

Renata Ferrarez Fernandes Lopes <sup>1</sup>  
Jessica Ferrucci Suzuki Bizinoto <sup>1</sup>  
Laiz Bueno Rodrigues <sup>1</sup>  
Carmem Beatriz Neufeld <sup>1</sup>

## Contribuições da escola alemã para a terapia do esquema para crianças

### *Contributions of the German school for the schema therapy for children*

#### RESUMO

Este artigo teórico está inserido no campo da terapia do esquema, desenvolvida por Jeffrey Young. Trata-se de um trabalho que visa apresentar aos terapeutas cognitivos brasileiros o protocolo dirigido a pacientes infantojuvenis desenvolvido pela escola alemã de terapia do esquema. O protocolo alemão é o mais completo modelo de intervenção para modos de esquemas que temos atualmente no campo da terapia do esquema para crianças e adolescentes. O objetivo deste trabalho é apresentar em linhas gerais a adaptação teórica do modelo de Young para crianças, feita pela escola alemã, e o trabalho terapêutico que consiste em orientação dos pais e intervenção a partir de um modelo de seis estágios interventivos. Foi possível concluir que se trata de um modelo teórico e de intervenção abrangente que pode ser utilizado, com pequenas adaptações, em crianças brasileiras.

**Palavras-chave:** crianças, intervenção, terapia do esquema.

#### ABSTRACT

This theoretical paper is about the Jeffrey Young Schema Therapy. It aims on introducing to Brazilian cognitive therapists the child treatment protocol developed by German School of Schema Therapy. The German protocol is the most complete model of intervention of schema modes that we currently have in the field of Schema Therapy for children and adolescents. The aim of this paper is to outline the theoretical adaptation of Young's model for children made by the German School and the therapeutic work that consists of advising parents and on intervention starting from a model of six interventional stages. It was possible to conclude that it is a theoretical and a comprehensive interventional model that can be used in Brazilian children with minor adaptations.

**Keywords:** children, intervention, schema therapy.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Uberlândia.

**Correspondência:**

Renata Ferrarez Fernandes Lopes.  
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia.  
Av. Pará, 1720, Umuarama.  
Uberlândia - MG.  
CEP: 38400-902.  
E-mail: rferrandeslopes@ufu.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 01 de Outubro de 2014. cod. 2014-10.  
Artigo aceito em 10 de Novembro de 2015.

10.5935/1808-5687.20140015

## INTRODUÇÃO

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para crianças e adolescentes é um campo de atuação amplo e apresenta diversas particularidades e especificidades em relação à TCC com adultos. Sabe-se que a psicoterapia cognitiva infantil tem os mesmos princípios básicos da TCC de adultos, contudo, os aspectos ligados ao desenvolvimento afetivo, cognitivo, emocional, social e moral infantil exigem adaptações técnicas que respeitem as especificidades dessa fase do ciclo vital. Seu objetivo primordial é a modificação de esquemas mentais (crenças) do paciente, procurando promover mudanças duradouras em suas emoções e comportamentos (Padesky, 1994).

O valor de se promover cognições adaptadas na infância é inestimável, pois o bom desenvolvimento afetivo-cognitivo é um fator protetivo importante. Por sua vez, crenças desadaptativas mantidas desde a infância tornam-se fatores predisponentes de várias doenças mentais (Lopes, 2011).

Este artigo está inserido no campo da terapia do esquema, uma forma de terapia cognitiva, desenvolvida por Jeffrey Young (Young, 2003; Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Trata-se da apresentação em linhas gerais do protocolo alemão de terapia do esquema desenvolvida para o público infantil (Loose, Graaf, & Zarbock, 2013). Cabe destacar que esse protocolo é inteiramente novo para os terapeutas cognitivos brasileiros, que, de forma geral, não dominam a língua alemã e, por isso, não têm acesso aos mais novos programas de intervenção clínica para crianças envolvendo a terapia do esquema.

Para fundamentar as discussões posteriores sobre terapia do esquema infantil, apresentaremos primeiro uma visão geral do enfoque baseado no esquema proposto por Jeffrey Young, autor e criador da abordagem sobre a qual a escola alemã tem se debruçado.

### UMA VISÃO GERAL DA TERAPIA DO ESQUEMA

Young (2003) propôs a terapia do esquema como uma alternativa eficaz para o tratamento de pessoas com transtornos da personalidade, mas a estendeu a todos os transtornos internalizantes, a quadros psicóticos, como esquizofrenia e transtorno bipolar (van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2012), e modalidades terapêuticas, como a terapia do esquema para grupos (Farrel & Shaw, 2013), a terapia de casal (Rafaeli, Bernstein, & Young, 2011; van Vreeswijk et al., 2012) e a terapia infantil (Loose et al., 2013), bem como ao diálogo com outras formas de terapia cognitiva, como *mindfulness* e terapia de aceitação e compromisso, com o intuito de fortalecer o modo adulto saudável (Roediger, 2012).

O conceito de esquema inicial desadaptativo (EID), conceito angular da terapia do esquema, é considerado por Young (2003) como o nível mais profundo de cognição. Os esquemas iniciais são definidos como crenças e sentimentos

incondicionais e rígidos, tomados como verdades sobre si mesmo e sobre o ambiente. Essas crenças foram desenvolvidas na infância do indivíduo e influenciam o processamento das experiências subsequentes (Rafaeli, et al., 2011; Riso, du Toit, Stein, & Young, 2007; Young, 2003; Young et al., 2008).

Os esquemas (crenças) contaminam a interpretação dos acontecimentos de maneira efetiva, orientando ideias errôneas, atitudes distorcidas, predições inválidas e metas irrealistas. Por se desenvolverem muito precocemente, os EIDs estão ligados a altos níveis de afeto. A realidade é interpretada por meio das experiências emocionais da criança, que são vivenciadas como verdades implícitas e naturais quando as pessoas se tornam adultas. Os EIDs, embora desadaptados, podem ser traduzidos como o modo de perceber a si mesmo em relação ao outro e ao mundo que se perpetua ao longo da vida de forma “confiável”, porque passa a ser familiar ao indivíduo, que automaticamente distorce a realidade para manter os esquemas (Riso et al., 2007; Young, 2003; Young et al., 2008).

Na prática clínica com pacientes crônicos, a terapia do esquema identificou 18 EIDs, organizados em cinco domínios de esquema: (a) Desconexão e rejeição; (b) Autonomia e desempenho prejudicados; (c) Limites prejudicados; (d) Orientação para o outro e (e) Supervigilância e inibição (Rafaeli et al., 2011; Riso et al., 2007; Young, 2003; Young et al., 2008).

Os cinco domínios de esquema correspondem a necessidades desenvolvimentais da criança que, segundo Young e colaboradores (2008), podem não ter sido atendidas ao longo do desenvolvimento. Cada domínio está relacionado com uma das cinco necessidades emocionais básicas não satisfeitas na infância, a saber: vínculos seguros com outros indivíduos; autonomia, competência e sentido de identidade; liberdade de expressão e emoções e validação das necessidades; espontaneidade e lazer; e limites realistas e autocontrole. Ambientes onde essas necessidades fundamentais não são satisfeitas favorecem experiências nocivas de vida que irão delinear os EIDs - representações estabelecidas na memória do ambiente nocivo vivenciado pelo indivíduo e repetidas ao longo da vida (van Vreeswijk et al., 2012; Loose et al., 2013).

Os esquemas podem ocorrer no indivíduo (em seus processos psíquicos inerentes ao esquema) de três formas: podem ser reforçados (manutenção de esquemas), evitados (evitação de esquemas) ou supercompensados (compensação de esquemas) nos níveis cognitivo, afetivo e comportamental. As maneiras que os indivíduos têm de lidar com o esquema são denominadas respostas de enfrentamento. Do ponto de vista psicopatológico, quando essas respostas perpetuam o esquema, são consideradas desadaptativas. Os tipos de respostas de enfrentamento do indivíduo não compõem o esquema, mas são uma reação do paciente a ele, tanto que uma pessoa pode responder ao mesmo esquema de diversas maneiras em diferentes situações. Existem três tipos de respostas de enfrentamento desadaptativas: a) resignação, b)

evitação e c) hipercompensação (Loose et al., 2013; Young & Klosko, 1994; Young et al., 2008).

## MODOS DE OPERAÇÃO

A abordagem dos modos foi desenvolvida por Jeffrey Young a partir de seu trabalho com o transtorno da personalidade *borderline*. O autor percebeu que nem mesmo a terapia do esquema estava obtendo efeitos favoráveis para esses pacientes, sendo então necessária a complementação da abordagem (Falcone & Ventura, 2008). Os modos podem ser definidos como os esquemas ou operações de esquemas, adaptativos ou desadaptativos, que estão ativos no indivíduo no momento. Um modo de esquema disfuncional é ativado quando esquemas desadaptativos ou respostas de enfrentamento específicas irrompem em forma de emoções desagradáveis, respostas de evitação ou comportamentos autoderrotistas que assumem o controle do funcionamento do indivíduo. (Young et al., 2008, p. 48).

Young e colaboradores (2008) identificaram 10 modos de esquemas, que são distribuídos em quatro categorias, sendo elas: modos criança, modos enfrentamento disfuncional, modos pais disfuncionais e modo adulto saudável. Os autores sugerem que os modos criança são inatos, ou seja, todas as crianças têm o potencial para manifestá-los. Nessa categoria, foram identificados quatro modos distintos: *modos criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva e criança feliz*. A *criança vulnerável* é o modo pelo qual se manifesta grande parte dos esquemas nucleares, como abandono, abuso, privação emocional, etc.; a *criança zangada* representa o momento no qual o indivíduo reage às situações com raiva, devido à não satisfação de suas necessidades emocionais, sem pensar nas consequências de seus comportamentos; a *criança impulsiva* é o modo no qual o paciente age com base apenas em seus desejos e emoções, sem considerar os efeitos de seus atos; o modo *criança feliz, ou “modo inteligente”*, é o objetivo da terapia do esquema com crianças, pois diz respeito ao momento no qual a pessoa sente que suas necessidades emocionais foram atendidas (Lopes et al., 2013; van Vreeswijk et al., 2012).

Até agora apresentamos a terapia do esquema conforme foi concebida (ênfatizando a psicoterapia do adulto). A seguir, mostraremos como, nos últimos anos, ela passou a ser adaptada para o atendimento de crianças e adolescentes, inclusive no Brasil (Lopes, Leite, & Prado, 2011).

## TERAPIA DO ESQUEMA PARA CRIANÇAS

Adaptar as várias formas de TCC para uma clientela composta de crianças e adolescentes, sem que os princípios teóricos e práticos dessas abordagens se percam, é um grande desafio para o terapeuta (Lopes et al., 2003). É essencial que o profissional considere as peculiaridades existentes na psicoterapia com essas faixas etárias, como o fato de os pacientes não iniciarem o processo terapêutico por vontade própria, mas serem levados ao psicólogo devido a algum

problema que nem sempre percebem como desadaptado; muitas vezes esses pacientes são encaminhados à terapia porque seus comportamentos prejudicam o funcionamento de determinada instituição (p. ex., escola, família); e eles não têm o controle sobre o início e/ou término do processo terapêutico. Devido ao fato de esses pacientes terem pouco ou nenhum controle sobre seu tratamento, cabe ao terapeuta motivar ao máximo o envolvimento do indivíduo com a terapia (Friedberg & McClure, 2004).

As técnicas devem ser adaptadas de acordo com a demanda da TCC infantil, observando não apenas as questões já citadas, mas também os aspectos do desenvolvimento cognitivo na infância e adolescência (Lopes et al., 2003). O pensamento da criança se desenvolve gradativamente ao longo do tempo, passando por diversos estágios, apresentando diferentes tipos de raciocínios, até que, por último, a capacidade de abstração do pensamento é adquirida (Rosen, 1989). A forma como as técnicas psicoterápicas destinadas às crianças são elaboradas pelo terapeuta depende essencialmente do estágio do desenvolvimento cognitivo no qual esse indivíduo se encontra. Cada estágio tem suas peculiaridades, as quais muitas vezes impedem que o paciente apreenda o conteúdo desejado pelo terapeuta, diminuindo a eficácia da técnica utilizada.

A literatura internacional sobre o tema é escassa, destacando-se trabalhos envolvendo a adaptação e a validação do Questionário de Esquemas para crianças e adolescentes (Rijkeboer & de Boo, 2010; Stallard, 2007; Stallard & Rayner, 2005; Teixeira, 2010; Van Vlierberghe, Rijkeboer, Hamers, & Braet, 2004) e estudos acerca do papel dos EIDs na adolescência (Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel, & Bögels, 2010). Notam-se estudos sobre o transtorno da personalidade antissocial e a obesidade infantil (Turner, Rose, & Cooper, 2005; Van Vlierberghe, Braet, & Goossens, 2009). Temos, ainda, alguns estudos envolvendo estilos de educação parental e EIDs (Thimm, 2010; Turner et al., 2005).

Do ponto de vista da terapia do esquema para crianças, no Brasil, Lopes e colaboradores (2011) apresentaram uma proposta de avaliação e psicoeducação a partir de uma história infantil ilustrada com base nessa abordagem cognitiva. O personagem principal da história é um leãozinho chamado Arroar, um filhote que visa controlar todas as coisas em prol do próprio conforto e da satisfação de suas vontades sem se preocupar com os outros. Além disso, Arroar tem uma série de comportamentos inadequados, como desrespeito às regras, menosprezo dos outros animais, sugerindo, assim, um transtorno opositor desafiante (TOD) e esquemas de arrego/grandiosidade (Young & Klosko, 1994).

## A ESCOLA ALEMÃ DE SCHEMATHERAPIE FÜR KINDER

A terapia do esquema tem obtido um desenvolvimento bastante dinâmico na Holanda e, especialmente, na Alemanha. Os membros alemães agora formam o maior

grupo de psicólogos cognitivos associados à Internationalen Schematherapie-Gesellschaft (ISST)<sup>1</sup>.

Na visão da escola alemã, o que torna a terapia do esquema atraente é a combinação de um modelo de desenvolvimento baseado na interação entre ambiente e genética, com um arsenal interventivo que se baseia em técnicas cognitivas, comportamentais e vivenciais que visam melhorar a qualidade relacional das pessoas e, no caso da terapia infantil, melhorar a qualidade relacional do par (criança-pais/cuidadores) (Loose et al., 2013).

Há uma ênfase em todas as publicações da escola alemã sobre a necessidade da colaboração dos pais no tratamento. Os genitores são um dos grandes destinatários da terapia do esquema para crianças e adolescentes, especialmente no que tange à noção de *coaching* de esquemas. Segundo Loose e colaboradores (2013), esse construto é a prevenção primária mais importante do programa terapêutico voltado para crianças.

## COPING DE MODOS

Em contraste com os estilos de *coping* (estilos de enfrentamento) que se concentram exclusivamente no comportamento do indivíduo, os *coping* de modos (modos de enfrentamento) na terapia do esquema são estados emocionais que envolvem emoções, cognições e respostas comportamentais; os modos estão ativos em um dado momento, por exemplo, quando os EIDs são acionados. Sendo assim, é importante prestar atenção a qualquer “modo” usado pelo paciente, porque não importa o quão destrutivo é esse modo, ele pode ser entendido como uma forma de abordar um problema sério e difícil que aconteceu no passado. Podemos comparar a função de um modo particular com a de um “medicamento” que era necessário e muito útil quando a pessoa estava “doente”, mas agora é obsoleto, prejudicial ou mesmo devastador (Loose, 2011; Young et al., 2008).

Esse conceito de *coping de modo* (*modo de enfrentamento*) é trabalhado extensamente no protocolo da escola alemã (Loose, 2011; Loose et al., 2013) por meio de teatro de fantoche, que é uma técnica usada na etapa em que se quer psicoeducar a criança sobre os efeitos do modo nas situações de conflito. Essa técnica será abordada a seguir.

## A SCHEMATHERAPIE FÜR KINDER (PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES)

O modelo conceitual de terapia do esquema pode ser muito bem aplicado no trabalho com crianças e adolescentes. Para a criança, a noção de esquema é geralmente abstrata. Os terapeutas não precisam, necessariamente, discutir os esquemas com os pacientes, pois são pouco claros e abstratos demais. No entanto, a fim de conduzir o processo terapêutico, o profissional deveria ter em mente que os esquemas produzem modos. Esses modos procuram lidar com frustrações de necessidades fundamentais (Roediger, 2009).

Com frequência, crianças do ensino fundamental já conseguem descrever seus comportamentos e vivências com modos. Em suma, apenas uma palavra precisa ser aprendida na terapia do esquema infantil: modo = estado. A partir do aprendizado dessa nova palavra, a “sintonia com o eu” se torna mais fluida. A criança pode identificar seus estados, tendo, assim, a possibilidade de alcançar certo controle sobre eles, totalmente de acordo com o lema: “Perigo nomeado - perigo reconhecido” (Loose et al., 2013).

## O MODELO DE NOMEAÇÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

No modelo conceitual original, diferenciam-se os modos criança, os modos de enfrentamento, o modo dos pais e o modo de resolução (modo adulto saudável), que caracteriza os adultos saudáveis. No caso da terapia com crianças e adolescentes cujo desenvolvimento é saudável, o modo adulto saudável equivale à criança/adolescente competente (sendo, muitas vezes, nomeado “modo inteligente”).

Na teoria dos modos, antes de tudo, são diferenciadas a criança ferida, a criança furiosa, a criança impulsiva sem limites e a criança feliz. Para a aplicação da terapia em crianças e adolescentes, é importante que o terapeuta investigue, por meio dos modos da criança, se elas estão apresentando suas idades típicas, não bastando somente enquadrá-las em uma faixa etária típica normal ou na condição média de desenvolvimento da criança de sua idade. Enquanto comportamentos demasiadamente impulsivos em uma criança de 3 anos ainda são frequentes, pode-se esperar que na criança pré-escolar encontre-se o modo competente (“criança competente-modo inteligente”), que substitua o “modo criança opositiva, impulsiva e desafiadora” (Loose et al., 2013). Os terapeutas podem constatar, durante uma crise de angústia, que uma criança com maior competência emocional pode mudar para o “modo criança ferida”, deixando de ter a autorregulação própria da idade, passando a ser dependente e buscando a reafirmação de seu intenso vínculo com os pais e da correção fornecida por eles (Loose et al., 2013).

## FORMAÇÃO DOS MODOS DE ENFRENTAMENTO DISFUNCIONAIS E MODO PAIS INTERNALIZADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

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

<sup>1</sup> Internationalen Schematherapie-Gesellschaft (ISST): Sociedade Internacional de Terapia do Esquema.

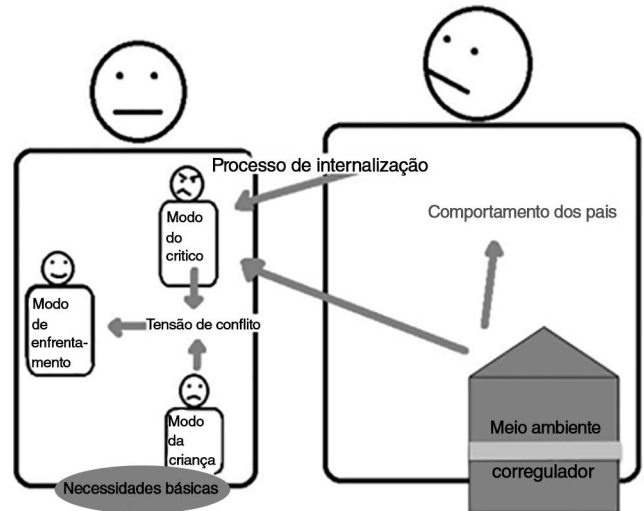
O conceito de modo de enfrentamento considera que os distúrbios e sintomas são expressões de conflitos internos, que originalmente eram conflitos externos (com pais/cuidadores ou propriamente dos pais) que não puderam ser resolvidos de maneira satisfatória na relação com a criança (Roediger, 2009). A perspectiva de “conflitos internos” e a perspectiva do controle que o ambiente tem sobre o comportamento por meio de estímulos disparadores e/ou amplificadores integram-se na aplicação da terapia do esquema a partir do modelo SORKC<sup>2</sup>. No modelo SORKC (Loose et al., 2013), as reações de enfrentamento, sob o escopo do modo de enfrentamento, são disparadas por meio de estímulos (externos ou internos). Via de regra, esses estímulos provocam as clássicas reações emocionais condicionadas, como medo, tristeza, vergonha, culpa ou nojo. A percepção interna dessas reações emocionais, que também podem se dar de forma subliminar (automática), dá início ao comportamento de enfrentamento. Esse comportamento de enfrentamento normalmente serve para a redução das emoções desconfortáveis vivenciadas. Por meio do processo da atenuação de uma situação desconfortável, a reação de enfrentamento (p. ex., a elaboração de uma defesa que envolve tensão muscular, atenção-distração; birra) é reforçada negativamente. Por meio do alívio da aversão, o comportamento de enfrentamento é recompensado e, a partir daí, futuramente, a reação negativa ocorrerá com mais frequência (Loose et al., 2013).

Para ilustrar a perspectiva da internalização do conflito e como surgem nas crianças os modos pais internalizados, Loose e colaboradores (2013) criaram uma metáfora figurativa que pretende ilustrar a formação do modo, enfatizando o risco da concretização do fenômeno. Durante o processo de internalização/introjeção pela criança, o modo dos pais se transforma. Em casos desfavoráveis, as partes disfuncionais, punitivas ou exigentes dos pais anunciam-se mais tarde como “crítico interno” (modo pais disfuncionais), agora percebido como pertencente à criança (Figura 1). A criança desenvolve o modo de enfrentamento para reduzir as tensões do conflito.

## A TERAPIA DO ESQUEMA E A ORIENTAÇÃO DE PAIS

### COACHING DE ESQUEMA

No centro do protocolo da escola alemã está o conceito de *coaching* de esquema, em especial os esquemas



Fonte: Baseada em Loose e colaboradores (2013).

**Figura 1.** Diagrama da internalização, onde as partes punitivas e exigentes dos pais são internalizadas. Os conflitos originalmente externos se tornam tensões internas, as quais favorecem o desenvolvimento do modo de enfrentamento.

desadaptativos dos pais. Para Loose e colaboradores (2013), é preciso evitar um conluio de esquemas. Se os pais e a criança compartilham o mesmo esquema/modo e se este é disparado, fica mais difícil lidar com os conflitos na terapia.

A fim de libertar-se dos esquemas geracionais<sup>3</sup>, que são comuns nesses conluios, primeiro é necessário reconhecer e aceitar os próprios esquemas, que foram possivelmente escondidos ou encobertos até o dia em que o terapeuta passou a investigá-los (Loose, 2011).

### ETAPAS DO COACHING DOS ESQUEMAS

É objetivo da terapia ensinar pais ou cuidadores a reconhecerem as necessidades emocionais das crianças e a intervirem nos comportamentos inadequados causados pelos EIDs em formação (*coaching* de esquemas), ajudando-as a satisfazer suas necessidades adequadamente, organizando seu mundo de maneira mais saudável. A escola alemã sugere as seguintes etapas para estabelecer um *coaching* de esquemas (Loose, 2011; Loose et al., 2013): investigar as características próprias dos esquemas dos pais no presente (p. ex., usar o questionário de esquemas de Young, o questionário parental de Young, entrevistas com os pais, etc.); definir quais modos estão ativos e descobrir como são ativados pelo comportamento da criança (botões emocionais

<sup>2</sup> O modelo SORKC foi elaborado por Frederick Kanfer e é um modelo comportamental alemão que descreve cinco elementos como a base dos procedimentos de aprendizagem. Na área da linguística alemã, ele representa uma “equação do comportamento”, portanto, um modelo que procura explicar tanto o comportamento como a aquisição do comportamento. O modelo SORKC aplicado na psicologia, entretanto, procura explicar comportamentos psicopatológicos.

• S (estímulo) designa uma situação interna ou externa que possibilita que o comportamento surja.  
• O (organismo) designa o indivíduo biológico com sua história de aprendizagem inicial ou as características da pessoa que está sob controle do estímulo.  
• R (reação) designa o comportamento ou resposta observável que se segue ao estímulo e transforma o organismo.  
• K (Kontingenç) designa a sequência temporal do comportamento e/ou dos comportamentos ou reações (com que intervalo e frequência o comportamento se repete).  
• C (consequência) refere-se ao aspecto reforçador ou punitivo que se segue ao comportamento.

<sup>3</sup> Loose (2011) defende a ideia de que os esquemas e modos são passados de geração em geração via prática educacional e genes.



dos pais); voltar para a infância do pai a fim de esclarecer quais eram as necessidades não satisfeitas (usar técnicas para favorecer a imaginação, recordação); considerar o tipo de infância que os pais tinham (incluindo esquemas que tiveram e ainda têm); esboçar um “genograma do esquema” (um álbum de família, representando graficamente, como em uma árvore genealógica, os esquemas familiares perpetuados ao longo das últimas três gerações) para verificar se é possível encontrar padrões geracionais semelhantes aos domínios de esquemas apresentados pela criança; usar um *familyboard*, que se trata de uma placa de madeira com figuras do mesmo material que representam os membros da família. Além das figuras representativas dos membros da família, temos uma figura representativa do esquema. O esquema é introduzido na cena a fim de obter-se as sensações dos membros da família logo após o esquema entrar e sair de cena; usar o *familyboard* de dupla estrutura para avaliar o aspecto geracional dos esquemas e modos. Para isso, temos na base o modelo ou a constelação familiar de um dos pais (quando o/a pai/mãe era uma criança) e, no primeiro andar, a constelação como é agora (no presente). O objetivo é descobrir se existe alguma herança dos modos ou dos esquemas.

Na orientação de pais, o objetivo a ser alcançado é que os genitores possam ter uma ideia dos tipos de esquemas e modos da família que foram assimilados ao longo de gerações. Essa visão é uma base que permite aos pais “lutar” e passar a adotar esquemas adaptativos e modos que possam ajudar a criança a sentir e agir de maneira adequada.

## UM PROGRAMA BREVE DE INTERVENÇÃO PARA A CRIANÇA

No que tange à terapia da criança, o seguinte programa de intervenção é realizado, segundo as seis etapas descritas por Loose (2011), totalizando até 25 sessões. As etapas são, respectivamente: a) criação de um vínculo estável terapeuta-criança; b) ampliação da motivação da criança para a mudança (o que exatamente em minha vida deve ser diferente e por quê?); c) análise do próprio comportamento: descrição do problema e o que sustenta essas condições problemáticas; d) estabelecimento de metas individuais; e) escolha, planejamento e condução de métodos para mudança; f) avaliação de resultados e consolidação da terapia.

É importante destacar que se trata de um modelo de estágios, ou seja, não se deve saltar de uma fase para outra, a menos que o paciente tenha atingido plenamente o objetivo da etapa anterior.

## ETAPA I: CRIAÇÃO DE UM VÍNCULO ESTÁVEL TERAPEUTA-PACIENTE

Na Etapa I, o primeiro objetivo é ter acesso direto e pessoal à criança e, para isso, é importante investigar do que ela gosta, o que faz em seu cotidiano, do que não gosta, seus *hobbies*, sonhos, etc. Aqui, deve-se mostrar empatia e

compreensão, ampliando a confiança. Nesse sentido, é preciso fortalecer a aliança terapêutica e realizar demonstrações envolvendo estratégias para se evitar “desorganizações do *self*” pelo problema-queixa. O último objetivo dessa etapa é a redução da baixa autoestima e da autoatribuição negativa e, para isso, deve-se enfatizar os pontos fortes da criança, seus aspectos positivos e suas conquistas (Loose, 2011).

## ETAPA II: CONSTRUÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA

A segunda etapa tem como objetivo inicial a clarificação motivacional. Por meio de técnicas lúdicas, o terapeuta visa esclarecer as consequências de curto e longo prazos de uma possível mudança dos comportamentos-queixas. Segue-se a essa etapa o estabelecimento de uma meta para o futuro próximo. Nesse caso, ajuda muito 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 (Loose, 2011).

Na Etapa II, a meta é alcançada se o paciente conhece e compreende as consequências do comportamento problemático em curto e longo prazos e estabelece um modelo compreensível sobre por que seu comportamento surgiu. Assim, ela se torna capaz de compreender que tem um problema, mas não é o problema. A partir da segunda fase, todas as conquistas das etapas subsequentes devem ser reforçadas (Loose, 2011).

## ETAPA III: PSICOEDUCAÇÃO SOBRE ESQUEMAS E MODOS

De acordo com a Etapa III, todos os membros relevantes da família devem ser conhecedores dos termos básicos da terapia do esquema (Loose et al., 2013). Nessa etapa, o genograma familiar já foi estabelecido, e o terapeuta já conhece os esquemas e modos mais prevalentes na família (a partir dos inventários e questionários aplicados no pré-teste e da observação dos pais). É possível que haja alguma resistência por parte das crianças e dos pais/parentes, pois aqui se começa a psicoeducar sobre modos de funcionamento familiar que existem ao longo de gerações e que deverão ser mudados (Loose, 2011).

Nessa etapa, o modelo SORKC é trabalhado com a criança e com a família a fim de dar início à psicoeducação sobre modos. Também, começa-se a incentivar a criança a adotar modos protetores, por meio de técnicas lúdicas e materiais concretos, como o uso de capacetes, que ilustrem a

necessidade de se proteger do modo desadaptado. O terapeuta deve apoiar a criança nessas novas tarefas e reforçá-la pelas conquistas da etapa (Loose, 2011).

#### ETAPA IV: DIAGNÓSTICO DO ESQUEMA E DO MODO

Nessa etapa, ocorre a identificação dos esquemas e modos da criança, o que é feito especialmente em função da observação dos comportamentos na terapia. A principal técnica utilizada é o teatro de fantoches. Outro aspecto importante é promover na criança um interesse pelos próprios esquemas e modos, incentivando a aceitação de si e de seus sentimentos. Sugere-se que, nessa fase, a criança consiga manter um diário de modos, especialmente do uso do modo inteligente (modo saudável) nas várias situações. Nessa etapa, a conceituação de caso já está bastante adiantada. A Etapa IV é finalizada quando um conceito lógico e compreensível é descrito e trabalhado pela criança e pelos pais (Loose, 2011).

Na Tabela 1, apresentamos em linhas gerais os principais modos encontrados na infância segundo a escola alemã (Loose et al., 2013).

#### ETAPA V: ESCOLHA, PLANEJAMENTO E CONDUÇÃO DE MÉTODOS PARA MUDANÇA DE ACORDO COM A TERAPIA DO ESQUEMA PARA CRIANÇAS

Nessa etapa, a intervenção é planejada totalmente alinhada à conceituação do caso. São ensinadas à criança formas de alívio do estresse por meio de relaxamento e de técnicas de resolução de problemas adaptadas a sua idade e

capacidade cognitiva. Também são utilizadas variadas técnicas cognitivo-comportamentais clássicas, a fim de se verificar a validade das crenças e das distorções cognitivas (Friedberg & McClure, 2004).

Técnicas para lidar com os modos paternos adquiridos (modo reação exigente/punitiva) são introduzidas por meio de *role-play*, técnica da cadeira e práticas imaginativas, além do uso do fantoche de dedos, que tem uma vantagem adicional em relação aos fantoches clássicos, pois, estando postos nos dedos da criança, a levam a um papel mais ativo na elaboração do conteúdo que se quer psicoeducar ou modificar. Nessa etapa também se sugere que a criança redija cartas envolvendo pessoas significativas de seu passado; incentiva-se escrever diário; utiliza-se a técnica da casa interna, etc.

A “Inneren House”, ou casa interna, é uma técnica psicoeducativa que permite trabalhar o conceito de modos de esquemas com crianças na faixa etária de 6 a 10 anos. Diante dessa experiência lúdica, a criança será capaz de representar, visualizar, compreender e explorar melhor sua experiência, seus comportamentos e seus sentimentos. Para isso, um modelo individualizado de casa com três andares é projetado e construído. Trabalha-se primeiramente o andar superior da casa, que representa os modos, ou seja, as experiências e comportamentos aqui e agora. Dessa forma, fantoches de dedos ou figuras de animais são escolhidos e nomeados pela criança (modo criança infantilizada; modo inteligente), permitindo a psicoeducação e a reflexão sobre o conceito de modos e sua relação com as experiências da vida.

**Tabela 1.** Nomes dos modos e formas de indicar seus efeitos sobre as ações da criança/adolescente.

Nome do modo	Apresentação do efeito do modo para criança/adolescente
1 - Modo criança infantilizada	(a/o pequena/o... nome da criança) Indicando para a criança que ela age de uma forma aquém das suas habilidades e competências.
2 - Modo criança punitiva	(a/o crítica/o... nome da criança) Indicando para a criança que ela é muito dura consigo.
3 - Modo criança imatura	(a/o apressada/o... nome da criança) Indicando para a criança que ela age impulsivamente, levando-a a desfechos desadaptados.
4 - Modo inteligente	(modo competente saudável = a/o inteligente... nome da criança) Indicando para a criança que ela procura equilibrar uma visão de si, de outro e de mundo saudável, à medida que busca suprir suas necessidades básicas.
5 - Modo resignado	(a/o... nome da criança... que concorda com tudo) Indicando para a criança que ela procura agir ou pensar de acordo com a visão dos outros mesmo quando não concorda com o que eles sugerem.
6 - Modo evitativo	(a/o... nome da criança... em fuga) Indicando para a criança que ela procura evitar pessoas ou situações que julgue perigosas.
7 - Modo hipercompensador	(o/a... nome da criança do contra) Indicando para a criança que ela procura agir de maneira contrária ao que verdadeiramente pensa ou sente.
8 - Modo reação exigente ou punitiva	(o/a... nome da criança... exigente/ punitivo) Indica uma dinâmica de um modo específico. Pais com reações comportamentais punitivas podem, em longo prazo, causar um impacto nocivo sobre eles, já que a criança é sensível à raiva interna dos pais. Por meio da ativação dos modos punitivo ou exigente, o pai ou a mãe podem reforçar padrões de enfrentamento negativos, solidificando círculos viciosos dentro da família. Um dos objetivos da terapia do esquema para crianças é ativar os “bons pais internos” por meio das técnicas de imaginação e da ativação de memórias de experiências positivas na infância.

Fonte: Loose e colaboradores (2013).

Em seguida, inicia-se uma tentativa de integração de todos os modos (“Tornar-se um time!”). Para tanto, os personagens são colocados em um círculo, e o modo mais popular (modo criança inteligente) é colocado ao lado do modo mais impopular (p. ex., modo criança irritada) para uma tentativa de argumentação sensata. No centro do segundo andar há um trono desocupado, que permitirá à criança escolher o modo que prevalece em determinada situação. Assim, terapeuta e criança podem discutir os prós e contras sobre certos comportamentos e escolher qual modo será mais eficaz para determinado tipo de situação, oferecendo alternativas saudáveis para situações difíceis, tentando transferir o que aprendeu para a vida cotidiana.

Após essa primeira etapa, trabalha-se o nível da experiência pessoal, sendo representado pelo térreo da casa. É importante que a criança compreenda o vínculo entre a experiência e os modos que prevalecem em determinadas situações. No primeiro momento, sob orientação terapêutica, serão simuladas experiências positivas relacionadas a modos positivos (modo inteligente). Quando a criança estiver fortalecida, situações mais difíceis serão trabalhadas (modo criança impulsiva), permitindo ao terapeuta, por meio do confronto empático, redesenhar a situação, fortalecendo o modo inteligente e enfraquecendo os modos disfuncionais. Ao trabalhar o contexto concreto, criança e terapeuta serão capazes de definir os modos que operam em determinadas situações e compreender suas dinâmicas na vida cotidiana. Para avançar o trabalho com a casa interna, embora não seja necessário o trabalho com os esquemas, caso se deseje abordar os EIDs, é fundamental que a criança entenda o conceito de domínio dos esquemas e sua relação com as situações vividas no presente. Dessa forma, ela aprende que há experiências positivas que colaboram para a formação de padrões saudáveis do comportamento. O primeiro andar da casa representa essa fase, em que a criança é incentivada pelo terapeuta a escolher os objetos que representam esquemas positivos (bolas estrelas = autoconfiança) e os esquemas negativos (bolas ouriço ou animais perigosos = defectividade). É tarefa do terapeuta trabalhar primeiramente os esquemas positivos, reforçando-os e induzindo sensações de alegria na vida da criança. Em resumo, a casa interna proporciona que a criança experimente uma realidade corretiva no jogo criativo, onde ela é capaz de aprender a identificar os modos ativos em determinada situação, antecipar consequências negativas e positivas do seu comportamento e enfraquecer os comportamentos disfuncionais (Loose et al., 2013).

A técnica das cadeiras é um exemplo de intervenção psicoterápica para crianças na faixa etária de 9 a 12 anos, que permite trabalhar os processos de diagnóstico, psicoeducação e intervenção. Na primeira etapa, o terapeuta, de forma empática, busca identificar, juntamente com a criança, um modo potencial diante de uma situação problema. Após a identificação, o terapeuta organiza as cadeiras em semicírculo. Cada cadeira tem um desenho de rosto com uma expressão facial referente

aos estados emocionais relacionados a modos específicos. É importante que uma cadeira seja nomeada com o modo inteligente e outra com um modo de enfrentamento, como, por exemplo, o modo reação exigente. O terapeuta, em um processo dinâmico, encoraja a criança a se movimentar entre as cadeiras e a encenar uma situação que represente os modos relevantes, dando um tempo para que ela experimente os sentimentos relacionados a determinada cadeira. Uma etapa importante para o trabalho com modos é a identificação das necessidades básicas não atendidas, obtida por meio do diálogo com o modo criança infantilizada, que pode se caracterizar pela criança ferida. Após a identificação das necessidades e dos desejos da criança, o terapeuta, dentro dos limites da terapia, cuida da criança carente, oferece lugares seguros e cria personagens fortes. Para determinar a funcionalidade dos modos, ele pede que a criança adote uma postura neutra. Nesse momento, ela é uma observadora das atitudes do terapeuta ao lidar com um determinado evento. Sendo assim, o terapeuta se senta na cadeira modo inteligente e demonstra um modelo de enfrentamento adaptado por meio de respostas verbais e não verbais com relação a uma situação-problema (“O que o João inteligente faria se a mãe dele pedisse que ele fizesse as tarefas de casa?”). Após essa observação, o terapeuta estabelece um diálogo com a criança, destacando as vantagens e desvantagens de certos comportamentos e seu impacto nas situações vividas e, ao mesmo tempo, reforça os modos saudáveis. Para a fase da reorientação, o terapeuta começa a preparar a criança para lidar com situações conflituosas, estimulando um diálogo entre o modo reação exigente/punitiva e o modo saudável, motivando-a a expressar suas necessidades de maneira adequada, renunciando aos comportamentos destrutivos. Sendo assim, a criança será preparada para lidar com dificuldades no diálogo com os pais, amigos e cuidadores. Para tanto, ela encena o papel na cadeira do modo reação punitiva (“Você não sabe fazer nada direito”), e o terapeuta senta-se na cadeira do pequeno João, orientando e modelando um diálogo mais saudável (“Eu cometo erros como todas as crianças, não mereço ser duramente castigado”). É importante ressaltar que a eficácia da técnica está relacionada à capacidade da criança em conseguir transferir o que aprendeu para a vida real, expressando suas necessidades e sentimentos de maneira autêntica e saudável. Uma proposta é a confecção de cartões de memória que descrevem uma situação-problema (“Quando minha mãe reclama dizendo que eu deveria fazer a tarefa da escola”) e possíveis respostas (“Eu não preciso ser agressivo, eu aprendi a lidar com isso”). A técnica das cadeiras oferece à criança e ao terapeuta a possibilidade de identificar, entender e modificar padrões rígidos de comportamento, empregando atitudes que promovam a autorregulação, melhorando a qualidade de vida da criança (Loose et al., 2013).

Técnicas comportamentais também são adaptadas e utilizadas, como escrever cartões-lembrete para o enfrentamento dos modos; quebra de antigos padrões de



comportamento via modelagem e reforçamento; uso de *flashcards-memocards*-modo, além do monitoramento dos modos por meio de protocolos semanais de modos.

Para isso, terapeuta e paciente criam *flashcards* que contêm fotos com a descrição das ideias trabalhadas durante as sessões, para orientar e confortar a criança ao lidar com situações difíceis. Uma forma criativa de lembrete para as crianças, quando não estão na situação terapêutica, é utilizar fotografias dos fantoches e preencher balões com autoinstruções, indicando os nomes dos modos e formas adequadas para lidar com situações que os ativam. Os *memocards*, ou cartões-lembrete, são construídos com o terapeuta ou com os pais e contêm desenhos que representam situações trabalhadas na terapia. Alguns balões com desenhos, por exemplo, poderão ser utilizados para demonstrar possíveis vantagens e desvantagens de determinado comportamento. Além disso, poderão ser oferecidas à criança figuras com personagens relacionados a determinados modos trabalhados em terapia, para que ela possa escolher e colar em um papel as gravuras que representam seus sentimentos e comportamentos cotidianos. Esses cartões são carregados no bolso para auxiliá-la a lembrar dos conceitos trabalhados na terapia, facilitando a compreensão sobre certos comportamentos e sensações e a melhor forma para lidar com situações-problema que são gatilhos para comportamentos disfuncionais. Assim, a criança estará ciente de seus modos dentro e fora da situação terapêutica, sentindo-se mais segura para lidar com momentos difíceis (Loose et al., 2013).

## ETAPA VI: CONSOLIDAÇÃO DO SUCESSO

A última etapa consiste no reforço das habilidades aprendidas na terapia, implicando praticar muitas vezes o modo inteligente pelo uso repetido de várias técnicas utilizadas na Etapa V, a fim de reforçar as novas habilidades emocionais e comportamentais da criança. Essa etapa é marcada pela redução gradativa do número de sessões, e por sessões de *follow-up* (Loose, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escola alemã de *Schematherapie* para crianças é um modelo abrangente e promissor. Alguns aspectos evidenciam isso, como, por exemplo, a exigência de um horizonte diagnóstico bem mais amplo no qual a conceituação de caso, embora não deixe de ser um panorama da criança, estende-se para uma visão familiar e geracional.

Esse modelo leva naturalmente a uma orientação de pais diferente, que, para além do problema-queixa apresentado, envolve discutir padrões de comportamentos paternos que têm origem nos próprios EIDs, abrangendo, assim, aspectos da infância dos pais. Sem essa psicoeducação e, portanto, sem um trabalho envolvendo o *coaching* de esquemas, a eficácia da intervenção com a criança é limitada.

A terapia infantil focada nos esquemas concentra suas intervenções na noção de modos, o que favorece uma compreensão maior para a criança, pois se baseia fundamentalmente em uma ideia simples e de fácil compreensão: ela precisa identificar e modificar os “botões emocionais” que ativam comportamentos desadaptados, substituindo esses modos por modos inteligentes.

Em nosso laboratório na Universidade Federal de Uberlândia, estamos testando o protocolo apresentado; e os dados que temos até agora, embora preliminares, apontam para um protocolo eficaz, abrangente e capaz de promover a reparentalização esperada na terapia do esquema, pelo menos para crianças de 8 a 11 anos com transtornos internalizantes (depressão e ansiedade). No entanto, nota-se a dificuldade dos pais em oferecer dados históricos sobre seus antepassados, fazendo com que técnicas como o genograma se resumam apenas à geração anterior dos avós paternos e maternos.

Novos estudos precisam ser feitos visando a adaptação do protocolo ao nosso público infantil. Esperamos que este artigo desperte o interesse por esse tipo de pesquisa de campo.

## REFERÊNCIAS

- Falcone, E. M. O., & Ventura, P. R. (2008). Entrevista com Dr. Jeffrey Young. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1). Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872008000100010&lng=pt&tling=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100010&lng=pt&tling=pt).
- Farrel, J. M., & Shaw, I. A. (2013). *Schematherapie in gruppen*. Basel: Beltz.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Loose, C. (2011). *Schematherapy for children*. Recuperado de <http://www.schematherapy-for-children.de>.
- Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (2013). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz.
- Lopes, R. F. F. (2011). Contribuições da terapia do esquema de J. Young para a avaliação e o treinamento de pais. In R. M. Caminha, & M. G. Caminha, *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Lopes, R. F. F., Leite, D. T., & Prado, T. P. (2011). Proposta psicoeducativa para crianças baseada na terapia de esquemas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(2), 46-60.
- Lopes, R. F. F., Santos, S. A., Souza, R. B., Mendes, L. R., Florêncio, E., & Faria, C. A. (2003). O desenvolvimento e a adaptação de técnicas para a terapia cognitiva com crianças. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro (SPTM)*, 7, 53-58.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.5640010502>
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D.J., & Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist practitioner guide*. Washington: American Psychological Association.

- Rijkeboer, M. M., & de Boo, G.M. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(2), 102-109. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.11.001>
- Rosen, H. (1989). Piagetian theory and cognitive therapy. In A. Freeman (Ed.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Roediger, E. (2009). *Praxis der schematherapie: Grundlagen, anwendung, perspektiven*. Stuttgart: Schattauer.
- Roediger, E. (2012). Why are mindfulness and acceptance central elements for therapeutic change in schema therapy too? An integrative perspective. In: M. Van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nardot, *The Wiley Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 239-248). Chichester: Wiley.
- Stallard, P. (2007). Early maladaptive schemas in children: Stability and differences between a community and a clinic referred sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(1), 10-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.511>
- Stallard, P., & Rayner, H. (2005). The development and preliminary evaluation of a Schema Questionnaire for Children (SQC). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 217-224. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465804001912>
- 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.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 52-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.001>
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6(2), 113-118. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.08.010>
- van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nardot, M. (2012). *The Wiley Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. Chichester: Wiley.
- Van Vlierberghe, L., Rijkeboer, M. M., Hamers, P., & Braet, C. (2004). *Schemavragenlijst voor jongeren [Schema-questionnaire for adolescents]*. Gent: Ghent University.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., & Goossens, L. (2009). Dysfunctional schemas and eating pathology in overweight youth: A case-control study. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 437-443. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20638>
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 316-332. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9283-5>
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life: The breakthrough program to end negative behavior...and feel great again*. New York: Plume Book.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.