

TERAPIA DO ESQUEMA: contribuições e desafios na psicologia ¹

Bruna de Sousa Fayad ²

Celso Noriyuki Koga ³

Jhoicy Luiza de Oliveira Silva ⁴

RESUMO

Este estudo investiga a Terapia do Esquema (TE). Foi desenvolvido com o objetivo de analisar as contribuições da TE para a Psicologia. Para tanto foi necessário compreender a Terapia do Esquema e suas aplicações, examinar os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) e analisar os cinco domínios emocionais da TE. Realizou-se assim, uma pesquisa de natureza básica, que busca gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência, o principal objetivo é o progresso do conhecimento científico, cujos dados foram interpretados por meio da abordagem qualitativa. A partir das informações obtidas, podemos compreender essa nova abordagem e seus esquemas, além disso, conseguimos compreender também os tipos de inventários e a importância destas técnicas.

Palavras-chave: Terapia do Esquema. Young. Esquemas Iniciais Desadaptativos.

1. INTRODUÇÃO

É notória a evolução da psicologia enquanto ciência humana e sua forte influência na área da saúde. Diversas escolas de pensamento surgiram e várias abordagens foram descobertas em um relativo curto período de tempo. De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), surge uma proposta inovadora e integradora denominada Terapia do Esquema (TE) que foi desenvolvida por Jeffrey E. Young e colegas na década de 90.

Conforme os autores, a TE expande os conceitos da teoria cognitiva comportamental (TCC) ao dar maior ênfase à investigação das origens infantis e adolescentes aos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente e aos estilos desadaptativos de enfrentamento e além disso, mescla elementos das escolas cognitivo-comportamental, teoria do apego, teoria da Gestalt, de relações objetais, construtivistas e psicanalítica em seu modelo conceitual e unificador (YOUNG, KLOSKO e WEISHAAR, 2008).

¹ 1.Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Instituto Universitário UNA Catalão, como registro parcial para integralização do Curso de Graduação em Psicologia, sob orientação da Professora Me. Thaís Ferreira dos Santos.

2.3.4.Acadêmicos do Curso de Psicologia UNA Catalão.

Entre as principais contribuições em que a TE se diferencia da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) podemos citar: a importância dada para a aliança terapêutica como um componente básico para a mudança (na TCC, a relação terapêutica é apenas um veículo de aderência do paciente ao tratamento); importância que a TE dá às origens infantis e aos estilos parentais; e a importância que a TE dá ao trabalho vivencial através de imagens mentais e diálogos (BARBOSA, TERROSO e ARGIMON, 2013).

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), a TE tem como principais vantagens em relação às outras abordagens da psicologia:

- 1) É mais integradora - combina aspectos dos modelos cognitivos, comportamental, psicodinâmico, de vínculo e da Gestalt, ou seja, além de considerar elementos cognitivos e comportamentais, dá igual importância às mudanças emocionais, técnicas vivenciais e relação terapêutica;
- 2) Simplicidade combinada com profundidade e complexidade - o modelo do esquema possui ideias complexas, mas são apresentadas de forma simples, possibilitando a fácil compreensão tanto do terapeuta como do paciente;
- 3) É estruturada e sistemática - o terapeuta segue uma sequência de procedimentos de avaliação e tratamento;
- 4) Especificidades de tratamento - o modelo constrói modelos específicos de enfrentamento e tratamento;
- 5) A abordagem é sensível, humana, empática e respeitosa – a TE normaliza em vez de patologizar os transtornos psicológicos, ao mesmo tempo em que os terapeutas têm uma atitude cuidadosa com relação aos pacientes através da “confrontação empática” e “reparação parental limitada”.

A TE vem se destacando por proporcionar um novo sistema psicoterápico especialmente adequado a pacientes com transtornos psicológicos crônicos profundos, até então considerados difíceis de tratar. A abordagem tem sido aplicada a uma ampla variedade de problemas clínicos, populações e transtornos, incluindo, depressão crônica, traumas de infância, de infratores, transtornos alimentares e de personalidade, e prevenção da recaída de problemas com drogas e álcool (YOUNG, KLOSKO e WEISHAAR, 2008).

A escolha do tema se justifica por se tratar de uma abordagem contemporânea, com poucos trabalhos publicados na área, que foram destaques positivos na última década em tratamento de transtornos mentais, além do grande interesse dos autores desta pesquisa em expandir o conhecimento dessa teoria.

Desse modo, a pergunta que norteou a execução dessa pesquisa foi: Qual a contribuição da terapia do esquema para a psicologia? Visto que a discussão e a reflexão da TE pode contribuir para um maior conhecimento da psicologia contemporânea e como uma das primeiras abordagens abrangentes e integradoras da psicoterapia.

O presente estudo teve como objetivo geral analisar as contribuições da terapia do esquema para a psicologia. Como objetivos específicos compreender a Terapia do Esquema e suas aplicações, examinar os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) e analisar os cinco Domínios Emocionais (DEs) da Terapia do Esquema.

Sendo assim, aqui tem-se uma contribuição importante para a discussão sobre as contribuições da terapia do esquema para a psicologia. Utilizando como ferramenta uma revisão narrativa a partir da análise bibliográfica e documental para compreender o cenário e os caminhos da pesquisa dentro do tema em estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para subsidiar as análises acerca das contribuições da TE para a psicologia e o entendimento dos conceitos inerentes a esta abordagem, foi utilizado para referenciar teoricamente este estudo, os apontamentos de autores como Young, Klosko e Weishaar (2008) - que em sua publicação, escreveram este livro com o intuito de se tornar “a enciclopédia” da prática da TE - para a compreensão da sua origem, influências, metodologia utilizada, manejo e validação.

Para a construção da personalidade saudável, algumas necessidades emocionais básicas na estruturação da personalidade do indivíduo (infância e adolescência) precisam ser satisfeitas: 1) vínculos seguros (inclui segurança, estabilidade, cuidado e aceitação); 2) autonomia, competência e sentido de identidade; 3) liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas; 4) espontaneidade e lazer; e 5) limites realistas e autocontrole. Quando não atendidas, juntamente com o temperamento e acontecimentos traumáticos, explicam as origens dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (YOUNG, KLOSKO e WEISHAAR, 2008).

2.1. CONCEITUAÇÃO DOS ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS (EIDS)

De acordo com Nabinger (2016), os EIDs são crenças e cognições que se desenvolvem na infância e na adolescência e se encontram associadas a diversas psicopatologias, são

estruturas estáveis e duradouras que se formaram com a personalidade do sujeito. No mesmo sentido, Halperin e Carneiro (2016, p. 41) destacam que “os EIDs são padrões emocionais, cognitivos e comportamentais relacionados a representações de si e dos outros que se desenvolvem cedo na vida e se repetem ao longo dela, trazendo prejuízos e sofrimento em diversos contextos”.

De acordo com Halperin e Carneiro (2016), a teoria do apego de John Bowlby afirma que, para o desenvolvimento do bebê, é necessário estabelecer um relacionamento com o seu cuidador, e esse desejo de proximidade expressado pela criança é chamado de apego. As necessidades de segurança e proteção constituem os pilares da saúde mental do recém-nascido, e a forma como os pais desenvolvem este vínculo inicial está diretamente ligada aos padrões de apego que a criança irá desenvolver.

Esta teoria exerce forte influência na formação e manutenção dos EIDs, pois da mesma forma que o desenvolvimento do apego é prejudicado pela insensibilidade dos cuidadores às necessidades de seus filhos, os EIDs se formam à medida que a criança deixa de ter suas necessidades emocionais básicas satisfeitas (HALPERIN E CARNEIRO, 2016).

São dezoito os EIDs (abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento social, dependência/incompetência, fracasso, emaranhamento, vulnerabilidade, autodisciplina/autocontrole insuficientes, grandiosidade/arrogância, subjugação, autossacrifício, busca de aprovação, padrões inflexíveis, inibição emocional, negativismo e postura punitiva) que foram agrupados em cinco categorias de necessidades emocionais não atendidas, denominados Domínios Esquemáticos (DEs): 1) desconexão e rejeição; 2) autonomia e desempenho prejudicados; 3) limites prejudicados; 4) orientação para o outro; e 5) supervigilância e inibição (YOUNG, KLOSKO e WEISHAAR, 2008).

2.2. CONCEITUAÇÃO DOS DOMÍNIOS ESQUEMÁTICOS (DES)

Devido ao grande número de EIDs, estes foram agrupados em domínios emocionais (DEs) relacionados para facilitar a classificação e a estratégia de enfrentamento.

“DEs são intervalos temporais que vão do início da infância ao começo da adolescência nos quais se espera que algumas demandas psicológicas sejam supridas pelos cuidadores e pelo ambiente, para que a criança desenvolva esquemas mentais básicos (esquemas iniciais) saudáveis. Estes, por sua vez, constituirão as bases para o desenvolvimento dos esquemas mentais dos diferentes papéis sociais e pessoais que o ser humano utiliza na sua vida diária.” (WAINER, 2016, p.19)

Na mesma direção, para Wainer e Rijo (2016), os DEs são etapas evolutivas sucessivas do desenvolvimento da personalidade, onde são estabelecidas as principais crenças e regras do sujeito sobre os aspectos cruciais da vida. As pessoas com EIDs do primeiro DE (desconexão e rejeição) acreditam que suas necessidades básicas de cuidado, proteção, empatia, segurança e estabilidade não serão atendidas; pessoas com EIDs do segundo DE (autonomia e desempenho prejudicados) têm dificuldades em perceber sua capacidade de viver de forma independente e funcional; pessoas com EIDs do terceiro DE (limites prejudicados) possuem dificuldades em respeitar os direitos das outras pessoas e cumprir metas e compromissos assumidos.

Já as pessoas com EIDs do quarto DE (orientação para o outro) desenvolvem preocupação exagerada com as necessidades dos outros, em detrimento das suas; e finalmente, as pessoas com EIDs do quinto DE (supervigilância e inibição) têm os sentimentos espontâneos e impulsos reduzidos pois o indivíduo busca cumprir regras rígidas e inflexíveis quanto ao desempenho pessoal (WAINER e RIJO, 2016).

3. METODOLOGIA

A metodologia deste estudo caracteriza-se como de natureza básica. Segundo Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa básica busca gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência sem aplicação prévia pois envolve verdades e interesses universais, ou seja, o principal objetivo é o progresso do conhecimento científico sem a necessidade da aplicabilidade dos resultados que serão colhidos (APPOLINÁRIO, 2011).

A pesquisa classifica-se como descritiva que, segundo Best (1972) *apud* Marconi e Lakatos (2017), delinea o que é, ou seja, aborda quatro aspectos que são descrição, registro, análise e interpretação dos fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento presente. E ainda, para Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa descritiva deve observar, registrar, analisar e ordenar os dados, sem manipulá-los, isto é, sem a interferência do pesquisador.

Para Gil (1999), a pesquisa qualitativa propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações. Diante da extrema valorização do contato direto com a situação estudada, buscando-se o que era comum, mas permanecendo, contudo, aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

A interpretação dos eventos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa pois não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. Já a pesquisa bibliográfica, tem como objetivo colocar o pesquisador em contato direto com todo material

escrito sobre o assunto da pesquisa a partir de fontes já publicadas, podendo ser livros, revistas, artigos científicos, jornais, teses, monografias e até internet desde que verificado a veracidade dos dados obtidos (PRODANOV e FREITAS, 2013).

Os procedimentos técnicos dessa pesquisa são a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. No caso da pesquisa documental entendida por Severino (2007), pode-se obter como fonte documentos no sentido amplo, tais como jornais, fotos, filmes, gravações e documentos legais. A partir da pesquisa bibliográfica, faremos uma revisão de literatura do tipo narrativa que tem por objetivo mapear o conhecimento sobre uma questão ampla, ou seja, uma análise da literatura do tema estudado (CORDEIRO et al., 2007).

Conforme Rother (2007), os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, adequadas para descrever e debater o desenvolvimento de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual e constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas. Esta pesquisa se restringirá ao contato de materiais encontrados na base de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online), Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), buscando artigos, teses e dissertações completas e gratuitas entre os anos de 2008 até 2023 escritos em português. O fatortempo como critério de inclusão foi estendido, durante a pesquisa, para quinze anos, visto que nos últimos cinco anos, a produção referente ao tema se mostrou escassa. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: “Terapia do Esquema”, “Teoria do Esquema” e “Psicologia”. Na primeira busca, 58 (cinquenta e oito) artigos foram encontrados na base de dados da Scielo, Pepsic e BDTD, após a leitura dos títulos dos artigos, 9 (nove) foram selecionados para a leitura do resumo da obra por atenderem a proposta da pergunta norteadora, porém, 3 (três) foram excluídos, por se tratar de artigos relacionados apenas aos modos esquemáticos. Dessa forma, utilizamos 6 (seis) artigos que relacionam a pergunta norteadora e aos objetivos específicos da pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O entendimento sobre os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) são fundamentais para a compreensão da Terapia Focada em Esquemas. A seguir, serão descritos os conceitos dos dezoito EIDs, assim como os agrupamentos dos cinco Domínios Esquemáticos (DEs), conforme Young, Klosko e Weishaar (2008):

1 - **Abandono:** é a percepção de que os outros são instáveis e não são dignos de confiança. Envolve a sensação de que pessoas importantes de seu convívio não serão capazes de proporcionar apoio emocional, força ou proteção prática porque seriam emocionalmente instáveis e imprevisíveis, não mereciam confiança ou só estariam presentes de forma errática, porque morreriam a qualquer momento ou iriam abandoná-lo por outra pessoa melhor.

2 - **Desconfiança/Abuso:** é a expectativa de que os outros possam abusar, enganar, mentir, manipular ou aproveitar-se. Envolve a percepção de que o prejuízo é intencional e a sensação de que sempre é enganado ou “levando a pior”.

3 - **Privação emocional:** é a expectativa de que seu grau de apoio emocional não será satisfeito adequadamente pelos outros. As três formas mais importantes de privação são:

- a) privação de cuidados: ausência de atenção, carinho, afeto ou companheirismo;
- b) privação de empatia: ausência de compreensão, de uma postura aberta ou de compartilhamento mútuo de sentimentos; e
- c) privação de proteção: ausência de direção, orientação e força por parte dos outros.

4 - **Defectividade/Vergonha:** é o sentimento de que é defeituoso, falho, indesejado, inferior ou inválido em aspectos importantes, ou sensação de não merecimento do amor de pessoas importantes quando está em contato com elas. Pode apresentar hipersensibilidade à crítica, rejeição ou acusação; comparações e insegurança quando se está junto de outros, ou vergonha dos defeitos percebidos. As falhas podem ser privadas (egoísmo, impulsos de raiva, desejos sexuais inaceitáveis socialmente) ou públicas (aparência física indesejável, inadequação social).

5 - **Isolamento social:** sentimento de que é diferente de todas as outras pessoas, não pertence a qualquer grupo ou comunidade, e de que se está isolado do resto do mundo.

Estes cinco primeiros EIDs constituem o primeiro Domínio Esquemático intitulado Desconexão e Rejeição. Pessoas com EIDs desse domínio acreditam que suas necessidades de cuidado, proteção, empatia e estabilidade não serão satisfeitas; sua origem familiar é distante, fria, imprevisível e abusiva (YOUNG, KLOSKO E WEISHAAR, 2008).

De acordo com Cazassa e Oliveira (2008), esse domínio está relacionado ao sentimento de frustração que a pessoa vivenciou com relação às expectativas de segurança, estabilidade, carinho, aceitação e consideração. Wainer e Rijo (2016) afirmam que a necessidade básica a ser suprida durante esse primeiro domínio é a de afeto, e complementam que as maiores fontes de problemas desse domínio são as negligências afetivas e os traumas que inibem a afetividade por parte dos cuidadores.

6 - Dependência/Incompetência: De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008) é a crença de que é incapaz de cumprir de forma competente as responsabilidades cotidianas, tais como cuidados pessoais, tomar decisões e resolver problemas do dia a dia. Com frequência apresenta-se como desamparo.

7 - Vulnerabilidade ao dano ou à doença: refere-se ao medo exagerado de que uma catástrofe iminente está prestes a acontecer e não há como impedir. Essas catástrofes estão divididas em três tipos: a) Catástrofes em termos de saúde (AIDS, câncer, etc); catástrofes emocionais (surto psicótico, por exemplo); e catástrofes externas (queda de avião, ataques terroristas, terremotos).

8 - Emaranhamento/self subdesenvolvido: está relacionado ao excesso de envolvimento emocional e intimidade com uma ou mais pessoas importantes de seu convívio, geralmente os pais, complicando o processo de individuação integral e formação do indivíduo social. Geralmente envolve a crença de que ao menos um dos indivíduos emaranhados, não consegue viver ou ser feliz sem o outro. Também podem incluir sentimentos de sufocamento ou fusão com outras pessoas, e frequentemente, vivenciam o sentimento de vazio e fracasso totais, de não haver um direcionamento e, em casos extremos, de questionar a própria existência.

9 - Fracasso: é a crença de que é um fracasso, de que fracassará inevitavelmente ou é inadequado aos seus colegas com relação às conquistas (escola, trabalho, esportes, etc). Parte da crença de que é inferior, burro e sem talento, ou seja, tem o complexo de inferioridade arraigado em sua mente.

Os EIDs compreendidos pela numeração do 6 ao 9 constituem o segundo Domínio Esquemático, denominado Autonomia e Desempenho Prejudicados. Pessoas que se encaixam neste domínio, têm dificuldades em perceber sua capacidade de viver de forma independente e funcional, sua família costuma ter funcionamento emaranhado, que destrói a confiança da criança, superprotegendo-a ou criticando-a excessivamente (YOUNG, KLOSKO E WEISHAAR, 2008). Para que haja a correção dos pontos levantados neste domínio, é necessário que os cuidadores deem condições e oportunidades de autonomia e de exploração do ambiente, assim como o voto de confiança e incentivo à criança (WAINER e RIJO, 2016).

10 - Arrogo/Grandiosidade: é a crença de que é superior aos outros, que tem direitos e privilégios especiais, ou que não está submetido às mesmas regras de reciprocidade de interação social. Envolve o foco exagerado na superioridade (estar entre os mais influentes, ricos e famosos) para atingir poder e controle, diferentemente da necessidade de atenção ou aprovação. Pode incluir competitividade excessiva ou dominação, afirmação do próprio poder, coerção do

próprio ponto de vista ou a tentativa de controle comportamental de outros segundo os próprios desejos, sem empatia ou preocupação dos desejos e necessidades alheias.

11 - Autocontrole/Autodisciplina insuficientes: é definido como a dificuldade ou recusa em exercer autocontrole e tolerância à frustração com relação aos próprios objetivos ou a limitar a expressão excessiva das próprias emoções e impulsos. Em sua forma mais branda, o paciente dá ênfase exagerada na evitação do desconforto: evitando conflitos, dor, confrontação, à custa da realização pessoal, comprometimento ou integridade.

Os EIDs 10 e 11 formam o terceiro Domínio Esquemático, denominado Limites Prejudicados. Neste domínio, os indivíduos não internalizaram limites adequados para a autodisciplina ou senso de reciprocidade e respeito aos direitos de terceiros. Muitas vezes têm dificuldades em estabelecer compromissos ou cumprir objetivos de longo prazo. Em geral, a origem familiar caracteriza-se pelo excesso de tolerância e permissividade, não favorecendo ao estabelecimento de limites e disciplina adequados, confrontação empática e senso de reciprocidade (YOUNG, KLOSKO E WEISHAAR, 2008).

Conforme Cazassa e Oliveira (2008), a identificação deste domínio ocorre pela deficiência nos limites internos, pela ausência de responsabilidades com os demais e/ou pela dificuldade para concretização de objetivos distantes. Caracteriza prejuízos com relação ao comprometimento com metas ou desafios, com a cooperação e em relação ao respeito dos direitos dos outros.

12 - Subjugação: configura-se na submissão excessiva ao controle dos outros, por se sentir coagido, submete-se para evitar a retaliação e o abandono. As duas principais formas são:

- a) subjugação das necessidades: supressão das próprias preferências, decisões e desejos;
- e
- b) subjugação das emoções: supressão das emoções, principalmente a raiva.

Existe a percepção de que os seus desejos, sentimentos e opiniões não são válidos ou não possuem importância aos outros. Costuma levar ao aumento da raiva, colaborando para a ampliação dos sintomas desadaptativos, como as explosões de descontrole, sintomas psicossomáticos e uso excessivo de álcool ou drogas.

13 - Auto-sacrifício: é quando existe foco excessivo no cumprimento das necessidades de outras pessoas, à custa da própria gratificação. Geralmente resulta da sensibilidade intensa ao sofrimento alheio e suas causas mais comuns são: não causar sofrimento ao outro, evitar culpa por se sentir egoísta, ou manter a conexão com outros percebidos como carentes. Envolve a

sensação de que as próprias necessidades não estão sendo adequadamente satisfeitas e pode provocar ressentimentos.

14 - Busca de aprovação/Busca de reconhecimento: ênfase excessiva na obtenção de aprovação ou reconhecimento face às outras pessoas, em detrimento de um senso de *self* seguro e verdadeiro. Sua auto-estima está vinculada às reações alheias em detrimento de suas próprias. Predomina a ênfase exagerada no status, aparência, dinheiro ou sucesso como forma de obter aprovação ou reconhecimento

Os EIDs 12, 13 e 14 constituem o quarto Domínio Esquemático intitulado Direcionamento para o outro. Esse domínio é caracterizado pelo excessivo atendimento das necessidades alheias em detrimento das próprias necessidades como forma de obter aprovação, manter a conexão emocional e evitar retaliação. A origem familiar caracteriza-se pela aceitação condicional na qual as crianças devem suprimir importantes aspectos de si mesmas para receber amor, atenção e aprovação. Em muitos casos, as necessidades emocionais, de status, ou os desejos dos pais são valorizados mais do que as necessidades e sentimentos dos filhos (YOUNG, KLOSKO E WEISHAAR, 2008).

Trata-se de um funcionamento que ocasiona um foco exagerado para os desejos e sentimentos dos outros, em função da constante busca de obtenção de amor. Muitas vezes a pessoa reprime suas próprias necessidades com o intuito de obter aprovação, podendo suprimir seus sentimentos, consciência e inclinações naturais (CAZASSA E OLIVEIRA, 2008).

15 - Negativismo/Pessimismo: De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008) existe um foco exacerbado permanente nos aspectos negativos da vida (morte, perda, decepção, traição, sofrimento, culpa, erros potenciais) enquanto se minimizam os aspectos positivos. Há uma expectativa exagerada de que algo acabará dando muito errado em uma ampla gama de situações financeiras, profissionais ou relacionais. Devido aos exageros nos resultados negativos, as pessoas que se encaixam nesse esquema são caracterizadas pela sua preocupação, apreensão, supervigilância e indecisão.

16 - Inibição Emocional: é caracterizada pela inibição excessiva da ação, dos sentimentos, ou da comunicação, para evitar possível desaprovação alheia, sentimentos de vergonha ou perda de controle dos próprios impulsos. As áreas mais comuns deste esquema envolvem:

- inibição da raiva;
- inibição de impulsos positivos (alegria, afeto, lazer, excitação sexual);
- dificuldades em expressar vulnerabilidades; e

- ênfase na racionalidade, ao mesmo tempo que desconsideram emoções.

17 - Padrões inflexíveis/Postura crítica exagerada: envolve a sensação de que se deve empregar um grande esforço para atingir elevados padrões internalizados, com vistas a evitar desaprovação ou vergonha, mantendo a pressão constante e atitude crítica exagerada em relação a si mesmo e aos outros. Deve causar importante prejuízo à saúde, à autoestima, aos relacionamentos ou à experiência de prazer para ser considerado um Esquema Inicial Desadaptativo (EID). Os padrões inflexíveis geralmente se apresentam como:

- perfeccionismo - atenção exagerada aos detalhes ou subestimação de quão bom é seu desempenho em relação à norma;
- regras rígidas - ideias fixas acerca do que é “certo” em diversas áreas da vida, incluindo preceitos morais, religiosos e culturais elevados, fora da realidade; e
- preocupação com tempo e eficiência - necessidade de sempre fazer mais do que o normal.

18 - Postura punitiva: existe a crença de que os indivíduos devem ser severamente punidos por erros que cometem. Tendem a estar com raiva e a ser intolerante com as pessoas (incluindo a si próprio) por não atingirem o padrão almejado, tem dificuldades em perdoar os erros pois não consideram situações atenuantes, nem a imperfeição humana.

Finalmente, os EIDs de numeração 15 ao 18 compreendem o quinto Domínio Esquemático denominado Supervigilância e Inibição. Este domínio é caracterizado pela supressão dos sentimentos e impulsos espontâneos, necessidade em cumprir regras rígidas internalizadas, à custa da felicidade, relaxamento, relacionamentos íntimos e boa saúde. A origem familiar caracteriza-se por uma infância severa, reprimida e rígida, na qual o autocontrole e a negação de si próprio predominam sobre a espontaneidade e sobre o prazer. Quando crianças, essas pessoas não foram estimuladas a ter momentos de lazer e a buscar a felicidade, e sim, a estar supervigilantes a eventos negativos da vida. Transmitem uma sensação de pessimismo e preocupação pois temem que suas vidas irão ruir se não estiverem supervigilantes o tempo todo (YOUNG, KLOSKO E WEISHAAR, 2008).

“Refere-se ao bloqueio da felicidade, auto-expressão, relaxamento, relacionamentos íntimos e ao comprometimento da própria saúde em razão da ênfase excessiva na supressão dos sentimentos, dos impulsos e das escolhas pessoais espontâneas. Regras expectativas rígidas internalizadas sobre desempenho e comportamento ético geralmente integram esse padrão de funcionamento.” (Cazassa e Oliveira, 2008, p. 189).

Por ser uma área nova da psicologia, foram realizadas pesquisas no site do Conselho Federal de Psicologia (CFP) para averiguar o seu posicionamento perante a TE. Encontramos a oferta de dois cursos e um simpósio com base na TE, demonstrando que o CFP não só reconhece esta nova abordagem da psicologia como realiza divulgações desta abordagem para a sociedade.

Dentre todas as teorias, a TCC é a que mais corrobora com a ampliação e a visibilidade da TE, isso pode ser observado através da recomendação do próprio criador da TCC, escrita no livro *Terapia do Esquema* de Young, Klosko e Weishaar (2008):

“Este livro demonstra de maneira habilidosa e altamente acessível como as abordagens tradicionais da terapia cognitiva para transtornos do Eixo I podem ser ampliadas e modificadas para tratar os transtornos de personalidade... É altamente recomendado a todos os terapeutas envolvidos no tratamento de pacientes com problemas de personalidade muito difíceis.” (BECK. A.T. *Terapia do Esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. 2008 S/P)

4.1 - INVENTÁRIO DE ESQUEMAS

Temos que destacar os crescentes estudos envolvendo a relação dos EIDs em diversos contextos como pais, mães e habilidades sociais educativas, sintomas depressivos, ansiosos e dismorfismo corporal em universitários, bullying em universitários, uso de álcool e outras drogas, transtorno da acumulação, violência conjugal, pacientes bariátricos, pacientes internados por tentativa de suicídio e indivíduos que praticaram crimes, entre outros. A diversidade das temáticas encontradas evidencia a variedade de contextos que estão sendo estudados sob a ótica da terapia do esquema (FIUZA e GODOY, 2021).

A maioria desses estudos utilizaram como instrumento para avaliação dos EIDs as versões breves do Inventário dos Esquemas de Young (YSQ). Trata-se de um questionário de autorrelato composto por 90 itens, traduzido e validado para o português por Rijo e Pinto Gouveia (1999). A versão breve avalia os 18 EIDs. Cada esquema está representado por uma grade de correção através de cinco afirmações que são apresentadas aleatoriamente no instrumento. Essa versão foi formulada por Jeffrey Young a partir da primeira versão de 205 itens, e a cotação é feita através de uma escala *Likert* de um a seis pontos, em que um corresponde a “Completamente falso sobre mim” e seis corresponde a “Me descreve perfeitamente” (SQUEFI e ANDRETTA, 2016).

Há também o Inventário Parental de Young (YPI) que consiste num questionário de 72 itens que classificam seus pais ou cuidadores em uma série de comportamentos, este inventário é complementar ao YSQ e é utilizado para identificar as origens dos EIDs na infância por meio da retomada das lembranças mais significativas dos pais ou cuidadores em seu desenvolvimento. Além disso, existe o Inventário de Modos Esquemáticos de Young-Atkinson (YAMI), composto por 186 questões em sua versão completa e 124 questões em sua versão breve, que investiga as formas de interação com o mundo utilizadas a partir da ativação dos EIDs e as suas estratégias de enfrentamento.

Por fim, há o Inventário de Evitação de Young-Rygh (YRAI), composto por 41 questões, e o Inventário de Compensação de Young (YCI), composto por 48 questões. O YRAI avalia as estratégias de enfrentamento evitativas do paciente, que busca evitar sentir o desconforto emocional dos EIDs, já o YCI busca avaliar as estratégias de enfrentamento hipercompensatórias utilizadas pelo paciente (PAIM e COPETTI, 2016).

Conforme Young, Klosko e Weishaar (2008), o Inventário dos Esquemas de Young é aplicado geralmente na primeira ou na segunda sessão, enquanto o Inventário Parental de Young é aplicado geralmente na quinta ou sexta sessão. Todos os inventários devem ser sugeridos aos pacientes como tarefa de casa, pois economizam o tempo de terapia e podem facilitar àqueles pacientes que, muitas vezes não conseguem falar diretamente ao terapeuta, mas conseguem fazê-lo por escrito.

Como exemplo do questionário podemos citar: “Sou um(a) incompetente quando se trata de atingir objetivos ou cumprir uma tarefa no trabalho (ou na escola)”, o paciente irá escolher o nível da escala *Likert* que mais se aproxima da sua realidade. Essa pergunta é uma do total de cinco perguntas que buscam medir o nível do EID de fracasso que estão espalhadas pelo inventário.

Após a realização dos inventários, o terapeuta analisará segundo a escala *Likert* que varia de um a seis pontos. Não se deve dar atenção demasiada ao somatório do escore total ou da média da pontuação para interpretar os resultados, ao invés disso, é necessário observar cada esquema em separado, em especial aqueles com escores altos (níveis 5 ou 6), os quais devem ser investigados com maior atenção, induzindo o paciente a falar mais sobre cada esquema relevante nas próximas sessões, perguntando-lhe “Você pode me falar mais como essa afirmação relaciona-se com sua vida?”. Alguns pacientes podem reagir contra as perguntas desagradáveis, evitando o questionário, outros podem hipercompensar esquemas buscando

mascarar os EIDs, nesses casos, devem ser aplicados respectivamente os Inventários de Evitação e de Compensação de Young (YOUNG, KLOSKO e WEISHAAR, 2008).

4.2 - INOVAÇÕES TÉCNICAS

A ativação dos EIDs costuma vir acompanhada de intenso afeto, o qual muitas vezes é desconfortável para o paciente. Este afeto, por mais que possa trazer sofrimento ao paciente, é outro importante veículo de mudança, uma vez que expõe os esquemas para que sejam confrontados e modificados (WAINER e RIJO, 2016).

De acordo com Andriola (2016), é ao longo da relação terapêutica que os esquemas desadaptativos dos pacientes serão ativados, sendo esse o momento para repará-los. A reparentalização limitada e a confrontação empática constituem importantes contribuições da TE pois são veículos transformadores dentro da relação terapêutica e, ao mesmo tempo em que visam mudanças, não invalidam os sentimentos atuais do paciente.

Young destacou a importância desses dois recursos para que se pudesse reverter a carência das necessidades básicas não atendidas, assim como alterar as estratégias de enfrentamento que se mostram primitivas e ineficientes para as necessidades da vida adulta. Tanto na reparentalização limitada como na confrontação empática, o terapeuta deve estar preparado para vivenciar emoções intensas dentro das sessões, tanto positivas como negativas, e estar apto a usá-las a favor da terapia. De acordo com Wainer e Rijo (2016), o uso da reparentalização limitada e da confrontação empática associadas às técnicas vivenciais de imagens mentais (utilizadas para ressignificação de memórias infantis estressantes e/ou traumáticas) têm demonstrado efeitos colaborativos para a mudança esquemática.

4.2.1. Reparentalização Limitada

A reparentalização limitada é a ferramenta ou estilo terapêutico que objetiva enfraquecer os EIDs desenvolvidos a partir das vinculações disfuncionais com as figuras parentais, nas quais as necessidades básicas da criança não foram atendidas. Essa experiência é vivenciada no aqui-agora, sendo a relação terapêutica o principal instrumento de reparação. A intenção não é que o paciente regreda a um momento criança, e nem que o terapeuta simule o papel de pai ou mãe, deve-se buscar desenvolver um adulto saudável através de um modelo

significativo que possa instaurar um lado saudável neste paciente (YOUNG, KLOSKO e WEISHAAR, 2008).

De acordo com Wainer e Rijo (2016), a reparentalização limitada é uma postura sistemática do terapeuta em buscar suprir as necessidades básicas da infância não atendidas do paciente por meio da relação terapêutica, dentro dos limites da relação profissional (por isso limitada).

A postura de reparentalização deve ser praticada incontáveis vezes, pois é natural que o paciente evite a aceitação (sobretudo emocional) dessa nova experiência. Por fim, reparentalizar é proporcionar ao paciente uma experiência diferente daquela que obteve com seus pais ou cuidadores, tornando significativa a relação terapêutica por meio do preenchimento das necessidades do paciente (ANDRIOLA, 2016).

4.2.2. Confrontação Empática

É uma técnica derivada da proposta de estilos de comunicação da terapia comportamental dialética e tem como objetivos superar os processos naturais de resistência na terapia, os quais podem ser causa de estagnação ou mesmo abandono do tratamento em casos graves. Ela deve ser aplicada naqueles casos em que o paciente não responde a uma abordagem racional e sutil do terapeuta, sendo necessário um estilo mais confrontativo para que os esquemas sejam modificados. O profissional busca um equilíbrio entre validar e ser empático com o sofrimento e a queixa do paciente, ao mesmo tempo que explica ao paciente que deve realizar modificações em seu padrão de funcionamento, para que não haja a perpetuação do EID (WAINER e RIJO, 2016).

De acordo com Andriola (2016), a confrontação empática é uma postura que empatiza com o sofrimento do paciente, compreende os motivos pelos quais ele apresenta determinados comportamentos, mas realiza o confronto para impulsioná-lo à mudança, transmitindo empatia pelo medo do paciente de deixar de ser como ele se conhece, para junto do terapeuta, buscar um novo caminho, o que exige muita confiança na relação terapêutica. Logo, a aliança terapêutica é um ponto crucial para que a confrontação empática alcance êxito.

A confrontação empática é considerada um dos principais instrumentos da TE, capaz de proporcionar acolhimento ao mesmo tempo que constrói o processo de transformação do paciente, facilitando a compreensão do funcionamento dos padrões do paciente, assim como se inicia a mudança desses padrões. Independentemente da abordagem utilizada, para que haja a

mudança nas crenças nucleares do paciente, muitas vezes é necessária esta confrontação, destacando a TE como uma possibilidade de atuação no campo da psicologia moderna.

4.3 - LIMITAÇÕES E DESAFIOS

É importante reconhecer as limitações e os desafios associados à Terapia do Esquema (TE). A começar pelo complexo processo terapêutico que utiliza os questionários e as técnicas acima citadas exigindo bastante conhecimento para a aplicabilidade e, por se tratar de uma abordagem relativamente recente, encontram-se poucos cursos e materiais de apoio para novos profissionais interessados na TE.

Destacam-se também os poucos trabalhos encontrados no Brasil relacionados às pesquisas sobre a Terapia do Esquema em populações, comprovando a eficácia das intervenções. Dessa forma, ampliar esse campo de pesquisa pode favorecer a compreensão do público interessado e a maior efetividade nas intervenções realizadas através da TE.

Outro desafio para a TE é ser uma das primeiras abordagens integrativas, isto é, combina aspectos dos modelos cognitivos, comportamental, psicodinâmico, de vínculo e da Gestalt. Muitas mudanças no campo da saúde mental fizeram com que profissionais de várias orientações passassem a não satisfazer com as limitações da terapia ortodoxa surgindo cada vez mais interessados na integração da psicoterapia. Apesar da TE estar atraindo inúmeros novos profissionais, é desafiante a responsabilidade de ser uma das primeiras abordagens integrativas da área comprovando a sua eficácia.

4.4 - FUTURAS DIREÇÕES

Podemos observar a crescente exploração de áreas de pesquisa em andamento relacionados a Terapia do Esquema (TE) possibilitando que novos estudos se aprofundem em programas e intervenções precoces a fim de prevenir o surgimento de Esquemas Desadaptativos Iniciais (EIDs) em populações específicas.

A TE possui potencial desenvolvimento futuro se basearmos no amplo uso do Questionário de Esquemas de Young por parte de terapeutas e pesquisadores em todo o mundo. Já foi traduzido em nove línguas para indicar os vários países que já utilizam elementos da Terapia do Esquema (YOUNG, KLOSKO e WEISHAAR, 2008).

Finalmente, considerando o curto lapso temporal desde o surgimento da teoria até a atualidade, observamos a sua crescente procura e notória expansão pelo mundo, ratificando assim a sua importância dentro da ciência psicológica como uma abordagem moderna e integrativa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das pesquisas realizadas e de acordo com os objetivos propostos inicialmente, buscamos compreender esta nova abordagem da psicologia intitulada Terapia do Esquema (TE) e analisar suas aplicações, examinamos a conceituação de todos os Esquemas Iniciais Desadaptativos (18 EIDs) e de todos os Domínios Esquemáticos (5 DEs), esclarecendo as suas principais características, suas origens e padrões de funcionamento, cada DE é composto por um grupo específico de EIDs e formam conceitos-chave para a compreensão da teoria. Logo, realizamos a análise das contribuições da TE para a psicologia no contexto geral pois seja considerando-a como uma nova abordagem ou um aprofundamento da Terapia Cognitiva Comportamental, a TE contribui de forma grandiosa com novos conceitos e ferramentas inéditas para a psicologia, além da verificação do reconhecimento e da divulgação da TE pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Pesquisamos também sobre os cinco tipos de inventários de Young (YSQ, YPI, YAMI, YRAI e YCI), ferramentas fundamentais para a correta identificação dos EIDs e a posterior devolutiva e o correto manejo dos pacientes. Além disso, compreendemos a importância das inovações técnicas realizadas por Young nos conceitos de Reparentalização Limitada e Confrontação empática, já na parte de enfrentamento dos EIDs.

Devido à limitação física deste trabalho de conclusão de curso, não conseguimos abordar todos os elementos que fazem parte da TE, porém, identificamos e pesquisamos sobre os principais conceitos-chave que permitiram a compreensão básica da teoria. Como sugestão, futuras pesquisas poderão aprofundar sobre o tema, de forma complementar a este estudo e pesquisar sobre os Modos Esquemáticos, Processos Esquemáticos, trabalho com imagens mentais, TE no transtorno de personalidade Borderline e TE no transtorno de personalidade Narcisista.

A Terapia do Esquema, através do reconhecimento dos esquemas iniciais desadaptativos e do sofrimento que estes causam aos indivíduos, proporciona ao paciente identificá-los e modificá-los de forma consciente tais esquemas, evitando a retroalimentação com o pensamento disfuncional, e permitindo a construção de esquemas adaptativos que proporcionam maior bem-estar ao paciente.

6. REFERÊNCIAS

ANDRIOLA, R. **Estratégias terapêuticas: reparentalização e confrontação empática.** In: WAINER, Ricardo (Org.). **Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia.** Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 67 - 84.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BARBOSA, A. de S.; TERROSO, L.; ARGIMON, I. I. de L. **Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias?** Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 34, n. 86, p. 63-79, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em março, 2023.

BDTD. Disponível em: <https://www.bdtb.ibict.br/vufind/>. Acesso em agosto, 2023.

CAZASSA, M. J.; OLIVEIRA, M. da S. **Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas.** Disponível em: <[SciELO - Brasil - Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas](#)>. Acesso em agosto, 2023.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M. de; RENTERIA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. **Revisão Sistemática: uma revisão narrativa.** Disponível em: <[SciELO - Brasil - Revisão sistemática: uma revisão narrativa Revisão sistemática: uma revisão narrativa](#)>. Acesso em junho, 2023.

FIUZA, W.M., & DE GODOY, R. F. (2021). **Esquemas iniciais desadaptativos em adultos brasileiros: revisão narrativa da literatura.** PSI UNISC, 5(2), 59-77. doi: 10.17058/psiunisc.v5i2.16416. Acesso em setembro, 2023.

HALPERIN, C. F; CARNEIRO, J. C. R. **A teoria do apego e as bases familiares da terapia do esquema.** In: WAINER, Ricardo (Org.). **Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia.** Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 39 - 46.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 8 ed. São Paulo: ATLAS, 2017.

NABINGER, A. B. **Psicoterapia e neurobiologia dos esquemas.** In: WAINER, Ricardo (Org.). **Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia.** Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 27 - 37.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

PAIM, K.; COPETTI, M. E. K. **Estratégias de avaliação e identificação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos.** In: WAINER, Ricardo (Org.). **Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia.** Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 85- 127.

PEPSIC. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>. Acesso em agosto, 2023.

PRODANOV, C.; FREITAS, E. **Metodologia do Trabalho Científico**. 2 ed. Rio Grande do Sul: Universidade Feevale, 2013.

ROTHER, E. T. **Revisão Sistemática X Revisão Narrativa**. Rev. Acta Paulista de Enfermagem (Editorial), São Paulo, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>> Acesso em maio, 2023.

SCIELO. Disponível em: <https://www.scielo.br/?lng=pt>. Acesso em agosto, 2023

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SQUEFI, M; ANDRETTA, I. **Esquemas iniciais desadaptativos e habilidades sociais educativas: pais e mães**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, São Leopoldo, v. 12, n. 2, p. 83-90, dez. 2016. Mensal. Disponível em: http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=236. Acesso em: 29 set. 2023.

WAINER, R. **O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas**. In: WAINER, Ricardo (Org.). **Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia**. Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 15 - 26.

WAINER, R.; RIJO, D. **O modelo teórico: esquemas iniciais desadaptativos, estilos de enfrentamento e modos esquemáticos**. In: WAINER, Ricardo (Org.). **Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia**. Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 47 - 63.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do Esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Tradução Roberto Cataldo Costa – Porto Alegre; Artmed, 2008.