percepções disfuncionais, descobrindo juntos, maneiras mais saudáveis para lidarem com a situação problema.

A Terapia do Esquema para crianças e adolescentes consegue ativamente atender a criança e seus cuidadores, desde o nascimento até a adolescência, apoiando os pais para que consigam identificar os problemas que envolvem a relação pai-filho de maneira mais ampla. Através de um minucioso trabalho com as gerações familiares, terapeuta e pais conseguem compreender e atenuar emoções e reações disfuncionais provocadas por situações comuns, como por exemplo, o choro da criança. O desenvolvimento dos modos criança feliz, criança inteligente, na criança e o desenvolvimento do adulto saudável nos pais contribuem para o desenvolvimento de comportamentos mais toleráveis para o fortalecimento da empatia e desenvolvimento de recursos saudáveis para toda a família.

Além de construir uma estrutura parental de competências, o modelo terapêutico permite tornar a relação pai-filho mais harmoniosa, aperfeiçoar a comunicação intra-familiar, melhorar a expressão de necessidades e sentimentos e a maneira que os pais lidam com o conflito.

O desenvolvimento eficaz da proposta da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes provocam mudanças nos comportamentos, emoções, pensamentos e sentimentos do paciente, já que crianças e pais felizes e saudáveis tem o poder de derrotar modos de interpretação disfuncionais.

Ao se refletir sobre todo o arcabouço teórico prático dessa abordagem proposta pela escola alemã, conclui-se que toda proposta terapêutica importada precisa de ajustes para se adequar ao público ao qual ela se destina, nesse caso famílias brasileiras. Adaptações culturais se mostram necessárias, pois, por exemplo, de modo geral os pais desconhecem suas histórias geracionais e por isso a confecção do genograma raramente ultrapassa duas gerações (pais e avós). Mesmo assim, as tentativas feitas para adaptar esse protocolo para grupos de crianças com transtornos internalizantes mostram-se eficazes (Lopes, 2015). Nota-se ainda que certas terminologias precisam ser adaptadas, como por exemplo, a expressão “modo criança inteligente”. Em certos casos, essa terminologia gera expectativas na criança de que ela não será capaz de alcançar essa forma de funcionamento, simplesmente porque o termo inteligência lhe remete a experiências desastrosas em sua vida acadêmica. Nesse caso, termos como “ modo criança capaz”, parece mais proveitoso.

Além disso, a fase de avaliação da criança por meio de escalas é bastante prejudicada pela falta da versão e adaptação psicométricas adequadas. O Inventário de Esquemas para crianças (Teixeira, 2010) é a única adaptação para a língua portuguesa, mas com uma amostra de crianças portuguesas. Isso não melhora quando nos debruçamos sobre a avaliação dos pais. O Inventário Parental de Young não tem validação para a língua portuguesa.

Da perspectiva da intervenção fica claro que embora seja uma abordagem breve (20 a 25 sessões) ela demanda um trabalho duplicado do terapeuta, pois envolve mais do que orientar os pais. Trata-se de uma proposta que procura intervir sobre as necessidades não atendidas das crianças e de seus pais. Sem dúvidas isso tem implicações econômicas a se considerar para sua implantação em saúde mental pública e mesmo em consultórios privados. O trabalho em grupo parece ser uma solução viável conforme trabalho desenvolvido por Lopes (2015). Entretanto, cabe destacar que essa é uma abordagem desenvolvida para um trabalho individual e são raros no mundo quem trabalhe com ela, especialmente com crianças, numa vertente grupal. Segundo comunicação pessoal do Dr Loose, com Dra. Lopes, esse tipo de trabalho só vem sendo desenvolvido na Rússia (São Petersburgo), conforme se lê abaixo.

Christof Loose <Christof.Loose@uni-duesseldorf.de>

AW: Schematherapie fur Kindern

7 de novembro de 2014 17:51

Liebe Renata¹,

vielen Dank für Ihre E-Mail. Den Link, den Sie mir geschickt haben, sieht extrem interessant aus, leider verstehe ich aber kein Portugiesisch. Sie haben aber ein ganzen Comic erstellt, das ist eine tolle Idee, um das Schema- bzw. Modusmodell nahe zu bringen. Wenn Sie eine kurze Beschreibung der Geschichte hätten, gerne in Englisch, wäre das wirklich toll.

Auch sehr interessant sind Ihre Ansätze zur Gruppen-Schematherapie; ich wusste nicht, dass irgendwo in der Welt – außer in St. Petersburg – noch Gruppenschematherapie durchgeführt wird. Wir sollten uns unbedingt vernetzen, finde ich. Es ist jedenfalls toll, wenn Sie dazu etwas veröffentlichen.

Herzliche Grüße

Christof

¹ Prezada Renata,

Agradeço o seu e-mail. O link que você me enviou, parece extremamente interessante, mas infelizmente eu não falo português. Mas você criou uma história em quadrinhos inteira, o que é uma ótima ideia para psicoeducar sobre esquemas ou o sobre o modelo de modo. Se você tiver um breve resumo da história, em Inglês seria ótimo. A terapia de Grupo também é uma abordagem muito interessante para o a terapia do esquema de; Eu não conheço essa tentativa em nenhum lugar do mundo, exceto em St. Petersburg. De qualquer forma, é ótimo se você publicar alguma coisa.

Atenciosamente
Christof

Como se vê ainda são poucos os estudos para adaptar essa abordagem, tanto no Brasil, como no exterior, para o público infanto-juvenil.

Assim, esse não é o fim de um trabalho, mas sim o começo. Espera-se que esse trabalho instigue a curiosidade de pesquisadores e clínicos em novos estudos de eficácia com crianças e adolescentes no Brasil. Trata-se de uma caminhada que abrirá portas para despertar a curiosidade, inovação, dedicação e respeito ao paciente, permitindo ao terapeuta tornar o mundo da criança mais saudável e feliz.

Referências

- Atallah N.A., Castro A.A. (1997). Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para a tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. *Diagnóstico & Tratamento*, 2(2), 5-12.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V* (5. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Armour, K., Kröger, S., Zarbock, G. (2013). Schematherapie in der Phase vom Säugling zum Kleinstkind. In C. Loose, P. Graaf & G. Zarbock (Hrsg). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (pp.67-93). Weinheim: Beltz.
- Bamelis, L. M. L., & Evers, S. M. A. A. (2012). Design of a multicentered randomized controlled trial on the clinical and cost effectiveness of schema therapy for personality disorders. *BMC Public Health*, 12(75), doi: 10.1186/1471-2458-12-75
- Beck, A., & Freeman, A. (1993). *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva - teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beltz Video Learning (2014). *Schematherapie mit Kindern* [DVD]. German: Beltz Verlag
- Bricker, D., & Young, J. (2012). A clientes guide to Schema Therapy. Recuperado de <http://www.davidbricker.com/clientsguideSchemaTherapy.pdf>
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. S. (2008). Terapia Focada em esquemas: conceituação e pesquisa. *Revista Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187-195. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n5/a03v35n5.pdf>

- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. S. (2012). Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 23-31 doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100003
- DeVos, M. K., Bernstein, D.P., & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Aggressive Offenders with Personality Disorders. *Forensic CBT: A Handbook for Clinical Practice*, doi: 10.1002/9781118589878.ch4
- Falcone, E. M. O., & Ventura, R. V. (2008). Entrevista com Dr. Jeffrey Young. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 0-0. Recuperado de <http://www.atcpe.org/dados/1254971397.pdf>.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M.(2004). *A prática clínica de Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Friedberg, R. D., McClure, & J. M., Garcia, J. H.(2011). *Técnicas de Terapia Cognitiva para Crianças e Adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Graaf, P. (2013). Elternbezogene Techniken und Vorgehensweisen. In C. Loose, P. Graaf, G. Zarbock (Hrsg). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (pp.261-323). Weinheim: Beltz.
- Graaf, P., & Loose, C. (2013a). Kindbezogene Techniken und Vorgehensweisen. In C. Loose, P. Graaf, G. Zarbock (Hrsg). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (pp.178-261). Weinheim: Beltz.
- Graaf, P., & Loose, C. (2013b). Schematherapie beim Grundschulkind. In C. Loose, P. Graaf, G. Zarbock (Hrsg). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (pp.108-129). Weinheim: Beltz.

- Graaf, P., & Loose, C. (2013c). Schematherapie beim pubertierenden Kind. In C. Loose, P. Graaf, G. Zarbock (Hrsg). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (pp.129-149). Weinheim: Beltz.
- Graaf, P. (2014a). *Schematherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Weinheim: Beltz
- Grutschpalk, J. (2008). *Diagnostik im Rahmen der Schematherapie unter besonderer Berücksichtigung der Persönlichkeitsakzentuierungen* (Doktors Dissertaction der Philosophie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg). Recuperado de http://ediss.sub.uni-hamburg.de/frontdoor.php?source_opus=3986
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-276, doi: 10.1891/0889- 8391.25.4.257
- Hoffart, A., Versland, S., Sexton, H. (2012). Self-Understanding, Empathy, Guided Discovery, and Schema Belief in Schema-Focused Cognitive Therapy of Personality Problems: A Process–Outcome Study. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 199–219.
- Hofmann, S. C. (2014). *Introdução à Terapia Cognitivo-Comportamental Contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.
- Kellog, H. S., & Young, J. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-548, doi 10.1002/jclp.20240
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30(II), 54-64.
- Krüger, M. (2014). Die Verknüpfung von Schematherapie mit modellen der kommunikationspsychologie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 35 (2), 148-157.

- Lawrence, K.A., Allen, J.S., & Chanen, A.M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research*, 35,30-39.
- Lockwood, G. (2009). Coping Styles. *International Society of Schema Therapy*. Recuperado de <http://isstonline.com/coping-styles>
- Lotte, B. L. M., Evers. S. M. A. A., & Arntz, A. (2012). Design of a multicentered randomized controlled trial on the clinical and cost effectiveness of schema therapy for personality disorders. *BMC Public Health*, 12 (75), doi: 10.1186/1471-2458-12-75
- Lopes, R. F. F. (2011). Contribuições da Terapia do esquema de J. Young para a avaliação e o treinamento de pais. In M. G. Caminha & R. M. Caminha (Cols.). *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Porto Alegre: Sinopsys Editora.
- Lopes, R. F. F. (2012) A origem das representações mentais psicopatológicas: Os EDIs iniciais. *Anais do II Jornada de Terapia Cognitivas do Interior Paulista*. Ribeirão Preto. São Paulo.
- Lopes, R. F. F., Leite D. T., & Prado, T. P. (2011). Proposta psicoeducativa para crianças baseada na terapia dos esquemas. *Revista Brasileira de Psicologias Cognitivas*, 7(2), 46-60.
- Lopes, R. F. F., & Lopes, E. J. (2011). *Conhecendo-se para educar: uma visão comportamental-cognitiva da orientação de pais*. Ribeirão Preto: Editora Legis Summa.
- Lopes, R. F. F.; Rezende, L.; Souza, R. B.; Florencio, E.; Santos, S. A.; Faria, C. (2003). O desenvolvimento e a adaptação de técnicas para a terapia cognitiva com crianças. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, 7(1), 53-58.

- Lopes, R.F.F. (2015). Terapia de Esquemas em grupos com crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld (org). *Terapia Cognitivo Comportamental em grupo para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Loose, C. (2010a). *Fragen und Antworten: Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Recuperado de <http://www.schematherapy-for-children.de>
- Loose, C. (2010b). *Modus - Arbeit mit Kinder vor dem Hintergrund der Schematherapie nach J. Young*. Recuperado de <http://www.schematherapy-for-children.de>
- Loose, C. (2010c). *Schematherapy for children*. Recuperado, de <http://www.schematherapy-for-children.de>
- Loose, C. (2010d). Schema Therapy for children: proposal of modification. *Poster: International Society of Schema Therapy, Berlin*. Recuperado de <http://www.schematherapie-für-kinder.de/Schema%20Therapy%20for%20Children%20Poster.pdf>
- Loose, C. (2011a). *Basis Anamnese*. Recuperado de <http://www.schematherapie-für-kinder.de/Basis-Anamnese.pdf>
- Loose, C. (2011b). *Konzeption zur SORCK - und modusgeleiteten Schematherapie bei Kindern*. Recuperado de <http://www.schematherapie-für-kinder.de/SORCK-%20und%20modusgeleitete%20Schematherapie%20bei%20Kindern%20-%20Kurzkonzept.pdf>
- Loose, C. (2011c). *Schema - und modusgeleitete Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen: Ein schematherapeutisches 6-Phasen-Modell*. Recuperado de <http://www.schematherapy-for-children.de>
- Loose, C. (2011d). *Was Kinder brauchen: sieben Grundbedürfnisse*. Recuperado de <http://www.schematherapy-for-children.de>

Loose, C. (2012a). New Approaches for Schema Therapy with Children. *5th ISST Conference in New York*. Recuperado de http://www.schematherapy-for-children.de/NYC_WS_2012.pdf

Loose, C. (2012b). Visual Impressions Schematherapy for Children. *ISST Schema Conference in New York*. Recuperado de <http://www.schematherapy-for-children.de>

Loose, C., & Galimzyanova, M. (2014). Schema Therapy for children and adolescents. (ST-CA). *Visual Impressions of ST-CA by Christof Loose & Maria Galimzyanova*, Recuperado de http://www.schematherapiekoeln.de/tl_files/Bilder/PDFs/140702_VisualImpressions_Curriculum_CGN_2015_16_short.pdf

Loose, C., Graaf, P., Zarbock, G. (2015). *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.

Marsh, E. J., & Graham, S. A. (1999). Classificação e tratamento da psicopatologia infantil. In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio & A. Freeman (Orgs). *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes-manual para a prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Muris, P. (2006) Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 405-413.

Nardort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenbomm, M., Spinhoven, P.,..., Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder: study design. *BMC Psychiatry*, 9 (64). doi: 10.1186/1471-244X-9-64

- Nordahl, H.M., & Nysaeter, T.E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254-264.
- Peterson, C., & Wainer, R. (2011). Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes. In C. Peterson & R. Wainer (Cols). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B., & Pereira, M. (2011). Terapia Cognitiva. In B. Rangé (cols). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais - um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Reinecke, M.A., Dattilio, F.M., & Freeman, A. (1999). *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes-manual para a prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Reiners, B. (2006). Kinderorientierte Familientherapie – Eine neue Methode aus Skandinavien zur besseren Integration jüngerer Kinder in die Familientherapie. *Kontext*, 37(4), 349-359.
- Rijkeboer, M.M., & Boo, M. G. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatric*, 41(2), 102-107.
- Roediger E. (2008). *An Interview with Jeffrey Young*. Recuperado de <http://www.schematherapie-frankfurt.de/down/Interview.pdf>.
- Rosen, H. (1989). Piagetian Theory and Cognitive Therapy. In A. Freeman (Ed.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press. Sampaio, R. F., & Mancini, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da

evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89.

Simard, V., Moss, E., Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8(4), 349-366. doi: 10.1111/j.2044-8341.2010.02009.

Simpson, S., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1(182). doi: 10.3389/fpsyg.2010.00182

Stallard, P. (2007). Early maladaptive schemas in children: Stability and differences between a community and a clinic referred sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 10-18.

Stallard, P. (2009). *Bons Pensamentos - Bons Sentimentos-manual de terapia cognitivo-comportamental para criança e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Stallard, P.; Rayner, H. (2005). The Development and Preliminary Evaluation of a Schema Questionnaire for Children (SQC). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. (33), 217–224. doi: 10.1017/S1352465804001912

Teixeira, D.C.A. (2010). *Esquemas iniciais desadaptativos e ajustamento psicológico em crianças e adolescentes* (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2769>

Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 52-59.

- Thimm, J. C. (2013). Early maladaptive schemas and interpersonal problems: A circumplex analysis of the YSQ-SF. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 13 (1), 113-124.
- Valentini, F., & Alchieri, J. C. (2009). Modelo clínico de estilos parentais de Jeffrey Young: revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, 2(2), 113-123. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v2n2/v2n2a06.pdf>.
- VanVlierberghe, L., Timbremont, B., Braet, C., & Basile, B. (2007). Parental schemas in youngsters referred for antisocial behaviour problems demonstrating depressive symptoms. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(4), 515-533.
- Wiefel, A., Titze, K., Kuntze, L., Winter, M., Seither, C., Witte, B., ... Lehmkuhl, U. (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56 (1), 59-81.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada nos esquemas*. Porto Alegre: Artmed
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Zarbock G., Loose C., Graaf P. (2013). Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen. In C. Loose, P. Graaf & G. Zarbock (Hrsg). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (pp.19-67). Weinheim: Beltz.