

ORIENTAÇÃO E TREINO DE PAIS PARA O TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR: UMA DISCUSSÃO SOB A ÓTICA DA TERAPIA DO ESQUEMA¹

Larissa Pita Pacheco²
Auxiliatrice Caneschi Badaró³

RESUMO:

O Transtorno Opositivo Desafiador é caracterizado, principalmente, por comportamentos apresentados pela criança no sentido de agir contrariamente àquilo que se pede ou se espera dela. No cenário atual, a psicoterapia infantil preconiza o trabalho com os pais, sendo visto como essencial para atingir o sucesso na clínica com crianças. Este artigo de pesquisa exploratória, elaborado a partir de uma revisão narrativa da literatura, tem como objetivo discutir como a orientação e o treino de pais com base na Terapia do Esquema pode potencializar o tratamento do Transtorno Opositivo Desafiador. De acordo com a literatura, o papel dos pais para o desenvolvimento dos filhos é fundamental para alcançar bons resultados na psicoterapia com o público infanto-juvenil. Logo, a orientação e o Treino de Pais são importantes para capacitar os pais a lidarem com os problemas do comportamento de seus filhos. Nesse sentido, o trabalho com a Terapia do Esquema pode ser realizado a fim de tratar os transtornos que aparecem ainda na infância, como é o caso do Transtorno Opositivo Desafiador. O objetivo do terapeuta é habilitar os pais a terem atitudes reparadoras que supram as necessidades emocionais de seus filhos, prevenindo assim, os Esquemas Iniciais Desadaptativos presentes nesse transtorno. Espera-se, com o presente estudo, favorecer a clínica infantil, promovendo o engajamento do trabalho com pais e cuidadores, além de fortalecer os programas de intervenções preventivas. Também tem o intuito de fomentar publicações futuras e abrir espaço para novos estudos que aprofundem o tema abordado, alargando essa discussão.

Palavras-chave: Relação parental. Terapia do Esquema. Transtorno Opositivo Desafiador.

PARENTS GUIDANCE AND TRAINING FOR OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER: A DISCUSSION FROM THE PERSPECTIVE OF SCHEME THERAPY¹.

ABSTRACT:

Oppositional Defiant Disorder is mainly characterized by behaviors exhibited by the child in the sense of acting contrary to what is asked or expected of him. In the current

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 27/10/2021 e aprovado, após reformulações, em 16/11/2021.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: larypita@yahoo.com.br.

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br.

scenario, child psychotherapy advocates working with parents, and is seen as essential to achieve success in clinical practice with children. This exploratory research article, elaborated from a narrative review of the literature, aims to discuss how the guidance and training of parents based on Schema Therapy can enhance the treatment of Oppositional Defiant Disorder. According to the literature, the role of parents in their children's development is essential to achieve good results in psychotherapy with children and adolescents. Therefore, parenting guidance and training are important to enable parents to deal with their children's behavior problems. In this sense, working with Schema Therapy can be carried out in order to treat disorders that appear in childhood, such as Oppositional Defiant Disorder. The therapist's goal is to enable parents to have restorative attitudes that meet their children's emotional needs, thus preventing the Initial Maladaptive Schemas present in this disorder. With this study, it is expected to favor the child clinic, promoting the engagement of work with parents and caregivers, in addition to strengthening preventive intervention programs. It is also intended to encourage future publications and open space for new studies that deepen the topic addressed, broadening this discussion.

Keywords: Parental relationship. Schema Therapy. Oppositional Defiant Disorder.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) foi citado pela primeira vez como um transtorno no ano de 1980, na terceira edição do Manual de Transtornos Estatísticos e Diagnósticos (DSM-III). Nessa época, surgiram questões sobre a definição desse distúrbio e questionamentos se o TOD era apenas um novo nome para um problema de mau comportamento (BRITES; BRITES, 2019). O tratamento do TOD representa uma tarefa primordial ao clínico que trabalha com a população infantil e adolescente (WAINER; WAINER, 2011).

Além disso, identifica-se nas crianças com esse transtorno: ineficiência parental (baixo envolvimento dos pais em tarefas escolares, pouco monitoramento familiar e disciplina incongruente), fatores familiares (conflitos matrimoniais, depressão, abuso de drogas, comportamento criminoso dos pais) e fatores escolares (estratégias ineficazes de manejo de aula, turmas grandes, baixo envolvimento dos professores com os pais). Portanto, o foco das instruções e modificações do comportamento que são ensinados no Treinamento de Pais (TP) apoiam-se exatamente nesses déficits (WAINER; WAINER, 2011).

A Terapia do Esquema (TE) para crianças e adolescentes possibilita intervir sobre as questões emocionais e comportamentais dos pais, além de olhar para a função estruturante destes no desenvolvimento dos filhos (BORTOLINI; WAINER, 2019). Assim, o modelo teórico de orientação e TP dentro dessa abordagem traz contribuições significativas para o trabalho com o TOD.

Intervenções realizadas na fase infantil são primordiais no papel preventivo, tendo em vista que os sintomas psicopatológicos desse período podem ser indícios de algum transtorno na fase adulta. No caso do TOD, por exemplo, é extremamente importante que haja tratamentos eficazes para indivíduos com essa condição, pois a evolução desse transtorno, está ligada diretamente com o desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta, chegando a 80%. Destes, a maior parte evolui para comportamentos antissociais ou mesmo de Transtorno de Personalidade Antissocial (KAZDIN; WEISZ, 2003).

A TE possui um modelo teórico de orientação e TP para trabalhar não só a relação dos pais com as crianças, mas também os próprios esquemas desadaptativos e estilos parentais, bem como a sua influência na vida delas. Os pais possuem um papel fundamental no desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental de seus filhos, portanto, são imprescindíveis para o alcance do sucesso no processo psicoterapêutico com crianças e adolescentes. A capacitação e o treinamento parental são uma possibilidade de intervenção para as dificuldades da criança e também para a prevenção de problemas posteriores (BORTOLINI; WAINER, 2019).

A orientação e TP é fundamental para tratar os transtornos que aparecem ainda na infância, como é o caso do TOD. O objetivo do terapeuta é habilitar os pais a terem atitudes reparadoras que supram as necessidades emocionais de seus filhos, prevenindo assim, os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID) presentes nesse transtorno (PAIM; ROSA, 2016). Desta forma, esse estudo torna-se de grande relevância nos dias atuais. Frente ao exposto, por meio de uma revisão narrativa da literatura, este artigo, visa discutir como a orientação e o treino de pais, com base na Terapia do Esquema, pode potencializar o tratamento do TOD.

2 TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR

O TOD consiste em um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador, ou de índole vingativa. Para realizar esse diagnóstico, considera-se a persistência dos sintomas por um período mínimo de seis meses e a presença deles na interação com indivíduos que não possuam um laço familiar de irmão (MANUAL [...], 2014). De acordo com Brites e Brites (2019), ele pode ser descrito como um Transtorno de Comportamento Disruptivo (TCD), sendo identificado em indivíduos com um comportamento externalizante, ou seja, reagem de forma descontrolada, são agressivos, não seguem regras e desorganizam o ambiente.

Essa perturbação no comportamento deve estar atrelada ao sofrimento para o indivíduo ou para os outros em seu contexto social, como por exemplo, família e amigos, ou ainda, causando impactos negativos no funcionamento educacional, profissional e outras áreas importantes de sua vida. Além disso, é preciso considerar que esses comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de algum transtorno, seja ele psicótico, por uso de substância, depressivo ou bipolar, e também quando os critérios para Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH) não são preenchidos. A gravidade do transtorno depende do número de ambientes que os sintomas se manifestam, podendo ser classificada como leve, moderado ou grave, limitando-se em um, dois, três ou mais ambientes, respectivamente (MANUAL [...], 2014).

É importante destacar as comorbidades que aparecem frequentemente associadas a esse transtorno, como por exemplo, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e comumente precede o Transtorno de Conduta. Também possui risco aumentado de Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo Maior, sendo relacionados com a presença do humor irritável. Além disso, o TOD também se associa com um maior risco de tentativa de suicídio (MANUAL [...], 2014).

Há diferenças importantes a serem consideradas entre a birra infantil e o comportamento opositor. A birra é descrita como uma expressão imatura de frustração que ocorre geralmente entre os oito meses aos quatro anos de idade e faz parte do desenvolvimento da criança, que está em fase de aprendizado do convívio social. Elas ocorrem através de agressões e/ou choros quando são impedidas de realizarem suas vontades. Já no comportamento opositor, os sintomas persistem ao longo de toda a infância e adolescência, a socialização com outras crianças é extremamente difícil e

reagem de modo mais intenso e constante, tanto com figuras de autoridade quanto com os seus pares (BRITES; BRITES, 2019).

Conforme descrito por Teixeira (2014), a etiologia do TOD é multifatorial, pois faz associação dos aspectos genéticos, emocionais e ambientais dos indivíduos opositores. Em consonância, Brites e Brites (2019) destacam que os fatores biológicos estão relacionados com a criança ou adolescente que apresentam um perfil insensível em relação aos outros, possuir algum transtorno do neurodesenvolvimento associado, perfil genioso ou *déficit* neurofuncional. Já quanto aos fatores ambientais, as crianças que apresentam perfil inadequado, família disfuncional, desajuste de regras, alterações de rotinas, depressão materna, alcoolismo e abuso de drogas.

Em relação aos aspectos neurobiológicos, estudos demonstram que os pacientes com TOD possuem frequências cardíacas mais baixas que o normal, contudo, após serem submetidos a provocações ou frustrações essa frequência foi aumentada. Além disso, quando comparados ao grupo controle, esses indivíduos tinham níveis mais baixos de cortisol (“hormônio do estresse”), de ácido 5-hidroxiindolacético e ácido homovanílico, os quais são os principais metabólitos urinários da serotonina e da dopamina, respectivamente. Portanto, são compatíveis com a hipoativação do sistema nervoso autônomo (SERRA-PINHEIRO *et al.*, 2004).

O TOD está diretamente ligado a mudanças da atividade/intensidade amígdalo-insular-estriatal e deficiência de conexões que abarcam as áreas cerebrais de autorregulação, tanto emocional, quanto cognitiva. Conseqüentemente, crianças e adolescentes com esse transtorno possuem dificuldades de autocontrole mediante ordens de autoridades e também de frustrações, falta de habilidade para enfrentar de forma resiliente as adversidades sociais que podem ocorrer, além de possuírem dificuldades de tomar decisões eficientes. É importante destacar que as alterações neurobiológicas relatadas são provenientes de fatores genéticos, ambientais e *déficits* de cognição social, podendo ocorrer de modo complementar ao desenvolvimento infantil, levando a um comportamento socialmente atípico, com respostas exageradas (BRITES; BRITES, 2019).

No âmbito da cognição, foi realizado um teste do funcionamento executivo em crianças com TOD (com e sem TDAH) em comparação com o grupo controle normal (CN), e assim, constatou-se que grupo TOD/TDAH teve uma performance inferior, em

uma tarefa de resposta a perseverança, em relação a mudança do set. Posteriormente a uma atividade de inibição emocional, concluíram que essas crianças têm dificuldades para regular o próprio comportamento. Logo, quando são estimuladas pela possibilidade de uma recompensa, tornam-se menos sensíveis à possibilidade de punição (SERRA-PINHEIRO *et. al.*, 2004).

Os tratamentos para esse transtorno são bastante diversificados, visto que são de alta prevalência e também de ampla disfuncionalidade (WAINER; WAINER, 2011). Dessa forma, as intervenções devem ocorrer de forma multidisciplinar, baseando-se em seis tipos: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), treino de habilidades sociais, terapia de manejo parental, terapia familiar, intervenções multimodais ou multissistêmicas e uso de medicações (BRITES; BRITES, 2019).

Um componente que prevalece na maioria dos tratamentos é o treinamento parental, que consiste em instruir os pais sobre as causas de comportamentos disfuncionais das crianças e também nortear sobre as práticas educativas, que de algum modo, reforçam tais comportamentos problema. Na TCC, por exemplo, instruem-se os cuidadores sobre procedimentos educativos e afetivos adequados, como o maior envolvimento parental e as técnicas disciplinares para que comportamentos mais funcionais sejam estabelecidos, incompatibilizando a resposta de comportamentos desafiadores-oposicionistas (WAINER; WAINER, 2011). Portanto, a eficácia do tratamento incide, sobretudo, na participação efetiva dos pais ou cuidadores, alterando fatores negativos encontrados na estrutura familiar e engajando-se nas orientações dos especialistas sobre o transtorno. Isso ajudará a interromper a progressão e as consequências a longo prazo (BRITES; BRITES, 2019).

Uma forma de tratamento mais recente é o TP baseado no modelo da TE. Wainer e Wainer (2011) apontam que nesse caso o foco é na motivação e na predisposição dos sujeitos a procurar o afeto familiar e se esquivar de outros estados emocionais novos e desconfortáveis. Portanto, a TE com crianças e adolescentes aparece como uma forma de poder trabalhar e psicoeducar os pais no que diz respeito a relação deles com seus filhos e sua função fundamental para o desenvolvimento mais saudável deles.

3 CONCEITOS E BASES DA TERAPIA DO ESQUEMA

A TE, elaborada por Jeffrey Young, possui uma proposta integrativa, a qual agrega elementos de outras escolas, ampliando a TCC tradicional. Ela amplifica ao dar maior enfoque a origem infantil dos problemas psicológicos, ao incorporar técnicas experienciais, ao trazer ênfase na relação terapêutica e aos estilos desadaptativos de enfrentamento. Tem por objetivo tratar pacientes com problemas caracterológicos crônicos, ou seja, aqueles pacientes que não apresentavam sucesso na terapia tradicional (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Beck (1967) definiu esquemas como qualquer princípio organizativo amplo que um indivíduo use para entender a própria experiência de vida. Posteriormente, Young (2003) expandiu esse conceito, buscando investigar a origem desses esquemas, propondo que eles são consequências de necessidades emocionais básicas supridas ou não na infância. Elas foram baseadas na Teoria do Apego, de John Bowlby (BOWLBY, 1977), e correspondem a: vínculos seguros; autonomia, competência e senso de identidade; liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas; espontaneidade e lazer; limites realistas e autocontrole. Assim, quando essas necessidades não são preenchidas, formam-se os EID, composto por memórias, emoções e sensações corporais; diz respeito a si mesmo ou ao relacionamento com outras pessoas; desenvolvido durante a infância ou adolescência e é disfuncional em um nível significativo. Além disso, os esquemas advêm das primeiras experiências de vida e também do temperamento emocional (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Young, Klosko e Weishaar (2008) propõem que os pacientes começam a desenvolver logo na infância os estilos de enfrentamento dos esquemas, inicialmente considerados adaptativos, visto que são mecanismos de sobrevivência, ou seja, são respostas básicas às ameaças daquela etapa da vida. Porém, podem tornar-se desadaptativos quando contribuem para a perpetuação dos esquemas. Eles classificam em três estilos de enfrentamento: hipercompensação (luta), evitação (fuga) e a resignação (paralisia). Além disso, Young, Klosko e Weishaar (2008) construíram um modelo com 18 EID agrupados em cinco domínios. Cada domínio esquemático estão separados em categorias de necessidades emocionais não satisfeitas (Quadro 1).

QUADRO 1 – Domínios e EID do modelo de Young, Klosko e Weishaar (2008)

Domínios de Esquemas	EID
Desconexão e Rejeição	1. Abandono/Instabilidade 2. Desconfiança/Abuso 3. Privação emocional 4. Defectividade/Vergonha 5. Isolamento social/Alienação
Autonomia e Desempenho Prejudicados	6. Dependência/incompetência 7. Vulnerabilidade ao dano e doença 8. Emaranhamento/Self subdesenvolvido 9. Fracasso
Limites Prejudicados	10. Arrogo/grandiosidade 11. Autocontrole/Autodisciplina insuficientes
Direcionamento para o Outro	12. Subjugação 13. Autossacrifício 14. Busca de Aprovação/Busca de reconhecimento
Supervigilância e Inibição	15. Negativismo/pessimismo 16. Inibição emocional 17. Padrões inflexíveis/Postura crítica exagerada 18. Postura punitiva

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Young, Klosko e Weishaar (2008).

O primeiro domínio, denominado de Desconexão e Rejeição, é constituído por esquemas formados pela não satisfação das necessidades emocionais de vínculos seguros com seus cuidadores. O indivíduo sente-se desprotegido e sofre com a falta de pertencimento, cuidado, amor, estabilidade e segurança. A família geralmente apresenta esquema de instabilidade, abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, ou isolamento social (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Já o domínio de Autonomia e Desempenho Prejudicados é composto por esquemas formados pela não satisfação das necessidades de autonomia, competência e sentimento de identidade. Os indivíduos com esses esquemas têm dificuldades de se diferenciar dos seus pais e lidar com a vida de forma independente. Os pais, frequentemente, superprotegiam e realizavam as vontades dos filhos, diminuindo assim, a autoconfiança deles (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

No terceiro domínio, nomeado como Limites Prejudicados, a necessidade emocional de limites realistas e autocontrole não foram supridas. Sendo assim, há uma falha nos limites internos e, portanto, a reciprocidade e autodisciplina não estão presentes. Os sujeitos possuem grandes dificuldades de respeitar os direitos alheios, ajudar o próximo, cumprir com compromissos e objetivos de longo prazo, sendo geralmente egoístas, mimados e irresponsáveis. Normalmente, a família desses

indivíduos é demasiadamente permissiva ou indulgente (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

O quarto domínio é chamado de Direcionamento para o Outro, e ocorre quando não houve a necessidade de liberdade de expressão suprida. Os indivíduos que possuem esquemas desse domínio privilegiam a necessidade das outras pessoas em razão da sua. Dessa forma, usualmente, não sabem reconhecer suas próprias preferências ou mesmo seus sentimentos. As famílias de origem possuem uma característica principal, que é denominada de aceitação condicional, ou seja, as crianças devem anular características importantes sobre si mesmas a fim de conseguir amor e aprovação (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Finalmente, no quinto e último domínio, Supervigilância e Inibição, os esquemas se originam da não satisfação das necessidades emocionais de espontaneidade e lazer. Desse modo, os indivíduos anulam seus sentimentos e impulsos, e se esforçam o tempo todo para cumprir rigidamente regras internalizadas sobre si mesmo e sobre o mundo. Geralmente, o sujeito teve uma família severa e punitiva, uma infância rígida, reprimida, em que o autocontrole e a negação de si mesmo predominaram sobre atividades prazerosas (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

3.1 MODOS ESQUEMÁTICOS (ME)

Os ME consistem em padrões de funcionamento que são característicos dos indivíduos, principalmente em suas interações com os outros, agrupando EID e estilos de enfrentamento saudáveis ou não que são vivenciados naquela situação. A passagem de modos saudáveis para não adaptativos acontece quando as necessidades emocionais da infância que não foram atendidas adequadamente são revividas, isto é, quando um ou mais EID são ativados. Ou seja, um ME configura em um estado predominante de funcionamento global em situações de ativação emocional (WAINER *et al.*, 2016). Evolutivamente, em algum período do desenvolvimento os ME funcionaram de forma saudável para o indivíduo, como um formato que propiciava ter suas necessidades emocionais minimamente atendidas. O

perigo é que o mesmo padrão acabe se repetindo, ativando-se de forma desadaptativa nos adultos, gerando disfuncionalidade (WAINER *et al.*, 2016).

Foram identificados a existência de dez ME, os quais podem ser separados em quatro categorias: modos criança, modos de enfrentamento disfuncional, modos pais disfuncionais e o modo adulto saudável. O modo criança é inato e universal, isto é, as crianças nascem com predisposição para manifestá-lo, e podem ser distribuídos em: criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva/indisciplinada e criança feliz. Além disso, foi classificado os três modos de enfrentamento disfuncional: capitulador complacente, protetor desligado e o hipercompensador, os quais correspondem aos três estilos de enfrentamento: resignação, evitação e hipercompensação. Também foi categorizado o modo pais disfuncionais, são eles: pais punitivos e pais exigentes/hiperdemandantes. Finalmente, o modo adulto saudável, o qual busca-se fortalecer na terapia, instruindo o paciente a manejar, atentar ou curar os outros modos (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

A relação terapêutica é utilizada para tratar os esquemas, a partir do momento que ele internaliza o terapeuta como o modelo de adulto saudável. Assim, o terapeuta avalia e trata os EID, estilos de enfrentamento e os modos a partir do momento que eles aparecem nessa relação. Existem duas características primordiais a serem consideradas: a postura da confrontação empática e a reparação parental limitada. A confrontação empática consiste, em primeiro momento, oferecer acolhimento e empatia em relação aos esquemas do paciente, e depois, demonstrar que seus comportamentos estão refletindo seus EID e seu estilo de enfrentamento de forma disfuncional. E, a reparação parental limitada ou reparentalização limitada corresponde estar com os vínculos bem estabelecidos com o paciente, e utilizar dessa relação para fornecer as necessidades que os pacientes necessitavam na infância e não receberam (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

3.2 ESTILOS PARENTAIS

Os comportamentos dos pais para oferecer disciplina, apoio emocional e hierarquia podem ser chamados de estilos parentais (BASSO *et al.*, 2019). É importante destacar que eles podem ser classificados em quatro tipos: pais

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 460-485, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483

autoritários, participativos/autoritativos/democráticos, permissivos/indulgentes e negligentes (BAUMRIND, 1989; WEBER *et al.*, 2004).

No estilo de pais autoritários, ocorre o afastamento emocional, excesso de limites e pouca doação de afeto, sendo frequentemente utilizadas estratégias de punição, ordens imperativas e ameaças. Já no estilo participativo/autoritativo/democrático, acontece um equilíbrio entre limite e afeto, assim, os pais validam as necessidades dos filhos, mas também estabelecem limites por meio de admiração e amor. Nesse caso, há uma maior proximidade afetiva, em que os pais elogiam os acertos dos filhos, mas também pedem para solucionarem problemas. Por outro lado, os pais permissivos/indulgentes, proporcionam muito afeto e pouco limite, geralmente não ensinam a esperar, têm dificuldades em negar algo e sempre priorizam as necessidades dos filhos. Finalmente, os pais negligentes são aqueles que oferecem baixo afeto e também pouco limite, não se engajam no processo de educação da criança, ignorando e não participando ativamente na vida dela (BAUMRIND, 1989; WEBER *et al.*, 2004).

As pesquisas sobre estilos parentais, geralmente, caracterizam o modelo predominante e avaliam as repercussões de cada um deles no desenvolvimento da criança. Isso não significa que são estanques nem excludentes na prática, mas que há uma relação dinâmica para categorizá-los. Por exemplo, as análises mostraram que no estilo permissivo há também o uso frequente de práticas autoritárias (BÖING; CREPALDI, 2016).

Com o objetivo de identificar esses estilos foi criado o Inventário de Estilos Parentais de Young (*Young Parenting Inventory – YPI*), um instrumento composto por 72 itens, em que o indivíduo avalia o quanto aquela sentença pode descrever seus pais durante a sua infância e adolescência (YOUNG, 1999). É primordial no trabalho com os pais na TE compreender como esses modelos parentais constituem-se como imprescindíveis, uma vez que estão diretamente ligados ao atendimento das necessidades emocionais básicas da criança (BORTOLINI; WAINER, 2019). É através dos pais/cuidadores que elas podem ser supridas adequadamente, a fim de se tornarem adultos saudáveis psicologicamente. Por exemplo, em caso de negligência parental, essas necessidades não são atendidas de forma suficiente, e a

probabilidade de a criança desenvolver EID é maior, visto que eles se formam na primeira infância (BASSO *et al.*, 2019).

Young (2003) descreve quatro tipos de ambientes que podem levar a aquisição dos EID, visto que esses ocorrem principalmente no meio familiar e relacionam-se com os estilos parentais. O ambiente de frustração/privação de necessidades é marcado pela instabilidade, incompreensão e falta de afeto por parte dos pais/cuidadores, sendo propício para originar esquemas de privação emocional e abandono. O segundo ambiente é chamado de traumático ou abusador e tende a originar esquemas de abuso, defectividade e vulnerabilidade ao dano. O terceiro é caracterizado por pais que proporcionam exageradamente coisas boas para a criança, não estimulando os limites realistas e a autonomia, e, portanto, favorecendo o surgimento dos esquemas de dependência, incompetência e merecimento. Já no último ambiente, ocorre a abstração dos comportamentos dos cuidadores, conseqüentemente, algumas das abstrações seletivas tornam-se esquemas, enquanto outras, tornam-se estilos de enfrentamento (VALENTINI; ALCHIERI, 2009).

Ao passo que os esquemas equivalem a “traços” e a uma questão unidimensional, os ME representariam um “estado”, uma espécie de conjunto de esquemas que estão ativos naquele momento, junto com o estilo de enfrentamento. Desse modo, pessoas com ou sem transtorno de personalidade, são constituídos de partes distintas dentro de si (FRANZIN; RODRIGUEZ; REIS, 2019). De acordo com Graaf *et al.* (2020), o conceito de ME ampara o entendimento dos estilos parentais disfuncionais, pois assim os pais percebem que são um conjunto de diversas partes (ME) e que uma delas podem ser disfuncionais para si e para os outros. Nesse sentido, o trabalho com crianças e adolescentes é feito preponderantemente com os ME (REIS, 2019). Portanto, a compreensão das relações e estilos parentais permite embasar estratégias de intervenções psicológicas e psicoeducativas com as famílias, no âmbito individual e grupal, nos mais diversos contextos (BÖING; CREPALDI, 2016).

4 ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO DE PAIS

O TP surgiu na década de 1960 e foi traçado por Tharp e Wetzel (1969), de acordo com o modelo triádico, o qual há no mínimo três pessoas implicadas na intervenção psicoterapêutica: o terapeuta, o cliente e um mediador, diferenciando-se do modelo diádico tradicional (terapeuta-cliente). Nesse sentido, o terapeuta comportamental ensinava os pais a serem os mediadores na redução de comportamentos-problema (SILVARES, 1995).

No cenário atual, a psicoterapia infantil preconiza o trabalho com os pais, sendo visto como essencial para o alcance de bons resultados na prática clínica. Por exemplo, a TCC abrange outros aspectos além do comportamento expressado pela criança e suas relações contingenciais, como os princípios básicos do funcionamento cognitivo: crenças centrais, crenças subjacentes e os pensamentos automáticos (CAMINHA; CAMINHA, 2011). Logo, a literatura cognitiva aponta como inevitável essa participação mais ativa dos pais, tanto na fase inicial de avaliação, como também no tratamento da criança, sendo incluídos na relação terapêutica, amparando e viabilizando as intervenções clínicas (CAMINHA; CAMINHA, 2007).

Em alguns casos, os pais são pouco preparados para a tarefa de educar, e conseqüentemente, adquirem sua aprendizagem com a própria experiência, por meio de tentativa e erro (OLIVARES; MENDEZ; ROS, 2005). Portanto, essa estratégia de intervenção do TP tem sido amplamente utilizada para tratar os problemas de comportamento infantil (CAMINHA; CAMINHA, 2011). Para Briesmeister e Schaefer (1998) o foco do TP é torná-los os principais agentes de mudanças para seus filhos, uma vez que eles são os administradores do meio de desenvolvimento das crianças.

É importante salientar que algumas práticas de educação oferecida pelos pais/cuidadores podem ser consideradas inadequadas, e ocorrem por motivos diversos, que vão desde o despreparo de pais muito jovens até as características do próprio temperamento e personalidade deles (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000). Barkley (1997) e McMahan (2007) assinalam que o reconhecimento de fatores como estilo parental, a estrutura familiar e a criação dos filhos têm implicações a longo prazo no desenvolvimento infantil. Desse modo, os programas de TP auxiliam na dificuldade dos pais diante dos seus papéis, visando dar suporte e orientação, com o objetivo de promover um desenvolvimento mais adaptativo e mais saudável (CAMINHA; ALMEIDA; SCHERER, 2011).

A tarefa terapêutica de orientação de pais vai além de uma aplicação mecânica de técnicas e protocolos interventivos, oferecendo um dinamismo exclusivo. Logo, o terapeuta encontra diversos desafios, sendo os principais deles: fazer a mediação entre o cuidador e a criança; e contornar as barreiras cognitivas, emocionais e comportamentais dos pais para que haja a colaboração e engajamento com o processo psicoterapêutico (LOPES; LOPES, 2008). Os pais colocam inúmeros impedimentos que dificultam sua adesão ao tratamento, como por exemplo, a aprendizagem social do papel de cuidador, personalidade, o temperamento, crenças e distorções cognitivas, sua história de vida, entre outros (LOPES, 2011).

É bastante comum os pais levarem seus filhos para a psicoterapia e manifestarem durante as entrevistas iniciais seus sentimentos de impotência e de vergonha, evidenciando sua percepção de incapacidade para lidarem com os desafios diários, resultando em uma baixa autoestima e autoconfiança para o papel parental. Dessa forma, um dos objetivos do TP é ajudar a se sentirem capacitados e fortalecidos para a tarefa diária de educar. À medida que o psicoterapeuta for empático, evitando uma postura de culpabilização dos pais/cuidadores e ressaltando as características positivas da criança como parte do sucesso do processo educacional, tal meta pode ser devidamente alcançada. Esse tipo de comportamento do terapeuta precisa ser permanente durante a intervenção, pois a adesão e a eficácia depende também de os pais sentirem-se motivados pelo engajamento no processo (PACHECO; REPPOLD, 2011).

A procura por intervenções psicológicas no período da infância pode produzir mudanças ou minimizar consequências futuras. Assim, para as famílias vencerem os desafios é fundamental a aplicação de atividades psicoeducativas e o desenvolvimento de um estilo colaborativo para o tratamento, incluindo a família como co-terapeutas (HAASE *et al.*, 2000). Nesse sentido, o TP abrange a família como um todo, e não apenas o indivíduo isolado, sendo viável intervir de maneira mais efetiva no ambiente em que problemas comportamentais ocorrem (PINHEIRO; DEL PRETTE; HAASE, 2002). Um ambiente familiar inadequado repercute em consequências negativas no comportamento infantil, portanto é necessário o desenvolvimento de práticas parentais adaptativas e funcionais (LOBO; FLACH; ANDRETTA, 2011).

Segundo Loose, Graaf e Zarbock (2013 apud TYSZLER, 2019), os principais pontos do TP são: avaliação; psicoeducação e intervenção.

Primeiramente, na etapa de avaliação é importante esclarecer o objetivo da intervenção, compreender qual comportamento da criança precisa ser trabalhado, identificar os EID, os estilos de enfrentamento e os modos parentais. Em seguida, deve-se verificar quais os recursos parentais, as necessidades emocionais básicas não supridas dos pais e também dos filhos (LOOSE; GRAAF; ZARBOCK, 2013 apud TYSZLER, 2019). Além disso, é primordial realizar o histórico de vida da criança e dos pais, a fim de fornecer informações importantes para a detecção dos esquemas, permitindo assim, compreender quais as mudanças propostas pelo terapeuta poderão ser de difícil aceitação dos pais (LOPES, 2011).

À medida em que uma pessoa está mais informada sobre o seu funcionamento mental, cognitivo e comportamental, e acerca da forma como será delineado seu tratamento, mais chances ela tem de estar comprometida com seu processo de mudança. Assim, a psicoeducação pode ser definida como a instrução sobre o funcionamento psicológico que é relevante para o cliente (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019). Desse modo, a etapa de psicoeducação consiste em orientar os pais sobre a fundamental importância dos esquemas e dos ME, podendo desenvolver diagramas, utilizando cartas, cadeiras, desenhos e bonecos, a fim de explicar com clareza, em uma linguagem acessível para os pais (LOOSE; GRAAF; ZARBOCK, 2013 apud TYSZLER, 2019). Portanto, a intenção é mostrar para os pais de que forma os comportamentos parentais podem ter contribuído para o estilo de educação que implementaram com seus filhos, e como isso reflete atualmente na vida deles, favorecendo a percepção quanto a sua atuação com as crianças (LOPES, 2011).

E finalmente, na etapa da intervenção, ocorre a alteração dos modos e esquemas parentais em que o terapeuta auxilia os pais a lidarem com suas dificuldades e sugere o desenvolvimento de atividades em família, e também indica intervenções futuras de acordo com a necessidade (LOOSE; GRAAF; ZARBOCK, 2013 apud TYSZLER, 2019). As intervenções também podem compor um conjunto de estratégias cognitivas, comportamentais e vivenciais, a fim de desativar os EID, além de aplicar protocolos de acordo com a especificidade do quadro apresentado pela criança (LOPES, 2011).

5 ORIENTAÇÃO E TREINO DE PAIS PARA O TOD BASEADO NA TERAPIA DO ESQUEMA

Na contemporaneidade, as dificuldades e os desafios para a criação dos filhos estão cada vez maiores, assim, a falta de tempo e de experiência estão levando os pais a buscarem cada vez mais uma ajuda especializada nessa área. Sabendo-se que é na primeira infância que ocorre a base do desenvolvimento e a formação do indivíduo, é imprescindível que os pais/cuidadores estejam preparados para a tarefa de educar. Eles são o contato inicial, sendo considerados os mediadores da criança com o mundo, instruindo sobre a linguagem e moldando o comportamento, baseado nas próprias ações. Logo, é imprescindível que possuam um repertório vasto de práticas parentais (REIS, 2019). Segundo Basso *et al.* (2019), eles são as origens primordiais de nutrição, proteção e de educação para o bebê.

A TE possui um viés sistêmico, principalmente no trabalho com crianças e adolescentes, incluindo os esquemas e os modos parentais. Desse modo, questões norteadoras para que haja o sucesso da psicoterapia precisam ser levantadas, como por exemplo, compreender quais as estratégias os pais usam e como são as repercussões disso no comportamento dos filhos, além de entender os padrões esquemáticos que serão transgeracionalmente repetidos. Logo, se o terapeuta julgar necessário, precisa encaminhar o cuidador para uma psicoterapia individual, pois a orientação e TP não possui esse objetivo (TYLSZLER, 2019).

Crianças com necessidades não satisfeitas de limites realistas demonstram descontrole de impulso, manifestações exageradas de raiva e comportamento opositivo desafiador. A falta de direcionamento e o excesso de indulgência dos pais são característicos, refletindo em sérias consequências para as crianças. Essas atitudes são recorrentes nas famílias com alto poder aquisitivo, pois, pais que vieram de uma infância com diversas privações, possuem dificuldade em negar um presente, demonstrando uma hipercompensação ocorrendo de forma transgeracional, ou seja, “eu não tive e darei tudo para meu filho”. Dessa forma, os pais não percebem que são fruto do limite que receberam, e muitas vezes, ficam perplexos ao compreenderem que oferecer tudo aos filhos os levam a desenvolver uma baixa tolerância à frustração (TYSZLER, 2019).

Limites são difíceis de serem estabelecidos de uma forma adequada, e são muitas as dúvidas que surgem na clínica sobre como educar os filhos nesse sentido. Foi percebido, ao longo dos anos, que há um padrão característico de agir de forma extrema, tanto dando um excesso de liberdade, quanto um excesso de rigidez. Portanto, não é algo fácil encontrar o equilíbrio, tendo em vista que isso exige autoconhecimento dos pais, autocontrole dos esquemas desadaptativos, além de estar operando majoritariamente com o modo adulto saudável, sendo necessário esses pais já estarem psicoeducados sobre a TE (SCHÜTZ; SILVA, 2021).

No domínio de Limites Prejudicados, a criança não foi incentivada pelos pais a suportar níveis normais de desconforto e não recebeu orientação ou supervisão adequada. O trabalho do terapeuta do esquema consiste em reparar a criança em suas necessidades não satisfeitas, e também auxiliar os pais sobre como podem agir de uma maneira mais adequada com seus filhos. Além disso, a psicoeducação dos esquemas é fundamental, destacando-se as necessidades que eles precisam suprir a fim de construir esquemas mentais saudáveis em sua prole (PAIM; ROSA, 2016). Nesse caso, os EID que geralmente são desenvolvidos são: grandiosidade/arrogância e autodisciplina/autocontrole insuficientes (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

O EID de arrogância/grandiosidade consiste em acreditar que é superior, de que têm privilégios e de que não precisa se sujeitar a regras de reciprocidade que fazem parte da interação social. Concerne na insistência de poder fazer o que tem vontade, independente do que isso irá causar, relacionando-se com o objetivo de estar entre os mais bem sucedidos, a fim de alcançar o poder ou controle. Pode incluir, às vezes, competitividade excessiva, autoafirmação de poder, controle do comportamento alheio de acordo com suas vontades e falta de empatia. Existem alguns fatores que predisõem esse esquema, como por exemplo, o tipo de temperamento considerado agressivo, e algum talento ou característica física que a criança possui que beneficia o acesso a reforçadores sociais, como por exemplo, receber mais atenção e afeto (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Young e Klosko (2019) dividiram esse esquema em três tipos: arrogância mimada, dependente e impulsivo, atribuindo respectivas características peculiares, que podem se sobrepor. Ao contrário dos outros EID, que te levam a não retratar suas necessidades, ela corresponde a uma expressão exagerada delas. O arrogância mimada

ocorre quando você se enxerga como uma pessoa muito querida e especial, diferente de todos os outros, sendo exigente e controlador em relação a tudo e todos a sua volta, não dando a devida importância às expectativas sociais. O arrogo dependente ocorre quando você sente que tem o direito de depender dos outros, colocando-se fraco e esperando que os outros façam o que você quer, como se te devessem isso. Já o impulsivo diz respeito a uma grande dificuldade de controlar o comportamento e sentimento, sem pensar antes nas futuras possíveis consequências de suas ações, sendo bastante indisciplinado e com baixa tolerância a frustrações.

Já o EID chamado de autocontrole/autodisciplina insuficiente corresponde a repulsa de se autocontrolar e tolerar a frustração, e refere-se a cumprir os próprios objetivos ou a reprimir a expressão exagerada das próprias emoções e impulsos. Na forma mais branda da manifestação desse esquema o paciente demonstra um foco excessivo em evitar o desconforto, por exemplo, evitando o conflito, a dor e a responsabilidade, em virtude da realização pessoal, responsabilidade ou integridade (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Para as crianças que não têm a necessidade emocional de limites realistas satisfeitos, o terapeuta do esquema deve orientar os pais a importância do limite para a formação da personalidade, sendo fundamental para o filho tornar-se mais compreensivo, tolerante e sociável. Portanto, é imprescindível a elaboração de regras claras dentro da rotina, adequando-se a idade. Além disso, o TP é importante para que eles consigam lidar com as táticas empregadas pela criança de trapacear regras estabelecidas. Para isso, a técnica de *role-play* (ou dramatização) deve ser utilizada, sendo que o terapeuta precisa corrigir formas inadequadas de dar limites, passiva e/ou agressiva (PAIM; ROSA, 2016). Essa técnica também é muito usada na TCC e pode servir para uma gama de propósitos, sendo bastante útil na prática de habilidades sociais (BECK, 2013).

Nesse caso, ressalta-se as atitudes parentais reparadoras tendo em vista a falta de limites realistas, como por exemplo: criação de uma rotina disciplinada, levando os filhos a se estruturarem internamente e terem maior compromisso com suas tarefas; olhar diretamente nos olhos, dando orientações de acordo com a idade, utilizando frases objetivas; falar em tom de voz firme, porém sem ofender ou gritar; parabenizar a realização das tarefas; dizer sobre o motivo da regra quando for

possível; fazer a relação direta do castigo ao comportamento inadequado e examinar se aquela regra ou castigo é de acordo com a idade da criança (PAIM; ROSA, 2016).

É fundamental entender os esquemas parentais a fim de obter uma relação mais saudável com os filhos, tendo em vista que esses pais um dia já foram crianças, e também têm experiências que os moldaram na infância, com suas famílias. Desse modo, considera-se de suma importância a identificação dos EID dos pais, pois algumas vezes prejudicam a evolução da psicoterapia. Assim, a medida em que adquirem mais autoconhecimento e consciência de circunstâncias ativadoras de EID estarão mais aptos para exercerem a parentalidade e lidarem também com as inúmeras dificuldades advindas dela, proporcionando uma relação mais satisfatória, prazerosa e saudável com os filhos (PAIM; ROSA, 2016).

Os esquemas parentais adaptativos contribuem para que os pais não sejam inundados de raiva, medo e desconfiança, mas sejam repletos de afeto, interesse e orgulho. Porém, os pais com EID fortes, frequentemente são controlados por diversas ativações esquemáticas que interferem de forma devastadora na criação dos filhos. Portanto, existem casos em que precisam ser encaminhados para uma psicoterapia individual (PAIM; ROSA, 2016).

Frequentemente, os filhos percebem como falta de atenção afetiva ou como forma de controle quando os pais tentam guiar os filhos, pois eles podem fazer isso de forma muito crítica algumas vezes. Desse modo, o terapeuta precisa orientar esses pais para procurarem o equilíbrio em sua conduta, em que a fala desse cuidador direcione os objetivos dos filhos, sem desqualificá-los e sem excessos de elogios. Do mesmo modo que os modos pai punitivo/pai hiperdemandante são internalizados nesse período, por meio de interações acirradas, o modo pai cuidadoso, com uma orientação compassiva, também é. Logo, o terapeuta deve explicar para os pais sobre a relevância do estabelecimento de regras e rotina (TYSZLER, 2019).

Existem algumas questões norteadoras a serem trabalhadas na orientação de pais sobre regras e limites, como por exemplo, pedir para que eles reflitam sobre como seria uma sociedade sem regras, explicitando que são normas para serem cumpridas, em que algumas são claras, outras assimilamos por meio de modelos, e outras são provenientes de acordos. Ela fornece limites que mantém as pessoas numa direção, sendo como a beira de um rio, a qual sem a sua existência não haveria um rumo.

Também é fundamental orientar os pais sobre a autorregulação e internalização de regras para cada idade, por exemplo, uma criança mais nova precisa de uma vigilância maior e imediata, já os adolescentes podem manter acordos com consequências em longo prazo (TYSZLER, 2019)

Além disso, pode ser pedido aos pais que escrevam pelo menos três comportamentos dos filhos que são obrigações e três que são proibidos, pois as regras precisam ser claras, e os filhos precisam compreender sua existência e as consequências de seu não cumprimento. É importante salientar que elas devem ser coerentes com a idade da criança, não devem ser longas ou em tom de ameaças falsas que não funcionam são vazias, mas manter a consistência do combinado, pois a previsibilidade gera confiança, e também a monitoria, em que algum cuidador deve verificar se a regra está sendo devidamente seguida (TYSZLER, 2019).

Segundo Camilo (2017), a psicoterapia com crianças envolve, geralmente, bastante criatividade e inovação por parte do terapeuta. Portanto, o uso de histórias infantis para agregar na psicoeducação se faz muito útil como um recurso a ser utilizado. Por exemplo, Lopes, Leite e Prado (2011) desenvolveram uma proposta a fim de psicoeducar sobre o esquema de arrego/grandiosidade e o TOD, criando “A história de Arroar: o leãozinho sem limites”. A partir disso, o psicólogo ensina a criança a reconhecer seu próprio modelo cognitivo, além de se identificar no personagem da história. Segundo Arantes (2014), ao utilizar desse tipo de história, o terapeuta transforma a terapia em algo mais lúdico, pois muitas vezes, ela é vista pela criança como algo entediante e desconfortável, aumentando seu engajamento e motivação para serem mais ativas no processo, produzindo melhores resultados.

Nesse sentido, essa história terapêutica tem sido usada após ser realizada uma conceituação do caso e ser identificado o TOD ou o TC, sendo considerada bastante eficaz para esse tipo de paciente. Essa técnica é um instrumento valioso para ser utilizado com crianças que possuem esquemas ligados ao domínio dos Limites Prejudicados, e tem mostrado alterações relativas a um aumento de empatia e de comportamentos de autocontrole (LOPES; LEITE; PRADO, 2011).

É preciso compreender que cada esquema está relacionado a alguns modos mais do que outros. Assim, quando o paciente tem esquemas apenas nesse domínio, o modo predominante, geralmente, é o de criança impulsiva/indisciplinada (YOUNG;

KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Quando o paciente se torna adulto, ele acredita que pode fazer tudo o que deseja, sem restrições, e ainda espera que os outros o tratem da mesma forma como seus pais o tratavam (SCHÜTZ; SILVA, 2021). Há um desejo iminente de que as principais vontades da pessoa sejam atendidas de uma forma descontrolada e egoísta, tendo dificuldade para controlar impulsos e sentimentos e podendo se tornar furiosa caso seu desejo não seja satisfeito (FRANZIN; RODRIGUEZ; REIS, 2019). De acordo com a experiência clínica, constatou-se que a estratégia de enfrentamento menos utilizada nesse domínio é a hipercompensação, ao passo que, são muito usadas estratégias de resignação e evitação, pois os indivíduos ativam seus esquemas com padrões de escolhas autoderrotistas (SCHÜTZ; SILVA, 2021).

Assim, é fundamental que o terapeuta faça a reparação parental limitada, com o objetivo de oferecer os limites necessários para esse modo expressado, servindo de modelo e orientação para o paciente ativar seu modo adulto saudável, pois normalmente, passa o dia no modo criança indisciplinada, sendo um dos principais motivos dos problemas apresentados (SCHÜTZ; SILVA, 2021). Diante disso, concluiu-se que a tarefa de educar os filhos é como usar um pequeno cobertor, sendo necessário aceitar que algo ficará do lado de fora, e assim, atender as necessidades deles da melhor maneira possível (TYSZLER, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de TE com crianças e adolescentes é bastante novo, e aponta contribuições significativas não só para o tratamento de transtornos, como é o caso do TOD, mas para a prevenção de EID. Além disso, traz uma ampla conceituação de caso, tornando-se mais abrangente, focando não apenas na criança e no comportamento-problema, mas nos estilos parentais, no ambiente familiar e na transgeracionalidade dos esquemas. Portanto, a orientação e o treinamento de pais fazem parte de um modelo sistêmico, envolvendo diversos aspectos sobre os esquemas parentais para que haja uma intervenção eficaz com a criança.

Dessa forma, o trabalho com os pais e/ou cuidadores é de suma importância, pois estes têm uma função primordial no desenvolvimento da criança. É essencial que

eles ofereçam afeto e limite de uma forma proporcional e equilibrada a fim de prevenir o surgimento de EID ligados ao domínio de Limites Prejudicados, presentes no TOD.

Espera-se, com o presente estudo, favorecer a clínica infantil, promovendo o engajamento do trabalho com pais e cuidadores, além de fortalecer os programas de intervenções preventivas. Também se tem o intuito de fomentar publicações futuras e abrir espaço para novos estudos que aprofundem o tema abordado, alargando a discussão sobre o tratamento do TOD.

REFERÊNCIAS

BARCKLEY, R. A. **Defiant children**: a clinician's manual for assessment and parent training. Nova York: Guilford, 1997.

BASSO, L. A. *et al.* The effects of parental rearing styles and early maladaptive schemas in the development of personality: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 301-313, Jan. 2019.

BAUMRIND, D. Rearing competent children. *In*: DAMON, W. (Ed.). **Child development today and tomorrow**. San Francisco: Jossey-Bass Inc, Publishers, 1989. p. 349-378.

BECK, A. T. **Depression**: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. Tradução de Sandra Mallmann da Rosa. Revisão técnica de Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. Relação pais e filhos: compreendendo o interjogo das relações parentais e coparentais. **Educ Rev**, Curitiba, n. 59, p. 17-33, jan./mar. 2016.

BORTOLINI, M.; WAINER, R. O modelo teórico de orientação a pais na terapia do esquema. *In*: REIS, A. H. **Terapia do esquema com crianças e adolescentes**: do modelo teórico a prática clínica. Campo Grande: Episteme, 2019. p. 181-208.

BOWLBY, J. The making and breaking of affectional bonds. **Br J Psychiatry**, London, v. 130, p. 201-210, Mar. 1977.

[CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 460-485, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483](#)

BRIESMEISTER, J. M.; SCHAEFER, C. E. (Eds.). Handbook of parent training. Parents as co-therapists for children's behavior problems. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1998.

BRITES, C.; BRITES, L. **Crianças desafiadoras**: aprenda como identificar, tratar e contribuir de maneira positiva com crianças que tem o transtorno opositivo desafiador. São Paulo: Gente, 2019.

CAMILO, I. C. R. R. **O modelo alemão da terapia cognitiva focada no esquema na psicoterapia infantil para o tratamento de transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta**: proposta de protocolo de atendimento. 2017. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Uberlândia, 2017.

CAMINHA, M. G.; ALMEIDA, F. F.; SCHERER, L. P. Treinamento de pais: fundamentos teóricos. *In*: CAMINHA, M. G.; CAMINHA, R. M. **Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil**. Porto Alegre: Sinopsys, 2011. p. 13-30.

CAMINHA, M. G.; CAMINHA, R. M. **A prática cognitiva na infância**. São Paulo: Roca, 2007.

CAMINHA, M. G.; CAMINHA, R. M. **Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil**. Porto Alegre: Sinopsys, 2011.

CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B. P. A psicoeducação na terapia cognitivo comportamental. *In*: CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B. P. (Orgs.). **Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Sinopsys, 2019. p. 13-28.

FRANZIN, R.; RODRIGUEZ, R. A.; REIS, A. H. Modelo teórico atualizado da terapia do esquema. *In*: REIS, A. H. **Terapia do esquema com crianças e adolescentes**: do modelo teórico a prática clínica. Campo Grande: Episteme, 2019. p. 21-52

GRAAF, P. *et al.* **Schema therapy with children and adolescents**: a practitioner's guide paperback. 9. ed. Reino Unido: Pavilion Publishing and Media Ltd., 2020.

HAASE *et al.* Disciplina não-coerciva: treinamento de pais. **Psicopat Des Rel Tec**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 72-135, jul./dez. 2000.

KAZDIN, A. E.; WEISZ, J. R. **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**. New York: Guilford, 2003.

LOBO, B. O. M.; FLACH, K.; ANDRETTA, I. **Treinamento de pais na terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos externalizantes**. *Psicol Pesq*, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 126-134. 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200005. Acesso em: 24 set. 2021.

LOPES, R. F. F. Contribuições da terapia do esquema de J. Young para a avaliação e o treinamento de pais. *In*: CAMINHA, M.G.; CAMINHA, R. M. **Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil**. Porto Alegre: Sinopsys, 2011. p. 121-146.

LOPES, R. F. F.; LEITE, D. T.; PRADO, T. P. Proposta psicoeducativa para crianças baseada na terapia de esquemas. **Rev Bras Ter Cogn**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 46-60, jul./dez. 2011.

LOPES, R. F. F.; LOPES, E. J. **Conhecendo-se para educar**: orientação de pais na abordagem comportamental-cognitiva. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2008.

McMAHON, R. J. Treinamento de pais. *In*: CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2. reimpressão. São Paulo: Santos, 2007. p. 397-422.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Revisão técnica de Aristides Volpato Cordioli *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

OLIVARES, J.; MENDÉZ, F. X.; ROS, M. C. O treinamento de pais em contextos clínicos e da saúde. *In*: CABALLO, V. E.; SIMÓN, M. A. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente**: transtornos específicos. São Paulo: Santos, 2005. p. 365-385.

PACHECO, J. T. B.; REPPOLD, C. T. Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de comportamento disruptivo: modelo de treinamento parental. *In*: PERTERSEN, C. S. *et al.* **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**: ciência e arte. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 152-168.

PAIM, K.; ROSA, M. O papel preventivo da terapia do esquema na infância. *In*: WAINER, R. *et al.* **Terapia cognitiva focada em esquemas**: integração em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 11 p. 169-186.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PINHEIRO, M. I. S., DEL PRETTE, A., HAASE, V. G Pais como co-terapeutas: treinamento em habilidades sociais como recuso adicional. **Psicopat Des Rel Tec**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 1-425, jan./jul. 2002.

REIS, A. H. **Terapia do esquema com crianças e adolescentes**: do modelo teórico a prática clínica. Campo Grande: Episteme, 2019.

SCHÜTZ; N. T.; SILVA, J. V. A. Limites prejudicados. *In*: SCHÜTZ; N. T.; SILVA, J. V. A. **Estudos de casos em terapia do esquema**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2021. p. 111-138.

SERRA-PINHEIRO, M. A. *et al.* Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 273-276, dez. 2004.

SILVARES, E. F. M. Modelo triádico no contexto de terapia comportamental com famílias. **Psicol Teor Pesqui**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 235-241, set./dez. 1995.

TEIXEIRA, G. **O reizinho da casa**: manual para crianças opositivas, desafiadoras e desobedientes. Rio de Janeiro: BestSeller, 2014.

THARP, R. G.; WETZEL, R. J. **Behavior modification in the natural environment**. New York: Brunner/Mazel, 1969.

TYSZLER, P. T. Aplicação de orientação a pais na terapia do esquema: para uma parentalidade suficientemente boa. *In*: REIS, A. H. **Terapia do esquema com crianças e adolescentes**: do modelo teórico a prática clínica. Campo Grande: Episteme, 2019. p. 357-402.

VALENTINI, F.; ALCHIERI, J. C. Modelo clínico de estilos parentais de Jeffrey Young: revisão da literatura. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 2, n. 2, p. 113-123, dez. 2009.

WAINER, R. *et al.* **Terapia cognitiva focada em esquemas**: integração em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed, 2016.

WAINER, R.; WAINER, G. Treinamento de pais para o transtorno de conduta e o transtorno desafiador de oposição. *In*: CAMINHA, M. G.; CAMINHA, R. M. **Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil**. Porto Alegre: Sinopsys, 2011. p. 207-239.

WEBER, L. N. D. *et al.* Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 323-331, set./dez. 2004.

YOUNG, J. E. **Terapia cognitiva para transtornos de personalidade**: uma abordagem focada em esquemas. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

YOUNG, J. E. **Young Parenting Inventory (YPI)**. 1999. Disponível em: <http://www.schematherapy.com/id205.htm>. Acesso em: 24 set. 2021.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S. **Reinvente sua vida**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed, 2008.