



Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**FORMAÇÃO INTERNACIONAL DE TERAPEUTAS DO ESQUEMA E  
PERCEPÇÕES DE TERAPEUTAS SOBRE A FORMAÇÃO BRASILEIRA EM  
TERAPIA ESQUEMAS**

Mestranda: Daniely Fernandes Kamazaki

Orientadora: Ana Cristina Garcia Dias

Dissertação de Mestrado

Maio, 2021

Porto Alegre/RS

**FORMAÇÃO INTERNACIONAL DE TERAPEUTAS DO ESQUEMA E  
PERCEPÇÕES DE TERAPEUTAS SOBRE A FORMAÇÃO BRASILEIRA EM  
TERAPIA ESQUEMAS**

Daniely Fernandes kamazaki

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Psicologia sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Cristina Garcia Dias.

Maio, 2021

Porto Alegre – RS

*“You cannot find peace by avoiding life.”*

Virginia Woolf

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (CAPES) pelo apoio financeiro que possibilitou a realização desta dissertação.

Agradeço desde já a banca de defesa pelas contribuições ao meu trabalho, pois tenho certeza que serão muito pertinentes e contribuirão para a melhora dessa pesquisa e de estudos futuros.

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina por ter me recebido em seu grupo de pesquisa e em Porto Alegre, por ter acreditado e acolhido meu anseio por continuar pesquisando e trabalhando com a Terapia do Esquema. Não poderia deixar de agradecer por todas as supervisões, correções, dicas e por todo incentivo.

Agradeço a todos do Núcleo de Pesquisa em Intervenções Cognitivas e Comportamentais (NuPICC), em especial à Grazielli Padilha Vieira, Pierre Motta, André Stefanou e Carla Almeida por fazerem parte da minha trajetória e por todas as trocas. Vocês são mais que colegas de pós-graduação, são amigos que levo para a vida. Minha gratidão aos alunos de iniciação científica que contribuíram com a pesquisa de alguma forma.

Toda a minha gratidão à minha família! Apesar das dificuldades, estiveram sempre comigo e são o pilar de quem eu sou. Família é o meu principal valor e levo vocês comigo para onde eu for. Amo vocês mãe, pai, Pâmela, Ana Cláudia, Jean e meus queridos gatos!

Agradeço também a Victória Guimarães, minha terapeuta por ouvir minhas histórias e sempre me apoiar e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Henriques Reis por ter me inspirado a seguir na vida acadêmica e trabalhando com a TE.

Por último e não menos importante, agradeço ao meu adulto saudável pela dedicação e determinação para permanecer trilhando o caminho da pesquisa científica apesar dos

percalços encontrados e por ter cuidado da nossa criança vulnerável nos momentos mais difíceis.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA  | 9  |
| IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO CLÍNICA   | 11 |
| MODELO TEÓRICO DA TERAPIA DO ESQUEMA  | 13 |
| Necessidades Emocionais, Domínios Esquemáticos e EIDs   | 13 |
| Estilos de enfrentamento  | 16 |
| Modos esquemáticos  | 17 |
| Ampliação da Terapia do Esquema   | 18 |
| ESTUDO I: ANÁLISE DAS DIRETRIZES DA ISST PARA FORMAÇÃO INTERNACIONAL DE TERAPEUTAS DO ESQUEMA                     | 22 |
| Submetido para a revista XXXX   | 22 |
| ESTUDO II- PERCEPÇÃO DE TERAPEUTAS SOBRE FORMAÇÃO EM TERAPIA DE ESQUEMAS E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA CLÍNICA | 23 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS  | 24 |
| REFERÊNCIAS   | 26 |
| ANEXO A – DOMÍNIOS ESQUEMÁTICOS E ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS  | 29 |
| ANEXO B- FLUXOGRAMA DE PROCEDIMENTO RECRUTAMENTO  | 32 |
| ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO   | 33 |
| ANEXO F- MAPA INTERMEDIÁRIO   | 39 |
| ANEXO G- CÓDIGOS INICIAIS   | 40 |
| ANEXO H- TEMAS INICIAIS   | 42 |
| ANEXO I- TEMAS FINAIS   | 43 |
| ANEXO J- CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA  | 44 |
| ANEXO K – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO   | 44 |
| ANEXO L- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  | 46 |
| ANEXO M- DIRETRIZES E DOCUMENTOS ISST   | 48 |

## RESUMO

A Terapia do Esquema (TE) é uma abordagem psicoterapêutica integrativa no âmbito das terapias cognitivo-comportamentais. A TE vem sendo aplicada para diversos públicos, incluindo crianças, adolescentes e casais. Os terapeutas do esquema enfrentam um grande desafio em relação à formação teórica e prática no contexto brasileiro. Por isso, essa dissertação tem como objetivo investigar a formação realizada em TE. Este trabalho conta com dois artigos. O primeiro tem como objetivo discutir as diretrizes da Sociedade Internacional da Terapia do Esquema (ISST) para a formação e certificação internacional de terapeutas do Esquema. Trata-se de um estudo de análise documental a partir de documentos encontrados no site do ISST e Google Acadêmico. A análise temática das informações encontradas nesses documentos resultou em três temas que orientam a formação do terapeuta do esquema, a saber: conteúdo e estrutura da formação; supervisão de atendimentos; e realização de terapia pessoal. O primeiro tema refere-se ao conhecimento de conteúdos teóricos e técnicos exigidos aos terapeutas, assim como a estrutura recomendada pela ISST sobre a formação do terapeuta voltado ao atendimento de diferentes públicos. Os dois outros se referem à importância da realização contínua de supervisão de atendimento e da necessidade da terapia pessoal para o desenvolvimento de habilidades e competências do terapeuta. Esses processos qualificam o trabalho realizado pelo terapeuta. Conclui-se que o processo de formação teórico e técnico é fundamental. Contudo, a formação e prática dos terapeutas podem ser aperfeiçoadas através da realização tanto de supervisão como de terapia pessoal. O segundo artigo tem como objetivo explorar a opinião de terapeutas sobre a formação em TE e as dificuldades encontradas por eles em suas práticas. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório realizado a partir de entrevistas semiestruturadas desenvolvidas através de videoconferência. Participaram do estudo 20 terapeutas do esquema. As entrevistas, após transcritas, foram submetidas à análise temática. Seis temas principais foram identificados, a saber: dificuldades enfrentadas na prática clínica, estratégias de enfrentamento frente às dificuldades encontradas, perfil do terapeuta do esquema, relação terapêutica, experiência clínica do terapeuta e adaptação. A formação em TE é vista pelos terapeutas como suficiente para o atendimento de adultos, mas há necessidade de uma formação específica para o trabalho com crianças e adolescentes. Sugere-se a incorporação de supervisão pelas formações em TE e a recomendação para terapia pessoal.

**Palavras-chave:** Terapia do Esquema; Formação em Esquema; Terapeutas do Esquema.

## ABSTRACT

Schema Therapy (ST) is an integrative psychotherapeutic approach within the scope of cognitive-behavioral therapies. The ST has been applied to several populations, including children, adolescents, and couples. Schema therapists face a major challenge concerning theoretical and practical training in the Brazilian context. Therefore, this thesis aims to investigate the training carried out in ST. Wherefore, this work has two articles. The first article aims to discuss the guidelines of the International Society of Schema Therapy (ISST) for the training and international certification of schema therapists. This work is a document analysis study based on documents found on the ISST and the Google Academic website. The thematic analysis of the information found in these documents resulted in three themes that guide the training of the therapist of the schema, namely: content and structure of the training; supervision; and personal therapy. The first theme refers to the knowledge of theoretical and technical content required to the therapists, as well as the structure recommended by ISST on the training of the therapist aimed to care for different populations. The other two themes refer to the importance of continued supervision of care and the need for personal therapy for the development of skills and competencies of the therapist. These processes qualify the work done by the therapist. It is concluded that the theoretical and technical training process is fundamental. However, the training and practice of therapists can be improved through both supervision and personal therapy. The second article aims to explore the opinion of therapists about training in ST and the difficulties they find in their practices. This is a qualitative exploratory study carried out from semi-structured interviews developed through videoconference. Twenty schema therapists participated in the study. The interviews were submitted to thematic analysis, after being transcribed. We identified six main themes, namely: difficulties faced in clinical practice, coping strategies in the face of difficulties faced, profile of the schema therapist, therapeutic relationship, clinical experience of the therapist, and adaptation. The therapists see the training in ST as sufficient for adult care, but there is a need for specific training for working with children and adolescents. We suggest the incorporation of supervision by the training in ST and the recommendation for personal therapy.

Keywords: Schema therapy; Schema therapy training; Schema Therapists.



## INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Na Psicologia clínica há diversos referenciais teóricos e experiências práticas diferenciadas. Observa-se que no Brasil a formação em Psicologia é generalista. Assim o graduando, ao se formar, não se encontra necessariamente capacitado para a atuação clínica, mesmo em um referencial teórico específico. A continuidade na formação do psicoterapeuta é praticamente uma regra. Há muitas dificuldades no ensino e aprendizagem da Psicologia clínica. Abdalla, Batista e Batista (2008) descrevem quatro eixos de dificuldades percebidas pelos alunos: 1) a complexidade e diversidade do campo da Psicologia; 2) a dinâmica de supervisão docente; 3) o perfil do aluno; e 4) a dimensão curricular. O estudo constata que as diferenças e similaridades entre as abordagens podem deixar os estudantes confusos, pois não há necessariamente um aprofundamento dos conhecimentos teóricos e técnicos das abordagens estudadas. Um dos possíveis efeitos dessa formação é o processo de aprendizagem se desenvolver de forma mais tecnicista, fazendo com que o estudante reproduza técnicas e procedimentos sem uma maior compreensão das questões teóricas que guiam suas práticas. A formação clínica ainda pode ser limitada em termos de experiências práticas e de supervisão. Um estudo com supervisores e supervisionados mostrou que a supervisão também enfrenta desafios durante a formação em Psicologia, como o pouco tempo de supervisão, excesso de atendimento e interferência institucional (Barreto & Barletta, 2010).

A teoria, a supervisão e a própria psicoterapia individual do terapeuta são importantes na formação do psicoterapeuta. Esse tripé que sustenta a formação de psicoterapeutas teve início com a tradição psicanalítica, contudo tem sido utilizado em outras abordagens clínicas (Calligaris, 2007). Cabe lembrar que cada modelo de terapia tem suas particularidades na condução do atendimento clínico, na formação do terapeuta e nos processos de supervisão, especialmente sustentadas no arcabouço teórico.

Destaca-se então a importância de se desenvolver uma capacitação específica voltada ao modelo psicoterápico escolhido pelo terapeuta. Todas as abordagens defendem a importância da formação teórico-técnica como base para os atendimentos e da necessidade de se analisar as relações estabelecidas entre clientes/pacientes.

Há o reconhecimento que tanto a modalidade de trabalho (individual ou em grupo) como o público alvo (adultos, crianças, adolescentes, famílias, casais) apresentam especificidades que necessitam ser trabalhadas no processo de formação. O atendimento de crianças e adolescentes, em especial, implica no conhecimento de questões teóricas envolvidas no desenvolvimento humano. Muitas técnicas necessitam ser adaptadas ao desenvolvimento biopsicossocial e cognitivo de crianças e adolescentes nos diferentes momentos de seus desenvolvimentos. Por isso, os terapeutas que atendem essa população precisam estar sempre atualizados sobre como utilizar os procedimentos e tecnologias da abordagem através de trocas com colegas da mesma área e eventos acadêmicos (Costa & Dias, 2005; Jardim, Oliveira, & Gomes, 2005).

Existem diferenças na compreensão da formação do terapeuta no que se refere aos objetivos do tratamento, por exemplo. O psicólogo humanista existencial tem o papel de facilitador no processo terapêutico e atua promovendo o autoconhecimento, possibilitando a vivências de experiência de liberdade, escuta e respeito à singularidade (Costa & Dias, 2005). Já na análise do comportamento, o terapeuta tem o objetivo de promover mudanças relacionadas à melhora da qualidade de vida do cliente, por meio de intervenções que visam modificar o seu contexto e desenvolver comportamentos alternativos, tendo como base a análise funcional (Bitondi & Setem, 2007). Por sua vez, o terapeuta cognitivo-comportamental tem por objetivo romper com os ciclos de crenças disfuncionais que geram emoções negativas e comportamentos desadaptativos (Beck, 2013). O objetivo do terapeuta do Esquema, por sua vez, é levar o paciente a romper

com os comportamentos auto derrotistas, gerando estratégias de enfrentamento mais adaptativas para o enfrentamento dos esquemas (Young, Klosko, & Weishaar, 2008). A Terapia do Esquema (TE) é uma abordagem integrativa de psicoterapia com origem nos Estados Unidos, proposta por Jeffrey Young e colaboradores (2008). Dessa forma, cada abordagem teórica necessita de uma formação específica que vá ao encontro dos pressupostos teóricos e da prática clínica. Assim sendo, a TE possui especificidades em conduzir um tratamento e requer habilidades únicas de seus psicoterapeutas. Por isso também é necessário que haja uma formação teórica e clínica com supervisão.

### **IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO CLÍNICA**

A psicoterapia é uma atividade do psicólogo clínico desenvolvida em um campo multifacetado, no qual há uma diversidade de teorias, métodos e técnicas (Quayle, 2010). Apesar de existirem diferenças, os modelos de psicoterapias compartilham pontos em comum, a saber: a) são considerados um processo dinâmico de mudança promovida por intervenções psicológicas; b) são um processo relacional estabelecido pelo menos entre duas pessoas (terapeuta/cliente); c) lidam com o sofrimento psicológico e/ou manifestações sintomáticas de transtornos mentais e; d) o psicoterapeuta é um profissional que integra conhecimento científico e prático a valores éticos na condução de seu trabalho. Neste sentido, para que haja um processo eficaz de terapia é necessário o desenvolvimento de uma relação terapêutica baseada na confiança e na oferta qualificada de serviços psicológicos (Nunes & Brites, 2012). Para que isso ocorra, o terapeuta precisa ser treinado nos princípios teóricos, técnicos e éticos do modelo de psicoterapia escolhido para a condução de seu trabalho (Sperry & Carlson, 2013).

No Brasil, o ensino e a formação em psicoterapia ocorrem, principalmente, em quatro diferentes contextos: 1) graduação; 2) pós-graduação *lato sensu*, especialização,

formação; 3) pós-graduação *stricto sensu* e; 4) em grupos formais e informais de estudo e troca de experiências. No primeiro caso, o ensino é introdutório e, pode-se dizer, lacunar, uma vez que a formação é generalista, voltada para a atuação em Psicologia clínica, sem necessariamente oferecer uma formação consistente tanto teórica quanto técnica em uma abordagem psicoterapêutica. No segundo nível, a formação é realizada por instituições que se identificam com determinada(s) abordagem(s). Nessa formação são oferecidos conhecimentos teóricos e técnicos especializados voltados à prática, que objetivam capacitar o terapeuta para atuar nessa abordagem e lhe certificar como um terapeuta *expert* na abordagem escolhida. Já a formação oferecida à nível de pós-graduação *stricto sensu* apresenta um caráter acadêmico, no qual o principal foco consiste na condução de estudos que buscam aprimorar o conhecimento e a prática clínica. Por fim, os grupos de estudo e trocas de experiências são formados por psicoterapeutas que estudam conhecimentos, técnicas e discutem casos clínicos. De modo geral, há um terapeuta mais experiente que assume o papel de coordenador e supervisor do grupo (Quayle, 2010).

Destaca-se que a formação é o processo de aprendizagem, no qual busca-se transmitir aos novos terapeutas diretrizes, conhecimentos teóricos, estratégias de tratamento e ética da prática clínica. Ela não implica apenas no ensino de conhecimentos teóricos como também técnicos. Klein, Bernard e Schermer (2010) recomendam que esse processo de aprendizagem ocorra concomitantemente aos processos de supervisão e de terapia pessoal para que o terapeuta possa integrar conhecimentos teóricos, práticos e do próprio *self* do terapeuta.

Práticas baseadas em evidências em Psicologia requerem a formação e treinamento por parte da comunidade provedora. A formação melhora o conhecimento do terapeuta, bem como a atitude, competência e habilidades do profissional após o

treinamento específico (Beidas & Kendall, 2010). À vista disso, a formação clínica de psicoterapeutas é importante porque proporciona as experiências necessárias para formar um profissional competente e ético de acordo com os princípios da abordagem terapêutica que o terapeuta utilizará como referencial teórico que norteará a prática clínica.

## **MODELO TEÓRICO DA TERAPIA DO ESQUEMA**

Young e seus colaboradores desenvolveram uma abordagem terapêutica denominada Terapia do Esquemas (TE), como alternativa de tratamento, dentro das terapias cognitivo-comportamentais, para adultos que apresentavam transtorno de eixo I recorrentes e transtornos de personalidade. A primeira proposta da TE enfocou principalmente nos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), nas suas origens e na reparação de necessidades emocionais mais primitivas do indivíduo (Young et al., 2008). Posteriormente, foi desenvolvido o conceito de modos esquemáticos, que buscou tanto facilitar a compreensão do processo terapêutico para pacientes que apresentavam dificuldades com a abordagem inicialmente proposta como para otimizar os processos de intervenção.

### **Necessidades Emocionais, Domínios Esquemáticos e EIDs**

As necessidades emocionais são demandas psicológicas que devem ser supridas para que ocorra um desenvolvimento psicológico saudável. Porém, quando essas necessidades são frustradas na infância, elas dão origem aos EIDs. As necessidades são: 1) aceitação e pertencimento; 2) senso de autonomia e competência adequados; 3)

limites realistas; 4) respeitos aos seus desejos e aspirações; e 5) expressão emocional legítima. Na vida adulta, quando essas necessidades são frustradas ou ameaçadas, os esquemas são ativados e o indivíduo experimenta a ativação de crenças e emoções negativas intensas (Wainer & Rijo, 2016). Assim, estruturas cognitivas são geradas a partir das primeiras frustrações infantis das necessidades emocionais básicas (Young et al., 2008).

Dessa forma, postula-se que os EIDs surgem em períodos críticos e específicos do desenvolvimento humano, sendo estes períodos chamados de Domínios Esquemáticos. Os domínios são intervalos temporais que têm início na tenra infância e vão até a adolescência. Cada domínio congrega um conjunto de necessidades biopsicossociais importantes para o desenvolvimento saudável do indivíduo que devem ser supridas pelos cuidadores e pelo ambiente. São cinco domínios que representam as cinco necessidades emocionais fundamentais do indivíduo durante o desenvolvimento, dos quais EIDs específicos poderão vir a se desenvolver (Wainer, 2016). Isto é, cada domínio é um período desenvolvimento que se refere a uma necessidade básica e os EIDs se organizam dentro de domínios esquemáticos.

Os EIDs caracterizam-se por conjuntos de crenças nucleares, que se desenvolveram principalmente a partir da frustração das necessidades iniciais básicas infantis, do temperamento dos indivíduos e de suas experiências sistemáticas com figuras de afeto. Os EIDs aparecem associados aos padrões disfuncionais de comportamento e/ou transtornos mentais. Os EIDs são representações percebidas como verdadeiras, sendo bastante refratárias à mudança cognitiva (Wainer & Rijo, 2016). Young et al. (2008) definem EIDs como temas ou padrões amplos, formado por memórias, emoções, e sensações corporais, podendo estar relacionados a si próprio ou aos outros, sendo disfuncional em nível significativo.

Inicialmente, foram propostos 16 EIDs agrupados em seis domínios (Young, 1990; Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995). Posteriormente, o Young e colaboradores (2008) propuseram a existência de outros dois novos EIDs ao modelo existente, constituindo 18 EIDs distribuídos em 5 domínios, sendo essa proposta mais conhecida no Brasil atualmente (Young et al., 2008) (Anexo A). No desenvolvimento de pesquisas com o questionário de esquemas (*Young Schema Questionnaire*) foram encontradas diferentes soluções para o número de esquemas e domínios. Contudo, a maior parte das evidências empíricas oferecem suporte ao modelo que propõe quatro domínios<sup>1</sup> por serem considerados “mais estáveis” nos estudos internacionais (Lockwood & Perris, 2012). Entretanto, os esquemas Negativismo/Pessimismo, Busca por aprovação e Postura Punitiva não se fixaram em um domínio específico e por terem sido inseridos apenas na terceira versão do questionário não havia ainda muitos estudos com esses esquemas. Nesse sentido, apesar do modelo de quatro fatores ser o mais adequado empiricamente, faltavam evidências para a distribuição dos 18 EIDs (Lockwood & Perris, 2012). Por isso, um estudo focou nessa lacuna, e a partir de evidências empíricas e considerações teóricas, apresentou uma solução com 18 EIDs distribuídos em quatro domínios. Entretanto, os EIDs de Negativismo/Pessimismo, Busca por aprovação e Postura Punitiva não se encaixam em apenas um domínio. Por isso, os autores sugerem que o esquema de Negativismo/Pessimismo poderia ser agrupado ao domínio Desconexão e Rejeição por seu surgimento precoce. O esquema de Busca por aprovação foi correlacionado, ainda que não de forma definitiva, ao domínio de Autonomia e Desempenho Prejudicado e o esquema de Postura Punitiva ao domínio de Padrões e responsabilidades excessivas (Bach, Lockwood & Young, 2017).

---

<sup>1</sup> (1) desconexão e rejeição, (2) Autonomia e desempenho prejudicados, (3) responsabilidade e padrões inflexíveis e (4) Limites prejudicados

## **Estilos de enfrentamento**

Indivíduos desenvolvem durante a infância estilos de enfrentamento para conseguir que suas necessidades básicas sejam atendidas, ou seja, para evitar que elas sejam frustradas. Na infância estas respostas e estilos foram adaptativos e contribuíram para a satisfação das necessidades (e.g., chorar durante o afastamento dos pais. Pedir ou implorar para os pais não o deixarem). Entretanto, na vida adulta os indivíduos que continuam utilizando estratégias semelhantes para evitar a dor emocional causada pela ativação dos EIDs acabam sofrendo consequências negativas. Nessa fase do desenvolvimento as estratégias anteriormente usadas passam a ser desadaptativas, pois tanto ignoram a situação presente (Wainer & Rijo, 2016). Dentro dessa perspectiva, um indivíduo adulto diante da ativação dos EIDs responde de forma inconsciente, com um estilo de enfrentamento desadaptativo. A ativação esquemática sempre ocorre quando o indivíduo percebe, não necessariamente a nível consciente, que uma necessidade emocional, representada pela temática do esquema, será frustrada. No esquema de abandono, o indivíduo pode interpretar que está prestes a ser abandonado pelo namorado que não manda mensagens de texto frequentemente. Nesse caso, essa pessoa sente que sua necessidade de apego seguro, intimidade e aproximação serão frustradas, assim buscando lidar com a situação com alguma estratégia de enfrentamento, que não necessariamente é a melhor para a situação (Young et al., 2008).

Young et al. (2008) descrevem que os indivíduos adotarão um dos três estilos de enfrentamento primordiais presentes em nossa evolução: a hipercompensação (luta), a evitação (fuga) e a resignação/manutenção (paralisar-se). A adoção de um estilo determina o funcionamento do EID. Os indivíduos lutam contra o conteúdo do esquema agindo de forma oposta à crença quando utilizam o estilo de hipercompensação. Esse



estilo oferece uma alternativa de enfrentamento à necessidade não atendida, compensando o sofrimento causado por ela, mas ao invés de atender à necessidade apenas a esconde. Na evitação, o indivíduo tenta viver a vida sem entrar em contato com a dor gerada pela necessidade não atendida, bloqueando imagens, memórias e pensamentos que possam ativar a frustração/necessidade-tema do esquema. Na resignação, o indivíduo aceita que sua(s) necessidade(s) não será(ão) atendida(s), perpetuando essa compreensão em sua vida. Indivíduos que apresentam essa estratégia de enfrentamento, ao encontrarem gatilhos ativadores de seus esquemas, apresentam respostas emocionais fortes e desproporcionais (Young et al., 2008).

As respostas de enfrentamento são comportamentos específicos que o indivíduo exibe em determinada situação. Os comportamentos podem ser englobados e diferenciados pelas categorias de estilos de enfrentamento. Por exemplo, uma pessoa que apresenta o estilo de enfrentamento de evitação pode desenvolver comportamentos específicos relacionados a esse estilo, como se automutilar, ou beber/comer compulsivamente para evitar a dor da frustração da necessidade não atendida. Já uma pessoa que utiliza a resignação pode se relacionar, por exemplo, em sua vida, com parceiros pouco afetivos (frios) que reforçam o esquema de privação emocional.

### **Modos esquemáticos**

Outro conceito fundamental para a Terapia do Esquema é o conceito de modos esquemáticos (ME). Young et al. (2008) definem os modos como padrões de funcionamento de cada indivíduo, que agrupam certo número de EIDs que estão ativados em um dado momento. Assim, os ME consistem num funcionamento global diante de uma ativação emocional. Em algum momento do estágio de desenvolvimento os modos foram adaptativos e a maneira que a criança encontrou para conseguir a

satisfação de suas necessidades com os cuidadores, porém, na vida adulta esses modos são utilizados sem uma adaptação ao novo contexto se tornando disfuncional. O conceito de modos foi desenvolvido para alcançar pacientes com maior prejuízo no funcionamento global que não respondiam totalmente ao trabalho com esquemas, principalmente pacientes *borderlines* e narcisistas. O trabalho com modos se tornou parte integrante da terapia e atualmente é utilizado juntamente com o trabalho com esquemas, sendo aplicado com diversos pacientes, incluindo crianças (Loose et al., 2013; Young et al., 2008).

São elencados quatro grupos de modos: (1) Modos criança: criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva/indisciplinada e criança feliz; (2) Modos de enfrentamento desadaptativos: modo capitulador complacente, protetor desligado e hiper compensador; (3) Modos pais desadaptativos internalizados: pai/mãe punitivo; pai/mãe exigente; e (4) modo adulto saudável (Wainer & Rijo, 2016). O trabalho com os modos consiste em conectar o paciente à sua criança vulnerável, compreendendo suas origens, necessidades e validando-a, como também no fortalecimento do modo adulto saudável (Young et al., 2008).

### **Ampliação da Terapia do Esquema**

A TE sofreu muitas reformulações durante o seu desenvolvimento variando em número de esquemas, que têm sido investigados através das diversas adaptações realizadas no *Young Schema Questionnaire* (Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995; Bach, Simonsen, Christoffersen, & Kriston, 2015; Lee, Choi, Rim, & Lee, 2015; Stallard, & Rayner, 2005). As reformulações não se limitaram apenas ao número de esquemas, mas também se expandiram para a aplicação de outras populações.

A terapia formulada por Young era destinada ao tratamento individual. Outros autores de forma independente expandiram a TE para intervenções em grupo, para pessoas com transtorno de personalidade *borderline* (Zarbock, Rahn, Farrell & Shaw, 2011). Além disso, como visto anteriormente, a TE foi desenvolvida focando nas origens infantis para os problemas psicológicos vividos na vida adulta. Inicialmente, não era destinada a crianças e adolescentes, uma vez que estas precisam de um atendimento que leve em consideração a fase de seu desenvolvimento, as técnicas e as características das intervenções apropriadas para cada fase (Bizzinoto, 2015). As formulações de Young também se basearam que os EIDs estariam em formação durante a infância e adolescência, se estabilizando na vida adulta. Porém, alguns pesquisadores já demonstraram que crianças e adolescentes apresentam EIDs estáveis já na infância (Güner, 2017; Stallard, & Rayner, 2005).

Assim, a TE não se limitou ao público adulto, sendo adaptada a outros públicos. Christof Loose e colaboradores (2013) desenvolveram um trabalho direcionado a crianças e adolescentes, a partir do conceito de Modos Esquemáticos e modelo de orientação a pais. O trabalho com os modos facilitaria a realização de intervenções e avaliações com as crianças por ser um termo mais fácil de explicar e abordar no contexto clínico, assim como para generalizar para outros ambientes (Loose, Graaf, & Zarbock, 2013). Entretanto, a maior parte do desenvolvimento do trabalho de pesquisa e teorização sobre TE na infância e adolescência encontra-se na língua alemã, o que dificulta o acesso para a maior parte dos terapeutas no Brasil. Cabe lembrar ainda que, como proposta, devido às características culturais, é necessário que ocorra uma adaptação ao contexto da infância/adolescência e às famílias brasileiras (Bizzinotto, 2015).

Farrell e Shaw (2012) desenvolveram um programa de Terapia de Esquema em grupo para indivíduos com traços ou diagnóstico de transtornos de personalidade. Baseado nesse programa, Roelofs et al., (2016) adaptaram o programa de TE em grupo para adolescentes com traços ou transtornos de personalidade. Os autores buscaram examinar a mudança dos esquemas durante o tempo de terapia para cada um dos pacientes. Assim, o objetivo da intervenção era que os pacientes pudessem aprender a responder mais aos modos saudáveis e usassem menos modos disfuncionais. Ainda, os autores esperavam uma mudança positiva na qualidade de vida dos adolescentes, diminuição dos sintomas de psicopatologia, modos esquemáticos utilizados e gravidade dos esquemas entre pré e pós-tratamento. Foi realizado um estudo naturalista com quatro adolescentes, sendo que todos mostraram mudanças significativas no uso de modos disfuncionais, diminuição dos sintomas de psicopatologia e gravidade dos esquemas e aumento na qualidade de vida (Roelofs et al., 2016).

No Brasil, a primeira publicação sobre Terapia do esquema foi o livro “Terapia Cognitiva para transtornos de personalidade: abordagem focada no esquema” (Young, 2003). O interesse em Terapia do Esquema se expandiu nos últimos e o número de publicações aumentou. As produções sobre a Terapia do Esquemas com crianças também foram alvos de interesse crescente. Houvem propostas de psicoeducação para o esquema de arrogância/grandiosidade (Lopes, Leite & Prado, 2011). Lopes também foi responsável por adaptar diversos protocolos da TE do modelo alemão criado por Loose e colaboradores (Loose, Graaf, & Zarbock, 2013; Bizzinotto, 2015). Entretanto, principalmente no que se refere à formação de terapeutas infantis, ainda há muita dificuldade a ser enfrentada.

Desta forma, essa dissertação de mestrado teve como objetivo caracterizar e discutir a formação em TE. Para isso foram realizados dois artigos. O primeiro estudo

se trata de um trabalho teórico que explora as diretrizes da Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (ISST) para treinamento e certificação internacional para terapeutas do esquema. O segundo é um artigo empírico que investiga a formação em TE no contexto brasileiro e as dificuldades encontradas pelos terapeutas no exercício de sua prática.

Cabe ressaltar que, devido à pandemia de COVID-19, o projeto inicial de dissertação de mestrado intitulado “Esquemas Iniciais Desadaptativos, Comportamentos Autolesivos não suicida e levantamento de evidências de validade da *Functional Assessment of self-mutilation*” precisou ser suspenso por se tratar de uma coleta presencial com adolescentes em escolas públicas. Logo, em abril de 2020 foi desenvolvido o projeto sobre a percepção de terapeutas de esquema sobre a formação em Terapia de Esquemas. Os artigos desta dissertação serão submetidos a revistas científicas e por isso não serão disponibilizados neste documento.

**ESTUDO I: ANÁLISE DAS DIRETRIZES DA ISST PARA FORMAÇÃO  
INTERNACIONAL DE TERAPEUTAS DO ESQUEMA**

Submetido para a revista Psicologia Clínica.

**ESTUDO II- PERCEPÇÃO DE TERAPEUTAS SOBRE FORMAÇÃO EM  
TERAPIA DE ESQUEMAS E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA  
CLÍNICA**

Será submetido para a revista Psicologia em Estudos

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos apresentados nessa dissertação traçam um panorama sobre a formação em TE no contexto internacional, a partir do estudo de análise documental e nacional, por meio do estudo qualitativo. Considera-se que a formação em TE está sofrendo mudanças para acompanhar o desenvolvimento da teoria. A formação apresenta três principais componentes: o estudo teórico, a supervisão e o desenvolvimento pessoal dos terapeutas. As recomendações da ISST não reforçam a importância da terapia pessoal no processo de formação, apesar desse processo ser importante para o desenvolvimento pessoal do terapeuta e impactar na relação terapêutica. Em uma pesquisa anterior, foi mostrado que apenas após a formação e com alguma experiência clínica os profissionais puderam alcançar seu desenvolvimento pessoal. Isso se deu apenas por causa da experiência acumulada, terapia pessoal e supervisão. Esses profissionais passaram a ver congruência entre os modelos que trabalham na clínica e seus próprios valores pessoais. Eles se tornaram mais genuínos no *setting* terapêutico e aprenderam a ouvir suas próprias emoções e pensamentos em sessão (Salter & Rhodes, 2018). Assim, sugere-se que a terapia pessoal e supervisão são processos importantes que os terapeutas iniciantes devem ser submetidos durante a formação em TE. Entretanto, no Brasil observa-se que muitas instituições que ofertam a formação em TE ainda não inseriram a supervisão em suas grades curriculares, o que produz dificuldades na clínica.

Pesquisas futuras devem focar em realizar um estudo quantitativo que alcance um maior número de terapeutas do esquema para verificar se as categorias de dificuldades encontradas no estudo qualitativo desta dissertação serão as mesmas para os demais profissionais. Ainda, sugere-se a investigação de ementas e grades



curriculares de cursos de formação e especialização do país para verificar se seguem as recomendações da ISST e se há outros déficits na formação atual.

A coleta de dados on-line em pesquisas qualitativas em saúde como psicologia, medicina e enfermagem está em crescente expansão e envolve criatividade, planejamento e domínio da técnica para rigor nos resultados obtidos (Salvador, Alves, Rodrigues, & Oliveira, 2020). Os meios de informação e comunicação trazem maior facilidade de acesso aos participantes de diferentes regiões, o que se mostra uma vantagem para a pesquisa brasileira. Entretanto, ainda há poucas discussões sobre o desenvolvimento de pesquisas qualitativas com coletas on-line, sendo importante que haja maior reflexão sobre limitações e implicações como o viés de seleção dos participantes (Salvador et al., 2020).

Nesta dissertação, a coleta de dados on-line a partir de entrevistas por videochamada se mostrou facilitador da pesquisa possibilitando a interações entre pesquisador e entrevistado durante a pandemia de COVID-19 sem risco de contaminação. Entretanto, fazer pesquisa em meio ao atual cenário se mostra bastante desafiador. Estudos recentes indicam que a população está mais vulnerável ao estresse emocional durante ou depois do surto de COVID-19 (Cullen, Gulati, & Kelly, 2020). Os psicoterapeutas também estão vulneráveis ao estresse e desgaste emocional como ao cansaço físico, uma vez que foi necessário adaptar os atendimentos presenciais para a modalidade on-line. Além disso, alguns profissionais que não conseguiram agendar um horário de entrevista para participar da pesquisa relataram estarem sobrecarregados com o excesso de trabalho no *home office*.

## REFERÊNCIAS

- Abdalla, I. G., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2008). Desafios do ensino de psicologia clínica em cursos de psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 28(4), 806-819. doi: 10.1590/S1414-98932008000400012
- Barreto, M. C., & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde* (ISSN 1980-1769), 12(12-2010). Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Janaina-Barletta-2/publication/301675000\\_A\\_SUPERVISAO\\_DE\\_ESTAGIO\\_EM\\_PSIKOLOGIA\\_CLINICA\\_SOB\\_AS\\_OTICAS\\_DO\\_SUPERVISOR\\_E\\_DO\\_SUPERVISIONANDO/links/5720e00108aed056fa292a8a/A-SUPERVISAO-DE-ESTAGIO-EM-PSIKOLOGIA-CLINICA-SOB-AS-OTICAS-DO-SUPERVISOR-E-DO-SUPERVISIONANDO.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Janaina-Barletta-2/publication/301675000_A_SUPERVISAO_DE_ESTAGIO_EM_PSIKOLOGIA_CLINICA_SOB_AS_OTICAS_DO_SUPERVISOR_E_DO_SUPERVISIONANDO/links/5720e00108aed056fa292a8a/A-SUPERVISAO-DE-ESTAGIO-EM-PSIKOLOGIA-CLINICA-SOB-AS-OTICAS-DO-SUPERVISOR-E-DO-SUPERVISIONANDO.pdf)
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(1), 1-30. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x
- Bitondi, F. R., & Setem, J. (2007). A Importância das Habilidades Terapêuticas e da Supervisão Clínica: uma Revisão de Conceitos. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 11(1), 203-212. doi:10.25061/2527-2675/ReBraM/2007.v11i1.241
- Calligaris, C. (2007). *Cartas A Um Jovem Terapeuta*. Rio de Janeiro, RJ: Alta Books.
- Costa, M. I. M., & Dias, C. M. S. B. (2005). A prática da psicoterapia infantil na visão de terapeutas nas seguintes abordagens: psicodrama, Gestalt terapia e centrada

- na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(1), 43-51. doi: 10.1590/S0103-166X2005000100006
- Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312. doi: 10.1093/qjmed/hcaa110
- Franzin, R. Rodriguez, R. A. Reis, A. H. (2019) Modelo teórico atualizado da terapia do esquema. In: Reis, A.H. (2019). *Terapia do esquema com crianças e adolescentes: do modelo teórico à prática clínica*. Episteme Editora. Campo Grande.
- Jardim, A. P., Oliveira, M. Z. D., & Gomes, W. B. (2005). Possibilidades e dificuldades na articulação entre pesquisa e psicoterapia com adolescentes. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(2), 215-224. doi:10.1590/S0102-79722005000200010
- Klein, R. H., Bernard, H. S., & Schermer, V. L. (Eds.). (2010). *On becoming a psychotherapist: The personal and professional journey*. Oxford University Press.
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In J. Broersen & M. van Vreeswijk (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy* (pp. 41–66). Chichester: Wiley.
- Nunes, O., & Brites, R. A. (2012). Pertinência da Formação em Psicoterapia.
- Quayle, Julieta. (2010). Reflexões sobre a formação do psicólogo em psicoterapia: estado da arte e desafios. *Psicologia Ensino & Formação*, 1(1), 99-110. Recuperado em 03 de maio de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-2061201000100009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-2061201000100009&lng=pt&tlng=pt).

- Salter, M., & Rhodes, P. (2018). On becoming a therapist: A narrative inquiry of personal–professional development and the training of clinical psychologists. *Australian Psychologist*, 53(6), 486-492. doi: 10.1111/ap.12344
- Salvador, P. T. C. D. O., Alves, K. Y. A., Rodrigues, C. C. F. M., & Oliveira, L. V. (2020). Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190297
- Wainer, R. (2016). O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas. *Terapia cognitiva focada em esquemas*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Artmed Editora.

## ANEXO A – DOMÍNIOS ESQUEMÁTICOS E ESQUEMAS INICIAIS

### DESADAPTATIVOS

---

| <i>Domínio I- Desconexão e Rejeição</i>                |  |
|--|--|
| <i>Abandono/<br/>Instabilidade</i>                     | Estes esquemas gera a percepção de que as pessoas não merecem confiança pois são instáveis e a qualquer momento podem abandonar. Pessoas com esses esquemas entendem que, por os outros serem instáveis e imprevisíveis, eles não poderiam ser capazes de manter os laços. Isso faz com que a pessoa se sinta constantemente abandonada ou deixada de lado.  |
| <i>Privação Emocional</i>                              | A privação emocional refere-se à sensação de que a necessidade de um relacionamento próximo e de apoio emocional não será suprida. Young (2008) sugere três principais formas de privação emocional: a) privação de cuidados- falta de atenção e carinho; b) Privação de empatia- ausência de compreensão e de compartilhamento mútuo; c) privação de proteção- ausência de forma dirigida pelo outro. |
| <i>Desconfiança e abuso</i>                            | Pessoas com este esquema apresentam a expectativa de que serão enganadas, roubadas ou machucadas de forma intencional pelos outros. Em geral, sempre sentem que foram enganadas em relações anteriores, fazendo com que, muitas vezes, afastem-se dos outros por acreditarem que estes a farão mal propositalmente.  |
| <i>Defectividade/<br/>Vergonha</i>                     | Esquema que provoca sentimento de que se tem um defeito ou é inferior em aspectos importantes ou de que não é merecedor do amor dos outros. Pode envolver sensibilidade a crítica, rejeição ou vergonha, além de comparações com os outros e insegurança.  |
| <i>Isolamento Social</i>                               | Refere-se a sentir-se isolado do mundo e não pertencente a um grupo ou comunidade. Pessoas com esse esquema se sentem sozinhas e diferentes dos outros, não conseguindo se conectar com um grupo. Isso pode ocorrer também em relação ao grupo familiar.   |
| <i>Domínio II- Autonomia e desempenho prejudicados</i> |  |
| <i>Dependência/<br/>Incompetência</i>                  | Pessoas com este esquema apresentam a crença de que serão incapazes de cuidar de responsabilidades de forma satisfatória sem a ajuda de alguém.  |
| <i>Vulnerabilidade ao<br/>dano ou doença</i>           | Provoca o sentimento de medo de que algo ruim ou uma catástrofe irá acontecer e de que se é totalmente vulnerável a isso, não podendo impedir. São destacados três   |

---

---

tipos: a) saúde- ficar doente, ter ataques; b) catástrofes emocionais- ficar louco; c) catástrofes externas- acidentes, ataques criminosos etc.

---

*Emaranhamento/  
Self-Subdesenvolvido*      Envolvimento emocional exagerado com pessoas importantes, geralmente a familiar nuclear. Dificuldades na individuação e separação dessas figuras. Apresenta sentimento de que não conseguirão sobreviver sem o apoio deles e muitas vezes podem se sentir sufocados por esses relacionamentos demasiado íntimo.

---

*Fracasso*      Sensação de que fracassará no futuro ou de que fracassou no passado. Refere-se a crença de que não conseguirá desenvolver seus planos e projetos de forma satisfatória, o que pode gerar sentimento de inadequação (ser burro, sem talento) em relação a colegas (trabalho, escola). Esse esquema está relacionado a desempenho e conquistas, nos quais a pessoa sempre acredita que falhou.

---

*Domínio III- Limites Prejudicados*

---

*Arrogo/grandiosidad  
e*      Crença de que se é superior aos demais e de que por isso poderia fazer o que quer, independente do que possa custar aos outros. Pode incluir competitividade excessiva ou dominação em relação aos outros.

---

*Autocontrole/  
Indisciplina  
insuficientes*      Refere-se à dificuldade de exercer autocontrole e tolerância à frustração e limitar a expressão das próprias emoções e impulsos. O indivíduo apresenta ênfase exagerada na evitação do desconforto.

---

*Domínio IV- Direcionamento para o outro*

---

*Subjugação*      Obediência excessiva ao controle dos outros. Crença de que seus próprios sentimentos não são importantes. Pode se submeter para evitar a retaliação ou o abandono. São considerados dois tipos: a) subjugação das necessidades- supressão ou abdicar das próprias preferências e desejos; e b) subjugação das emoções- supressão das emoções

---

*Auto sacrifício*      Foco no cumprimento das necessidades dos outros em situações cotidianas, muitas vezes em detrimento a própria gratificação. Resulta de uma sensibilidade ao sofrimento do outro. Como a prioridade é a satisfação do outro, pode acarretar o sentimento de que não há uma contrapartida do outro pelos cuidados prestados, gerando ressentimento.

---

*Busca de aprovação/  
Reconhecimento*      A autoestima das pessoas que apresentam este esquema depende das reações e elogios dos outros. A pessoa busca reconhecimento dos outros em detrimento do desenvolvimento de um self seguro e saudável. Foco excessivo em atividades que lhe provem um status como forma de ser reconhecido pelo outro. Isso resulta

---

---

muitas vezes em escolhas não naturais de acordo com sua vontade que não lhe garantem satisfação.

---

*Domínio V- Supervigilância e Inibição*

---

*Negativismo/  
Pessimismo*

Foco em aspectos negativos da vida e crença geral de que “as coisas darão errado”. Além disso, envolve uma preocupação excessiva de cometer erros que levam a coisas não darem certo.

---

*Inibição emocional*

Inibição na comunicação, na ação e nas emoções. Trata-se de um medo de se expor para evitar a desaprovação dos outros ou sentimento de vergonha.

---

*Padrões inflexíveis/  
Postura crítica  
exagerada*

Este esquema se refere à crença de que se deve se esforçar muito para atingir altos padrões. Pessoas com esse esquema tendem a possuir dificuldades em relaxar e praticar atividades prazerosas. São sugeridos três tipos: a) perfeccionismo- atenção a detalhes e subestimação do desempenho em relação há normas; b) regras rígidas- ideias rígidas de como as coisas devem ser; e c) preocupação com tempo e eficácia- necessidade de ser fazer mais.

---

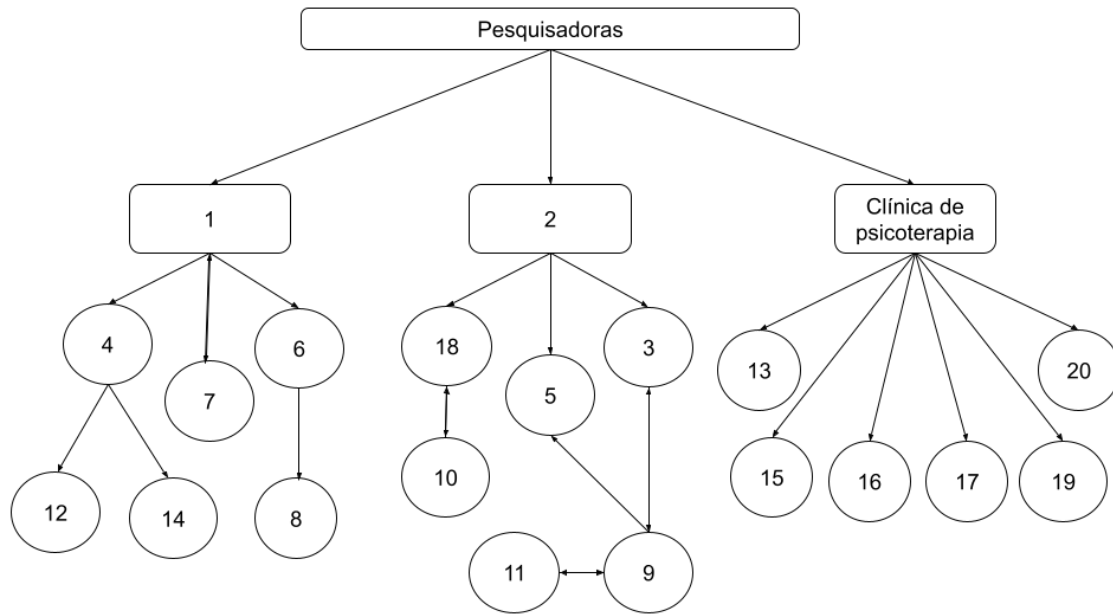
*Postura Punitiva*

A postura punitiva envolve acreditar que pessoas, inclusive o próprio eu, devem ser punidas por seus erros. Inclui a dificuldade em perdoar os erros ou mesmo as ações punitivas, dirigidas ao eu ou ao outro.

---

## ANEXO B- FLUXOGRAMA DE PROCEDIMENTO RECRUTAMENTO

Número do participante (1-20) de acordo com ordem cronológica das entrevistas.





## ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Percepção de Terapeutas sobre a Formação em Terapia de Esquemas”. Esta pesquisa tem o objetivo de investigar sobre a formação do terapeuta e as principais dificuldades encontradas na prática clínica, especialmente aquelas voltadas para crianças e adolescentes. Embora esta pesquisa não traga nenhum benefício direto aos participantes, a sua colaboração poderá contribuir para a construção do conhecimento científico sobre a formação de psicoterapeutas na abordagem na Terapia do Esquema. O estudo envolve a sua participação através de uma entrevista através de online - videochamada. Essas entrevistas serão gravadas e transcritas para possibilitar que análises sejam feitas. Após a transcrição as entrevistas de videochamada serão apagadas. As transcrições das entrevistas serão armazenadas na sala 206 do Instituto de psicologia durante 5 anos, depois também serão apagadas também. Os participantes do estudo não terão suas identidades reveladas. Participar do estudo apresenta riscos mínimos a você, por exemplo, certo desconforto. Caso você se sinta dessa forma, você pode desistir de participar do estudo e/ou conversar conosco a qualquer momento

Este estudo faz parte da dissertação de mestrado da aluna Daniely Fernandes Kamazaki e está sendo orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina Garcia Dias, do Instituto de Psicologia da UFRGS, com quem podem ser obtidas maiores informações (Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 206, Bairro Santana, Porto Alegre, RS, e-mail: anacristinagarciadias@gmail.com ou telefone (51) 99251-6438). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santana, Porto Alegre, RS - fone (51) 33085441, e-mail: cep-psico@ufrgs.br).

Pelo presente Termo de Consentimento, eu,

Declaro que sou maior de 18 anos e que fui informado dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa, e estou de acordo em participar da mesma. Fui igualmente informado: a) da liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como do meu direito de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga qualquer prejuízo; b) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; c) da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas; d) que as informações obtidas serão arquivadas sem identificação pessoal junto ao banco de dados do pesquisador responsável na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ficando disponíveis para futuras análises; e) que os entrevistas respondidas serão arquivados sob a guarda do pesquisador responsável por cinco anos e depois destruídos.

Versão online: ( ) concordo em participar do estudo ( ) não concordo em participar

Gravação: ( ) aceito gravarem minha imagem e áudio ( ) não aceito gravarem minha imagem e áudio. Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFRGS - INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepção de Terapeutas sobre a Formação em Terapia de Esquemas

**Pesquisador:** Ana Cristina Garcia Dias

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31000220.7.0000.5334

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.014.057

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório que busca conhecer a percepção de terapeutas sobre a formação em terapia de esquemas com crianças e adolescentes. Terapeutas do Esquema enfrentam limitada formação teórica e prática no contexto brasileiro. Para tal, 10 psicólogos serão entrevistados.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar: 1) quais são as principais práticas e atividades teóricas propostas na formação de terapeutas e supervisores em terapia do esquema; 2) fatores que contribuem para a formação de terapeutas em terapia do esquema. 3) quais são as principais dificuldades encontradas por terapeutas na prática da terapia do esquema, especialmente no que se refere ao atendimento de crianças e adolescentes e 4) como os terapeutas avaliam o processo de psicoterapia de seus clientes.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As autoras indicam riscos mínimos na participação (desconforto). Não há benefícios diretos aos participantes.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e eticamente adequada.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-003  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 4.014.057

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE esta adequado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apto à execução.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Recomendamos a todos os pesquisadores que avaliem os seus projetos de pesquisa em andamento e considerem os impactos da COVID-19 na continuidade de sua realização.

Esta recomendação se aplica a todos os projetos de pesquisa. Devem ser avaliadas as situações de interação pessoal em coletas de dados e outras situações decorrentes da realização dos estudos.

Caso necessite de uma consultoria, o CEP do Instituto de Psicologia fica à disposição para discutir cada situação de forma pontual.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                      | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1539732.pdf | 22/04/2020<br>15:55:33 |                            | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetoTerapeutaEsquema.docx                  | 22/04/2020<br>15:55:06 | Daniely Fernandes Kamazaki | Aceito   |
| Folha de Rosto  | folhaderosto.pdf                              | 22/04/2020<br>15:53:45 | Daniely Fernandes Kamazaki | Aceito   |
| Outros  | ParecerCompesqTerapiaEsquema.pdf              | 22/04/2020<br>12:17:27 | Ana Cristina Garcia Dias   | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx                                     | 14/04/2020<br>01:42:55 | DANIELY FERNANDES KAMAZAKI | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-003  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 4.014.057

PORTO ALEGRE, 07 de Maio de 2020

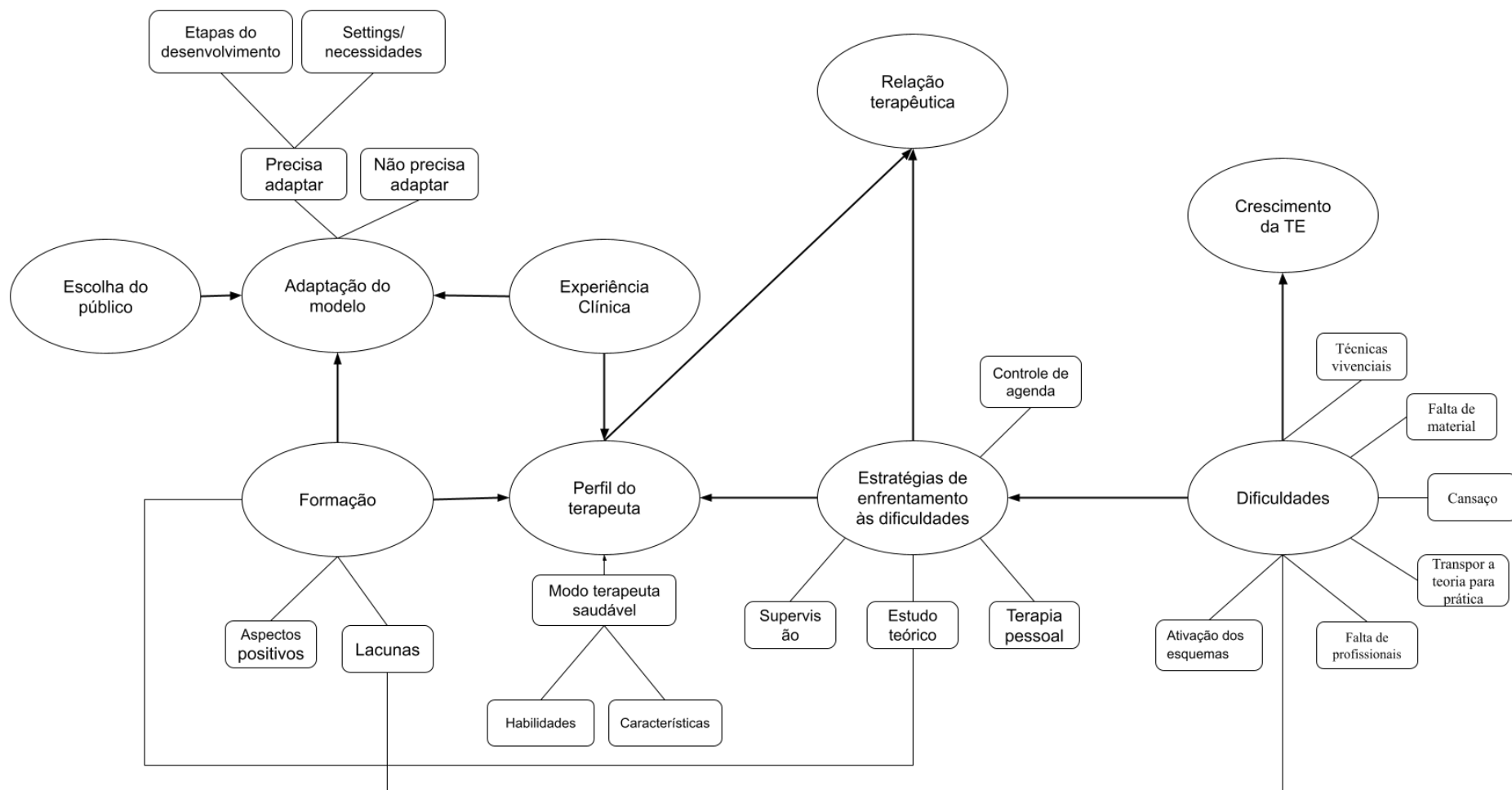
---

**Assinado por:**  
**Jerusa Fumagalli de Salles**  
**(Coordenador(a))**

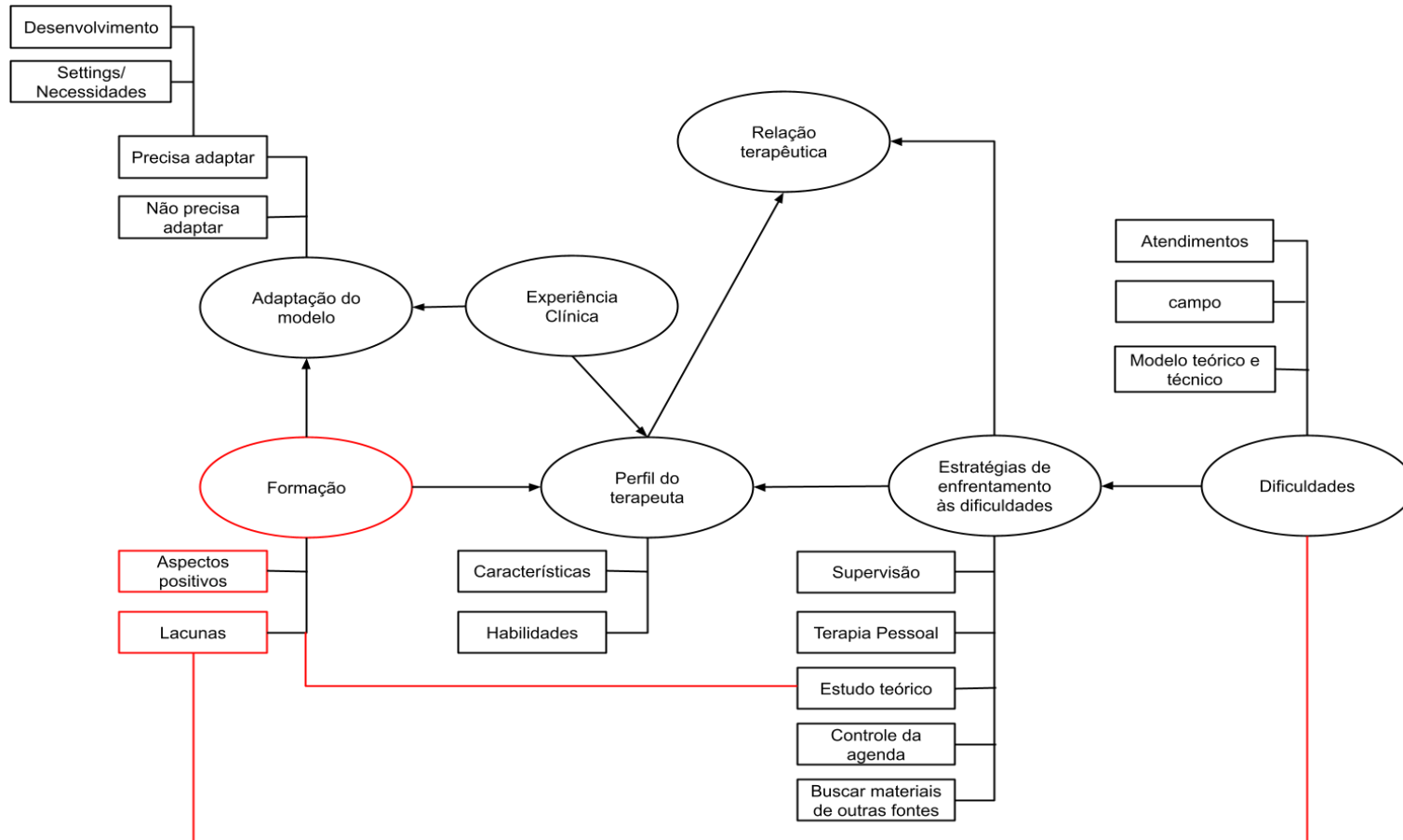
**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-003  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Página 03 de 03

## ANEXO E- MAPA TEMÁTICO INICIAL



## ANEXO F- MAPA INTERMEDIÁRIO



## ANEXO G- CÓDIGOS INICIAIS

Codebook: Percepção de terapeutas sobre a formação em Terapia do Esquema

Referente a fase 2- Gerando códigos iniciais

Nós

| CÓDIGO                                    | Descrição   |
|---|---|
| Transpor a teoria para prática            | Os terapeutas falam das dificuldades suas ou de seus supervisionados em transpor a teoria para a prática clínica.                     |
| Técnicas vivenciais                       | Os terapeutas citam que uma dificuldade inicial é a aplicação das técnicas vivenciais/experenciais.                                   |
| Falta de material                         | Os terapeutas falam sobre a falta de materiais sobre determinados públicos ou settings/problemas.                                     |
| Cansaço                                   | Os terapeutas comentam que depois que começaram a atender com a TE se sentem mais cansados.   |
| Ativação dos esquemas                     | Os terapeutas dizem que a principal dificuldade é lidar com a ativação dos esquemas do próprio terapeuta.                             |
| Falta de profissionais                    | Uma dificuldade que a TE enfrenta é a falta de profissionais com formação.  |
| Formação em TE                            | Os terapeutas os aspectos gerais e lacunas da TE e sua formação pessoal através de estudos.   |
| Características dos terapeutas do esquema | Os terapeutas falam quais características os terapeutas do esquema devem ter.   |
| Habilidades                               | Quais habilidades teóricas ou técnicas os terapeutas devem ter.   |
| Estudos teóricos                          | Terapeutas falam da importância do estudo da TE.  |
| Supervisão                                | Terapeutas falam sobre a supervisão e sua importância.  |
| TE e TCC                                  | Como os terapeutas utilizam a TE e a TCC.   |
| Terapia pessoal                           | Os terapeutas explicam porque buscaram realizar terapia pessoal e sobre a importância da terapia pessoal para o processo terapêutico. |
| Crianças                                  | Terapeutas falam sobre o processo terapêutico com crianças.   |
| Adolescentes                              | Terapeutas falam sobre o atendimento de adolescentes.   |
| Vantagens da TE                           | Os terapeutas falam porque se interessaram pela TE e quais as vantagens de utilizar esse modelo teórico.                              |
| Experiência                               | Os terapeutas falam como sua experiência afetam o seu trabalho atual como psicoterapeutas.  |
| Aplicação dos conceitos                   | Os terapeutas falam como aplicam os conceitos da TE no dia-a-dia da clínica.  |
| Utilização de outras técnicas             | Os terapeutas cometam a utilização de outras técnicas.  |
| Ecolha do público                         | Os terapeutas explicam porque escolheram trabalhar com o público que atendem.   |





## ANEXO H- TEMAS INICIAIS

Referente a fase 3: Procurar por temas

| TEMA INICIAL                               | Descrição  | Nº de referencia | Nº de terapeutas que endossaram |
|--|--|------------------|---------------------------------|
| Dificuldades da TE                         | As dificuldades e lacunas que os terapeutas percebem em relação a TE, no dia-a-dia da clínica, dificuldades pessoais, dificuldades teóricas, e necessidades enquanto clínico. GAP/ LACUNAS | 191              | 20                              |
| Estratégias para lidar com as dificuldades | Quais estratégias os terapeutas utilizam para lidar com as dificuldades teóricas e no dia-a-dia da clínica.  | 92               | 19                              |
| Formação                                   | Os terapeutas falam dos pontos positivos e lacunas da formação em TE.  | 23               | 12                              |
| Experiência clínica                        | Os terapeutas falam sobre como sua experiência clínica contribui para a prática clínica.   | 23               | 15                              |
| Adaptação ao modelo                        | Os terapeutas falam sobre a adaptação do modelo para diferentes populações e settings.   | 88               | 17                              |
| Perfil dos terapeutas                      | São abordadas as características e habilidades necessárias para ser um terapeuta do esquema.   | 63               | 18                              |
| Crescimento da TE                          | Os terapeutas falam que apesar das dificuldades enfrentadas, eles percebem um crescimento da TE no país.   | 4                | 4                               |
| Relação terapêutica                        | Os terapeutas falam da importância da relação terapêutica para o atendimento com a TE.   | 69               | 20                              |
| Escolha do público                         | Os terapeutas relatam porque escolheram trabalhar com o publico atual que atendem.   | 11               | 9                               |
| Como conheceu a TE                         | Os terapeutas falam como conheceram a TE.  | 9                | 9                               |

## ANEXO I- TEMAS FINAIS

| TEMA FINAL                                 | Descrição  | Nº de referencia | Nº de terapeutas que endossaram |
|--|--|------------------|---------------------------------|
| Dificuldades da TE                         | As dificuldades e lacunas que os terapeutas percebem em relação a TE, no dia-a-dia da clínica, dificuldades pessoais, dificuldades teóricas, e necessidades enquanto clínico. GAP/ LACUNAS | 191              | 20                              |
| Estratégias para lidar com as dificuldades | Quais estratégias os terapeutas utilizam para lidar com as dificuldades teóricas e no dia-a-dia da clínica.  | 92               | 19                              |
| Perfil dos terapeutas                      | São abordadas as características e habilidades necessárias para ser um terapeuta do esquema.   | 63               | 18                              |
| Experiência clínica                        | Os terapeutas falam sobre como sua experiência clínica contribui para a prática clínica.   | 24               | 15                              |
| Adaptação ao modelo                        | Os terapeutas falam sobre a adaptação do modelo para diferentes populações e settings.   | 88               | 17                              |
| Relação terapêutica                        | Os terapeutas falam da importância da relação terapêutica para o atendimento com a TE.   | 69               | 20                              |

## ANEXO J- CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Olá,

Meu nome é Daniely Kamazaki, sou mestranda de psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS, e estou sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Cristina Garcia Dias. Meu projeto de dissertação é sobre a **\*Percepção de terapeutas sobre a formação em Terapia de Esquemas\***.

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa através de uma entrevista online, usando plataformas como *Skype* e *Hangouts*. Sua participação consistirá em responder perguntas sobre sua formação como terapeuta e prática clínica ou supervisão, além de um questionário breve de 5 min. A entrevista será realizada por mim, no dia e horário de sua escolha. Sua participação é anônima, e as entrevistas serão gravadas e transcritas.

Espero que aceite nosso convite.

À disposição para esclarecimentos,

Atenciosamente,  
Daniely kamazaki

## ANEXO K – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Este formulário compõe o questionário sociodemográfico da pesquisa "Percepção de terapeutas sobre a formação em Terapia de esquemas". Por favor, responda todas as perguntas com atenção. Não é necessário se identificar.

O tempo médio para responder é de 5 minutos.

A entrevista será realizada no horário combinado.

Obrigada pela participação!!

Endereço de e-mail:

Leitura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido- TCLE

1. Participação do estudo online:  
 Concordo em participar do estudo  
 Não concordo em participar do estudo
2. Gravação de áudio e imagem:  
 Aceito gravarem minha imagem e áudio  
 Não aceito gravarem minha imagem e áudio
3. Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. Idade: \_\_\_\_\_
5. Sexo:  Feminino  Masculino
6. Já fez terapia?  Sim  Não
7. Qual referencial teórico seu terapeuta utiliza(va)? \_\_\_\_\_
8. Por quanto tempo fez terapia? \_\_\_\_\_
9. Quando concluiu sua graduação em Psicologia? \_\_\_\_\_
10. Fez especialização?  Sim  Não
11. Quando fez sua especialização? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
12. Aonde? \_\_\_\_\_
13. Atualmente atende?  Sim  Não
14. Qual público você atende? \_\_\_\_\_
15. Você atualmente realiza atividades de formação profissional? Se sim, quais?  
(exemplo: curso, formação, workshop) \_\_\_\_\_
16. Você é supervisor?  Sim  Não
17. Há quanto tempo você é supervisor? \_\_\_\_\_
18. Poderia indicar o contato de um terapeuta que atenda utilizando a Terapia do Esquema para nossa pesquisa? \_\_\_\_\_

## ANEXO L- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

### FORMAÇÃO

1. Pode me descrever a sua formação? Graduação (quando)? Fez alguma especialização (se sim, quando em que local)?
2. Você faz ou já fez terapia? Se sim qual o referencial? Por quanto tempo?
3. Você atualmente realiza atividades de formação profissional? Se sim, quais?

### EXPERIÊNCIA TERAPÊUTICA

4. Você poderia me contar como acha que sua experiência de psicoterapia influencia sua prática terapêutica?
5. Você poderia descrever a sua experiência enquanto psicoterapeuta?
6. Atualmente, você atende? Qual o público que você atende?
7. O que levou você a trabalhar com esse público com o qual trabalha?

### FORMAÇÃO E DIFICULDADES DA TE

8. O que levou você a ser um terapeuta do esquema?
9. Como você se tornou terapeuta de esquemas?
10. Como foi a sua formação em terapia do esquema? (quando fez, onde, quais foram as atividades da formação?)
11. Me descreva como você utiliza o referencial de terapia dos esquemas nos seus atendimentos.
12. Você utiliza algum outro referencial na sua prática clínica? Se sim, qual? Como percebe que essa prática se integra com o referencial da terapia do esquema?
13. Quais são as características de um terapeuta do esquema em sua opinião?
14. Quais são os desafios de quem atende com a TE?
15. Quais são as dificuldades pessoais que encontra ao atender a partir do referencial da terapia do esquema? Você acha que essas dificuldades são específicas desse referencial?
16. O que você faz para lidar ou manejar tais dificuldades?
17. O que você faz quando tem alguma dificuldade nos atendimentos ou com o paciente?
18. Acredita ser importante para o processo terapêutico?

19. Quais habilidades um terapeuta em TE deve ter?
20. Quais lacunas você percebe na formação do terapeuta do esquema?
21. Você é um supervisor em terapia do esquema? Se sim, há quanto tempo?
22. Poderia me descrever sua experiência de supervisão em terapia do esquema (tempo, número de supervisionandos, como se tornou supervisor?)
23. Como você percebe que o processo de supervisão auxilia o psicólogo em seu atendimento? Poderia dar um exemplo.
24. Que dificuldades você percebe em seus supervisionandos que trabalham com terapia do esquema?

#### ADAPTAÇÃO TE

25. Como você percebe a formação de psicoterapeuta em TE no atendimento infantil? E no atendimento de adolescentes no Brasil?
26. Quais são as especificidades que você considera que existem no atendimento infantil no referencial da terapia do esquema?
27. Quais são as especificidades que você considera que existem no atendimento do adolescente no referencial da terapia do esquema?
28. Quais são as características de um terapeuta de crianças?
29. Quais são as características de um terapeuta de adolescentes?
30. O que você considera necessário para se adaptar ao referencial da terapia do esquema para atender crianças?
31. O que você considera necessário para se adaptar ao referencial da terapia do esquema para atender adolescentes?
32. Qual a principal diferença entre o atendimento de crianças, adolescentes e adultos na TE?

#### PERGUNTA DE FECHAMENTO

33. Teria algo a mais para acrescentar que você acha importante relacionado a psicoterapia e terapia do esquema?

## **ANEXO M- DIRETRIZES E DOCUMENTOS ISST**



## **2019 ISST REQUIREMENTS FOR CERTIFICATION AS A SCHEMA THERAPIST (INDIVIDUAL)**

**Qualifications** to apply for Certification for those completing training after December 31, 2014:

To qualify for certification in Schema Therapy a person must fulfill the following two qualifications:

1. **Academic training**: Hold at least a master's degree in psychology, clinical social work, psychiatric nursing or a counseling area that leads to licensing; or a medical degree with psychiatric residency (or residency equivalent if it is defined differently in that country).
2. **License or certification for practice**: In countries that certify or license the above professions, a person must be certified or licensed by either the government body or professional organization which grants this. If no such control exists in a country, the standard of one of the national or international professional psychotherapy organizations must be met to fulfill this requirement.

**If you belong to another group that is licensed or certified to practice psychotherapy** in your country, please submit this information with your academic qualifications to be considered for certification application. Some countries have described in detail how the ISST qualifications need to be applied for their country. The UK is one example of this and for exception requests these standards are used.

### **2019 ISST Minimum Certification Training Requirements**

(To understand this chart, please be sure to read the explanations below the table.)

| <b><u>Type of Requirement</u></b>       | <b><u>Standard Certification</u></b> | <b><u>Advanced Certification</u></b>  |
|---|--------------------------------------|---|
| <b>Didactic Hours</b>                   | <b>25 hours</b>                      | <b>25 hours total</b><br>(no additional hours after completion of Standard Certification)         |
| <b>Supervised role-playing in dyads</b> | <b>Minimum 15 Hours</b>              | <b>Minimum 15 Hours total</b><br>(no additional hours after completion of Standard Certification) |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Supervision</b>   | <b>20 supervision sessions (50-60 minutes each)</b><br>(Single or Converted Group Minutes- see below)   | <b>40 supervision sessions (50-60 minutes each)</b><br>(Single or Converted Group Minutes- see below)   |
| <b>Self-Therapy as part of case supervision</b>                      | Highly Recommended:<br>Max. of 3 sessions out of 20 can be primarily self-therapy   | Highly Recommended:<br>Max. of 6 sessions out of 40 can be primarily self-therapy   |
| <b>Peer Supervision</b>  | <b>Highly Recommended</b>   | <b>Highly Recommended</b>   |
| <b>Minimum Number of Cases Treated with ST</b>                       | Minimum of 2 cases, at least 25 therapy hours each; One patient with a personality disorder or significant personality disorder features, the remainder patients appropriate for Schema Mode work | Minimum of 4 cases, at least 25 therapy hours each; One patient with a personality disorder or significant personality disorder features, the remainder patients appropriate for Schema Mode work Applicants are expected to demonstrate competence with both the overcompensating modes and the avoidant/surrender modes |
| <b>Minimum Number of Patient Sessions (at least 45 minutes each)</b> | 80 sessions   | 160 sessions  |
| <b>Duration of Supervision</b>                                       | <b>At least 1 year</b>  | <b>At least 1 year</b>  |
| <b>Session Competency Ratings of Patient</b>                         | 1 session, with minimum <b>STCRS</b> score of 4.0, and <b>STCCRS</b> score of 4.0 for case conceptualization form   | 2 sessions, with minimum <b>STCRS</b> scores of 4.5, and <b>STCCRS</b> scores of 4.5 for case conceptualization forms   |
|  | <b>A candidate must receive individual ratings of no less than 4.0 on items 6-9 on the STCRS.</b>   |   |

## ***Important Explanations & Notes***

### **Explanation of the 2 Certification Levels**

**1. Standard International Certification:** Therapists at this level are certified to practice schema therapy, participate in outcome studies, and to train or supervise other therapists at a basic level only with the supervision of an Advanced level Trainer-supervisor within an approved training program. They are not qualified to run a training program, rate sessions, or offer supervision on difficult cases.

**2. Advanced International Certification:** Certified to treat all patients, participate in outcome studies, and to apply for certification as a supervisor/trainer/rate others, and to run training programs after three years of practice as a certified schema therapist..

Each country can decide which of these 2 levels of training it wants to offer (including other non-certification courses).

### **APPROVED CERTIFICATION TRAINING**

The only type of workshop or training that ISST is involved in approving or providing attendance certificates for are **those given as part of the approved curriculum of the ISST Approved Certification Training Program** by ISST Certified Trainers affiliated with that program. **All other training**, even if about ST and/or given by Certified ISST Trainers, **do not count toward ISST certification**. Workshops on ST by ISST certified ST trainers given outside of the certification curriculum **can only count toward the continuing education** requirement recently added to maintain certification as a Schema Therapist

There are currently **two ways** to meet the Training Requirement for ISST Certification:

**1. Attend an approved ISST ST Training program in its entirety.** For example, the ISST approved International ST Training Program from the ST Institute of NY & NJ. In this case the program is responsible to see that all parts of the ISST Certification curriculum are covered in your training.

**2. Assemble your own certification training program by independent study.** In this option you would need to carefully **combine trainings from the various ISST Approved Certification programs to meet all of the ISST Certification required curriculum**. In addition, **you would need to submit the specific certificates of training modules from those trainings**. In some countries – e.g., Germany – this can be done rather easily as a shared curriculum and workshop plan are used. In other places this may be more complicated. It is your

responsibility when applying by Independent Study to procure all of the needed certificates and send scans of them to the ISST Coordinator of Training & Certification.

a. For the independent study programs **only workshops given by Certified Trainers who are part of an ISST Approved Training Programs** or have been invited by an approved program to provide a particular module of the ISST certification curriculum can be counted toward the 25 hours required for certification. In addition, they must provide you with the **module certificate form** that lists the curriculum components covered and the number of trainees present. This certificate must also have the signatures of the certified trainer providing the training and the director of the ISST Approved certification program that sponsored the training.

## **Training Programs Content**

### **Curriculum for the 25 Required Didactic Training Hours:**

#### **1 Concept and Case conceptualization**

##### **1.1 Schema Theory and Concept**

- Schemas, Coping Styles, and Modes: Defined and Differentiated
- Assessment: including interviews, imagery, and inventories
- Psycho-education about needs and rights of children
- Temperamental Factors

##### **1.2 Treatment Formulation & Case Conceptualization**

- Clarifying Goals & Needs in Schema Terms and/or Modes
- Conceptualizing a Case in Schema Terms and/or modes

#### **2. Therapy Relationship**

- Limited Re-Parenting
- Empathic Confrontation
- Limit Setting
- Therapists Schemas: Dealing with obstacles in treatment when therapists' schemas become activated with certain types of patients.
- Appropriate use of self-disclosure

#### **3 Schema Therapy techniques**

##### **3.1 Cognitive techniques**

- Diaries
- Flashcards

##### **3.2 Experiential techniques I (Imagery work)**

- Imagery & Imagery re-scripting
- Linking Schemas/modes with Early Childhood Experiences
- Limited Re-Parenting with Child modes, especially with the

Vulnerable and Angry Child Modes,

### **3.3 Experiential techniques II (e.g. Mode dialogues & Roleplay)**

- ST dialogues with schemas and modes
- Empathic Confrontation/limit setting for Maladaptive Coping Modes
- Confronting and limit setting for Punitive and Demanding Parent Modes
- Role-Plays

### **3.4 Homework assignments and behavior change strategies**

## **4 Specific Treatment Populations**

### **4.1 Schema Mode Work with Personality disorders**

- BPD (required)
- Cluster C (required)
- NPD
- Other Personality Disorders
- PDs become required as trials support the effectiveness of ST for them

### **4.4 Schema Therapy with other Axis-I-Disorders** (optional until an evidence base is established)

- Addiction
- Eating Disorders
- PTSD
- OCD

## **5 Literature**

- Reinventing Your Life
- Schema Therapy: A Practitioner's Guide
- Other Reading Materials selected by the approved training program

### **Curriculum for the 15 Required Dyadic Training hours:**

1. Whole group or "fishbowl" exercises are encouraged and can count towards as much as 2 hours of the dyadic requirement, as long as the whole group is participating in the practice. Whole group exercises can be a great way to demonstrate strategies in preparation for the dyadic practice.
2. Dyadic Practice: Therapists pair up and take turns (approximately 30 minutes each direction) in the role of patient and therapist. If the group is large, and supervisors are scarce, a third person may act as the observer/coach. But - the observer should only be in that role one time so as to maximize practice opportunity.
3. Dyadic practice exercises must include: Limited Re-Parenting with Child modes, especially with the Vulnerable and Angry Child Modes, Confronting the Detached Protector Mode, Confronting the Punitive (Demanding) Parent

Modes, the Use of Empathic Confrontation, Imagery, Limit Setting, and Therapy Relationship work.

4. Therapists Schemas: Dealing with obstacles in treatment when therapists' schemas become activated with certain types of patients.

### **Trainer/participant Ratio**

1. Only 6 hours of training in a group of more than 40 can be counted toward the didactic component (only) of certification training.
2. A minimum of 1 trainer for every 20 participants (optimally 1 trainer for every 10 participants) is required in the dyadic role-play portion of the training.

We know this is challenging in some countries where the number of available advanced schema therapists is still growing. In these cases, offering separate consecutive dates for smaller group training to cover the dyadic role play might help meet this requirement. It is one of the most important aspects of the training program for learning the model, in addition to personal and group supervision, and therefore requires that advanced schema therapy supervisors be available to guide and coach the dyadic practice exercises.

### **Supervision Requirements**

**20 Hours for Standard level certification** (in some programs: supervisors view an additional 2 hours of taped sessions)

**40 Hours for Advanced level certification** (in some programs: supervisors view an additional 4 hours of taped sessions)

In some programs (New York/New Jersey, for example) 2- 4 additional taped sessions are submitted to supervisors, rated, and discussed throughout the supervision period. In this case, supervisors view taped sessions prior to supervision session. (The supervisor's "viewing" of tapes, prior to session, is not included in the total number of supervision hours required)

### **Content of Supervision**

1. All supervision should include supervisees looking at their own schema activation in the context of their work with patients.
2. Additional self-therapy should be encouraged when needed and should be related to counter-transference issues in treatment.
3. STCRS – what will be expected for final rating of tapes

4. Comprehensive use of the case conceptualization forms / case summaries
5. Prerequisites for Schema Therapy – (Assessing contextual “road blocks” like limited finances, limited access to patient, blending other therapies, suicidal tendencies, crisis intervention, medication evaluations.)
6. Respectfully providing positive and negative feedback to candidates
7. Handling obstacles related to schema activation in supervision
8. Confronting avoidance and detached protector modes w/supervisees
9. Implementing role plays with candidates
10. Use exercises from training program to help trainees “experience” their own schema triggering and maladaptive modes.
11. Emphasis on mode work

### **Converting Group Supervision Hours to Individual Supervision Hours**

We have worked out a (complicated) system for converting group supervision hours into individual supervision hours (applies to supervision groups with 2 to 6 members). The basis of the conversion is that we voted to consider 3 group hours (180 minutes) with 6 members in the group, to be approximately equivalent to 1 individual supervision “hour” (50 minutes).

For example, if a group has 6 trainees, then we assume that each group member gets 1/6 of the group time. Thus, if the group is 2 hours long (120 minutes), then each member gets 20 minutes of *direct* supervision time in the group. This is equivalent to 20 minutes of individual supervision time. The remaining 100 minutes is spent observing the supervision of other group members. We have decided (by voting) that the time spent *observing* supervision of another member is equivalent to 20% of the time spent receiving supervision on one’s *own* cases. Thus the 100 minutes observing others is equal to 20 individual supervision minutes (20%).

**Using this formula, the chart below allows you to compute the number of supervision credits for each size of group.**

#### **For each 60 minutes of group supervision time:**

2 trainees in group = 36 minutes of credit

3 trainees in group = 28 minutes of credit

4 trainees in group = 24 minutes of credit

5 trainees in group = 22 minutes of credit

6 trainees in group = 20 minutes of credit

(60 minutes of individual supervision = 60 minutes of credit)

***Note that, to be certified, trainees may receive a combination of group and individual supervision. Individual supervision is recommended, but not mandatory.***

## **Patient Session Recording Ratings**

### **Final Required Tape Ratings**

1. For a standard certification the tape must show a patient who is appropriate for Schema Mode work due to complication, chronicity, failure to respond to treatment or relapse. For an advanced certification One patient with a personality disorder or significant personality disorder features and one who is appropriate for Schema Mode work due to complication, chronicity, failure to respond to treatment or relapse. Applicants are expected to demonstrate competence with both the overcompensating modes and the avoidant/surrender modes.

**2. The two required tapes for Advanced certification must be scored by two different raters and be from 2 different patients.**

Access to Independent raters will normally be arranged by the site offering the training program.

**Definition of “independent rater”** for the STCRS ratings required for certification. In the ISST Executive Board Meeting 5-28-2013 a clarification of the independent rater was defined as being an ISST certified Supervisor/trainer who is not the director of the applicants training program, a supervisor or a trainer – didactic or role-play portions. We realize that there will be situations where this definition cannot be met completely – for example, a country with only one training program or very limited number of certified supervisor/trainers, forensic settings with limitations regarding taping or the removal of tapes from the institution. **In those situations, please write to the ISST training coordinator to request an exemption.** We took this position to remove the possibility of naturally occurring bias when the trainer and independent rater roles overlap.

4. The STCRS is still a pilot scale, as are the cut-off scores. We expect to refine the STCRS and cut-off scores over the next 1 or 2 years based on research data.



We are also in the process of having the STCRS validated empirically and establishing an inter-rater reliability standard for independent raters to meet.

5. In addition to the required 4.0 (standard) and 4.5 (advanced) minimum required score – **a candidate must receive individual ratings of no less than 4.0 on items 6-9 on the STCRS.**

6. Video recording is strongly preferred to audio only.

*(Revised by Joan Farrell to include clarifications approved by the ISST Executive Board in 2016 and by Paul Kasyanik to include clarifications approved by the ISST Executive Board in 2018)*

## **2019 ISST REQUIREMENTS FOR CERTIFICATION AS A SCHEMA THERAPIST (INDIVIDUAL)**

**Qualifications** to apply for Certification for those completing training after December 31, 2014:

To qualify for certification in Schema Therapy a person must fulfill the following two qualifications:

1. **Academic training**: Hold at least a master's degree in psychology, clinical social work, psychiatric nursing or a counseling area that leads to licensing; or a medical degree with psychiatric residency (or residency equivalent if it is defined differently in that country).
2. **License or certification for practice**: In countries that certify or license the above professions, a person must be certified or licensed by either the government body or professional organization which grants this. If no such control exists in a country, the standard of one of the national or international professional psychotherapy organizations must be met to fulfill this requirement.

**If you belong to another group that is licensed or certified to practice psychotherapy** in your country, please submit this information with your academic qualifications to be considered for certification application. Some countries have described in detail how the ISST qualifications need to be applied for their country. The UK is one example of this and for exception requests these standards are used.

### **2019 ISST Minimum Certification Training Requirements**

(To understand this chart, please be sure to read the explanations below the table.)

| <b><u>Type of Requirement</u></b>       | <b><u>Standard Certification</u></b> | <b><u>Advanced Certification</u></b>  |
|---|--------------------------------------|---|
| <b>Didactic Hours</b>                   | <b>25 hours</b>                      | <b>25 hours total</b><br>(no additional hours after completion of Standard Certification)         |
| <b>Supervised role-playing in dyads</b> | <b>Minimum 15 Hours</b>              | <b>Minimum 15 Hours total</b><br>(no additional hours after completion of Standard Certification) |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Supervision</b>   | <b>20 supervision sessions (50-60 minutes each)</b><br>(Single or Converted Group Minutes- see below)   | <b>40 supervision sessions (50-60 minutes each)</b><br>(Single or Converted Group Minutes- see below)   |
| <b>Self-Therapy as part of case supervision</b>                      | Highly Recommended:<br>Max. of 3 sessions out of 20 can be primarily self-therapy   | Highly Recommended:<br>Max. of 6 sessions out of 40 can be primarily self-therapy   |
| <b>Peer Supervision</b>  | <b>Highly Recommended</b>   | <b>Highly Recommended</b>   |
| <b>Minimum Number of Cases Treated with ST</b>                       | Minimum of 2 cases, at least 25 therapy hours each; One patient with a personality disorder or significant personality disorder features, the remainder patients appropriate for Schema Mode work | Minimum of 4 cases, at least 25 therapy hours each; One patient with a personality disorder or significant personality disorder features, the remainder patients appropriate for Schema Mode work Applicants are expected to demonstrate competence with both the overcompensating modes and the avoidant/surrender modes |
| <b>Minimum Number of Patient Sessions (at least 45 minutes each)</b> | 80 sessions   | 160 sessions  |
| <b>Duration of Supervision</b>                                       | <b>At least 1 year</b>  | <b>At least 1 year</b>  |
| <b>Session Competency Ratings of Patient</b>                         | 1 session, with minimum <b>STCRS</b> score of 4.0, and <b>STCCRS</b> score of 4.0 for case conceptualization form   | 2 sessions, with minimum <b>STCRS</b> scores of 4.5, and <b>STCCRS</b> scores of 4.5 for case conceptualization forms   |
|  | <b>A candidate must receive individual ratings of no less than 4.0 on items 6-9 on the STCRS.</b>   |   |

## ***Important Explanations & Notes***

### **Explanation of the 2 Certification Levels**

**1. Standard International Certification:** Therapists at this level are certified to practice schema therapy, participate in outcome studies, and to train or supervise other therapists at a basic level only with the supervision of an Advanced level Trainer-supervisor within an approved training program. They are not qualified to run a training program, rate sessions, or offer supervision on difficult cases.

**2. Advanced International Certification:** Certified to treat all patients, participate in outcome studies, and to apply for certification as a supervisor/trainer/rate others, and to run training programs after three years of practice as a certified schema therapist..

Each country can decide which of these 2 levels of training it wants to offer (including other non-certification courses).

### **APPROVED CERTIFICATION TRAINING**

The only type of workshop or training that ISST is involved in approving or providing attendance certificates for are **those given as part of the approved curriculum of the ISST Approved Certification Training Program** by ISST Certified Trainers affiliated with that program. **All other training**, even if about ST and/or given by Certified ISST Trainers, **do not count toward ISST certification**. Workshops on ST by ISST certified ST trainers given outside of the certification curriculum **can only count toward the continuing education** requirement recently added to maintain certification as a Schema Therapist

There are currently **two ways** to meet the Training Requirement for ISST Certification:

- 1. Attend an approved ISST ST Training program in its entirety.** For example, the ISST approved International ST Training Program from the ST Institute of NY & NJ. In this case the program is responsible to see that all parts of the ISST Certification curriculum are covered in your training.
- 2. Assemble your own certification training program by independent study.** In this option you would need to carefully **combine trainings from the various ISST Approved Certification programs to meet all of the ISST Certification required curriculum**. In addition, **you would need to submit the specific certificates of training modules from those trainings**. In some countries – e.g., Germany – this can be done rather easily as a shared curriculum and workshop plan are used. In other places this may be more complicated. It is your

responsibility when applying by Independent Study to procure all of the needed certificates and send scans of them to the ISST Coordinator of Training & Certification.

a. For the independent study programs **only workshops given by Certified Trainers who are part of an ISST Approved Training Programs** or have been invited by an approved program to provide a particular module of the ISST certification curriculum can be counted toward the 25 hours required for certification. In addition, they must provide you with the **module certificate form** that lists the curriculum components covered and the number of trainees present. This certificate must also have the signatures of the certified trainer providing the training and the director of the ISST Approved certification program that sponsored the training.

## **Training Programs Content**

### **Curriculum for the 25 Required Didactic Training Hours:**

#### **1 Concept and Case conceptualization**

##### **1.1 Schema Theory and Concept**

- Schemas, Coping Styles, and Modes: Defined and Differentiated
- Assessment: including interviews, imagery, and inventories
- Psycho-education about needs and rights of children
- Temperamental Factors

##### **1.2 Treatment Formulation & Case Conceptualization**

- Clarifying Goals & Needs in Schema Terms and/or Modes
- Conceptualizing a Case in Schema Terms and/or modes

#### **2. Therapy Relationship**

- Limited Re-Parenting
- Empathic Confrontation
- Limit Setting
- Therapists Schemas: Dealing with obstacles in treatment when therapists' schemas become activated with certain types of patients.
- Appropriate use of self-disclosure

#### **3 Schema Therapy techniques**

##### **3.1 Cognitive techniques**

- Diaries
- Flashcards

##### **3.2 Experiential techniques I (Imagery work)**

- Imagery & Imagery re-scripting
- Linking Schemas/modes with Early Childhood Experiences
- Limited Re-Parenting with Child modes, especially with the

Vulnerable and Angry Child Modes,

### **3.3 Experiential techniques II (e.g. Mode dialogues & Roleplay)**

- ST dialogues with schemas and modes
- Empathic Confrontation/limit setting for Maladaptive Coping Modes
- Confronting and limit setting for Punitive and Demanding Parent Modes
- Role-Plays

### **3.4 Homework assignments and behavior change strategies**

## **4 Specific Treatment Populations**

### **4.1 Schema Mode Work with Personality disorders**

- BPD (required)
- Cluster C (required)
- NPD
- Other Personality Disorders
- PDs become required as trials support the effectiveness of ST for them

### **4.4 Schema Therapy with other Axis-I-Disorders** (optional until an evidence base is established)

- Addiction
- Eating Disorders
- PTSD
- OCD

## **5 Literature**

- Reinventing Your Life
- Schema Therapy: A Practitioner's Guide
- Other Reading Materials selected by the approved training program

### **Curriculum for the 15 Required Dyadic Training hours:**

1. Whole group or "fishbowl" exercises are encouraged and can count towards as much as 2 hours of the dyadic requirement, as long as the whole group is participating in the practice. Whole group exercises can be a great way to demonstrate strategies in preparation for the dyadic practice.
2. Dyadic Practice: Therapists pair up and take turns (approximately 30 minutes each direction) in the role of patient and therapist. If the group is large, and supervisors are scarce, a third person may act as the observer/coach. But - the observer should only be in that role one time so as to maximize practice opportunity.
3. Dyadic practice exercises must include: Limited Re-Parenting with Child modes, especially with the Vulnerable and Angry Child Modes, Confronting the Detached Protector Mode, Confronting the Punitive (Demanding) Parent

Modes, the Use of Empathic Confrontation, Imagery, Limit Setting, and Therapy Relationship work.

4. Therapists Schemas: Dealing with obstacles in treatment when therapists' schemas become activated with certain types of patients.

### **Trainer/participant Ratio**

1. Only 6 hours of training in a group of more than 40 can be counted toward the didactic component (only) of certification training.
2. A minimum of 1 trainer for every 20 participants (optimally 1 trainer for every 10 participants) is required in the dyadic role-play portion of the training.

We know this is challenging in some countries where the number of available advanced schema therapists is still growing. In these cases, offering separate consecutive dates for smaller group training to cover the dyadic role play might help meet this requirement. It is one of the most important aspects of the training program for learning the model, in addition to personal and group supervision, and therefore requires that advanced schema therapy supervisors be available to guide and coach the dyadic practice exercises.

### **Supervision Requirements**

**20 Hours for Standard level certification** (in some programs: supervisors view an additional 2 hours of taped sessions)

**40 Hours for Advanced level certification** (in some programs: supervisors view an additional 4 hours of taped sessions)

In some programs (New York/New Jersey, for example) 2- 4 additional taped sessions are submitted to supervisors, rated, and discussed throughout the supervision period. In this case, supervisors view taped sessions prior to supervision session. (The supervisor's "viewing" of tapes, prior to session, is not included in the total number of supervision hours required)

### **Content of Supervision**

1. All supervision should include supervisees looking at their own schema activation in the context of their work with patients.
2. Additional self-therapy should be encouraged when needed and should be related to counter-transference issues in treatment.
3. STCRS – what will be expected for final rating of tapes

4. Comprehensive use of the case conceptualization forms / case summaries
5. Prerequisites for Schema Therapy – (Assessing contextual “road blocks” like limited finances, limited access to patient, blending other therapies, suicidal tendencies, crisis intervention, medication evaluations.)
6. Respectfully providing positive and negative feedback to candidates
7. Handling obstacles related to schema activation in supervision
8. Confronting avoidance and detached protector modes w/supervisees
9. Implementing role plays with candidates
10. Use exercises from training program to help trainees “experience” their own schema triggering and maladaptive modes.
11. Emphasis on mode work

### **Converting Group Supervision Hours to Individual Supervision Hours**

We have worked out a (complicated) system for converting group supervision hours into individual supervision hours (applies to supervision groups with 2 to 6 members). The basis of the conversion is that we voted to consider 3 group hours (180 minutes) with 6 members in the group, to be approximately equivalent to 1 individual supervision “hour” (50 minutes).

For example, if a group has 6 trainees, then we assume that each group member gets 1/6 of the group time. Thus, if the group is 2 hours long (120 minutes), then each member gets 20 minutes of *direct* supervision time in the group. This is equivalent to 20 minutes of individual supervision time. The remaining 100 minutes is spent observing the supervision of other group members. We have decided (by voting) that the time spent *observing* supervision of another member is equivalent to 20% of the time spent receiving supervision on one’s *own* cases. Thus the 100 minutes observing others is equal to 20 individual supervision minutes (20%).

**Using this formula, the chart below allows you to compute the number of supervision credits for each size of group.**

#### **For each 60 minutes of group supervision time:**

2 trainees in group = 36 minutes of credit

3 trainees in group = 28 minutes of credit



4 trainees in group = 24 minutes of credit

5 trainees in group = 22 minutes of credit

6 trainees in group = 20 minutes of credit

(60 minutes of individual supervision = 60 minutes of credit)

***Note that, to be certified, trainees may receive a combination of group and individual supervision. Individual supervision is recommended, but not mandatory.***

## **Patient Session Recording Ratings**

### **Final Required Tape Ratings**

1. For a standard certification the tape must show a patient who is appropriate for Schema Mode work due to complication, chronicity, failure to respond to treatment or relapse. For an advanced certification One patient with a personality disorder or significant personality disorder features and one who is appropriate for Schema Mode work due to complication, chronicity, failure to respond to treatment or relapse. Applicants are expected to demonstrate competence with both the overcompensating modes and the avoidant/surrender modes.

**2. The two required tapes for Advanced certification must be scored by two different raters and be from 2 different patients.**

Access to Independent raters will normally be arranged by the site offering the training program.

**Definition of “independent rater”** for the STCRS ratings required for certification. In the ISST Executive Board Meeting 5-28-2013 a clarification of the independent rater was defined as being an ISST certified Supervisor/trainer who is not the director of the applicants training program, a supervisor or a trainer – didactic or role-play portions. We realize that there will be situations where this definition cannot be met completely – for example, a country with only one training program or very limited number of certified supervisor/trainers, forensic settings with limitations regarding taping or the removal of tapes from the institution. **In those situations, please write to the ISST training coordinator to request an exemption.** We took this position to remove the possibility of naturally occurring bias when the trainer and independent rater roles overlap.

4. The STCRS is still a pilot scale, as are the cut-off scores. We expect to refine the STCRS and cut-off scores over the next 1 or 2 years based on research data.

We are also in the process of having the STCRS validated empirically and establishing an inter-rater reliability standard for independent raters to meet.

5. In addition to the required 4.0 (standard) and 4.5 (advanced) minimum required score – **a candidate must receive individual ratings of no less than 4.0 on items 6-9 on the STCRS.**

6. Video recording is strongly preferred to audio only.

*(Revised by Joan Farrell to include clarifications approved by the ISST Executive Board in 2016 and by Paul Kasyanik to include clarifications approved by the ISST Executive Board in 2018)*

## ISST APPROVED CERTIFICATION IN GROUP SCHEMA THERAPY REQUIREMENTS 2018

This proposal was prepared by the work group appointed by the board in 2010, which was made up of certified advanced schema therapists with strong training and experience in conducting group schema therapy. The training requirements must follow the approved curriculum for Group ST (Farrell, Reiss, Shaw, Zarbock, 2012).

| CERTIFICATION LEVEL  | REQUIREMENTS   |
|--|--|
| <p><b>STANDARD LEVEL</b></p> <p>This level is open to candidates eligible for traditional ISST certification and also to those in <b>related mental health professions</b> who are able to practice schema therapy with supervision. This category would allow <b>1. practice as a co-therapist in a ST group</b> with an Adv. Level certified group therapist and allow them to <b>2. act as lead facilitators in groups being offered within their professional discipline</b> that are consistent with the goals and strategies of ST (e.g., an art therapist leading an Art therapy group in the ST model)</p> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. A minimum of 12 hours of Introduction to general Schema therapy. This requirement can be met by attending introductory workshops offered by ISST certified trainers.</li><li>2. A minimum of 24 hours of training in ST focused on application to groups:<ol style="list-style-type: none"><li>a. 12 hours didactic (theory, interventions, limited reparenting, core components of ST)</li><li>b. 12 hours dyadic/role-play training (6 hours must be Self therapy in a group)</li></ol></li><li>3. 20 hours of supervision in Group ST</li><li>4. Competency evaluation: 1 videotaped group session that achieves a score of 4.0 (1 to 6 scale) on the Group Schema Therapy Competency Rating Scale (GSTCRS)</li><li>5. Practice of ST: minimum of 20 group ST sessions</li></ol> |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>ADVANCED LEVEL GROUP</b><br/>After you have completed a Standard Level Group ST Training program</p> <p>If you have been certified in <b>Individual ST</b>, see Standard level Group certification item 1c for the credit you will be given for the Standard level didactic training and supervision hours on the ST model that you have completed.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. You must have completed the Group Standard Level training program.</li> <li>2. 18 hours of Advanced Training in Group ST following the established curriculum (at least 50% is Group role play practice).</li> <li>3. Complete 20 additional hours of supervision in Group ST. Both Individual supervision and supervision with your co-therapist count as one hour per hour of supervision. Supervision in a group format: each co-therapist pair counts as 1, then use the individual ST certification chart for credit. <i>(If you are Advanced level certified in individual ST you are given 6 hours of supervision credit toward this requirement, leaving 14 additional hours of GST to complete for Advanced level Group certification.)</i></li> <li>4. Competency evaluation: two videotaped sessions of the same group must achieve a score of at least 4.5. Rated by two different Certified Group ST independent raters. <i>(In the first years of group certification exceptions will be made in the case of limited supervisor availability. Please ask for this exception before you have ratings done by emailing the ISST T&amp;C Coordinator.)</i></li> <li>5. <b>Practice:</b> conduct a minimum of 40 group sessions (can be one group of 40 sessions or two shorter groups)</li> </ol> |
| <p><b>CONTINUING EDUCATION</b></p>  | <p>6 hours every 2 years: self-study, self-therapy, advanced supervision, attend ST workshops in the Group ST area</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <b>TRAINER/SUPERVISOR<br/>LEVEL GROUP ST</b>  | 1. Advanced certification in Group ST has been completed.<br>2. At least Standard level certification in Individual ST has been completed.  |
| <b>TRAINING IN SUPERVISION</b>  | 3. Current requirement is attendance at Supervision Webinar. Additional requirements To be determined.<br>4. 2019 on – must attend additional Supervision training offered by ISST.   |
| <b>PRACTICE REQUIREMENT</b><br>In addition this practice requirement must be met:   | 5. Three years of leading Group ST: must include at least 6 months of a PD group combined with more PD experience or a combination of Axis I groups. This can be met with one 6 month PD group plus a number of shorter groups that reach a year in total.  |
| <b>ONGOING EVALUATION</b><br>To maintain Trainer/Supervisor certification one of the two evaluation options must be completed bi-annually   | 6. Anonymous evaluation by supervisees when they accomplish certification. On a 0-6 scale, average rating must be 4<br>or<br>7. Lead a training workshop that is evaluated at mean of 4 out of 6<br><i><b>(this requirement begins for 2014-2016)</b></i>   |
| <b>CONTINUING EDUCATION</b>   | 8. 6 hours every 2 years <i><b>(this requirement begins for 2014-2016)</b></i>  |
| <b>GROUP ST<br/>TRAINING PROGRAMS</b>   | Certification requirements in Group ST must be met in an ISST approved Group ST Training Program, which meets parallel requirements to those for the current certification as an individual training program.<br>The model of Group ST used must be consistent theoretically with the model of ST. It must have a published manual and at least one pilot study demonstrating adequate effectiveness. In cases of disagreement Jeff Young will be asked to make this determination. In the case of further disagreement the 3Cs committee can also review the case.<br>The content of the program must follow the curriculum approved for Group ST. For training hours to count toward certification (other than by grandfathering) it must take place in ISST approved Group ST training programs. As with individual certification, applicants may follow an independent program that combines modules of the official Group ST curriculum taken at any approved Group ST Training program. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• An approved curriculum for group ST has been developed by Farrell, Shaw, Zarbock, Reiss, and Zens.</li> <li>• A competency rating scale for GST was developed by Zarbock, Farrell, Reiss and Arntz with various graduate students and it is in the process of being formally validated as a joint effort of Maastricht and Murdoch Universities.</li> </ul> <p><i>All training hours are 60 minute “clock” hours, with lunch and breaks excluded. Supervision hours are at least 50 minutes in length.</i></p> |   |

Original Submission JMF/01/14/2013, APPROVED BY ISST EXECUTIVE BOARD 2-19-13  
REVISION 1 SUBMITTED AND APPROVED 6-2-2013; FINAL REVISION SUBMITTED 10-15-2013  
Updated 3-23-17 to remove grandparenting conditions, self-practice changed to 6 hrs.

**CURRICULUM SUMMARY AND TRAINING MODULES FOR GROUP SCHEMA THERAPY CERTIFICATION TRAINING**

| <b>STANDARD LEVEL GROUP SCHEMA THERAPY CERTIFICATION-24 TRAINING HOURS</b>  |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>MODULE 1</b>   | <b>MODULE 2</b>  | <b>MODULE 3</b>  | <b>MODULE 4</b>  |
| <p>Introduction to the GST model, co-therapist limited reparenting – learning the dance and signals, preparing patients for group, establishing safety and connection, setting and holding the frame, balancing structure and matching patient modes, goal vs. plan, “opportunity work”.<br/>ST Education in group<br/>Mode conceptualizations and translating problems into ST concepts in group.<br/>Practical issues of setting, time, etc.</p> <p>Max 60 participants/ 2 trainers</p> | <p>Group interventions for the Maladaptive Coping Modes and Healthy Adult mode.</p> <p>Mode awareness and management work, Getting through Detached Protector, empathic confrontation limit setting for Overcompensating modes, pro &amp; con work both cognitive and experiential (mode role-play experiences of modes negative effects)<br/>e.g.Group mode dialogues, group mode role-plays (aka mode dialogues).<br/>Healthy Adult Mode work- group as a reflective mirror, facilitating the experience of competence.</p> <p>Max 40 participants/ 2 trainers</p> | <p>Group interventions for the Child Modes and Good Parent.</p> <p>Healing the Vulnerable Child, Channeling the Angry Child, Limiting the Impulsive Child, Happy Child<br/>Basic group imagery work, anger-release work, play in group.</p> <p>Banishing the Punitive Parent, moderating the Demanding parent, Good Parent component of Healthy Adult mode.<br/>Good Parent imagery, seeing DyPM modes as “not me”, mode dialogues with DyPM.</p> <p>Max 40 participants/ 2 trainers</p> | <p>Self therapy in a group</p> <p>Participant opportunities to experience GST interventions themselves and to practice taking the leader role with trainer coaching and feedback.</p> <p>Maximum 20 participants/ 2 trainers</p> |
| 4 didactic and 2 role-play hours.   | Modules 2-3 are each 3 didactic, 3 role-play hours.  |  | 2 didactic and 4 role-play hours   |
| <p>Module 1 should be taken first followed by the remaining three in any order.<br/>Total required hours for Standard level GST Certification is 24: 12 didactic and 12 role-play hours</p>   |  |  |  |

| <b>ADVANCED LEVEL GST CERTIFICATION</b> (Standard level GST certification is a prerequisite)  |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>MODULE 1 ADVANCED GST FOR THE MALADAPTIVE COPING MODES</b>   | <b>MODULE 2 ADVANCED GST DYSFUNCTIONAL PARENT MODES, HEALTHY ADULT</b>  | <b>MODULE 3 ADVANCED GST FOR THE CHILD MODES</b>  | <b>SPECIAL TOPICS/ GROUP SUPERVISION</b>   |
| <p>Maladaptive coping modes and group empathic confrontation.<br/>Difficult Avoidant Coping modes and<br/>Overcompensating modes (e.g. Bully-Attack)</p> <p>Max 40 participants/ 2 trainers</p>   | <p>Advanced Limited reparenting work, limit setting for Angry and Impulsive Child, Enraged Child,<br/>Matching parenting style to your patient groups Healthy Adult component, parenting for autonomy.</p> <p>Max 40 participants/ 2 trainers</p> | <p>Advanced Imagery rescripting, play and the Happy Child for Vulnerable Child healing</p> <p>Max 40 participants/ 2 trainers</p> | <p>BPD, AvPD, mixed groups, Identity work for severe PD, DID, etc.-<br/>To meet the continuing education requirement for continued certification.</p> <p>Group Supervision to fulfill some of the supervision hours requirement</p> <p>Maximum 60 participants/ two trainers</p> |
| <p>Each Advanced module is 6 training hours divided into 3 didactic, 3 role-play hours<br/>The Advanced modules may be taken in any order as long as all content is covered by completion.</p> <p>Total required hours for Advanced level Group ST certification is 18: 9 didactic and 9 role-play hours.</p> |   |   | <p>6 hours each workshop.</p>  |

| HOURS OF SUPERVISION CREDIT PER MODULE | 6 HOUR MODULES |
|--|----------------|
| 1 COTHERAPIST PAIR (2 PEOPLE)          | 6 HOURS        |
| 2 COTHERAPIST PAIRS (4)                | 3.6 HOURS      |
| 3 COTHERAPIST PAIRS (6)                | 2.8 HOURS      |
| 4 COTHERAPIST PAIRS (8)                | 2.4 HOURS      |
| 5 COTHERAPIST PAIRS (10)               | 2.2 HOURS      |
| 6 COTHERAPIST PAIRS (12)               | 2 HOURS        |



## Training

# “Schema Therapist for Children and Adolescents” (ST-CA) 2014... ISST Minimum Certification CA Training Requirements

(To understand this chart, please be sure to read the explanations below the table.)

| Type of Requirement  | Certification (ST-CA): ST for Children and Adolescents   |
|--|--|
| Didactic Hours   | 33 hours (each 60 min)   |
| Dyadic Hours   | 15 hours (each 60 min)   |
| Individual Case Supervision                                    | 20 supervision sessions (50-60 minutes each)<br>(Single or Converted Group Minutes- see below)                               |
| Self-Therapy as part of case supervision                       | Recommended, Optional: Max. of 3 sessions out of 20 can be primarily self-therapy  |
| Group Case Supervision   | Up to 25% “group converted” minutes<br>(see Notes below table)   |
| Peer Supervision   | Recommended  |
| Minimum Number of Cases Treated with ST                        | Minimum of 2 cases, at least 25 therapy hours each; one case must be F90.-; F91.-; F93.- F42.- F33.-, or F60.3 (WHO: ICD 10) |
| Minimum Number of Patient Sessions; (at least 45 minutes each) | 80 sessions incl. work with parents  |
| Duration of Supervision  | At least 1 year  |
| Session Competency Ratings of Patient                          | 1 session with child or adolescent younger 16 (not parent), with minimum STRS-CA score of 4.0                                |

### **From 2015-01-01 on**

#### **Requirements to be certified in ST-CA:**

Psychotherapists eligible for certification in ST-CA must prove that - prior or during their training in ST-CA - they have acquired special knowledge and qualification in CBT with children, adolescents and families, according to legislation or rules in their country. This can be given by

- a CBT training designed especially for this target group
- or a special qualification on top of general or adult CBT training
- or as an alternative, a minimum of 5 years professional practice in the field of CBT with children, adolescents and families.

## **Requirements to be a Trainer and/or Supervisor in ST-CA:**

1. Minimum of 3 years working experience in ST-CA
2. Additional 24 TU in further ST-Workshops (must: ST with BPD, optional: ST with NPD, ST with couples, "Overcoming the Detached Protector", or similar workshops, on request)
3. Experience as a co-trainer in at least 2 workshops (min. 12 TU each) on ST-CA topics.
4. Self-therapy: Minimum one day or 8 TU in a group of 3-4 participants.
5. Min. 5 additional single supervision TU, including a video that shows ST methods with parents (no rating scale necessary).

In addition, common national criteria to obtain the status "Supervisor" must be fulfilled, as formulated by professional legislation or regulations by local professional associations. This could mean:

- Minimum of 5 years listed and working as a licensed psychotherapist for CA after final psychotherapy graduation (i.e., "Approbation" in Germany, State Licence in the US, registration with the Health Service in the UK or in the Netherlands)

or

- currently working as a supervisor for CA psychotherapy at a training school for psychotherapy that is accredited by the government or any other legal body responsible according to national law, or working as a supervisor for CA at a university, teaching and supervising post-graduates in psychotherapy, or acknowledged supervisor for CA with a supervisor certificate from the chamber of psychotherapists or a national professional association of psychotherapy.

or

- teaching experience in psychotherapy in general for three years, with at least three workshops or presentations within three years before application. This includes at least two ST specific work samples with CA, like workshops, lectures, already doing supervision with ST CA cases, having written book chapters, co-authorship of journal articles. Further material showing teaching experience in ST with CA can be evaluated individually on request.

## ***Important Explanations & Notes***

There is only one level of certification.

### **Converting Group Supervision Hours to Individual Supervision Hours**

We have worked out a (complicated) system for converting group supervision hours into individual supervision hours (applies to supervision groups with 2 to 6 members). The basis of the conversion is that we voted to consider 3 group hours (180 minutes) with 6 members in the group, to be approximately equivalent to 1 individual supervision "hour" (50 minutes).

For example, if a group has 6 trainees, then we assume that each group member gets 1/6 of the group time. Thus, if the group is 2 hours long (120 minutes), then each member gets 20 minutes of *direct* supervision time in the group. This is equivalent to 20 minutes of individual supervision time. The remaining 100 minutes is spent observing the supervision of other group members. We have decided (by voting) that the time spent *observing* supervision of another member is equivalent to 20% of the time spent receiving supervision on one's *own* cases. Thus the 100 minutes observing others is equal to 20 individual supervision minutes (20%).

**Using this formula, the chart below allows you to compute the number of supervision credits for each size of group.**

**For each 60 minutes of group supervision time:**

2 trainees in group = 36 minutes of credit

3 trainees in group = 28 minutes of credit

4 trainees in group = 24 minutes of credit

5 trainees in group = 22 minutes of credit

6 trainees in group = 20 minutes of credit

(60 minutes of individual supervision = 60 minutes of credit)

***Note that, to be certified, trainees may receive a combination of group and individual supervision. Individual supervision is recommended, but not mandatory.***

## **Approved Certification CA Training Programs / Content**

**Didactic Hours: 33 / Didactic Curriculum:**

- Schemas, Coping Styles, and Modes: Defined and Differentiated
- Assessment for Children and Parents: including interviews, imagery, and inventories
- Linking Schemas with Early Childhood Experiences
- Developmental and Temperamental Factors
- Conceptualizing a Case in Schema Terms
- Treatment Formulation – Clarifying Goals & Needs in Schema Terms
- Schema Change: including Schema Dialogues, Emotion-Focused Chair Work
- Use of Imagery, Limited Re-Parenting, Empathic Confrontation, Limit-Setting, Flashcards, Diaries, Confronting Maladaptive Coping Modes and Punitive and Demanding Parent Modes, Therapy Relationship Work (including the appropriate use of self-disclosure) Role-Plays, Cognitive Strategies, Behavioral Strategies, and Homework
- Schema Mode Work with ADHD, ADD, DBD (CD, ODD), OCD, Anxiety disorder, and other typical psychic disorders of childhood and youth
- Schema Therapy for Caregivers/Parents (Schema Coaching, Systemic Schema Therapy)

- Reading: Reinventing Your Life / Schema Therapy: A Practitioner's Guide
- Other Reading Materials

### **Dyadic Hours: Minimum 15 Hours / Dyadic Curriculum:**

- Whole group or “fishbowl” exercises are encouraged and can count towards as much as 2 hours of the dyadic requirement, as long as the whole group is participating in the practice. Whole group exercises can be a great way to demonstrate strategies in preparation for the dyadic practice.
- Dyadic Practice: Therapists pair up and take turns (approximately 30 minutes each direction) in the role of patient and therapist. If the group is large, and supervisors are scarce, a third person may act as the observer/coach. But - the observer should only be in that role one time so as to maximize practice opportunity.
- Dyadic practice exercises must include: Limited Re-Parenting with Child modes, especially with the Vulnerable and Angry Child Modes; Psychoeducation through Drawings, Hand and/or Finger Puppets, Chair Dialogue, Inner House; Audio Flashcard, Confronting the Detached Protector Mode, Confronting the Punitive (Demanding) Modes, the Use of Empathic Confrontation, Imagery, Limit Setting, and Therapy Relationship work.
- Therapists Schemas: Dealing with obstacles in treatment when therapists' schemas become activated with certain types of patients and their parents.

While there is no standard for the didactic portion of a certification program, meaning that you may have 30-40 participants in the room with one certified trainer facilitating the didactic part, we are proposing that there be a minimum of 1 trainer for every 20 participants (optimally 1 trainer for every 10 participants) in the dyadic role-play portion of the program. We know this is challenging in some countries where the number of available advanced schema therapists is still growing.

But perhaps in these cases, offering separate consecutive dates for smaller group training to cover the dyadic role play might adequately help meet this requirement. It is one of the most important aspects of the training program for learning the model, in addition to personal and group supervision, and therefore requires that advanced schema therapy supervisors be available to guide and coach the dyadic practice exercises.

### **Supervision and Session Ratings:**

**20 Hours – Standard (in some programs: supervisors view an additional 2 hours of taped sessions)**

- All supervision should include supervisees looking at their own schema activation in the context of their work with patients.
- Additional self-therapy should be encouraged when needed and should be related to counter-transference issues in treatment.
- STRS-CA – what will be expected for final rating of tapes
- Comprehensive use of the case conceptualization forms / case summaries

- Prerequisites for Schema Therapy – (Assessing contextual “road blocks” like limited finances, limited access to patient, blending other therapies, suicidal tendencies, crisis intervention, medication evaluations.)
- Respectfully providing positive and negative feedback to candidates
- Handling obstacles related to schema activation in supervision
- Confronting avoidance and detached protector modes w/supervisees
- Implementing role plays with candidates
- Use exercises from training program to help trainees “experience” their own schema triggering and maladaptive modes.
- Emphasis on mode work

### **Final Tape Ratings**

1. Session ratings will normally be provided by the site offering the training program. However, each final rating session must be rated by a Certified Schema Therapist for Children other than the trainee’s supervisor(s), and by someone who is relatively unfamiliar with the trainee on a personal level.
2. The STRS-CA is still a pilot scale, as are the cut-off scores. We expect to refine the STRS-CA and cut-off scores over the next 1 or 2 years based on research data.
3. In addition to the minimum required 4.0 score – a candidate must receive individual ratings of no less than 4.0 on items 6-9 on the STRS-CA.

## Child and Adolescent Curriculum of Schema Therapy (ST-CA)

(3 workshop units: 1x2 days, 2x3 days; in total 48 hrs)

Schema Therapy (ST) developed by Jeffrey Young is an enhancement and further development of cognitive behavioral therapy as well as psychodynamic psychotherapy, and particularly integrates emotions, but also developmental aspects centrally in their diagnostic and therapeutic considerations. In addition, ST is based on a model of schemas, modes and the basic needs and "their fate" during the life course. Therefore, ST – as an integrated approach with cognitive-behavioral, psychodynamic, and developmental roots – seems to be also and especially in the field of child and adolescent therapy particularly suited to generate action-guiding, diagnostic and therapeutic concepts.

In total 3 workshop units (WS 1-3) of the "Children's Curriculum", first the schema therapeutic conceptual model (schemas, modes, coping strategies), the underlying theory (central importance core needs in the context of developmental tasks), possible diagnostic means (eg, projective methods) and requirements in the therapeutic attitude (eg, concept of "limited reparenting" and "empathic confrontation") are outlined, put on the ground of temperament and personality factors in childhood and adolescence. However, in the center of the workshop series are training and practice units, encompassing schema therapeutic strategies that have proven successful in childhood and adolescence. Another focus is laid on the teaching of advanced and deepened work with parents in terms of "Schema Coaching" or "Systemic Schema Therapy" that include schema or mode specific transactional processes between child and parent and shed a light on mutual reinforcement's processes of child's und parent's maladaptive schemas. Last but not least the basic principles of ST-CA in groups are outlined.

|            | <b>Workshop's Name</b>   | <b>total</b>  | <b>didactic</b> | <b>dyadic</b> |
|------------|--|---------------|-----------------|---------------|
| ST-CA WS 1 | Children's Curriculum Workshop 1<br>Introductory Workshop  | 12hrs*        | 9 hrs           | 3 hrs         |
| ST-CA WS 2 | Children's Curriculum Workshop 2<br>Focus: ST for Children & Adolescents; ST<br>for Parents (1)                | 18 hrs        | 12 hrs          | 6 hrs         |
| ST-CA WS 3 | Children's Curriculum Workshop 3<br>Focus: ST for Parents (2) and Schema<br>Therapeutic Case Conceptualization | 18 hrs        | 12 hrs          | 6 hrs         |
|            | <b>In total</b>  | <b>48 hrs</b> | <b>33 hrs</b>   | <b>15 hrs</b> |

\* 1 hour =60 minutes

## **Child and Adolescent Curriculum Workshop 1 ("Introductory WS")**

2 days, 12 hours, 60 min each (16 TU - teaching units, 45 min each)

The introductory workshop illuminates the formation and perpetuating model of maladaptive schemas against the background of age-specific developmental tasks, risk and protective temperamental factors. Related to the children's age the 18 schemas described by Young are outlined with their typical child and adolescent appearance and coping strategies. Other topics include the multimodal diagnostic techniques (use of exploration, survey, imagery, case conceptualization) and explain the significance of the therapeutic relationship, psychoeducation and empathic confrontation.

Review of the contemporary concepts and research results on the Physical, Cognitive and Social-Emotional Development of both Children and Adolescents provides a wider understanding of the manifestation of needs and emotional reactions in young patients.

As an overview therapeutic strategies are demonstrated: Working with drawings and pictures, mode-based play therapy, working with stories, finger and hand puppets, metaphors, chair work, imagery, templates, the use of flash cards and homework.

An important part of the introductory workshop is to work with parents, which is also outlined in an overview. Contents are typical parental mode constellations, mode cycle flash cards, investigation of parental schemas and modes, and the practical implementation in mode work with parents (working with chairs, templates, wooden figures, drawings, etc.).

Beside the introductory in schema theory the workshop offers many practical demonstrations by picture and video material, and small exercises allow the participants transferring the content into their own practice.

## **Child and Adolescent Curriculum Workshop 2**

3 days, 18 hours, 60 min each (24 TU - teaching units, 45 min each)

Focus: Children and Adolescents (12 hrs, 16 TU) and Schema-Coaching for Parents (6 hrs, 8 TU)

This workshop is based upon the content of the introductory workshop (WS 1), whose participation is a prerequisite for the immersion workshops (WS 2 to 3).

**Exception:** Participants, who attended the 2-day introductory WS for adult's Schema therapy or a WS equivalent to this, can join in directly in the children's curriculum.

The goal of this workshop is to learn the techniques of schema therapy with children and adolescents specifically. Additionally, there will be an introduction into the work with parents. Special attention is paid to the specific problems facing adolescents today: suicide as the 2nd cause of deaths in adolescents, alcohol, drugs, unprotected sex, eating **disorders**, **gender dysphoria**, **bullying**, **cyber bullying**, **peer pressure**, etc. **Also important to separate maturational issues from behavioral problems.**

After a brief connection with the schema theoretical introduction and sharing of some experiences in practice (WS 1), the focus will be laid on the features of the particular therapeutic relationship, including the concepts of limited reparenting, empathic confrontation and practical working with the special schema therapeutic techniques.

Video examples and role-play in groups of two or three participants ensure the consolidation and deepening of what has been learnt. In particular, the content and methods are:

- Working on close relationships with children and adolescents
- Working with finger and hand puppets
- Imagery
- Use of flash cards and homework
- Working with storytelling (eg. 'stem stories')

**The first part of the parental work includes:**

- Therapeutic relationship with parents: "Limited Grandparenting"
- Investigation of parental resources, needs and family structures
- Testing of questionnaires
- Education of the schema and mode concept in the context of parenting with exercises in groups

Beside the features of schema theory the workshop offers many practical demonstrations by picture and video material, and small exercises allow the participants transferring the content into their own practice.

### **Child and Adolescent Curriculum Workshop 3**

3 days, 18 hours, 60 min each (24 TU - teaching units, 45 min each)

Focus: Schema-Coaching for Parents, Case Conceptualization and more specific techniques

This workshop is based upon the content of the introductory and immersion workshop (WS 1 and WS 2), whose participation is a prerequisite for this immersion workshop (WS 3).

The goal of this workshop is to learn the techniques of schema therapy with parents (continuation of WS 2) and to apply the schematic therapeutic approaches to their own cases. After a brief connection with the theory of WS 1 und WS 2, the focus will be laid on the features of the work with parents including practical exercises. The parental mode work with chairs, finger puppets, templates, imagery, schema and mode flash card, internal dialogue and schema diary are the central point of the first day of WS 3.

**The second part of the parental work includes: (first part was in WS 2):**

- Creating a schematic therapeutic and systemic disturbance model
- Adjustment of the parental schemas and modes
- Mode feedback among family members
- Collusion of schemas and modes among the therapist and the patient (child/parents)
- Usage of parental Mode-Cycle-Clash-Cards



**Case Conceptualization:** Case studies of the participants and role play in groups of two or three participants ensure the deepening of what has been learnt. After the case presentation in the plenary, participants work out in small groups the schema therapeutic case concept and treatment plan to this patient and his family. Based on already implemented schematic therapeutic treatment techniques progress and problems in the used interventions are discussed. In the last unit participants will learn, how to follow the schema therapeutic approaches in the context of self-awareness, self-disclosure and supervision groups.

The following content (including practice) will be covered in the second and third day of this workshop:

- Illustration of the basic approach to case conceptualization
- Conceptualization and treatment planning for their own cases
- Schema therapeutic supervision, self-experience and certification
- Special problems in the therapy
- Mode-oriented play therapy
- Working on the "Inner House"
- Working with therapeutic board games
- Application of art-therapy techniques
- Basics of ST-CA in Groups (e.g. Training in Self-Assertiveness)

### **LITERATURE:**

#### **SCHEMATHERAPY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS:**

Lockwood, G. & Shaw, I.A. (2012). Schema Therapy and the Role of Joy and Play. In M. van Vreeswijk, M. Nadort & J. Broersen (Eds) Handbook of Schema Therapy. Wiley-Blackwell.

Loose, C. & Graaf, P., (2014). Video-Learning: Schematherapie mit Kindern. DVD. Weinheim: Beltz.

Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. (2013). Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz.

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

#### **SCHEMATHERAPY FOR ADULTS:**

Amtz, A. & Jacob, G. (2012). Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. John Wiley & Sons.

Farrell, J.M., Reiss, N., & Shaw, I.A. (2014). The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs. John Wiley & Sons.

Rafaeli, E., Bernstein, D.P., & Young, J. (2011). Schema Therapy (CBT Distinctive Features). Taylor & Francis.

Vreeswijk, M. van, Broersen, J. & Nadort, M. (2012). The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice. John Wiley & Sons

Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. E. (2006). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Guilford Pubn.

#### **SCHEMATHERAPY FOR GROUPS:**

Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2012). Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Step-by-Step Treatment Manual with Patient Workbook. John Wiley & Sons.

## 2019 ISST Minimum Certification ST-CA Training Requirements: “Schema Therapist for Children and Adolescents” (ST-CA)

(To understand this chart, please be sure to read the explanations below the table.)

| Type of Requirement   | Standard Certification (ST-CA):   | Advanced Certification (ST-CA)   |
|---|---|--|
| Didactic Hours  | 33 hours (each 60 min)  | 33 hours total<br>(no additional hours after completion of Standard Certification)               |
| Dyadic Hours  | 15 hours (each 60 min)  | 15 hours total<br>(no additional hours after completion of Standard Certification)               |
| Individual Case Supervision   | 20 supervision sessions (50-60 minutes each)<br>(Single or Converted Group Minutes- see below)  | 40 supervision sessions (50-60 minutes each)<br>(Single or Converted Group Minutes- see below)   |
| Self-Therapy as part of case supervision<br>(Recommended, Optional) | Max. of 3 sessions out of 20 can be primarily self-therapy                                      | Max. of 6 sessions out of 40 can be primarily self-therapy                                       |
| Group Case Supervision  | Up to 25% “group converted” minutes<br>(see Notes below table)                                  | Up to 25% “group converted” minutes<br>(see Notes below table)                                   |
| Peer Supervision  | <b>Highly Recommended</b>   | <b>Highly Recommended</b>  |
| Minimum Number of Cases Treated with ST                             | Minimum of 2 cases, at least 25 therapy hours each*   | Minimum of 4 cases, at least 25 therapy hours each*-   |
| Minimum Number of Patient Sessions; (at least 45 minutes each)      | 80 sessions incl. work with parents   | 160 sessions incl. work with parents   |
| Duration of Supervision   | At least 1 year   | At least 1 year  |
| Session Competency Ratings of Patient                               | 1 session with child or adolescent younger 16 (not parent), with minimum STRS-CA score of 4.0** | 2 sessions with child or adolescent younger 16 (not parent), with minimum STRS-CA score of 4.5** |

\* Contra indication: acute life threatening disorders (like suicidality, short weight etc.)

\*\* One additional session with parental caregivers is needed (without rating scale)

## **From 2020 on :**

### **Requirements to be certified at Standard and/or Advanced Levels in ST-CA:**

Psychotherapists eligible for certification in ST-CA must prove that - prior or during their training in ST-CA - they have acquired special knowledge and qualification in CBT, Psychodynamic or other specific training in Psychotherapy for children, adolescents and families, **according to legislation or rules in their country**. This can be given by

- a CBT, Psychodynamic or other specific training in Psychotherapy designed especially for work with children, adolescents and families

- or a special qualification on top of general or adult CBT, Psychodynamic or other specific training in Psychotherapy allowing to work with children, adolescents and families

- or as an alternative, a minimum of 3 years professional practice in the field of CBT, Psychodynamic or other specific Psychotherapy with children, adolescents and families.

*Exemption: therapists already certified at standard ST-CA level before 1<sup>st</sup> July 2019, who are currently on their way to become an advanced ST-CA therapist, are granted to reach the advanced level according to the previous rule: plus 5 additional supervision sessions, not 20 additional.*

### **Requirements to be certified at Trainer-Supervisor Level in ST-CA:**

The highest level of certification in Schema Therapy is the Trainer-Supervisor level. For the certification as **Trainer-Supervisor** a person needs to be certified at the Advanced level and have completed the Trainer-Supervisor Webinar or in person seminar. The Webinar is offered about three times a year by the ISST Training Coordinator in English and also by other Trainers approved to offer this training live in various countries and languages.

### **To be certified as Trainer-Supervisor in ST-CA a therapist must meet the following requirements**

1. Minimum of 3 years working experience in ST-CA
2. Additional 24 hours in further ST-CA Workshops (must: ST with BPD, optional: ST with NPD, ST with couples, "Overcoming the Detached Protector", or similar workshops, on request)
3. Experience as a co-trainer in at least 2 workshops (min. 12 hours each) on ST-CA topics.
4. Self-therapy: Minimum one day or 6 hours in a group therapists.
5. Min. 5 additional single supervision hours, including an additional video session with child or adolescent younger 16 (not parent), with minimum STRS-CA score of 4.5

In addition, common national criteria to obtain the status "Supervisor" must be fulfilled, as formulated by professional legislation or regulations by local professional associations. This could mean:

- Minimum of 5 years listed and working as a licensed psychotherapist for CA after final psychotherapy graduation (i.e., “Approbation” in Germany, State Licence in the US, registration with the Health Service in the UK or in the Netherlands);

or

- currently working as a supervisor for CA psychotherapy at a training school for psychotherapy that is accredited by the government or any other legal body responsible according to national law, or working as a supervisor for CA at a university, teaching and supervising post-graduates in psychotherapy, or acknowledged supervisor for CA with a supervisor certificate from the chamber of psychotherapists or a national professional association of psychotherapy.

or

- teaching experience in psychotherapy in general for three years, with at least three workshops or presentations within three years before application. This includes at least two ST specific work samples with CA, like workshops, lectures, already doing supervision with ST CA cases, having written book chapters, co-authorship of journal articles. Further material showing teaching experience in ST with CA can be evaluated individually on request.

**In countries without licensed training in psychotherapy, exemptions are possible (on request)**

## ***Important Explanations & Notes***

### **Explanation of the 2 Certification Levels**

1. Standard International Certification: Therapists at this level are certified to practice schema therapy, participate in outcome studies, and to train or supervise other therapists at a basic level only with the supervision of an Advanced level Trainer-Supervisor within an approved training program. They are not qualified to run a training program, rate sessions, or offer supervision.

2. Advanced International Certification (with T-S-Status): Therapists at this level are certified to treat all patients, participate in outcome studies, and to apply for certification as a supervisor/trainer.

### **Converting Group Supervision Hours to Individual Supervision Hours**

We have worked out a (complicated) system for converting group supervision hours into individual supervision hours (applies to supervision groups with 2 to 6 members). The basis of the conversion is that we voted to consider 3 group hours (180 minutes) with 6 members in the group, to be approximately equivalent to 1 individual supervision “hour” (50 minutes).

For example, if a group has 6 trainees, then we assume that each group member gets 1/6 of the group time. Thus, if the group is 2 hours long (120 minutes), then each member gets 20 minutes of *direct* supervision time in the group. This is equivalent to 20 minutes of individual supervision time. The remaining 100 minutes is spent observing the supervision of other group members.

We have decided (by voting) that the time spent *observing* supervision of another member is equivalent to 20% of the time spent receiving supervision on one's *own* cases. Thus the 100 minutes observing others is equal to 20 individual supervision minutes (20%).

**Using this formula, the chart below allows you to compute the number of supervision credits for each size of group.**

**For each 60 minutes of group supervision time:**

2 trainees in group = 36 minutes of credit

3 trainees in group = 28 minutes of credit

4 trainees in group = 24 minutes of credit

5 trainees in group = 22 minutes of credit

6 trainees in group = 20 minutes of credit

(60 minutes of individual supervision = 60 minutes of credit)

**Approved Certification CA Training Programs / Content**

**Didactic Hours (60 min): 33 / Didactic Curriculum:**

- Schemas, Coping Styles, and Modes: Defined and Differentiated
  - Assessment for Children and Parents: including interviews, imagery, and inventories
  - Linking Schemas with Early Childhood Experiences
  - Developmental and Temperamental Factors
  - Conceptualizing a Case in Schema Terms
  - Treatment Formulation – Clarifying Goals & Needs in Schema Terms
  - Schema Change: including Schema Dialogues, Emotion-Focused Chair Work
  - Use of Imagery, Limited Re-Parenting, Empathic Confrontation, Limit-Setting, Flashcards, Diaries, Confronting Maladaptive Coping Modes and Punitive and Demanding Critic Modes, Therapy Relationship Work (including the appropriate use of self-disclosure) Role-Plays, Cognitive Strategies, Behavioral Strategies, and Homework
  - Schema Mode Work with ADHD, ADD, DBD (CD, ODD), OCD, Anxiety disorder, and other typical psychic disorders of childhood and youth
  - Schema Therapy for Caregivers/Parents (Schema Coaching, Systemic Schema Therapy)
- Reading: Reinventing Your Life / Schema Therapy: A Practitioner's Guide and other ST books. Other Reading Materials offered by the Training Program institution.

**Dyadic Hours (60 min): Minimum 15 Hours / Dyadic Curriculum:**

- Whole group or “fishbowl” exercises are encouraged and can count towards as much as 2 hours of the dyadic requirement, as long as the whole group is participating in the practice. Whole group exercises can be a great way to demonstrate strategies in preparation for the dyadic practice.

- Dyadic Practice: Therapists pair up and take turns (approximately 30 minutes each direction) in the role of patient and therapist. If the group is large, and supervisors are scarce, a third person may act as the observer/coach. But - the observer should only be in that role one time so as to maximize practice opportunity.
- Dyadic practice exercises must include: Limited Re-Parenting with Child modes, especially with the Vulnerable and Angry Child Modes; Psychoeducation through Drawings, Hand and/or Finger Puppets, Chair Dialogue, Inner House; Audio Flashcard, Confronting the Detached Protector Mode, Confronting the Punitive (Demanding) Modes, the Use of Empathic Confrontation, Imagery, Limit Setting, and Therapy Relationship work.
- Therapists Schemas: Dealing with obstacles in treatment when therapists' schemas become activated with certain types of patients and their parents.

While there is no standard for the didactic portion of a certification program, meaning that you may have 30-40 participants in the room with one certified trainer facilitating the didactic part, we are proposing that there be a minimum of 1 trainer for every 20 participants (optimally 1 trainer for every 10 participants) in the dyadic role-play portion of the program. We know this is challenging in some countries where the number of available advanced schema therapists is still growing.

But perhaps in these cases, offering separate consecutive dates for smaller group training to cover the dyadic role play might adequately help meet this requirement. It is one of the most important aspects of the training program for learning the model, in addition to personal and group supervision, and therefore requires that advanced schema therapy supervisors be available to guide and coach the dyadic practice exercises.

## **Supervision and Session Ratings:**

### **20 Hours – Standard or 30 hours Advanced**

- All supervision should include supervisees looking at their own schema activation in the context of their work with patients.
- Additional self-therapy should be encouraged when needed and should be related to counter-transference issues in treatment.
- STRS-CA – what will be expected for final rating of tapes
- Comprehensive use of the case conceptualization forms / case summaries
- Prerequisites for Schema Therapy – (Assessing contextual “road blocks” like limited finances, limited access to patient, blending other therapies, suicidal tendencies, crisis intervention, medication evaluations.)
- Respectfully providing positive and negative feedback to candidates
- Handling obstacles related to schema activation in supervision
- Confronting avoidance and detached protector modes w/supervisees
- Implementing role plays with candidates
- Use exercises from training program to help trainees “experience” their own schema triggering and maladaptive modes.
- Emphasis on mode work

## **Final Tape Ratings**

**In some programs supervisors view additional 2 recorded sessions during supervision before the final one is submitted.**

1. Session ratings will normally be provided by the institution offering the training program. However, each final rating session must be rated by an independent ST-CA Certified Trainer-Supervisor other than the trainee's supervisor(s) or trainer, and by someone who is relatively unfamiliar with the trainee on a personal level.
2. The STRS-CA is still a pilot scale, as are the cut-off scores. We expect to refine the STRS-CA and cut-off scores over the next 1 or 2 years based on research data.
3. In addition to the required 4.0 (standard) and 4.5 (advanced) minimum required score –a candidate must receive individual ratings of no less than 4.0 on items 6-9 on the STRS-CA.

Definition of “independent rater” for the STCRS ratings required for certification. In the ISST Executive Board Meeting 5-28-2013 a clarification of the independent rater was defined as being an ISST certified Supervisor/trainer who is not the director of the applicants training program, a supervisor or a trainer–didactic or role-play portions. We realize that there will be situations where this definition cannot be met completely—for example, a country with only one training program or very limited number of certified supervisor/trainers, forensic settings with limitations regarding taping or the removal of tapes from the institution. In those situations, please write to the ISST training coordinator to request an exemption.





# INTERNATIONAL SOCIETY OF SCHEMA THERAPY

## Continuing Education policy

### Requirements for continuing education credits for those certified by the ISST as schema therapists

- Participate in 12 hours of Schema Therapy Continuing Education (CE) during any 2-year period.
- The 12 CE hours can be made up of any combination of the following:
  - Attending workshops on Schema Therapy topics presented by ISST Certified Trainers.
  - Attending individual Schema Therapy Supervision with an ISST certified trainer (50 minutes for 1 CE hour).
  - Attending Schema Therapy Group Supervision with an ISST certified trainer with the hours credited being determined by the same formula used for Standard or Advanced Certification.
  - Giving a formal presentation to a Special Interest Group (SIG) or Group Supervision. This presentation equals 1 Continuing Education hour. Not more than 3 such hours can count in any 2-year period and each presentation must be attested by a letter from the supervisor or SIG leader.
  - In the case of certified trainers, giving advanced training workshops on an aspect of the application of schema therapy (giving basic training workshops does not count for this).
- This CE requirement will apply from 1st January 2020 for those who are already Certified as schema therapists at the Standard or Advanced level.
- From January 2021, certified members will be asked to provide a summary of their CE activities during the previous year (and, from 2022, during the previous two years) when they apply for renewal of their ISST membership and make their annual dues payment.
- When a member becomes certified, the CE requirement will apply from January 1<sup>st</sup> of the year following the one in which they achieve certification.
- Honorary Life Members of the ISST are exempt from these CE requirements

[About](#)  
[ISST](#)  
[Schema Therapy](#)  
[Regulations](#)  
[Find a Therapist](#)  
[Events](#)  
[Calendar](#)  
[Conferences](#)  
[News](#)  
[President's Blog](#)

[Join Us](#)  
[Member Benefits](#)  
[Training & Certification](#)  
[Training Information](#)  
[Certification](#)  
[Resources](#)  
[Research](#)  
[ISST Sources](#)  
[Publications](#)  
[Special Interest Groups](#)

[Blog](#)  
[Contact](#)  
[Make a Payment](#)  
[Member Services](#)  
[Legal Stuff](#)  
[Privacy Policy](#)  
[Site Map](#)

©2020 International Society of Schema Therapy e.V.

International Society of Schema Therapy e.V. is a not-for-profit organization. Glossop-Ring 35, DE-61118 Bad Vilbel, Germany

[Impressum / Imprint](#)

 Log in

### Why Schema Therapy?

Schema therapy has been extensively researched to effectively treat a wide variety of typically treatment resistant conditions, including Borderline Personality Disorder and Narcissistic Personality Disorder. Read our summary of the latest research comparing the dramatic results of schema therapy compared to other standard models of psychotherapy.

### "Be the Change You Help Create"

Whether you are a clinician, researcher, educator, or a supporter, we have a place for you in our community. Visit our "Join us" page to find out more about the many benefits ISST offers, and to apply for membership now.

# JOIN US