

Samia Cristina Meneses Ribeiro

**Protocolo alemão de terapia do esquema para transtorno obsessivo-compulsivo
infanto-juvenil: conceitos e técnicas**

Uberlândia

2021

Samia Cristina Meneses Ribeiro

**Protocolo alemão de terapia do esquema para transtorno obsessivo-compulsivo
infanto-juvenil: conceitos e técnicas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Psicologia da Universidade
Federal de Uberlândia, como requisito parcial
à obtenção do Título de Bacharel em
Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra Renata Ferrarez
Fernandes Lopes

Uberlândia

2021

Samia Cristina Meneses Ribeiro

Protocolo alemão de terapia do esquema para transtorno obsessivo-compulsivo

infanto-juvenil: conceitos e técnicas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Banca Examinadora

Uberlândia, 27 de outubro de 2021

Profa. Dra Renata Ferrarez Fernandes Lopes (Orientadora)

Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia, MG

Prof. Dr Joaquim Carlos Rossini (Examinador)

Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia, MG

Prof. Dr Ederaldo José Lopes (Examinador)

Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia, MG

Dedico este trabalho aos meus pais pela confiança depositada e por sempre me apoiarem nos meus sonhos, me amarem e por fazerem todo o possível para satisfazer minhas necessidades, me proporcionando uma vida significativa e valorosa. Sem vocês eu não seria o que sou hoje. E ao Paulo, por ser tão presente e companheiro durante toda essa trajetória. Essa conquista é de todos nós!

Agradecimentos

A Deus que sempre me amparou, me fortaleceu e me possibilitou chegar até aqui.

A minha mãe, que me ensina a ser autêntica e a viver de acordo com meus valores, por sonhar junto comigo e estar presente durante toda a minha trajetória estudantil, sempre me apoiando, me acolhendo, me incentivando e me auxiliando a lidar com os desafios.

Ao meu pai, que me ensina a importância da constância e da dedicação, por me apoiar, me compreender e me incentivar nos meus sonhos e estudos, e por sempre acreditar e confiar em meu potencial.

Ao meu companheiro Paulo, por todo auxílio, cuidado, compreensão e suporte em muitos momentos desafiadores e por viver essa jornada comigo com tanto carinho, me apoiando, me incentivando, me ouvindo e me lembrando o quanto sou capaz.

A minha orientadora Renata, a qual tenho grande admiração pela profissional e pessoa que é, pela oportunidade, confiança, carinho, aprendizados, paciência e compreensão.

Ao meu irmão Gabriel, por compartilhar a infância e a vida comigo, pela torcida, respeito e confiança, e por ser essa pessoa generosa que eu sei que posso contar.

Ao meu irmão João Pedro, pela amizade, apoio e carinho, e, principalmente, por me ouvir de forma tão interessada e autêntica, me fazendo querer ser melhor a cada dia.

A minha madrastra Marcinha, por todo afeto, carinho, cuidado e disposição em me auxiliar ao longo da vida, e por acreditar em mim e sempre me incentivar nos meus estudos, independentemente de qual era o objetivo.

Ao meu padrinho André, por todo afeto e incentivo, e por me apoiar, me auxiliar e me acolher em uma época que precisei durante a graduação.

Ao meu padrasto Sérgio, pelos nossos papos inteligentes, pelo carinho, consideração e torcida.

A minha sogra Marlei, pela torcida, respeito e afeição, e por todas as vezes que me ouviu, me incentivou e ficou animada com o meu sonho em clinicar.

A minha cunhada Yasmin, pela amizade, empatia e atenção, e por torcer pelo meu sucesso, demonstrar interesse genuíno e incentivar os meus planos profissionais.

A minha amiga Julia Alves, pela amizade, carinho, torcida, cuidado, acolhimento e apoio durante toda a graduação, por ser minha parceira em tantos momentos, por compartilhar alegrias e angústias comigo e por estar tão presente nessa reta final.

Aos meus amigos Michel e Julia Zago, pelo respeito, amizade, empatia, incentivo, apoio e carinho ao longo do curso, por tudo que vivemos e enfrentamos juntos e por tornarem a graduação mais leve e acolhedora.

A minha amiga Anninha, por sonhar com o título de bacharel junto comigo, mesmo quando nossos sonhos já não eram mais os mesmos, por toda amizade, companheirismo e incentivo ao longo desses onze anos, e por sempre apostar e confiar na minha competência.

Aos professores, Joaquim e Ederaldo por todos os ensinamentos, atenção e carinho durante o curso, e por estarem presentes nesse momento tão especial.

Ao professor Alexandre, por todos aprendizados e por me acompanhar com sabedoria e competência no início da minha prática clínica.

A todo corpo docente e técnico do Instituto de Psicologia, pelos aprendizados, disponibilidade, suporte e atenção.

As minhas sobrinhas Maria Clara e Luiza, por iluminarem minha vida com a espontaneidade, alegria e amor que só as crianças possuem.

A todos meus familiares e amigos, por se alegrarem com as minhas conquistas e sempre me mostrarem o quanto sou capaz.

Minha profunda gratidão a todos que me tocaram e contribuíram com a concretização desse sonho!

CRIANÇA É VIDA

“Criança quer carinho

Criança quer saúde

Chutando uma bola

Ou fazendo um amigo

Criança quer escola

Criança quer abrigo...

... Criança quer sorrir

Criança quer crescer...

Criança quer abraço

Criança quer justiça

Sério ou engraçado

No frio ou no calor

Criança quer cuidado

Criança quer amor

Em qualquer lugar criança quer o quê?

Criança quer sonhar

Criança quer viver”

(Luiz Macedo, Fernando Salem &

Thiago Chasseraux)

Resumo

O tratamento padrão do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em crianças e adolescentes combina terapia cognitivo-comportamental (TCC) com inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRSs). Embora alguns pacientes respondam bem ao tratamento, seu prognóstico é desfavorável e tende a se cronificar. Nesse sentido este trabalho apresenta, a partir de uma tradução e adaptação semântica, conceitos e técnicas de um protocolo desenvolvido para o tratamento do TOC infanto-juvenil pela escola alemã de Terapia do Esquema (TE). O procedimento de tradução e adaptação seguiu as seguintes etapas: (I) tradução do protocolo para o português brasileiro; (II) síntese das traduções; e (III) avaliação da síntese por *expert* em TE infanto-juvenil. O resultado desse procedimento mostrou que o protocolo alemão compreende o TOC a partir do modelo esquemático, envolvendo Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) e Modos Esquemáticos (MEs), e, que sustenta-se na: avaliação e psicoeducação; intervenção terapêutica com o paciente; e orientação de pais/cuidadores. Identificou-se que os principais EIDs ativos em crianças/adolescentes com TOC são: vulnerabilidade ao dano e à doença; vergonha e inadequação; emaranhamento; autossacrifício; padrões inflexíveis; e inibição emocional. Os principais MEs desadaptados são: modo criança vulnerável; o modo pai/mãe crítico-punitivo; o modo pai/mãe exigente; e o modo controlador compulsivo. Percebe-se que o protocolo atua significativamente na qualidade da relação entre o paciente e seus pais/cuidadores e no aperfeiçoamento das práticas de cuidado, o que da perspectiva da teoria do apego pode tornar o estilo de apego da(o) criança/adolescente mais saudável, interferindo positivamente na dinâmica sintomática do transtorno.

Palavras-chave: terapia do esquema; transtorno obsessivo-compulsivo; crianças e adolescentes; psicoterapia.

Abstract

The standard treatment of the obsessive-compulsive disorder (OCD) in children and teenagers matches cognitive behavioral therapy (CBT) with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI). Although some patients respond well to the treatment, the prognosis is unfavorable and tends to crony. In this sense this work shows from a translation and semantic adaptation, concepts and techniques of a protocol developed to the treatment of children and teenagers by the German school of Schema Therapy (ST). The translation and adaptation procedure followed these steps: (I) protocol translation to Brazilian Portuguese; (II) synthesis of translations; and (III) synthesis evaluation by a ST children and teenagers expert. The results of these procedures showed that the German protocol understands the OCD from the schematic model, involving Desadaptative Initial Schemes (DIS) and Schematic Modes (SM), and supports itself in: evaluation and psychoeducation; therapeutic intervention with the patient; and caregivers/parents orientation. It was identified that the main DIS active in OCD's children and teenagers are: damage and disease vulnerability; shame and inadequacy; entanglement; self sacrifice; inflexible standards; and emotional inhibition. The main SM dysfunctions are: vulnerable child mode; father/mother punitive-critical; the father/mother demanding mode; and the compulsive controller mode. It is perceived that the protocol acts significantly in the quality of the relation between the patient and the caregivers/parents and in the improvement of the care practices, what in the attachment theory perspective can become the children/teenager's attachment style healthier, interfering positively in the symptomatic dynamics of the disorder.

Keywords: schema therapy; obsessive-compulsive disorder; children and teenagers; psychotherapy.

Sumário

Introdução.....	10
Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	10
Terapia do Esquema Alemã.....	12
Método.....	16
Etapas do Processo de Tradução e Adaptação do Protocolo.....	17
I) Tradução do Protocolo para o Português Brasileiro.....	17
II) Síntese das Traduções.....	18
III) Avaliação da Síntese por Expert em TE Infanto-juvenil.....	18
Desenvolvimento.....	18
Principais EIDs no Desenvolvimento e Manutenção do TOC Infanto-juvenil.....	18
Modos Esquemáticos e Dinâmica Sintomática do TOC.....	24
Como Abordar os EIDs e MEs Envolvidos no TOC na TE Infanto-juvenil.....	28
Protocolo de Tratamento do TOC Infanto-juvenil da TE Alemã.....	32
Avaliação Psicológica e Psicoeducação.....	33
Intervenção Terapêutica com o Paciente.....	37
Orientação de Pais/Cuidadores.....	41
Considerações Finais.....	45
Referências.....	48

Introdução

Transtorno Obsessivo-compulsivo

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e/ou de compulsões que geram grande sofrimento para o indivíduo. As obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos e indesejados que invadem de forma persistente e frequente o campo mental do indivíduo mesmo sob sua resistência, provocando uma elevada carga ansiogênica. Perante tais obsessões e ao medo despertado por elas, algumas pessoas com TOC se sentem obrigadas a executarem determinados comportamentos repetitivos ou atos mentais, que são as compulsões, para neutralizar ou reduzir a ansiedade experimentada com a intrusão das ideias ou impulsos obsessivos. Há também os casos de pessoas com TOC que realizam as compulsões, norteadas por regras rígidas e irrealistas, para evitar situações temidas, como por exemplo a crença de contaminação por uma doença grave ou a ideia de uma catástrofe iminente consigo mesmo ou com outra pessoa. Além disso, é necessário destacar que as compulsões não causam prazer ao indivíduo, apesar de diminuir momentaneamente a tensão vivenciada, e que sua ação, seja cognitiva ou comportamental, é desconectada da realidade ou extremamente exagerada em relação a mesma (American Psychiatric Association [APA], 2014).

É possível que indivíduos sem o TOC em algum momento da vida tenham experimentado sintomas semelhantes aos obsessivos-compulsivos, que não são tão frequentes, persistentes, severos e/ou disfuncionais como os causados pelo transtorno. Desse modo, para o diagnóstico de TOC ser dado, os sintomas devem impactar de forma expressiva a vida do indivíduo, seja ocupando grande parte do seu tempo ao decorrer do dia, por exemplo mais de uma hora, ou provocando sofrimento significativo ou prejudicando seu funcionamento em uma ou mais esferas importantes da vida (APA, 2014; Loose & Zarbock, 2015).

Os sintomas característicos (obsessões e compulsões), geralmente possuem conteúdos relacionados à: obsessão com contaminação e compulsão por limpeza; obsessões-compulsões envolvendo simetria, ordem, contagem e repetição; obsessão com danos e compulsão por verificação; ideias obsessivas e compulsões envolvendo tabus e proibições ligadas à agressões, questões sexuais e/ou religiosas; pensamentos obsessivos-compulsivos referentes à acumulação e a coleta compulsiva (APA, 2014). Entre esses conteúdos, as compulsões mais recorrentes são aquelas associadas à limpeza e a contaminação, sendo muito comum em pessoas com TOC atos compulsivos ligados à lavagem e a limpeza excessiva, que em algumas circunstâncias são acompanhados de compulsão por controle, ordem e repetição. Já as ideias obsessivas mais frequentes referem-se ao receio de contaminação, poluição e envenenamento, ou possuem ligação ao medo de provocar mal a alguém ou a si mesmo devido aos pensamentos obsessivos agressivos frequentes (APA, 2014; Loose & Zarbock, 2015).

O TOC é um transtorno de origem multifatorial (modelo diátese-estresse) que acomete todas as faixas etárias, sendo um transtorno mental comum na infância e adolescência (Jensen et al., 2020; Loose & Zarbock, 2015). De acordo com Fontenelle et al. (2006) citado por Braga e Vivan (2015) ele tem prevalência de até 4% nessa população, e atinge uma taxa um pouco mais elevada nos meninos, provavelmente porque os sintomas do TOC tendem a começar mais cedo nos indivíduos do sexo masculino. Além disso, o início dos sintomas se dá, em média, por volta dos 13,6 anos em meninas e 13,2 anos em meninos, apesar de haver vários casos de TOC em crianças mais jovens e de estudos apontarem que 50% dos pacientes adultos relatam que já possuíam sintomas do transtorno quando eram crianças (Diler & Avci, 2002; Miguel et al., 2008; citados por Braga & Vivan, 2015).

Geralmente o tratamento no TOC pediátrico combina terapia cognitivo comportamental (TCC) com a administração de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) (Jensen et al., 2020; Masi et al., 2005). Alguns estudos indicam que esse

tratamento combinado apresenta melhores resultados quando aplicado a longo prazo, porém tais conclusões exigem mais estudos de evidência, pois essas pesquisas possuem amostras e metodologias muito distintas (Jensen et al., 2020). Apesar de alguns pacientes jovens responderem bem a esse tratamento, o curso do TOC tende a ser crônico e seu prognóstico desfavorável, e uma das possíveis explicações para isso está relacionada ao diagnóstico precário e ao início tardio do tratamento, o que é bem provável de ocorrer tendo em vista que muitas “crianças pequenas podem não ser capazes de enunciar os objetivos desses comportamentos ou atos mentais” (APA, 2014, p. 237), além de que muitas crianças e adolescentes ocultam seus sintomas o máximo possível, supostamente por causa do sentimento de culpa e por vergonha do conteúdo de seus pensamentos obsessivos. Outros aspectos associados ao prognóstico desfavorável e a baixa resposta aos tratamentos são presença de comorbidades, evitação severa, *insight* pobre, sintomas obsessivos-compulsivos mais agravados, maior comprometimento do funcionamento da criança e do adolescente e suporte familiar precário (Jensen et al., 2020; Loose & Zarbock, 2015).

As taxas de comorbidades ao TOC pediátrico, assim como no adulto, são muito elevadas, os transtornos comórbidos mais frequentes são: transtornos de ansiedade (13-75%); transtornos depressivos (8-73%); transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) transtorno de oposição desafiante (TOD) (10-53%); transtornos de tiques (13-60%); e transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TOCP) (11-15%) a partir da adolescência (Loose & Zarbock, 2015).

Terapia do Esquema Alemã

Apesar da TCC clássica ser a modalidade psicoterapêutica indicada para os casos de TOC pediátrico, muitas crianças e adolescentes ainda possuem prognóstico desfavorável e não respondem tão bem ao tratamento (Jensen et al., 2020). Nesse sentido, uma outra

alternativa que vem sendo utilizada no atendimento do público infanto-juvenil é a terapia do esquema (TE), que é uma abordagem cognitiva comportamental de terceira geração, e que tem se desenvolvido bastante na Alemanha, com ênfase para o tratamento de crianças e adolescentes com transtornos psicológicos graves e crônicos (Lopes et al., 2014).

A TE foi concebida no início dos anos 1990 por Jeffrey Young, para atender adultos com transtornos de personalidade que respondiam de forma limitada à TCC clássica, já que geralmente possuem rigidez psicológica, evitação severa, pouca motivação para o tratamento e dificuldades interpessoais significativas que dificultam no estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa. Tendo isso em vista, a TE propõe uma abordagem inovadora e integrativa, que engloba técnicas cognitivas, comportamentais, emocionais/experienciais e interpessoais, que se fundamentam em elementos das terapias cognitivos comportamentais, da gestalt terapia, da psicanálise, da teoria do apego, do construtivismo e da teoria das relações objetais (Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008), a TE parece ser uma abordagem promissora devido ao seu caráter sistêmico e integrativo, principalmente para casos crônicos e/ou severos, como também para diversas modalidades terapêuticas como a aplicada à clínica psicológica infanto-juvenil, inclusive para o TOC (Loose & Zarbock, 2015; Lopes et al., 2014; Rijo & Wainer, 2019).

Para compreender a TE é preciso destacar alguns conceitos, tais como: esquemas iniciais; domínios esquemáticos; necessidades emocionais básicas; e modos esquemáticos. Os esquemas iniciais são padrões cognitivos e emocionais que são constituídos majoritariamente durante a infância e a adolescência, a partir da interação entre: temperamento emocional da criança/adolescente (fator genético); características dos relacionamentos estabelecidos com as pessoas significativas de sua vida, como os cuidadores; e nível de satisfação de suas necessidades emocionais básicas em cada etapa do desenvolvimento. Esses esquemas interferem no modo como o indivíduo compreende a si mesmo, o mundo e os outros, e podem

ser adaptados ou desadaptados. Deste modo, o foco da TE se concentra nos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), porque a partir deles o indivíduo passa a ter certas expectativas cognitivas e emocionais rígidas e distorcidas, que em determinadas situações podem resultar em respostas cognitivas, emocionais e comportamentais disfuncionais (Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008).

Young et al. (2008) postula a existência de dezoito EIDs, que são, respectivamente, distribuídos em cinco domínios esquemáticos: desconexão e rejeição; autonomia e desempenho prejudicados; limites prejudicados; orientação para o outro; e supervigilância e inibição. Cada um desses domínios faz referência a uma das cinco necessidades emocionais básicas que devem ser supridas ao longo do desenvolvimento, e que, muito provavelmente, não foram atendidas adequadamente pelos cuidadores ou pelos pares da criança. As necessidades emocionais básicas que devem ser satisfeitas durante o desenvolvimento infantil são: aceitação, conexão e pertencimento; senso de autonomia e competência adequada; limites realistas; respeito aos seus desejos e inclinações; e, expressão emocional legítima (Rijo & Wainer, 2019).

Um outro conceito muito importante da TE é o conceito de modo esquemático (ME), que, de acordo com Young et al. (2008) “são os estados emocionais e respostas de enfrentamento - adaptativos e desadaptativos - que vivenciamos a cada momento” (p. 48). Assim o ME representa como se dá o funcionamento global do indivíduo numa circunstância específica, sendo constituído pela ativação de diversos esquemas iniciais adaptativos ou desadaptativos simultaneamente e por um estilo de enfrentamento. A TE identificou, inicialmente, dez MEs: criança feliz, criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva, pai/mãe crítico-punitivo, pai/mãe exigente, capitulador complacente, protetor desligado, hipercompensador e adulto saudável (Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008).

A TE tem sido bastante difundida na Alemanha, de modo que os psicólogos alemães representam a maioria dos integrantes da *Internationalen Schematherapie-Gesellschaft* (ISST) (Lopes et al., 2014). De acordo com Loose et al. (2013) citado por Lopes et al. (2014) a escola alemã valoriza muito o enfoque no desenvolvimento humano dado pela TE, propondo um modelo interacionista entre fatores genéticos e ambientais, além de promover um rico arsenal de técnicas de intervenções cognitivas, comportamentais e vivenciais para crianças e adolescentes, que atuam significativamente na qualidade das relações interpessoais, especialmente com as figuras parentais e com os pares (Lopes et al., 2014).

Os protocolos alemães de TE voltados para a terapia infantil dão ênfase ao conceito de ME, tendo em vista que eles surgem em dado momento como uma forma de lidar com a frustração de alguma necessidade emocional que não foi atendida e porque são mais fáceis de serem compreendidos pelas crianças, diferentemente dos EIDs. Desta forma, um dos pilares do processo psicoterapêutico é o trabalho com os modos, no qual a criança é ensinada a identificar o(s) seu(s) ME(s) em certo instante, para a partir daí ela poder desenvolver formas mais funcionais de lidar com seu(s) ME(s). Nesse sentido, o psicoterapeuta apresenta a criança/adolescente os modos de forma adaptada ao seu desenvolvimento cognitivo, ensina ela(e) a identificar os modos em si, a(o) incentiva a nomeá-los e auxilia no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptadas perante as frustrações e/ou conflitos que ativem o ME (Lopes et al., 2014).

Além de trabalhar com a criança os MEs, a TE atua também com os pais ou cuidadores, por meio do *coaching* dos esquemas. No que tange a orientação de pais é investigado os EIDs e MEs dos pais/cuidadores e até mesmo dos avós da criança. Buscando identificar as possíveis necessidades básicas que não foram atendidas adequadamente e se há padrões familiares semelhantes, ou seja, se há EIDs e MEs transgeracionais. Isso é importante pois os EIDs e MEs dos pais/cuidadores podem fazer um conluio com os das crianças e

atrapalhar o processo terapêutico (Lopes et al., 2014). A partir disso, os pais/cuidadores também são ensinados a “reconhecerem as necessidades emocionais das crianças e a intervirem nos comportamentos inadequados causados pelos EIDs em formação” (Lopes et al., 2014, p. 97).

No geral, a TE infantil envolve seis etapas consecutivas, que são respectivamente: criação de um vínculo estável entre terapeuta e paciente; construção da motivação da criança/adolescente para a mudança; psicoeducação sobre esquemas e modos; diagnóstico do esquema e do modo; escolha, planejamento e condução de métodos para mudança de acordo com a TE para crianças; e, consolidação do sucesso (Loose, 2011 citado por Lopes, 2014).

Percebe-se que a escola alemã de *Schematherapie* propõe um modelo psicoterapêutico voltado para o atendimento de crianças e adolescentes bastante abrangente, por meio de etapas e técnicas que visam tanto os aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais do paciente, quanto suas relações interpessoais (Lopes et al., 2014). Nesse sentido, a TE pode ser uma alternativa terapêutica para o caso de crianças e adolescentes com TOC severo, assim como tem sido evidenciado no caso de adultos com TOC crônico e grave (Basile et al., 2017; Loose & Zarbock, 2015). Desta forma, o objetivo do presente trabalho é realizar a tradução e adaptação semântica do protocolo voltado para o tratamento do TOC infanto-juvenil desenvolvido pela escola alemã de TE.

Método

O processo de adaptação transcultural de instrumentos psicológicos de intervenção é complexo, pois além da tradução de seu conteúdo, é preciso se ater às questões culturais, contextuais, semânticas e linguísticas envolvidas nesse processo, para que o mesmo possa ser adequado para o novo contexto linguístico e possa ser utilizado sem prejuízo da população. Desta forma, é necessário que a adaptação seja realizada de forma estruturada resguardando

certos parâmetros de qualidade. A primeira versão da adaptação transcultural é realizada em três etapas consecutivas: tradução do instrumento psicológico para o novo idioma; síntese das versões traduzidas; e, avaliação da síntese por *experts* (Borsa et al., 2012).

Na primeira etapa da adaptação o instrumento é traduzido do idioma de origem para o idioma da população a qual se destina. Essa tradução não deve ser literal, para não gerar um texto incoerente no idioma-alvo. Assim, de acordo com Borsa et al. (2012) a “tradução adequada requer um tratamento equilibrado de considerações linguísticas, culturais, contextuais e científicas sobre o construto avaliado” (p. 424). Ademais, é recomendado que pelo menos duas pessoas traduzam de forma independente o texto original, para diminuir possíveis vieses. Após a tradução, vêm a etapa da síntese, na qual as traduções são comparadas e avaliadas para reduzir e sanar “suas discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, com o objetivo de se chegar a uma versão única” (Borsa et al., 2012, p. 425). Na sequência, a síntese é submetida a etapa da avaliação por *experts* da área que avaliam vários aspectos referentes à sua adequação ao contexto a que se destina e à temática de que se trata, examinando principalmente se as instruções e expressões do texto estão de acordo com os aspectos teóricos e com o público-alvo (Borsa et al., 2012).

Nesse sentido, o protocolo desenvolvido pela escola alemã de TE destinado ao tratamento do TOC infanto-juvenil, foi traduzido e adaptado para o tratamento da população brasileira-alvo nas seguintes etapas: (I) tradução do protocolo para o português brasileiro; (II) síntese das traduções; e (III) avaliação da síntese por *expert* em TE infanto-juvenil.

Etapas do Processo de Tradução e Adaptação do Protocolo

1) Tradução do Protocolo para o Português Brasileiro

Nesta etapa o protocolo foi traduzido da língua alemã para a língua portuguesa brasileira, pelas pesquisadoras de forma independente, resultando em duas versões.

II) Síntese das Traduções

Após as traduções, as pesquisadoras se reuniram para comparar e avaliar as duas versões, buscando eliminar equívocos e divergências semânticas, linguísticas, conceituais e contextuais. Através desse processo de avaliação e comparação realizaram a síntese das versões traduzidas, resultando numa tradução adaptada para o contexto brasileiro.

III) Avaliação da Síntese por Expert em TE Infanto-juvenil

Com a síntese da tradução pronta, a pesquisadora que é *expert* em TE infanto-juvenil, analisou cuidadosamente o protocolo traduzido, verificando a conformidade aos pressupostos teóricos da escola da TE alemã em relação aos aspectos contextuais da população brasileira.

Desenvolvimento

Principais EIDs no Desenvolvimento e Manutenção do TOC Infanto-juvenil

Tendo em vista que o TOC tem origem multifatorial, é importante considerar os diversos fatores envolvidos no seu desenvolvimento e manutenção, como os fatores neurobiológicos, genéticos, socioemocionais, cognitivos e familiares. Quanto aos aspectos neurobiológicos, uma hipótese é de que há alterações no circuito orbitofrontal-subcortical (também conhecido como circuito córtico-estriado-tálamo-cortical) que possam estar envolvidas na gênese do transtorno (Fernandes & Carvalho, 2016; Savahali & Ahmadiani, 2019). Além disso, parece haver uma interação entre vulnerabilidades biológicas, como alguma doença infecciosa contraída na infância, e traços temperamentais, e estressores psicossociais considerados fatores de risco (indicados na Tabela 1), que em conjunto são capazes de acarretar em anormalidades pré-mórbidas (Döpfner & Goletz, 2013; Loose & Zarbock, 2015).

Tabela 1

Fatores de risco familiares e anormalidades pré-mórbidas em pacientes obsessivo-compulsivos

Fator de risco familiar	Anormalidade pré-mórbida
Comportamento parental superprotetor	Ansiedade
Expectativas de alto desempenho	Depressão
Crítica emocional frequente	Retraimento social
Experiências de separação	Orientação normativa excessiva
	Senso de responsabilidade exagerado
	Perfeccionismo

A Tabela 1, baseada em Loose e Zarbock (2015), indica os fatores de risco familiares e as anormalidades pré-mórbidas em pacientes jovens obsessivos-compulsivos.

A TE alemã compreende que esses fatores de risco e os eventos críticos experienciados na infância e adolescência, associados com o temperamento do indivíduo e com a história de aprendizagem/modelagem da criança, podem resultar em EIDs que estariam envolvidos no desenvolvimento e manutenção do TOC infanto-juvenil. Assim, frente à determinada situação ou estímulo a criança ou adolescente interpretaria tais eventos com base em um ou mais EIDs, levando-o a processá-lo como intensamente aversivo, resultando em interpretações e expectativas distorcidas, bem como em respostas emocionais e autoavaliações negativas. Nesse sentido, a prática clínica tem demonstrado que os pacientes com TOC, geralmente: a) possuem o senso de autocrítica exacerbado (julgar-se moralmente inferior e/ou mau a partir do conteúdo dos seus pensamentos obsessivos); b) conferem a eles mesmos uma responsabilidade exagerada e irracional (sentem-se profundamente responsáveis pelos seus

pensamentos, por alguma possível catástrofe e/ou desenvolvimento de doença grave); c) se preocupam muito em agir de acordo as normas (acreditam que se fizerem algo errado alguma catástrofe ou dano irá acontecer) ao passo que também possuem dúvidas sobre a execução das regras/normas (preocupação excessiva com o que de fato é certo, para não errar e não sofrer nenhum dano); d) possuem dificuldades com sua regulação emocional (apresentando a compulsão como estratégia desadaptativa para regular as emoções negativas); e) tendem a ser perfeccionistas (obsessões com ordem e com tudo cuja finalidade seja agir perfeitamente); f) são controladores (controle excessivo sobre si e sobre os outros, para evitar possível dano e/ou catástrofe) (Loose & Zarbock, 2015). Seis EIDs são comuns em crianças e adolescentes com TOC, os quais são apresentados na Figura 1 (Loose & Zarbock, 2015).

Figura 1

Principais EIDs presentes no TOC infanto-juvenil



A Figura 1 aponta os principais EIDs presentes em crianças e adolescentes com TOC.

No EID de vulnerabilidade ao dano a pessoa tem um medo exagerado de ser atingida por uma catástrofe iminente e inevitável (Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008). Frequentemente, esse EID está ligado a medos de situações relacionadas a questões de saúde, ansiedade quanto às respostas emocionais e/ou catástrofes naturais (Rijo & Wainer, 2019). Nesse sentido, o EID de vulnerabilidade pode estar envolvido na ocorrência dos sintomas do TOC associados à limpeza, tendo em vista que, geralmente, nessa manifestação do transtorno a criança tem uma crença irrealista de que é vulnerável a germes e pode contrair uma doença a qualquer momento.

Já no EID de vergonha e inadequação há um sentimento de que se é defeituoso, indesejado, inferior e não merecedor de amor. Indivíduos com esse esquema normalmente se sentem extremamente criticados, rejeitados e inseguros, e tendem a super dimensionar aquilo que acredita ser um defeito seu, acreditando que se as pessoas os conhecerem como de fato são não serão amados (Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008). É possível que esse EID esteja relacionado aos pensamentos obsessivos com conteúdo de ordem moral, associados a pensamentos que envolvem comportamentos considerados tabus ou violentos, e que devido a esse EID a criança dá grande importância a essas obsessões e se sente envergonhada, inadequada, mau, moralmente inferior e não merecedora de amor.

De acordo com Young et al. (2008) a pessoa com EID de autossacrifício foca de forma excessiva na satisfação das necessidades dos outros em detrimento das suas. Geralmente agem assim para “não causar sofrimento a outros, evitar culpa por se sentir egoísta, ou manter a conexão” (Young et al., p. 30, 2008). É possível que o esquema de autossacrifício atue em conjunto com o esquema de vulnerabilidade nas compulsões por limpeza, de modo que a criança acredita e sente que é responsável pelo bem-estar dos outros e que se acontecer com alguém querido algum dano (como uma infecção for contraída) será sua culpa, impelindo-a à realização dos rituais.

O indivíduo com EID de emaranhamento está envolvido emocionalmente e intimamente com um ou mais indivíduos de forma exagerada, tendo sua individualidade, identidade e funcionamento social prejudicados. Com isso, ele frequentemente se sente fundido com o outro ou sufocado, além de sentir que necessita do outro para sobreviver e ser feliz, podendo sentir também um grande vazio. Em muitos casos, a pessoa está emaranhada com um ou com os dois pais/cuidadores (Young et al., 2008). Assim, é possível que esse EID atue na manutenção do TOC infanto-juvenil por meio do pensamento e do sentimento que a criança tem de falta de controle da própria vida e de estar à mercê dos outros, de modo que os rituais de lavagem e de ordem estariam relacionados com uma tentativa de experimentar algum grau de controle em sua própria vida frente a experiência de emaranhamento.

No EID de padrões inflexíveis há uma “crença subjacente de que se deve fazer um grande esforço para atingir elevados padrões internalizados de comportamento e desempenho, via de regra para evitar críticas” (Young et al., 2008, p. 31). Devido a isso, a pessoa com esse esquema geralmente se sente constantemente pressionada ou com dificuldades de relaxar, e é extremamente crítica consigo mesmo e com os outros, causando prejuízos no seu bem-estar, na sua saúde, na experiência de realização e de prazer e nos seus relacionamentos (Young et al., 2008). Nesse sentido, é possível que o EID de padrões inflexíveis se manifeste nas crianças e adolescentes com TOC sob a forma de perfeccionismo patológico e de controle excessivo, pois a possibilidade de errar ou de fazer algo que possa provocar algum dano é intolerável para elas, atuando assim na manutenção de obsessões e compulsões de limpeza, de ordem e até mesmo numa tentativa de controlar o comportamento dos outros, por exemplo, quando a criança com TOC impõe aos outros que se lavem antes de lhe tocar (Loose & Zarbock, 2015).

A pessoa com EID de inibição emocional retrai excessivamente sua espontaneidade por medo da desaprovação dos outros, inibindo fortemente suas ações, suas palavras e seus

sentimentos, mantendo assim um alto controle dos impulsos e enfatizando excessivamente a racionalidade (Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008). Deste modo, é provável que o esquema de inibição emocional torne a criança e o adolescente com TOC mais rígidos consigo mesmo, de modo que seus pensamentos obsessivos são compreendidos de forma mais negativa que o habitual e para lidar com a ansiedade provocada eles utilizem os rituais, como os de lavagem, para aliviar a tensão.

Loose e Zarbock (2015) ressaltam que além desses EIDs que atuam no desenvolvimento e manutenção do TOC infanto-juvenil há também os processos esquemáticos (PEs), que são estilos de enfrentamento do indivíduo que são acionados em resposta à ativação dos EIDs. Esses PEs provavelmente foram adaptativos em algum momento da vida do indivíduo, contudo sua generalização e seu uso prolongado no tempo os tornam desadaptativos, por não levarem em consideração às mudanças no contexto e por perpetuarem os EIDs, já que muitas vezes eles evitam que o indivíduo entre em contato com as emoções oriundas da ativação dos mesmos. Há três tipos de PEs: resignação do esquema; evitação do esquema; e, hipercompensação do esquema (Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008).

Na resignação do esquema, a pessoa não luta e nem evita o esquema, mas mantém comportamentos e cognições disfuncionais que reforçam o esquema, acabando por sentir o sofrimento emocional do esquema e buscando, sem perceber, situações que tendem a confirmar o EID (Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008). Neste caso, é possível perceber a resignação nas crianças com TOC que possuem somente sintomas obsessivos e que não oferecem resistência a esses pensamentos ou imagens mentais, demonstrando assim uma resignação aos EIDs associados às obsessões.

Na evitação do esquema o indivíduo procura não entrar em contato com as emoções e cognições ligadas ao EID por meio de estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais (Rijo

& Wainer, 2019; Young et al., 2008). No TOC, a evitação do esquema é manifestada, especialmente, nas compulsões, que, geralmente, possuem como base comportamentos considerados adaptados, como organizar, lavar, controlar e se preocupar, mas que são extremamente exagerados e descontrolados no TOC, e que são realizados para aliviar e evitar as emoções aversivas oriundas dos EIDs ativados naquele instante. Nesse sentido, uma criança com um EID de vulnerabilidade ativado e que acredita que contrairá uma doença, pode lavar a mão compulsivamente. Porém, essa estratégia de enfrentamento é desadaptativa, pois a compulsão tende a se manter por reforço negativo, prejudicando o funcionamento da criança e lhe causando sofrimento mesmo que experimente alívio momentâneo (Loose & Zarbock, 2015).

Já na hipercompensação do esquema, a pessoa tenta compensar e lutar contra o EID através de pensamentos, sentimentos e comportamentos que demonstram o oposto do seu conteúdo (Young et al., 2008). Esse estilo de enfrentamento é usado quando a criança ou adolescente com TOC lida com o medo decorrente dos EIDs presente nas obsessões, por meio de estratégias agressivas, como em casos que a criança ou o adolescente tenta controlar excessivamente o comportamento dos pais, exigindo através de um comportamento característico de arrogo mimado, que eles lavem suas roupas em outra máquina de lavar temendo a contaminação (Loose & Zarbock, 2015).

Modos Esquemáticos e Dinâmica Sintomática do TOC

O conceito de ME é muito utilizado na TE alemã infanto-juvenil, pois é compreendido com mais facilidade pelas crianças, ao contrário do conceito de esquema que é mais abstrato e incompreensível em determinados estágios do desenvolvimento infantil. Devido a isso, os MEs são bastante explorados na terapia infanto-juvenil como estado do *self*, um “lado” que a

criança/adolescente possui e que pode identificar com base nos comportamentos e na nomeação das próprias experiências em dado momento (Bizinoto, 2015; Lopes et al., 2014).

Os modos são acionados por circunstâncias externas ou internas que resultam na ativação de determinados esquemas e respostas de enfrentamento, que em conjunto se expressam como um ME, que se diferencia dos demais modos por seus pensamentos, sensações, sentimentos e comportamentos típicos. As pessoas mais comprometidas psicologicamente cambiam (transitam) de um modo ao outro muito rapidamente ou em alguns casos permanecem muito tempo no mesmo modo de forma indiscriminada (mesmo que o ME seja desadaptativo naquele contexto), além de terem mais dificuldade de transitar para um modo adaptativo. Nesse sentido, um dos objetivos do terapeuta na TE é auxiliar o paciente a reconhecer os seus modos típicos e alterar de um ME-estado desadaptativo para um adaptativo (Lopes et al., 2014; Young et al., 2008).

Na TE alemã voltada para o tratamento do TOC infanto-juvenil o terapeuta aborda com o paciente, durante a fase de psicoeducação os seguintes MEs: o modo pai/mãe crítico-punitivo/exigente; o modo criança vulnerável, enquanto modos desadaptados; e o modo inteligente (corresponde ao modo adulto saudável dos adultos); o modo criança feliz enquanto modos adaptados. Em casos de TOC em que há sintomas obsessivos-compulsivos ligados à limpeza, pode ser apresentando também o modo controlador exagerado (modo que se caracteriza pela estratégia de enfrentamento desadaptada de hipercompensação) (Loose & Zarbock, 2015). Porém, é necessário ressaltar, que dependendo das experiências biográficas do paciente outros MEs podem ser identificados na dinâmica do TOC infanto-juvenil, o que deve ser avaliado e investigado pelo psicoterapeuta na conceitualização de cada caso (Loose & Zarbock, 2015; Lopes et al., 2014; Young et al., 2008).

Ademais, a dinâmica sintomática do TOC é mantida pela atuação conjunta do modo criança vulnerável, do pai/mãe crítico-punitivo/exigente, do controlador exagerado e

possivelmente de outros MEs, os quais são acionados sequencialmente, dependendo das circunstâncias em curso, como por exemplo o modo criança zangada, e sustentam por reforço negativo os sintomas do TOC. Devido a isso, a TE infanto-juvenil visa promover e fortalecer os modos adaptados (modo criança feliz e modo inteligente), para que a dinâmica de manutenção do TOC seja enfraquecida (Loose & Zarbock, 2015).

O modo criança vulnerável é um dos MEs que possui mais EIDs ativos (abandono, desconfiança/abuso; privação emocional; defectividade/vergonha; isolamento social; dependência; vulnerabilidade ao dano; emaranhamento e pessimismo), nele a(o) criança/adolescente tende a se sentir desamparado por não ter suas necessidades emocionais atendidas, com isso, quando o ME está acionado o paciente se sente assustado, vulnerável, abandonado, rejeitado e triste, como se fosse uma criança abandonada e menosprezada (Bizinoto, 2015; Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008). Nesse sentido, é possível que este modo esteja ativo quando a criança com TOC tem seu pensamento invadido por uma obsessão e se sente extremamente vulnerável ao dano, como quando toca numa maçaneta e pensa que pode se infectar com algum patógeno que provoca uma doença grave (Loose & Zarbock, 2015).

Um modo que costuma ser ativado em resposta ao modo criança vulnerável é o modo pai/mãe crítico-punitivo/exigente, que é desadaptado e extremamente nocivo à criança/adolescente com TOC (Loose & Zarbock, 2015). Geralmente ele possui conexão com os aspectos críticos dos pais/cuidadores que foram internalizados pela criança, assim, quando ele está ativo a pessoa tende a ser extremamente punitiva, crítica, intolerante e agressiva consigo mesma, punindo-se e criticando-se por buscar o atendimento de suas necessidades, pelos seus erros, e pelos seus sentimentos, pensamentos e comportamentos que considera inadequados, experimentando muita culpa (Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008). Tendo isso em vista, a criança que está se sentindo vulnerável, em função da ativação do respectivo modo, após

tocar na maçaneta irá acionar os modos pais/cuidadores críticos que irão gerar uma tensão intrapsíquica, recriminando e punindo a criança duramente por ter tocado na maçaneta que a criança presume estar “contaminada”.

Após a experiência das autocríticas e punições do modo pai/mãe crítico-punitivo, um dos modos que pode vir a ser acionado no paciente com TOC infanto-juvenil é o modo controlador exagerado. Esse modo lida com a tensão gerada pelo embate entre o pai/mãe crítico-punitivo e a criança vulnerável por meio de estratégias de controle exacerbadas de si, por meio de lavagens sucessivas após o contato com a maçaneta, ou dos outros, por meio da imposição de determinadas regras a eles, como quando determina que seus pais e/ou pares se lavem antes de lhe encostar (Loose & Zarbock, 2015).

Já o modo inteligente é adaptado e deve ser promovido no tratamento do TOC infanto-juvenil, pois o mesmo coaduna os aspectos competentes da(o) criança/adolescente que consegue lidar com os desafios cotidianos e as frustrações de suas necessidades emocionais de forma adaptada e compatível com seu desenvolvimento (Loose & Zarbock, 2015). Nesse sentido, o modo inteligente pode selecionar estratégias adaptadas para lidar com a ansiedade provocada pelos pensamentos intrusivos, por exemplo praticando respiração diafragmática e *mindfulness* para diminuir a ansiedade, ao invés de recorrer à compulsão.

O modo criança feliz também é adaptativo e deve ser estimulado na terapia, pois quando a(o) criança/adolescente está com ele acionado não há nenhum EID ativo, e se sente contente, autoconfiante, amado e satisfeito por ter suas necessidades emocionais básicas atendidas de forma saudável, como quando uma criança está brincando de forma despreocupada e espontânea. Com isso, o terapeuta deve reforçar a espontaneidade, a flexibilidade e o lado alegre do paciente com TOC, fortalecendo esse modo (Bizimoto, 2015; Loose & Zarbock, 2015; Rijo & Wainer, 2019; Young et al., 2008).

Como Abordar os EIDs e MEs Envolvidos no TOC na TE Infanto-juvenil

No protocolo da TE alemã para o TOC infanto-juvenil os EIDs são abordados com o paciente (criança/adolescente) e com seus pais/cuidadores como espécies de feridas ou cicatrizes interiores, que representam eventos estressores e aversivos que ocorreram na história de vida do indivíduo e que tem a capacidade de eliciar os sinais e sintomas do transtorno. Tais feridas são esboçadas num papel, e o seu tamanho e profundidade são determinados pela criança/adolescente de acordo com a forma/tamanho e a intensidade que o paciente percebe, vivencia e sente tais feridas. Inicialmente o terapeuta trabalha com o paciente as “feridas físicas”, como por exemplo uma pneumonia, explicando para ele que se ele já teve a doença é provável que fique mais ansioso quando está com uma tosse leve do que se nunca tivesse tido pneumonia (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüverink, 2021). Com isso, ele aborda de forma simples com a criança/adolescente e seus cuidadores os mecanismos de aprendizagem envolvidos na interpretação das situações através de seus esquemas (Young et al., 2008). Geralmente as crianças compreendem bem essa metáfora, e, inclusive, chegam a dar exemplos pessoais de situações ligadas à doença em sua vida cotidiana (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüverink, 2021).

Posteriormente, trabalha-se com o paciente as “feridas mentais”, que retratam experiências psicossociais estressoras para ele e que estejam em curso, tais como: morte de algum ente querido; doença grave de algum familiar; pais/cuidadores com transtorno mental, tais como transtornos depressivos e de ansiedade; pais/cuidadores extremamente controladores e exigentes; perda de emprego de um dos pais/cuidadores e problemas familiares significativos em decorrência disso; brigas constantes dos pais com ameaça de separação ou separação de fato; problemas na escola, como o *bullying*; críticas e desvalorização por parte dos familiares e pessoas importantes; mudança de casa que afeta a rede de relacionamentos da criança entre outros estressores que compõem a história biográfica

do paciente (Berman et al., 2018; Loose & Zarbock, 2015; Zarbock et al., 2013). No entanto, é preciso que o psicoterapeuta tenha cuidado para não inferir algum evento biográfico a partir de sua própria perspectiva e desconsiderar a subjetividade do paciente. Porém, é o paciente que deve relatar e avaliar quais experiências lhe afetaram significativamente e que gostaria de representar como “feridas mentais” (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüverink, 2021). Geralmente os eventos que resultam em EIDs e podem estar relacionadas ao TOC não são situações de grande monta, mas situações corriqueiras nas quais as necessidades emocionais básicas não foram atendidas, como no caso de uma criança que fica longos períodos sozinha em casa, pois a mãe sai para trabalhar por ser a única responsável pela despesa da família, e não têm com quem deixar a criança, o que pode levar a um EID de abandono ou de isolamento social (Loose & Zarbock, 2015; Rijo & Wainer, 2019). Deste modo, com a introdução da metáfora das feridas físicas e mentais, o psicoterapeuta encoraja o paciente a falar sobre os eventos de sua vida, tanto atuais quanto passados, que considera difíceis (ruins) e/ou dolorosos (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüverink, 2021).

É importante também abordar de forma simples os MEs com o paciente, que podem ser explicitados como “estados” ou “lados” que o paciente tem interiormente. Assim, é útil explicar para a criança/adolescente que dentro dele há vários estados diferentes e que a cada instante um desses estados predomina, provocando determinados pensamentos, sentimentos e comportamentos (Bizimoto, 2015; Lopes et al., 2014). Nesse sentido, é necessário ajudar o paciente a identificar os seus diferentes modos, principalmente o modo criança vulnerável, o modo pai/mãe crítico-punitivo, o modo pai/mãe exigente, o modo inteligente, o modo criança feliz e o modo controlador compulsivo (no caso de pacientes com compulsão) (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüverink, 2021). Esses modos devem ser descritos e nomeados pelo próprio paciente, pois a nomeação possibilita uma melhor identificação dos modos e suas

diversas facetas, obtendo maior controle sobre si (Lopes et al., 2014). Com isso, o modo criança vulnerável pode ser chamado de nomes como “Joãozinho triste”.

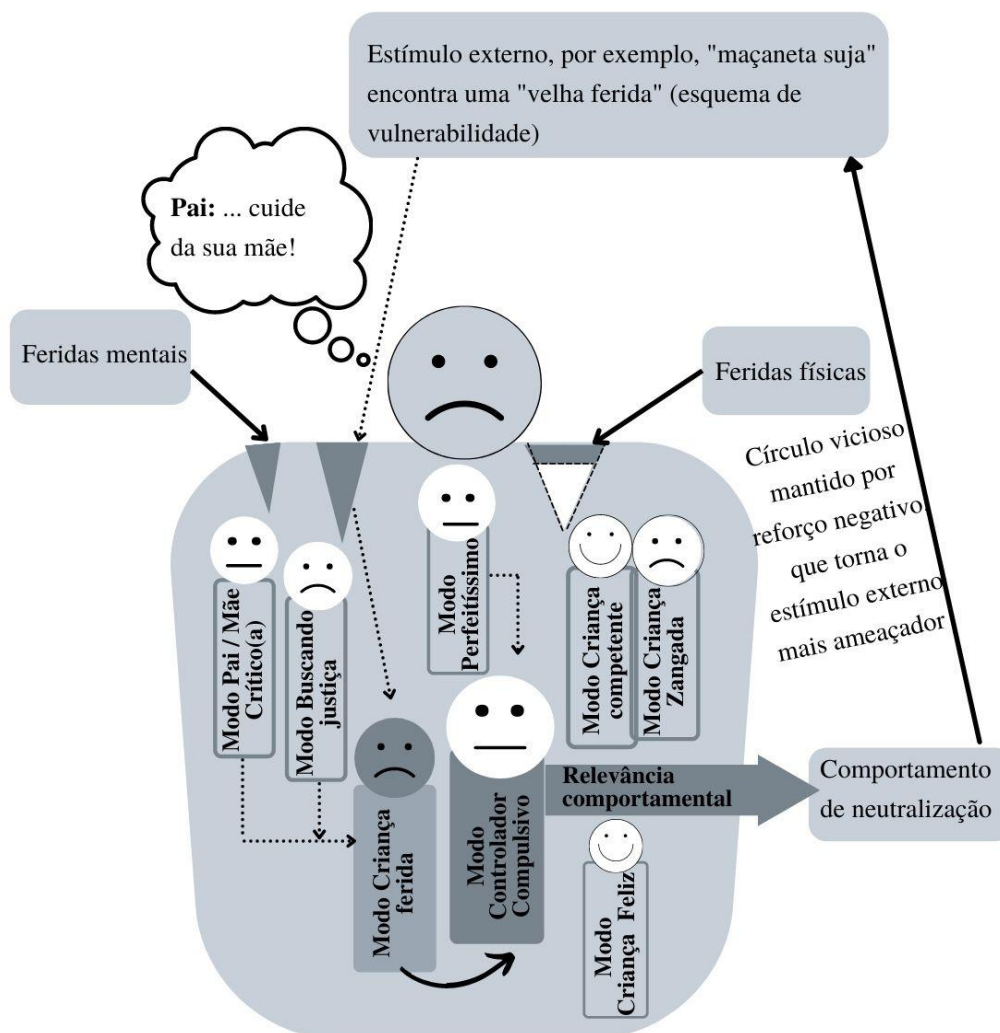
Ademais, o psicoterapeuta utiliza as narrativas da criança para realizar a psicoeducação sobre a relação entre: estímulos externos EIDs e MEs, demonstrando como na Figura 2 esboçada, como os EIDs relacionados com as feridas são acionados por determinados estímulos externos, que podem parecer inócuos para outras pessoas (como dar um aperto de mãos), no entanto para o paciente atuam como fatores desencadeantes capazes de ativar determinados EIDs, e, conseqüentemente, certos MEs. Além disso, o esboço, como o da Figura 2, é utilizado para apontar e identificar por meio do modelo esquemático a dinâmica psíquica interna que sustenta os sintomas do TOC (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüverink, 2021). Tendo isso em vista, o esboço do modelo esquemático que representa a dinâmica sintomática é construído da seguinte forma (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüverink, 2021):

- 1º- Escolher uma situação dolorosa (estímulo externo), que tenha desencadeado os sintomas do TOC e provocado muito medo e ansiedade no paciente;
- 2º- Realizar uma investigação sobre os pensamentos e sentimentos que surgiram frente ao evento, visando identificar qual ferida (EID) a situação (estímulo externo) o acionou;
- 3º- Realizar a identificação do estado (ME) que se manifestou a partir da ativação do EID;
- 4º- Realizar a identificação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos que surgiram após a ativação do ME principal, buscando identificar se outros MEs foram ativados e quais estratégias de enfrentamento foram utilizadas.
- 5º- Se a estratégia de enfrentamento utilizada foi desadaptativa, como a execução de um ritual compulsivo, demonstrar para o paciente como a dinâmica entre os EIDs e MEs acionados levou a compulsão e como ela mantém o ciclo do TOC por meio do reforço negativo.

A Figura 2, exemplifica esse esboço:

Figura 2

Modelo esquemático e o círculo vicioso ameaçador do transtorno obsessivo-compulsivo



Esboço do modelo esquemático do transtorno obsessivo-compulsivo, baseado em Loose e Zarbock (2015).

O exemplo abordado na Figura 2 foi apresentado no trabalho de Loose e Zarbock (2015), nele é retratado o modelo esquemático de um paciente com TOC, que ao tocar numa maçaneta ativa o esquema de vulnerabilidade ao dano desencadeando pensamentos obsessivos ligados à contaminação e ao dano/doença, acionando sua criança ferida (modo criança vulnerável). Logo na sequência, o paciente que estava sob o domínio de sua criança ferida

(modo criança vulnerável), lembra de uma frase que seu pai lhe disse, “... cuide da sua mãe!”, a qual foi internalizada pelo paciente transformando-se no modo pai crítico-punitivo, o qual passa a pressionar e responsabilizar demasiadamente a criança vulnerável com mensagens negativas e extremamente críticas (Loose & Zarbock, 2015; Lopes et al., 2014). As críticas exacerbadas do pai crítico ativam o esquema de padrões inflexíveis e, em conjunto, um modo denominado pelo paciente de modo “perfeitíssimo”, que corresponde ao modo pai exigente (Loose & Zarbock, 2015; Young et al., 2008). Com isso, o medo sentido quando o modo criança vulnerável está ativado aumenta com as exigências e críticas advindas do modo pai crítico e do modo perfeitoíssimo, gerando uma grande tensão intrapsíquica. Para lidar com isso o modo “controlador compulsivo” emerge, utilizando a compulsão (rituais de lavagem) como estratégia de enfrentamento, enquanto isso os modos criança feliz e criança competente permanecem inativos na dinâmica sintomática. Porém, a compulsão é uma estratégia de enfrentamento desadaptada, que só diminui a tensão temporariamente e que sustenta por reforço negativo a interpretação distorcida que o paciente tem sobre o estímulo externo (tocar na maçaneta “contaminada”), fortalecendo assim a dinâmica dos sintomas obsessivos e compulsivos do paciente (Loose & Zarbock, 2015).

Protocolo de Tratamento do TOC Infanto-juvenil da TE Alemã

A TE infanto-juvenil tem o intuito de “proporcionar que as necessidades básicas da criança e do adolescente sejam supridas adequadamente” (Lopes, 2016, p. 4), atuando tanto na modificação de padrões cognitivos, emocionais e comportamentais desadaptados já em curso, quanto na prevenção de problemas futuros (Lopes, 2016). Nesse sentido, o protocolo da TE alemã voltado para o tratamento do TOC infanto-juvenil possui três objetivos principais: a) identificar, nomear e desarmar os problemas e conflitos familiares que afetam negativamente o paciente; b) ensinar o paciente a identificar suas necessidades emocionais, expressá-las e a

encontrar estratégias de enfrentamento mais adaptadas perante as tensões que surgirem; c) orientar os pais/cuidadores sobre as suas reações emocionais e comportamentos desadaptados que mantém os sintomas do paciente, e auxiliá-los a desenvolver um modo de orientação e cuidado. Deste modo, para consolidar esses objetivos, é realizada primeiramente a etapa de avaliação psicológica e psicoeducação e na sequência vem a etapa de mudança que é executada em duas frentes simultâneas: intervenção com o paciente e orientação de pais/cuidadores. Porém, é válido destacar, que apesar de ser norteado por meio dessas etapas e objetivos, não é um protocolo rígido e estruturado, mas uma forma geral de se construir e vislumbrar a conceituação do caso, através da perspectiva do modelo esquemático do TOC, e, de intervir apoiado no mesmo (Loose & Zarbock, 2015).

Avaliação Psicológica e Psicoeducação

A etapa de avaliação psicológica e psicoeducação, envolve a(o) criança/adolescente e seus pais/cuidadores, e tem como intuito conhecer melhor o paciente e seu temperamento; realizar o diagnóstico clínico; identificar os padrões esquemáticos dos mesmos; compreender como os pais/cuidadores atuam e perpetuam a dinâmica do transtorno; e, psicoeduca-los sobre a psicoterapia, sobre o modelo esquemático do TOC e outros conceitos pertinentes. Nesse sentido, é uma etapa muito importante, pois possibilita a conceituação do caso que embasará todo o tratamento, além de potencializar o processo de mudança por meio da psicoeducação (Carvalho et al., 2019; Loose & Zarbock, 2015).

Uma técnica essencial no processo de avaliação psicológica é a entrevista de anamnese, tendo em vista que “permite ao psicólogo levantar suas hipóteses, identificar problemas, determinar diagnósticos e esquematizar ações de intervenções” (Matos & Lopes, 2017, p. 138). Deste modo, no caso de crianças/adolescentes com TOC, a entrevista é realizada com os pais/cuidadores, visando compreender e investigar os sintomas/problemas do

paciente, sua história de vida, sua dinâmica familiar, sua rotina, seu desenvolvimento, e seus padrões comportamentais, emocionais e cognitivos, e, também, a presença de fatores de risco (Bizinoto, 2015; Loose & Zarbock, 2015). Além disso, é importante explorar na anamnese a relação entre os sintomas e os padrões individuais da criança/adolescente, de modo que se possa compreender os possíveis medos, incertezas e preocupações associadas aos seus comportamentos obsessivos-compulsivos (Loose & Zarbock, 2015).

Também é necessário envolver e observar o paciente no processo avaliativo, para isso, o psicoterapeuta pode recorrer a atividades e técnicas lúdicas, principalmente no caso de crianças, tendo em vista que elas possibilitam que o paciente se expresse de acordo com suas capacidades cognitivas e afetivas. Diante disso, é muito pertinente inserir na avaliação jogos de encenação direcionados, nos quais o paciente pode ser o protagonista e encenar suas frustrações, sentimentos, necessidades e seus comportamentos de forma segura, o que pode ocorrer por meio de fantoches, bonecos e até mesmo bichos de pelúcia. Uma encenação útil nesse caso é o psicólogo atuar como um repórter que entrevista a(o) criança sobre sua vida. As técnicas projetivas também auxiliam no diagnóstico dos estados emocionais da criança e na conceituação do caso. Nesse sentido, é válido estimular de forma lúdica que o paciente desenhe, por exemplo, seus sonhos e desejos, sua família, seu protagonista favorito, entre outras coisas (Bizinoto, 2015).

De acordo com Loose e Zarbock (2015) os padrões esquemáticos dos pais/cuidadores e do paciente devem ser avaliados, para verificar se há uma ativação dos mesmos esquemas (transgeracionais) em ambos influenciado na dinâmica sintomática do transtorno. Para isso, o psicoterapeuta pode investigar como foi a infância dos pais/cuidadores e quais necessidades não foram satisfeitas naquela fase da vida, e também pode solicitar que eles preencham os questionários de Young para adultos, tais como: o Questionário de Esquemas de Young (YSQ); Inventário Parental de Young (IPY); Inventário de Modos Esquemáticos de

Young-Atkinson (YAMI) (Bizinoto; 2015; Lopes, 2016; Lopes et al., 2014; Young et al., 2008). Ademais, pode ser utilizado o Inventário de Esquemas para Crianças (IEC) desenvolvido por Rijckeboer e Boo (2010) citado por Teixeira (2010) para identificar os EIDs da criança.

O psicoterapeuta também pode recorrer à outras estratégias na investigação dos padrões geracionais, como a técnica de imaginação e de recordação, o genograma do esquema e o *familyboard* (placa com figuras de madeira que representam os integrantes da família), que é uma técnica empregada para entender como os membros da família se sentem quando determinado esquema entra e sai de cena. Com isso será possível identificar como os esquemas e modos dos pais/cuidadores se relacionam com os do paciente, permitindo que na orientação de pais/cuidadores, o psicoterapeuta planeje estratégias adequadas para desarmar o conluio de esquemas (Bizinoto, 2015; Loose & Zarbock, 2015; Lopes, 2016). Como no caso de um esquema transgeracional de padrões inflexíveis, que pode estar envolvido na dinâmica do TOC do paciente e que é reforçado e acionado constantemente pelos comportamentos dos pais que também possuem o mesmo esquema.

Quanto à psicoeducação do paciente, é fundamental trabalhar inicialmente os aspectos ligados ao processo psicoterapêutico, aos problemas gerados pelo TOC e às metas do tratamento, procurando tanto psicoeduca-lo quanto motivá-lo (Bizinoto, 2015; Lopes et al., 2014). Para explicar questões relacionadas à psicoterapia para uma criança, podem ser utilizados jogos feitos para tal finalidade, já para adolescentes é possível fazer isso por meio do diálogo (Lopes, 2016). Sobre as problemáticas atreladas ao transtorno e às metas do paciente, é oportuno o emprego de técnicas lúdicas que viabilizem a elucidação das vantagens do processo terapêutico, e, conseqüentemente, da mudança em relação aos comportamentos obsessivos-compulsivos. Dessa forma, é benéfico:

descrever características positivas e o resultado de pessoas famosas e bem conhecidas (preferencialmente aquelas que a criança admira e gosta) e explorar com a criança os meios que a pessoa/personagem utiliza para ser como é. Visa-se, assim, criar, a partir de discussões sobre características apreciáveis, objetivos ligados à mudança de comportamento. É importante tornar a criança curiosa sobre os motivos subjacentes aos seus problemas, e uma estratégia interessante é estabelecer uma atitude lúdica do tipo “detetive” na criança, a fim de promover uma busca ativa de compreensão dos motivos de seu comportamento desadaptado. (Lopes et al., 2014, p. 98)

Mais adiante, depois de já ter sido aplicado os questionários, é abordado no processo de psicoeducação tanto dos pais/cuidadores quanto do paciente, a metáfora das “feridas” e o esboço do modelo esquemático, que é construído a partir das principais problemáticas relatadas durante a avaliação e dos eventos estressores apontados pela(o) própria(o) criança/adolescente. Nesse sentido, a ideia é auxiliá-los a compreender porque o paciente tem determinados sintomas, e como eles são alimentados e disparados por questões internas e externas. Dessa forma, ocorre a psicoeducação sobre os eventos desencadeantes dos comportamentos obsessivos-compulsivos, dos EIDs, dos MEs e das estratégias de enfrentamento. Sendo demonstrado de forma compreensível, como as tensões aversivas que ocorrem no cotidiano familiar podem propiciar a ativação dos EIDs, e, consequentemente, favorecer experiências internas negativas (fracasso, insegurança, desamparo, medo, entre outras) que favorecem os comportamentos obsessivos-compulsivos (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüverink, 2021).

Além do esboço do modelo esquemático, também é necessário abordar os modos nessa etapa através de outras estratégias, tendo em vista que o tratamento do TOC infanto-juvenil se pauta em grande parte no trabalho com os modos. Diante disso, a identificação e a psicoeducação dos MEs pode ser realizada com apoio de recursos lúdicos

como fantoches de dedos, figuras ou bonecos, que são utilizados para representarem os “lados” identificados pela(o) criança/adolescente, e até mesmo por livros, séries e filmes infantis. Destacando que cada um desses modos deve ser nomeado pelo próprio paciente, e, se possível, por ordem de preferência do mesmo (dos que mais gosta para os que menos gosta). É importante também, auxiliá-lo a distinguir um pensamento, um sentimento, uma sensação corporal e um comportamento típico de cada ME, definindo assim os quatro pilares dos modos (Bizinoto, 2015; Loose & Zarbock, 2015; Lopes, 2016).

Intervenção Terapêutica com o Paciente

Após a avaliação psicológica e a psicoeducação, começa a etapa da mudança, que ocorre a partir da intervenção terapêutica com a (o) criança/adolescente e da orientação de pais/cuidadores. A intervenção terapêutica sustenta-se na construção e manutenção de uma relação terapêutica sólida, na psicoeducação e na compreensão do modelo esquemático da dinâmica sintomática do paciente. Para que assim, o psicoterapeuta possa suprir as necessidades emocionais básicas do paciente, e, por meio do entendimento das variáveis biográficas e esquemáticas envolvidas no desenvolvimento e na manutenção do TOC, ajudá-lo a desenvolver o modo inteligente, levando-o a eleger estratégias de enfrentamento mais adaptadas perante as situações de tensão, interrompendo assim o ciclo do reforço negativo que mantém os sintomas (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüberink, 2021).

A relação terapêutica é o motor da TE, porque viabiliza o processo de reparentalização limitada e de confrontação empática no decorrer do tratamento, sendo essencial para a eficácia do mesmo, principalmente quando se trata do público infanto-juvenil, que, geralmente, é encaminhado à terapia contra a sua vontade. Nesse sentido, o psicoterapeuta deve investir um tempo, no início da intervenção, para desenvolver um vínculo estável com o paciente e conhecê-lo melhor, demonstrando assim um interesse genuíno pelo cotidiano e

pelas particularidades do mesmo, tais como seus gostos, *hobbies*, aspirações e sonhos. Também, é importante que o psicoterapeuta se mostre confiável, e aja com empatia e compreensão perante o sofrimento do mesmo, deixando claro que ele não é o problema e sim o transtorno. Ademais, é necessário destacar que esses cuidados com a relação terapêutica devem ser mantidos durante todo o tratamento, de modo a consolidar o vínculo entre o paciente e o psicoterapeuta (Bizinoto, 2015; Loose & Zarbock, 2015; Lopes, 2016).

A partir do estabelecimento da relação terapêutica, volta-se para o trabalho com os MEs do paciente, que se iniciou na etapa anterior, e que deve prosseguir durante a intervenção, sendo possível, inclusive, ser identificado novos modos nesta etapa. Diante disso, o intuito principal é conhecer de forma mais aprofundada os modos do paciente, visando desativar os modos desadaptados e fortalecer os adaptados, auxiliando assim a(o) criança/adolescente a ampliar seu repertório comportamental e a lidar de forma mais adaptada com os conflitos e com as frustrações do cotidiano, que, geralmente, desencadeariam as obsessões e rituais. Para isso, devem ser empregadas as técnicas mais pertinentes ao caso específico do paciente, como a técnica da casa interna, o *role-play*, os fantoches de dedos, técnica das cadeiras, entre outras (Bizinoto, 2015; Loose & Zarbock, 2015).

A técnica das cadeiras, é utilizada para abordar com a(o) criança/adolescente alguma situação problema, nesse sentido, várias cadeiras são organizadas em formato semicircular, em que cada uma delas representa um modo particular do paciente, sendo necessário que tenha uma cadeira representando o modo inteligente e pelo menos um modo desadaptado, como o modo controlador exagerado. Assim, o paciente é encorajado “a se movimentar entre as cadeiras e a encenar uma situação que representa os modos relevantes” (Lopes et al., 2014, p. 100), demonstrando como cada ME se comportaria diante do problema e como se sentiria. Durante a encenação, o psicólogo pode recorrer a reparentalização limitada ou a confrontação empática, para fortalecer os modos saudáveis e enfraquecer os disfuncionais. Além disso,

pode ser solicitado que a(o) criança/adolescente observe de forma neutra, enquanto o psicoterapeuta se senta na cadeira do modo inteligente e representa uma forma de enfrentamento adaptada perante o problema trabalhado, atuando assim como modelo para o paciente (Lopes et al., 2014).

Graaf et al. (2021) apresentam uma minuta feita para ativar e promover o modo inteligente da(o) criança/adolescente durante a sessão, que é trabalhado com a(o) mesma(o) por meio de um diálogo guiado, que visa identificar os sentimentos, pensamentos e estratégias de enfrentamento do paciente durante uma situação que o tenha chateado, e, a partir disso, levar o paciente a pensar em estratégias mais saudáveis. Nesse sentido, de acordo com a técnica, o psicoterapeuta convida o paciente a participar do preenchimento do material, falando ao mesmo: “Imagine uma situação que o aborreceu. Quem esteve envolvido? O que eles disseram ou fizeram? Como você se sentiu?”. Posteriormente, escreve as respostas da criança, e investiga mais a fundo: “Quais são os pensamentos que geralmente passam pela sua cabeça?”. Na sequência indaga a(o) criança/adolescente sobre suas reações perante tal situação e pensamentos: “como você normalmente lidaria com isso (por exemplo, você ataca/briga, ou evita/foge)?”. E, após a resposta do paciente, estimula o acionamento do modo inteligente, a partir das seguintes questões: “Qual é a melhor maneira de reagir no modo inteligente?”; “Quais pensamentos sábios ou ajudantes interiores poderiam ajudar?”; “Quais são as vantagens para você?”.

Com intuito de reforçar o modo inteligente e transpor os aprendizados para o cotidiano, o psicoterapeuta pode pedir que o paciente execute determinadas tarefas em casa. Por exemplo, o protocolo de modos, que serve para acompanhar os MEs ativados no dia a dia, e estimular o emprego do modo inteligente. Diante disso, é solicitado que a(o) criança/adolescente monitore e identifique diariamente o modo mais atuante, e, também, que utilize o seu modo inteligente pelo menos duas vezes ao dia e em todas as situações em que o

modo pai/mãe crítico-punitivo/exigente e o controlador compulsivo estiverem no controle (Loose & Zarbock, 2015).

Também é necessário estimular o modo criança feliz no tratamento do TOC infanto-juvenil, reforçando a espontaneidade e a alegria do paciente, e, ressaltando o direito do mesmo sentir-se seguro, relaxado e feliz (Loose & Zarbock, 2015). Tendo isso em vista, Graaf et al. (2021), elaboraram uma atividade com uma ilustração (exemplificada na Figura 3) representando o modo criança feliz e seus adjetivos, para ajudar o paciente a descrevê-lo e identificá-lo. Assim, a criança precisa marcar de verde na ilustração as características que já percebe em si e de amarelo aquelas que gostaria de desenvolver, além disso, ela é estimulada a desenhar no papel coisas que a fazem feliz, tais como pessoas, objetos e lugares.

Figura 3

Modo criança feliz



Figura utilizada para trabalhar o modo criança feliz, baseada em Graaf et al. (2021).

É válido destacar que as técnicas aqui expostas são possibilidades terapêuticas, pois a intervenção em TE com a(o) criança/adolescente deve se pautar principalmente na conceituação de caso, e, deste modo, no entendimento do modelo esquemático particular do TOC do paciente. Diante disso, outras técnicas comportamentais podem ser empregadas para auxiliar na diminuição e remissão dos sintomas do TOC infanto-juvenil, como: técnica de exposição e prevenção de respostas (EPR); treinamento de atribuições; desenvolvimento de atividades de enfrentamento; entre outras. Além disso, pode ser viável recorrer a outras técnicas para potencializar o modo inteligente e o modo criança feliz, que devem ser escolhidas de acordo com as necessidades e dificuldades do paciente, como, por exemplo: treinamento de habilidades sociais; gerenciamento de estresse; treino para resolução de problemas; técnica de construção da auto-estima; técnicas de regulação emocional; técnica de automonitoramento e controle (Loose & Zarbock, 2015).

Orientação de Pais/Cuidadores

A orientação e psicoeducação dos pais/cuidadores não se encerra na etapa avaliação e psicoeducação, mas se mantém de forma paralela à intervenção com a(o) criança/adolescente, pois é necessário realizar um trabalho mais aprofundado com os mesmos, por desempenharem um papel coterapêutico no decorrer do tratamento e por serem essenciais na satisfação das necessidades emocionais básicas do paciente, além de poderem estar envolvidos na dinâmica sintomática do transtorno. Deste modo, a orientação de pais/cuidadores é uma etapa importante do tratamento do TOC infanto-juvenil e tem três objetivos: a) desarmar os EIDs e MEs dos pais/cuidadores que podem estar realizando um conluio com os do paciente e prejudicando o tratamento do TOC; b) ensinar os pais/cuidadores a identificarem as necessidades emocionais básicas do paciente e a atendê-las; c) orientar os pais/cuidadores para que sejam capazes de intervir com assertividade nos comportamentos inadequados do

paciente e de também auxiliá-los a satisfazer suas necessidades de forma adequada, por meio do estabelecimento de um modo de instrução e cuidado (corresponde ao modo adulto saudável) (Loose & Zarbock, 2015, Lopes et al., 2014).

Na orientação de pais/cuidadores, o psicoterapeuta irá trabalhar o conluio que pode estar influenciando na manutenção esquemática do TOC. Esse conluio pode se dar de dois modos: o paciente ter alguns EIDs e MEs iguais aos dos pais/cuidadores; e/ou, possuir esquemas e modos que foram desenvolvidos em resposta aos EIDs e MEs dos seus pais/cuidadores. Isto ocorre, pois o aspecto sistêmico (devido aos mecanismos de aprendizagem) e o aspecto genético atuam no desenvolvimento dos esquemas, dos modos e nos estilos de enfrentamento da criança e do adolescente, podendo resultar em padrões esquemáticos semelhantes entre diferentes gerações da mesma família. Nesse sentido, o psicoterapeuta irá orientar os pais/cuidadores sobre os modos e estratégias de enfrentamento dos mesmos que podem estar acionando ou potencializando os esquemas em desenvolvimento na(o) criança/adolescente e corroborando com o transtorno (Bizinoto, 2015; Loose & Zarbock, 2015; Lopes, 2016). Como, por exemplo, pais muito controladores e religiosos, que sempre insistem na importância da lavagem das mãos antes das refeições, provavelmente, estão atuando como modelos de estratégia de enfrentamento para seu filho, que, em consonância com um temperamento de querer agradar, acaba desenvolvendo uma compulsão por limpeza perante pensamento intrusivos com conteúdo considerado vergonhoso e/ou impuro. No entanto, é preciso muita cautela quando explica-se para os pais/cuidadores sobre seu papel na modelagem, porque eles podem se sentirem responsáveis e culpados pelo TOC do(a) criança/adolescente, assim, um recurso útil, é explicar para eles a interação entre a aprendizagem e o temperamento do paciente (Loose & Zarbock, 2015).

Também é necessário identificar quais “botões emocionais” dos pais/cuidadores são ativados pelos comportamentos obsessivos-compulsivos do paciente, ou seja, quais MEs,

estratégias de enfrentamento e EIDs são acionados por terem que lidar com os sintomas dos filhos e que podem estar atuando na manutenção do TOC. Destaca-se que com essa ativação, o cuidador pode acabar reagindo de forma invalidante, regredida, agressiva, exigente, punitiva ou passiva perante os comportamentos obsessivos-compulsivos da(o) criança/adolescente. Uma forma de descobrir isso é investigar e registrar como esses pais/cuidadores estão envolvidos nas restrições e nos rituais do paciente, por exemplo: quando uma criança com TOC impõe que suas roupas sejam lavadas separadas das roupas dos outros membros da família, e, diante disso os pais acabam comprando uma nova máquina, reforçando o modo controlador exagerado da criança (Loose & Zarbock, 2015; Lopes, 2016; Schönberg-Snüverink, 2021).

Assim, a partir da identificação dos MEs dos pais/cuidadores, os mesmos devem ser orientados a diminuir os comportamentos que mantém a dinâmica sintomática do TOC. Para isso, o psicoterapeuta deve ensiná-los estratégias de enfrentamento mais adaptadas e saudáveis perante os sintomas, para que sejam capazes de demonstrar um modo adulto, calmo e positivo (modo de instrução e cuidado) e de agir com assertividade no cotidiano, principalmente diante de: situações ansiogênicas que possam desencadear os sintomas; dos conflitos familiares; das obsessões; dos rituais; e dos comportamentos controladores do paciente. Substituindo assim modos desadaptados, como o modo crítico-punitivo/exigente pelo modo de instrução e cuidado (Loose & Zarbock, 2015; Schönberg-Snüverink, 2021).

Uma ferramenta que pode ser utilizada no trabalho com os pais/cuidadores, é o questionário de Graaf et al. (2021), que é constituído pelas seguintes perguntas:

- (1) Quais desejos e esperanças você associou ao seu filho quando ele ainda não havia nascido?
- (2) O que você quer para seu filho quando ele crescer?

- (3) Imagine que o sintoma de seu filho tenha desaparecido repentinamente. Então em que ele seria diferente?
- (4) De quais características seu filho o lembra?
- (5) De que outra pessoa você se lembra com o comportamento de seu filho?
- (6) Qual comportamento de seu filho você reage de maneira particularmente sensível, aborrecida, irritada?
- (7) Qual modo de esquema é ativado em você, então?
- (8) Quais pontos fracos seu filho pode encontrar em você?
- (9) O que às vezes o impede de ser tão atencioso ou claro quanto você gostaria?
- (10) Com o que você está preocupado em relação ao desenvolvimento futuro de seu filho?
- (11) Quais ideias sobre o futuro podem não se adequar às possibilidades de seu filho?
- (12) Para quais objetivos ou expectativas você tem que dizer adeus?
- (13) O que é difícil para você nessa situação? (p. 218)

As perguntas abertas e reflexivas da ferramenta ajudam os pais/cuidadores a perceberem suas expectativas, sentimentos e esperanças em relação à(ao) criança/adolescente (questões, 1, 2 e 3), e investigam as preocupações e dificuldades que eles possuem em lidar com o(a) filho(a) e com suas necessidades (questões 8, 9, 10, 11 e 12). Além disso, as questões possibilitam a identificação e a compreensão dos “botões emocionais” dos pais/cuidadores (questões 6, 7 e 13), e de possíveis EIDs e MEs geracionais (questão 4 e 5) (Graaf et al., 2021).

Ademais, é necessário orientar e ensinar os pais/cuidadores para que eles sejam capazes de identificar e atender as necessidades emocionais básicas da(o) criança/adolescente de forma saudável, atuando no desenvolvimento de esquemas adaptativos e no enfraquecimento dos EIDs envolvidos no TOC (Loose & Zarbock, 2015; Lopes, 2016). Dessa

forma, o psicoterapeuta, deve ensiná-los, de modo geral, a: expressar afeto e estabelecer um vínculo seguro com a(o) criança/adolescente; validar e nomear suas emoções; mostrar interesse genuíno por ela(e); elogiar e ofertar carinho a ela(e); proporcionar oportunidades adequadas de autonomia gradual a(ao) mesma(o); reforçar suas competências; estabelecer limites realistas à(ao) criança/adolescente, por meio de rotina, regras coerentes e disciplina; dar liberdade para ela/ele ser espontânea(o); respeitar a individualidade e aspirações da(o) mesma(o); proporcionar amor de forma incondicional; brincar com a criança; permitir que ela(e) se expresse e se divirta; e, possibilitar que a(o) criança/adolescente demonstre suas emoções (Paim & Rosa, 2019).

Considerações Finais

De acordo com o exposto, o tratamento para o TOC infanto-juvenil proposto pela escola de TE alemã fundamenta-se no enfraquecimento de EIDs e de MEs desadaptados, além de buscar fortalecer os modos saudáveis. Ademais, o modelo esquemático que sustenta tal protocolo, tem uma amplitude sistêmica, que enfatiza a mudança tanto por parte do paciente quanto de seus pais/cuidadores, por compreender que a melhora no cuidado e na qualidade da relação entre os mesmos, têm o potencial de atenuar e interferir na manutenção dos sintomas obsessivos-compulsivos (Loose & Zarbock, 2015). Nesse sentido, tais pressupostos teóricos, encontram consonância na teoria do apego de John Bowlby, que aborda a importância dos vínculos da criança com a figura cuidadora, denominada por ele de figura de apego (Mendes et al., 2019).

A figura de apego atua como referência de segurança para a criança mesmo quando não há perigo evidente, funcionando como uma espécie de base segura que possibilita que a mesma explore o ambiente, a partir do acionamento do sistema de exploração. Deste modo, percebe-se o papel essencial da figura dos pais/cuidadores no atendimento das necessidades

emocionais da criança e na segurança da mesma para explorar o mundo, que são fundamentais para o desenvolvimento infantil (Loose & Zarbock; Mendes et al., 2019). Logo, é possível inferir que o estilo de apego da criança possui relação com seus padrões esquemáticos, tendo em vista que ele irá “encaminhar a representação que a criança terá de si mesma, dos outros e do mundo e, portanto, nortearão e darão forma a suas experiências e emoções ao longo da vida” (Halperin & Carneiro, 2019, p. 48).

A(o) criança/adolescente com TOC experimenta muita ansiedade e medo de que algo ruim aconteça consigo mesma(o) ou com pessoas próximas, como seus pais/cuidadores, e, tende a ser insegura, controladora e perfeccionista, favorecendo o desenvolvimento dos sintomas obsessivos-compulsivos. Por essa razão, é coerente supor, que os pacientes infanto-juvenis que possuem esse transtorno apresentam estilo de apego inseguro-resistente, que é caracterizado por uma frequente necessidade de estar em contato com a figura de apego e por um comportamento exploratório baixo. Portanto, a ênfase da TE alemã na orientação dos pais/cuidadores e na melhoria da qualidade do vínculo entre eles e o paciente se justifica, e se mostra extremamente potente, conforme foi possível observar ao longo deste trabalho. Além disso, a intervenção com a(o) criança/adolescente possibilita, por meio do desenvolvimento do modo inteligente e do modo criança feliz, o aumento do comportamento exploratório, e, a ampliação do repertório do paciente, que possivelmente é restrito devido à insegurança em explorar (Loose & Zarbock, 2015; Mendes et al., 2019). O enfrentamento de estímulos compreendidos como ameaçadores pela criança/adolescente é fundamental para a diminuição dos sintomas de TOC.

Esse trabalho apresentou o protocolo de intervenção para crianças/ adolescentes com TOC, bem como a orientação de pais/cuidadores. Apesar do detalhamento aqui esboçado, uma limitação do trabalho é a escassez de literatura sobre o tema na TE. Nesse sentido,

sugere-se que em futuras pesquisas o protocolo aqui apresentado possa ser testado em estudos de caso múltiplos a fim de se verificar outras possíveis adaptações para essa população.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Artmed.
- Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., & Mancini, F. (2017). Schema therapy mode model applied to ocd. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6), 407-414.
<https://www.clinicalneuropsychiatry.org/download/schema-therapy-mode-model-applied-to-ocd/>
- Berman, N. C., Jacobya, R. J., Sullivan, A. D., Hoeppner, S., Micco, J. A., & Wilhelm, S. (2018). Parent-level risk factors for children's obsessive beliefs, interpretation biases, and obsessive-compulsive symptoms: A cross-sectional examination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 8-17.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.04.002>
- Bizinoto, J. F. S. (2015). *O modelo alemão da terapia do esquema: conceituação, técnicas e aplicação na psicoterapia infantil* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia]. Repositório Institucional - Universidade Federal de Uberlândia.
<https://doi.org/10.14393/ufu.di.2015.249>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
- Braga, D. T., & Vivan, A. (2015). Terapia cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone, & B. P. Rangé (Orgs.), *Procognitiva Programa de Atualização em*

- Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 2* (pp. 61-95). Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).
- Carvalho, M. R., Malagris, L. E. N., & Rangé, B. P. (2019). Introdução: A psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental. In R. M. Carvalho, L. E. N. Malagris, & B. P. Rangé (Orgs.), *Psicoeducação em terapia cognitiva-comportamental* (pp. 15-28). Sinopsys.
- Döpfner, M., & Goletz, H. (2013). Zwangsstörungen. In F. Petermann (Org.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7ª ed., 423-437). Hogrefe.
- Fernandes, P. A., & Carvalho, M. R. (2016). Alterações neurobiológicas verificadas a partir do tratamento com terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-Compulsivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e322215>
- Graaf, P., Hampel, J., & Zarbock, G. (2021). *Therapie-Tools Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Beltz Verlag.
- Halperin, C. F., & Carneiro, J. C. R. (2016). A teoria do apego e as bases familiares da terapia do esquema. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, & R. Andriola (Orgs.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (pp. 44-53). Artmed.
- Jensen, S., Hojgaard, D. R. M. A., Hybel, K. A., Mortensen, E. L., Skarphedinsson, G., Melin, K., Ivarsson, T., Nissen, J. B., Weidle, B., Valderhaug, R., Torp, N. C. Dahl, K., Compton, S., & Thomsen, P. H. (2020). Distinct trajectories of long-term symptom severity in pediatric obsessive-compulsive disorder during and after stepped-care

- treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(9), 969-978.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13155>
- Loose, C., & Zarbock, G. (2015). Schematherapie bei zwangsstörungen. In C. Loose, P. Graaf, & G. Zarbock (Orgs.), *Störungsspezifische schematherapie mit kindern und jugendlichen* (pp. 181-203). Beltz Verlag.
- Lopes, R. F. F., Bizinoto, J. F. S., Rodrigues, L. B., & Neufeld, C. B. (2014). Contribuições da escola alemã para a terapia do esquema para crianças. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 93-102. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140015>
- Lopes, R. F. F. (2016). Terapia do esquema para crianças. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone, & B. Rangé (Orgs.). *Procognitiva Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 2*. (pp. 47-123). Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Milantoni, L., & Arcangeli, F. (2005). A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 673-681. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000161648.82775.ee>
- Matos, F. R., & Lopes, R. F. F. (2017). Entrevista de anamnese da terapia do esquema para crianças: Análise e reflexões. *Perspectivas em Psicologia*, 21(1), 132-157.
<https://doi.org/10.14393/PPv21n1a2017-09>
- Mendes, M. A., Tyszler, P. T., & Santos, V. A. (2019). A teoria do apego e a terapia do esquema para crianças e adolescentes. In A. H. Reis (Org.). *Terapia do esquema com crianças e adolescentes: do modelo teórico à prática clínica* (pp. 53-85). Episteme.

- Paim, K., & Rosa, M. (2016). O papel preventivo da terapia do esquema na infância. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, & R. Andriola (Orgs.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (pp. 171-187). Artmed.
- Rijo, D., & Wainer, R. (2019). Terapia do esquema em diferentes contextos e demandas clínicas. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone, & B. P. Rangé (Orgs.), *Procognitiva Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 6* (pp. 9-58). Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).
- Savaheli, S., & Ahmadiani, A. (2019). Obsessive-compulsive disorder and growth factors: A comparative review. *Behavioural brain research*, 372, 111967. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.111967>
- Schönberg-Snüverink, T. (2021). Der zwangsschleimer und die macht von farben, zahlen und buchstaben - Zwangsstörung. In C. Loose (Org.), *Fallbuch schematherapie mit kindern und jugendlichen* (pp. 201-214). Beltz Verlag.
- Teixeira, D. C. A. (2010). *Esquemas iniciais desadaptativos e ajustamento psicológico em crianças e adolescentes* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/2769>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Artmed.
- Zarbock, G., Loose, C., & Graaf, P. (2013). Grundlagen der anwendung von schematherapie bei kindern und jugendlichen. In C. Loose, P. Graaf & G. Zarbock (Orgs.), *Schematherapie mit kindern und jugendlichen* (pp. 19-66). Beltz Verlag.