

artmed⁺

**TERAPIA DO ESQUEMA:
DA TEORIA À PRÁTICA**



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA DO ESQUEMA	3
DIFERENÇAS ENTRE A TE E A TCC	5
PARA QUEM FUNCIONA A TERAPIA DO ESQUEMA?	6
EFICÁCIA DA TERAPIA DO ESQUEMA	7
PRINCIPAIS CONCEITOS DA TE	8
<i>ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS (EIDS)</i>	<i>9</i>
<i>DOMÍNIOS ESQUEMÁTICOS (DES) E ESQUEMAS</i>	
<i>INICIAIS DESADAPTATIVOS (EIDS)</i>	<i>12</i>
Domínio de Esquemas: Desconexão e rejeição	12
Domínio de Esquemas: Autonomia e desempenho prejudicados	13
Domínio de Esquemas: Limites prejudicados	14
Domínio de esquemas: Direcionamento para o outro	15
Domínio de esquemas: Supervigilância e inibição	16
<i>RELAÇÃO ENTRE OS DES E AS NECESSIDADES</i>	
<i>EMOCIONAIS FUNDAMENTAIS</i>	<i>18</i>
<i>ESTILOS DE ENFRENTAMENTO</i>	<i>20</i>
<i>MODOS ESQUEMÁTICOS</i>	<i>23</i>
Modos criança	24
Modos pais disfuncionais	25
Modos enfrentamento desadaptativo	26
Modo adulto saudável	27
ETAPAS DA TERAPIA DO ESQUEMA	28
INTERVENÇÕES NA TERAPIA DO ESQUEMA	29
APLICAÇÕES DA TERAPIA DO ESQUEMA	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
A ARTMED	33
REFERÊNCIAS	34

INTRODUÇÃO

A **Terapia do Esquema (TE)**, desenvolvida por Jeffrey Young, é considerada uma abordagem psicoterapêutica transdiagnóstica geral. Contudo, ao longo do seu desenvolvimento, foram elaborados modelos específicos de tratamento para indivíduos portadores de transtornos de personalidade (Arntz & Jacob, 2013). Com origem na Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) – mas também constituída por elementos que integram aspectos conceituais e técnicas de outras orientações teóricas e práticas, como teoria do apego, gestalt, terapias psicodinâmicas, entre outros –, a TE se tornou uma abordagem complexa e estruturada a fim de conceituar e tratar uma variedade de problemas psicológicos, principalmente para os casos mais desafiadores (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Neste material, você terá acesso a conteúdos sobre o histórico e o desenvolvimento da TE, seus conceitos principais, dados da evidência da sua eficácia, modalidades de acordo com o formato e o perfil do público-alvo e estratégias e técnicas centrais. Portanto, terá uma visão geral da TE e compreenderá sua relevância no campo das psicoterapias. Boa leitura!

HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA DO ESQUEMA

Na década de 1980, Young et al. (2008) desenvolveu a TE como uma extensão da TCC de Aaron T. Beck para pacientes que não respondiam totalmente ao tratamento. Esses indivíduos manifestavam problemas psicológicos complexos, generalizados e persistentes, denominados por Young de problemas caracterológicos, e padrões comportamentais disfuncionais, que de um modo geral eram presentes desde a infância. Na avaliação, o autor identificou que na maioria dos casos um transtorno de personalidade estava presente. Ademais, tais problemas caracterológicos interferiam significativamente na eficácia da TCC tradicional (Fassbinder & Arntz, 2021).



Desse modo, Young (Fassbinder & Arntz, 2021; Young et al., 2008) identificaram alguns aspectos dos pacientes que eram problemáticos para o sucesso da TCC. Entre eles, estão:

- Devido aos indivíduos com transtornos de personalidade e com problemas caracterológicos graves comumente possuem o histórico desde o período da infância de manifestarem comportamentos de supressão das experiências internas como uma forma de lidar com as situações adversas, eles têm o hábito de resistir à expressão das emoções e pensamentos. Tal quadro pode revelar ser um problema para a TCC, já que ela preconiza o relato das cognições e do afeto. Desse modo, os pacientes podem ter dificuldades para aderir ao plano de ação ou rejeitarem as propostas da implementação de técnicas no processo terapêutico.
- Particularidades na relação terapêutica, como pacientes não serem colaborativos, manifestando agressividade, desconfiança, hostilidade e mantendo distanciamento do terapeuta. Por outro lado, os pacientes podem apresentar uma série de comportamentos que revelam uma dependência do profissional.
- Pacientes com demandas amplas e vagas, dificultando o estabelecimento de metas e objetivos específicos e quantificáveis indicados na TCC Beckeniana, por exemplo.
- Indivíduos com um sistema de crenças e comportamentos extremamente rígidos, o que atrapalhava a ocorrência da melhora do quadro psicopatológico.

DIFERENÇAS ENTRE A TE E A TCC

Para solucionar os problemas mencionados, Young integrou diversas estratégias e técnicas de diversas abordagens, como a terapia cognitivo-comportamental, a teoria de apego, a gestalt, as relações objetais, o construtivismo e a psicanálise (Young et al., 2008). Desse modo, a TE diferencia-se em diversos aspectos da TCC, entre eles estão (Fassbinder & Arntz, 2021):

- Há um foco no desenvolvimento inicial do paciente, ou seja, os problemas recentes são contextualizados e explicados a partir de experiências adversas que ocorreram na infância e o não atendimento das necessidades básicas desta fase da vida.
- Técnicas experienciais são amplamente utilizadas a fim de possibilitar que o paciente processe as memórias aversivas da infância e vivencie emoções e necessidades de um modo seguro para que seja guiado a uma melhora do seu quadro psicopatológico por meio da reestruturação emocional.
- O relacionamento terapêutico é considerado essencial e deve ser trabalhado no processo psicoterapêutico, pois ele pode ser um produto das experiências interpessoais adversas que o paciente teve ao longo de sua vida, promovendo, portanto, uma reparação parental limitada.
- A meta primordial da TE é auxiliar os pacientes a compreender suas necessidades emocionais e aprender modos adaptativos de atendê-las por meio do rompimento dos padrões disfuncionais emocionais, cognitivos e comportamentais.

PARA QUEM FUNCIONA A TERAPIA DO ESQUEMA?

De acordo com Fassbinder e Arntz (2021), a TE é mais apropriada para aqueles pacientes que apresentam um longo histórico de padrões disfuncionais emocionais, cognitivos e comportamentais e que possuem problemas crônicos complexos. A TE foi desenvolvida para tratar uma variedade de problemas associados a fatores caracterológicos, o que revela ser uma abordagem transdiagnóstica. Contudo, no decorrer da sua evolução, a TE acabou por desenvolver modelos específicos de tratamento para a maioria dos transtornos da personalidade.

Essa abordagem também tem sido utilizada como intervenção para pessoas que apresentam outros transtornos, como depressão crônica, transtornos alimentares, transtorno do estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo complexo. De acordo com Fassbinder e Arntz (2021), a TE não é totalmente apropriada para pacientes

com problemas agudos, circunscritos e/ou que não estão associados a um padrão disfuncional persistente.

Ademais, os resultados terapêuticos são limitados para pessoas que possuem doenças médicas ou neurológicas graves, que fazem uso abusivo de substâncias ou que tenham baixo índice de massa corporal devido à presença de anorexia nervosa. Porém, não se configura em contraindicações absolutas, sendo importante a avaliação clínica de cada caso. Para os casos de esquizofrenia e de transtorno bipolar (não tratado), por exemplo, ainda é necessária a realização de maiores estudos para avaliar a eficácia. Para mais informações sobre as evidências acerca da TE, leia a próxima seção.



PARA QUEM FUNCIONA A TERAPIA DO ESQUEMA?

Conforme mencionado, a TE tem se firmado como uma abordagem promissora no tratamento de indivíduos que têm uma variedade de problemas de saúde mental, com dados apoiando essa hipótese. Por exemplo, um estudo de meta-análise foi conduzido e confirmou que a TE foi significativamente eficaz na redução dos sintomas em transtornos depressivos (Körük & Özabacı, 2018). Além disso, uma revisão sistemática (Peeters, van Passel & Krans, 2021) revelou que a TE pode levar a efeitos benéficos nos sintomas específicos dos transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático, bem como nos esquemas iniciais desadaptativos (veja a definição na subseção 5.1).

Nesta mesma direção, outra revisão sistemática (Taylor, Bee & Haddock, 2017) revelou resultados mais significativos para modificação dos esquemas disfuncionais e redução dos sintomas associados aos transtornos de personalidade em comparação a outros transtornos, como os alimentares, agorafobia, estresse pós-traumático e depressão crônica. Outra investigação (Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014) demonstrou bons efeitos da TE no tratamento de transtornos da personalidade.

Portanto, apesar dos dados promissores no que se refere a um variado conjunto de transtornos mentais, os achados sugerem de modo mais consistente a escolha a TE como primeira escolha quando se trata dos transtornos da personalidade.

PRINCIPAIS CONCEITOS DA TE

Conforme mencionado, Young construiu um sistema conceitual e de desenvolvimento da personalidade a partir da integração a partir de conceitos oriundos da TCC de Beck. Desse modo, a TE foi sendo formulada como uma abordagem original e inovadora no tratamento de pacientes portadores de quadros clínicos graves. Entre os principais conceitos, estão os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), os Domínios Esquemáticos (DEs), os estilos de enfrentamento e os Modos Esquemáticos (MEs) (Wainer, Paim, Erdos, & Andriola, 2016).



Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs)

A princípio, a ênfase da TE era majoritariamente sobre os EIDs. Estes são compreendidos como representações mentais significativamente disfuncionais formadas durante o desenvolvimento inicial do indivíduo como produto de uma interação com os fatores temperamentais e as experiências adversas na infância, como situações de abuso, negligência ou ter tido modelos parentais desadaptativos (Arntz et al., 2021). De acordo com Young et al. (2008) e Fassbinder & Arntz (2021), tais esquemas são desenvolvidos ao longo da infância e da adolescência e elaborados ao longo da vida; são constituídos por temas de vida generalizados ou padrões relacionados ao próprio indivíduo (p ex.: “Eu sou horrível”) ou aos relacionamentos com outras pessoas (p. ex.: “Eles com certeza vão me abandonar”) ou ao mundo (p. ex.: “O mundo é perigoso e imprevisível”) e são formados por cognições, memórias, emoções e sensações corporais e vieses atencionais.

Para maior compreensão dos EIDs, algumas características dos esquemas devem ser mencionadas e explicadas. Por exemplo, os esquemas são dimensionais, ou seja, eles têm diferentes níveis de gravidade e penetração. Isso quer dizer que, quanto mais grave ele for, maior a intensidade do afeto negativo e maior a duração da ativação, além de maior a possibilidade de ele ser ativado pelas variadas situações (Young et al., 2008). Ademais, eles funcionam como uma espécie de filtro dos estímulos ambientais e estes, ao serem processados, serão ajustados aos esquemas existentes, tendo como consequência esquemas relativamente estáveis e resistentes a maiores transformações (Fassbinder & Arntz, 2021).

É fundamental considerar que todas as pessoas desenvolvem esquemas ao longo da infância e que eles nem sempre são disfuncionais. Os esquemas adaptativos (saudáveis) são formados quando as necessidades emocionais fundamentais são atendidas na fase inicial da vida, o que possibilita que as crianças tenham crenças funcionais sobre si mesmas, sobre os outros e sobre o mundo, além de desenvolverem vínculos positivos com as outras pessoas. Por outro lado, tais necessidades emocionais básicas podem não ser atendidas em decorrência da interação entre o temperamento biológico da criança e os primeiros contextos ambientais que não são favoráveis ao desenvolvimento infantil, como presença de negligência e abuso parental. Desse modo, o indivíduo está em risco, pois aumenta a

probabilidade de uma elevada vulnerabilidade e carência emocional na vida adulta (Bach, Lockwood, & Young, 2017; Fassbinder & Arntz, 2021; Young et al., 2008).

Cinco necessidades emocionais fundamentais e universais devem ser atendidas segundo Young et al. (2008):

1. Vínculos seguros com outros indivíduos. Por exemplo: ter conexões íntimas, seguras e estáveis com familiares, parceiros e amigos e sentir-se cuidado, apoiado e aceito pelas outras pessoas, entre outros.

2. Autonomia, competência e sentido de identidade. Por exemplo: definir valores individuais significativos, desenvolver uma identidade compatível com suas necessidades e desejos, criar sua própria vida, estabelecer objetivos pessoais e adquirir habilidades para o alcance deles, sentir-se capaz de realizar ações importantes para si de forma autônoma, entre outros.

3. Liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas. Por exemplo: sentir-se confortável para expressar emoções, pensamentos e necessidades e manifestar comportamentos em variados contextos.

4. Espontaneidade e lazer. Por exemplo, tempo para interagir com outras pessoas, se envolver em atividades que ocasionam prazer ao indivíduo, entre outros.

5. Limites realistas e autocontrole. Por exemplo: estabelecer limites realistas para si e nas relações, possuir responsabilidade para com outras pessoas, definir e cumprir objetivos pessoais, respeitar os próprios direitos e os dos outros, possuir habilidades de autocontrole comportamental, entre outros.

Domínios Esquemáticos (DEs) e Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs)

Derivados da experiência clínica, Young et al. (2008) identificaram 18 EIDs que são agrupados em cinco categorias amplas de necessidades emocionais não-satisfeitas, denominadas Domínios Esquemáticos ou de Esquemas (DEs). Esses DEs (retirados e adaptados de Young et al., 2008) estão descritos a seguir:

Domínio de Esquemas: Desconexão e rejeição

Expectativa de que as necessidades de ter proteção, segurança, estabilidade, cuidado e empatia, de compartilhar sentimentos e de ser aceito e respeitado não serão satisfeitas de maneira previsível. A origem familiar típica é distante, fria, rejeitadora, refreadora, solitária, impaciente, imprevisível e abusiva.

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS:

1. Abandono/instabilidade

Percepção de que os outros com quem poderia se relacionar são instáveis e indignos de confiança.

2. Desconfiança/abuso

Expectativa de que os outros irão machucar, abusar, humilhar, enganar, mentir, manipular ou aproveitar-se.

3. Privação emocional

Expectativa de que o desejo de ter um grau adequado de apoio emocional não será satisfeito adequadamente pelos outros.

4. Defectividade/vergonha

Sentimento de que é defectivo, falho, mau, indesejado, inferior ou inválido em aspectos importantes, ou de não merecer o amor de pessoas importantes quando está em contato com elas.

5. Isolamento social/alienação

Sentimento de que se está isolado do resto do mundo, de que se é diferente das outras pessoas e/ou de não pertencer a qualquer grupo ou comunidade.

Domínio de Esquemas: Autonomia e desempenho prejudicados

Expectativas, sobre si mesmo e sobre o ambiente, que interferem na própria percepção da capacidade de se separar, sobreviver, funcionar de forma independente ou ter bom desempenho. A família de origem costuma ter funcionamento emaranhado, solapando a confiança da criança, superprotegendo ou não estimulando a criança para que tenha um desempenho competente extrafamiliar.

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS:

6. Dependência/incompetência

Crença de que se é incapaz de dar conta das responsabilidades cotidianas de forma competente sem considerável ajuda alheia. Com frequência, apresenta-se como desamparo.

7. Vulnerabilidade ao dano ou à doença

Medo exagerado de que uma catástrofe iminente cairá sobre si a qualquer momento e de que não há como a impedir.

8. Emaranhamento/self subdesenvolvido

Envolvimento emocional e intimidade em excesso com uma ou mais pessoas importantes, dificultando a individuação integral e desenvolvimento social normal.

9. Fracasso

Crença de que fracassou, de que fracassará inevitavelmente ou de que é inadequado em relação aos colegas em conquistas (escola, trabalho, esportes, etc.).

Domínio de Esquemas: Limites prejudicados

Deficiência em limites internos, responsabilidade para com outros indivíduos ou orientação para objetivos de longo prazo. Leva a dificuldades de respeitar os direitos alheios, cooperar com outros, estabelecer compromissos ou definir e cumprir objetivos pessoais realistas. A origem familiar típica caracteriza-se por permissividade, excesso de tolerância, falta de orientação ou sensação de superioridade, em lugar de confrontação, disciplina e limites adequados em relação a assumir responsabilidades, cooperar de forma recíproca e definir objetivos. Em alguns casos, a criança pode

não ter sido estimulada a tolerar níveis normais de desconforto e nem ter recebido supervisão, direção ou orientação adequadas.

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS:

10. Arrogo/grandiosidade

Crença de que é superior a outras pessoas, de que tem direitos e privilégios especiais, ou de que não está sujeito às regras de reciprocidade que guiam a interação social normal.

11. Autocontrole/autodisciplina insuficientes

Dificuldade ou recusa a exercer autocontrole e tolerância à frustração com relação aos próprios objetivos ou a limitar a expressão excessiva das próprias emoções e impulsos.

Domínio de Esquemas: Direcionamento para o outro

Foco excessivo nos desejos, sentimentos e solicitações dos outros, à custa das próprias necessidades, para obter aprovação, manter o senso de conexão e evitar retaliação. Geralmente, envolve a supressão e a falta de consciência com relação à própria raiva e às próprias inclinações naturais. A origem familiar típica caracteriza-se pela aceitação condicional: as crianças devem suprimir importantes aspectos de si mesmas para receber amor, atenção e aprovação. Em muitas famílias desse tipo, as necessidades emocionais e os desejos dos pais - ou sua aceitação social e seu status - são valorizados mais do que as necessidades e sentimentos de cada filho.

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS:

12. Subjugação

Submissão excessiva ao controle dos outros, por sentir-se coagido, submetendo-se para evitar a raiva, a retaliação e o abandono.

13. Autossacrifício

Foco excessivo no cumprimento voluntário das necessidades de outras pessoas em situações cotidianas, à custa da própria gratificação.

14. Busca de aprovação/busca de reconhecimento

Ênfase excessiva na obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção de outras pessoas, ou no próprio enquadramento, à custa do desenvolvimento de um senso de self seguro e verdadeiro.

Domínio de Esquemas: Supervigilância e inibição

A ênfase excessiva na supressão dos próprios sentimentos, impulsos e escolhas espontâneas, ou no cumprimento de regras e expectativas internalizadas e rígidas sobre desempenho e comportamento ético, à custa da felicidade, autoexpressão, descuido com os relacionamentos íntimos ou com a saúde. A origem familiar típica é severa, exigente e, às vezes, punitiva: desempenho, dever, perfeccionismo, cumprimento de normas, ocultação de emoções e evitação de erros predominam sobre o prazer, sobre a alegria e sobre o relaxamento. Geralmente, há pessimismo subjacente e preocupação de que as coisas desabarrão se não houver vigilância e cuidado o tempo todo.

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS:

15. Negativismo/pessimismo

Foco generalizado, que dura toda a vida, nos aspectos negativos (sofrimento, morte, perda, decepção, conflito, culpa, ressentimento, problemas não

resolvidos, erros potenciais, traição, algo que pode dar errado, etc.), enquanto se minimizam ou negligenciam os aspectos positivos ou otimistas.

16. Inibição emocional

Inibição excessiva da ação, dos sentimentos ou da comunicação espontâneos, em geral para evitar a desaprovação alheia, sentimentos de vergonha ou de perda de controle dos próprios impulsos.

17. Padrões inflexíveis/postura crítica exagerada

Crença subjacente de que se deve fazer um grande esforço para atingir elevados padrões internalizados de comportamento e desempenho, via de regra para evitar críticas.

17. Postura punitiva

Crença de que as pessoas devem ser punidas com severidade quando cometem erros. Envolve a tendência a estar com raiva e a ser intolerante, punitivo e impaciente com aqueles (incluindo a si próprio) que não correspondem às suas expectativas ou padrões.

Cabe registrar ainda que, apesar de o modelo inicial da Terapia do Esquema agrupar os 18 EIDs em cinco DEs, recentemente foram indicadas evidências de atualização dessa estrutura. Bach et al. (2017) revelaram que a maioria dos EIDs estão reunidos em quatro DEs:

(1) Desconexão e rejeição;

(2) Autonomia e desempenho prejudicados;

(3) Responsabilidade e padrões excessivos;

(4) Limites prejudicados.

Diferentemente do proposto por Young et al.(2008), o domínio Responsabilidade e padrões excessivos é caracterizado

pela manifestação de comportamentos que envolve o cumprimento excessivo de regras, além de ter expectativas internalizadas e rígidas sobre diversos aspectos da vida. Tal quadro pode repercutir em uma série de ações nas quais há um alto foco na responsabilidade para com os outros, ordem, dever e comportamentos adequados, mas muitas vezes comprometendo o próprio indivíduo. Os esquemas que integram esse domínio são: autossacrifício, padrões inflexíveis, postura punitiva, emaranhamento/self subdesenvolvido, subjugação e pessimismo. Estudos adicionais são necessários para verificar tanto a validade clínica quanto psicométrica dos dois modelos de agrupamentos propostos.

Relação entre os DEs e as Necessidades Emocionais Fundamentais

Young et al. (2008) identificaram na clínica que os DEs estão relacionados aos grupos de necessidades emocionais fundamentais. Conforme mencionado anteriormente, os esquemas desadaptativos se desenvolvem diante da frustração das necessidades não serem atendidas adequadamente na infância.

Um exemplo é um caso em que o terapeuta faz um acordo em uma sessão individual com uma paciente para que dê limites nos relacionamentos familiares que são abusivos e sugere que ela aborde a evolução das suas ações nas sessões de TE em grupo. Entretanto, a paciente não requisita permissão para falar nos atendimentos grupais, não mencionando nada do que foi combinado na sessão indivi-

dual. Consequentemente, o terapeuta aborda em uma nova sessão individual com a paciente como o padrão de evitação dela contribui na manutenção das suas necessidades emocionais frustradas. Terapeuta e paciente poderiam discutir, então, sobre diversos episódios da infância em que a paciente, para se proteger, precisou evitar situações estressantes e de conflito na família. Adicionalmente, poderia ser abordada a importância de minimizar a evitação a fim de ela estabelecer seus próprios limites, bem como poderiam ser elaboradas estratégias para o alcance dessa meta.



Portanto, na TE, são trabalhadas as necessidades por meio de intervenções como psicoeducação para promover a compreensão de como as necessidades não atendidas estão associadas aos problemas atuais do paciente, técnicas para quebrar os padrões comportamentais e tarefas de casa, entre outros (Arntz & Jacob, 2013).

Domínio Esquemático

**Desconexão
e rejeição**

**Autonomia e desempenho
prejudicados**

**Limites
prejudicados**

**Direcionamento
para o outro**

**Supervigilância
e inibição**

Necessidades Emocionais Fundamentais

**Vínculos seguros com
outros indivíduos**

**Autonomia, competência
e sentido de identidade**

**Limites realistas
e autocontrole**

**Liberdade de expressão, neces-
sidades e emoções válidas**

**Espontaneidade
e lazer**

Fonte: Retirado de Arntz e Jacob (2013)



Estilos de enfrentamento

Quando os primeiros esquemas desadaptativos são formados e ativados, automaticamente os indivíduos ficam vulneráveis ao sofrimento psicológico ligado a emoções dolorosas. Essa ativação se dá por estímulos ambientais internos ou externos que funcionam como uma espécie de gatilho, principalmente quando contêm uma coerência com as situações relacionadas ao desenvolvimento dos esquemas (Fassbinder & Arntz, 2021). Desse modo, eles desenvolvem estilos e respostas de enfrentamento desadaptativos nas etapas iniciais da vida para poder

se adaptar aos esquemas com a finalidade de não experienciar as emoções mencionadas. Ressalta-se, ainda, que tais estilos estão relacionados ao processo de manutenção dos esquemas (Young et al., 2008).

Três tipos de estilos são apontados por Fassbinder e Arntz (2021) e por Young et al. (2008). Compreenda-os a partir de três casos ilustrativos:

1. Rendição ou resignação:

Natália buscou acompanhamento psicológico por apresentar sintomas depressivos crônicos. Ao longo das sessões, a paciente relatou uma série de episódios nos quais o seu esposo, Paulo, se irritava e a afastava sempre que ela buscava por afeto, carinho ou solidariedade. Essas ocasiões ativavam o esquema de privação emocional da Natália, gerando uma reação intensa de raiva. Conseqüentemente, sua raiva acabava por afastar mais o marido, mantendo o esquema de privação da paciente. Além disso, no histórico de relacionamentos de Natália, há uma série de namoros nos quais ela tinha o hábito de se comportar de forma passiva e complacente. Nos atendimentos psicológicos, observa-se que, muitas vezes, ela se comportava como uma “criança” e colocava o terapeuta no papel de “pai ou mãe agressivo”. Mesmo com o incômodo que relatava sentir, a paciente cedia ao seu esquema, ela não agia de modo a evitá-lo ou lutar contra ele. Era como se todo o tempo o confirmasse.

2. Evitação:

Pedro foi “obrigado” a ir às sessões de terapia devido ao seu chefe insistir para que ele resolvesse os obstáculos que ele mesmo vem criando para não assumir novos desafios no trabalho, como novas responsabilidades ao gerenciar outras equipes. Pedro é um bom funcionário, mas tem dado diversas desculpas ao seu chefe para que não seja responsável por coordenar novos grupos de funcionários. No decorrer dos atendimentos, foi verificado que ele apresenta uma série de crenças de vulnerabilidade e incapacidade relacionadas ao que seu superior vem lhe propondo. Para não ter que lidar com essa nova demanda, ele tirou férias que estavam acumuladas, passou a chegar atrasado no trabalho, “esqueceu” de realizar atividades laborais, praticou excessivamente atividades físicas no tempo livre para não ter que pensar sobre o assunto ou apenas justificou que está com problemas familiares atuais que lhe impossibilitam de assumir novos compromissos. Desse modo, Pedro evita a plena ativação e consciência de seu esquema desadaptativo.

3. Compensação excessiva ou hipercompensação:

Marina buscou a psicoterapia por estar tendo sintomas depressivos. No decorrer dos atendimentos, ela relatou diversas situações quando era criança nas quais costumava se sentir sem valor, pois, em sua perspectiva, seus pais eram altamente críticos. Os familiares apontavam sempre os seus erros nas avaliações escolares ou em atividades cotidianas, além de compará-la ao irmão mais velho. Quando foi crescendo, ela passou a ter uma postura de autoengrandecimento. Marina fazia constantemente comentários muito positivos sobre si. Em diversas ocasiões quando interagia com as outras pessoas, ela falava muito bem sobre si nos variados aspectos da vida, como beleza, saúde, trabalho e relacionamentos. Os relatos de Marina aconteciam principalmente quando seu desempenho era insuficiente ou suas qualidades não eram positivas, relevantes ou relacionadas aos fatos da situação. Apesar de aparentar ser uma mulher autoconfiante e segura, nas sessões de terapia ficou evidente o quanto ela se percebia como o oposto. Desse modo, ao se autoengrandecer frequentemente, ela lutava contra seu esquema desadaptativo.



Modos Esquemáticos

As respostas de enfrentamento, que são os comportamentos específicos por meio dos quais os três estilos de enfrentamento são expressos, resultam nos denominados modos esquemáticos. Estes referem-se ao estado emocional-cognitivo-comportamental momentâneo do indivíduo, enquanto os EIDs aproximam-se de traços (Arntz et al., 2021). Young et al. (2008) propuseram quatro categorias, nas quais os MEs estão agrupados:

Modos criança

- a) Criança vulnerável
- b) Criança zangada
- c) Criança impulsiva/indisciplinada
- d) Criança feliz

Modos de enfrentamento desadaptativos

- a) Capitulador complacente
- b) Protetor desligado
- c) Hipercompensador

Modos pais disfuncionais

- a) Pai/mãe disfuncional
- b) Pai/mãe exigente

Modos adaptativos

- a) Adulto saudável
- b) Criança feliz

Modos criança

Entende-se que as pessoas já nascem com a capacidade de expressar os modos criança e que os acontecimentos nas infâncias podem suprimi-los ou fortalecê-los, revelando serem o espectro emocional dos humanos (Young et al., 2008). Portanto, os modos crianças referem-se às sensações primárias das necessidades infantis e às reações em busca do atendimento das necessidades (Paim & Cardoso, 2019). Veja na tabela abaixo a descrição de cada modo e os esquemas relacionados:

MODO CRIANÇA	DESCRIÇÃO	ESQUEMAS COMU- MENTE ASSOCIADOS
Criança vulnerável	Vivencia sentimentos disfóricos ou ansiosos, especialmente medo, tristeza e desamparo quando está “em contato” com esquemas associados.	Abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade, isolamento social, dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/self subdesenvolvido, negatividade/pessimismo.
Criança zangada	Libera raiva diretamente em resposta a necessidades fundamentais não-satisfeitas ou a tratamento injusto relacionado a esquemas nucleares.	Abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, subjugação (ou, às vezes, qualquer desses esquemas associados à criança vulnerável).
Criança impulsiva/ indisciplinada	Age impulsivamente, segundo desejos imediatos de prazer, sem considerar limites nem necessidades ou sentimentos de outras pessoas (não está ligado a necessidades fundamentais).	Arrogo, autocontrole/autodisciplina insuficientes.
Criança feliz	Sente-se amada, conectada, contente, satisfeita.	Nenhum. Ausência de esquemas ativados.

Fonte: Retirado de Young et al. (2008)

Modos pais disfuncionais

São atribuições internalizadas que as pessoas fazem de pessoas significativas (Paim & Cardoso, 2019), principalmente das figuras parentais (Young et al., 2008). Quando os modos pais disfuncionais estão ativados, os pacientes tornam-se seus próprios pais e tratam a si mesmos como os pais os trataram na infância (Young et al., 2008). Tais indivíduos possuem uma série de crenças centrais e pensamentos automáticos disfuncionais recorrentes, que podem ser considerados como “vozes internas” negativas parentais (Paim & Cardoso, 2019). Veja na tabela a seguir a descrição de cada modo e os esquemas relacionados:

MODO PAI/MÃE DISFUNCIONAL	DESCRIÇÃO	ESQUEMAS COMUMENTE ASSOCIADOS
Pai/mãe disfuncional	Restringe, critica ou pune a si ou a outros.	Subjugação, postura punitiva, defectividade, desconfiança/abuso (como abusador).
Pai/mãe exigente	Estabelece expectativas e níveis de responsabilidade altos em relação aos outros; pressiona a si ou a outros para cumpri-los.	Padrões inflexíveis, autossacrifício.

Fonte: Retirado de Young et al. (2008)

Modos enfrentamento desadaptativo

Esses modos representam as tentativas do indivíduo na infância de se adaptar à vida com necessidades emocionais fundamentais não atendidas em um ambiente que foi prejudicial, ou seja, um contexto que ativou sensações de privação e emoções maléficas para a criança. Supõe-se que os modos de enfrentamento eram adaptativos na infância, mas tornaram-se desadaptativos na vida adulta (Young et al., 2008). Confira na tabela a seguir a descrição de cada modo:

ESTILOS DE ENFRENTAMENTO DESADAPTATIVOS	DESCRIÇÃO
Capitulador complacente	Adota um estilo de enfrentamento baseado em obediência e dependência.
Protetor desligado	Adota um estilo de enfrentamento de retraimento emocional, desconexão, isolamento e evitação comportamental.
Hipercompensador	Adota um estilo de enfrentamento caracterizado por contra-ataque e controle. Pode hipercompensar por meios semi-adaptativos, como trabalho em excesso.

Fonte: Retirado de Young et al. (2008)

Modo adulto saudável

Esse modo refere-se aos aspectos saudáveis e adultos do self. Ele auxilia na satisfação das necessidades emocionais fundamentais da criança. Construir e fortalecer o modo adulto saudável do paciente é uma das tarefas mais importantes na TE no que diz respeito aos modos (Young et al., 2008). Desse forma, quando o modo é ativado, o indivíduo busca e mantém relações e atividades positivas para si, além de lidar funcionalmente com os pensamentos desadaptativos e emoções desagradáveis que podem vir a ocorrer (Paim & Cardoso, 2019).

Três funções do modo adulto saudável são indicados por Young et al. (2008) no que se refere aos outros modos:

1

Dar afeto, promover o reassseguramento e proteção à criança vulnerável.

2

Estabelecer limites para a criança zangada e a criança impulsiva/indisciplinada.

3

Combater ou moderar os modos pai/mãe disfuncionais e de enfrentamento desadaptativo.

ETAPAS DA TERAPIA DO ESQUEMA

De acordo com Wainer et al. (2016), a TE é subdividida em duas etapas: **avaliação e mudança**.

A primeira etapa tem como finalidade:

- a) identificar esquemas centrais da vida do paciente, bem como psicoeducá-lo sobre eles;*
- b) estabelecer relações entre os EIDs, história de vida e problemas atuais;*
- c) incentivar que o paciente entre em contato com emoções associadas aos EIDs;*
- d) identificar estratégias de enfrentamento disfuncionais.*

Young et al. (2008) afirmam que esta última etapa é multifacetada, pois engloba entrevistas sobre histórico de vida, aplicação de questionários de esquema, atividades de automonitoramento e exercícios com imagens mentais. Na sequência, o terapeuta e o paciente desenvolvem uma conceitualização do caso e definem em conjunto o plano terapêutico.

A última etapa da TE consiste na modificação dos padrões disfuncionais identificados no primeiro momento (Wainer et al., 2016). Para isso, o terapeuta utiliza de estratégias cognitivas, vivenciais, comportamentais e interpessoais (Young et al., 2008). Veja na próxima seção um pouco mais sobre elas.



INTERVENÇÕES NA TERAPIA DO ESQUEMA

INTERVENÇÕES COGNITIVAS

Finalidade: testar a validade e “verdade” de esquemas ou modos esquemáticos por meio de discussões pró e contra, auxiliando o paciente a ter outra perspectiva e a adotar interpretações mais funcionais (Arntz & Jacob, 2013).

Técnicas e estratégias: descoberta guiada; psicoeducação; registro, planilha e/ou representação gráfica de pensamentos; rotulação de inferências imprecisas ou distorções; descoberta colaborativa; exame de possíveis explicações para o comportamento das pessoas; situar as experiências em um continuum; construção de gráficos em pizza; brainstorming e articulação de crenças e opções positivas; análise das informações nos diários de esquemas; definição de ideias ou construtos relevantes ao autoconceito ou à atual situação do paciente; construção de cartões de enfrentamento; implementação de “questionamentos cognitivos” e rotulação e modificação de esquemas e tomada de decisão (Beck, Davis, & Freeman, 2017).

INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

Finalidade: promover a substituição de respostas de enfrentamento desadaptativas por padrões de comportamento novos e mais funcionais (Young et al., 2008).

Técnicas e estratégias: registros de atividades; programação de atividades; ensaio comportamental, modelação e treinamento de assertividade; treinamento de relaxamento e técnicas de redirecionamento comportamental; exposição in vivo; tarefas graduadas; análise da cadeia comportamental; manejo do tempo e da rotina; controle de estímulos e manejo de contingências (Beck et al., 2017)

INTERVENÇÕES VIVENCIAIS OU EXPERIENCIAIS

Finalidade: experimentar e processar essas emoções; enfrentar figuras importantes da infância; proteger e confortar a criança vulnerável; confrontar, se opor e lutar contra os esquemas desadaptativos e exercitar respostas a pessoas que são relevantes na vida atual (Young et al., 2008).

Técnicas e estratégias: role-play; diálogos de esquemas (técnica da cadeira vazia); imagens mentais; atividades de expressão das emoções; clarificação de valores e atenção plena (Beck et al., 2017).

INTERVENÇÕES COM FOCO NO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

Finalidade: Alterar os EIDs por meio da relação terapêutica para que esta funcione como um antídoto das experiências adversas da infância e seja uma fonte de vivências interpessoais e emocionais corretivas (Fassbinder & Arntz, 2021).

Técnicas e estratégias: reparação limitada (terapeuta interage com o paciente como uma figura parental funcional) e confrontação empática (manifestar comportamentos de empatia diante das intenções e emoções subjacentes ao comportamento problemático ou pontos de vista do paciente; e confrontá-lo com as consequências de seu comportamento e a necessidade de mudança) (Fassbinder & Arntz, 2021).



APLICAÇÕES DA TERAPIA DO ESQUEMA

De acordo com Fassbinder e Arntz (2021), a TE foi desenvolvida inicialmente para tratamentos individuais, mas foi adaptada com sucesso para o contexto de grupo, autoterapia para terapeutas e para casais, pacientes internados em estabelecimentos hospitalares, indivíduos institucionalizados no contexto forense, bem como no formato online. No entanto, os autores revelam uma escassez de investigações que avaliam a eficácia da TE para populações específicas, como, por

exemplo, indivíduos de diferentes raças/etnias, orientações sexuais, idades variadas. Pesquisas futuras necessitam preencher tal lacuna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que este material tenha trazido contribuições relevantes para a sua prática profissional. Buscamos, aqui, sintetizar o que há de mais atual e baseado em evidências acerca da Terapia do Esquema. Desse modo, sugerimos a busca pelas produções que constam nas referências, bem como a procura por outros materiais de apoio a fim de obter uma compreensão mais específica sobre as particularidades dessa abordagem teórico-prática. Ressaltamos, ainda, que o objetivo do presente e-book é oferecer um overview sobre a TE e suas aplicações; de nenhuma forma, ele esgota as possibilidades de explorar esta rica teoria e prática dentro do escopo das TCCs. Sugerimos fortemente que, para a aplicação na prática da intervenção, o profissional busque formação específica e supervisão na área.

COMO CITAR ESTE E-BOOK:

Anjos Filho, N. C. & Neufeld, C. B. (2022). **Terapia dos esquemas: da teoria à prática** [E-book]. Artmed.

Este material foi escrito por:

NILTON CORREIA DOS ANJOS FILHO

Doutorando e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Terapeuta Cognitivo-comportamental e especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pesquisador membro do Parapais - Grupo de Pesquisa sobre Parentalidade e Desenvolvimento Socioemocional na Infância/UFBA.

Editora-chefe

CARMEM BEATRIZ NEUFELD

Psicóloga. Pós-Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental - LaPICC-USP. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP. Presidente da Associação Latino Americana de Psicoterapias Cognitivas - ALAPCO (2019-2022). Presidente da Associação de Ensino e Supervisão Baseados em Evidências - AESBE (2020-2023).

A ARTMED

Este conteúdo foi útil para você?

A Artmed é o maior hub de educação para saúde do país! No nosso site, você encontra soluções para continuar se atualizando na área de **Psicologia** quando e onde quiser.

Acesse o site e confira as opções de livros, cursos e programas de atualização para se aprimorar profissionalmente:

www.artmed.com.br

REFERÊNCIAS

- Arntz, A., & Jacob, G. (2013). **Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach**. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021). **Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup**. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 1007–1020. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5>
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2017). **A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas**. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328–349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). **Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders**. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305–322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2017). **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade** (3rd ed.; A. T. Beck, D. D. Davis, & A. Freeman, eds.). Porto Alegre: Artmed.
- Fassbinder, E., & Arntz, A. (2021). Schema Therapy. In A. Wenzel (Ed.), **Handbook of Cognitive Behavioral Therapy: Volume 1. Overview and Approaches** (Vol. 1, pp. 493–537). <https://doi.org/10.1037/0000218-017>
- Körük, S., & Özabacı, N. (2018). **Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis**. *Current Approaches in Psychiatry*, 10(4), 460–470. <https://doi.org/10.18863/pgy.361790>
- Paim, K., & Cardoso, B. L. A. (2019). **Terapia do esquema para casais: base teórica e intervenção**. Porto Alegre: Artmed.
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2021). **The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda**. *The British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). **Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders**. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456–479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. (2016). **Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapia**. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). **Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed.

artmed⁺