

Ivana de Cássia Ribeiro Rosa Camilo¹
Ederaldo José Lopes²
Renata Ferrarez Fernandes Lopes³

Terapia do esquema em grupo para crianças com transtornos disruptivos

Group Schema Therapy for Disruptive Children

RESUMO

O presente estudo propõe um modelo psicoterápico em grupo para crianças com diagnóstico de transtornos disruptivos (APA, 2014), na abordagem da Terapia Cognitiva Focada no Esquema (TCFE). Esta proposta de intervenção foi delineada a partir da leitura e tradução do capítulo do livro de Loose, Graaf e Zarbock (2015), que apresenta os principais conceitos, métodos e técnicas nessa abordagem, para o tratamento de crianças agressivas. A proposta de adaptar o roteiro de Loose et al. (2015) para o formato de grupo, deve-se por serem encontradas contribuições recentes no Brasil destes mesmos pesquisadores alemães, que tiveram seus roteiros, métodos e técnicas traduzidos e adaptados ao formato de grupo, para o público brasileiro. A fim de se compreender as implicações na condução da psicoterapia em grupo com crianças agressivas, buscou-se na literatura outros trabalhos com essa característica, que possibilitassem também embasar a quantidade ideal de participantes, a faixa etária indicada, o número médio de sessões e os resultados esperados, uma vez que o protocolo original aborda a psicoterapia individual. Por se tratar de um trabalho com crianças, a orientação de pais também é apresentada como parte do processo de intervenção.

Palavras-chave: Terapia do Esquema; Transtornos Disruptivos; Terapia em Grupo

ABSTRACT

The present study proposes a group psychotherapeutic model for children with a diagnosis of disruptive disorders (APA, 2014), in the approach of Cognitive Therapy Focused on the Scheme (TCFE). This proposal of intervention was delineated from the reading and translation of the chapter of the book of Loose, Graaf and Zarbock (2015), that presents the main concepts, methods and techniques in this approach, for the treatment of aggressive children. The proposal to adapt the script of Loose et al. (2015) for the group format, it is due to the recent contributions in Brazil of these same German researchers, who had their scripts, methods and techniques translated and adapted to the group format, for the brazilian public. In order to understand the implications of conducting psychotherapy in a group with aggressive children, we searched the literature for other works with this characteristic, which also allowed us to base the ideal number of participants, the age group indicated, the average number of sessions and the expected results, since the original protocol addresses individual psychotherapy. Because it is a work with children, parental guidance is also presented as part of the intervention process.

Keywords: Schema Therapy; Disruptive Disorders; Group Therapy

¹ Psicóloga - (Discente) - Uberlândia - SP - Brasil.

² Pós Doutorado em Filosofia da Mente e Ciências Cognitivas - (Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia).

³ Doutorado em Psicobiologia - (Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.).

Correspondência:

Ivana de Cássia Ribeiro Rosa Camilo.
Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.
Av. Pará, 1720. Bairro Umuarama.
Uberlândia, MG - Brasil.
CEP: 38405-320.
E-mail: ivanacrcc@hotmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 25 de abril de 2018. cod. 641.

Artigo aceito em 30 de julho de 2018.

DOI: 10.5935/1808-5687.20180017

INTRODUÇÃO

Este trabalho está inserido no campo da Terapia Cognitiva Focada no Esquema (TCFE), uma forma de Terapia Cognitiva desenvolvida por Jeffrey Young (Young, 2003). Nele apresenta-se uma proposta de protocolo psicoterápico para crianças com diagnóstico de transtorno disruptivo (APA, 2014).

Os transtornos disruptivos são os 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 (Barletta, 2011; Koch & Gross, 2015).

Loose, Graaf e Zarbock são psicoterapeutas e pesquisadores alemães, que muito têm contribuído com estudos, métodos e técnicas na área da TCFE para crianças e adolescentes. Lopes (2015) apresentou a tradução do alemão para o português de um dos trabalhos de Loose et al. (2013), dedicado ao tratamento de crianças com depressão. Nesse mesmo trabalho a autora também sugere uma proposta de roteiro de psicoterapia para crianças e adolescentes na abordagem da TCFE em grupo, adaptada ao público brasileiro. O trabalho de Lopes (2015) descreve os estágios do protocolo de grupo e as técnicas em TCFE indicadas às crianças e adolescentes.

Os estudos do grupo alemão dirigido por Christof Loose (Loose et al., 2015), apontam que a proposta psicoterápica da TCFE para crianças e adolescentes é efetiva, por considerar em seus métodos e técnicas os efeitos da interação entre ambiente e genética (a transgeracionalidade – comportamentos que o paciente tem e que se repetem na história familiar), agregando em seus protocolos 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 cuidadores responsáveis).

O objetivo deste trabalho é apresentar um modelo de protocolo psicoterápico em grupo, com os métodos e técnicas da TCFE para o tratamento de transtornos disruptivos com crianças de cinco a nove anos de idade.

O PROTOCOLO

A proposta de adaptar o protocolo de Loose et al. (2015) para o modelo em grupo, despertou a necessidade de pesquisar modelos de intervenção para crianças com comportamento disruptivo (individual e em grupo), associados a trabalhos com pais ou cuidadores. Foram encontrados alguns estudos internacionais que apontam a eficiência desse modelo interventivo, sendo três deles com metodologia para intervenção individual, e dois com metodologia voltada para grupos.

Os programas encontrados na literatura, indicados para tratamento de crianças com comportamento agressivo e com metodologia de intervenção individual, são:

- O programa *Parent-Child Interaction Therapy* (Weisz, J. R., & Kazdin, A. E., 2010).
- O programa *Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Program* (Chamberlain P. & Smith D. K, 2003).
- O programa *Parent Management Training (PMT)* (Kazdin, A. E., Siegel, T. C. & Bass, D., 1992).

Os programas indicados para intervenção em modelo de grupo, são:

- Os programas *Incredible Years*, de Webster-Stratton, C. (2006) dedicado a crianças e jovens agressivos, incluem a orientação de pais e cuidadores na metodologia com os programas *Basic Parental Training Program* e *Advance Parent Training Treatment Program*.
- 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. Os autores evidenciam a eficácia dessa intervenção, sendo que a diminuição dos comportamentos externalizantes é ainda maior quando as crianças também participam da versão desenvolvida para elas, o *Anger Coping Program* (Lochman et al., 2006).

Os estudos de Lochman, Burch, Curry & Lampron (1984); Lochman & Lampron (1988); Lochman & Wells (*in press- b*) sobre o *Anger Coping Program*, chamam a atenção pela forte indicação dos autores sobre a eficácia do tratamento em grupo, demonstrando que a relação com outros pares na psicoterapia favorece experiências que refletem vivências mais próximas do cotidiano dessas crianças e adolescentes. Sugerem que os grupos tenham entre quatro e seis membros, sendo as atividades conduzidas por dois co-terapeutas.

Loose et al. (2015) apresentam sua metodologia de trabalho para crianças e adolescentes agressivos na abordagem da TCFE, com condução individual. Afirmam que crianças muito pequenas, mesmo não sendo alfabetizadas, podem se beneficiar da psicoterapia. No entanto, para definir melhor os parâmetros do protocolo em grupo, encontra-se em Eddy, J. M. (2009) o esclarecimento de que a idade média para início dos comportamentos antissociais, na história de vida de adultos com diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial, é de oito e nove anos. A mesma autora indica a necessidade da realização simultânea de intervenções com os pais e/ou cuidadores dessas crianças. A autora complementa que os trabalhos deveriam ser preventivos e aplicados para crianças nas séries iniciais do ensino fundamental I, ou no início e meados da adolescência.

Conforme indicação dos estudos de Lochman et al. (1984); e Lochman & Lampron (1988), propõe-se um programa de psicoterapia infantil em grupo para tratamento de transtornos disruptivos com *n* entre quatro e seis participantes, com a presença de um co-terapeuta. A faixa etária, de acordo com os trabalhos apontados por Eddy (2009), sugere-se entre cinco e nove anos, devendo o terapeuta organizar o grupo de maneira mais homogênea possível em relação a estas idades.

ROTEIRO PROPOSTO PARA AVALIAÇÃO E APLICAÇÃO DO PROTOCOLO EM GRUPO

PRIMEIRA FASE – AVALIAÇÃO

O objetivo dessa fase é o diagnóstico feito com os pais e a construção do *Family Board* (Loose et al., 2015), ou quadro de modos e esquemas da família. Além de ser uma técnica de trabalho da TCFE, o *Family Board* é um importante instrumento didático de apresentação para a família sobre os principais conceitos da TCFE, e ilustra como os modos e esquemas aparecem em cada um deles e nas suas relações – identificado nos estudos de Loose et al. (2015) pelo conceito de “transgeracionalidade” dos modos e esquemas. Essa fase pode ocorrer em até cinco sessões.

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 (Young, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2008). Eles aparecem muito cedo, por isso são fortes e difíceis de mudar. Desenvolvem-se pela privação de necessidades básicas, pertinentes a todo ser humano no seu desenvolvimento, como: aceitação e pertencimento; senso de autonomia e competência adequado; limites realistas; respeito aos seus desejos e aspirações; expressão emocional legítima (Wainer R., Paim, K., Erdos, R. & Andriola R., 2016). Os modos podem ser considerados como formas de enfrentamento do paciente frente as situações disparadoras dos EIDs e podem ser disfuncionais. Os modos disfuncionais não resolvem o problema, mas quando aparecem, geram alívio emocional (Young, 2003; Young et al., 2008). Na TCFE com crianças e adolescentes o objetivo é alcançar o modo “criança inteligente”, de maneira que em situações conflitantes o paciente utilize formas de enfrentamento (inteligentes, espertas) adequadas para a idade, que gerem alívio emocional e sem transtornos com quem se relaciona.

Em algumas sessões a criança e a família podem estar juntos, especialmente na apresentação do *Family Board* pois, nessa ocasião, inicia-se um trabalho importante para o paciente a ser melhor explorado na fase de intervenção, que é conhecer melhor sua história familiar e identificar os principais comportamentos problemáticos que o trouxeram para a psicoterapia.

SEGUNDA FASE – INTERVENÇÃO

ESTÁGIO I – ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO ESTÁVEL ENTRE TERAPEUTA E PACIENTE

Cada paciente, nesse primeiro momento do trabalho, precisa ser construído um elo de confiança com o terapeuta. Loose et al. (2015) afirmam que o paciente deve sentir a empatia do terapeuta frente a seu comportamento problemático para que esse vínculo se desenvolva. O vínculo entre paciente e terapeuta possibilita a compreensão de que os comportamentos problemáticos podem aparecer, porque ainda fazem parte da vida do paciente, mas naquele trabalho eles podem ser compreendidos, e não julgados ou criticados.

Loose et al. (2015) ainda sugerem trabalhos nessa mesma etapa para o desenvolvimento de sentimentos de autoconfiança nos pacientes. A autoconfiança permite ao paciente compreender que ele próprio pode modificar o comportamento problemático, a medida em que reconhece as situações em que eles aparecem e descobre novas formas mais adaptadas de enfrentamento.

Loose et al. (2015) apresentam as atividades indicadas para a construção dessa autoconfiança e para esclarecimento dos comportamentos problemáticos:

- “Escada de pontos fortes e fracos”: O paciente indica suas habilidades e marca no degrau correspondente a percepção de si mesmo quanto ao seu desempenho. Esse instrumento pode ser aplicado no início de cada estágio. Os pacientes podem incorporar novos itens, a medida em que melhoram seu autoconhecimento. Poderão observar claramente ao final, por meio da comparação das primeiras auto-avaliações até a última, o quanto evoluíram no decorrer das sessões.

- “Estatística para crianças”: Pode ser usada nessa etapa para indicar às crianças que não somente elas tem um determinado tipo de problema.

- “Treino de respiração e auto-controle”: Utilizado como uma maneira de ensinar à criança o auto-monitoramento de suas sensações e sentimentos.

- “Checagem de evidências”: Nos momentos finais desse primeiro estágio sugere-se que o terapeuta comece a trabalhar técnicas para identificação dos comportamentos-queixa dos pacientes. Loose et al. (2015) indicam o uso de questionários – que os pacientes podem levar como tarefa; roteiros de entrevistas com pessoas do seu convívio;

- “Detetive de esquemas e modos”: Essa técnica é um importante instrumento de psicoeducação, que orienta as crianças no estabelecimento de conexões entre seus pensamentos, sentimentos e ações, bem como favorece que o terapeuta desenvolva o conhecimento das crianças sobre dois dos principais conceitos na abordagem da TCFE – os conceitos de esquema e de modos.

- A metáfora dos “óculos da raiva” (Loose et al., 2013). Auxilia no esclarecimento sobre como a percepção distorcida da realidade afeta as emoções e por conseguinte os comportamentos. Loose et al. (2015) citam essa atividade para que o terapeuta exercite na criança o comportamento de “detetive” pois, por meio dela, o paciente descobre quais comportamentos aparecem a medida em que seus “óculos” mudam. Neste exercício os “óculos” que estão sendo usados, determinam a maneira de pensar, sentir e agir do paciente. Com o “óculos da raiva,” que é um dos principais sentimentos disparadores do comportamento agressivo, a criança começa a investigar melhor (desenvolvendo o comportamento de “detetive”) as situações em que os EIDs são acionados, e como os modos disfuncionais aparecem.

Estima-se que esse estágio tenha cerca de cinco a seis sessões para que as atividades indicadas sejam conduzidas com êxito e seja concluído. Ressaltando-se porém que, todos os pacientes do grupo devem alcançar o objetivo esperado, antes que se avance para o próximo estágio. A visão geral sobre duração da aplicação completa do protocolo, pode ser observada na Tabela 3 deste manuscrito.

Tabela 1. Estrutura de sessões da primeira fase

Encontros para Avaliação da criança e dos Familiares	
1º. Encontro: Esclarecimentos e pré-teste (cuidadores e criança juntos)	Esclarecer objetivos, riscos, benefícios, e sugerir um cronograma com datas e periodicidades acordadas Conduzir a Entrevista cognitivo comportamental Aplicar BANI-Y (para crianças)
2º. Encontro: Mapear perfil de esquemas e modos (somente os cuidadores)	Conduzir a Entrevista com Avós Imaginários Questionário de Estilos Parentais Aplicação do Questionário de Normas e Valores
3º. Encontro: Mapear perfil de esquemas e modos (cuidadores e criança juntos)	Aplicar BDBI-Y (para crianças) Inventário de Esquemas de Young (Versão reduzida – para os pais) Inventário de Esquemas para crianças – Revisado
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
5º. Encontro: Organização da Agenda (cuidadores e criança juntos)	BSCI-Y Construir o <i>Family Board</i> Revisar o Cronograma das próximas sessões

Nota: Inventários Beck disponíveis em Cunha, J.A. (2001). Inventário de esquemas para crianças disponível em Teixeira, D. C. A. (2010), desenvolvido por Rijkeboer M. M. & Boo, G. M. (2010). Inventário de Esquemas de Young (versão reduzida), adaptado por Cazassa M. J. & Oliveira M. S. (2012). Inventário de Estilos Parentais, Young, J. (1996).

Tabela 2. 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	Psicoeducação 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.
=>	=>	=>	=>	

Fonte: Adaptado de 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.

Tabela 3. Quantidade de sessões e duração total do protocolo

Sessão	Público Alvo	Duração
Avaliação e Diagnóstico	Pais/ Cuidadores e crianças	5 encontros
Estágio I	Crianças	5 a 6 encontros
Estágio II	Crianças	5 a 6 encontros
Estágio III	Crianças	5 a 6 encontros
Estágio IV	Crianças	5 a 7 encontros
Estágio V	Crianças	5 encontros
Duração total da intervenção	Crianças	25 a 30 encontros
Orientação de Pais	Pais/ Cuidadores	
	Etapa I	1 a 2 encontros
	Etapa II	3 a 4 encontros
Duração total	Etapa III	7 a 8 encontros
	Pais/ Cuidadores	11 a 14 encontros
	Pais/ Cuidadores e crianças	1 encontro
Follow-up Protocolo completo (incluindo follow-up)	Crianças	31 a 36 sessões
	Pais/ Cuidadores	17 a 20 sessões

ESTÁGIO II – CLARIFICAÇÃO MOTIVACIONAL

O objetivo proposto é que os pacientes alcancem a compreensão das consequências negativas e positivas do comportamento problemático, e se empenhem como parte ativa no processo de mudança.

Nesse ponto do trabalho os pacientes já conhecem alguns métodos e conceitos da TCFE, mas ainda precisam se aprofundar e conhecer os modos de esquemas apresentados por Loose et al. (2015) – conforme Tabela 4, de maneira que possam nas fases seguintes encenar, discutir, colocar em ação seus modos de esquemas ativados, e ao mesmo tempo identificar oportunidades de construir comportamentos alternativos e mais saudáveis.

Na teoria apresentada por Loose et al. (2015) observa-se que as crianças com comportamento agressivo mantém 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 aos pacientes esses “circuitos típicos disfuncionais” (Loose et al. 2015), e desenvolva neles a observação dos impulsos dirigidos para obtenção do prazer em curto prazo. Em contrapartida, os pacientes aprendem a importância do autocontrole a fim de que, em vez de obter uma satisfação momentânea (imediate), opte por um comportamento “inteligente”, que leve a uma recompensa duradoura, como por exemplo, melhorar o relacionamento em casa ou na escola.

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.

Nesse ponto os autores comentam sobre a importância da atitude do terapeuta diante dos pacientes. O terapeuta deve se comprometer a ajudar os pacientes na satisfação de suas necessidades básicas (Wainer et al. 2016), por meio da atitude terapêutica de “reparação parental limitada”. Muitas vezes os comportamentos inadequados levam os pacientes a terem sentimentos de “desamor” e “desvalor”. A atitude empática do terapeuta atribui valor aos pacientes e não aos comportamentos problemáticos. Nessa relação os pacientes sentem que podem ter o controle sobre seus comportamentos, quando dirigem atenção ao objetivo maior de se sentir aceito e amado, e não para o alívio imediato da tensão ou da raiva.

Loose et al. (2015) indicam para o desenvolvimento do auto-controle com pacientes agressivos uma técnica importante da TCFE, a “substituição imaginativa”. Nessa atividade os pacientes devem se recordar de situações “disparadoras” de agressividade com resultados mal-sucedidos. O terapeuta auxilia os pacientes a encontrarem padrões de sentimentos e pensamentos nessas histórias e os comportamentos correspondentes. Posteriormente reescrevem um roteiro com um novo desfecho.

Esse estágio pode levar de cinco a seis sessões para que as atividades indicadas sejam conduzidas com êxito, de maneira que todos os pacientes do grupo tenham alcançado o objetivo esperado, e se possa avançar para o próximo estágio.

ESTÁGIO III – PSICOEDUCAÇÃO DOS MODOS E ESQUEMAS

O objetivo proposto é que os pacientes e outras pessoas relevantes em suas relações cotidianas, compreendam com clareza os conceitos básicos desse modelo de psicoterapia.

Tabela 4. Resumo dos modos e esquemas típicos das crianças com comportamento agressivo

Modos	Esquemas
Modo de ataque	Abandono/ instabilidade
Modo intimidador	Desconfiança/ abuso*
Modo criança irritada/ brava	Privação emocional
Modo criança impulsiva	Inadequação/ vergonha
Modo pai punitivo	Inibição emocional
Modo protetor irritado	Padrões excessivos/ reclamações implacáveis
	Inclinação criminosa/ punitivo
	Isolamento social/ alienação
	Dependência/ incompetência
	Vulnerabilidade e suscetibilidade a lesões e doenças
	Emaranhamento/ self subdesenvolvido
	Submissão/ resistência
	Autossacrifício
	Busca de atenção
	Negatividade/ pessimismo
	Falho
	Postura exigente/ grandiosidade
	Autocontrole insuficiente/ indisciplina

Fonte: Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. (2015). Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen. Basel: Beltz Verlag.

Os dados levantados por meio da utilização de instrumentos apresentados por Loose et al., 2015 como – a “Entrevista com Pais Imaginários”, a “Entrevista com Avós Imaginários”, o “Roteiro de entrevista de anamnese”, os inventários e questionários aplicados na fase de avaliação e diagnóstico, 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.

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 neste protocolo, pois por meio delas é possível que: os pacientes e seus familiares aprendam a lidar com seus modos e esquemas nas situações de conflito; compreendam a história da formação dos EIDs e identifiquem muitos deles sendo passados de geração em geração; aprendam a nomear esses modos e esquemas, e identifiquem como e quando eles aparecem em cada membro da família.

Loose et al. (2015) abrem uma sessão específica para tratar o “Desempoderamento dos pais ou pares punitivos e exigentes internalizados”. Por essa razão se sugere incluir nesse estágio do protocolo um trabalho ilustrativo para que os pacientes compreendam o que são esses modos internalizados e como os afetam. 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 pela percepção que têm de seus pais (figura grande). O terapeuta pode demonstrar como essa visão 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 na identificação dos sinais de raiva e fúria. Para controlar a ativação dessas mudanças físicas, acrescenta-se a esse protocolo o uso de técnicas de relaxamento (Lipp, 1998), exercícios de respiração e regulação da tensão, após a realização dos exercícios de expressão da raiva.

Os autores indicam a “técnica das cadeiras” para que os pacientes externalizem de uma maneira representativa cada modo. Os pacientes encenam com poses, gestos e palavras características de cada modo nomeado nas cadeiras. O terapeuta pode ser o primeiro a participar da atividade ilustrando como devem proceder. Indica-se nessa técnica que a “criança competente” converse com o “modo atacante”, por exemplo.

O terapeuta auxilia a criança na proposição de argumentos ao agressor para que ele saia de cena quando o paciente estiver em algum conflito e permita que a “criança competente” atue. A cadeira do modo “criança competente” ou “criança feliz” deve ficar em destaque e ser almejada por todos, como um objetivo a ser alcançado.

Esse estágio pode, assim como os anteriores, levar de cinco a seis sessões para ser concluído com êxito, avançando-se para o próximo estágio após se certificar que todos os pacientes do grupo alcançaram o objetivo proposto.

ESTÁGIO IV – MÉTODOS PARA A MUDANÇA

O objetivo nessa fase é que os pacientes sejam capazes de escolher, planejar e conduzir métodos para mudanças.

Loose et al. (2015) indicam quatro tópicos que precisam ser trabalhados com crianças agressivas – repensar, exercitar, questionar e confrontar, e sugerem técnicas da TCFE para isso. Os autores citam que essas atividades despertam experiências positivas, criando novos padrões neuronais, facilitando a replicação do aprendizado fora do contexto terapêutico. As atividades propostas 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”. Os autores sugerem o uso de fantoches e role-playing para moderar a posição dominante e treinar habilidades aprendidas no decorrer da psicoterapia, fortalecendo o modo “criança competente”.

- “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). Loose et al. (2015) 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”. Situações em que os pacientes conseguiram ter comportamentos diferentes dos que teriam antes das intervenções, devem ser evidenciados na psicoterapia. A análise de anotações e o controle da frequência com que esses comportamentos aparecem, permite evidenciar 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, incentivando que eles encontrem novos relacionamentos sociais. 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 para 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 "juízo", 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. Esse estágio pode levar de cinco a sete sessões para que as atividades indicadas sejam conduzidas com êxito e seja concluído.

ESTÁGIO V – CONSOLIDAÇÃO DA TERAPIA

Propõe-se que nesse estágio 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.

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), podem ser confeccionados cartões de memória para que os pacientes, no decorrer da sua rotina diária, relembrem os modos competentes e habilidades desenvolvidas para solução de conflitos sem o uso da agressão. Esse último estágio deve ser concluído em até cinco sessões.

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, relembra medidas aprendidas nas sessões e apoia os familiares a continuarem as relações positivas entre eles.

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 compartilharem um mesmo esquema, os conflitos na terapia ficam mais difíceis de serem solucionados. Pais e filhos criam um vínculo inconsciente que perpetua essa relação conflituosa. A proposta do "coaching" de esquemas é orientar e psicoeducar os pais em relação a seus EIDs, identificando a origem destes, propondo um trabalho para a modificação dos comportamentos disfuncionais, e com isso melhorando a relação entre o cuidador e a criança como peça-chave para o sucesso terapêutico (Loose et al., 2013).

Loose et al. (2013) sugerem algumas etapas para estabelecer um "coaching" de esquemas:

- Etapa I: Investigação de recursos parentais. Sugere-se o uso da entrevista de anamnese desenvolvida por Loose et al. (2013), que permite ao terapeuta obter informações sobre os primeiros anos de vida da criança e sobre a infância dos cuidadores. Essa etapa deve ter duração de uma a duas sessões.

- 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" (Loose et al., 2015) para o estudo das regras da família e o "Inventário de Estilos Parentais de Young" (Cazassa & Oliveira, 2012). A investigação dos esquemas e modos disfuncionais dos cuidadores pode ser conduzida por meio da construção do Genograma, representando graficamente os esquemas familiares perpetuados ao longo das gerações. Para a construção do Genograma, sugere-se a utilização de "álbuns de família", por exemplo. Considerando-se as três atividades propostas, essa etapa com os cuidadores deve se estender por três a quatro sessões.

- Etapa III: Correção de modos e esquemas dos cuidadores. O *video-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 as crianças; técnicas com o uso de imagens mentais – permitindo que os cuidadores "voltem para a própria infância", identifiquem suas próprias necessidades básicas não satisfeitas nesse período de suas vidas, e cuidem delas.

O uso do genograma familiar, permite identificar os esquemas familiares perpetuados 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 uso do “Quadro de esquemas e modos da família” nessa etapa, 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 na relação familiar quando o esquema entra e sai de cena.

Através de provocações cênicas (com o uso de bonecos ou fantoches grandes), pode-se dramatizar uma situação familiar, ativando modos saudáveis (proteção, carinho, segurança). Podem ser passadas instruções aos pais ou cuidadores, sobre como lidar com certos modos da criança apresenta sob a forma de “*role playing*”.

O terapeuta deve construir com os cuidadores atividades positivas que fortaleçam o modo “criança saudável” do paciente, propondo rotinas prazerosas que criem uma atmosfera de alegria e prazer na família (contar histórias de ninar, assistir televisão juntos, cantar), escolhidos de acordo com as características da família, contribuindo para o reforçamento de modos saudáveis.

O trabalho com pais e cuidadores tem a mesma duração de tempo das crianças, porém os encontros não precisam ocorrer na mesma frequência. Essa última etapa é a mais longa no trabalho com os cuidadores, e deve durar cerca de sete a oito sessões.

CONCLUSÕES

O protocolo aqui descrito sugere uma intervenção em grupo para crianças com transtornos disruptivos, cuja duração pode variar de 31 a 36 sessões. A versão original em alemão para psicoterapia com crianças agressivas em atendimento individual, não cita exatamente quantas sessões teria de duração. O modelo aqui proposto tem essa previsão por ter sido organizado em estágios e as atividades previamente definidas para alcançar os objetivos esperados em cada um. Trata-se de uma previsão, pois o tempo de cada paciente na evolução do estágio deve ser levado em consideração, de maneira que o objetivo esperado pode ser alcançado em menor ou maior tempo. O importante é garantir que todos os pacientes do grupo se beneficiem da evolução esperada em cada fase.

Apesar dessa estrutura organizada, o protocolo proposto não foi aplicado para que se pudesse confirmar as previsões de tempo da intervenção, nem mesmo dos objetivos esperados. Indica-se para a comunidade científica que tenha interesse em aprofundar nesse estudo, que esse modelo de psicoterapia infantil 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. 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 trabalho com os modos de esquemas com crianças pequenas, na metodologia da TCFE proposta por Loose et al. (2015), pode ser feita de maneira lúdica facilitando o entendimento e a relação terapeuta-paciente. Os pesquisadores alemães conseguiram definir seis modos diferentes para serem trabalhados no comportamento agressivo, lançando destaque aos dezoito esquemas iniciais desadaptativos identificados nas crianças com comportamento agressivo. Isso nos leva a perceber a amplitude desse programa, pois o comportamento disruptivo tem grande impacto na vida da criança, no seu meio de convivência e na família, com um prognóstico desfavorável caso os comportamentos inadequados sejam mantidos.

O fato de ser uma intervenção com crianças menores, com uma riqueza de atividades vivenciais e em grupo, infere-se que esse modelo seja bem-aceito pelo público-alvo. Essa observação se deve ao fato de que uma proposta dessa magnitude, sendo aplicado de acordo com os métodos e técnicas indicados, pode ser um trabalho preventivo a um tipo de transtorno psiquiátrico na infância e adolescência com ampla relevância, e carente de metodologias claras e organizadas que mantém a assiduidade dos participantes nos programas.

O enfoque desse trabalho é a proposta de um modelo de psicoterapia infantil, mas ressalta-se a importância das etapas de intervenção com as famílias (pais ou cuidadores responsáveis), pois isso torna o protocolo ainda mais completo e viável para atingir os resultados esperados.

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.
- 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://transtorno.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 multidimensional 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.
- 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., & Lampron, L. B. (1988). Cognitive behavioral intervention for aggressive boys: Seven month follow-up effects. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 5, 15-23.
- 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)
- Lochman, J. E., Burch, P. R., Curry, J. F., & Lampron, L. B. (1984). Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 915-916. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.52.5.915> HYPERLINK ""
- Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. (2013). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz Verlag
- Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. (2015). *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz Verlag.
- 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.
- Rijkeboer M. M. & Boo, G. M. (2010). Early Maladaptive Schemas in Children: Development and Validation of the Schema Inventory for Children. *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry*, 41,102-109. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.11.001> PMID:19944408
- 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.
- Webster-Stratton, C. (2006). *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. (1996). *Questionário de estilos parentais desenvolvido por Jeffrey Young*. Traduzido por M. C. Salvador, D. Rijo e J. Pinto Gouveia, 1996, Portugal, 2003.
- Young, J. (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.
- Wainer, R., Paim, K., Erdos, R. & Andriola, R. (2016). *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: integração em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.