



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



Ivana de Cássia Ribeiro Rosa Camilo

**O modelo alemão da Terapia Cognitiva Focada no Esquema na
Psicoterapia Infantil para o tratamento de Transtornos disruptivos,
do controle de impulsos e da conduta: Proposta de protocolo de
atendimento**

Uberlândia

2017



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



Ivana de Cássia Ribeiro Rosa Camilo

**O modelo alemão da Terapia Cognitiva Focada no Esquema na
Psicoterapia Infantil para o tratamento de Transtornos disruptivos,
do controle de impulsos e da conduta: Proposta de protocolo de
atendimento**

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.

Linha de Pesquisa: Processos Cognitivos

Orientador (a): Prof. Dr. Ederaldo José Lopes

Uberlândia

2017

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

C183m
2017 Camilo, Ivana de Cássia Ribeiro Rosa, 1977
 O Modelo alemão da terapia cognitiva focada no esquema na
 psicoterapia Infantil para o tratamento de transtornos / Ivana de Cássia
 Ribeiro Rosa Camilo. - 2017.
 126 p. : il.

 Orientador: Ederaldo José Lopes.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2017.33>
 Inclui bibliografia.

 1. Psicologia - Teses. 2. Terapia cognitiva - Teses. 3. Psicoterapia
 em grupo. - Teses. 4. Transtornos do controle de impulsos - Teses. I.
 Lopes, Ederaldo José. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa
 de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



Ivana de Cássia Ribeiro Rosa Camilo

**O modelo alemão da Terapia Cognitiva Focada no Esquema na
Psicoterapia Infantil, para o tratamento de Transtornos disruptivos,
do controle de impulsos e da conduta: Proposta de protocolo de
atendimento**

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.

Linha de Pesquisa: Processos Cognitivos

Orientador(a): Prof. Dr. Ederaldo José Lopes

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Orientador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Alexandre Vianna Montagnero (Examinador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Leonardo Gomes Bernardino (Examinador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Uberlândia

2017

*Dedico esse trabalho aos meus pais, esposo e filhos.
Durante toda a trajetória desse trabalho, estiveram comigo fortalecendo e inspirando-me.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por esse momento. Muitas batalhas foram travadas em diversas situações, mas me coloquei a prova e busquei meu crescimento. A fé sempre foi meu esteio, para que olhasse a frente e seguisse adiante.

A minha família é um bem muito precioso, a quem agradeço por toda demonstração de amor e respeito. Mesmo nos momentos de dificuldade, ajudaram-me a aprender que o resultado da dedicação àquilo que se gosta, é muito mais do que a satisfação pessoal, mas também um processo de crescimento mutuo, pois todos tivemos que ceder tempo, compreensão e sermos solidários uns com os outros. Meus filhos, Raphael e Isabela, atribuíram luz, leveza, e inspiração aos meus dias de trabalho, e mantiveram-me atenta aos propósitos de investir meu tempo e estudo para ajudar outras crianças e famílias. Emocionaram-me muitas vezes, mesmo sem conhecer teorias e protocolos, demonstrando sua sensibilidade em entender a importância desse trabalho. Meu esposo, homem virtuoso, marido atencioso, pai dedicado, com palavras, gestos de carinho e até mesmo com seu silêncio, soube participar comigo e me apoiar.

Aos meus pais, Ivo e Nilza, agradeço toda paciência e por não medirem esforços em ajudar a mim e a minha família, contribuindo cada um de acordo com suas possibilidades, para que eu pudesse trabalhar e estudar.

Tive a honra de ter uma enorme torcida nessa caminhada, meu irmão, meus sogros, Sr José e Da. Candida, cunhados, sobrinhos e amigos. Todos demonstraram seu respeito e orgulho de me ver crescer, passo a passo.

Honra é uma palavra que descreve bem o meu sentimento que declaro pela Profa. Dra. Renata F. F. Lopes, que participou de toda construção desse trabalho. Desde a minha formação em Psicologia, há 16 anos atrás, ela foi referência constante para meus estudos e na realização de um sonho de tê-la como mestre, pois sua competência transcende as portas da Universidade. Mas a vida é muito generosa, pois a levarei, depois desses pouco mais de dois anos de trabalho juntas, também como uma amiga. Devo lembrar, pessoas que fortaleceram minha confiança nessa trajetória acadêmica, professores como Prof. Dr. Ederaldo, Prof. Dr. Joaquim, Prof. Dr. Sinésio e Profa. Dra. Aurea. Aos olhos desses mestres, que também tenho como amigos, nunca houve questionamento de que, quaisquer que fossem as dificuldades, seriam superadas. A estes e a todos os demais professores do programa de Pós-Graduação, agradeço por seus ensinamentos, pela paciência e pela dedicação ao ensino e à pesquisa.

Em meio a tanto tempo de dedicação aos estudos, projetos, congressos e apresentações de trabalho, os colegas dessa turma de Mestrado tornaram muitos momentos mais agradáveis. Agradeço a todos, e desejo sinceramente que essa união até então casual, seja mantida com o elo de amizade que se formou ao longo desse tempo. Agradeço ainda, outras amizades que foram feitas por ocasião do mestrado – grupos de estudo, de congressos, de debates, entre muitos outros.

A toda equipe da Coordenação e administrativos do PGPSI, meus agradecimentos com toda admiração e respeito pelo empenho que exercem suas funções.

Acredito que seja da nossa incumbência como pesquisadores, reconhecer o valor e agradecer a todas as instituições que promovem o crescimento da ciência em nosso País. Sem eles, nosso trabalho não atingiria a finalidade de beneficiar a sociedade e acima de tudo o ser humano, exigindo o rigor técnico, a ética, resguardando documentos e compartilhando em seus meios os trabalhos realizados.

Especial agradecimento ofereço à ONG Casa de Criança e do Adolescente Cristina Cavanis, onde atuei como Psicóloga e voluntária, pois lá pude ver de perto a necessidade de aprofundamento em estudos e pesquisas que beneficiem crianças e famílias em nosso país, especialmente aquelas que se sentem cansadas e se aliviariam com um gesto de ajuda que as fortalecessem verdadeiramente.

Acredito nas crianças como futuro do mundo, elas crescem e a vida se perpetua, desde que elas se sintam capazes de sonhar. A elas toda minha gratidão por serem o que para mim elas são, esperança em forma de gente!

Retrato do Poeta Quando Jovem

*Há na memória um rio onde navegam
Os barcos da infância, em arcadas
De ramos inquietos que despregam
Sobre as águas as folhas recurvadas.*

*Há um bater de remos compassado
No silêncio da lisa madrugada,
Ondas brancas se afastam para o lado
Com o rumor da seda amarrotada.*

*Há um nascer do sol no sítio exacto,
À hora que mais conta duma vida,
Um acordar dos olhos e do tacto,
Um ansiar de sede inextinguida.*

*Há um retrato de água e de quebranto
Que do fundo rompeu desta memória,
E tudo quanto é rio abre no canto
Que conta do retrato a velha história.*

José Saramago

RESUMO

Esse estudo propõe um modelo psicoterápico em grupo para crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta (APA, 2014), a partir do modelo apresentado por Lopes (2015), e integrado aos métodos e técnicas propostos pelo grupo alemão dirigido por Christof Loose (Loose, Graaf e Zarbock, 2015). Loose et al. (2015) acrescentam à Terapia Cognitiva Focada no Esquema para crianças e adolescentes diversos materiais para tratamento de transtornos específicos. Esse grupo tem se destacado na apresentação de estudos para esse público, pois a partir da teoria proposta por Jeffrey Young (Young, 2003), têm se dedicado a pesquisas e publicações de materiais inovadores. No decorrer do trabalho o leitor poderá apreciar os fundamentos da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes, alguns estudos sobre Transtornos Disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, programas de tratamento em grupo para esse público – e que já otêm resultados positivos nas intervenções, a tradução literal do protocolo proposto por Loose et al. (2015), e a proposta do protocolo em grupo, com base nos métodos e técnicas da Terapia Cognitiva Focada no Esquema (TCFE). Nos anexos deste trabalho são apresentados os materiais traduzidos de Loose et al. (2015), tais como os formulários indicados para utilização na aplicação das técnicas e roteiros de entrevistas; e outros instrumentos propostos para as etapas de avaliação, intervenção e psicoeducação com as crianças e adolescentes, e com seus familiares. Esse trabalho visa acrescentar às práticas dos psicólogos brasileiros, alternativas eficazes de tratamento, apresentando a metodologia de avaliação inicial, as etapas da psicoterapia para as crianças e suas famílias.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo Comportamental. Terapia Cognitiva Focada no Esquema. Crianças e adolescentes. Transtornos disruptivos. Psicoterapia em grupo.

ABSTRACT

This study proposes a group psychotherapeutic model for children and adolescents with a diagnosis of Disruptive Disorders, of impulse control and behavior (APA, 2014), based on the model presented by Lopes (2015), and integrated with the methods and techniques proposed by German group directed by Christof Loose (Loose, Graaf and Zarbock, 2015). Loose et al. (2015) add to Scheme Therapy for children and adolescents various materials for treatment of specific disorders. This group has emerged in the presentation of studies for this audience, because from the theory proposed by Jeffrey Young (Young, 2003), have been dedicated to research and publications of innovative materials. In the course of the work the reader will be able to appreciate the fundamentals of Scheme Therapy for children and adolescents, some studies on Disruptive Disorders, impulse control and behavior, group treatment programs for this audience - and that already have positive results in the interventions, the literal translation of the protocol proposed by Loose et al. (2015), and the proposal of the protocol in a group, based on the methods and techniques of Cognitive Therapy Focused on the Scheme (TCFE). In the annexes of this work are presented the materials translated from Loose et al. (2015), such as the forms indicated for use in the application of interviews techniques and scripts; and other instruments proposed for the stages of evaluation, intervention and psychoeducation with children and adolescents, and with their families. This work aims to add to the practices of Brazilian psychologists effective treatment alternatives, presenting the methodology of initial evaluation, the stages of psychotherapy for children and their families.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy. Cognitive Therapy Focused on the Scheme. Children and adolescents. Disruptive Disorders. Group psychotherapy.

FIGURAS

Figura 1.	Modelo sugerido para o “Quadro de modos e esquemas da família” (plano)..	72
Figura 2.	Modelo de psicoeducação sobre modo de pais internalizados	82

TABELAS

Tabela 1.	Domínios dos esquemas e EIDs relacionados.....	18
Tabela 2.	Domínios dos esquemas e o ambiente familiar favorável ao desenvolvimento dos EIDs.....	23
Tabela 3.	Etapas do processo de Tradução	28
Tabela 4.	Estágios do protocolo de tratamento em grupo	70
Tabela 5.	Descrição dos encontros na fase de avaliação da criança e da família	72

Sumário

Introdução	14
1 Referencial Teórico da Terapia Cognitiva Focada no Esquema.....	16
1.1 Introdução aos conceitos da Terapia Cognitiva Focada no Esquema.....	16
1.2 Modos de operação.....	19
1.3 Terapia Cognitiva Focada no Esquema para crianças e adolescentes.....	21
1.4 A escola alemã da Terapia Cognitiva Focada no Esquema para crianças e adolescentes – <i>Schematherapie mit Kindern</i>	22
1.4.1 Modos e coping de modos.....	23
2 A construção de um modelo de Psicoterapia Infantil para o tratamento de Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta.....	25
2.1 Objetivos.....	25
2.2 Método.....	26
2.3 Resultados e Discussões.....	31
3 Proposta de Adaptação do protocolo alemão para aplicação em grupo com crianças e adolescentes com Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta.....	68
3.1 Roteiro proposto para avaliação e aplicação do protocolo em grupo.....	71
3.2 Orientações aos pais ou cuidadores.....	86
4 Conclusão.....	89
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE.....	95
ANEXOS	96
Anexo A Inventário de Esquemas de Young (versão reduzida) YSQ-S2	96
Anexo B Questionário de Estilos Parentais.....	100
Anexo C Entrevista com Avós Imaginários.....	104
Anexo D Entrevista Semiestruturada.....	106
Anexo E Roteiro de Entrevista de Anamnese.....	107
Anexo F Lista de Perguntas sobre valores e normas na família – Questionário.....	109
Anexo G Lista de Perguntas sobre valores e normas na família – Inventário	110

Anexo H <i>Níveis de Responsabilidade</i>	113
Anexo I <i>Inventário de Esquemas para crianças - Revisado</i>	115
Anexo J <i>BSCI - Y</i>	118
Anexo K <i>BANI - Y</i>	119
Anexo L <i>BDBI - Y</i>	120
Anexo M <i>Entrevista com Pais Imaginários</i>	121
Anexo N <i>Detetive de Esquemas e Modos – parte 1</i>	122
Anexo O <i>Detetive de Esquemas e Modos – parte 2</i>	123
Anexo P <i>Estatística para crianças</i>	124
Anexo Q <i>Escada de pontos fortes e fracos</i>	125

Introdução

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para crianças e adolescentes é um campo de pesquisa amplo e apresenta diversas especificidades em comum aos princípios básicos da TCC para adultos, tendo como modelo geral a Terapia Cognitiva desenvolvida por Aaron Beck (Beck & Freeman, 1993). Este trabalho está inserido no campo da Terapia Cognitiva Focada no Esquema (TCFE), uma forma de Terapia Cognitiva desenvolvida por Jeffrey Young (Young, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2008). Young (2003), expandiu a visão da TCC desenvolvendo esse modelo teórico e prático que aborda transtornos caracteriológicos, enfatizando a dinâmica familiar e os estilos parentais que favorecem o desenvolvimento de uma infância saudável ou patológica.

A TCFE propõe que os Esquemas Iniciais desadaptativos (EIDs) são o nível mais profundo de cognição e definem-se como crenças e sentimentos incondicionais e rígidos, tomados como verdades sobre si mesmo e sobre o ambiente. O objetivo primordial no processo psicoterápico é a modificação de esquemas mentais (crenças) do paciente, procurando promover mudanças duradouras nas suas emoções e comportamentos (Lopes, 2011; Rangé, 2001). Na TCFE para crianças e adolescentes o enfoque é proporcionar que as necessidades básicas da infância sejam supridas adequadamente.

Os estudos do grupo alemão dirigido por Dr. Christof Loose, apontam que essa proposta psicoterápica se torna efetiva, devido a combinação de um modelo de desenvolvimento com base na interação entre ambiente e genética, com um conjunto de técnicas cognitivas, comportamentais e vivenciais, que visam melhorar a qualidade relacional dos pacientes, e no caso da terapia infantil, promover a qualidade nas relações entre a criança e os pais (ou seus responsáveis). As técnicas utilizadas para o tratamento de crianças devem ser adaptadas ao desenvolvimento cognitivo-afetivo infantil.

Segundo Loose et al. (2013), as necessidades básicas não atendidas em função da falta de experiências adequadas para o desenvolvimento infantil, ou quando há um excesso de comportamentos paternos ligados à superproteção, aumenta-se a possibilidade de desenvolvimento dos EIDs. Deste modo ressalta-se a importância da investigação dos Estilos Parentais e das experiências familiares dos pais (ou responsáveis), que são perpetuadas de geração em geração.

Loose, Graaf e Zarbock (2013) apresentam o programa psicoterapêutico adaptado a crianças e adolescentes mais completo conhecido atualmente na abordagem da TCFE. A partir

da tradução e adaptação deste material, Lopes (2015) apresentou uma proposta inovadora de intervenção em grupo com base nos princípios dessa abordagem.

O livro intitulado *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* – traduzido e adaptado neste trabalho como “Terapia do Esquema para transtornos específicos com crianças e adolescentes” (tradução nossa), foi lançado por Loose et al. (2015), na Alemanha. Nele encontram-se diversos protocolos para tratamento de transtornos específicos para crianças e adolescentes, seguindo os mesmos princípios básicos da teoria de Jeffrey Young.

Loose et al. (2015) ampliam, com essa obra, a compreensão sobre os comportamentos disruptivos, acrescentando à TCFE e especialmente à teoria dos modos de J. Young, detalhes quanto as características dos comportamentos agressivos considerados funcionais em determinada idade ou circunstância, daqueles excessivamente agressivos, que pela frequência, intensidade e motivação da criança ou o adolescente em externalizá-los, certamente precisam ser trabalhados. Os autores disponibilizam nos anexos deste livro, materiais inovadores que podem ser utilizados nas etapas de levantamento de dados e na intervenção psicoterapêutica.

Lopes (2015) inspirou a realização desse trabalho, que vislumbra propor um modelo de psicoterapia infantil em grupo para o tratamento de Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta. As contribuições de Lopes (2015) formam uma das bases que sustentam essa proposta, pois nele a autora descreve os estágios da intervenção em grupo e das técnicas em TCFE para crianças e adolescentes propostas por Loose et al. (2013). A outra base desse material é a tradução do capítulo “Terapia do Esquema para Transtornos do comportamento social agressivo” (Loose et al., 2015, pp. 75 – 111) pois permitiu acrescentar às contribuições de Lopes (2015) os métodos e técnicas para tratamento desse transtorno específico. Além disso a tradução facilita o acesso para pesquisadores e profissionais a novas teorias e práticas da TCFE no Brasil.

Incluem-se, nos anexos deste trabalho todos os instrumentos traduzidos, que foram propostos por Loose et al. (2015), tais como roteiros de entrevistas, técnicas de intervenção para crianças e orientação de pais, e os estudos internacionais que os fundamentam.

1 Referencial Teórico da Terapia Cognitiva Focada no Esquema

1.1 Introdução aos conceitos da Terapia Cognitiva Focada no Esquema

Jeffrey Young (2003) propôs a TCFE como uma expansão da Terapia Cognitiva beckiana de curto prazo, para tratamento das pessoas com transtorno da personalidade. Caracteriza-se como um modelo teórico integrativo de diversos campos do saber (etologia, psicologia evolutiva, genética e psicologia do desenvolvimento). A TCFE que ele propõe, tem como objetivo facilitar a comunicação entre terapeuta e o indivíduo, e a desenvolver uma estratégia de intervenção efetiva.

O conceito primordial da TCFE é sobre a formação dos EIDs, considerado pelo autor como o nível mais profundo de cognição. Eles são definidos como crenças e sentimentos incondicionais e rígidos, tomados como verdades sobre si mesmo e sobre o ambiente. Essas crenças foram desenvolvidas na infância do indivíduo e influenciam o processamento das experiências subsequentes (Young, 2003; Young et al., 2008). Os esquemas (crenças) contaminam a interpretação dos acontecimentos de maneira efetiva, orientando ideias errôneas, atitudes distorcidas, previsões inválidas e metas irrealistas.

Young et al. (2008) definem 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 EID e dos estilos de enfrentamento. De acordo com Wainer et al. (2016) a clínica cognitivista ainda não havia se aprofundado tanto nos estudos da influência da tenra infância no desenvolvimento saudável ou patológico dos indivíduos, até que emergissem os trabalhos da TCFE.

Por se desenvolverem muito precocemente, os EIDs estão ligados a altos níveis de afeto. A realidade é interpretada através das experiências emocionais da criança e por isso experienciadas como verdades implícitas e naturais quando as pessoas se tornam adultas. Os EIDs, embora desadaptados, podem ser traduzidos como o modo de perceber a si mesmo em relação ao outro e ao mundo, que se perpetua ao longo da vida de forma “confiável” porque passa a ser familiar ao indivíduo, que automaticamente distorce a realidade para manter os esquemas.

Wainer (2016) relata que a criança quando vivencia situações estressoras como a negligência nos cuidados básicos ou a violência, está sujeita ao desenvolvimento de psicopatologias na vida adulta. O desenvolvimento dos EIDs se dará de acordo com a fase

desenvolvimental da criança e o relativo estágio do Dominio Esquemático correspondente à época da vivência aversiva, pois cada Esquema Inicial Desadaptativo (EID) apresenta associações patológicas características para transtornos mentais na vida adulta.

Os EIDs são disfuncionais de uma maneira significativa e recorrente, podendo levar o indivíduo a um sofrimento psicológico, como pânico ou depressão, a um extremo isolamento social, a relacionamentos destrutivos, a um desempenho profissional inadequado, a adições ou problemas alimentares, transtornos psicossomáticos, além de transtornos de personalidade (Loose, Graaf & Zarbock, 2013; Lopes, 2011; Young, 2003; Young et al., 2008).

Young et al. (2008) esclarecem ainda que os esquemas encontrados nos adultos com problemas psicológicos, em sua maioria, não resultam de experiências traumáticas isoladas ou que tenham ocorrido uma vez na vida do indivíduo, mas sim por padrões continuados de experiências dolorosas cotidianas com familiares e outras crianças, que reforçam o esquema.

Na prática clínica com pacientes crônicos, foram identificados dezoito EIDs, organizados em cinco domínios de esquema: (a) Desconexão e Rejeição; (b) Autonomia e Desempenho Prejudicados; (c) Limites Prejudicados; (d) Orientação para o Outro e (e) Supervigilância e Inibição (Young, 2003; Young et al. 2008). Os cinco domínios de esquema correspondem a necessidades desenvolvimentais da criança que, segundo Young et al. (2008), podem não ter sido atendidas ao longo do desenvolvimento.

As necessidades emocionais básicas da infância são definidas do seguinte modo: vínculos seguros com outros indivíduos; autonomia, competência e sentido de identidade; liberdade de expressão e emoções, e validação das necessidades; espontaneidade e lazer; limites realistas e autocontrole. Ambientes onde essas necessidades fundamentais não são satisfeitas se configuram como experiências nocivas de vida que vão delinear os EIDs – representações estabelecidas na memória do ambiente nocivo, vivenciado pelo indivíduo e repetidas ao longo da vida (Loose et al., 2013).

De acordo com Young et al. (2008) os EIDs se agrupam da seguinte maneira:

Tabela 1 – Domínios de Esquemas e os EIDs relacionados

Agrupamento dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs)	
Domínio 1 Desconexão e rejeição	<ul style="list-style-type: none"> • abandono/ instabilidade; • desconfiança/ abuso; • privação emocional; • defectividade/ vergona; • isolamento social/ alienação.
Domínio 2 Autonomia e desempenho prejudicados	<ul style="list-style-type: none"> • dependência/ incompetência; • vulnerabilidade ao dano ou à doença; • emaranhamento/ <i>self</i> subdesenvolvido; • fracasso.
Domínio 3 Limites Prejudicados	<ul style="list-style-type: none"> • arrogo/ grandiosidade; • autocontrole/ autodisciplina insuficientes
Domínio 4 Direcionamento para o outro	<ul style="list-style-type: none"> • subjugação; • auto-sacrifício; • busca de aprovação/ reconhecimento
Domínio 5 Supervigilância e inibição	<ul style="list-style-type: none"> • negativismo/ pessimismo; • inibição emocional; • padrões inflexíveis/ postura crítica exagerada; • postura punitiva.

Nota. Lopes, R. F. F. (2016). Terapia do Esquema para Crianças. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Neufeld, C. B, Falcone, E. M. O. & Rangé, B. (Orgs.). **PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 2** (pp. 47-123). Porto Alegre: Artmed Panamericana (Sistema de Educação Continuada a Distancia, v. 4).

Em Wainer et al. (2016), encontramos um bom esclarecimento teórico sobre como os esquemas podem ocorrer no indivíduo (em seus processos psíquicos inerentes ao esquema), se apresentando de três formas: a) podem ser reforçados: o que seria compreendido como a manutenção dos esquemas por meio de comportamentos e cognições disfuncionais, como por exemplo em termos cognitivos uma atenção tendenciosa, supervalorização e distorção de informações; b) podem ser evitados, como forma de perpetuação dos EIDs evitando-se informações/ situações/ pessoas que possam contrariar as crenças do esquema e levarem o sujeito a experimentar um desconforto emocional elevado; c) ou podem ser hipercompensados, entendido como a compensação dos esquemas, de modo que os comportamentos e cognições são opostos ao que seria esperado no esquema em questão, com a intenção de camuflar um EID primário. As maneiras que os indivíduos têm de lidar com o esquema são denominadas respostas de enfrentamento. Do ponto de vista psicopatológico quando essas respostas perpetuam o esquema, elas são consideradas desadaptativas.

Os tipos de respostas de enfrentamento do indivíduo não compõem o esquema, mas são uma reação do paciente a ele, tanto que uma pessoa pode responder ao mesmo esquema de diversas maneiras em diferentes situações (Loose et al., 2013; Young & Klosko, 1994; Young et al., 2008).

Lopes (2016) aponta que a resignação ocorre quando o indivíduo se entrega ao esquema e se comporta de forma a reforçá-lo, aceitando-o como uma verdade absoluta e continua vivenciando as experiências ocorridas na infância que foram responsáveis pela formação do esquema.

No esquema de arrogo/ grandiosidade, frequentemente encontrado em crianças com comportamento agressivo, o paciente busca fazer o que for necessário para que as coisas aconteçam conforme a sua vontade e se orgulha de suas conquistas. Enquanto isso, o paciente com esquema de autocontrole/ autodisciplina insuficientes, costuma desistir facilmente de tarefas rotineiras.

Na evitação, o indivíduo procura não entrar em contato com os pensamentos e sentimentos relativos ao esquema por meio do bloqueio de pensamentos e imagens capazes de ativar o esquema indesejado. Por exemplo, no arrogo/ grandiosidade, é comum a evitação de situações nas quais a pessoa não se vê como superior às outras, enquanto que, no caso do autocontrole/ autodisciplina insuficientes, há uma evitação de situações que exijam algum tipo de responsabilidade.

Na hipercompensação, o indivíduo reage contra o esquema emitindo respostas totalmente opostas a ele, no intuito de convencer os outros e a si mesmo de que determinado esquema não é verdadeiro. Essas pessoas tentam ser o mais diferente possível do que eram quando o esquema foi iniciado. Nesse caso, o indivíduo com esquema de arrogo/ grandiosidade tem atitudes de atenção às necessidades e vontades dos outros, temendo perder seu lugar de destaque, caso não proceda assim. Já aquele com esquema de autocontrole/ autodisciplina insuficientes tende a ser controlado e disciplinado de forma excessiva, temendo que algum descontrole o leve a total impulsividade, conforme encontrado em Lopes (2016).

1.2 Modos de operação

A abordagem dos modos foi desenvolvida por Jeffrey Young a partir do seu trabalho com o transtorno de personalidade borderline. Young et al. (2008) identificaram 10 modos de esquemas, que são distribuídos em quatro categorias, sendo elas: modos criança, modos de enfrentamento disfuncional, modos pais disfuncionais e modo adulto saudável. Os autores

sugerem que os modos criança são inatos, sendo assim, todas as crianças têm o potencial de manifestá-los.

O modo criança é dividido em quatro categorias: modo criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva e criança feliz. A criança vulnerável é o modo em que se manifestam grande parte dos esquemas nucleares como o de abandono, abuso, privação emocional, etc.; a criança zangada representa o momento no qual o indivíduo reage às situações com raiva, devido a não satisfação de suas necessidades emocionais, sem pensar nas consequências dos seus comportamentos; a criança impulsiva é o modo no qual o paciente age com base apenas em seus desejos e emoções, sem considerar as consequências de seus atos; o modo criança feliz, ou “modo inteligente” é o objetivo da TCFE com crianças, pois diz respeito ao momento no qual a pessoa sente que suas necessidades emocionais foram atendidas (Loose et al., 2013; Lopes, 2016).

Os modos criança podem ser associados a algumas características dos diferentes tipos de arrogo. O paciente que se encontra no modo criança vulnerável apresenta atitudes equivalentes aos efeitos do arrogo dependente que são: vitimização, expressão da raiva em forma de reclamações hipocondríacas, comportamentos passivo-agressivos, “birra” e choro.

O modo criança zangada se assemelha à dificuldade do indivíduo de controlar a sua raiva, quando ativado o esquema de arrogo do tipo impulsivo. Nesse caso, a pessoa se sente no direito de expressar livremente qualquer tipo de emoção, sem precisar se importar com as consequências que isso terá na vida de outras pessoas. O indivíduo não consegue controlar sua irritação e impaciência diante de situações nas quais não tem suas vontades atendidas, agindo de acordo com esse sentimento, que é geralmente bastante intenso.

Finalmente, o modo criança impulsiva condiz com as características do arrogo impulsivo no sentido da dificuldade de autocontrole dos impulsos, ou seja, o indivíduo não consegue parar e pensar antes de agir, emitindo comportamentos capazes de gerar recompensa de forma imediata (Loose et al., 2013; Young & Klosko, 1994; Young et al. 2008).

Os modos de enfrentamento disfuncional, que correspondem aos três estilos de enfrentamento descritos anteriormente, são: capitulador complacente, protetor desligado e hipercompensador. O primeiro refere-se à submissão ao esquema e o segundo à evitação do esquema, onde o indivíduo afasta-se do sofrimento causado por ele através de abuso de drogas, álcool e demais formas de evitação. Por último, o hipercompensador reage contra o esquema através de comportamentos hostis com outras pessoas (Young et al., 2008).

Os modos pai/mãe disfuncionais são resultantes da internalização dos pais e/ou mães do indivíduo e podem ser classificados como punitivos ou exigentes. O primeiro caso (pais

punitivos) diz respeito a punição de um dos modos criança devido ao seu mal comportamento, enquanto que o segundo (modo pai/mãe exigentes) é a cobrança de padrões altos de desempenho. O décimo e último modo identificado é o adulto saudável, que é o objetivo da TCFE com adultos. Quando o paciente está neste modo ele é capaz de monitorar, cuidar e curar os outros modos, que são disfuncionais.

A teoria dos modos dos esquemas é muito útil para o terapeuta, pois possibilita a análise e manejo de vários esquemas ao mesmo tempo, facilitando o trabalho do terapeuta com pacientes rígidos, evitativos ou que hipercompensam durante a maior parte do tempo (Young et al., 2008).

1.3 Terapia Cognitiva Focada no Esquema para crianças e adolescentes

O estresse precoce, de acordo com Wainer et al. (2016), afeta o desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro. A vivência de experiências nocivas na tenra infância resulta em modelos desadaptativos na construção de crenças sobre si mesmo, sobre os outros e sobre as relações. Quando não tratadas as sintomatologias infantis, observa-se consequências negativas no desenvolvimento neuropsicológico e na estruturação da personalidade. Mesmo sabendo-se que os esquemas de personalidade ainda estão em desenvolvimento na infância, a TCFE pode ser adaptada de forma inovadora e preventiva (Wainer, 2014).

Jeffrey Young desenvolveu sua teoria entendendo que, ao longo do desenvolvimento emocional, o ser humano amadurece e passa por sucessivos estágios. Cada um desses momentos da vida do indivíduo, apresentam-se diferentes necessidades emocionais básicas. Essas necessidades são universais, e cada pessoa pode demonstrá-las de uma maneira, devido as diferenças biológicas inatas (o temperamento). As privações experimentadas na infância, formam os EIDs nessa fase tão remota da vida e geralmente são mantidas na vida adulta. Diante de situações cotidianas, esses esquemas são ativados e despertarão memórias sensoriais, cognitivas e emocionais, gerando comportamentos disfuncionais (Wainer et al. 2016; Young et al. 2008).

Considerando-se que a abordagem terapêutica para as crianças exige adaptações, inovação e criatividade, do ponto de vista da TCFE para crianças, Lopes, Leite e Prado (2011) apresentaram uma proposta de avaliação e psicoeducação a partir de uma história infantil ilustrada. O personagem principal da história é um leãozinho chamado Arroar, um filhote que visa controlar todas as coisas em prol do seu próprio conforto e satisfação de suas vontades sem se preocupar com os outros. Além disso, Arroar possui uma série de comportamentos

inadequados, como desrespeito às regras, menosprezo dos outros animais, sugerindo assim um Transtorno Opositor Desafiante e esquemas de arrogo/grandiosidade (Young & Klosko, 1994).

O estudo de Lopes et al. (2011) mostrou que, através da história de Arroar, o terapeuta pode ensinar a criança o modelo cognitivo, as relações e consequências de seus pensamentos e comportamentos. Além disso, a criança pode reconhecer nos comportamentos do personagem suas próprias dificuldades e inadequações referentes ao esquema de arrogo/grandiosidade.

1.4 A escola Alemã de Terapia Cognitiva Focada no Esquema com Crianças – *Schematherapie mit Kindern*

A TCFE tem obtido um desenvolvimento bastante dinâmico na Holanda e, especialmente, na Alemanha. Na visão da escola alemã, o que torna a TCFE atraente é a combinação de um modelo de desenvolvimento baseado na interação entre ambiente e genética com um arsenal interventivo que se baseia em técnicas cognitivas, comportamentais e vivenciais que visam melhorar a qualidade relacional das pessoas, e no caso da terapia infantil a qualidade relacional do par criança – pais/ cuidadores (Loose et al. 2013; Lopes, 2016).

Os EIDs estruturam e representam o ambiente disfuncional do indivíduo e medeiam sua interação com a realidade, levando-o a recriar, inadvertidamente, as condições da infância que lhe foram prejudiciais, causando-lhe sofrimento (Young et al. 2008; Lopes, 2016). Na tabela 2 destacamos a atmosfera familiar na qual tais esquemas são originados:

Tabela 2: Domínios de esquema e o ambiente familiar favorável ao desenvolvimento de EIDs

Ambiente familiar em que os EIDs se desenvolvem:	
Domínio 1	Os pais ou responsáveis são ou foram, geralmente, individualistas, frios, rejeitadores, explosivos, imprevisíveis ou abusivos.
Domínio 2	Os pais ou responsáveis são ou foram, geralmente, emaranhados afetiva e comportamentalmente aos filhos, minando a confiança da criança, superprotegendo-os.
Domínio 3	Os pais ou responsáveis são ou foram caracterizados por excessiva permissividade, abuso, falta de direção, por inflarem um senso de superioridade.
Domínio 4	Os pais ou responsáveis são ou foram pessoas que baseiam sua relação com a criança em aceitação condicional: as crianças devem suprimir aspectos importantes de si mesmos a fim de ganhar amor, atenção e aprovação.
Domínio 5	Os pais ou responsáveis são ou foram cruéis, exigentes e as vezes punitivos: desempenho, dever, perfeccionismo, o seguimento de regras, ocultar as emoções, e evitar erros predominam sobre o prazer, alegria e relaxamento.

Nota. Lopes, R. F. F. (2016). Terapia do Esquema para Crianças. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Neufeld, C. B, Falcone, E. M. O. & Rangé, B. (Orgs.). **PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 2** (pp. 47-123). Porto Alegre: Artmed Panamericana (Sistema de Educação Continuada a Distancia, v. 4).

Loose (2011) ainda destaca que, normalmente, encontramos mais de um esquema ativo em um paciente. Se o paciente apresenta um padrão de comportamento desadaptativo, o terapeuta nem sempre sabe ao certo qual esquema o desencadeou. Além disso, um esquema específico pode produzir diferentes padrões de comportamento, dependendo do estilo de “*coping*” que o paciente usa em determinado contexto (ver: estilos de “*coping*” de modo a seguir). Por essa razão foi desenvolvida a noção de modos (Young et al. 2008).

1.4.1 Modos e “*coping*” de modos

Em contraste com os estilos de “*coping*” (estilos de enfrentamento) que se concentram exclusivamente no comportamento do indivíduo, os “*coping*” de modos (modos de enfrentamento) na TCFE são estados emocionais que envolvem emoções, cognições e respostas comportamentais; os modos estão ativos em um dado momento, por exemplo, quando os EIDs são acionados.

Esse conceito de “*coping*” de modos é trabalhado extensamente no protocolo da escola alemã (Loose, 2011; Loose et al. 2013) por meio de teatro de fantoches – técnica utilizada na etapa cujo objetivo é psicoeducar a criança sobre os efeitos do modo nas situações

de conflito. Todas as técnicas serão melhor abordadas nos capítulos em que se apresentam os protocolos do grupo alemão e o proposto neste trabalho.

O modelo conceitual de TCFE pode ser aplicado no trabalho com crianças e adolescentes. Para a criança em especial, a noção de esquema é frequentemente abstrata, e os terapeutas não precisam, necessariamente, discuti-los com os pacientes. No entanto, a fim de conduzir o processo terapêutico, deve-se ter em mente que os esquemas produzem modos, e que tais modos são formas de lidar com as frustrações de necessidades fundamentais (Roediger, 2009).

No modelo conceitual original, diferenciam-se o modo da criança, o modo dos pais e o modo de resolução (modo adulto saudável), que caracterizam os adultos sadios. No caso de terapia com crianças e adolescentes que possuem o desenvolvimento saudável, o modo adulto saudável (muitas vezes nomeado como “modo inteligente”) equivale à criança feliz, ou criança competente (Lopes, 2016).

Na teoria dos modos, antes de tudo, são diferenciadas a criança ferida, a criança furiosa, a criança impulsiva sem limites e a criança feliz. Para a aplicação da terapia em crianças e em adolescentes é importante que o terapeuta investigue, através dos modos da criança, se elas estão apresentando suas idades típicas, não bastando somente enquadrá-las em uma faixa etária típica normal ou na condição média de desenvolvimento das crianças de sua idade. Enquanto comportamentos demasiadamente impulsivos em uma criança de três anos, ainda são frequentes, pode-se esperar que na criança pré-escolar encontremos o modo competente (“criança feliz”/ “competente” – “modo inteligente”), que substitua o “modo criança opositiva, impulsiva e desafiadora” (Loose et al., 2013; Lopes, 2016).

Os modos disfuncionais podem estar muito ativos a partir da idade pré-escolar, caracterizando distúrbios de comportamento infantis, e se manifestam em suas pré-formas, em crianças pequenas. Durante o processo terapêutico, podemos diferenciar o estilo de enfrentamento em modos de resignação, evitação e hipercompensação. Os modos de enfrentamento auxiliam no manejo dos conflitos e na redução das tensões (Roediger, 2009).

2 A construção de um modelo de Psicoterapia Infantil para o tratamento de Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta

Os Transtornos disruptivos são os transtornos psiquiátricos mais frequentes na infância e têm grande impacto na adolescência e na vida adulta. Deve-se ter cuidado no diagnóstico diferencial, principalmente em relação a ansiedade, depressão e déficit de atenção/ hiperatividade, observando se o comportamento faz parte do ciclo normal do desenvolvimento infantil (APA, 2014).

A literatura classifica os Transtornos disruptivos com base nos comportamentos de transgressão a normas, desafiadores e antissociais, que causam muito incômodo nas pessoas por serem problemas externalizantes, de grande impacto no ambiente social, em geral com implicações severas (Koch & Gross, 2015, Barletta, 2011). Dessa forma, crianças disruptivas geram sentimentos negativos muito fortes nos outros, como raiva, frustração e ansiedade (Friedberg, McClure & Garcia, 2011).

Nos Transtornos disruptivos a avaliação e a análise funcional das interações entre os filhos e os pais é um importante instrumento clínico (Koch & Gross, 2015). Os relacionamentos familiares são onde começam as construções de modelo de conduta e o modo de funcionamento de cada comportamento social, ou melhor dizendo, onde se aprende com os modelos a função ou objetivo de cada comportamento social. Além disso, a transgeracionalidade dos esquemas e modos, são um pilar importante na teoria apresentada por Loose et al. (2015).

O modelo de trabalho em grupo, especialmente em se tratando de crianças e jovens agressivos, pode ser muito útil para instituições e profissionais clínicos que atuem nessa área. A dificuldade de se aplicar um modelo estruturado de psicoterapia individual a esse público, podem ser as mesmas para o grupo, mas a vantagem que se percebe nessa proposta, é o próprio reforço do grupo, que serve de estímulo e modelo para que os pacientes percebam a oportunidade de se incluir em um grupo, ser aceito e respeitado, experimentando condições diferentes daquelas que tem se habituado a conviver.

2.1 Objetivos

Nas sessões seguintes serão apresentados os dois objetivos centrais deste trabalho – o capítulo do livro de Loose et al. (2015), intitulado “*Schematherapie bei Störung des Sozialverhaltens*” traduzido e adaptado para “Terapia do esquema para Transtornos do

comportamento social agressivo” (tradução nossa), e a proposta de Psicoterapia Infantil para o tratamento de Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, com base nas contribuições de Loose et al. (2015) e Lopes (2015). Entende-se que esse trabalho valoriza os avanços que vêm sendo alcançados na TCFE, especialmente no campo da psicoterapia infantil, e ainda permite seguir mais adiante nesse propósito.

2.2 Método

A tradução e adaptação, da língua alemã para a língua portuguesa, do capítulo *Schematherapie bei Störung des Sozialverhalten* – “Transtornos do comportamento social agressivo”, de Loose et al. (2015), foi realizada antes de se propor um novo protocolo.

O método de tradução exige que o próprio autor do trabalho original tenha conhecimento do acesso a este por outros pesquisadores, e das formas com que será estudado, por isso foi solicitado permissão via e-mail ao autor Christof Loose, para que estudos pudessem ser realizados a partir de sua teoria e que, para tanto, seria preciso traduzir os escritos da língua alemã para a portuguesa. Desde que o caminho para o acesso aos materiais do grupo alemão, foram gentilmente concedidos pelo autor ao núcleo de pesquisas do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, muitos trabalhos foram motivados assim como este.

Pode-se dizer que a tradução apresentada neste estudo foi embasada nas técnicas de tradução oblíquas (Mason, 1994, *apud* Riaz & Khalily, 2013), as quais requerem um profundo conhecimento da língua de origem do protocolo (Alemão), assim como da língua para qual está sendo traduzida (português). Mason (1994) descreve sete processos técnicos de tradução utilizados pelo tradutor tanto isoladamente, quanto em combinação, como parte do processo de tradução. São eles: 1. Empréstimo – citar palavras na língua original, 2. Tradução de empréstimo – traduzir palavra por palavra a fim de se criar uma nova unidade lexical, 3. Tradução literal – tradução técnica de textos, 4. Transposição – mudar classe gramatical, 5. Modulação – mudar a ordem das palavras, em consequência, o foco da frase, 6. Equivalência – mudar ponto de vista, e 7. Adaptação – adaptar a um novo contexto cultural (Mason, 1994).

Os processos técnicos utilizados neste estudo foram uma combinação de: tradução literal, transposição e adaptação, que são explicadas resumidamente a seguir:

Tradução literal. Este procedimento respeita integralmente o conteúdo apresentado no texto do autor, sem modificar ou incluir qualquer tipo de opinião, reflexão ou teoria complementar.

Transposição. Utilizado com o propósito de substituir determinadas palavras da língua de origem sem alteração em seu significado (Riaz & Khalily, 2013). Por exemplo, a palavra alemã “*Erdulden*” foi traduzida para o português, em certos momentos, como “tolerante” e não como “tolerância”.

Adaptação. Foi efetuada uma adaptação transcultural do protocolo alemão para a língua portuguesa e preservados os termos que já possuíam uma tradução adaptada para esta língua, pois se referem à teoria dos esquemas de Jeffrey Young, bem como, termos afins com outras abordagens cognitivo-comportamentais.

A equipe de tradução foi composta por três especialistas bilíngues, sendo: uma professora e doutora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (denominado especialista 1), que possui domínio da língua e da área de concentração deste estudo – Processos Cognitivos; uma professora de alemão do Centro de Línguas da Universidade Federal de Uberlândia (denominado especialista 2), que ensinou aspectos básicos da língua alemã para a pesquisadora que aqui apresenta este trabalho, buscando facilitar o entendimento da estrutura ortográfica que pudesse ser necessário na execução do trabalho; um graduando em linguística pela Universidade Federal de Santa Catarina (denominado especialista 3), que no momento deste trabalho fixava residência em Berlim (Alemanha), cujo papel específico deste foi a observação dos aspectos coloquiais que aparecem no texto em alemão, auxiliando na utilização devida dos termos para a língua portuguesa e para a cultura brasileira; e por fim a pesquisadora que apresenta este trabalho (denominada especialista 4), que apesar de não ter a fluência na língua alemã, dedicou-se a aprender os requisitos básicos de conhecimento deste idioma, e cuidou de planejar e executar as etapas deste trabalho.

Pode-se compreender melhor a dimensão do trabalho de tradução realizado, observando-se as seguintes etapas:

Tabela 3 – Etapas do processo de tradução

Etapa 1	Tradução Literal	Especialistas 2 e 4
	Levantamento Bibliográfico de conteúdos afins	Especialista 4
	Organização	Especialista 4
Etapa 2	Transposição	Especialistas 1, 2, 3 e 4
	Organização	Especialista 4
Etapa 3	Adaptação	Especialistas 1, 3 e 4
	Organização	Especialista 4

Nota: Mason, I. (1994). Techniques of translation revised: a text linguistic review of *borrowing and modulation*. In A. H. Albir (Ed.), *Estudis 10 optimality in translation sobre la traducció* (pp. 61-72). Castelló: Publicacions de la Universitat Jaume.

Riaz e Khalily (2013) propõem que um trabalho de tradução deva passar por uma “comissão de especialistas”, que visa refletir sobre a adequação e equivalência das traduções. Afirma-se que este trabalho de tradução e adaptação do alemão para o português cumpriu devidamente os passos sugeridos pelos autores, de modo a sustentar-se que seu conteúdo tem credibilidade para ser exposto à comunidade acadêmica brasileira.

A proposta de adaptar o protocolo de Loose et al. (2015) para o modelo em grupo, despertou a necessidade de se pesquisar modelos de intervenção para crianças com comportamento disruptivo, associados a trabalhos com pais ou cuidadores e em grupo. Foram encontrados alguns estudos internacionais que apontam a eficiência desse modelo interventivo, sendo que 02 deles utilizaram o método de grupo. São eles:

- O programa *Parent-Child Interaction Therapy*, de Brinkmeyer & Eyberg (2003, citados por Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. [Eds.], 2010).
 - o Baseado na teoria de aprendizagem social, no conceito de estilos parentais de Bumridn e na teoria do apego de Bowlby, essa proposta dispõe que a combinação de um apego inseguro a um estilo parental negativo, prediz comportamentos externalizantes nos filhos. Os objetivos da intervenção são: auxiliar os pais a atribuir atenção aos comportamentos positivos dos filhos e ignorar os comportamentos inapropriados. Com base nos resultados do tratamento, os teóricos concluíram que existe a necessidade de se trabalhar os aspectos emocionais dos pais, pois estes foram fatores intervenientes no tratamento (Brinkmeyer e Eyber, 2003).
- O programa *Oregan Multidimensional Treatment Foster Care Program*, de Chamberlain & Smith (2003, citados por Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. [Eds.], 2003).
 - o Um dos programas de tratamento mais antigos, desenvolvido na década de 70, baseado em 30 anos de pesquisa sobre o desenvolvimento e tratamento do comportamento antissocial, destinado para pais, crianças e jovens. A intervenção para os pais se sustenta, de maneira geral nos mecanismos de reforço negativo fornecido às crianças com comportamentos externalizantes (Chamberlain & Smith, 2003). O estudo de Patterson et al. (2010) verificou que o programa reduz o nível de coersão e aumenta as interações positivas entre os membros da família, de modo a alterar o ambiente familiar e possibilitar interações mais saudáveis entre pais e filhos.

- Os programas *Incredible Years*, de Webster-Stratton, C. (2006a), indicados para aplicação em grupo:
 - *Basic Parental Training Program*: com até 14 sessões grupais (n=8 a 12 pais), e duração de duas horas cada sessão. O programa visa desenvolver nos pais competências que reforcem: a parentalidade positiva; o monitoramento dos filhos; as habilidades para resolução de problemas; o uso de estratégias positivas e não mais violência e agressividade como métodos de impor disciplina; e aumentar o relacionamentos com as atividades escolares do filho.
 - *Advance Parent Training Treatment Program*: visa desenvolver aspectos pessoais e interpessoais, como depressão dos pais, conflitos conjugais, falta de suporte social, falta de habilidades para resolver problemas e estressores ambientais, autocontrole pessoal, habilidades de comunicação e auto cuidado.

Estudos apontaram que os pais que passaram pelo programa *Advance*, mostraram aumento significativo no número de condutas pró-sociais dos seus filhos em comparação aos pais que realizaram apenas o *Basic*.
- O programa *Parent Management Training* (PMT), encontrado em Kazdin, A. E., Siegel, T. C. & Bass, D. (1992).
 - Programa destinado a crianças entre dois e treze anos de idade, cujo foco principal é o conceito de contingências de reforçamento – relação entre comportamentos e eventos ambientais que influenciam o comportamento. A intervenção propõe a identificação e observação dos problemas apresentados pela criança, a inclusão de reforçamento positivo, negociação e punição suave, bem como auxilia a corrigir distorções do processamento cognitivo. A duração do programa pode variar entre 12 a 16 sessões, com duração de 45 a 60 minutos. Os autores afirmam a eficácia da intervenção, mas sugerem melhor investigação quanto as mudanças obtidos na rotina da relação pais e filhos, e se esses efeitos são observados ao longo do tempo.
- O programa *Coping Power*, indicado por Lochman, J. E., Powell, N. R., Whidby, J. M., & Fitzgerald, D. P. (2006), para aplicação em grupo e com *follow-up* após um ano (conforme avaliam Lochman J E. & Wells, K. C.).
 - Essa intervenção visa auxiliar os pais a identificarem comportamentos pró-sociais e disruptivos dos filhos, recompensar comportamentos apropriados, estabelecer expectativas e regras claras e apropriadas a idade da criança, aplicar consequências adequadas aos comportamentos negativos da criança, realizar

monitoramento, comunicação familiar, manejo do estresse e envolvimento com a escola. A intervenção é composta por 16 sessões em formato grupal. Os autores evidenciam a eficácia dessa intervenção, sendo que a diminuição dos comportamentos externalizantes é ainda maior quando as crianças também participaram da versão desenvolvida para elas, o *Anger Coping Program* (Lochman, Barry & Pardini, 2003). Este programa será melhor detalhado a seguir, pois se trata de uma importante referência para esse trabalho.

- O Anger Coping Program, Versão 1, de Lochman, Burch, Curry, & Lampron (1984); Lochman & Lampron (1988); Lochman & Wells (1996).
 - o O estudo que apresenta esse programa, cita que crianças agressivas muitas vezes demonstram uma variedade de déficits cognitivos sociais ou distorções que contribuem para a falta de competência social. Indicam ainda que as habilidades cognitivas de resolução de problemas, ficam prejudicadas quando estão emocionalmente despertadas. O comportamento agressivo é muitas vezes um reflexo da incapacidade de regular reações emocionais aos estímulos que induzem a raiva. Esse padrão de comportamento é muito instável e um marcador de risco para uma variedade de desfechos na adolescência como transtorno de conduta, delinquência e uso de substâncias.
 - o Os autores teorizam que o formato de grupo é mais eficaz pois permite que as crianças recebam *feedback* dos pares, fornece aprendizagem experiencial *in-vivo*, e aumenta a probabilidade de generalização.
 - o Na versão 1 do programa as sessões foram realizadas semanalmente durante 12 semanas, com duração entre 45-60 minutos. Os grupos consistiam em 4-6 membros e foram liderados por dois co-líderes. As atividades visavam melhorar as habilidades das crianças de avaliar a realidade e identificar Evidências; desenvolver o autocontrole (através da inibição de comportamentos por meio de treinos de auto-instrução) e estratégias de resolução de problemas sociais; e promover habilidades sociais para gerenciar situações de conflito. As sessões incluíram *role-plays* e atividades que geravam despertar afetivo. Reforço e *feedback* são usados para apoiar a aquisição de habilidades. Durante 8 semanas os jovens descreviam metas a serem alcançadas em cada período, com o acompanhamento, especialmente dos professores, e recompensados quando alcançados. O estudo foi aplicado em 76 meninos, com idade entre 9 e 12 anos.

- A versão 2 (revisada) do programa foi estendida para um formato de 18 sessões. Essa ampliação proporcionou experiências adicionais de *role-playing* e mais discussão de situações de irritação.
- Os resultados destes estudos sugerem que, em geral, melhorar as habilidades cognitivo-comportamentais dos jovens em risco tem efeitos limitados a longo prazo quando são conduzidos isoladamente. Os efeitos do tratamento sobre o comportamento agressivo não foram mantidos ao longo do tempo, mas vale notar, no entanto, que melhores resultados foram encontrados no desenvolvimento de habilidades para se relacionar com outros adolescentes. Embora o programa original de controle da raiva não tivesse como objetivo específico trabalhar habilidades de resistência a drogas ou a resolução de problemas, notou-se um impacto significativo nestes, e ainda melhora na auto-estima, identificada como variável secundária.

2.3 Resultados e Discussões

Os estudos de Lochman, Burch, Curry, & Lampron (1984); Lochman & Lampron (1988); Lochman & Wells (1996), sobre o *Anger Coping Program*, foram apresentados em sessão anterior. Observou-se que esse estudo tem característica de pesquisa longitudinal, e passou por evoluções no seu formato, a medida que os resultados vinham sendo apresentados. O que chama a atenção nesse programa para o estudo aqui proposto, é a forte indicação dos autores sobre a eficácia do tratamento em formato de grupo, demonstrando que a relação com outros pares na psicoterapia, favorece experiências que podem refletir as vivências do cotidiano dessas crianças e adolescentes. Sugerem que os grupos tenham entre 4 e 6 membros, sendo as atividades conduzidas por dois co-terapeutas. Neste trabalho, sugere-se manter essa quantidade de pacientes propostos pelos autores, grantindo-se a participação de 02 co-terapeutas durante todo o processo.

Conhece-se poucos modelos de intervenção específicos para crianças e adolescentes, especialmente para tratamento de comportamentos agressivos. Sugere-se que esse protocolo aqui proposto seja tratado como um modelo de tratamento, mas também de prevenção a prognósticos desfavoráveis. A faixa etária indicada por Loose et al. (2015) é ampla, mas não específica – tratam todo o programa como sendo voltado para crianças e adolescentes, e ainda afirmam que crianças muito pequenas, mesmo não sendo ainda alfabetizadas, podem se beneficiar da psicoterapia. J. M. Eddy (2009), dispõe que a idade média para início dos

comportamentos antissociais em adultos com diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial é de 8 e 9 anos. A mesma autora indica que são necessárias intervenções com os pais e/ou cuidadores dessas crianças simultaneamente, e que deveriam ser aplicados para crianças nas séries iniciais do ensino fundamental I, ou no início ou meados da adolescência.

Grande parte dos estudos sobre transtornos relacionados a conduta, apontam que quanto mais cedo se iniciam os comportamentos agressivos na criança, maior o prognóstico para o desenvolvimento de Transtornos de Conduta ou de Transtornos do Personalidade Antissocial, na adolescência e fase adulta (APA, 2014). Há também apontamentos na literatura que, quanto mais cedo iniciam-se as intervenções, melhor o prognóstico quanto a evolução dos comportamentos agressivos (Eddy, 2009).

Analisando-se a viabilidade de se propor um programa de psicoterapia infantil em grupo para tratamento de Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, com *n* entre 4 e 6 participantes, indica-se a faixa etária entre 5 e 9 anos, devendo o terapeuta manter um grupo o mais homogêneo possível em relação a estas idades. Essa visão se deve principalmente às indicações de que muito precocemente os Transtornos disruptivos podem ser diagnosticados (APA, 2014), mas ainda tem um prognóstico favorável se tratado mais cedo, pois algumas características graves do Transtorno podem ainda não estar desenvolvidas (Eddy, 2009) e com isso efetivar-se um trabalho preventivo.

Nesta proposta apresentamos um modelo de estágios, o que significa que uma etapa é concluída e se avança para outra quando o objetivo esperado é alcançado. Analisando-se as técnicas indicadas por Lopes (2015) e as específicas para o tratamento de Transtornos do comportamento social agressivo (tradução nossa) de Loose et al. (2015), observa-se que cada estágio contemplaria cerca de 05 sessões. Lopes (2015) indica 05 estágios em seu trabalho, deste modo, estima-se que o tempo de duração para início e término do tratamento, seja cerca de 25 sessões, acrescentando-se ainda 05 sessões iniciais para avaliação e diagnóstico – totalizam-se 30 encontros – comparativamente, a segunda versão do programa *Anger Coping* prevê a realização de 18 sessões. Recomenda-se que sejam observados no calendário datas como feriados, férias escolares e recessos, que podem impactar no andamento do grupo. Incluindo-se o tempo para realização do *Follow-up*, esse trabalho pode transcorrer por pelo menos 15 meses.

A adaptação dos procedimentos de psicoterapia infantil traduzidos do material de Loose et al. (2015), para o modelo de aplicação em grupo, contou com o apoio da autora do primeiro protocolo psicoterápico traduzido do alemão para o português, e adaptado para aplicação em grupo com crianças e adolescentes, Lopes (2015) – aqui citada como “especialista 1” nas

etapas do processo de tradução. Outro ponto que deve ser ressaltado pela participação de Lopes, é seu amplo conhecimento na área da Psicologia, Psicologia Cognitivo-comportamental, Neuropsicologia, entre outras áreas afins, mas em especial na TCFE.

Quando foi lançado o livro *Schematherapie mit kinder* – Terapia do Esquema com crianças e adolescentes, por Loose et al. (2013), muitas técnicas novas se tornaram acessíveis aos terapeutas brasileiros, graças ao trabalho de Lopes (2015). Aqui cabe citar algumas, demonstrando que, de maneira pioneira, vislumbra-se técnicas adequadas a crianças e adolescentes, como o uso de fantoches de dedo para compreensão e manejo dos modos dos esquemas, de Jeffrey Young; a *Inner House* – técnica da casa interna para identificação e encenação dos esquemas e modos no cotidiano e nas relações do paciente, numa estrutura com diferentes níveis que ajudam a apontar a geracionalidade dos modos e esquemas; e o *Family Board* (que pode ser traduzido como – “Quadro de modos e esquemas da família”).

De igual maneira, as técnicas de intervenção apresentadas em Loose et al. (2015), para tratamento de crianças com Transtornos do comportamento social agressivo, também foram traduzidas e estão incluídos nos anexos deste trabalho. Vale ressaltar aqui a “Entrevista com Avós Imaginários” (*Imaginäres Großelterninterview*) – que pode ser encontrada no anexo C, e a “Entrevista com Pais Imaginários” (*Imaginäres Elterninterview*) – que pode ser encontrada no anexo M. Tratam-se de ferramentas inovadoras que auxiliam o terapeuta a detectar esquemas e modos passados de geração em geração. Servem ainda como ferramentas de manejo junto aos pacientes (tanto com os pais, quanto com os filhos), para a dissolução de conflitos diretamente ligados a essa história de família.

Observa-se que esses instrumentos e técnicas tem fundamentos claramente alinhados com as teorias do Psicodrama, por isso ao conduzi-la é importante que o terapeuta se preocupe em criar o ambiente ideal para que os pais e as crianças se sintam os próprios personagens da entrevista. Sugere-se conduzir um aquecimento, utilizar caracterizações (roupas, acessórios, fotos, imagens, etc.) que identifiquem os pacientes aos personagens e que ainda, ao final, o terapeuta cuide para que as lembranças e sentimentos evocados na dramatização das entrevistas, sejam claramente identificados e compreendidos pelos pacientes, quanto aqueles que pertencem aos seus progenitores e os relativos a si mesmos.

Na subseção seguinte, serão apresentados a tradução e adaptação do capítulo *Schematherapie bei Störung des Sozialverhaltens* (Terapia do esquema para Transtornos do

comportamento social agressivo, tradução nossa). Este material foi escrito por Peter Graaf² e organizado por Loose no livro *Störungsspezifische Schematherapie mit kinder und jugendlichen* (Loose et al. 2015), traduzido como – Terapia do Esquema para transtornos específicos com crianças e adolescentes (tradução nossa).

Terapia do esquema para Transtornos do comportamento social agressivo (Schematherapie bei Störung des Sozialverhaltens)

Crianças com comportamento agressivo tendem a ser excepcionalmente opositivas. Elas não são apenas temporariamente raivosas ou desafiantes como a maioria das crianças no curso de seu desenvolvimento. Seus sintomas são claramente distintos do desenvolvimento esperado, e tem um prognóstico desfavorável quanto mais cedo os Transtornos disruptivos surgem, mais se reforça o prognóstico de Transtorno de Conduta e Transtorno da Personalidade Antissocial.

Os Transtornos do comportamento social agressivo sobrecarregam não só as crianças e adolescentes em si mesmos, mas também, e sobretudo, o ambiente social. Pais e educadores muitas vezes reagem demonstrando-se desamparados, com raiva ou desesperados, porque os conflitos cotidianos com os filhos/ educandos já não são mais resolvidos com discussões ou acordos, mas com ações rígidas – muitas vezes partem para atitudes combativas e agressivas. Situações que deveriam ser educativas encerram-se muitas vezes sem sucesso aparente, despertando sentimentos de fracasso nos cuidadores ou educadores.

Muitas vezes os sintomas opositivos que culminam numa sequência de atos de delinquência, começam com a renúncia ou desistência de pais e educadores. Crianças e jovens parecem já não se importarem mais em sofrer as consequências do seu comportamento, ou seja, seu comportamento ruim continua e às vezes se intensifica, mesmo recebendo inúmeras reações punitivas do ambiente social – como sanções e suspensões no ambiente escolar, raiva e castigos em casa, ansiedade diária e distanciamento de muitos colegas.

As razões do sofrimento da criança ou do jovem, sejam elas percebidas por estes ou mesmo reais, não são claras para quem os observa e não justificam o comportamento de oposição e agressão, uma vez que o agressor dificilmente expressa, de maneira nítida, a sua dor, ao contrário disso, parece lutar contra.

² As referências utilizadas pelo autor na elaboração deste capítulo, podem ser localizadas na obra original (Loose et al., 2015, pp. 109-111)

Crianças opositivas raramente demonstram adequadamente o quanto se sentem desvalorizados, abandonados ou julgados por outros; o quanto se sentem realmente inadequados, oprimidos ou humilhados. Eles demonstram pouco o seu medo, e para compensar estas emoções negativas associadas, adotam a posição de dominância, recusa (comportamento passivo-agressivo) ou ataque, que são todas formas de oposição.

Grande parte das crianças e adolescentes com comportamento agressivo se sentem protegidos por seus sintomas e imunes ao sofrimento, uma vez que são bem sucedidos em fazer valer os seus interesses de curto prazo. Mas, suas angústias são muitas vezes incompreendidas, frustradas, e suas necessidades básicas insatisfeitas, porque os sintomas levam a contra-medidas negativas e a círculos viciosos na interação social. A abordagem da TCFE pode e vai ajudar a entender a função dos sintomas, a fim de encontrar maneiras de sair dos circuitos típicos disfuncionais.

Curso e explicações sobre os Transtornos disruptivos à luz da Terapia Cognitiva Focada no Esquema

A abordagem da TCFE para agressão, de acordo com as investigações das últimas décadas, indica a prevalência e atribuição causal de fatores sistêmicos na produção e manutenção de comportamentos agressivos. Matthys et al. 2008; Petermann & Petermann, 2012; Petermann et al. 2007; Selg, 1997, são referência de literaturas importantes para estudo.

Em geral se considera que o modelo de desenvolvimento da agressão é o resultado de um processo transacional entre fatores biológicos e constitucionais (como o temperamento e disfunção neuropsicológica), fatores psicológicos (como a percepção social e a regulação emocional) e as condições ambientais (por exemplo, como a falta de supervisão e aceitação dos cuidadores, práticas de educação infantil desfavoráveis, estresse familiar e a rejeição pelos pares). Essa idéia transacional e sistêmica é defendida por Matthys et al. (2008) e Moffit (1993).

Estudos com gêmeos, tal como afirmam Edelbrock et al. (1995); Rutter et al. (1990); Simonoff et al. (1998), mostram a grande importância de efeitos genéticos – com uma variância explicada de mais de 50%. O comportamento de oposição mostra uma alta herdabilidade, segundo Laucht (2001), e por sua vez se correlaciona com condições ambientais especialmente de violência parental.

Modelos de desenvolvimento como o de Patterson et al. (1989) são retomados ao se referirem a fatores de risco que cooperam com o surgimento do Transtorno de Conduta, como

uma evolução do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), tais como: temperamento difícil, TDAH, déficits cognitivos, etc.; somando-se a uma relação familiar parental conflituosa com padrões de relacionamento flexíveis e inconsistentes. Os problemas comportamentais resultantes, causam rejeição pelos colegas e problemas de desempenho na escola. Isso favorece a ligação com outras crianças com problemas de comportamento (a partir da necessidade de pertencimento), tornando-se cada vez mais agressivo e antissocial, levando o jovem à consequente delinquência segundo Heinrichs & Lohaus (2011).

O comportamento agressivo geralmente não é uma atitude isolada, mas um conjunto de falhas na interação social. Crianças com Transtorno de Conduta, assim como seus parceiros de interação (especialmente um de seus pais), apresentam taxas significativamente mais elevadas de comportamento agressivo do que se observa em famílias de crianças “normal agressiva”, conforme estudo de Patterson (1982). Para ele existe um reforço mútuo entre pais (cuidadores) e filho. Assim, a fúria da criança ou a lamentação, é o reforço negativo da resiliência parental. A natureza negativa do comportamento, por sua vez, é “recompensada” porque os cuidadores se rendem, ou seja, ao fazerem o que a criança quer, o comportamento opositivo ou birrento, é reforçado. Nessas condições as ações dos cuidadores a fim de evitarem o conflito e a birra, favorecem uma personalidade confiante na criança que acredita que sua oposição pode lhe trazer o que deseja.

Por outro lado, pais excessivamente permissivos não impõem limites suficientes para as crianças, de modo que em situações de conflitos elas não conseguem avaliar o comportamento das pessoas ao seu redor, ser sensível e empático, e nem formular estratégias de adaptação às reações do outro,

A capacidade de empatia pertence ao desenvolvimento de sentimentos de vergonha e culpa, que são fatores inibidores para o comportamento agressivo e opositivo. Estes, por sua vez são, em grande parte dependente da qualidade de experiências precoces de aprendizagem social. Normas e valores não são desenvolvidos (apenas) com argumentos ou sanções, mas essencialmente nos relacionamentos, mediados pela identificação com cuidadores primários, que deveriam ser modelos de empatia e de flexibilidade.

As crianças, a partir dos vínculos seguros com a mãe, estão mais dispostas a assumir os mandamentos maternos ou proibições. A sensibilidade materna para as necessidades da criança a convidam para um “retorno”, a uma maior tolerância para os requisitos da convivência social com seus pares.

Diagnóstico e Perspectivas da Terapia Cognitiva Focada no Esquema

Os Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, serão agora considerados sob o ponto de vista terapêutico, pois exigem abordagens especiais para o tratamento da criança e do trabalho com os pais. O conceito de esquemas e modos permitem que pais e filhos tenham uma compreensão mais profunda do plano de fundo do comportamento agressivo e transgressor.

Com base nessa abordagem diagnóstica e terapêutica, são sugeridas orientações nas seguintes abordagens comportamentais:

- Intervenção na família;
- Formação dos pais (incluindo a compreensão de consequências positivas e negativas repetidas com relação ao comportamento da criança, extinção do comportamento de risco, aplicação de práticas educativas parentais, promover o tratamento de problemas de aprendizagem);
- Intervenções com a criança (por exemplo, treinamento de resolução de problemas, separação dos grupos e pares desfavoráveis, escolha de tipos apropriados de escola) ou adolescentes (tratamento multissistêmico em todos os níveis, treinamento de habilidades práticas e sociais cotidianas, inclusive fora do convívio familiar);
- Possivelmente farmacoterapia (por exemplo, estimulantes ou neurolépticos de baixa potência).

Para o diagnóstico de sintomas agressivos, indica-se a consulta a materiais relevantes, em alemão, como por exemplo a Folha de Registo para o Comportamento Agressivo em Situações Concretas, do Alemão EAS-J/M - *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen* (Petermann & Petermann, 2000), ou o Questionário Sobre o Comportamento Agressivo de Crianças, do Alemão FAVK - *Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern* (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010a). Este questionário identifica características psicológicas particularmente importantes para crianças agressivas (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010) e também:

- A tendência de percepção errada (viés, distorções cognitivas) ou má interpretação de situações sociais;
- A capacidade de afetar o controle de impulsos e tolerância à frustração (necessidade de alívio);
- Uma possível falta de empatia; problemas na capacidade de resolver problemas; déficits de habilidades sociais;

- Déficits no desenvolvimento moral (a auto-responsabilização e responsabilidade adequada), que em muitos casos reforçam padrões de interação por parte dos cuidadores importantes.

Esquemas e modos por parte dos pais

Os resultados das pesquisas sobre o impacto significativo do comportamento dos pais, especialmente em agressão e oposição, mostram vários fatores típicos de risco que precisam ser envolvidos no diagnóstico dos esquemas e modos de pais. A lista das práticas educativas parentais típicas, associadas a casos de crianças e adolescentes com comportamentos disruptivos, apresentada a seguir, é feita de acordo com Döpfner et al. (2013), Kazdin (1995), Patterson (1982) e Petermann e Warschburger (1998), conforme descritos:

- Regras de manejo inconsistentes, imprecisas ou falta de regras e acordos (Esquemas inadequados, modo de autocontrole insuficiente ou criança indisciplinada);
- Muitas punições e regras rígidas (Esquema de punição, inclinação a normas excessivas, esquema de submissão);
- Atribuem concessões pelo tipo de ações executadas pelas crianças (modo de pais exigentes);
- Pouca supervisão ou falta de visão geral das relações e atividades da criança (vários esquemas, como por exemplo a privação emocional, quando a própria necessidade dos pais está em primeiro plano);
- Modelo agressivo no comportamento dos pais (modo de ataque ou criança com raiva, por exemplo, esquema de autocontrole inadequado);
- Pouca tolerância, socialmente disruptivo ou com comportamento agressivo (modo sofredor ou esquema de submissão/ oposição).

Os mecanismos pelos quais o comportamento educacional inadequado leva ao Transtorno de Oposição Desafiante e ao seu agravamento – Transtornos de Conduta, estão descritos na literatura sobre a agressão repetida e círculos viciosos, onde se encontram muitas evidências sobre o contexto do comportamento e esquemas parentais.

Modos e esquemas do comportamento agressivo em crianças

Para a criança podem ser estabelecidos esquemas típicos como fontes de comportamento agressivo, segundo resultados de pesquisas. Antes, porém, os vários modos para crianças e adolescentes são mostrados a seguir, e associados a sintomas mais agressivos.

Os modos típicos do comportamento agressivo são os seguintes:

- **Modo de Ataque.** O modo de ataque quer ferir de maneira intencional e deliberadamente, infligindo o ataque com a intenção de causar dano aos outros. É uma forma de hipercompensação em diferentes esquemas. Assim, o “culpado” quer, por exemplo, que a “vítima” sinta a mesma dor que ele sofreu em outros momentos de sua vida.
- **Modo Intimidador.** O modo intimidador ou “humilhador” é uma condição na qual se deseja causar medo aos outros, ele quer usá-los para seus próprios fins; algumas vezes pode fazê-lo para seu próprio prazer, ou para sair do tédio.
- **Modo criança irritada/ brava.** O modo irritada/ brava ou birrenta é uma modalidade de comportamento agressivo e ocorre como um enfrentamento disfuncional ou hipercompensação. Este modo emocionalmente “quente” e espontâneo, tem em seus impulsos um caráter excessivamente infantil e mais autêntico. Por outro lado, este modo emocional “frio” é percebido como exibido, arrogante, mais elaborado. Ele reage impulsivamente em busca da satisfação de suas necessidades básicas, que não foram atendidas adequadamente por seus cuidadores. Ele entra em seus momentos de raiva, por exemplo, extrapolando os limites dos outros podendo assim machucar ou ofender.
- **Modo criança impulsiva.** A criança impulsiva é exigente, desatenta e propensa a ações explosivas; ela visa satisfazer seus próprios interesses, sem levar em conta qualquer outra pessoa ou possíveis consequências negativas. Se uma criança frequentemente está neste modo, ela tem – muitas vezes devido à falta de instruções adequadas – dificuldade para renunciar ao prazer de curto prazo em favor de metas de longo prazo. A literatura fala da criança impulsiva ou indisciplinada, quando os conhecidos mecanismos de autocontrole e adaptação, usuais às normas sociais apropriadas à idade, é reduzida ou revogada, como por exemplo nos casos de crianças com diagnóstico de TDAH.
- **Modo pai punitivo.** O comportamento agressivo externalizado no modo do pai punitivo, tem caráter semelhante ao modelo adulto, como uma repetição de atitudes dos pais que a criança internalizou. Neste modo, a criança bate na

outra, assim como tem observado seu pais ou irmãos se comportando de forma agressiva. Ele ou ela maltrata outros como um agressor experiente. Na prática clínica, fala-se de tipos de crianças que lidam de maneira extremamente punitiva com os colegas, se comportam como policiais e parecem desejar por consequências brutais quando violam regras (como se fossem pais autopunitivos).

- **Modo protetor irritado.** Neste modo, a criança ou adolescente tem um comportamento passivo-agressivo ou abertamente hostil, com atos de acusações e desvalorizações contra os pais, os professores, os amigos e o terapeuta. O paciente evita, neste modo, a preocupação com seus próprios sentimentos desagradáveis, mas visa não prejudicar fisicamente outras pessoas.

Roediger (2011), avalia que o terapeuta precisa distinguir em terapia as várias formas de atuação dos modos agressivos. Mas o autor esclarece que, uma criança com raiva reage por impulso para “se acalmar”, com pouca compaixão. O terapeuta pode observar que ações punitivas dos pais ou mesmo um simples aceno de cabeça, ativam ainda mais indignação. O modo de ataque resolve espontaneamente se distanciar das pessoas, inclusive do terapeuta, em vez de demonstrar raiva.

Os modos ocorrem muitas vezes misturados, por exemplo, o modo criança irritada com o modo dominador. Os modos podem estar em sobreposição e uma distinção clara em alguns momentos pode ser difícil. Faz-se necessário vivenciar na prática esse modelo de intervenção terapêutica, para se ter mais experiência e habilidade para fazer uma distinção mais acurada.

Abaixo listamos todos os esquemas em que o comportamento agressivo pode ser baseado:

- **Abandono/ instabilidade.** Luta contra sentir-se abandonado, exigindo a atenção constante, supervisão. Apresenta comportamento provocativo, com um modo de evitação regressivo, em que a criança age como se não pudesse se desapegar.
- **Desconfiança/ abuso.** Luta contra a humilhação, abuso ou violência.
- **Privação emocional.** Exige atenção por meio de um comportamento de oposição e agressivo, impondo agressivamente as necessidades negligenciadas – normalmente queixam-se de que as pessoas são superficiais, expressam sentimentos de um tratamento injusto ou de estar sendo prejudicado.

- **Inadequação/ vergonha.** Luta contra pessoas ou palavras que induzem a vergonha, desvalorizando outra pessoa que parece superior: “ele é tão mau”, “ele é um louco”.
- **Isolamento social/ alienação.** Por hipercompensação, luta contra a marginalização percebida, por exemplo, formando grupos xenofóbicos, de ódio, promovendo assim a exclusão de outros.
- **Dependência/ incompetência.** Por hipercompensação, apresenta defesa agressiva contra qualquer interferência ou assistência – partindo de um sentimento exagerado de não poder ser dependente.
- **Vulnerabilidade e suscetibilidade a lesões e doenças:** Por hipercompensação, provoca comportamentos de autorisco, ou luta contra os riscos percebidos de forma agressiva.
- **Emaranhamento/ self subdesenvolvido.** Por hipercompensação, desenvolve uma busca extrema de independência e auto-suficiência, se necessário usando a separação mais agressiva possível de cuidadores que são percebidos como inferiores.
- **Falho.** Por hipercompensação, de um sentimento de fracasso, ataca aos críticos ou concorrentes (por exemplo, professores ou colegas de classe superiores) por desvalorizações ou luta física (por exemplo, atitudes agressivas durante a prática desportiva).
- **Postura exigente/ grandiosidade.** Por hipercompensação, de um sentimento de inferioridade, desenvolvem a aplicação agressiva de desejos egoístas, exige papéis especiais como crianças mimadas, sem limites, sem instrução adequada (busca excessiva de compensação, pouca tolerância a regras e padrões).
- **Autocontrole insuficiente/ indisciplina.** Utiliza palavrões de maneira descontrolada, xingando, batendo, etc. Demonstra baixa tolerância à frustração e é considerada uma criança com experiência inadequada na auto-fixação de limites (busca excesso de compensação, pouca tolerância a regras e padrões).
- **Submissão/ resistência.** Por hipercompensação, de um sentimento de submissão, luta contra pessoas percebidas como figuras de autoridade - encenqueiros na sala de aula com professores ou com os pais. Negam-se a adaptar-se à pequenas tarefas, ou demandas reais, demonstrada a partir de: negação de solicitações, destruição de material escolar, insultos.

- **O autosacrifício.** Raiva, como hipercompensação ao auto-sacrifício. Apresentam impulsos hostis dirigidos a pessoas que não cuidam deles como gostariam ou não lhes demonstram gratidão pelo sacrifício que fizeram.
- **Busca de atenção.** Impõe a atenção através de um comportamento provocador.
- **Negatividade/ pessimismo.** Salientam eventos negativos e fazem desvalorização de pessoas de maneira a agredi-las com seu pessimismo ou negatividade.
- **Inibições emocionais.** Birras após longa relutância ou subjugação das expectativas, com comportamento sem tato, provocativo, violador.
- **Padrões excessivos/ reclamações implacáveis.** Desvalorização de outros (como forma de manutenção do esquema ligado aos padrões rígidos).
- **Inclinação criminosa/ Punitivo.** O comportamento agressivo como forma de punição para os outros (sem compensação, sem qualquer tolerância).

Identifica-se mais comumente na prática do trabalho com distúrbios de comportamento agressivo, tanto nos pais quanto nas crianças, os seguintes esquemas: abandono/ instabilidade, desconfiança/ abuso, inadequação/ vergonha, isolamento social/ alienação, falha, senso de direito/ grandiosidade, autocontrole/ autodisciplina insuficiente e submissão/ resistência.

Características importantes dos esquemas

Crianças com distúrbios motores, cognitivos, sócio-emocionais e/ ou na habilidade de comunicação, ou distúrbios funcionais (como por exemplo, dislexia) são particularmente suscetíveis ao desenvolvimento de esquemas de inadequação/ vergonha ou fracasso, muitas vezes combinado com isolamento, por exemplo, quando pensam “eu sou tão diferente e não pertenço a(...)”.

A experiência dos próprios defeitos em comparação com os seus pares, pode significar um insulto existencial, mesmo que os pais e professores lidem com as limitações de forma amigável e que o aceitem. Além disso, a dependência continuada ou prolongada do outro, frustra a necessidade de autonomia. A experiência de não ser “normal”, põe em perigo a experiência existencialmente importante de pertença e lealdade.

Também a necessidade de estrutura e orientação é frustrada mais rápido em crianças com problemas intelectuais. O ambiente social é experimentado como confuso e caótico. Por causa de suas habilidades limitadas, essas crianças se comportam com mais agressividade,

como uma forma de compensação por não se sentirem protegidas, ou com comportamentos de negação (oposição), usados como uma estratégia de prevenção inútil. Crianças menos dotadas ou com deficiência mental, muitas vezes buscam em uma pessoa forte e confiável, um modelo para encontrar o seu caminho. Se sua ordenação interna está vulnerável, a criança entra rapidamente no modo de ataque, a fim de combater a desorientação que ocorre quando o modo de evitação não parece eficaz o suficiente.

O esquema de desconfiança será particularmente aprofundado nesta seção, por desempenhar um papel relevante no comportamento agressivo. O reconhecido modelo de processamento de informação social de Crick e Dodge (1994), Dodge e Schwartz (1997) ou Quiggle et al. (1992), suscita a percepção da importante influência deste esquema na infância e adolescência. Crianças agressivas (e depressivas) mostram déficits em diferentes estágios de processamento de informações sociais – independentemente da inteligência. Estes são frequentemente acompanhados de baixa autoestima e menor aceitação pelos companheiros.

As etapas de processamento da informação aqui são apresentadas brevemente, com base em resultados de pesquisa de outros estudiosos da TCFE, como por exemplo, Petermann & Petermann (2012):

- **Percepção e codificação das pistas sociais.** Crianças agressivas mostram uma percepção limitada de estímulos sociais. Elas percebem pistas sociais a partir de uma busca de informações incompletas. Não ouvem a todas as descrições de uma situação e se baseiam nas informações mais recentemente ouvidas. Uma análise clínica nos faz pensar que a percepção limitada é algo típico para a manutenção de um esquema desadaptativo, especialmente desconfiança. Se uma criança foi criada em um ambiente cheio de expectativas negativas, ela tende a distorcer as evidências ou ter uma percepção seletiva, procurando confirmações ou avisos, que por sua vez confirmam o esquema - mesmo que o ambiente tenha mudado.
- **Processamento de informação social-cognitiva.** A representação mental e interpretação das pistas sociais nas crianças agressivas, é marcada pela insinuação de intenções hostis. Eles costumam atribuir ao outro sua própria culpa e erro; sentem-se rapidamente provocados e tratados injustamente (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010a). Dependendo do estilo de enfrentamento algumas crianças tendem à agressão preventiva, a fim de dissuadir os outros e, assim, reduzir a sua ansiedade. O comportamento agressivo dá logo à criança, então, respeito, poder e sentimentos de prazer. O uso da agressão na forma de punição

do outro, ou como retribuição à rejeição social, por sua vez, aumentam a sensação de ameaça do ambiente. O resultado é um “ciclo de agressão e medo motivados” (Petermann & Petermann, 2012).

- **Perturbações das habilidades sociais.** Crianças agressivas mostram um repertório comportamental limitado e expressam menos ideias para resolver um problema social. Elas selecionam uma maneira de reagir a um evento ameaçador ou frustrante quase automaticamente, fazendo emergir padrões de comportamentos dependentes de sua força de hábito. A Terapia Focada em Esquemas permite que o repertório restrito de comportamentos sociais, como resultado da falta de orientação ou como uma expressão de um modo subdesenvolvido, se destine a formular o modo criança competente. Permite também que pacientes com um esquema de desconfiança e um temperamento de externalização, muitas vezes com um modo de enfrentamento agressivo ou de ataque, desenvolva modos mais adaptados.
- **A opção por um comportamento alternativo e potencial de inibição.** Crianças e jovens agressivos são muitas vezes convencidos de que as estratégias que prejudicam os outros, são eficazes para atingir seus objetivos (Dodge & Schwarz, 1997), por isso não pensam em comportamentos alternativos e nem em inibir sua agressividade. A decisão a favor de um comportamento agressivo é fortemente influenciada por experiências de aprendizagem recentes e o medo de consequências negativas. As crianças e adolescentes depressivos também tendem a apresentar atribuições hostis (“o outro pensa mal de mim e sente raiva de mim”). No entanto, eles acreditam que o comportamento agressivo não é eficaz. Crianças agressivas dizem ou pensam frequentemente: “Ouço dizerem que sim, mas não param, ou não me dão o que quero, a menos que eu grite bem alto e fique com raiva!”. (Petermann & Petermann, 2012)

Görtz-Dorten & Döpfner (2010), propõem que a crença de que as políticas que prejudicam os outros, são eficazes para alcançar seus objetivos é parte do modo de ataque. É utilizado, apesar dos efeitos adversos, porque só a execução deste modo é uma forma de compensar o medo e a impotência da criança desconfiada. A crença de que “a agressão leva ao reconhecimento”, leva a uma maior autoestima, sentimentos positivos e redução de consequências desagradáveis em conflitos”.

Finalmente, cabe destacar que o comportamento agressivo também pode estar relacionado com a falta de controle de impulsos, conforme indica Loeber & Hay (1997).

Crianças que embora apresentem bom processamento de informação social e cognitivo, mas possuem habilidades inadequadas para resolver problemas, têm inibição insuficiente dos impulsos agressivos. Görtz-Dorten & Döpfner (2010) e Görtz-Dorten & Döpfner (2010a), comentam que essas crianças são inundadas de “intensos sentimentos de raiva”, e que mais de 15% das crianças estudadas por estes pesquisadores demonstraram falta de controle emocional, mesmo conhecendo outras formas de resolução de problemas.

A abordagem da Terapia do Esquema

O tratamento de crianças agressivas foi desenvolvido com base em protocolos já pesquisados e comprovados, registrados em manuais de terapia (por exemplo Petermann & Petermann, 2012 Görtz- Dorten & Döpfner, 2010). Muitos pontos do Programa de Tratamento para crianças com Comportamento Agressivo (PTCA, Görtz Dorten & Döpfner, 2010), podem ser utilizados na perspectiva da TCFE, como por exemplo as técnicas de fantoche de mãos para a condução dos trabalhos com os modos.

Nas intervenções com as crianças no PTCA, os bonecos são apresentados não apenas como modelos, mas também como um problema do jogo ou ajudante. Os fantoches podem ser usados representar cognições disfuncionais (“pensamentos problema”), geralmente denominado de “Fera”, na forma de um monstro, e ainda demonstrar o modo atacante disfuncional, já apresentado anteriormente. Outras técnicas do PTCA podem ser oportunas também, como a metáfora dos “óculos da raiva”, que auxilia a descrever uma percepção distorcida.

Metas e esclarecimentos motivacionais

Muitos pacientes apresentam uma motivação ambígua para a mudança e uma angústia inespecífica. Sentem que sua agressividade são um meio necessário para fazer valer seus interesses e para se proteger. O terapeuta não deve se intimidar ou mesmo responder às provocações, caso contrário tornará o paciente ainda mais auto-confiante. Muitos desses pacientes não sofrem com a sua agressividade porque é ego-sintônico, ou seja, é experimentado como pertencente a eles (“é desse jeito que eu sou e devo ser assim, isso não me incomoda”). Alguns pacientes não vêem seu comportamento agressivo como problemático, ou não querem admitir seus próprios problemas. Eles têm medo de abordar as próprias dificuldades. As crianças impulsivas e irritadas são assim devido à falta de

orientação. Desejam impor os seus interesses implacavelmente, e usar as vantagens de seu domínio, poder e posição especial. Desse modo estão mais propensos a sofrer as reações negativas de seu ambiente, reações penais (sentidos muitas vezes como uma injustiça), marginalização ou recriminação.

No início do tratamento, o paciente deve ser frequentemente motivado a enxergar os benefícios que percebe com seu comportamento agressivo, para que depois ele tenha condições de se questionar, com uma análise custo-benefício e esclarecimento das vantagens e desvantagens desses comportamentos. Embora muitas crianças depois do tratamento não se incomodem diante dos outros ou não desejem atacá-las, elas só estarão preparadas realmente a renunciar ao comportamento agressivo, quando percebem que desenvolveram uma força interna, uma forma de auto-confiança diferente que consegue satisfazê-la. As crianças mais jovens se tornam mais preparadas para a renúncia à agressão e a desenvolver a confiança, quando percebem que o terapeuta não quer tomar o mais importante para eles – a proteção, a segurança física e psicológica. Crianças acostumadas a ganhar tudo o que desejam (“mimadas”) vêem a terapia como uma perda muito dolorosa de privilégios. Por conseguinte, devem conquistar sua renúncia à agressão quando percebem claramente, por exemplo, um melhor humor e alegria na família, e assim, melhor e perceptível afeição/ estima pelos pais, irmãos ou amigos.

Na Terapia do Esquema o foco é a motivação em trabalhar o compromisso de ajudar a criança a satisfazer as suas necessidades básicas. A mensagem que o terapeuta deve transmitir à criança pode ser feita de acordo com essa sugestão: “Eu posso te ajudar a descobrir mais coisas sobre você, e como você pode obter com sua família mais diversão e alegria, reconhecimento, atenção dos seus pais e amigos, auto-confiança e sucesso. Eu posso mostrar a você, como pode fazer com que suas necessidades sejam levadas a sério pelos outros – sem violência. Por isso eu também estarei junto de seus pais, porque eles certamente querem ou podem mudar alguma coisa neles também”.

O terapeuta transmite esta mensagem no contexto da construção do relacionamentos, avaliam Graaf & Loose (2013) e na identificação dos recursos da criança, que deve ocorrer logo no início da terapia (rede de segurança social, pontos fortes, habilidades, etc.). Desta maneira, as técnicas de trabalho com modos a partir de imagens/ desenhos ou bonecos, explicam Graaf & Loose (2013) são indicados para enfrentar as ações que anteriormente foram rejeitados ou negadas.

Satisfação das Necessidades Básicas

Dois pontos essenciais para a condução da terapia com crianças agressivas são citadas logo a seguir – a atitude terapêutica e o sistema familiar. O autor nos auxilia a compreender a importância de se trabalhar e preservar, desde o início, esses dois pilares. A confiança da criança no terapeuta e o apoio da família são os fatores essenciais de todo o resultado que se espera obter e serão melhor detalhados aqui.

- **Atitude terapêutica.** Satisfazer as necessidades básicas e eliminar fatores causais do esquema (por exemplo: sucesso em vez de fracasso, proteção ao invés de ameaças), é a questão central para crianças agressivas, como também para outros pacientes. O terapeuta oferece à criança no contexto do seu papel nesse trabalho, a reparação parental limitada. Isso também pode significar, por exemplo, para as crianças mimadas, um suporte confiável para as frustrações dela. O terapeuta responde com confiança, mas não a condena, não se ofende ou age negativamente a impulsos agressivos emergentes. Ele mostra a criança como expressar suas necessidades de forma objetiva, e assim se satisfazer mais facilmente, além disso muitas vezes pode ter que ajudá-la a se conter e a se restabelecer.
- **Sistema familiar.** Ao trabalhar com todo o sistema (família, escola, relacionamentos) estamos a procura de maneiras de proteger e atender as necessidades básicas da criança ou jovem, aponta Graaf (2013). O autor utiliza o exemplo das crianças com sentimentos de inadequação pronunciados, menos talentosos ou com alguma deficiência, com as quais devem ser abordadas algumas possibilidades de trabalho, destacadas abaixo:
 - Reconhecimento – promover os pontos fortes da criança em diversas tarefas, ofícios e funções (por exemplo, na comunidade), valorizando-a como uma pessoa com suas características individuais; protegendo-a, seja de excessos de crítica a que esteja sujeita, ou por causa de suas mágoas adquiridas por suas falhas ou maus tratos de colegas, recuperando-lhe sua dignidade fortalecendo suas habilidades positivas.
 - Esclarecer a estrutura em que ela está inserida (família, figuras de autoridade, escola, comunidade), apresentando com simplicidade as relações do cotidiano, e como podem ser previsíveis os acontecimentos no dia-a-dia; incentivar a criança a descobrir rituais significativos, como comemorações, por exemplo, tornando os momentos da vida mais agradáveis.

- Premiar. Conceder tempo e espaço para diversão, sem a pretensão de poder e promoção.
- Incentivar a autonomia, promovendo a independência e auto-eficácia da criança em pequenas áreas da vida quotidiana;
- Cultivar a lealdade ao sentimento de pertencer a uma família, a preservar a união com seus pares, e a respeitar seu semelhante (sugerir experiências de solidariedade). Muitas vezes é “normal” as crianças se sentirem menos talentosas no início da adolescência, porque os seus interesses e mundos de pensamento são muito diferentes. Pode ser que o adolescente tenha nenhuma “amizade” séria, e em geral crianças e adolescentes sentem necessidade de serem aceitas em situações de mesmo interesse. A experiência de compartilhar os mesmos valores, como gostar das mesmas músicas, amar o mesmo cantor ou clube de futebol, podem atuar de maneira muito reconfortante, sentindo-se em conexão com os outros.

Correção de Esquemas

A investigação e identificação de esquemas da criança serve, entre outras coisas, para corrigir percepções distorcidas e falsas atribuições. A criança aprende a ter uma visão negativa das interações sociais, e isso faz parte da formação de um esquema, como por exemplo, a desconfiança ou inadequação. As metáforas (como a dos “óculos quebrados”) e desenhos, explicam Graaf e Loose (2013), são exemplos de técnicas utilizadas no tratamento com crianças de 08 a 10 anos de idade.

O surgimento de impulsos agressivos começa com a vivência de situações ameaçadoras no cotidiano da criança, como uma ligação de “estímulo-resposta aprendida”, e/ou por pensamentos típicos do esquema. A criança pode vir a compreender que não é a situação que o torna irritado, mas os pensamentos e sentimentos de um esquema que passam por sua cabeça e se desenvolvem. A experiência tem mostrado que crianças com idade de cerca de oito anos, bem desenvolvidas cognitivamente, conseguem identificar pensamentos disfuncionais (aqui sugere-se utilizar o material sobre o “detetive de esquemas”, encontrado nos anexos deste material), orientando-as a corrigir, por exemplo, os “pensamentos de raiva assassinos” (conforme citado em os “óculos legal” no PTCA). Na TCFE devemos levar em conta mais do que a clássica TCC, combinando cognições, emoções e processos fisiológicos

de forma complexa. Em última análise, não vemos o pensamento como uma causa, mas como uma parte das ações complexas dos processos de condicionamento que os incluem.

Há outras maneiras de corrigir esquemas. Estas incluem o uso de questionários específicos com a criança sozinha ou em conjunto com o terapeuta, levantando informações e opiniões de parentes ou colegas que podem refutar o esquema da criança. A criança coleta “evidências” de uma visão “saudável” para a correção de um esquema. Neste exemplo, a criança pode também encontrar evidências conflitantes. Estes casos também precisam ser abordados pelo terapeuta, que deve promover intervenções e mudanças relevantes no ambiente em que a criança vive.

Quando há um esquema de insuficiência, em muitos casos, as crianças tendem a uma auto-desvalorização geral (sentimento de fracasso total), generalização (“vai tudo por água abaixo”) ou culpabilidade (“sou o culpado de tudo”). As crianças olham seus sintomas como um ser de fora e um processo separado, de modo que o terapeuta deve ajudá-lo a identificar suas fraquezas, muitas vezes inconsciente. A identificação dos pontos fracos deve ocorrer em seguida à fase de construção da confiança, a fim de impedir a habitual evitação ou ressaltar a hipercompensação agressiva. A criança (não apenas os pais) precisam de ajuda para lidar de maneira positiva com a sua situação particular. Um esquema de fracasso, não pode simplesmente ser colocado junto a uma verificação da realidade convencional. A autopercepção e atribuição de causas da criança deve ser primeiramente identificada e corrigida.

O esquema de isolamento social e inadequação pode contribuir para o desencadeamento de outros sintomas como tiques, enurese, transtorno de leitura e ortografia. Esses transtornos devem ser trabalhados utilizando-se o instrumento “estatística para crianças” demonstrando por exemplo que, muitas crianças, não somente aquela, podem ter o mesmo sintoma de enurese.

A criança é convidada a avaliar todas as áreas possíveis, e a colocar em uma escala suas capacidades, o seu “valor” (material em anexo “Escadas de pontos fortes e fracos”). O terapeuta a incentiva a documentar uma “declaração de missão” de modo que a criança procure formas de melhorar seus resultados. Podem ser utilizados conteúdos obtidos na fase de diagnóstico, a fim de facilitar o levantamento de pontos fortes (como ter um bom raciocínio lógico) e fracos (como não ter uma boa memória, ou não ler tão bem). Os pontos fortes podem ser destacados, com figuras e modos diferenciados de apresentação.

Redução dos comportamentos e crenças que mantêm os esquemas e a construção de comportamentos alternativos

Pensando-se em um modelo completo de tratamento para crianças com comportamento agressivo, apresenta-se de maneira detalhada técnicas para a TCFE que auxiliam crianças e seus familiares a identificarem os esquemas prevalentes neles e maneiras alternativas de superá-los.

- **Repensar.** Para reconhecer e superar esquemas, explicar não é suficiente, mas é importante, para que eles sejam trabalhados, identificar e corrigir os pensamentos disfuncionais. Esta seção inclui as intervenções comportamentais que colaboram para o processamento de informações sócio-cognitivas, conforme são descritos no material PTCA, de Götz-Dorten & Döpfner (2010). Algumas crenças/ crenças de agressão (como por exemplo, “eu sempre tenho que ser mais forte”) são referidas como “armadilhas pensantes”, e devem ser discutidas com a criança na perspectiva dela para reattribution de significados menos disfuncionais. Modelos e “heróis” da criança devem ser explorados e questionados, e ela deve ser incentivada a reconhecer que a agressão não é a única forma de força, avaliando questões como: “ser forte é ser justo, sempre!”, “acabar uma disputa pacificamente, isso é ser forte!”, “chegar a um acordo com os outros, é ser forte”.
- **Exercitar.** Neste tópico o treino de padrões construtivos de enfrentamento está em primeiro plano. Na linguagem da terapia de esquemas, trata-se de fortalecer por meio de técnicas de treino comportamental clássico, a construção de comportamento pró-social no modo criança competente. A resolução de problemas corresponde ao treinamento de habilidades (Götz Dorten & Döpfner, 2010; Petermann & Petermann, 2012), sugerindo-se o uso de fantoches e role-playin para moderar a posição dominante.

Enfatiza-se a importância do envolvimento da criança ou adolescente com novas amizades e a limitação do envolvimento desses pacientes com aqueles que seriam identificados como “falsos amigos”. Coloca-se em prática nessa fase, formas da criança conseguir expressar os seus desejos mais claramente, fazendo valer os seus direitos, finalizando disputas pacificamente e “acabando com inimizades”.

O desenvolvimento de auto-afirmação adequada e habilidades de comunicação (dos seus sentimentos, pensamentos, desejos e resolução de conflitos) não é suficiente apenas com treinamento de auto-instrução comum ou reestruturação cognitiva, mas requer intensivos

exercícios de experiência de ativação. Na TCFE, situações de ativação são, por exemplo, perder o jogo e/ou provocações (empurrar, discriminar ou excluir) que devem ser vivenciadas em role-play e encenadas, se possível, também no ambiente de grupo ou com os cuidadores/responsáveis da criança na família ou círculo de amigos).

Sugere-se o uso *vídeo-feedback*, a fim de ampliar a possibilidade de avaliação e discussão para identificação de soluções.

A tarefa de casa deve ser estreitamente coordenada com professores e pais, para que o repertório comportamental desconhecido seja ensaiado o suficiente. É também significativo o estabelecimento de parcerias com pessoas próximas à criança (por exemplo, colegas de classe).

- **Questionar.** Para ativar o modo competente na criança, também é parte do trabalho o uso de técnicas de interrogatório indicados por Damm & Werner (2011). O objetivo é buscar habilidades de enfrentamento em transição, incluindo-se situações em que a criança se comportou de maneira excepcional ao que costuma se observar, por exemplo:
 - Questões que identifiquem comportamentos de exceção: “já houve situações em que você perdeu no jogo de cartas, mas ainda assim se divertiu?”.
 - Questões de recursos: “o que ou quem pode ajudá-lo em uma próxima festa para que se divirta sem o uso álcool?”.
 - Lidando com conflitos: “como você conseguiu ficar calmo com a provocação do seu colega de classe e apenas continuou o seu trabalho?”.
 - Questões objetivas: “o que exatamente você gostaria de fazer para se sentir uma pessoa legal?”.
 - E questões de solução: “como você pode sair de sua antiga panelinha e buscar novas amizades?”.
- **Confrontar.** De acordo com o conceito de ativação, sugere-se o confronto de recursos, propostos por Damm e Werner (2011), para que o paciente se depare com habilidades que tem e não utiliza, ou não explora da melhor maneira. Essas habilidades podem ser destacadas como virtudes ou traços de sua personalidade. O terapeuta deve procurar em comportamentos problemáticos, habilidades “ocultas” que foram previamente designados como mau comportamento, como por exemplo, em caso de roubo, poderia ser trabalhado a coragem ou a habilidade que precisa ter para fazê-lo. O objetivo é, portanto, mostrar que a inteligência da criança competente não precisa estar a serviço de um modo destrutivo, mas sim trazer um

novo significado. Damm e Werner (2011) propõem as seguintes orientações do terapeuta para o paciente: “percebo que você é um cara corajoso, e até se atreve a roubar pessoas, mas por outro lado não usa essa mesma coragem em uma situação de conflito com um amigo seu. Como você poderia usar essa sua coragem para sair dessa situação? Por que você não usa sua coragem e sabedoria a favor de suas necessidades? Porque você ainda não conseguiu levar tantas boas idéias que você tem para a sua escola?”.

O despertar para detalhes positivos dessas experiências possibilita a ativação de novos e mais eficazes padrões neuronais, de modo que os pontos fortes ficam conscientes e mais facilmente ativados depois, quando a criança ou adolescente se perceberem em um contexto diferente do processo terapêutico.

Correção dos Modos disfuncionais

Acesso às necessidades da criança vulnerável. O acesso à “criança vulnerável” é particularmente mais difícil para crianças agressivas, pois a utilizam para afastar os sentimentos dolorosos de forma agressiva. O terapeuta deve implementar várias técnicas, conforme orientam Graaf & Loose (2013), tornando-se insistente na busca por obter relatos e identificar os lados vulneráveis da criança.

A criança é convidada a deixar emergir o modo de ataque ou outros modos disfuncionais, e os sentimentos primários que precedem o impulso agressivo. Se for possível, simular vozes, como uma pessoa vulnerável, triste ou solitária, para fornecer estímulo audível para a criança, demonstrando como acontece um modo enfrentamento disfuncional quando se está buscando atender uma necessidade básica.

Reconhecendo modos disfuncionais. Modo de ataque. O terapeuta deve compreender a “tarefa” ou a funcionalidade do modo, deixando isso claro antes de confrontá-lo. Graaf & Loose (2013) sugerem para o trabalho de modos disfuncionais o uso de fantoches de mão ou dedo, e o trabalho das cadeiras ou de imaginação.

O modo de ataque é negado por muitos pacientes e, portanto, precisam de 52xaminer52 para vir à tona na terapia. O terapeuta deve entender o modo intimidador ou atacante como um recurso da criança, de maneira séria e respeitosa. A experiência que o autor relata, demonstra que este modo é frequentemente banalizado, por ser ego-sintônico (“então, eu sou assim, onde está o problema?”). Acima de tudo, o modo atacante é experimentado com

sucesso (“assim eu consigo o que eu quero”), muitas vezes referido com prazer (“como eu sou forte e poderoso!”). Depois de esclarecido este modo unilateral e negativo da criança, o terapeuta pode aplicar a confrontação empática, de maneira que esse modo possa ser enfraquecido. Muitas vezes, as crianças se sentem convencidas neste momento de que tiveram a sua parte problemática negada, presa ou até mesmo morta, e assim quando o modo atacante aparece novamente, eles ficam surpresos ou envergonhados.

Possíveis mensagens para o diálogo, na confrontação empática com o modo atacante seriam, por exemplo, como no trabalho da cadeira de Peichl (2007): “Bom dia, caro Paul. Que bom que poderemos nos falar um pouco. Estou falando agora com você, essa parte poderosa de Paul, que sempre causa problemas. Eu sou ..., o terapeuta de Paul e quero ajudá-lo a se livrar de seus problemas. Mas, eu também preciso da sua ajuda e não posso exigir isso de você. Você precisa ajudar Paul nas situações difíceis para ele, pois ele não consegue enfrentar tudo sozinho, e ainda pode se sentir ferido”. “Você pode ser o Paul inteligente, esperto e feliz, que deseja continuar fazendo de tudo para garantir que tudo corra bem com Paul, certo? Mas, eu não sei se você sabe, que em algum momento você pode ver Paul como um infrator / um brigão. Nesse momento a vida dele fica muito difícil, porque ele não vai se sentir querido, e será punido ou rejeitado pelos outros. Eu gostaria que você cooperasse com Paul, para que isso não voltasse a acontecer. Eu devo dizer outra vez: Sua intenção é boa e você tem o poder, mas será que consegue mostrar para Paul o seu poder de uma forma diferente? Você reconhece que não vai ser usado tão frequentemente no momento, porque Paul ainda não se sente seguro o suficiente?”.

Em terapia do esquema, deve-se reconhecer a existência de um problema, não só para ser integrado na auto-percepção, mas também para mantê-lo sob controle. Mesmo que as crianças (e outros) queiram controlar sua própria violência e muitas vezes repeli-la magicamente, deve-se trabalhar o modo externalizando-o, utilizando-se de figuras aparentemente estranhas, de maneira que o paciente consiga superar situações difíceis fora da terapia. O fortalecimento de modos funcionais (criança competente e protetor aliado) internalizados, possibilita a repressão dos modos problemáticos e controle de impulsos para ações agressivas.

Na técnica das cadeiras a criança deve passar por cada uma delas, como se fosse um espaço reservado e permitido para externalizar suas ações, encenando os modos problemáticos – para isso sugere-se o uso de fantoches de mão.

O terapeuta inicia a técnica encorajando a criança a ser o “agressor/ atacante”, representando-o da maneira mais real possível – com todas as poses, gestos e palavras; em

seguida, muda de cadeira, passando para o modo de “criança competente”, e conversa com o “agressor” (ou mesmo com a “criança vulnerável” que há nele). Apoiado pelo terapeuta, em seguida, a criança competente convence o atacante que sua conduta como de costume, não é mais útil e pode se “aposentar”, ou pelo menos, tirar “férias”.

Crianças agressivas (ou suas partes atacantes) são bem desenvolvidas em suas estratégias de justificação. Mesmo crianças ainda pequenas compreendem que eles e seus cuidadores têm uma “autorização” para o uso da força. Esta estratégia de justificação deve ser incluída no diálogo terapêutico, porque o “modo protetor desligado” tende a evitar o processo terapêutico. Damm e Werner (2011) sugerem que antes do uso da técnica das cadeiras, trabalhe-se a confrontação empática, especialmente nos casos que o comportamento da criança ou adolescente demonstre banalização ou negação excessiva dos problemas apontados.

Depois da construção do vínculo, o terapeuta descreve os modos de esquemas mais significativos para o paciente, e por meio de um desenho, figuras ou fantoches, os coloca em uma cadeira vazia. Em seguida o terapeuta diz algo como: “Eu quero lhe mostrar uma coisa, observe com bastante atenção o ... (nome do terapeuta) raivoso. Ele tem trabalhado muito e quer descansar”. O terapeuta, então, desliza sobre o papel de paciente e demonstra um modo disfuncional (com as emoções, pensamentos, comportamento, ou frases típicas do modo). Retomando o papel de um adulto, ele enfrenta o paciente: “Suponha que o raivoso ... (nome do paciente) está aqui nessa cadeira, o que você pensaria dele? O que os outros pensam dele? Como você o responderia no meu lugar?”. Terapeuta e paciente nesse momento, podem trabalhar em conjunto, desenvolvendo ideias sobre as vantagens e desvantagens de cada modo.

Sugere-se exercícios em RPG para o treino de soluções competentes e acordos para o dia seguinte, por exemplo: “amanhã, você deve demonstrar pelo menos ‘x’ vezes o ‘nome do paciente’ inteligente, apesar do ‘nome do modo disfuncional’. Você é um cara legal, sei que consegue e que vai chegar lá!”. Relembrar o modo competente é apropriado para fortalecer a memória. Para finalizar, o terapeuta deve ativar o modo “criança feliz” mudando o assunto, por exemplo: “agora vamos deixar a raiva de lado e me diga, o que você ainda fará de bom hoje?”.

O modo atacante deve ser limitado pelo terapeuta, com regras ou mesmo com ações, quando este ocorrer “de verdade” na situação terapêutica – o paciente pode promover ataques verbais ou até mesmo físicos. Caso os controles verbais e acordos não funcionarem, pode ser necessário aderir, em curto prazo, a ações de auto-protecção para o terapeuta. Sugere-se

acessar o material de Graaf (2013), a fim de encontrar mais detalhes e indicações sobre métodos de contenção de pessoas agressivas.

Furman (2012), sugere um rito de “desculpas” e os “níveis de responsabilidade”, como uma espécie de guia para uma sequência de passos a serem aprendidos, sendo recomendado para crianças e pais. O material de trabalho dos “níveis de responsabilidade”, pode ser encontrado nos anexos, e são sugeridos para crianças e jovens com tendência à violência.

Canalização da criança zangada e raivosa. O terapeuta deve encorajar expressões de raiva no modo “criança zangada” (por exemplo: “há ainda algo mais que te faz sentir irritada?”), a fim de explicar que a raiva (sem ataque) é um sentimento legítimo quando as necessidades básicas são violados. Deve-se estabelecer limites aos comportamentos destrutivos.

Ressalta-se a importância do terapeuta ser empático, identificando esquemas subjacentes, como o modo criança vulnerável, observando o que há por trás da expressão de raiva, por exemplo: “eu entendo sua raiva, e acredito que há uma parte de você que se sente...!”. No trabalho de modo com cadeiras ou desenhos, a criança pode vir a nomear o aparecimento de um modo – a criança triste ou decepcionada, que aparentemente precede o modo vulnerável ou está envolvido nele.

É importante a verificação da realidade com a confirmação dos fatos, utilizando-se questionamentos tais como: “Você está certo, porque você tem sido esquecido...”; “seus professores ou seus pais não conseguem ver tudo o que se passa, e às vezes podem parecer estar sendo injustos com você...”; “uma parte de seus pensamentos não está totalmente correta, porque você não está conseguindo perceber que existem momentos em que os outros estão bem com você”. “O que poderia estar acontecendo então, por exemplo, para eles estarem agindo assim?”.

Se o terapeuta encoraja a criança a expressar raiva em relação a outras pessoas, ele deve prepará-la para possíveis reações negativas em seu ambiente e propor que a externalize em uma dose aceitável: “Os pais e professores, por vezes, reagem com sanções se as crianças estão muito zangadas. Você sabe disso, não é? Mas, algumas pessoas conseguem tolerar algo ruim e depois vão embora sem se importar tanto. Vamos então considerar como você pode expressar sua raiva, sem causar ansiedade nos outros? Você conhece alguém que consegue mostrar a sua ira, e mesmo assim os outros o levam a sério e o tratam com respeito?”. A criança deve, portanto, fazer a experiência de que a raiva não tem de ser ameaçadora e destrutiva, e que as relações (pelo menos a relação terapêutica) permanecem quando isso é alcançado – quando não é doloroso. O terapeuta pode dizer os seus sentimentos e

pensamentos pessoais sobre a raiva do paciente: “Porque eu me sinto assustado sim, mas posso entender. Outras pessoas não aceitariam isso, por isso tome cuidado, você deve tentar manter a sua raiva sob controle, conter seus impulsos de uma forma compreensível”.

As crianças devem conhecer/ explorar modelos positivos para aprender como outras pessoas lidam com a raiva. As entrevistas de pacientes com pessoas selecionadas são uma boa idéia, tal como proposto na técnica da “reportagem” de “*Wutbustern*” no PTCA (Görtz Dorten & Döpfner, 2010).

O método de trabalho em diferentes cadeiras pode ser organizado como um talk show, como é demonstrado no final do manual do PTCA. A criança passa diante de uma câmera, em um diálogo consigo mesmo, assumindo papéis diferentes, como o “senhor cara de bravo” (modo da criança competente), o “Senhor criador de problemas” (modo atacante) e o “senhor esquentado” (modo da criança zangada ou impulsiva).

Instruções para a criança impulsiva. A terapia do esquema é inovadora no desenvolvimento de técnicas de auto-controle, pois não há métodos específicos que tratem crianças com problemas de controle de impulsos. A identificação do modo criança impulsiva é um passo importante na TCFE, pois pode trazer alívio a esses pacientes em questão, e melhorar a sua motivação para técnicas terapêuticas comportamentais. O entendimento do problema com crianças e adolescentes, pode ser feito de maneira lúdica, por exemplo: “como você pode conter o rápido Fritz (possível nome do modo)?”, ou “como você pode impedir a sua próxima erupção vulcânica? O que você faz para acalmá-lo?”.

No trabalho de desenvolvimento do autocontrole, precisa-se identificar primeiramente a raiva e a fúria, induzindo situações de estresse e associando os sinais do corpo, que é descrito no PTCA como a brincadeira do “sinal de alerta” e “polícia da raiva” – exemplo de questionamento: “quando o rápido Fritz apareceu, fez você sentir o quê?”. Se a criança desenvolveu um pouco de auto-consciência, cartões de sinal com pessoas (cartões de modo com imagens, por exemplo, fotografias ou coisas semelhantes) lembrando as situações gatilho do “rápido Fritz”, permitem estratégias alternativas oportunas – exemplo de diálogo: “atenção, agora pode ser que o rápido Fritz apareça novamente. Que parte do que você entendeu poderia até mesmo ajudar a contê-lo?”. Para controlar os processos de excitação física, são descritos na literatura (por exemplo, Histórias do Capitão Nemo, em Petermann, 2011) técnicas de relaxamento e diferentes técnicas de regulação de tensão. Görtz Dorten e Döpfner (2010) propõem o uso imagens mentais e metáforas (“desabafar” no balão), combinando com pequenos exercícios de respiração (esvaziar) e expressão corporal (amassar

a bola, bater em um travesseiro, fazer um punho em seu bolso). Há ainda sugestões para o treino de comportamentos da criança feliz, com o uso exercícios de mídia, como o jogo console Wii (ex.: Wii-fit, exercícios de ioga, respiração diafragmática).

Materiais como a “drenagem” da raiva ajudam algumas crianças quando elas estão próximas a passar por situações críticas. Exemplos: um “saco de raiva” (saco de papel) fica cheio com a própria raiva, e então explode no estado inflado; ou em um pedaço de papel pensamentos de raiva são registrados, apenas para amassá-lo e jogar em toda a sala; a criança pode também praticar palavrões especiais (por ex. “Cabeça de nabo”), e utilizá-los no momento em que a raiva se expressa; ensaiar movimento rituais dos povos indígenas ajuda algumas crianças, a dar uma expressão física para a raiva, por exemplo, uma “dança da Hula” – a criança balança com os músculos tensos de uma perna para a outra e cantarola, conta até 3 e salta com os e braços erguidos gritando “Hula”, liberando a tensão.

A alternância de tensão e relaxamento também pode ser praticada com crianças – no momento de raiva emergente, eles esticam os braços e, cerram os punhos brevemente, contam até cinco e depois soltam, contando até zero. O vermelho pode ser usado como um símbolo de pensamentos e palavras que podem ser usadas para “liberar” a tensão e deixar a respiração mais tranqüila, respirando novamente e livremente. Se essas etapas estão ligadas a certas frases, elas podem ser faladas internamente (por exemplo, “eu estou chateado – vou manter o sangue frio, ficarei calmo, estou esfriando”), e podem ativar a criança através de auto-instrução, uma espécie de auto-confiança restabelecida – semelhante a um relaxamento muscular progressivo.

Crianças pequenas conseguem compreender a comparação de raiva e sangue pulsando. Eles devem examinar suas veias em seus braços e então imaginar o quanto estão irritados. Quando cerrados os punhos sentem ardor ou calor, e o pulso batendo em suas veias. Para se refrescar, sugere-se deixá-los colocar os antebraços em água fria até sentirem acalmar. Balões também podem ser usados como uma metáfora para a compreensão da auto-regulação controlada: “imagine que está irritado e com raiva de algo, e então você sopra um pouco de ar para dentro do balão [a criança sopra de verdade]. O que você deve fazer agora: estourar o balão ou esvaziar?”

Substituição imaginativa. Um dos métodos utilizados na terapia do 57 olocam 57 é a substituição imaginativa, conforme ensinam Jacob & Arntz (2011); Roediger (2011). Esta é uma técnica eficaz para desenvolver o auto-controle com pacientes agressivos de acordo com Zarbock (2012). Recordando situações disparadoras de agressividade com resultados mal-

sucedidos, o paciente é convidado a escrever um roteiro descrevendo a experiência identificando-se gatilhos, pensamentos, sentimentos e designa, se possível, os padrões de ação correspondentes. Também podem ser incluídas observações externas, como por exemplo, a dos pais). O paciente será solicitado a descrever este evento numa seqüência corrigida, quase como um novo filme, em que ele iria viver uma história nova e diferente. O terapeuta escreve a visão/ imaginação dos pacientes em cada etapa – pode acrescentar, além da descrição do paciente uma gravação em vídeo. O paciente, então, recebe o script / gravação para ler ou ouvir em casa. Surgem no decorrer da terapia diversas situações de crise, para as quais o paciente pode recordar seu novo “filme”. Para alguns pacientes essas situações com o RPG ficam mais imaginativas, menos artificiais, mais potentes e mais fácil substituir por associações positiva – como o herói corajoso, valente cavaleiro, cara legal, etc.

Desempoderamento dos pais ou pares punitivos e exigentes internalizados. Muitas crianças agressivas experimentam reações de punição por parte dos pais ou professores, como consequência do seu comportamento. Muitos pacientes jovens interpretam com fundamento na educação recebida, consequências negativas como um ato hostil. As penalidades são percebidas por essas crianças não como o fim de uma cadeia causal, mas como arbitrárias, define Borg-Laufs (1997), por serem muitas vezes assistemáticas ou usadas apenas quando os pais deliberam. Assim, a intenção do punidor não é devidamente compreendida, e vista sem nenhuma relação entre seu próprio comportamento e as consequências.

Crianças agressivas muitas vezes sentem demasiado medo de seu próprio comportamento impulsivo, e desenvolvem sentimentos de culpa. Quanto mais vezes uma criança consegue ferir seus pais, mais ela desenvolve o esquema de inadequação/ vergonha. Em última análise, esta criança precisa de pais fortes que permaneçam intactos e inabaláveis como provedores, que garantam sua segurança pessoal e sejam capazes de suportar a ira do filho. Se os pais não conseguem, a criança se inclina do modo do atacante para a criança culpada, triste e infeliz sobre si mesma, lamenta suas ações e anseia pela reconciliação.

Muitas crianças conseguem suportar a culpa de serem más com os seus pais, e podem assumir um modo de pai interior punitivo. Os pais internalizados atuam como um adversário interno com impulsos de auto-punição aos próprios impulsos agressivos. A externalização do conflito interno por provocação de sanções, podem aliviar a pressão e livrar da culpa – a punição é a dívida paga de volta. O sentimento de culpa pode torna-se insuportável, pois é uma experiência terrível para a criança, sentir que seus próprios impulsos podem causar tanto mal à própria mãe. Muitos pacientes desenvolvem certo desprezo e distanciamento da mãe

considerada fraca. Para desenvolver o sentimento de culpa na criança, deve-se incluir limites apropriados e uma auto-afirmação saudável dos pais, argumenta Graaf (2013).

Culpa e crítica condicional ou modo criminoso. A culpa ou crítica deve ser compreendida como uma função social positiva – como por exemplo, uma consciência culpada é apropriada quando se ofende uma pessoa. Este modo, em sua forma de se apresentar, a intenção e a necessidade são assumidos com a intenção de se fazer justiça. Por meio dele será verificado como a criança penitencia a sua culpa e os danos, para poder se reconciliar com a vítima. A pessoa ofendida ou agredida pode estar muito sensível, por isso não será uma tarefa fácil. A consequência das ações deve ter um peso maior do que o ganho percebido com seu comportamento agressivo (ver também ritual de reparação no material de trabalho “níveis de responsabilidade”). Este material é utilizado se a criança está realmente causando ferimentos graves, e tem um papel importante especialmente quando alternativas comportamentais estavam disponíveis e a criança teve a oportunidade de examinar as consequências e não o fez.

Quando “acusadores internos” da criança agressiva estão altamente desenvolvidos nele, pode-se lançar mão de um método de trabalho semelhante a um julgamento, no qual o terapeuta atua como defesa e protege a criança ferida contra acusações exageradas, conforme indica Graaf (2013).

Modo pais exigentes e punitivos. O modo pais exigentes e punitivos, atribuídos a reações parentais excessivas, são identificados na criança, e eles aparecem com a finalidade de evitar conflitos. A criança internaliza esse modo na tentativa de se parecer com os pais, pois assim acredita se tornar digno de obter o seu amor. Graaf e Loose (2013) descrevem o uso trabalho com as cadeiras, sugerindo um diálogo educativo em que o crítico interno se esforça em aconselhar a criança para um bom comportamento, de maneira que pensamentos de auto-desvalorização são negados e consequentemente enfraquecidos ao longo da técnica. O paciente pode representar o “modo imaginativo” colocando um desenho ou um brinquedo em uma cadeira, juntamente com os outros modos (crianças vulneráveis, criança competente, etc.) - todos devem estar nomeados, ou com algum apelido, por exemplo o modo pais exigentes, pode ser apedidado de “juiz bravo”. Na condução do trabalho deve-se instruir a criança a ir até a cadeira e declarar o pensamento que seria dito por esse modo, como por exemplo “você falhou”.

O terapeuta interfere no diálogo com modo de pais internalizados, apoiando a criança vulnerável, destacando suas boas qualidades e realizações, por exemplo “você percorreu um longo caminho até aqui, você tem muito mais para contribuir”. Suas necessidades básicas e sentimentos devem ser abordados, exemplo: “o pequeno Paul é como qualquer outro menino, às vezes fica bravo e quer ter uma aventura, ele só ainda não consegue controlar tão bem a sua raiva”, ou, “o pequeno Paul às vezes é um pouco impertinente ou até mesmo brincalhão e irresponsável, como a maioria das crianças nesta idade, mas ele não merece tal punição tão severa. Ele precisa de instrução, que lhe mostrem como se faz. Ele precisa de encorajamento como qualquer criança, de modo que ele fique com uma boa auto-estima”. O objetivo do diálogo com o modo de pais, é compreender como ele pode ser melhor utilizado: “você foi criado para ajudar Paul em uma situação difícil, pois seus pais são muito queridos para ele. Mas eu não sei se você percebeu, que você fala como o pai de Paul quando ele está muito irritado. Então, a vida de Paul, por vezes, fica muito difícil. Você não pode ser mais gentil com Paul e mostrar que ele é um bom menino, mesmo se ...?”.

A fim de evitar conflitos de lealdade, os pais não devem ser representados como muito ruins. Depois de tais diálogos os pacientes temem uma vingança, pelo desempenho dos pais punitivos (internos). Tendências a auto-punição podem reforçar-se mutuamente. Esta possibilidade tem de ser pré-planejada e possivelmente acolhida, por exemplo, usando um compromisso por telefone ou após a reunião usando um arquivo de áudio a partir deste diálogo.

Culpa e conflitos de fidelidade devem ser reduzidos ao trabalhar com os cuidadores, podendo-se definir em reuniões os aspectos problemáticos de pais e filhos, encenando-se também nas cadeiras, diálogos com os modos dos pais, como por exemplo, “você não pode continuar com isso”. Caso haja muita dificuldade para o pais, o terapeuta pode encenar esses modos. Com esse trabalho com os pais, a confiança da criança é que aquele modo de pais punitivos imaginado por ela, pode não aparecer novamente na relação com os cuidadores, com a mesma configuração ou intensidade, e assim se sente capaz de superar os conflitos com eles.

As crianças e os jovens precisam ver uma perspectiva de um fim dos círculos viciosos típicos na interação familiar, que são precedidas de intervenções do terapeuta no trabalho com seus pais. Eles precisam se sentir protegidos e orientados, por isso a importância de se retomar a confiança na capacidade dos pais apoiá-los quando se sentirem em situações mais difíceis.

Quando os esquemas parentais são profundamente arraigados, nem sempre há flexibilidade para mudança nas reações. Por vezes falta motivação suficiente nos pais para

uma mudança verdadeira, desta forma, se não há abuso infantil, é viável e aceitável desenvolver modos de enfrentamento e de relacionamento alternativos, pois é importante para a criança/ jovem, não alimentar o ciclo vicioso. Em outras palavras, “como você pode tratar seus pais, de maneira que eles não violem você novamente, nem seus próprios interesses? Como você pode controlar seus impulsos excessivos e sua raiva, para que seus pais não reajam tão hipersensíveis, assustados ou aborrecidos?”. Com alguns pacientes podem também ser esclarecidos os possíveis problemas dos pais revestidos atrás uma reação deles, esclarecendo à criança que os conflitos dos pais são desenvolvidos por seus esquemas e não devido ao seu comportamento pessoal.

Abuso relacionado ao trauma ou ao uso indevido do modo de pais. Modos relacionados com o trauma podem manifestar-se em atos de crueldade ou sádicos contra outras crianças, dependendo das características do agressor. No trabalho com crianças ou adolescentes, deve-se ter cautela no uso dos métodos ao lidar com experiências traumáticas. Young et. al. (2005) descreve em detalhes, na abordagem da Terapia Cognitiva Focada no Esquema, o uso da técnica da cadeira ou de imaginação. A técnica foi elaborada e testada para ensinar as crianças a substituir cenas biográficas, conforme indicam Graaf & Loose (2013).

A experiência com as crianças pode ser feita já no início do tratamento. Utilizando jogo livre ou guiado, elas colocam os agressores no centro do jogo – a criança não sabe ainda que foi planejando o “tratamento do trauma”. Para encenar o jogo com o modo relacionado ao trauma, entramos em diálogo direto como terapeutas para estabilizar a criança.

No jogo devem ser construídos os “lugares seguros” ou as “casas-fortes”, o “ajudante interior” e os “heróis”. Os recursos da criança, ou tudo o que ela já consegue enfrentar no cotidiano devem ser reforçados e informados. Muitas vezes a criança consegue obter em suas cenas o acesso ao material do trauma e, assim, inicia a exposição a ele. Por meio do jogo terapêutico ele integra os responsáveis transportando-os para os personagens e o terapeuta o encoraja a trazer para o jogo os “ajudantes protetores”. O terapeuta valida os sentimentos da criança vulnerável ou a defende em seus vários aspectos, por exemplo, solitária, valente, tímida ou submissa. Ele se coloca ao lado da vítima e ativa possíveis ações próprias da criança, que podem trazer forte resistência à raiva reprimida dela. O terapeuta deve encerrar a encenação trágica, pedindo ao ofensor para externar o modo de diálogo.

A ativação de modos funcionais. Para ativar os modos criança competente e criança feliz, se oferece uma imagem grande (ou um desenho) da criança com os recursos (competências,

qualidades e interesses) escritos nos contornos do corpo. A criança e seus pais podem olhar esta imagem, pendurá-la em casa e se orgulharem do desenvolvimento da criança e de sua auto-confiança (“eu sou tudo isso”), continuando a registrar pontos positivos da criança ao longo do tempo ou arquivando novas fotos dele. Também fazem parte da identidade da criança, a rede social circundante, o lugar onde mora, etc. Podem ser feitos panfletos ou fotos para serem mostradas a amigos e parentes, vizinhos, parque infantil ou na mercearia demonstrando seus pontos positivos.

A imagem da criança deve também fazer alusão aos tempos difíceis dela com seus pontos fracos. Todos os bons recursos ou pontos fortes também são fornecidos com um sinal positivo, para que em seguida os pontos fracos sejam marcados com sinal negativo. No entanto, antes que ele comece a falar sobre os déficits, o terapeuta lista com a criança toda sua competência, por exemplo, como ele ouve bem, mesmo em sussurros, e testa essas habilidades. Aspectos estéticos também podem entrar em jogo por meio de observação em espelho, de maneira que a criança possa ver a beleza dos cabelos ou dos olhos, e destaca-los na sua imagem.

O trabalho de identificação dos modos e o desenho da imagem dos recursos pode se estender ao longo de várias sessões. Você deve incluir tantas atividades quanto possível para construir as características da criança. Cuidadores importantes devem ser envolvidos e desafiados a observar os recursos positivos da criança – “o que você observa que a cada dia sua criança tem melhorado?”.

A relação terapêutica

Loose et al. (2015, p. 100) reforçam que a relação terapêutica está entre os princípios fundamentais na TCFE. Quando se trata de crianças agressivas as tensões são frequentes e exige firmeza por parte do terapeuta, conclui Trempler (1998). O terapeuta não deve revidar com o paciente, nem se submeter, suportar ou aprovar qualquer coisa que o paciente faça ou diga. Ele mantém sua credibilidade se o terapeuta apresenta o seu desagrado em relação a comportamentos negativos pontualmente.

Especialmente as crianças com problemas de agressão tem um grande senso de falsa bondade. A veracidade do terapeuta é vital. A postura experiente do terapeuta com esses comportamentos, embora sendo crítico no princípio, faz o paciente acreditar que será aceito. O terapeuta oferece com isso uma experiência de relação corretiva, saudável, em oposição as experiências anteriores do paciente, muitas vezes baseadas no tudo ou nada. A relação entre a

criança e o terapeuta se torna um “palco”, no qual os próprios sentimentos da criança, mesmo que agressivos, são validados e permitidos, a fim serem acessados e percebidos.

O trabalho com os pais

As crianças e os jovens devem enxergar uma perspectiva de fim para o círculo vicioso com a intervenção do terapeuta no trabalho com seus pais. Entretanto, conforme opina Graaf (2013), os pais precisam de alternativas sobre como agir, a fim de interromper esse ciclo de punição mútua. Neste caso deve-se incluir técnicas apresentadas por Omer & v. Schlippe (2004), para formas de contenção adequados, orientação aos pais quanto a importância da presença parental, e o uso de métodos tradicionais de terapia comportamental e treinamento dos pais, por exemplo, acordos por escrito, as regras da família listados com consequências claras, o uso de sistemas de recompensa etc., conforme material de Görtz-Dorten & Döpfner de (2010); Petermann & Petermann (2012). Muitos autores também enfatizam a importância de uma melhor monitorização e supervisão dos pais, como demonstram Henggeler B. et al. (2012).

Segundo a maioria dos autores são as intervenções comportamentais por parte dos pais, que possibilitam uma condição equilíbrio das emoções, pois esta é, na prática, muitas vezes, o ponto mais difícil, já que muitos pais e filhos nessas condições reagem com irritação e zangados um com o outro. Assim, por exemplo, sistemas de reforço e privação, e castigos aplicados para crianças agressivas, são muitas vezes vistos como injustos e como uma provocação, mesmo que eles tenham possibilidade de perceber isso no modo criança competente. Por isso é extremamente importante as orientações aos pais (ou até mesmo co-tratamento) para o desenvolvimento de adultos competentes e saudáveis – especialmente no caso de traumas relacionados a agressão na infância, sugere Graaf (2013). Crianças agressivas podem ativar os próprios modos relativos aos traumas, oscilando seu comportamento entre vítima e agressor no modo de pais, se necessário. Famílias com essas configurações, sugere-se que os pais façam terapia individual, a fim de tratar suas experiências de violência não resolvidas, e assim evitar uma retraumatização permanente do pai ou da mãe.

O modelo de modos e esquemas, é bem adequado para o trabalho com os pais, pois permite apresentar a dinâmica interna de seus próprios estados e as complexas mudanças e efeitos na interação com seu filho. Finalmente temos treinamento para trabalhar os esquemas dos pais, descrito no Capítulo 8, de Loose et al. (2013).

Os pais só podem chegar no papel de um “coach” ou orientador para os seus filhos, quando eles conseguem demonstrar uma atitude parental equilibrada – que podemos chamar de modo adulto saudável. Neste estado, é possível que, por exemplo, a criança possa dar cartões de sinal para fazê-los recordar certas ativações de modo. Se a criança concordar, eles fazem recortes de imagens dos modos ou cartões de memória dos modos, que o terapeuta trabalhou nas reuniões com a criança.

O trabalho com o sistema de valores dos pais

No trabalho com pais de crianças agressivas, deve-se refletir sobre o sistema de valores parentais, questionando-se sua inclinação para a violência e pela luta por uma posição dominante, e como isso serve de modelo para a criança. A criança agressiva precisa de fato de um modelo positivo no cotidiano, de exemplos em casa e de boas práticas no manejo da raiva e do conflito. Para os pais, não é incomum que eles não percebam as tendências dominantes, pois geralmente estão certos de que o poder é muito útil como uma “estratégia de sobrevivência”. Um questionário para a detecção rápida de atitudes problemáticas dos pais, pode ser encontrado no material de trabalho: “lista de valores e normas” (encontrado nos anexos deste trabalho).

Na prática, nos deparamos com uma moralidade ambígua sobre agressão, especialmente nos casos em que os pais ensinam a seus filhos, que eles devem se defender e não serem tolerantes, por exemplo, nos pátios das escolas. Justamente as crianças impulsivas passam por situações de duplo vínculo: não querem parecer fracos na frente dos pais e dos colegas na escola. Nessas condições, muitas vezes a criança ou o jovem se vê em conflito com os valores de professores e educadores, que esperam evitar um confronto agressivo, utilizando-se de regras e normas como uma resposta aos ataques que merecem sanções.

A discussão de valores pode ser um dilema terapêutico difícil – especialmente quando os pais tendem a uma educação punitiva, mas o modelo de esquema e modo auxilia crianças e familiares a juntarem seus pontos de vista aparentemente contraditórios. Para isso eles devem se sentir protegidos contra a desvalorização e violência por outros, e o terapeuta valida isso. Ele deve sempre afirmar aos pais que a criança (geralmente) não age por maldade, mas sim devido a repetidas agressões sofridas (podem ser apresentadas imagens se referindo aos pontos dolosos para a criança) ou a partir de uma sobrecarga de preocupações (falta de alternativas e orientação).

A teoria dos modos deve ser apresentada aos pais, e salientada a importância do desenvolvimento do modo “esperto” ou inteligente na solução de conflitos, atendendo aos interesses dos pais e da criança. Do mesmo modo, esses cuidadores devem ser advertidos quanto ao encorajamento do modo criança impulsiva ou mesmo da criança atacante, pois a agressão de um sobre o outro, os colocam em um círculo vicioso sem fim favorável.

Faz-se necessário distinguir para os pais, o modo impulsivo de criança birrenta, que também pode atuar de maneira impulsiva e/ou imprudente. No modo criança irritada, ele passa por cima dos sentimentos alheios, por isso o jovem deve ser orientado a canalizar esse furor de maneira construtiva.

O conceito de modo é trazido para os pais, apresentando-se um quadro com ações importantes para o trabalho com a criança, por exemplo: a criança vulnerável ou a criança com raiva deve ser levada a sério quando ela se sente incapaz de algo ou se pede ajuda. Nesse contexto, “pedir ajuda” não deve ser entendido como algo negativo ou que diminua o valor da pessoa. Já a criança irritada ou impulsiva precisa aprender a controlar a si mesmo, e cumprir a regra de que possíveis danos causados por seus próprios impulsos agressivos, deverão ser consequentemente reparados pela própria criança ou adolescente. No modo criança competente e inteligente, ela deve se sentir capaz de ter idéias e buscar alternativas de comportamento, bem como se sentir capaz de utilizar seus próprios recursos, como a assertividade, que devem ser apropriadamente ensinadas a partir de técnicas de RPG, na terapia, na escola e em casa.

Trabalhar com crianças ou jovens anti-sociais, muitas vezes requer medidas ainda mais detalhadas do que pode ser descrito aqui, e exigem intervenções mais longas, como as apresentadas na terapia multissistêmica de Henggeler et al. (2012). Estes são métodos de terapia comportamental de família, com acompanhamento por equipes de terapeutas especialmente qualificados, que visitam as famílias por três a cinco meses onde moram e estão ao seu lado durante várias horas por semana. Quando necessário, são feitas intervenções em todos os níveis do sistema possíveis: nível dos jovens (amigos), o parental casal/ família, os colegas, a escola (por exemplo, o desenvolvimento da cooperação entre pais e professores) e o bairro (por exemplo, alteração de limites e alianças.). Os pais são vistos como “pessoas-chave” para mudanças no campo das relações entre pares. Eles são colocados em terapia não apenas por serem os “especialistas” que tem informações e influência nos interesses e talentos de seus filhos e filhas, mas também para aprenderem como conduzir o “manejo com pares inconvenientes” e serem “reforçadores da conexões com colegas pró-sociais”, indica Henggeler et al. (2012).

3 Proposta de adaptação do protocolo alemão para aplicação em grupo com crianças e adolescentes com Transtornos Disruptivos, do controle de impulsos e da conduta

Considerando que este protocolo é específico para o tratamento de comportamentos agressivos, espera-se que os componentes do grupo tenham esses comportamentos identificados pelos pais e/ou educadores, e considerados como problemáticos. Nesta proposta sugere-se o corte para idade entre 5 e 9 anos. No estudo feito para adequação desse protocolo, não foram avaliadas as diferenças comportamentais entre as crianças alemãs e as brasileiras. Esta pode ser uma das frentes para pesquisas futuras e que possam vir a validar esse protocolo para uma faixa etária maior, seja ele no modelo de intervenção individual, como proposto por Loose et al. (2015), seja no modelo em grupo, conforme proposto neste trabalho.

A avaliação para formação do grupo de crianças deve ser bem definida, de modo que a conceitualização dos casos seja mais homogênea possível, no que diz respeito aos problemas de comportamento, controle de impulsos, atos agressivos em diversos ambientes de convivência, entre outros itens que definem o diagnóstico de Transtornos disruptivos (APA, 2014). Esse cuidado para a composição dos grupos, também é sugerido para que as intervenções propostas sejam aplicadas em crianças que realmente se enquadrem nesse diagnóstico e as técnicas estudadas pela escola alemã atinjam seus objetivos.

Essa etapa de avaliação para a composição dos grupos será aqui chamada de pré-teste. Após a aplicação das metodologias e técnicas sugeridas no protocolo aqui descrito, é possível que sejam aplicados os mesmos instrumentos ao final da psicoterapia, chamados de pós-teste. Dessa forma o terapeuta ou o pesquisador, podem avaliar com indicadores os pontos de melhoria alcançados com os pacientes, bem como com seus familiares.

Para a avaliação dos perfis e composição dos grupos, sugere-se os seguintes instrumentos – Escalas e Inventários aplicados no pré e pós-teste com as Crianças:

- **Inventário Beck de Raiva Infantil (BANI – Y)** – itens incluem percepções de maus tratos, pensamentos negativos sobre os outros, sentimento de raiva e excitação fisiológica. Contem itens como: “eu penso que as pessoas querem me enganar”; “eu sinto vontade de gritar”, disponível em Cunha, J.A. (2001).
- **Inventário Beck de Comportamento Disruptivo Infantil (BDBI – Y)** – comportamentos e atitudes associados a Transtorno de Conduta e comportamento desafiador e de oposição são incluídos neste inventário. Contem

itens como: “eu roubo”; “outras pessoas me envolvem em confusão”; “eu penso em fugir de casa”, disponível em Cunha, J. A. (2001).

- **Inventário Beck de Autoconceito Infantil (BSCI – Y)** – os 20 itens deste inventário exploram a autopercepção tais como competência, potencial e autoestima positiva. Incluem itens como: “eu sou esforçado no que faço”; “sou uma pessoa capaz e bem disposta”; “eu gosto de mim mesmo”, disponível em Cunha, J.A. (2001).
- **Inventário de esquemas para crianças** (Teixeira, 2010): Trata-se de um inventário de 40 itens que avaliam os EIDs. O inventário é uma adaptação portuguesa realizada com base na escala desenvolvida por Rijkeboer e Boo (2010). O Alpha de Cronbach é 0,76. Avalia os 5 domínios de EIDs: (a) Desconexão e Rejeição; (b) Autonomia e Desempenho Prejudicados; (c) Limites Prejudicados; (d) Orientação para o Outro e (e) Supervigilância e Inibição. Algumas frases típicas do instrumento são: Os meus pais sabem sempre onde estou e o que estou fazendo; fico zangado comigo mesmo se cometo erros; eu não me sinto incluído; etc.

O trabalho com os pais de crianças e adolescentes em psicoterapia, é fundamental para alcançar melhores resultados no tratamento dos filhos. Desse modo, os pais devem receber atendimentos periódicos e serem avaliados, para que o terapeuta possa colher informações sobre seus modos e esquemas, e como seus perfis e histórias de vida afetam o desenvolvimento dos filhos. Sugere-se então os seguintes instrumentos – Inventários aplicados no pré e pós-teste com os Pais:

- **Inventário de Esquemas de Young (versão reduzida)**. Trata-se da adaptação do instrumento feita por Cazassa e Oliveira (2012). O instrumento é composto por 75 itens que avaliam os EIDs em adultos. O alpha de Cronbach é 0,95.
- **Inventário de Estilos Parentais**. Trata-se da versão em português do questionário de Young realizada por Rijo & Golveia, 2003. O instrumento é composto por 72 itens que avaliam os EIDs em adultos.

A etapa de avaliação, tanto com os pais quanto com as crianças, pode levar até 05 sessões para ser concluída (conforme pode ser observado na Tabela 5, na qual sugere-se a distribuição de atividades em cada sessão de avaliação e diagnóstico das crianças e de seus familiares). Antes que seja formado o grupo, as famílias devem ser atendidas separadamente. O uso de testes e entrevistas tem o objetivo de identificar os EIDs e os modos de funcionamento dos pacientes e seus cuidadores. Sugere-se excluir comorbidades como

depressão e ansiedade infantil, que estão entre as doenças associadas mais comuns a esse transtorno, assim como o TDAH, abuso de substâncias e Transtorno explosivo intermitente (Eddy, 2009).

No primeiro encontro o método da TCFE pode ser brevemente explicado, enfatizando a participação dos cuidadores no decorrer da psicoterapia e que o tratamento pode ocorrer em um período de até 25 sessões. Alguns instrumentos podem ser empregados já no primeiro encontro, auxiliando no levantamento de dados do paciente (a criança) e da família.

A fase de intervenção segue-se à fase de avaliação, sendo realizada com base nos estágios descritos por Loose (2011) para intervenção individual, traduzidos e adaptados por Lopes (2015), para psicopeterapia infantil em grupo. No modelo de estágios, não se deve saltar de uma fase para outra, a menos que os pacientes tenham atingido plenamente o objetivo esperado nelas.

Tabela 4 Estágios do protocolo de tratamento em grupo

Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	Estágio 5
Criação de vínculo estável entre o terapeuta e o grupo;	Ampliação da motivação para mudança (o que exatamente deve ser diferente e porquê?) – Clarificação motivacional	Psicodução dos modos e esquemas (descrição do problema e do que sustenta essas condições problemáticas); =>	Escolha, planejamento e condução de métodos para a mudança em grupo; =>	Avaliação dos resultados e consolidação da terapia.
=>	=>			

Nota: Reresentação dos estágios do modelo psicoterápico da TCFE para crianças e adolescentes em grupo.

Fonte: Adaptado de “Terapia do Esquema em Grupo com Crianças e Adolescentes”, de Neufeld, C. B. (2015). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

As técnicas³ e métodos para alcançar os objetivos de cada estágio no tratamento de crianças agressivas serão apresentadas a seguir, e foram elaborados de acordo com os estudos apresentados por Loose et al. (2015).

Por se tratar de uma proposta de trabalho em grupo ressalta-se aqui a importância de algumas etapas para o andamento das sessões, muitas delas indicadas por estudos com base em Moreno, J. L. (1997):

³ As técnicas utilizadas por Loose et al. (2015), foram traduzidas e estão disponíveis nos anexos deste trabalho.

- Acolhida: a psicoterapia em grupo desperta a necessidade de motivar o grupo desde a sua chegada, para o objetivo central daquele encontro.
- Aquecimento: cada sessão envolve um tema a ser trabalho. O aquecimento é uma forma do terapeuta auxiliar os pacientes a se predisporerem à participação na atividades central daquele encontro.
- Compartilhar: no trabalho em grupo todos os participantes devem partilhar de algum modo suas ideias e sentimentos. Cabe ao terapeuta oferecer uma diversidade de canais de comunicação (escrita, verbal ou por imagens) para que cada membro se sinta disposto à partilha.
- Relaxamento: algumas sessões descritas nesse protocolo visam ativar sentimentos hostis e por vezes condutas agressivas de respostas a alguma situação a ser experienciada. Por isso ressalta-se a importância de conduzir momentos de regulação das tensões, com técnicas de respiração, relaxamento ou de imagens mentais. Sugere-se o material de Lipp, M. N. (1998) que contém CD com audios de relaxamentos direcionados ao publico infantil.
- Comemorações: Lopes (2015) aponta que cada estágio alcançado deve ser reforçado, por isso indica-se que o terapeuta junto ao grupo desenvolva algum tipo de rito ou símbolo (como participarem de alguma premiação – medalha, imagem de degraus com fotos em cada novo nível alcançado; brincadeira de roda com canções e danças festivas), ou alguma forma de celebração de conquistas. Loose et al. (2015) citam que até mesmo os pais podem ser convidados, por meio de cartas ou convites a participar de algum momento com o grupo. Considera-se que essa observação feita pelos autores é relevante pelo aspecto do fortalecimento da auto-imagem dos pacientes, e também da sua imagem no meio social, até então marcados por visões negativas e desesperançadas.

As famílias que têm crianças e adolescentes com comportamento agressivo, e que puderem receber o acompanhamento após pelo menos 03 meses depois de encerradas as intervenções, pode ser uma forma de manter as melhorias alcançadas na psicoterapia, pois a família se sente apoiada depois de tanto tempo de cansaço com as brigas constantes, e de todo o investimento de tempo e disposição no período de tratamento. Percebe-se desse modo, que um sexto estágio pode ser acrescentado – *o follow up*.

3.1 Roteiro proposto para avaliação e aplicação do protocolo em grupo

Estudando o material de Loose et al. (2015) e analisando contribuições anteriores do grupo alemão que demonstram sua metodologia de psicoterapia com crianças e adolescentes, como por exemplo o trabalho de Lopes (2015), propõe-se nessa sessão do trabalho uma sequência semi-estruturada de atividades, com métodos e técnicas alinhadas à TCFE para psicoterapia infantil com crianças com Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta.

Apresenta-se a seguir as fases de avaliação, intervenção e *follow-up*, sendo que a fase de intervenção será apresentada de acordo com o modelo de estágios (Tabela 4).

Primeira fase – Avaliação e pré-teste

Nesta fase o terapeuta faz a conceitualização do caso da criança e confirma o diagnóstico de Transtorno disruptivo do controle de impulsos e da conduta (APA, 2014). Espera-se que todo o trabalho ocorra em até cinco sessões com as famílias ouvidas separadamente.

O ponto central dessa primeira etapa é o trabalho diagnóstico feito com os pais, e a construção do *Family Board* (ou Quadro de modos e esquemas da família). Além de considerado uma técnica, o “Quadro de modos e esquemas da família” é um importante instrumento didático de apresentação para a família, sobre como os modos e esquemas aparecem em cada um deles e nas relações.

Sugere-se que algumas sessões sejam feitas somente com os pais ou cuidadores responsáveis, e outras com a presença das crianças. Essa separação permite que os pais tenham maior liberdade em expor suas histórias e queixas. Quando estiverem juntos, o terapeuta poderá observar a interação deles com as crianças.

Tabela 5 Descrição dos encontros na fase de avaliação da criança e da família

Encontros Individuais (por família) de Avaliação	
1º. Encontro: Esclarecimentos e pré-teste (cuidadores e criança juntos)	Esclarecer objetivos, riscos, benefícios, e sugerir um cronograma com datas e periodicidade acordadas (ver figura 2). Conduzir a Entrevista cognitivo comportamental Aplicar BANI-Y (para crianças; ver em anexo K)
2º. Encontro: Mapear perfil de esquemas e modos (somente os cuidadores)	Conduzir a Entrevista com Avós Imaginários (ver em anexo C) ⁴ Questionário de Estilos Parentais (ver em anexo B) Aplicação do Questionário de Normas e Valores (ver em anexo F)
3º. Encontro: Mapear perfil de esquemas e modos (cuidadores e criança juntos)	Aplicar BDBI-Y (para crianças; ver em anexo L) Inventário de Esquemas de Young (Versão reduzida – para os pais; ver em anexo A) Inventário de Esquemas para crianças – Revisado (ver em anexo I)
4º. Encontro: Conceitualização de Caso (com a criança)	Baralho de Problemas, de Lopes & Lopes (2013) –cartas selecionadas: TDO, TC, AI, H. Entrevista com Pais Imaginários BSCI-Y
5º. Encontro: Organização da Agenda (cuidadores e criança juntos)	Construir o <i>Family Board</i> Revisar o Cronograma das próximas sessões

**Figura 1.**

Modelo sugerido para o Quadro de modos e esquemas da família (plano)

Segunda fase – Intervenção em grupo

A proposta para os encontros do grupo de crianças e do grupo de pais, é que estes ocorram semanalmente. O encontro com os pais ou cuidadores, deve também seguir os mesmos padrões de técnicas comportamentais e vivenciais sugeridas para as crianças e adolescentes. Importante ressaltar, que os pais em geral têm esquemas que determinam o

⁴ Pode-se encontrar esclarecimentos sobre a condução da Entrevista com Avós Imaginários e a Entrevista com Pais Imaginários, na p. 32 deste trabalho.

comportamento do filho e precisam ser tratados; eles precisam aprender novas formas de lidar com o filho para obterem melhores resultados na relação entre eles e na vida social da criança ou adolescente; e devem ser preparados para observar as mudanças comportamentais do filho que venham a ocorrer, a fim de se tornar um colaborador ativo para o sucesso da terapia.

Estágio I – Estabelecimento de vínculo estável entre terapeuta e paciente

O terapeuta precisa demonstrar empatia aos problemas do paciente a fim de construir vínculo com ele, desenvolver a autoconfiança do paciente e a crença de que ele tem um problema, mas não é o problema (Loose, 2011c). O Estágio I da TCFE para crianças e adolescentes é consolidado quando o paciente consegue identificar claramente o sintoma problema (Loose, 2011c).

Sugere-se que nas primeiras sessões o terapeuta se dedique às apresentações entre os participantes, ao estabelecimento de regras para os encontros e à psicoeducação sobre os objetivos da psicoterapia. Recomenda-se a utilização como guia para esses primeiros momentos, o livro “O Jogo da Terapia”, de Nemiroff (1995). Deve-se ter em mente que o grupo precisa saber o que é psicoterapia e que se comprometa a cumprir os combinados para o bom andamento dos trabalhos. A participação dos pais e o papel de cada um no grupo (terapeuta e paciente) devem ser esclarecidos nessa etapa. Trechos em vídeo ou imagens impressas do filme “Detona Ralph”, no qual o personagem participa de terapia de grupo, podem ser utilizados como instrumento de psicoeducação nesse momento. Essa técnica pode ajudar os participantes a compreenderem os objetivos da psicoterapia, além de criar um ambiente favorável para levantamento de ideias entre os participantes.

Loose et al. (2015) citam a importância das regras na psicoterapia, especialmente quando vierem à tona o modo atacante nas sessões. Os autores incentivam que os terapeutas conheçam formas de contenção (Graaf, 2013, citado por Loose et al., 2015, p.92) e nessa proposta de trabalho sugere-se que sejam realizados momentos de relaxamento durante as sessões, por alguns motivos: primeiro porque em algumas sessões serão realizadas atividades de ativação de modos agressivos, conforme apontam Loose et al. (2015), e segundo por ser uma forma de ensinar à criança o auto-monitoramento de suas sensações e sentimentos, e para o treino de respiração e auto-controle.

Nas primeiras sessões propõe-se que o terapeuta apresente ao grupo um “Calendário da terapia”, a fim de possibilitar que os participantes compreendam a duração dos trabalhos e acompanhem a realização de cada encontro. Isso pode ser um facilitador para que o terapeuta

e os pacientes avaliem a evolução do grupo, estabeleçam metas e acompanhem o período dos trabalhos. Do mesmo modo sugere-se que a cada sessão o terapeuta elabore junto com os pacientes a “Agenda do encontro”. O terapeuta indica os pontos a serem trabalhos, e os pacientes sugerem os “combinados” para o encontro, como brincadeiras, premiações/recompensas, entre outras questões que permitam aos pacientes sentirem-se como parte ativa no planejamento dos trabalhos e evidenciem suas responsabilidades no processo.

Loose et al. (2015) indicam o uso da “Escada de pontos fortes e fracos” (ver em anexo Q) em seguida à fase de construção da confiança com o terapeuta. A “Estatística para crianças” (ver em anexo P), também pode ser usada nessa etapa para indicar às crianças que não somente elas tem um determinada tipo de problema. Falar sobre pontos fortes e fracos já nesse primeiro momento da terapia, pode gerar desconforto ao paciente, que precisa sentir-se seguro para expor sua individualidade com outros colegas.

Pode ser um facilitador para despertar o conhecimento das habilidades de cada paciente, a utilização de histórias de heróis, personagens da TV, do cinema ou de revistas em quadrinhos. De modo geral todo super-herói tem um ponto fraco que é conhecido pelo inimigo e usado para enfraquece-lo e vencê-lo. Com essa analogia a criança ou o adolescente pode compreender que, conhecer os seus pontos fortes o ajudam a melhorar sua auto-estima, e conhecer os pontos fracos o ajudam a superar as dificuldades. Faz-se necessário aqui ressaltar, que a “Escada de pontos fortes e fracos” pode ser aplicada outras vezes no decorrer da psicoterapia – nesse modelo de trabalho sugere-se aplicar no início de cada estágio, e na transição de um estágio para outro.

Os pacientes podem incorporar novos itens a medida que se melhoram seu autoconhecimento. Poderão observar claramente ao final, por meio da comparação do primeiro até o ultimo trabalho da “Escada de pontos fortes e fracos”, como evoluíram no decorrer das sessões. O terapeuta tem em mãos muitas informações passadas pelos pacientes ou por seus pais na primeira fase de avaliação e diagnóstico e pode disponibilizar algumas dicas de itens para compor a “Escada de pontos fortes e fracos” em comum acordo com o paciente.

Sugere-se que no início e no final de cada sessão os pacientes marquem em um termômetro, que pode ser utilizado do “Baralho de Problemas” (Lopes & Lopes, 2013) uma auto-avaliação, indicando sua motivação para o trabalho e como está saindo do encontro. O terapeuta pode extrair dessa ação, indicadores que o auxiliam a observar a evolução do grupo e obter feedbacks pontuais acerca da satisfação dos pacientes quanto às sessões. Criar essa forma de comunicação objetiva com o paciente, observa-se na análise do material de Loose et

al. (2015), como um fator primordial. Nas citações de diálogos com os pacientes apresentados pelos autores, observa-se que a criança ou o adolescente nesse modelo de terapia tem uma participação ativa nas análises, nas reflexões, nas interações. Caso o paciente tenha dificuldade em expressar suas ideias e sentimentos, fator comum àqueles com transtornos disruptivos, conforme indicam Loose et al. (2015), esse exercício pode ser um treino para os pacientes exercitarem essa habilidade de organizar as idéias e formular uma avaliação objetiva.

Nesse primeiro estágio objetiva-se a criação de um vínculo estável entre terapeuta e grupo. Mas deve-se notar também que a relação entre o grupo precisa ser desenvolvida. Nesses primeiros encontros sugere-se atividades coletivas, como por exemplo a confecção de cartazes ou murais onde cada participante conta um pouco de sua história por meio de imagens e/ou desenhos. No compartilhamento desses trabalhos o grupo pode identificar afinidades, divergências e estabelecer elos de confiança uns com os outros.

Nos momentos finais desse primeiro estágio sugere-se que o terapeuta comece a trabalhar técnicas de “Checagem de evidências” dos comportamentos-queixa dos pacientes. Loose et al. (2015) indicam o uso de questionários – que os pacientes podem levar como tarefa, de roteiros de entrevistas com pessoas do seu convívio, e o material “Detetive de esquemas e modos” (ver nos anexos N e O). Esse material proposto por Loose et al. (2015) é um importante instrumento de psicoeducação, que orienta a criança no estabelecimento de conexões entre seus pensamentos, sentimentos e ações. Nesse ponto do trabalho o terapeuta já inicia a associação dos modos de esquemas aos comportamentos observados.

O material do terapeuta do esquema, especialmente no trabalho com crianças e adolescentes, deve ter sempre imagens, bonecos, fantoches e outros itens que favorecem encenações e analogias. Dos primeiros encontros até esse momento, cabe ao terapeuta inserir nas sessões momentos de explicação e familiarização dos pacientes à metodologia da TCFE. Indica-se que o terapeuta mantenha disponíveis caixas com bonecos que representem os modos de esquemas das crianças agressivas, apresentados na teoria de Loose et al. (2015). Além de promover a identificação desses personagens, sugere-se que os pacientes os nomeiem com os títulos dos modos de esquemas. Esses bonecos nomeados, serão utilizadas em diversas atividades no decorrer das sessões. Na atividade “Detetive de esquemas e modos” o paciente faz seu primeiro registro de modo de esquema, indentificando a forma com que reage a um estímulo externo que lhe gera pensamentos negativos (ver em anexo N). Na atividades seguinte do “Detetive de esquemas e modos” o paciente registra o modo de esquema ativado por pensamentos positivos.

Sugere-se que o terapeuta, antes de iniciar a atividade de “Detetive de esquemas e modos”, trabalhe com os pacientes comportamentos típicos de um “Detetive”. Deve-se motivar o paciente a ter atitudes investigativas, de curiosidade, questionamento, quebra de paradigmas. Esse treino na forma de observação das situações disparadoras de comportamentos negativos, pode ser relevante no decorrer do trabalho, de maneira que os pacientes aos poucos vão desconstruindo esquemas desadaptativos e no momento disfuncionais, que afetam diretamente nos comportamentos-queixa. Uma atividade citada por Loose et al. (2015) que pode compor o exercício de formar um comportamento de “Detetive”, é a metáfora dos “óculos da raiva” (Loose, 2013), descrevendo como a percepção distorcida da realidade afeta as emoções e por conseguinte os comportamentos.

Desde o primeiro encontro, o terapeuta deve fornecer aos pacientes um momento durante a sessão, geralmente no final, para que registrem informações ou ilustrações que marquem aprendizados, recordações/ lembretes importantes. Esse “Diário da terapia” deve ser utilizado em todas as sessões e pertence ao paciente, que ao final da psicoterapia o recebe para mantê-lo como recordação, e por vezes servirá como reforço para a manutenção de comportamentos melhor adaptados.

Estágio II – Clarificação Motivacional

No Estágio II da TCFE para crianças e adolescentes, o objetivo proposto é que os pacientes alcancem a compreensão das consequências negativas e positivas do comportamento problemático. A criança ou o adolescente conseguem expor claramente uma explicação coerente para o problema. A partir dessa fase, todas as conquistas das etapas devem ser reforçadas (Loose, 2011c; Lopes, 2015), por isso sugere-se que sejam feitos registros como fotos, desenhos, filmagens e até mesmo comemorações que marquem essa evolução.

Nesse ponto do trabalho os pacientes já conhecem um pouco melhor os métodos da TCFE, mas ainda precisam se aprofundar em conhecer os modos de esquemas apresentados por Loose et al. (2015), de maneira que possam nas fases seguintes encenar, discutir, colocar em ação seus modos de esquemas ativados, e ao mesmo tempo identificarem oportunidades de construir comportamentos alternativos com modos de esquemas mais saudáveis.

Analisando esse objetivo – alcançar comportamentos alternativos – percebe-se que uma questão muito relevante precisa ser trabalhada no grupo, a idéia de que “Pode ser bom mudar”. Os pacientes devem ser estimulados a observar que as consequências de curto prazo

dos comportamentos agressivos vistas como “positivas”, geralmente envolvem alguma forma de sofrimento para si e para o outro a longo prazo. Sugere-se ilustrar situações em que os pacientes desejam que algo seja feito do seu jeito, mas que por consequência, causam prejuízo para outros, e além disso, apesar de conseguirem o que querem, promovem ainda mais o sentimento de exclusão e rejeição. Diante desses exercícios espera-se que os pacientes aos poucos identifiquem motivos que os direcionem a buscar comportamentos alternativos.

A fim de compor esse trabalho aqui proposto, sugere-se nessa etapa o uso de trechos em vídeo ou imagens impressas do filme “Carros”. O personagem central desse filme, que tem uma postura bastante arrogante no início, se vê em uma situação que o obriga, em princípio, a mudar sua forma de se relacionar com os outros. Essas mudanças, até então impostas pelas penalidades que recebe, trazem consequências positivas e aos poucos vão modificando sua maneira de pensar e de agir. Na teoria apresentada por Loose et al. (2015) vemos claramente que as crianças com comportamento agressivo mantêm um ciclo de reforço ao comportamento inadequado, pois apesar de algum sofrimento gerado, a satisfação obtida ao conquistar o que deseja em curto prazo, compensa a consequência negativa do comportamento. Nesse estágio o terapeuta deve propor atividades que evidenciem para os pacientes esses “circuitos típicos disfuncionais” (Loose et al. 2015).

Loose et al. (2015) esclarecem que as crianças e adolescentes agressivos estarão preparados para renunciar a esses tipos de comportamentos, depois que se sentirem auto-confiantes. Apenas incentivá-los a mudar não é suficiente, pois paradoxalmente o comportamento agressivo é a zona de proteção criada para se defenderem dos outros e de seus próprios sentimentos. Nesse contexto os autores indicam a importância de se trabalhar a atitude do terapeuta diante dos pacientes, fornecendo a eles o compromisso de ajudá-los a satisfazer suas necessidades básicas por meio da atitude terapêutica de “reparação parental limitada”.

Propõe-se que o terapeuta forneça condições para que os comportamentos disfuncionais apareçam. O terapeuta pode ser o primeiro a participar das atividades propostas, funcionando como um modelo a orientar os pacientes sobre como serão as atividades, quais sentimentos podem ser despertados e quais serão as atitudes esperadas do terapeuta. Aqui se reforça a necessidade de dois co-terapeutas na condução dos trabalhos, e ambos devem ter em mente que a TCFE exige na atitude terapêutica, especialmente no contexto da “reparação parental limitada”, que os pacientes recebam respostas confiantes, sem condená-los, e sem se ofender ou agir de maneira negativa a impulsos agressivos. Nessas condições o terapeuta

demonstra aos pacientes como consegue expressar suas necessidades e sentimentos de forma objetiva, e ainda se conter e se restabelecer sozinho (Loose et al. 2015).

Loose et al. (2015) indicam o uso de imagens, desenhos ou bonecos na condução dessas atividades, e dispõem que devem ser aplicadas logo no início da terapia, pois é nessa etapa que a criança precisa identificar os recursos de enfrentamento que têm disponíveis até então, reconhecer seus pontos fortes e suas habilidades, e com essas experiências criar sua rede de segurança social, em que o terapeuta e o grupo, se tornam suas primeiras referências.

Loose et al. (2015) citam que devem ser esclarecidos aos pacientes ainda na fase inicial da terapia, como serão trabalhados os familiares. Os pacientes precisam ter a confiança de que seu sistema familiar também será apoiado, para que suas mudanças de comportamento sejam percebidas e reforçadas; para que eles se sintam seguros em começar a expor mais claramente seus sentimentos aos pais; para que mantenham um sentimento de lealdade à família, pois muitas vezes condições negativas entre o paciente e o familiar serão expostas, e isso pode gerar desconforto ao paciente. Sabendo que a família também está sendo cuidada, o paciente pode sentir-se aliviado e mais propenso a se motivar com os trabalhos.

O terapeuta sempre que possível deve fazer referência aos conceitos básicos de EIDs e Modos de esquemas, despertando nos pacientes noções sobre como os comportamentos aparecem a partir dos estímulos externos e dos sentimentos despertados, demonstrando ainda que esses comportamentos são aprendidos precocemente e nem sempre conscientes. O terapeuta deve demonstrar que diante de uma mesma situação podem ocorrer reações diferentes, a depender do sentimento evocado ou de uma memória ativada. Esses conceitos preparam os pacientes para compreender a visão de esquemas e modos, tão importante para a aplicação dos métodos e técnicas da TCFE. Diante disso, uma atividade que se propõe nesse protocolo aqui exposto, é o trabalho sobre os “gatilhos” ou “botões” emocionais.

Loose et al. (2015) citam a “Substituição imaginativa” como uma técnicas da TCFE importante para desenvolver o auto-controle com pacientes agressivos. Na atividade os pacientes devem se recordar de situações “disparadoras” de agressividade com resultados mal-sucedidos. Dentre essas situações o terapeuta auxilia os pacientes a encontrarem alguns padrões de sentimentos e pensamentos, e as ações correspondentes. Nesse protocolo sugere-se relacionar a imagem de um rádio ou equalizador com a idéia dos “botões emocionais”. A comparação pode auxiliar os pacientes a perceberem como cada botão afeta a qualidade do áudio, regula a frequência, troca as estações, liga ou desliga, entre outras analogias que podem aparecer com os “gatilhos” ou “botões emocionais”, que regulam os pensamentos e sentimentos, e “disparam” (ligam, conectam, desligam, etc.) ações de acordo com o estímulo

externo. Após o entendimento dessas condições, terapeuta e paciente reescrevem a história. Para a mesma situação de crise vivenciada, descrevem um novo desfecho, indicando que para isso precisam de clareza quanto aos sentimentos que estão sendo ativados e quais respostas podem ser melhor adaptadas nesse novo contexto. Loose et al. (2015) sugerem que essa nova história seja registrada em um script, ou até mesmo filmada ou fotografada, de acordo com as possibilidades dos pacientes, pois espera-se que utilizem essas novas estratégias em outras situações, que podem aparecer na terapia ou na vida cotidiana.

Estágio III – Psicoeducação dos modos e esquemas

No Estágio III da TCFE para crianças e adolescentes, o objetivo proposto é que o paciente e outras pessoas relevantes em suas relações cotidianas, compreendam com clareza os conceitos básicos desse modelo de psicoterapia. Os dados levantados por meio da utilização de instrumentos como a “Entrevista com Pais Imaginários” (ver em anexo M), a “Entrevista com Avós Imaginários” (ver em anexo C), o “Roteiro de entrevista de anamnese” (ver em anexo E), inventários e questionários aplicados no pré-teste e a observação dos pais e dos pacientes, serão a base para auxiliar no processo de identificação dos modos e esquemas dos pacientes e de seus familiares.

Ressalta-se a importância nesse momento dos instrumentos “Lista de valores e normas na família” (ver em anexo F e G), pois Loose et al. (2015) o indicam como um questionário que auxilia na detecção de atitudes problemáticas dos pais, e que interferem na conduta dos filhos. Nessa fase a teoria dos modos deve estar clara para estes, salientando-se a importância dos modos “espertos”, “inteligentes” ou “competentes” na solução de conflitos. As técnicas da “Casa interna”, do “Genograma familiar” e do “Quadro de esquemas e modos da família”, apresentadas em Loose et al. (2013) e Loose et al. (2015), são métodos de trabalho fundamentais da TCFE para crianças e adolescentes, pois por meio delas os pacientes e seus familiares aprendem a lidar com seus modos e esquemas nas situações de conflitos; compreendem a história da formação desses EIDs, que muitos deles são passados de geração em geração; e aprendem a nomear esses modos e esquemas, e a identificar como e quando eles aparecem em cada membro da família.

Na fase de avaliação deve ser trabalhado o “Quadro de esquemas e modos da família” no formato plano, no qual os pais identificam junto com o terapeuta os modos e esquemas da família atual. No “Quadro de esquemas e modos da família” no formato de dupla estrutura, o terapeuta auxilia os pacientes a montarem no primeiro nível o quadro da família dos pais, e no

segundo nível o quadro deles. Essa visualização em dois planos permite aos pacientes visualizarem separadamente seus modos e esquemas com os das suas famílias, ao mesmo tempo que visualizam as semelhanças entre as gerações.

A atividade da “Casa interna” inicia-se pelo térreo, que é relativo ao nível da experiência (Loose, 2011). Terapeuta e pacientes desenham cenários do cotidiano (casa, escola ou a rua) e escolhem aquele que será a representação em comum da casa interna para o grupo. O ambiente escolhido é representado da maneira mais detalhada possível, e nele são encenados com os bonecos nomeados nos primeiros encontros do primeiro estágio, os conflitos comuns ao grupo. Sugere-se que o terapeuta explore especialmente eventos relacionados à falta de autocontrole, para que sejam encenados e levados aos outros níveis, onde poderão explorar alternativas mais “espertas de comportamento”.

O trabalho no primeiro nível da casa interna ocorre depois que os pacientes passaram pelo nível da experiência e conseguiram perceber seus comportamentos problemáticos. O primeiro nível da casa interna é o nível do domínio dos esquemas e sugere-se atividades que ativem temas de vulnerabilidade ou desconfiança. Sugere-se o tema “desconfiança” tendo em vista que na teoria apresentada por Loose et al. (2015) este é um esquema que desempenha um papel relevante no comportamento. Indica-se o tema “vulnerabilidade”, pois as crianças agressivas geralmente utilizam esse modo (“criança vulnerável”) para afastar os sentimentos dolorosos de forma agressiva (Loose et al., 2015). Nestes dois casos os esquemas desadaptativos devem ser neutralizados pelos bons esquemas (que representam cognições adaptadas para enfrentar o tema negativo).

O trabalho no segundo nível da casa interna ocorre depois que os pacientes passaram pelo nível dos esquemas e conseguiram controlar nas encenações os EIDs com os bons esquemas. O segundo nível da casa interna é o nível dos modos e sugere-se atividades que ativem os mesmos temas do primeiro nível. Serão encenados os conflitos comuns ao grupo, utilizando-se os bonecos dos modos. O terapeuta deve auxiliar os pacientes a identificarem o modo “Criança competente” (ou o adulto saudável no caso do trabalho com os pais) e colocá-lo em destaque na situação para contribuir com atitudes positivas de resolução do conflito.

Loose et al. (2015) abre uma sessão específica para tratar o “Desempoderamento dos pais ou pares punitivos e exigentes internalizados”. Por essa razão sugere-se incluir nesse estágio do protocolo um trabalho ilustrativo para que os pacientes compreendam o que são esses modos internalizados e como isso os afetam. A atividade proposta traz duas imagens representativas: uma de pessoa grande, e outra de pessoa pequena (ver figura 2 como exemplo). Crianças agressivas podem sentir medo do seu próprio comportamento impulsivo e

desenvolvem sentimentos de culpa. Os pais internalizados atuam como um adversário interno com impulsos de auto-punição aos próprios impulsos agressivos. Nessa atividade o terapeuta ilustra junto com os pacientes como esses sentimentos da criança (figura pequena) são regidos pelo sentimento que têm pelos pais (figura grande). O terapeuta pode demonstrar como essa visão dos pais se encontra dentro (a internalização dos modos e esquemas) dos pacientes, fazendo a sobreposição das duas imagens.

O terapeuta, segundo Loose et al. (2015), deve encorajar expressões de raiva no modo “criança zangada”, informando aos pacientes que é legítimo se sentir ofendido ou com raiva, quando as necessidades básicas de uma pessoa são invalidadas. No entanto, com a identificação de modos competentes, o terapeuta orienta a criança a “dosar” a intensidade dessa externalização. Exercícios corporais (amassar bolas, bater em travesseiros, abrir e fechar os pulsos sentindo a circulação e o aquecimento do corpo) auxiliam a criança a identificar os sinais de raiva e fúria. Deve-se relembrar aqui também aprendizados obtidos nas atividades dos botões emocionais. Para controlar a ativação dessas mudanças físicas, sugere-se técnicas de relaxamento, exercícios de respiração e regulação da tensão. Essas atividades podem ser associadas a imagens como um sinal vermelho, que é apresentado quando a criança entra em estado de raiva, e um sinal azul quando ela estiver relaxada. Os autores nomeiam essas atividades como “sinal de alerta” e “polícia da raiva”. Isso auxilia os pacientes a se sentirem mais auto-confiantes, conhecendo seu corpo, aprendendo a controlar essas sensações físicas, e aprendendo forma de se auto-regular

Loose et al. (2015) enfatizam que em terapia do esquema, deve-se reconhecer a existência de um problema e deve-se trabalhar o modo externalizando-o e fortalecendo os modos funcionais (criança competente). Os autores indicam a técnica das cadeiras, em que cada uma identifica um modo, e os pacientes os externalizam da maneira mais representativa possível – com poses, gestos e palavras. O terapeuta pode ser o primeiro a participar da atividade, para que os pacientes compreendam a forma de participar da atividade. Indica-se nessa técnica que a “criança competente” converse com o “modo atacante” (por isso a troca de cadeiras). O terapeuta auxilia a criança a propor argumentos ao agressor para que ele saia de cena quando o paciente estiver em algum conflito e permita que a criança competente atue. Os pacientes devem passar por todas as cadeiras, representando intensamente cada um dos modos identificados nelas, sabendo-se que o objetivo é alcançar a criança “competente” ou “feliz”.

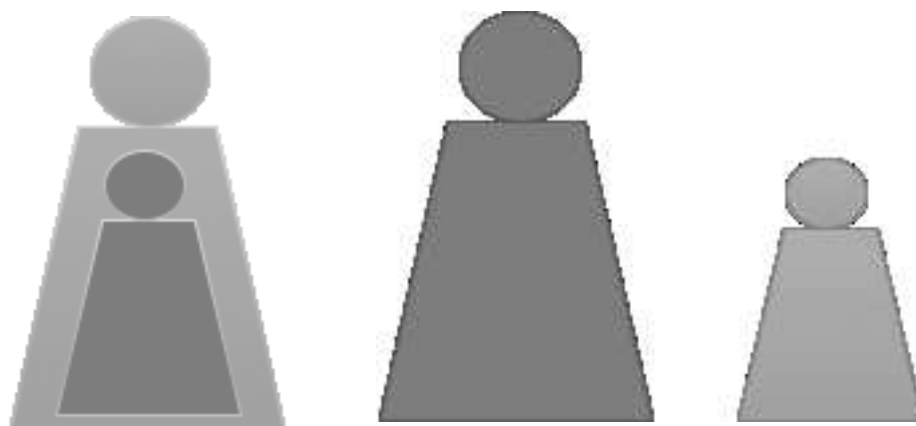


Figura 2.

Modelo de psicoeducação sobre “Modos de pais internalizados”

Estágio IV – Métodos para a mudança

No Estágio IV da TCFE para crianças e adolescentes o objetivo proposto é que por meio de técnicas cognitivas e comportamentais os pacientes sejam capazes de escolher, planejar e conduzir métodos para mudanças.

Loose et al. (2015) indicam 4 tópicos que precisam ser trabalhados com crianças agressivas (repensar, exercitar, questionar e confrontar), e sugerem técnicas da TCFE para que sejam conduzidos. Os autores indicam que essas atividades despertam experiências positivas, criando novos padrões neuronais, facilitando a replicação do aprendizado fora do contexto terapêutico. Na tradução do material de Loose et al. (2015) apresentadas nesse trabalho, estão descritas atividades a serem realizadas para a condução desses 4 tópicos e nessa sessão os autores indicaram alguns temas, os quais sugere-se exercitá-los nesta proposta de protocolo. Os temas são:

- Reconstrução dos modelos de heróis: os pacientes devem reconhecer que a agressão não é a única forma de força e devem treinar situações em que acordos podem ser estabelecidos para atender as necessidades dos envolvidos.
- Construção de comportamentos pró-sociais: por meio de técnicas comportamentais clássicas que fortalecem o modo criança competente. Os autores sugerem o uso de fantoches e role-playing para moderar a posição dominante e treinar habilidades aprendidas no decorrer da psicoterapia.
- Desenvolvimento de auto-afirmação e habilidades de comunicação: os autores afirmam que somente treinos de auto-instrução comum ou reestruturação cognitiva não são suficientes para o desenvolvimento dessas habilidades. Eles postulam que isso

requer intensivos exercícios de ativação, nos diversos ambientes dos pacientes (casa, rua, escola, etc). Esses exercícios seriam, por exemplo, perder jogos ou até mesmo passar por provocações. Os autores indicam o uso de filmagens dessas encenações para que os pacientes possam assistir posteriormente e formular soluções competentes (video-feedback).

- Ressaltar habilidades de enfrentamento em transição: os autores indicam que precisam ser trazidos para a psicoterapia situações em que os pacientes conseguiram ter comportamentos diferentes dos que teriam antes das intervenções. Por meio da análise de anotações e da frequência com que esses comportamentos aparecem, o terapeuta auxilia os pacientes a enxergarem os mecanismos cognitivos e comportamentais aprendidos.
- Novo círculo de amizade: uma preocupação que Loose et al. (2015) levantam, é sobre a atração que pessoas com comportamentos agressivos têm por outras com as mesmas características. O círculo de amizade em geral são de pessoas com perfis semelhantes e isso deve ser alertado aos pacientes de modo que eles encontrem novos círculos sociais, de amizade. Os autores indicam que, por meio da confrontação empática de recursos, os pacientes sejam motivados a descobrir que antes das intervenções dirigiam sua inteligência para resultados destrutivos, sendo que agora têm condições de usar toda sua capacidade em favor de atender as suas próprias necessidades.
- Níveis de responsabilidade: Loose et al. (2015) indicam esse trabalho para pais e crianças com comportamento agressivo. Trata-se de uma sequência de passos que vão desde o reconhecimento de culpa no erro cometido, até a reparação, seja ela moral ou material do agressor à vítima. Além disso uma atividade indicada pelos autores é uma forma de “julgamento”, onde o terapeuta é o “advogado” que protege a criança ferida do agressor, e o agressor é o “acusador”. Eles devem concluir que as consequências das ações são maiores do que o ganho percebido com o comportamento agressivo e definir a sentença de reparação à vítima.

Os exercícios promovidos nesse estágio são uma forma de preparar os pacientes para o fim do processo psicoterapêutico, deixando-os mais aptos a replicar nas situações de conflito do cotidiano, o novo repertório de respostas comportamentais que foram experienciadas em terapia.

Estágio V – Consolidação da Terapia

Propõe-se que no Estágio V da TCFE para crianças e adolescentes o terapeuta se dedique a avaliar os resultados, consolidar técnicas e aprendizagens, e a orientar os pacientes para a finalização dos trabalhos da psicoterapia em grupo.

Loose et al. (2015) fazem referência em seu material a um trabalho em que os pacientes constroem um painel com registros de relatos, fotos e imagens de como eram antes da terapia e como estão saindo. Comentam que esse painel deveria ser levado para casa e continuado o trabalho completando-o a cada dia, com novas experiências positivas, marcando o crescimento da criança ou adolescente, suas novas habilidades. Indicam que seja utilizado também com outras pessoas do convívio do paciente, que em algum momento têm lembranças negativas dele e observando esse material podem perceber e reconhecer a melhora. Sugere-se conduzir essas atividades nessa etapa de consolidação, pois os pacientes podem ter a oportunidade de revisitar sua história, verificar as mudanças alcançadas e vislumbrar continuamente possibilidades de crescimento.

Indica-se que nesse estágio o terapeuta organize nas sessões finais momentos para reaplicar os instrumentos que foram utilizados na fase de avaliação e diagnóstico, obtendo indicadores para evidenciar os pontos de melhoria alcançados. Conforme sugerem Loose et al. (2015), inclui-se nessa proposta atividades de confecção de cartões de memória, que serão utilizadas pelos pacientes no decorrer da sua rotina diária, lembrando-os dos modos competentes e habilidades desenvolvidas para solução de conflitos sem o uso da agressão, seja ela física, material ou verbal.

Terceira fase – Follow-up

Após três meses do encerramento da intervenção, sugere-se que o terapeuta contacte as famílias e realize a reavaliação dos participantes dos grupos, a fim observar os resultados da psicoterapia. Caso seja necessário, o terapeuta sugere ações aos familiares, lembra medidas aprendidas nas sessões e apoia os familiares a continuarem as relações positivas entre eles. Os mesmos instrumentos da fase de avaliação são aplicados no “Follow-up”, de modo que se obten indicadores de resultado da intervenção (pós-teste):

- Pais: Questionário de Esquemas de Young (Versão reduzida); Inventário de Estilos Parentais; Entrevista Cognitivo Comportamental, disponíveis nos anexos.
- Crianças: Inventário Beck de Raiva (BANI-Y); Inventário Beck de Auto-conceito (BSCI-Y); Inventário Beck de Comportamentos Disruptivos (BDBI-Y); Inventário Beck para Crianças, disponíveis em Cunha, J. A. (2001).

3.2 Orientações aos pais ou cuidadores

A orientação de pais tem como objetivo principal lidar com o processo de “*coaching*” de esquemas. Parte-se do princípio de que se os cuidadores e as crianças compartilham um mesmo esquema, torna-se mais difícil lidar com os conflitos na terapia, sendo fundamental que os pais conheçam e compreendam os esquemas desenvolvidos ao longo de suas vidas. A proposta do “*coaching*” de esquemas é orientar e educar os pais em relação a seus EIDs e identificar a origem deles, propondo um trabalho para a modificação desses padrões, melhorando a relação cuidador e criança como peça chave para o sucesso terapêutico com as crianças (Loose, 2011).

A importância do trabalho com os cuidadores também se deve, conforme citado por Wainer, R., Paim, K., Erdos, R. & Andriola, R. (2016), pelo papel relevante destes no desenvolvimento de habilidades para lidar com as demandas da vida.

Pais e cuidadores que forneçam doses boas (ou pelo menos satisfatórias) de apego, carinho, segurança, conforto emocional e capacidade de acalmar as ansiedades e impulsividades da criança, representam uma diferença significativa em sua estabilidade emocional, e ela levará essa ‘base segura’ para toda sua vida. (Wainer et al. 2016, p.20)

Loose et al. (2013) sugerem as seguintes etapas para estabelecer um “*coaching*” para os esquemas:

- Etapa I: Investigação de recursos parentais
 - Sugere-se o uso da entrevista de anamnese desenvolvida por Loose et al. (2011), que permite ao terapeuta obter informações sobre os primeiros anos de vida da criança e sobre a infância dos cuidadores.
- Etapa II: Exploração das necessidades básicas da família
 - Sugere-se o uso da “Entrevista com Avós Imaginários”, abordando questões sobre as necessidades não atendidas na infância dos cuidadores (proteção física, segurança, estabilidade, cuidado, amor e aceitação) ajudando-os através da reparação parental limitada).
 - Pode-se ainda aplicar e analisar o “Questionário de Normas e Valores” para o estudo das regras da família. Neste questionário encontra-se questões como: “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 você queria fazer diferente de seus pais? Há

certos rituais ou costumes praticados pela sua família e que são importantes para você?”.

- Utilizando-se o “Inventário de Estilos Parentais de Young”, pode-se ainda investigar os esquemas e modos disfuncionais dos cuidadores e com a construção do Genograma representar graficamente os esquemas familiares perpetuados ao longo das gerações. Para a construção do Genograma, sugere-se a utilização de “álbuns de família”, por exemplo, e técnicas vivenciais que possam desencadear reações e impulsos que representem modos e esquemas específicos.
- Etapa III: Correção de modos e esquemas dos cuidadores
 - O vídeo *feedback* é uma técnica que permite ao terapeuta (apesar do efeito da presença da câmera) observar os pais, ainda que em contexto terapêutico.
 - O trabalho com modos pode ser realizado utilizando-se diferentes recursos vivenciais, como a técnica da cadeira – a mesma utilizada com crianças; técnicas com o uso de imagens mentais, permitindo que os cuidadores “voltem para a própria infância” – essa técnica pode ainda favorecer que o terapeuta auxilie o paciente a identificar e satisfazer as necessidades que não foram atendidas em sua infância.
 - O uso do genograma familiar, permite identificar os esquemas familiares que perpetuam durante gerações. Com esse recurso, pode-se ainda identificar as necessidades dos avós da criança, quando eles são os responsáveis ou participam ativamente da criação da criança. O “Inventário de Estilos Parentais”, permite identificar as origens dos EIDs através da avaliação dos cuidadores que respondem ao questionário.
 - O uso do “Quadro de esquemas e modos da família” permite representar os membros da família e os esquemas presentes neles. Com o uso de uma placa de madeira e figuras dos personagens e dos esquemas, trabalha-se essas representações em vários níveis – sugere-se observar as mudanças na relação familiar quando o esquema entra e sai de cena.
 - Instruções práticas para orientar os pais ou cuidadores ao lidar com certos modos que a criança apresenta sob a forma de “*role playing*”.

Através de provocações cênicas (com o uso de bonecos ou fantoches grandes), pode-se dramatizar uma situação familiar, ativando modos saudáveis (proteção, carinho, segurança).

- Construir com os cuidadores atividades positivas para fortalecer o modo criança saudável. Propor rotinas cotidianas prazerosas que criem uma atmosfera de alegria e prazer (contar histórias de ninar, assistir televisão juntos, cantar), escolhidos de acordo com as características da família, contribuindo para o reforçamento de modos saudáveis.

A fim de tornar esse momento com os pais ou cuidadores ainda mais completo sugere-se buscar em Wainer (2016), capítulo 9, que propõe oito encontros com seus objetivos e tarefas de casa.

4 Conclusões

Desde o lançamento do livro de Cristof Loose (2011) apresentando a abordagem da TCFE para crianças e adolescentes, um caminho importante começou a ser trilhado, abrindo-se novas perspectivas de tratamento. A escola alemã é pioneira na apresentação de teorias e práticas nos trabalhos da Terapia do Esquema para crianças e adolescentes, e isso é fonte de inspiração para novos estudos.

Contribuições como a adaptação cultural dos instrumentos e técnicas para os públicos a quem se dirigem, são importantes oportunidades que se vislumbram quando materiais como esses são publicados. No caso deste trabalho a proposta de psicoterapia infantil em grupo, não avaliou as diferenças sociais e culturais das crianças alemãs em relação às brasileiras, sendo este um dos pontos indicados para pesquisas futuras. O protocolo foi embasado nas técnicas apresentadas por Loose et al. (2015); em estudos sobre tratamentos já desenvolvidos e aplicados em crianças com Transtornos disruptivos; associado ao modelo de estágios de Lopes (2015); e em concordância com os conceitos metodológicos da TCFE.

Os cinco estágios propostos no protocolo em grupo demandam um longo tempo de psicoterapia, por isso sugere-se planejar a intervenção para um período de pelo menos 18 meses. Tratando-se de crianças em idade escolar, muitas sessões podem coincidir com férias, recessos e feriados, bem como também podem ocorrer faltas dos paciente em uma sessão ou outra comprometendo o andamento do grupo. A flexibilidade de tempo deve ser um fator previsto em estudos futuros.

Indica-se ainda para a comunidade científica que tenha interesse em aprofundar nesse estudo, que esse modelo de psicoterapia infantil proposto seja aplicado com o rigor de uma pesquisa experimental ou *quasi* experimental, a fim de que dados estatísticos para a população brasileira possam ser apresentados. Sugere-se trabalhar com grupos de 4 a 6 integrantes, pois apesar de ser uma quantidade relativamente pequena de participantes, percebe-se que esse controle é necessário por se tratar de crianças com comportamentos disruptivos, com pouca previsibilidade de suas condutas e reações no contexto psicoterapêutico.

Ressalta-se a indicação de 2 co-terapeutas no processo, para que possam atuar melhor nas intervenções – especialmente nas atividades de encenação, e para atender alguma demanda específica do grupo, como por exemplo em casos com necessidade de contenção, devido comportamentos agressivos ou que coloquem em risco o andamento das atividades ou até mesmo os demais participantes.

A intervenção com crianças e jovens agressivos é muito desafiadora ao terapeuta, que ao lidar com comportamentos disruptivos, precisa ser acolhedor e compreensivo quanto ao que está sendo manifestado, pois o vínculo e a empatia devem ser meios seguros para o terapeuta e o paciente depositarem sua confiança na psicoterapia. A história de vida desses pacientes se apresenta, com muita frequência, com situações de exclusão, críticas e punições, por isso não deve ser o terapeuta aquele que replicará a mesma resposta do meio, mas sim aquele que os auxiliará a descobrir um novo repertório, encontrando *feedbacks* positivos que os incentivem a prosseguir com as mudanças, optando por comportamentos mais saudáveis em suas relações.

O enfoque desse trabalho é a proposta de um modelo de psicoterapia infantil, mas ressalta-se a importância do trabalho com as famílias (pais ou cuidadores responsáveis). O material apresentado por Loose et al. (2015), traz muita informação sobre os conceitos dos modos e esquemas dos pais que afetam o comportamento das crianças, e ainda sugerem três etapas de trabalho para o “*coaching*” de esquemas (Loose et al., 2013). Os autores trazem na descrição dessas etapas, instrumentos e técnicas centrais da TCFE a serem utilizadas nas sessões. Mas indica-se que o terapeuta ou o pesquisador, consultem outros materiais a fim de estabelecerem um programa de intervenção estruturado e ainda mais completo para as famílias.

O trabalho com os pais proposto por Loose et al. (2013), da maneira como foi apresentado, infere-se que sejam realizadas cerca de 10 sessões para se desenvolver as técnicas e alcançar o objetivo de modificar os padrões dos EIDs e melhorar a relação cuidador e criança. A proposta de Wainer (2016) inclui a realização de 08 sessões com os familiares. Este estudo estabelece ainda 5 sessões de avaliação e diagnóstico, e um período para realização do *follow-up*. Deste modo, acredita-se que devem ocorrer cerca de 25 sessões com os familiares – quantidade muito próxima à estabelecida para a psicoterapia infantil. Apesar dessa conclusão, essas etapas como foram dispostas nesse momento, não foram estudadas conjuntamente, sendo aqui também uma possível frente para novas pesquisas. Aponta-se essa informação de quantidade de sessões, para que profissionais e pesquisadores possam ter uma previsão de tempo para dedicação nos trabalhos com as crianças e suas famílias.

Analisando o trabalho aqui exposto pelo aspecto de viabilidade financeira, percebe-se que é uma proposta exigente para terapeutas, pacientes e família. Vislumbrando-se o cenário privado pode ser bastante oneroso, mas considerando-se a vantagem de ser um trabalho em grupo, alguns ganhos para o terapeuta podem ser identificados devido a otimização de tempo e recursos – atendendo-se uma demanda maior de pacientes e ao mesmo tempo, isso pode

refletir em um custo menor para cada família. O setor público pode ser mais beneficiado nessa perspectiva, pois os transtornos relacionados a comportamentos agressivos, têm uma epidemiologia proeminente em relação a outros problemas na área da saúde mental na infância e adolescência (APA, 2014), e ampliar a quantidade de beneficiados por meio da formação de grupos terapêuticos, pode ser uma medida interessante tanto para tratamento, como para prevenção.

Percebe-se que um terceiro objetivo desse trabalho, mesmo que não tenha sido exposto com essa clareza, pode ser finalmente considerado, pois de posse do material traduzido e da proposta de psicoterapia apresentada nesse trabalho, ambos modelos de intervenção – individual e em grupo, podem ser utilizados por profissionais interessados em trabalhar com o tipo de transtorno a que é dirigido.

Espera-se que esse material seja amplamente visitado, discutido e sirva como base para outros, pois percebe-se uma diversidade enorme de oportunidades de investigações que beneficiem ainda mais pacientes e profissionais.

Para o acompanhamento com os pais, propõe-se que encontros semanais também sejam conduzidos.

5 Referências

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *APA: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barletta, J. B. (2011). Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos Transtornos Disruptivos: algumas reflexões. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. Vol. 7, nº 2. Rio de Janeiro.
- Beck, A. e Freeman, A. (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Tradução organizada por Fillman, A. E. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brinkmeyer, M., & Eyberg, S. M. (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In Kazdin A. E. & Weisz J. R. (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 204–223). New York: Guilford
- Cazassa, M. J. & Oliveira, M. S. (2012). Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29 (1), 23-31. Retrieved August 14, 2014, from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2012000100003&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-166X2012000100003
- Chamberlain P. & Smith D. K. (2003). Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon multimensional treatment foster care model. In Kazdin A. E., J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 282-300). New York: Guilford Press
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eddy, J. M. (2009) *Transtorno de Conduta – As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. 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. (2015). Schematherapie bei Störung des Sozialverhaltens. In. Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. (Orgs). (R. F. F. Lopes & I. C. R. Camilo, Transl.). *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz Verlag.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 733-747. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.733>
PMid:1401389
- Koch, L. M., & Gross, A. M. (2005). Características clínicas e tratamento do transtorno de conduta. In Caballo V. & Simón M. A. (Orgs.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos*. São Paulo: Santos.
- Lipp, M. N. (1998). *Relaxamento para todos: controle seu stress*. Campinas: Papirus.

- Lochman, J. E., Powell, N. R., Whidby, J. M., & Fitzgerald, D. P. (2006). Aggressive children: Cognitive-behavioral assessment and treatment. In Kendall, P. C. (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 33–81). New York: Guilford Press.
- Lochman, J. E. & Wells, K. C. (in press-b). Effectiveness of the Coping Power Program and of classroom intervention with aggressive children: *Outcomes at a one-year follow-up*. Behavior Therapy. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80032-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80032-1)
- Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. (2015). *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz Verlag.
- Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. (2013). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz Verlag.
- Lopes, R. F. F. (2016). Terapia do Esquema para Crianças. In Neufeld, C. B, Falcone (Org.), E. M. O. & Rangé, B. (Orgs.). *PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 2* (pp. 47-123). Porto Alegre: Artmed Panamericana (Sistema de Educação Continuada a Distancia, v. 4).
- Lopes, R. F. F. (2015). Terapia do Esquema em Grupo com Crianças e Adolescentes. In Neufeld, C. B, Falcone (Org.). *Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo para Crianças e Adolescentes* (pp. 147-188). Porto Alegre: Artmed Editora, Ltda.
- Lopes, R.F.F. & Lopes, E.J. (2013). *Baralho de Problemas – Lidando com transtornos da infância em busca do bem-estar*. Porto Alegre: Sinopsys Editora.
- Lopes, R.F.F. (2011). Contribuições da Terapia do Esquema de J. Young para a Avaliação e o Treinamento de pais. In Caminha. G.M. In: Caminha. M.R. et. al. *Intervenções e Treinamento de pais na Clínica Infantil*. Porto Alegre: Sinopsys Editora.
- Lopes, R. F. F., Leite, D. T. & Prado, T. P. (2011). Proposta Psicoeducativa para Crianças Baseada na Terapia de Esquemas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7 (2). 46-60.
- Mason, I. (1994). Techniques of translation revised: a text linguistic review of *borrowing and modulation*. In A. H. Albir (Ed.), *Estudis 10 optimality in translation sobre la traducció* (pp. 61-72). Castelló: Publicacions de la Universitat Jaume.
- Moreno, J.L. (1997). *Psicodrama*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S. & DeGarmo, D. S. (2010). *Cascading effects following intervention*. *Development and Psychopathology*, 22(4), 949 – 970. Doi:10.1017/S0954579410000568.
- Riaz, M. N., & Khalily, T. (2013). Translation, Adaptation, and Cross Language Validation of Short Schema Mode Inventory (SMI). *Pakistan Journal of Psychological Research*, 28(1), 51-64.
- Rijkeboer^a, M. M. & Boo^b, G. M. Early Maladaptative Schemas in Children: Development and Validation of the Schema Inventory for Children. *Journal of Behavior and*

Experimental Psychiatry, 41 (2010) 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.11.001>
PMid:19944408

Roediger, E. (2009). *Praxis der Schematherapie. Grundlagen – Anwendung – Perspektiven*. Stuttgart: Schattauer.

Teixeira, D.C.A. (2010). *Esquemas Iniciais Desadaptativos e Ajustamento Psicológico em Crianças e Adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Wainer, R., Paim, K., Erdos, R. & Andriola, R. (2016). *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Webster-Stratton, C. (2006a). *The Incredible Years: A trouble-shooting guide for parents of children ages 2-8 years*. Seattle: Incredible Years Press.

Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (Eds.). (2010). *Evidence- based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Young, J. E. (2003). *Terapia Cognitiva para Transtornos da Personalidade: uma abordagem Focada no Esquema*. 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.

Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life: The breakthrough program to end negative behavior...and feel great again*. New York: Plume Book.
[https://doi.org/10.1016/0024-3205\(94\)90080-9](https://doi.org/10.1016/0024-3205(94)90080-9)
[https://doi.org/10.1016/0024-3205\(94\)90081-7](https://doi.org/10.1016/0024-3205(94)90081-7)

Apêndice A – Quadro resumo das sessões

QUADRO RESUMO DAS SESSÕES - GRUPO CRIANÇAS SESSÃO 1 Estágio I – Estabelecimento de vínculo entre o terapeuta e o grupo
OBJETIVOS DA SESSÃO
PARTICIPANTES
PROCEDIMENTOS
PRINCIPAIS OBSERVAÇÕES SOBRE OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS BLOCO PSICOEDUCATIVO BLOCO INTERVENTIVO
PRINCIPAIS OBSERVAÇÕES SOBRE OS PARTICIPANTES NESTA SESSÃO (HUMOR, PARTICIPAÇÃO, INTERAÇÃO, ETC)
FEEDBACK DOS PARTICIPANTES SOBRE A SESSÃO E A EQUIPE

Anexo A – Inventário de Esquemas de Young (versão reduzida) – YSQ – S2

Código: _____

Data: _____

INSTRUÇÕES:

São listadas abaixo afirmações que uma pessoa poderia usar para se descrever. Por favor leia cada afirmação e decida quão bem ela descreve você. Quando não tiver certeza, baseie sua resposta no que você sente emocionalmente, não no que pensa ser verdade.

Se desejar, reescreva a afirmação para torná-la ainda mais verdadeira a seu respeito. Então, escolha a avaliação de 1 a 6 que melhor a/o descreve (incluindo suas revisões) e escreva este número no espaço que antecede a afirmação.

ESCALA DE AVALIAÇÃO:

- 1 = Não me descreve de modo algum
- 2 = Acontece raras vezes e pouco descreve o meu modo de ser
- 3 = Acontece algumas vezes, mas ainda não descreve o meu modo de ser
- 4 = Descreve o meu modo de ser
- 5 = Descreve muito o meu modo de ser
- 6 = Me descreve perfeitamente

1. _____ A maior parte do tempo, não tenho ninguém para me dar carinho, compartilhar comigo, e se importar profundamente com o que me acontece.
2. _____ Em geral, não havia pessoas para me dar carinho, segurança e afeição.
3. _____ Eu não senti que era especial para alguém, em grande parte da minha vida.
4. _____ Em geral, não tenho ninguém que realmente me escute, me compreenda, ou esteja sintonizado com minhas verdadeiras necessidades e sentimentos.
5. _____ Eu raramente tenho alguma pessoa forte para me dar bons conselhos ou orientação quando não tenho certeza do que fazer.

*ed

6. _____ Percebo que me agarro às pessoas com as quais tenho intimidade, por ter medo de que elas me deixem.
7. _____ Preciso tanto das pessoas que tenho medo de perdê-las.
8. _____ Eu me preocupo com a possibilidade de as pessoas de quem eu gosto me deixarem ou me abandonarem.
9. _____ Quando sinto que alguém com quem eu me importo está se afastando, fico desesperada/o.
10. _____ Às vezes, tenho tanto medo de que as pessoas me deixem, que acabo fazendo com que se afastem.

*ab

11. _____ Sinto que as pessoas querem tirar vantagem de mim.

12. _____ Sinto que não posso baixar a guarda na presença dos outros, pois eles me prejudicariam intencionalmente.

13. _____ É só uma questão de tempo antes que as pessoas me traiam.

14. _____ Desconfio muito dos motivos dos outros.

15. _____ Eu geralmente fico procurando os motivos escondidos das pessoas.

*ma

16. _____ Eu não me encaixo.

17. _____ Sou fundamentalmente diferente das outras pessoas.

18. _____ Eu não pertença a ninguém; sou um/a solitário/a.

19. _____ Sinto-me alienada/o das outras pessoas.

20. _____ Sempre me sinto excluída/o dos grupos.

*si

21. _____ Nenhum/a homem/mulher que eu desejar vai me amar depois de saber dos meus defeitos.

22. _____ Ninguém que eu desejar vai querer ficar perto de mim depois que conhecer meu verdadeiro eu.

23. _____ Não sou digna/o do amor, da atenção, e do respeito dos outros.

24. _____ Sinto que não mereço ser amada/o.

25. _____ Sou inaceitável demais, de todas as maneiras possíveis, para me revelar aos outros.

*ds

26. _____ Quase nada do que eu faço no trabalho (ou na escola) é tão bom quanto o que os outros fazem.

27. _____ Sou incompetente no que se refere a realizações.

28. _____ A maioria das pessoas é mais capaz do que eu no trabalho e em suas realizações.

29. _____ Não tenho tanto talento quanto a maioria das pessoas tem em sua profissão.

30. _____ Não sou tão inteligente quanto a maioria das pessoas no que se refere a trabalho (ou estudo).

*fa

31. _____ Não me sinto capaz de me arranjar sozinha/o no dia-a-dia.

32. _____ Penso em mim como uma pessoa dependente, no que se refere ao funcionamento cotidiano.

33. _____ Falta-me bom senso.

34. _____ Não se pode confiar em meu julgamento nas situações do dia-a-dia.

35. _____ Não confio em minha capacidade de resolver os problemas que surgem no cotidiano.

*di

36. _____ Não consigo deixar de sentir que algo de ruim vai acontecer.

37. _____ Sinto que algum desastre (natural, criminal, financeiro, ou médico) vai acontecer a qualquer momento.

38. _____ Tenho medo de ser atacada/o.

39. _____ Tenho medo de perder todo o meu dinheiro e ficar pobre.

40. _____ Tenho medo de pegar uma doença séria, mesmo que nada de sério tenha sido diagnosticado pelos médicos.

*vh

41. _____ Não consegui me separar de meu pai/minha mãe, ou de ambos, assim como outras pessoas da minha idade parecem conseguir.

42. _____ Meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu tendemos a nos envolver excessivamente com a vida e com os problemas uns dos outros.

43. _____ É muito difícil para meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu escondermos detalhes íntimos uns dos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados.

44. _____ Muitas vezes me parece que meus pais estão vivendo por intermédio de mim - eu não tenho uma vida própria.

45. _____ Muitas vezes, sinto que não tenho uma identidade separada da de meus pais ou parceiro/a.

*em

46. _____ Acho que se eu fizer o que quero, só vou arranjar problemas.

47. _____ Sinto que não tenho escolha além de ceder ao desejo das pessoas, ou elas vão me rejeitar ou me retaliar de alguma maneira.

48. _____ Nos meus relacionamentos, deixo a outra pessoa ter o controle.

49. _____ Sempre deixei os outros escolherem por mim, de modo que não sei realmente o que quero.

50. _____ Tenho grande dificuldade em exigir que meus direitos sejam respeitados e que meus sentimentos sejam levados em conta.

*sb

51. _____ Sou aquela/e que geralmente acaba cuidando das pessoas de quem sou próxima/o.

52. _____ Sou uma boa pessoa, pois penso nos outros mais do que em mim mesma/o.

53. _____ Fico tão ocupada/o fazendo coisas para as pessoas de quem gosto que tenho muito pouco tempo para mim.

54. _____ Sempre fui aquela/e que escuta os problemas de todo o mundo.

55. ____ As pessoas me vêem fazendo demais pelos outros e pouco por mim.

*ss

56. ____ Tenho muita vergonha de demonstrar sentimentos positivos em relação aos outros (por exemplo, afeição, sinais de cuidado).

57. ____ Acho embaraçoso expressar meus sentimentos para os outros.

58. ____ Tenho dificuldade em ser carinhosa/o e espontânea/o.

59. ____ Eu me controlo tanto que as pessoas acham que não sou emotiva/o.

60. ____ As pessoas me vêem como emocionalmente contida/o.

*ei

61. ____ Preciso ser a/o melhor em tudo o que faço; não consigo aceitar vir em segundo lugar.

62. ____ Tento fazer o melhor; não consigo aceitar o "suficientemente bom".

63. ____ Preciso cumprir todas as minhas responsabilidades.

64. ____ Sinto que existe uma pressão constante sobre mim para conquistar e fazer coisas.

65. ____ Não consigo me soltar ou me desculpar por meus erros com facilidade.

*us

66. ____ Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" como resposta quando quero alguma coisa de alguém.

67. ____ Sou especial e não deveria ter que aceitar muitas das restrições impostas às outras pessoas.

68. ____ Detesto ser obrigada/o a fazer alguma coisa, ou impedida/o de fazer o que quero.

69. ____ Acho que não deveria ter que obedecer às regras e convenções normais assim como os outros.

70. ____ Sinto que aquilo que tenho a oferecer é muito mais valioso do que as contribuições dos outros.

*et

71. ____ Parece que não consigo me disciplinar e levar até o fim tarefas rotineiras ou chatas.

72. ____ Quando não consigo atingir algum objetivo, fico facilmente frustrada/o e desisto.

73. ____ Para mim, é muito difícil sacrificar uma gratificação imediata para atingir um objetivo a longo prazo.

74. ____ Não consigo me obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo sabendo que é para o meu próprio bem.

75. ____ Raramente consigo cumprir minhas resoluções.

*is

Anexo B – Questionário de Estilos Parentais

Desenvolvido por Jeffrey Young
(Traduzido e adaptado por M. C. Salvador, D. Rijo e J. Pinto Gouveia, 1996, 2003)

Código: _____

Data: ____/____/____

Instruções: A seguir são apresentadas algumas afirmações que podem ser utilizadas para descrever seus pais. Por favor, leia cada uma delas e decida até que ponto ela os descreve. Escolha, entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor descreve sua mãe e seu pai **quando você era criança**, colocando o respectivo número no espaço em branco. Caso um de seus pais tenha sido substituído por outra pessoa, responda pensando nesta pessoa. Se não teve pai ou mãe, deixe a coluna correspondente em branco.

ESCALA DE RESPOSTAS

- 1 = Completamente falso / Não tem absolutamente nada a ver com o que acontecia comigo
 2 = Falso na maioria das vezes / Não tem quase nada a ver com o que acontecia comigo
 3 = Um pouco mais verdadeiro do que falso / Tem um pouco a ver com o que acontecia comigo
 4 = Moderadamente verdadeiro / Tem moderadamente a ver com o que acontecia comigo
 5 = Verdadeiro a maioria das vezes / Tem muito a ver com o que acontecia comigo
 6 = Descreve-o (a) perfeitamente / Tem tudo a ver com o que acontecia comigo

MÃE	PAI	DESCRIÇÃO
		1. Gostava de mim e me tratava como uma pessoa especial.
		2. Prestava atenção em mim, passando bastante tempo comigo.
		3. Costumava me dar conselhos e orientações úteis.
		4. Costumava me ouvir, me entender e compartilhava sentimentos comigo.
		5. Era caloroso(a) e afetuoso(a).
		6. Morreu e abandonou a casa para sempre quando eu era criança.
		7. Era mal humorado(a), imprevisível e alcoólico(a).
		8. Preferia meus irmãos à mim.

		9. Isolava-se ou me deixava sozinho(a) por longos períodos de tempo.
		10. Mentia pra mim, me enganava e me traía.
		11. Abusava física, emocional ou sexualmente de mim.
		12. Usava-me para satisfazer suas necessidades emocionais.
		13. Parecia ter prazer em magoar os outros.
		14. Preocupava-se excessivamente com o fato de eu poder me magoar.
		15. Preocupava-se excessivamente com o fato de eu ficar fisicamente doente.
		16. Era uma pessoa medrosa ou fóbica.
		17. Era superprotetor (a).
		18. Fazia-me sentir que eu não podia confiar em minhas decisões ou opiniões.
		19. Fazia as coisas por mim em vez de me deixar tentar fazê-las sozinho(a).
		20. Tratava-me como se eu fosse mais novo(a) do que eu realmente era.
		21. Criticava-me bastante.
		22. Não me fazia sentir amado(a) ou me fazia sentir rejeitado(a).
		23. Tratava-me como se houvesse algo de errado comigo.
		24. Fazia-me sentir vergonha de mim mesmo(a) em aspectos importantes.
		25. Nunca me ensinou a ter disciplina suficiente para ser bem sucedido(a) na escola.
		26. Tratava-me como se eu fosse estúpido(a) ou não tivesse jeito pra nada.
		27. No fundo, não queria que eu fosse bem sucedido(a).
		28. Esperava que eu fosse um fracasso na vida.
		29. Tratava-me como se as minhas opiniões ou desejos não contassem.

		30. Fazia o que queria, independente das minhas necessidades.
		31. Controlava tanto a minha vida que eu tinha pouca liberdade de escolha.
		32. Tudo tinha que ser como ele(a) queria.
		33. Sacrificava as suas necessidades para o bem da família.
		34. Era incapaz de lidar com a maior parte das responsabilidades diárias, de maneira que eu tinha que fazer mais do que a minha parte.
		35. Era bastante infeliz e apoiava-se em mim para confortá-lo(a) e compreendê-lo(a).
		36. Fazia-me sentir que eu era forte e que devia cuidar dos outros.
		37. Tinha expectativas muito altas em relação a si mesmo(a).
		38. Esperava que eu fizesse sempre o melhor.
		39. Era perfeccionista em muitas áreas; as coisas tinham que ser daquela maneira e de nenhuma outra.
		40. Fazia-me sentir que quase nada do que eu fazia era suficientemente bom.
		41. Tinha regras rígidas e estritas quanto ao que era certo e errado.
		42. Ficava impaciente se as coisas não fossem feitas de forma adequada ou suficientemente rápida.
		43. Dava mais importância a fazer as coisas bem do que a se divertir ou relaxar.
		44. Estragou-me com mimos ou era demasiado indulgente em muitos aspectos.
		45. Fazia-me sentir que eu era especial, melhor que a maioria das outras pessoas.
		46. Era exigente; esperava que as coisas ocorressem à sua maneira.
		47. Não me ensinou a ter responsabilidade para com os outros.
		48. Forneceu-me muito pouca disciplina e limites.
		49. Estabeleceu poucas regras ou responsabilidades para mim.
		50. Permitia-me ficar muito bravo(a) ou perder o controle.
		51. Era uma pessoa indisciplinada.

		52. Éramos tão próximos que nos compreendíamos um ao outro de uma maneira quase perfeita.
		53. Eu sentia que não tinha individualidade suficiente, não me sentindo separado dele(a).
		54. Enquanto crescia, tinha a sensação de que não tinha meu próprio sentido de orientação de tanto que estava ligado(a) a ele(a).
		55. Eu sentia que nos magoávamos um(a) ao outro(a) se nos afastássemos.
		56. Preocupava-se muito com os problemas financeiros da família.
		57. Fazia-me sentir que se eu cometesse um erro, mesmo que pequeno, algo de mal poderia acontecer.
		58. Tinha uma perspectiva pessimista; frequentemente esperava pelo pior.
		59. Seu foco era nos aspectos negativos da vida ou nas coisas que estavam indo mal.
		60. Tinha que ter tudo sob controle.
		61. Sentia-se desconfortável ao demonstrar afeto ou vulnerabilidade.
		62. Era estruturado(a) e organizado(a); preferia o que era habitual à mudança.
		63. Raramente expressava raiva.
		64. Era reservado(a); raramente discutia seus sentimentos.
		65. Ficava bravo(a) ou criticava bastante se eu fizesse algo de errado.
		66. Eu era castigado(a) se eu fizesse algo de errado.
		67. Costumava me xingar (por exemplo, de “estúpido” ou “idiota”) se eu cometesse algum erro.
		68. Culpava as pessoas quando as coisas iam mal.
		69. Preocupava-se com as aparências e com o status social.
		70. Dava muita importância ao sucesso e à competição.
		71. Preocupava-se com o que os outros pensariam dele(a) por causa do meu comportamento.
		72. Parecia me dar mais atenção quando eu me sobressaía.

Anexo C – Entrevista com Avós Imaginários

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2015
(Traduzido por R. F. F. Lopes & I. C. R. R. Camilo, 2017)

Nome: _____

Data: _____

Sugestão de preparação para a entrevista com a mãe/ pai da criança:

“Por favor, imagine que você é sua mãe ou o seu pai (os avós da criança). Nosso objetivo é conhecer o que você carrega dentro de si sobre seus pais, ou seja, o que você acredita que eles pensam sobre você e sobre seu filho. Para isso é preciso que assuma o papel e a atitude de sua mãe ou o seu pai, como se eles estivessem respondendo – como você acha que ele/ ela responderiam às questões que farei. Faremos essa entrevista como se fosse uma encenação (como um teatro), para que eu possa conhecer não apenas os conteúdos dos pensamentos que você atribui a seus pais, mas também a maneira como eles expressam tais pensamentos. Você pode ‘imitar’ seu pai ou mãe ao responder.

Quem você quer ser (primeiro) sua mãe ou seu pai?”.

“Caro Sr./ Sra. [...nome ou apelido da avó/ avô de... (nome da criança)]

Obrigado por terem vindo hoje. Eu quero falar com você sobre o seu neto, mas também sobre a sua filha/ seu filho”.

- Sr. / Sra. [...nome ou apelido da avó/ avô]. Quais são os pensamentos e preocupações, que você frequentemente tem quando pensa em ... [nome da criança]?

- Como você explica os problemas do seu neto/ neta?

- O que você pensa sobre sua filha/ seu filho como um mãe/ pai? Como você acha que sua filha/ seu filho se sai com esta tarefa?

- Que conselho você gostaria de dar a sua filha/ seu filho?

- Do que você realmente sente-se orgulhoso (a) quando pensa em ... [primeiro nome da mãe/ pai de ...]?

- O que você acha sobre o parceiro/ parceira de sua filha/ seu filho?

- Que conselho você daria/ ou quer dar a seu filho/ filha?

- Quando é que sua filha/ seu filho fica especialmente sensível? Quais são essas situações?
- Quando foi a ultima vez que você elogiou sua filha/ seu filho (por exemplo, pela educação que eles estão dando para seu neto)?
- Qual foi a ultima vez que você viu seu filho ou filha chateado ou magoado?
- Se sua filha/ seu filho tivesse três desejos e pudessem escolher livremente você acredita que ele/ ela escolheria você para ser o avô/avó de seu neto?
- Quais são as semelhanças entre você e ... [primeiro nome da mãe / pai da criança]?
- Como é que você lidava com as falhas de seu filho (a), quando ele (a) ainda era uma criança (Por exemplo, a desobediência, a mentira, agressão)?
- O que você fazia quando o seu filho ficava muito triste ou chorava muito?
- O que você fez como mãe /ou pai na educação de seu filho (a) que ele (a) faz também?
- O que você poderia fazer na educação de seu neto para que ele (a) fique melhor?
- O que você acha que é a coisa mais importante que os pais devem ensinar para seus filhos?
- Existe alguma coisa que você quer me contar sobre seu filho (a)?

Anexo D – Entrevista Semiestruturada

- Queixas principais e problemas atuais
- História da doença atual e eventos desencadeantes
- Estratégias de enfrentamento (adaptativas e desadaptativas, atuais e passadas).
- História psiquiátrica
- História de abuso de substância e situação atual.
- História médica e situação atual
- História psiquiátrica familiar e situação atual.
- História de desenvolvimento
- História geral familiar e situação atual
- História social e situação atual
- História educacional e situação atual
- História vocacional e situação atual
- Pontos fortes, valores e estratégias de enfrentamento adaptativas.

Anexo E – Roteiro de Entrevista de Anamnese

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2011

1. Com quanto tempo vocês souberam da gravidez?
Período de tempo: _____
2. Como você classifica, a partir da perspectiva de hoje, a qualidade de seu relacionamento naquela época? (Por exemplo, amoroso, distante ou similar)
3. Planejamento e desejo de gravidez: (sublinhe conforme o caso)
Mãe: a gravidez no geral: ocorreu no momento esperado; foi planejada; foi desejada; não foi desejada.
Pai: a gravidez no geral: ocorreu no momento esperado; foi planejada; foi desejada; não foi desejada;
4. Como a mãe passou durante a gravidez, tendo em vista a:
Sua saúde corporal? Sua saúde mental? **Estresse psicológico:** Problemas com o parceiro (por exemplo, os conflitos aumentaram, houve alguma separação ou algo similar?) Consumo de nicotina e de drogas / álcool / outros? Houve outras fontes de estresse (por exemplo, problemas de ordem financeira, perda de emprego, sofreu ameaças, teve seus próprios pais doentes ...)?
5. Como é que você experimentou, como mãe ou como pai, o nascimento da criança?
6. Do seu ponto de vista, você acredita que houve complicações durante ou após o parto? Você por exemplo, ficou assustada (o)?
7. Como você se sentiu nos dias e semanas logo após o nascimento da criança?
8. Você participou dos cuidados da criança nos primeiros dias e semanas após o nascimento?

9. Seu filho teve algum problema nos três primeiros meses de vida? (por exemplo, dores, dificuldade de se alimentar, dificuldade de manter contato). Quanto tempo a criança foi amamentada? Houve complicações (por exemplo, dores e infecções no peito)? Se não ficou satisfeita (o), por quê?
10. Cuidador Primário/ Ajudante: 0-3 meses, 3-6 meses, 6-12 meses, etc.
11. Perguntas realizadas aos pais: “Agora, por favor, descreva em termos gerais a sua infância” – “Por favor, liste três declarações típicas de sua mãe e/ou seu pai em sua infância”.
12. “Por favor, nomeie alguns atributos/adjetivos que refletem sua personalidade”. “Como você avalia seu atual estado mental (por exemplo, equilibrado, frágil, amedrontado, etc.)?”. “Como você mantém a sua própria saúde mental (hobbies, preferências, fontes de alimentação)?”

Anexo F – Lista de Valores e Normas na família – Questionário

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2015
(Traduzido por R. F. F. Lopes & I. C. R. R. Camilo, 2017)

- O que você quer para o futuro do seu filho?
- Você tem planos específicos sobre sua vida com outras pessoas ou sobre sua carreira?
- Qual o comportamento ou conduta que você espera de seu filho no presente?
- Quais normas morais ou tradições que se lembra de sua família de origem ou outras pessoas importantes? Quais você considera importante para sua própria família?
- O que você, como uma jovem mãe/ jovem pai, recebeu em sua própria criação, e transmite para seu filho?
- O que você desejava herdar de seus pais?
- O que você desejava que eles tivessem feito diferente com você?
- Em que você quer e deseja ser melhor que eles como pai/ ou mãe?
- Há alguma rotina ou costume, que são ou foram importantes para a sua família de origem, em relação por exemplo rotina diária, semanal ou feriados?
- Existe alguma filosofia de vida, ou estilo de vida, que representa sua família?

Anexo G – Lista de perguntas sobre valores e normas na família – Inventário

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2015
(Traduzido por R. F. F. Lopes & I. C. R. R. Camilo, 2017)

Responda o que você pensa dessas afirmações sobre valores e normas?

Por favor, marque na escala abaixo, o quanto você está de acordo com cada ponto de vista.

	Concordo de ... até				
	Totalmente		Mais ou menos		de modo nenhum
Um homem não pode ser dependente					
Mulheres podem ser dependentes					
Deve-se dar tudo para os filhos.					
Acho meus filhos mais importantes do que eu.					
Os filhos também devem cuidar de seus pais quando eles têm preocupações e precisam de conforto.					
Não se conversa à mesa.					
A família deve ter sempre a mesma opinião.					
Para as meninas uma formação não é tão importante quanto para os meninos.					
Nos tempos de hoje irmãos discutem, porque de uma maneira ou de outra briga é normal.					
Os pais devem ser como os amigos de seus filhos.					
Os filhos devem sempre concordar com os pais					
Não se deve mostrar abertamente seus sentimentos.					
Os meninos não devem chorar. Este é um sinal de fraqueza.					
Alguns “tapas no bumbum” não vão machucar					
Deve-se sempre argumentar com as crianças caso eles não entendam as regras.					

Quem é preguiçoso na escola será igualmente preguiçoso mais tarde na vida					
Aqueles que não fizeram a escola secundária, estão desempregados hoje.					
Hoje em dia você tem que ser muito forte para se afirmar.					
Quem é o primeiro recebe sempre o melhor.					
Perdedores são fracos.					
Somente aquele que grita é ouvido					
Se meu filho não aprende a se impor, não vai conseguir nada na vida adulta.					
Meu filho deve assumir as consequências se não fizer sua lição de casa ou não for à escola.					
Meu filho tem idade suficiente para se responsabilizar pela escola. Se ele não aprender agora, terá que arcar com as consequências no futuro.					
Educação com exigências para o filho é na verdade chantagem.					
Os mais fortes vencem e todos os meios são justificados.					
Hoje, temos de aguentar qualquer coisa.					
Faz parte os meninos apanharem, caso contrario eles seriam fracos.					
A maioria das pessoas não são confiáveis.					
Uma palmada não faz mal a ninguém.					
Só se deve defender-se pela força se for atacado.					

Muitas vezes não há outra escolha a não ser bater ou gritar com meu filho, para que ele obedeça.					
Eu mesmo fui espancado quando criança e não me machuquei					
As seguintes frases e afirmações se aplicam a mim: Uma pessoa forte não sente dor					
Quem descansa, enferruja					
Para mim, o lema é: Primeiro trabalho, depois o lazer					
Hoje em dia você tem que ser o mais forte e o melhor para ser alguém na vida.					
Eu ouvi quando criança dos meus pais frases como: Você é um bebê chorão.					
Ele nunca será alguém					
Você tem que fazer sozinho. Ninguém pode te ajudar					

Anexo H – Níveis de Responsabilidade (Graaf com base em Furman)

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2015
(Traduzido por R. F. F. Lopes & I. C. R. R. Camilo, 2017)

- (1) Acrescentando valores: Incentivar a criança a admitir o erro ou mal comportamento que cometeu. Neste momento não se deve falar sobre o que a criança tenha feito antes. Isso pode estimular que ela justifique seu comportamento, além de incentivar a ideia de criar, fazer uma história como lhe convém, a fim de se justificar. A criança deve ser informada, se for o caso, de que você ainda vai conversar com as outras pessoas envolvidas no problema. Se a criança negar seu erro, descubra com ela quais as consequências temidas se tivesse que passar por elas. Tente compreender a ansiedade de seu filho e ajude-o a perceber que assumir a responsabilidade que ele de fato tem, é a melhor alternativa para todos os envolvidos.
- (2) Compreensão: Leve a criança a pensar sobre quais as consequências de seu comportamento seria injusto para si e para outras pessoas. Se ele não consegue refletir sobre tais consequências e não responder, não diga para a criança, faça isso sozinho ou assuma perante os outros a responsabilidade de educa-lo. Quando a criança comete uma violência, avise-a novamente que este comportamento não será tolerado. Descubra com ela, quais necessidades estão por trás de seu comportamento - existem necessidades, como por exemplo, vingança, divertimento, poder e força, reconhecimento, segurança e proteção; diga a ela que pode satisfazer suas necessidades de outras maneiras (A ser considerado mais tarde, quando já tiverem sido abordados novos repertórios de comportamento na terapia).
- (3) Pedir desculpas: ajude a criança a se preocupar com isso - com quem, onde, quando e como deve pedir desculpas - de uma forma adequada séria (por exemplo, com palavras e contato visual).
- (4) Restituição: Organizar uma reunião de reparação com a criança (de acordo com o pedido da vítima!!), para que ele possa provar o quão comprometido ele está com o pedido de desculpas.
- (5) Prometer e cumprir: Pergunte a criança se ela pode prometer mudar seu comportamento. Crianças e jovens muitas vezes prometem de boa vontade, que eles não terão o mal comportamento novamente. No entanto, a promessa permanece como uma frase vazia, se não for acordado dentro do contexto a consequência do não cumprimento do compromisso. Fazer valer de verdade o contrato, se a criança não cumprir sua promessa. Ajude a criança a pensar em uma solução, de modo que ela possa se comportar de maneira diferente em uma outra situação parecida.

- (6) Exercício: A solução que a criança escolhe é praticada em um role-playing, até que o comportamento desejado seja bem demonstrado. A encenação deve ser elaborada o mais detalhadamente possível, até mesmo com inversão de papéis, incluindo outras pessoas geralmente envolvidas em conflitos com a criança e cuidadores. Se a criança não está disposta a este trabalho, caso os cuidadores em uma ocasião posterior voltem a insistir neste ponto, deve-se exigir um pedido de desculpas para as pessoas envolvidas, antes que a criança volte a participar de outras atividades que tenha seu maior interesse, se necessário parar por um tempo (ou até mesmo mudar a sala dos encontros terapêuticos). Este exercício deve ser usado também em caso de recaída. A dramatização pode ser usada em momento posterior para aprofundar a aprendizagem - como uma forma de treinamento usando a arte.

Ideias para uma reparar uma violência ou mal comportamento

- Ajudar em casa ou no jardim (ao longo de vários dias), limpar e manter limpo;
- Reparar propriedades destruídas intencional ou descuidadamente, ou participar financeiramente na substituição do bem (com dinheiro ou depósito em conta bancária);
- Presentes (imagem, flores, coisas feitas à mão, algo delicioso, fazer salada de frutas, gelo ou contribuição similar ao que foi retirada do irmão para a mesada do outro);
- Trabalho voluntário de caridade no ambiente da criança (limpeza do caminho, escada, cadeiras, etc.) em solidariedade com os colegas:
 - Assumir uma tarefa do irmão / irmã
 - Jogo coletivo por solicitação da "vítima"
 - Doar um brinquedo interessante
 - Oferecer um pequeno presente ou uma deliciosa sobremesa feita por ele/a.
- Surpresa especial ou fazer favores (limpar o quarto do irmão / ou irmã, ajudá-lo com alguma coisa).

Anexo I – Inventário de Esquemas para Crianças - Revisado

(Adaptado de Rijkeboer M. M. & de Boo, G. M., 2009 – *Schema Inventory for Children*)
(Versão traduzida de Diana Teixeira, 2010)

Leia com atenção cada uma das frases e indique com que frequência faz ou pensa cada uma delas, assinalando o número correspondente da seguinte escala

1= Discordo
Fortemente

2= Discordo

3= Concordo

4= Concordo
Fortemente

	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1. Os meus pais sabem sempre onde estou e o que estou fazendo	1	2	3	4
2. Não mereço ser amado	1	2	3	4
3. Se as pessoas que realmente gosto descobrissem meu lado ruim, não iriam querer ficar comigo	1	2	3	4
4. Muitas vezes tenho medo de ficar desapontado	1	2	3	4
5. Fico zangado comigo mesmo quando cometo erros	1	2	3	4
6. Não termino o que começo	1	2	3	4
7. Não consigo resolver meus problemas sozinho	1	2	3	4
8. Conto sempre aos meus pais o que tenho feito na escola	1	2	3	4
9. Eu sinto que não faço parte desse grupo	1	2	3	4
10. Sinto-me sempre muito mal se um/a amigo/a não quer brincar comigo, porque tenho medo que ele/a já não queira mais ser meu amigo/a	1	2	3	4
11. Se outras crianças da minha idade me conhecessem de verdade não iriam querer se minhas amigas	1	2	3	4
12. Nunca guardo segredo dos meus pais e nem eles de mim	1	2	3	4
13. Ouço sempre com atenção o que o/a professor/a me diz, porque quero que ele/ela goste de mim	1	2	3	4
14. Esqueço-me frequentemente de fazer coisas, mesmo quando prometi fazê-las	1	2	3	4

15. Quando estou num grupo com crianças da minha idade, sinto-me excluído	1	2	3	4
16. Estou frequentemente preocupado com a possibilidade de perdermos tudo o que temos	1	2	3	4
17. Tenho frequentemente muito medo de ficar gravemente doente	1	2	3	4
18. Sinto-me envergonhado/a por não ser bom em nada	1	2	3	4
19. Ninguém nunca presta atenção em mim	1	2	3	4
20. Os adultos e outras crianças da minha idade são frequentemente desonestos	1	2	3	4
21. Sou muito tímido/a para mostrar a alguém que gosto dela	1	2	3	4
22. Sinto dificuldade em falar o que penso	1	2	3	4
23. Tenho sempre a sensação de que qualquer coisa horrível vai acontecer	1	2	3	4
24. Eu sou mais importante do que as outras crianças da minha idade	1	2	3	4
25. Eu Tenho de fazer o que as outras pessoas querem, caso contrário não vão gostar de mim	1	2	3	4
26. O meu trabalho nunca é suficientemente bom. Eu acho que consigo fazer melhor	1	2	3	4
27. Tenho frequentemente medo de que alguém que eu amo possa morrer	1	2	3	4
28. Estou sempre tentando agradar os outros	1	2	3	4
29. Sinto-me muito mal se não achar que fiz o meu melhor	1	2	3	4

30. Não existe ninguém que realmente me ouça	1	2	3	4
31. Nunca podemos confiar nos outros	1	2	3	4
32. Eu acho que devo fazer as coisas do meu jeito	1	2	3	4
33. Esforço-me muito para ser gentil com os outros	1	2	3	4
34. Eu não quero ser tratado como as outras crianças da minha idade. Eu sou especial	1	2	3	4
35. Tenho frequentemente de me proteger contra os adultos ou outras crianças da minha idade	1	2	3	4
36. As outras crianças da minha idade são muito melhores do que eu em tudo	1	2	3	4
37. Faço frequentemente coisas sem pensar e mais tarde sinto-me arrependido	1	2	3	4
38. Sou mais incapaz que a maioria das crianças da minha idade	1	2	3	4
39. Preciso de muito mais ajuda do que as outras crianças da minha idade	1	2	3	4
40. Não me sinto confortável com outras pessoas	1	2	3	4

Anexo J – BSCI-Y

Neste questionário você encontra uma série de itens sobre pensamentos e sentimentos que acontecem com as pessoas. Leia cuidadosamente cada sentença, e circule uma palavra (Nunca, Às Vezes, Quase Sempre ou Sempre) que melhor descreva seus pensamentos e sentimentos. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

	0	1	2	3
1. Eu sou esforçado no que faço.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
2. Eu sou uma pessoa capaz e bem disposta.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
3. Eu gosto de mim mesmo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
4. As pessoas gostam de estar comigo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
5. Eu sou tão bom quanto os outros meninos (as).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
6. Eu sinto que sou normal.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
7. Eu sou uma boa pessoa.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
8. Eu faço as coisas bem feitas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
9. Eu consigo fazer coisas sem ajuda dos outros.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
10. Eu sou inteligente.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
11. As pessoas pensam que eu sou bom nas coisas que faço.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
12. Eu sou educado com os outros.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
13. Eu sou uma pessoa legal.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
14. Eu sou bom em contar piadas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
15. Eu sou bom em lembrar as coisas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
16. Eu falo a verdade.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
17. Eu sinto orgulho das coisas que eu faço.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
18. Eu tenho boas idéias.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
19. Eu gosto de meu corpo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
20. Eu sou feliz como sou.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

Total BSCI-Y:

Anexo K – BANI-Y

Neste questionário você encontra uma série de itens sobre pensamentos e sentimentos que acontecem com as pessoas. Leia cuidadosamente cada sentença, e circule uma palavra (Nunca, Às Vezes, Quase Sempre ou Sempre) que melhor descreva seus pensamentos e sentimentos, especialmente nas duas últimas semanas. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

	0	1	2	3
61. Eu penso que as pessoas tentam me enganar.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
62. Eu sinto vontade de gritar.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
63. Eu penso que as pessoas são injustas comigo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
64. Eu penso que as pessoas tentam me magoar.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
65. Eu penso que minha vida é injusta.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
66. As pessoas me agredem.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
67. As pessoas me fazem perder a cabeça, ficar agressivo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
68. Eu penso que as pessoas me chateiam.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
69. Eu fico furioso com as outras pessoas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
70. Quando eu fico com muita raiva, a raiva não passa.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
71. Quando eu fico com muita raiva, eu tenho dificuldade para me livrar da raiva.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
72. Eu penso que as pessoas tentam me controlar (mandar em mim).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
73. Eu sinto que as pessoas tentam me colocar pra baixo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
74. Eu sinto que sou malvado (a).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
75. Eu sinto que vou explodir de tanta raiva.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
76. Eu penso que as pessoas estão contra mim.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
77. Eu fico com raiva.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
78. Quando eu fico com muita raiva, eu sinto a raiva no corpo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
79. Eu odeio as pessoas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
80. Eu fico furioso (a).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

Total BANI-Y:

Anexo L – BDBI-Y

Neste questionário você encontra uma série de itens sobre pensamentos e sentimentos que acontecem com as pessoas. Leia cuidadosamente cada sentença, e circule uma palavra (Nunca, Às Vezes, Quase Sempre ou Sempre) que melhor descreva seus pensamentos e sentimentos. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

	0	1	2	3
81. Eu roubo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
82. Outras pessoas me envolvem em confusão.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
83. Eu penso em fugir de casa.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
84. Eu faço coisas malvadas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
85. Eu arrombo carros, casas, ou outras coisas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
86. Eu procuro briga com os outros.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
87. Eu gosto de deixar as pessoas brabas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
88. Eu falto às aulas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
89. Eu odeio escutar o que os outros dizem.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
90. Eu discuto com os adultos.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
91. Eu magôo as pessoas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
92. Eu gosto de ser malvado(a) com os outros.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
93. Eu não obedeco as regras.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
94. Eu gosto quando deixo as pessoas com medo de mim.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
95. Eu gosto de maltratar animais.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
96. Eu gosto de maltratar outras pessoas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
97. Eu minto.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
98. Eu gosto de enganar as pessoas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
99. Eu quebro coisas quando eu fico brabo (a).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
100. Eu xingo os adultos.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

Total BDBI-Y:

Anexo M – Entrevista com Pais Imaginários

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2015
(Traduzido por R. F. F. Lopes & I. C. R. R. Camilo, 2017)

Levantamento da criança / jovem sobre seu pai / mãe

Código: _____ Data: _____

Sugestão de orientação à criança/ jovem entrevistada:

“Imagine que você é sua mãe ou o seu pai e eu estou realizando uma conversa com seus pais sobre você. Nós então vamos falar sobre a criança que você é, e você responderá como se fosse seu pai ou sua mãe.

Quem você quer ser, mãe ou pai?”

Título: Sr. / Sra. ... [Nome do Pai/Mãe último nome]

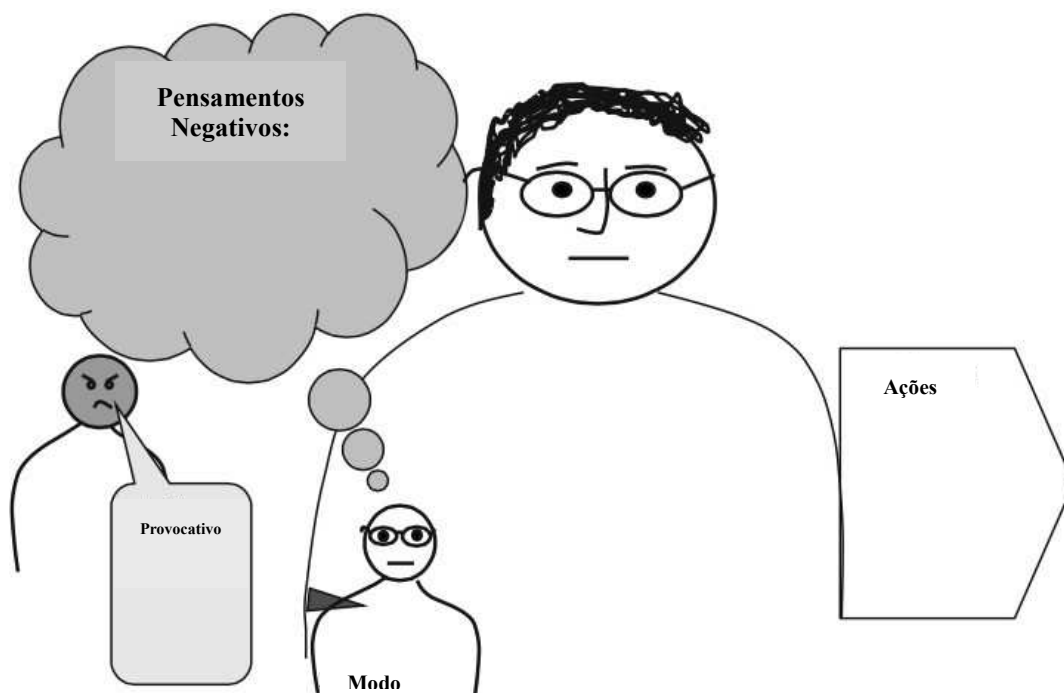
- O que deixa você orgulhoso quando você pensa em ... [nome da criança]?
- O que deixa você preocupado? (com relação a criança ou sobre ela, mas também por outras questões)?
- Que conselho você gostaria de dar ao seu filho?
- O que deveria acontecer na vida do/ a seu/ sua [nome da criança] que deixaria você feliz?
- O que você deu a ... [nome da criança] em seu último aniversário?
- Quando você abraçou ... [nome da a criança] pela última vez?
- O que ... [nome da criança] faz, que deixa você magoado ou irritado?
- O que tem deixado você decepcionado com ... [nome da criança]?
- Onde você vê semelhanças entre você e ... [nome da criança]?
- O que você faz para que ... [nome da criança] cresça / se torne adulta?

Anexo N – Detetive de Esquemas e Modos

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2015
(Traduzido por R. F. F. Lopes & I. C. R. R. Camilo, 2017)

Nome: _____

Data: _____

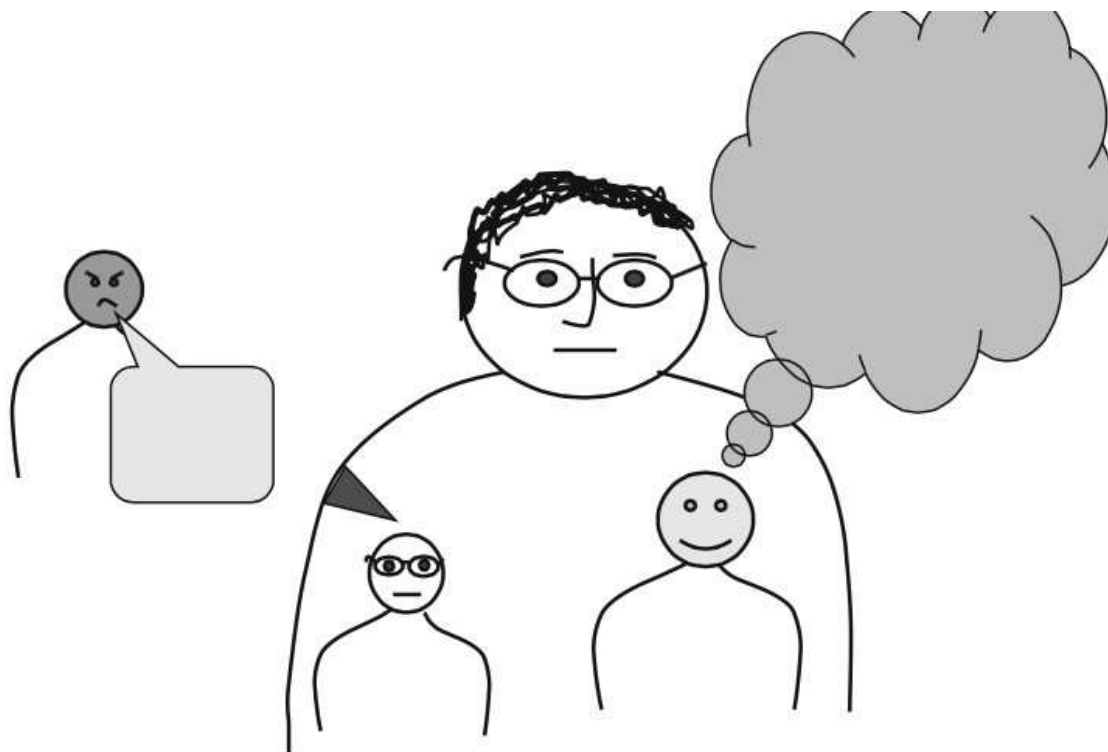
Balões do Detetive para reflexão dos pensamentos negativos

Anexo O – Detetive de Esquemas e Modos

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2015
(Traduzido por R. F. F. Lopes & I. C. R. R. Camilo, 2017)

Nome: _____

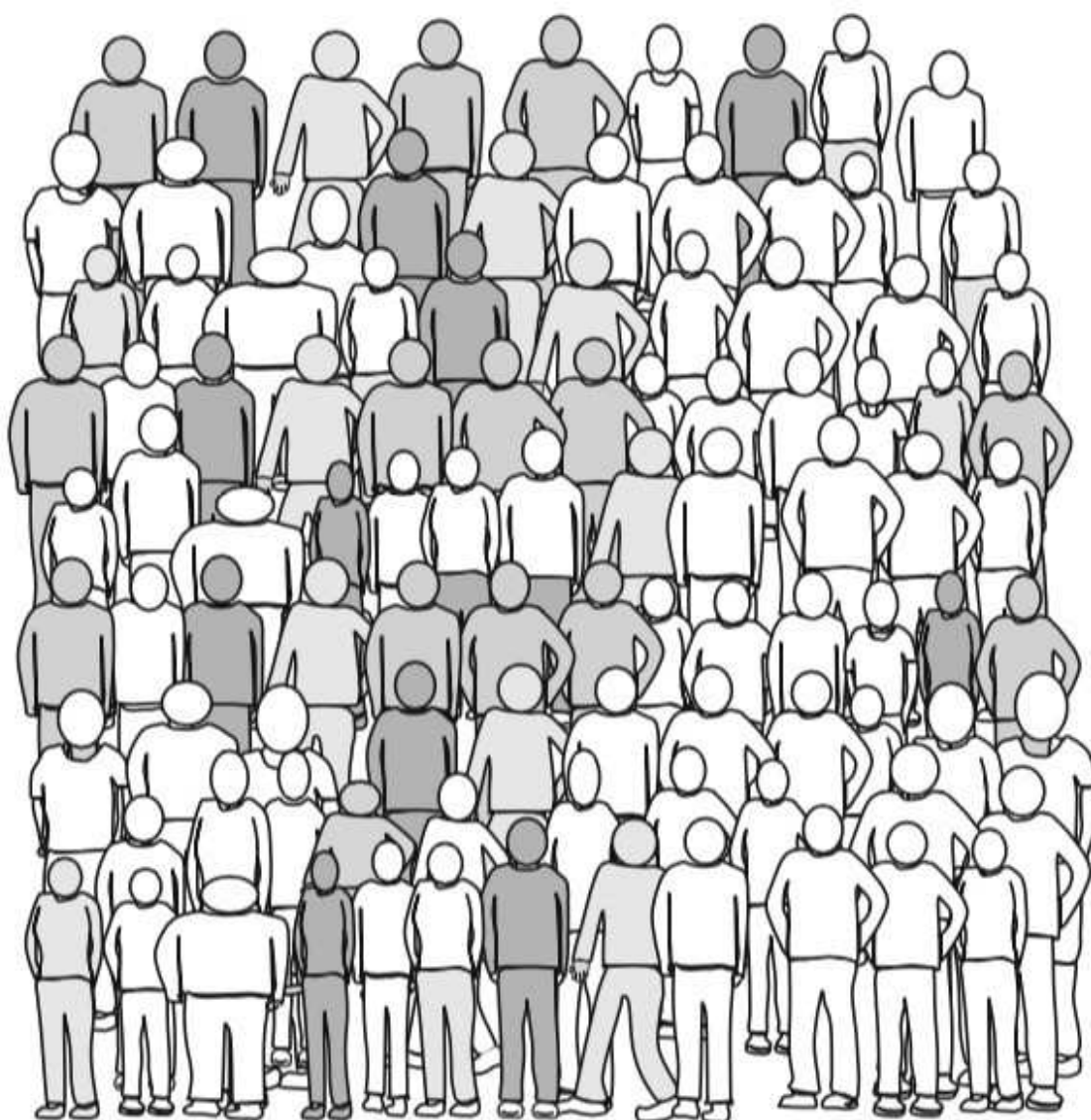
Data: _____

Pensamentos Positivos

Anexo P – Estatística para crianças

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2015
(Traduzido por R. F. F. Lopes & I. C. R. R. Camilo, 2017)

Cada pessoa representada no desenho abaixo, é diferente uma da outra. Mas, também encontraremos nessa representação grupos de pessoas com características ou capacidades semelhantes. Por exemplo, metade pode ser do sexo masculino, e a outra metade do sexo feminino. Identifique nas figuras quantas pessoas podem ter cabelo vermelho e quantas usam óculos.

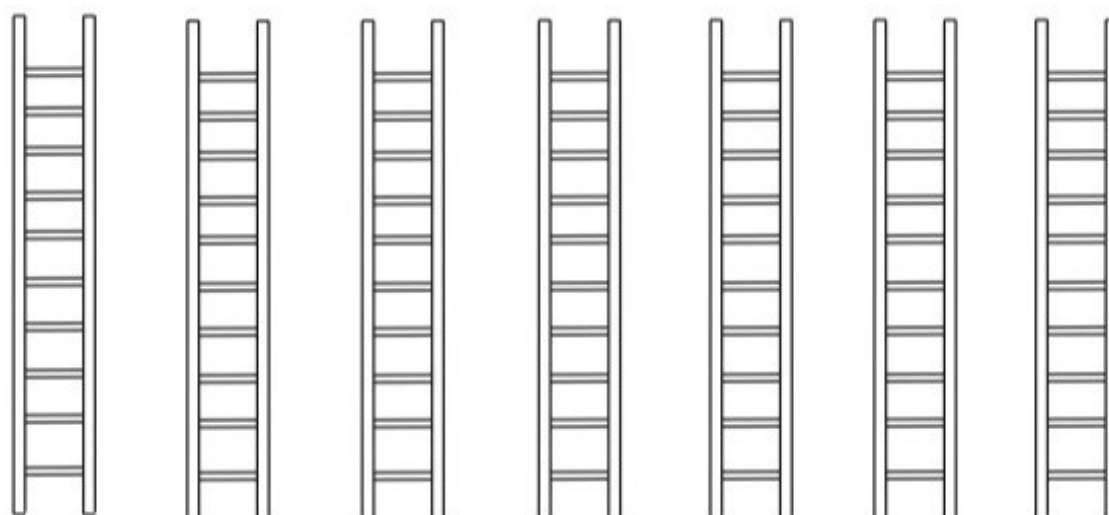
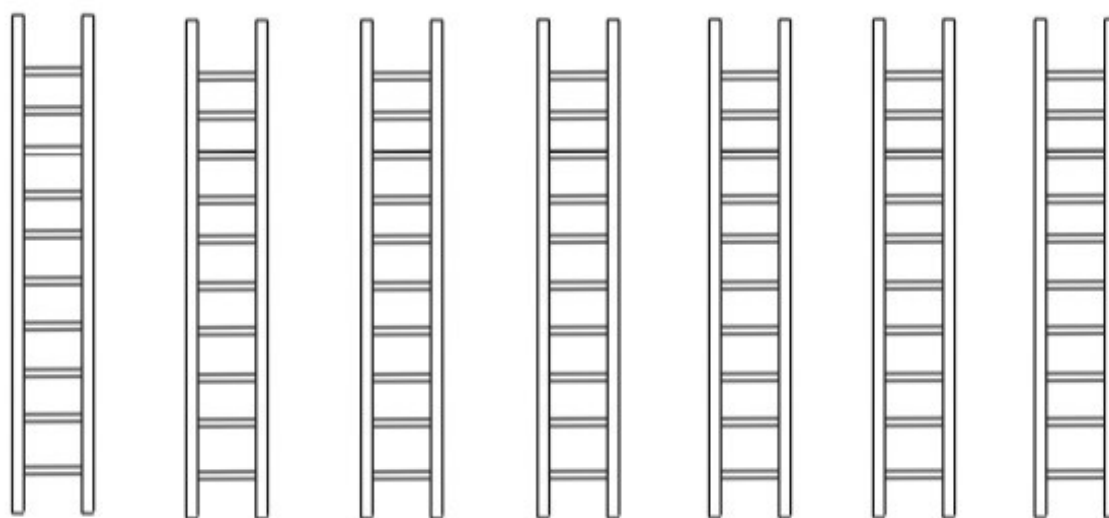


Anexo Q – Escada de pontos fortes e fracos

Desenvolvido por Loose, Graaf & Zarbock, 2015
(Traduzido por R. F. F. Lopes & I. C. R. R. Camilo, 2017)

Meus pontos fortes e fracos

Cada escada representa uma habilidade. Pesquise imagens para suas habilidades, desenhe-as ou cole-as embaixo de cada escada. Temos também uma página logo abaixo com pequenas imagens que lhe servirão de exemplo. O quão bom você tem sido atualmente nessas áreas? Faça uma marca na escada. Quanto mais alto o valor que você indicar, mais habilidoso (forte) você está nesse aspecto. Quanto mais baixo o valor, você estará indicando uma fraqueza.





lê



têm boa aparência



ouve



escreve



canta



pensa



é forte



interpreta bem



joga bola

$$4 + 3 =$$

faz contas



faz amigos

convive bem



enxerga bem



tem idéias



é criativo

