

Estudo de Casos em Terapia do Esquema

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S396 Schütz, Natanna Taynara.
Estudo de casos em terapia do esquema / Natanna Taynara
Schütz e Juliana Vieira Almeida Silva. — Novo Hamburgo :
Sinopsys Editora, 2021.
208 p. ; 23 cm.

ISBN 978-65-5571-037-3

1. Psicoterapia. 2. Terapia cognitiva focada no esquema. I.
Título. II. Silva, Juliana Vieira Almeida.

CDD 616.891425

Catálogo na publicação: Vanessa Levati Biff — CRB 10/2454

Natanna Taynara Schütz
Juliana Vieira Almeida Silva
Organizadoras

Estudo de Casos em Terapia do Esquema



2021

© Sinopsys Editora e Sistemas Eireli, 2021.

Supervisão editorial: *Ricardo Gusmão*

Editora: *Mirela Favaretto*

Capa: *Wo Design*

Imagem da capa: *agsandrew/Shutterstock.com*

Preparação de originais: *Marquieli Oliveira*

Editoração: *Ledur Serviços Editoriais Ltda.*

Todos os direitos reservados à

Sinopsys Editora

(51) 3066-3690

atendimento@sinopsyseditora.com.br

www.sinopsyseditora.com.br

AUTORAS

Natanna Taynara Schütz. Psicóloga. Mestre em Saúde e Desenvolvimento Psicológico pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Idealizadora do Projeto Mude-se. Possui formação em Neurofeedback pela Brain-Trainer. Coordenadora e Docente de cursos de Especialização pelo Instituto Uriah. Membro da Equipe Editorial da Revista Portuguesa de Psicologia da Aparência.

Juliana Vieira Almeida Silva. Psicóloga. Mestre em Administração pela Universidade do Vale do Itajaí (Univali). Doutora em Psicologia pela UFSC. Possui pós-doutorado em Psicologia pela Universidade do Algarve. Especialista em Transtorno do Espectro Autista pela Universidade Celso Lisboa. Possui formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva/NJ/NYC Institute for Schema Therapy/International Society of Schema Therapy (ISST). Professora universitária e de Pós-Graduação *Lato Sensu e Strictu Sensu*. Fundadora e Presidente do Instituto Brasileiro de Terapia Cognitivo-Comportamental (IBTCC). Membro da Associação de Terapias Cognitivas de Santa Catarina (ATC-SC). Editora-chefe da Revista Portuguesa de Psicologia da Aparência.

Adriana Mussi Lenzi Maia. Psicóloga Clínica. Especialista em Terapia de Casal e Família. Especialista em Psicodrama Terapêutico. Terapeuta Cognitivo-Comportamental certificada pela Federação Brasileira de

Terapias Cognitivas (FBTC). Possui formação em Terapia Comportamental Dialética pelo Linehan Institute Behavioral Tech. Terapeuta do Esquema, Professora e Supervisora certificada pela ISST.

Carolina Mayumi Formighieri Ikeda. Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva (IPTC). Possui formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva/NJ/NYC Institute for Schema Therapy/ISST. Psicoterapeuta. Professora em cursos de especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental.

Fábia Susanne Farina. Psicóloga. Residência em Psicologia Clínica no Hospital Philippe Pinel. Especialização em Neuropsicologia Cognitiva. Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental. Possui formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva/NJ/NYC Institute for Schema Therapy/ISST, aperfeiçoamento em técnicas cognitivas de 3ª onda e aperfeiçoamento em Terapia de Esquemas para crianças, adolescentes e pais. Docente na Universidade do Contestado. Membro do Instituto Lèon Denis.

Fernanda Graudenz Müller. Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Mestre e Doutora em Psicologia pela UFSC. Possui formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva, formação em Terapia Relacional Sistêmica pela Familiare Instituto Sistêmico/SC e formação em Comunicação Não Violenta pela Nazaré Uniluz/SP. Psicoterapeuta e Professora do curso de Psicologia no Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Unidavi).

Luiza de Lima Braga. Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto Catarinense de Terapia Cognitiva (ICTC). Terapeuta Comportamental Dialética pelo Elo Psicologia e Desenvolvimento. Possui formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva/NJ/NYC Institute for Schema Therapy/ISST. Professora de Pós-Graduação em Terapia Cognitiva e Terapia do Esquema. Terapeuta certificada pela FBTC.

Mariane Natayne Alessi. Psicóloga. Especialista em Terapia do Esquema e em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo IPTC. Formada em Terapia EMDR pela EMDR Treinamento & Consultoria. Formada em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva.

Roberta Caringi Raupp. Psicóloga. Formação em Terapia Cognitiva pela Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC). Possui formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva/NJ/NYC Institute for Schema Therapy/ISST. Personal & Professional Coach pela Sociedade Brasileira de Coaching. Especialista em Gestão das Organizações pela Unioeste. Possui MBA em Gestão Estratégica de Pessoas pela Fundação dos Administradores de Santa Catarina (FUNDASC).

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as autoras pelo trabalho em equipe. Com muito cuidado, escreveram e conseguiram passar seus conhecimentos, suas vivências e práticas, os quais esperamos que contribuam para mais um recurso na área da terapia do esquema.

Agradecemos também aos familiares envolvidos, por respeitarem nosso tempo dedicado a essa obra e nos motivarem a colocar no papel possibilidades de poder ajudar mais profissionais e pessoas no seu dia a dia; ao Professor e Dr. Ricardo Wainer, por toda confiança e apoio, sendo uma referência na terapia do esquema; e especialmente aos nossos pacientes, por nos darem a oportunidade de compartilhar momentos importantes da sua vida e principalmente as suas emoções.

Esperamos que tenhamos conseguido transformar várias vidas em conhecimentos valiosos, trazendo contribuições da teoria à prática para a terapia do esquema.

APRESENTAÇÃO

Na história da Psicologia e da Psiquiatria, os estudos de casos clínicos sempre se destacaram como um dos marcos para aprendizados sólidos, tanto das distintas alterações da saúde mental, quanto dos mecanismos de mudança alcançados pelas técnicas psicoterapêuticas. É a partir da análise detalhada da história única de cada indivíduo, mas, ao mesmo tempo, representativa de um fenômeno psicopatológico típico, que a modalidade do estudo de caso continua (e continuará) sendo “padrão-ouro” para o ensino da clínica psicoterápica, do diagnóstico até as técnicas mais sofisticadas.

No livro que temos em mãos, as autoras apresentam seis relatos de casos, nos quais, como experientes psicoterapeutas que são, expõem com clareza, objetividade e riqueza de detalhes o processo de psicoterapia levado a cabo com cada um desses pacientes. Além de suas qualificações enquanto psicólogas clínicas, as autoras também demonstram primor literário, fazendo com que o leitor (do técnico ao leigo) fique provocado a ir até o final de cada capítulo, a fim de descobrir o desfecho e a evolução atingida por cada um dos seres humanos ali desnudados em todos os dramas de suas vidas.

O fio condutor de todas as análises é a terapia do esquema (TE), modalidade avançada de terapia cognitivo-comportamental (TCC) que, desde o início dos anos 1990, tem mostrado um valor ímpar no campo da psicoterapia de casos complexos e, também, no campo da teoria do desenvolvimento da personalidade normal e patológica.

A sequência da obra mimetiza, de certa forma, o próprio processo terapêutico em TE. Assim, o leitor/paciente é apresentado a todo um entendimento da teoria que compõe a terapia e os possíveis entraves à edificação de uma personalidade saudável a partir das necessidades emocionais básicas (NEBs) não supridas (em sua totalidade) ao longo da infância e da adolescência. Depois, vai sendo apropriado dos principais recursos e técnicas para que se chegue à mudança terapêutica; culminando com a avaliação sistemática dos resultados das sessões ao longo do tempo.

Cada estudo de caso foi selecionado a partir de cada um dos cinco domínios esquemáticos (relacionados a cada uma das tarefas evolutivas no desenvolvimento da personalidade que todos os seres humanos têm de passar). Somente o último capítulo é que nos apresenta um caso complexo de um paciente com transtorno de personalidade narcisista que vivencia todos os domínios esquemáticos de forma desadaptativa. Dessa forma, o leitor pode ter clareza de como estilos específicos de déficits nos cuidados com as crianças acarretam dificuldades diferenciadas no modo como esses sujeitos irão lidar com o mundo que os cerca na vida adulta. Com essa organização da sequência dos capítulos, obteve-se também a exemplificação do objetivo central da TE de buscar suprir as NEBs deficitárias para cada um dos domínios esquemáticos, por meio das inovadoras técnicas da reparentalização limitada e confrontação empática, entre outras.

Certamente este livro representa um instrumento muito rico para qualquer profissional da saúde mental interessado em compreender e aprender técnicas para catalisar processos de mudança na personalidade de seus pacientes.

Ricardo Wainer
Diretor da Wainer Psicologia Cognitiva

PREFÁCIO

O primeiro livro a trazer a TE para o Brasil, em 2003, escrito por Jeffrey Young, foi o chamado *Terapia Cognitiva para Transtornos da Personalidade: uma abordagem focada no esquema*; desde então, muitos profissionais da área da Saúde Mental têm se debruçado na compreensão dessa promissora linha psicoterapêutica. Os materiais que tratam da TE ainda são escassos no Brasil, em especial destinados às instruções práticas da aplicação dessa linha psicoterapêutica, evidenciando-se a relevância da obra em questão.

A presente obra surgiu do desejo de contribuir com a aplicação prática da TE, buscando ilustrar de forma teórico-prática as principais nuances dos cinco grandes domínios de necessidades psicológicas. A formação dos esquemas desadaptativos inerentes a cada domínio possui funções e padrões que devem ser compreendidos e considerados durante o processo de avaliação e intervenções. Por isso, tais relatos de aplicabilidade são fruto de experiências clínicas das autoras, que se mostraram relevantes e merecedores de serem compartilhados.

Ao longo de cada capítulo, de maneira clara e objetiva, são descritas, passo a passo, as questões mais relevantes de cada caso atendido, considerando os desafios clínicos surgidos e as estratégias utilizadas para superá-los. Procurou-se trazer casos desafiadores relacionado a cada domínio e com hipóteses diagnósticas descritas no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM, do inglês *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*). Assim, essa obra pretende contribuir com o trabalho de

outros psicoterapeutas, a partir de erros e acertos alcançados na prática da TE, sendo mais um aliado na busca por melhorias na saúde mental das pessoas.

SUMÁRIO

- 1. INTRODUÇÃO À TERAPIA DO ESQUEMA 17**
*Natanna Taynara Schütz; Juliana Vieira Almeida Silva;
Mariane Natayne Alessi*
- 2. DESCONEXÃO E REJEIÇÃO 55**
Fernanda Graudenz Müller
- 3. AUTONOMIA E DESEMPENHO PREJUDICADOS 87**
Fábia Susanne Farina
- 4. LIMITES PREJUDICADOS 111**
Natanna Taynara Schütz; Juliana Vieira Almeida Silva
- 5. ORIENTAÇÃO PARA O OUTRO 139**
*Roberta Caringi Raupp; Fábia Susanne Farina;
Juliana Vieira Almeida Silva; Natanna Taynara Schütz*
- 6. SUPERVIGILÂNCIA E INIBIÇÃO 165**
Carolina Mayumi Formighieri Ikeda
- 7. CASOS DESAFIADORES EM TERAPIA DO ESQUEMA .. 187**
Adriana Mussi Lenzi Maia; Luiza de Lima Braga

1

INTRODUÇÃO À TERAPIA DO ESQUEMA

*Natanna Taynara Schütz
Juliana Vieira Almeida Silva
Mariane Natayne Alessi*

O principal foco da terapia do esquema (TE), destacado por Young, Klosko e Weishaar (2008), são os pacientes caracterológicos, com pouca motivação para a terapia e com dificuldades para se adaptarem a outras linhas de atendimento psicológico. Essa abordagem propôs novos conceitos e intervenções, os quais demonstraram resultados bastante satisfatórios para o tratamento psicológico ao estabelecer uma relação terapêutica sólida e afetiva com o paciente, equilibrando a validação com a necessidade de mudança e facilitando a adesão e a colaboração do paciente com o tratamento (Wainer & Rijo, 2016).

A TE parte do princípio de que os indivíduos têm necessidades emocionais básicas e que, ao vivenciarem na infância e na adolescência situações traumáticas ou nocivas que ocorreram de forma repetitiva, se elas não foram satisfeitas adequadamente, em conjunto com o seu estilo de temperamento, isso pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), segundo Young et al. (2008). Assim, o objetivo do trabalho do terapeuta é fornecer “antídotos” para as necessidades que não foram atendidas, sobretudo na infância e na adolescência dos pacientes.

Os EIDs são padrões emocionais e cognitivos, compostos por crenças profundamente enraizadas a respeito de si mesmo e do mundo, memórias, sensações corporais e experiências emocionais, conforme Young et al. (2008), sendo considerados multifacetados por possuírem componentes cognitivos, emocionais, interpessoais e comportamentais, de acordo com Gluhoski e Young (1997). Os EIDs possuem caráter dimensional, ou seja, apresentam diferentes níveis, e quanto mais grave for o nível, provavelmente mais situações irão ativá-los. À medida que o indivíduo vivencia experiências em sua vida, os seus esquemas vão se ativando em menor ou maior intensidade. Tal ativação ocorre quando o indivíduo, inconscientemente, percebe semelhanças entre a situação que está vivenciando no momento e experiências nocivas que vivenciou na sua infância e que foram responsáveis pela origem de seus esquemas (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Gluhoski e Young (1997) evidenciam que os EIDs geralmente são inconscientes, porém, por meio de técnicas propostas pela TE, os indivíduos podem identificá-los, tomando consciência da maneira como tais padrões interferem em sua vida. Quando esses esquemas são ativados, o indivíduo passa a sentir uma forte emoção desconfortável, e seu processamento de informações sofre influência consistente dos esquemas que estão ativados naquele momento, indicado por Young et al. (2008), interferindo na sua maneira de pensar, sentir, se comportar e se relacionar com as pessoas, destacado por Seixas (2014). É importante ressaltar que os comportamentos desadaptativos que o indivíduo apresenta não são parte de seus esquemas, e sim respostas desenvolvidas para lidar com eles (Cazassa & Oliveira, 2008).

Young et al. (2008) afirmam que os esquemas originam-se como representações da realidade do ambiente da criança, com base nas experiências que ela vivencia com pessoas significativas. Os efeitos negativos que essas experiências geram vão se acumulando, dando origem aos padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas. O indivíduo vai desenvolvendo maneiras de lidar com eles, porém geralmente são formas desadaptativas e que acabam perpetuando os seus esquemas.

Embora tais esquemas e estilos de enfrentamento causem sofrimento para a vida do indivíduo, eles são algo familiar e, de certa forma, confortável, pois ele aprendeu que a vida funciona dessa maneira, destacado por Young et al. (2008). É importante ressaltar que esses esquemas e as maneiras de enfrentá-los já foram úteis para a pessoa em algum momento de sua vida, ou seja, a maneira que ela encontrou para lidar com o que ocorria, mas que, no decorrer do seu desenvolvimento, se tornou disfuncional, devido ao caráter perpetuador dos esquemas. Por isso, as pessoas tendem a ser atraídas por eventos e pessoas que ativam os seus esquemas, que, embora sejam disfuncionais e lhe causem sofrimento, são coerentes ao que o indivíduo conhece sobre a vida (Young et al., 2008).

BASES HISTÓRICAS E EPISTEMOLÓGICAS DA TERAPIA DO ESQUEMA

A TE foi desenvolvida por Young e colaboradores (1990-1999) e ampliou significativamente a terapia cognitivo-comportamental (TCC) clássica, desenvolvida por Aaron Beck, segundo Young et al. (2008). A sua constituição ocorreu por meio da mescla de conceitos de diversas escolas dentro da psicologia, entre elas: a TCC, as teorias construtivistas, as relações objetais, a TE, a Gestalt e a psicanálise (Young et al., 2008).

Ao trabalhar com pacientes crônicos e com transtorno de personalidade, Young constatou que os procedimentos da terapia cognitiva aplicados a eles não eram eficazes no tratamento, pois os pacientes tinham dificuldades de se adaptar a algumas demandas necessárias para o tratamento, como acesso a pensamentos, sentimentos e imagens com um breve treinamento, capacidade de identificar e definir seus problemas, dificuldade para realizar tarefas de casa e aderir a estratégias de autocontrole, entre outras (Young, 2003).

Tais constatações levaram Young a buscar novos conhecimentos e a elaborar novos conceitos e posturas terapêuticas que apresentassem um resultado mais satisfatório no tratamento desses pacientes, conforme Wainer (2016). Os novos conceitos propostos foram: os EIDs, os domí-

nios de esquemas e os estilos de enfrentamento, que são a manutenção/resignação, a evitação e a compensação/hipercompensação, indicado por Young (2003). Os esquemas utilizam-se de tais formas de enfrentamento para se manterem vivos e em funcionamento na vida do paciente, de acordo com Cazassa e Oliveira (2008). Isso ocorre devido à necessidade de coerência cognitiva da mente humana, em que os indivíduos tendem a manter uma visão coerente de si mesmos, das pessoas e do mundo (Young et al., 2008).

A TE proporcionou um entendimento amplo e significativo do desenvolvimento e da constituição da personalidade, levando em consideração a influência da genética, da aprendizagem, das necessidades emocionais básicas e das experiências vivenciadas na infância com cuidadores e outras pessoas importantes na vida do indivíduo, evidenciado por Wainer (2016). Além de ser utilizada no tratamento dos transtornos de personalidade, a aplicação da TE estendeu-se ao tratamento da distímia e da ansiedade crônica, à prevenção de recaída do uso de substâncias, à terapia de casais e à terapia em grupo (Gluhoski & Young, 1997).

AS CINCO NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DOS SERES HUMANOS

Durante a infância e a adolescência, a satisfação adequada das necessidades emocionais dos seres humanos é de extrema importância para que o seu desenvolvimento psicológico seja saudável. Essas necessidades podem ser separadas em cinco grandes grupos universais, afirmam Young et al. (2008):

1. vínculos seguros: segurança, estabilidade, cuidado, aceitação;
2. autonomia, competência, sentido de liberdade e sentido de identidade;
3. liberdade de expressão, necessidades e emoções validadas;
4. espontaneidade e lazer;
5. limites realistas e autocontrole.

É o temperamento de cada criança que determinará a quantidade ideal que ela precisará de cada necessidade básica para que o seu desenvolvimento ocorra de maneira saudável. Por exemplo, uma criança pode precisar de mais demonstrações de afeto, outra criança pode precisar de um maior estabelecimento de limites, destacado por Wainer (2016). As experiências que o indivíduo vivencia em sua tenra idade são cruciais para o desenvolvimento de seus esquemas e de sua personalidade. Quatro tipos de experiências são considerados prejudiciais para a satisfação das necessidades do indivíduo, estimulando a aquisição de esquemas no início da sua vida, segundo Young et al. (2008). Eles estão descritos a seguir.

1. Frustração nociva das necessidades: ocorre quando o ambiente em que a criança vive não satisfaz às suas necessidades de vínculo seguro, carecendo da vivência de experiências boas em que se sente amada, compreendida e segura ao se relacionar com pessoas significativas. Isso predispõe à origem de esquemas como:
 - privação emocional;
 - abandono.
2. Traumatização ou vitimização: quando a criança vivencia situações que lhe causam danos ou experimenta sentimentos de vítima, desenvolvendo esquemas como:
 - desconfiança/abuso;
 - defectividade/vergonha;
 - vulnerabilidade ao dano.
3. Demasiada indulgência: a criança passa por uma grande quantidade de experiências em que não são satisfeitas as suas necessidades de autonomia e limites realistas. Os pais geralmente se envolvem excessivamente na vida da criança, não dando os limites necessários, além de superprotegê-la, o que torna suscetível o desenvolvimento de esquemas como:
 - dependência/incompetência;
 - arrego/grandiosidade;
 - autocontrole/autodisciplina insuficiente.

4. Internalização ou identificação seletiva com pessoas importantes: ocorre quando a criança internaliza comportamentos, pensamentos e sentimentos dos seus pais ou cuidadores. Por exemplo, uma criança que tem pai abusivo pode internalizar e se identificar com ele, tornando-se abusiva posteriormente.

Assim, é possível observar que as necessidades emocionais dos indivíduos não atendidas de forma suficiente e os eventos dolorosos que ocorrem na infância e na adolescência, quando combinados com sua tendência de temperamento, são fatores decisivos para a formação de EIDs.

Young et al. (2008) mostram que os objetivos dos terapeutas do esquema são identificar e reparar parcialmente as necessidades emocionais de cada indivíduo por meio da relação terapêutica e ajudá-los a encontrar formas mais adaptativas para satisfazer às suas necessidades emocionais, pois, devido ao caráter perpetuador dos esquemas, os indivíduos frequentemente se envolvem em experiências tóxicas que impossibilitam o suprimento de suas necessidades, mantendo a insatisfação e o sofrimento em suas vidas (Seixas, 2014).

OS CINCO DOMÍNIOS DOS ESQUEMAS

Os domínios dos esquemas são categorias de necessidades emocionais básicas, e cada dimensão do esquema refere-se a uma etapa evolutiva do desenvolvimento da personalidade, conforme Wainer (2016). Tal desenvolvimento é composto por cinco etapas evolutivas que ocorrem de forma sucessiva na vida do indivíduo. Em cada etapa, o indivíduo apresenta necessidades emocionais específicas a serem supridas pelos cuidadores e pelo ambiente em que vive, e a frustração da satisfação dessas necessidades dá origem a esquemas relacionados com a dimensão em questão, comprometendo o desenvolvimento saudável da personalidade, de acordo com Wainer (2016). Quando o indivíduo obtém a satisfação

adaptativa de suas necessidades básicas, ele é considerado psicologicamente saudável (Matos, 2018).

Cada um dos cinco domínios dos esquemas reflete experiências disfuncionais que o indivíduo vivenciou com pessoas significativas em sua infância, bem como o funcionamento interpessoal que aprendeu como resultado de tais experiências (Gluhoski & Young, 1997).

O primeiro domínio consiste em **desconexão e rejeição**, em que os indivíduos apresentam dificuldade ou até incapacidade de formar vínculos seguros e satisfatórios com outras pessoas, indicado por Young et al. (2008). Nessa etapa, a necessidade básica a ser satisfeita é a de afeto, pois, quando recebe um aporte afetivo inferior ao que necessita, a criança fica propensa a desenvolver os seguintes EIDs: abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social, indicado por Wainer e Rijo (2016). A principal crença é de que suas demandas de cuidado, proteção, empatia, segurança e estabilidade não serão supridas de maneira suficiente e constante, evidenciado por Young et al. (2008). Em geral, os padrões familiares apresentam características como frieza, rejeição, imprevisibilidade, abuso, falta de vínculo seguro, solidão e contenção das emoções, destacado por Falcone (2011). Os esquemas e as características familiares se relacionam da seguinte maneira: instabilidade — abandono/instabilidade; abuso — desconfiança/abuso; frieza — privação emocional; rejeição — defectividade/vergonha emocional; e isolamento do mundo exterior — isolamento/alienação (Young et al., 2008).

Young et al. (2008) nos dizem que o segundo domínio consiste em **autonomia e desempenho prejudicados**, em que os indivíduos possuem expectativas sobre si e sobre o mundo que interferem na sua capacidade de se diferenciar e de funcionar de maneira independente, além de serem incapazes de formar sua própria identidade e administrar a sua própria vida. Nessa etapa de desenvolvimento, a criança necessita receber incentivo em direção à sua autonomia, de modo que a família deve proporcionar oportunidades para a ela desenvolver a sua autoconfiança, afirmam Wainer e Rijo (2016). Os esquemas dessa dimensão são dependência/

incompetência, vulnerabilidade a danos e doenças, emaranhamento/*self* subdesenvolvido e fracasso. A família de origem geralmente é superprotetora, pouco reforçadora da competência da criança, debilitadora da sua confiança e emaranhada, segundo Falcone (2011). Os esquemas e as características familiares se relacionam da seguinte maneira: superproteção, pouca orientação e incentivo — dependência/incompetência e fracasso; catastrofização e pouco estímulo para enfrentamento — vulnerabilidade a danos e doenças; e envolvimento excessivo — emaranhamento/*self* subdesenvolvido (Young et al., 2008).

O terceiro domínio de esquemas consiste em **limites prejudicados**, em que os indivíduos não possuem limites internos adequados em relação à autodisciplina, geralmente apresentando dificuldades de reconhecer e respeitar os direitos das outras pessoas, de cooperar, de manter compromissos ou de persistir em objetivos de longo prazo, conforme Young et al. (2008). A necessidade básica nesse domínio é o estabelecimento de limites realistas, de acordo com Wainer (2016). As famílias de origem geralmente são permissivas, excessivamente tolerantes, não proporcionam à criança os limites e a disciplina necessários para que ela assuma responsabilidades e estabeleça metas em sua vida, indicado por Falcone (2011). Os principais esquemas desenvolvidos devido à não satisfação dessas necessidades são arrogo/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes, evidenciado por Young et al., (2008). Os esquemas e as características familiares se relacionam da seguinte maneira: permissividade excessiva — autocontrole/autodisciplina insuficiente; e indulgência e senso de superioridade — arrogo/grandiosidade (Young et al., 2008).

Young et al. (2008) mostram que o quarto domínio dos esquemas consiste em **direcionamento para o outro**, em que os indivíduos focam excessivamente na satisfação das necessidades e dos desejos das outras pessoas, visando a obter aprovação e, assim, manter a conexão emocional, evitando retaliações. Tal padrão de funcionamento é desenvolvido quando as famílias de origem valorizam mais as suas próprias necessida-

des emocionais do que as da criança, e esta aprende que, para ser aceita, precisa suprimir aspectos importantes de si mesma, destacado por Young (2003), e carecendo de respeito por seus desejos e aspirações, afirma Wainer (2016). Os esquemas desse domínio são subjugação, autossacrifício e busca de aprovação/reconhecimento. Os esquemas e as características familiares se relacionam da seguinte maneira: foco excessivo na aparência e no *status* social — busca por aprovação/reconhecimento; e aceitação condicional — subjugação e autossacrifício (Young et al. (2008).

Por fim, o quinto domínio consiste em **supervigilância e inibição**, em que os indivíduos suprimem sentimentos e impulsos espontâneos e se esforçam para cumprir rígidas regras internalizadas, segundo Young et al. (2008), sendo excessivamente controlados e exigentes com si próprios e com os outros, conforme Gluhoski e Young (1997). Nesse domínio, os esquemas surgem quando não é satisfeita a expressão legítima das necessidades e dos sentimentos do indivíduo, de acordo com Wainer (2016). A família de origem geralmente é exigente, severa e punitiva, indicado por Falcone (2011). Os esquemas são negativismo/pessimismo, inibição emocional e padrões inflexíveis/postura exigente. Os esquemas e as características familiares se relacionam da seguinte maneira: foco nos aspectos negativos da vida — negativismo; repressão da espontaneidade e expressão de sentimentos — inibição emocional; e rigidez e exigências excessivas — padrões inflexíveis/postura punitiva (Young et al., 2008).

Young et al. (2008) nos dizem que os esquemas são divididos entre esquemas incondicionais e condicionais. Os esquemas incondicionais são mais remotos e nucleares, configurando-se como crenças a respeito de si mesmo e dos outros, ao passo que os esquemas condicionais se desenvolvem tardiamente, como uma tentativa de lidar com as crenças mais remotas. Os esquemas condicionais tendem a gerar menos prejuízo à vida do indivíduo do que os esquemas incondicionais (Cazassa & Oliveira, 2008).

1. **Esquemas incondicionais:**
 - a. abandono;
 - b. desconfiança;
 - c. privação;
 - d. defectividade;
 - e. isolamento;
 - f. dependência;
 - g. vulnerabilidade;
 - h. emaranhamento;
 - i. fracasso;
 - j. negativismo;
 - k. postura punitiva;
 - l. arrego;
 - m. autocontrole insuficiente.

2. **Esquemas condicionais:**
 - a. subjugação;
 - b. autossacrifício;
 - c. busca por aprovação;
 - d. inibição;
 - e. padrões inflexíveis.

OS MODOS DE ESQUEMAS

Young et al. (2008) evidenciam que os modos de esquemas são estados emocionais e respostas de enfrentamento que o indivíduo vivencia a cada momento. Em geral, eles são ativados por situações de vida às quais há uma maior sensibilidade e vulnerabilidade. Esse modelo possibilitou um agrupamento dos esquemas e seus estilos de enfrentamento, tornando o trabalho terapêutico mais manejável, destaca Matos (2018). O conceito de modos dos esquemas teve origem no trabalho de Young com pacientes com transtorno da personalidade *borderline* (TPB), em que ele verificou que esses pacientes apresentavam um grande número de esquemas

e estratégias de enfrentamento, o que dificultava o trabalho com esquemas, tanto para o paciente como para o psicoterapeuta, afirmam Young et al. (2008). Além disso, esses pacientes apresentavam intensa oscilação do estado afetivo, por exemplo, em um momento estavam tristes e no momento seguinte estavam furiosos. Isso demandou o desenvolvimento de um modelo que focasse nos estados afetivos, e não apenas nos traços de personalidade, como o modelo de esquemas, segundo Young et al. (2008), que traços promove um entendimento significativo sobre o funcionamento do paciente, mas não sobre o seu estado de humor atual (Matos, 2018).

Wainer e Wainer (2016) mostram que o trabalho com modos de esquemas é utilizado principalmente com pacientes mais graves e resistentes e apresenta inúmeras vantagens, como maior entendimento do paciente e facilidade para entender a terminologia e os objetivos a serem vencidos com cada um dos modos. Todos os indivíduos apresentam modos de esquemas, porém, em pessoas mais saudáveis, os modos são mais leves, mais flexíveis e se ativam menos. A ativação desses modos geralmente ocorre por algum gatilho interno ou situação específica, e pessoas saudáveis podem experimentar mais de um modo ao mesmo tempo, porém a mudança de um modo para outro ocorre de maneira mais gradual. Já em pacientes com algum transtorno de personalidade, a mudança de modos ocorre de forma mais repentina, e eles geralmente experimentam um modo de cada vez, apresentando intensa desregulação emocional (Matos, 2018).

Atualmente, existem dez modos definidos dentro da TE, categorizados da seguinte maneira (Young et al., 2008).

- a. **Modos criança:** criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva/indisciplinada e criança feliz.
- b. **Modos de enfrentamento disfuncional:** capitulador complacente, protetor desligado e hipercompensador.
- c. **Modos pais disfuncionais:** pais punitivos e pais exigentes.
- d. **Modo adulto saudável.**

No baralho interativo de esquemas e modos de Scortegagna (2019), são elencados 18 modos:

- a. **Modos criança:** criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva/indisciplinada e criança feliz.
- b. **Modos pais disfuncionais internalizados:** pai/mãe punitivo e pai/mãe exigente.
- c. **Modos de enfrentamento disfuncional:** capitulador complacente, protetor desligado, protetor autoaliviador e hipercompensador.
- d. **Modos hipercompensadores:** autoengrandecedor, provocativo e ataque, obsessivo supercontrolador, paranoide, enganador, manipulador e predador.
- e. **Modo adulto saudável.**

O principal objetivo do trabalho psicoterapêutico com adultos é ensinar o paciente a fortalecer o modo adulto saudável, que acolhe e protege a criança vulnerável, estabelece limites para a criança zangada e impulsiva e combate os modos pais disfuncionais (Young et al., 2008).

Young et al. (2008) citam que os **modos criança** são inatos, ou seja, todas as pessoas os possuem. Quando estão ativos no indivíduo, este pode apresentar sentimentos intensos, como medo, desamparo e raiva, relacionados com as reações semelhantes que uma criança apresenta, conforme Farrell, Reiss e Shaw (2014). No **modo criança vulnerável**, o indivíduo sente-se emocionalmente privado, abandonado, rejeitado, desconfiado, rejeitado, de acordo com Matos (2018). No **modo criança zangada**, os sentimentos mais comuns são de raiva e fúria diante da percepção das necessidades não atendidas em seus relacionamentos, indicado por Young et al. (2008). Quando ativo, o **modo criança impulsiva/indisciplinada** é responsável pela falta de autocontrole e pela impulsividade que o indivíduo apresenta, agindo de maneira egoísta para satisfazer aos seus desejos e prazeres sem medir as consequências

para si e para os outros, pois não consegue adiar gratificações de curto prazo para atingir objetivos maiores, apresentando baixa persistência, evidenciado por Matos (2018). Por fim, no **modo criança feliz**, nenhum esquema está ativado, e os sentimentos presentes são felicidade e satisfação (Young et al., 2008).

O desenvolvimento dos **modos pais disfuncionais** ocorre quando o indivíduo internaliza aspectos negativos das figuras de apego, como pais, professores, colegas e outros familiares, durante a sua infância e adolescência, destacado por Farrell et al. (2014). No **modo pai/mãe punitivo**, o indivíduo torna-se punitivo e intolerante consigo mesmo, é autocrítico e se culpa de forma excessiva por seus erros. Já no **modo pai/mãe exigente**, o indivíduo sente que deve cumprir elevadas regras e padrões, focando de forma excessiva na competência e na excelência (Matos, 2018).

Farrell et al. (2014) dizem que os **modos de enfrentamento disfuncional** ocorrem quando estratégias de enfrentamento desadaptativas são utilizadas de maneira excessiva, com o objetivo de proteger o indivíduo de sentir emoções desagradáveis, como, por exemplo o medo e a ansiedade. No **modo capitulador complacente**, o indivíduo age de acordo com os seus esquemas, apresenta-se passivo e cegamente obediente e foca em agradar as pessoas para evitar desentendimentos, afirmam Young et al. (2008). No **modo protetor desligado**, o indivíduo não vivencia as suas emoções, desliga-se delas ou tenta neutralizá-las, segundo Matos (2018). Alguns dos principais comportamentos adotados são distração compulsiva, isolamento e abuso de substâncias aditivas.

Por fim, nos **modos hipercompensadores**, o indivíduo age de forma contrária ao que seus esquemas predizem, tenta parecer perfeito, domina, intimida, abusa (Young et al., 2008).

Young et al. (2008) ressaltam que os modos variam de acordo com as seguintes dimensões: de indivíduos mais saudáveis psicologicamente para indivíduos mais graves e comprometidos, conforme o **Quadro 1.1**.

Quadro 1.1. Características dos modos

Grupo	Modos	Esquemas associados
Modos criança	Criança vulnerável – considerado o modo mais importante	Abandono/instabilidade, privação emocional, desconfiança/abuso, defectividade, isolamento social, dependência/incompetência, fracasso, emaranhamento/ <i>self</i> subdesenvolvido, vulnerabilidade ao dano ou à doença, negatividade/pessimismo.
	Criança zangada	Todos os esquemas associados à criança vulnerável.
	Criança impulsiva/indisciplinada	Arrogo/grandiosidade, autocontrole/autodisciplina insuficiente.
	Criança feliz	Nenhum.
Modos de enfrentamento disfuncional	Capitulador complacente	A forma de enfrentamento é caracterizada por obediência e dependência.
	Protetor desligado	A forma de enfrentamento é caracterizada por retraimento, desconexão, isolamento e evitação.
	Hipercompensador	A forma de enfrentamento é caracterizada por contra-ataque e controle.
Modos pais disfuncionais	Pai/mãe punitivo/crítico	Subjugação, postura punitiva, defectividade, desconfiança/abuso (como abusador).
	Pai/mãe exigente	Padrões inflexíveis/postura exigente e autossacrifício.
Adulto saudável	—	Protege a criança vulnerável, estabelece limites para a criança zangada e impulsiva e combate os modos pai/mãe disfuncionais.

Fonte: Young et al. (2008).

Young et al. (2008) mostram que o trabalho com modos envolve os componentes a seguir.

1. **Identificar os modos e nomeá-los:** por meio da observação das mudanças de estado do paciente, é possível identificar os seus modos, o que possibilita que o psicoterapeuta acumule evidências e exemplos para ilustrá-los e, posteriormente, ajude o paciente a nomeá-los, de forma coerente com o que este pensa ou sente quando tal modo está ativo.
2. **Explorar a origem dos modos na infância e na adolescência e seu valor adaptativo:** consiste em ajudar o paciente a entender a origem do modo e se ele se desenvolveu como uma forma de adaptação às suas vivências.
3. **Fazer a relação entre os modos e os problemas atuais:** consiste em ajudar o paciente a visualizar como tais modos geram problemas em sua vida e são responsáveis por manter ou reforçar tais problemas.
4. **Demonstrar vantagens de mudar os modos:** consiste em ajudar o paciente a verificar quais vantagens ele teria se mudasse ou deixasse de lado determinado modo.
5. **Acessar a criança vulnerável:** esse acesso é realizado por meio das imagens mentais e possibilita entrar em contato com a criança para identificar como ela se sente e quais são as suas necessidades emocionais.
6. **Realizar diálogos entre os modos:** esse passo é realizado quando o psicoterapeuta já estiver estabelecido a criança vulnerável e o adulto saudável com o paciente, realizando diálogos entre os modos, com o objetivo de possibilitar a negociação entre eles por meio de imagens mentais ou da troca de cadeiras da Gestalt.
7. **Ajudar o paciente a generalizar o trabalho com modos:** consiste em ajudar o paciente a estender o que ele aprendeu durante o trabalho com seus modos para situações do seu dia a dia.

A PERPETUAÇÃO DOS ESQUEMAS

Young et al. (2008) evidenciam que a perpetuação dos esquemas ocorre a partir de três mecanismos básicos: distorções cognitivas, padrões de vida autoderrotistas e estilos de enfrentamento (resignação/evitação/hipercompensação), sendo que, provavelmente, o estilo de temperamento de cada indivíduo é o que mais determina o estilo de perpetuação. Esses mecanismos de perpetuação têm função adaptativa ao indivíduo em seu ambiente primitivo, porém tornam-se desadaptativos por perpetuarem os esquemas e por desconsiderarem as mudanças que ocorrem nos contextos de vida do indivíduo (Wainer & Rijo, 2016).

Devido ao seu caráter autoperpetuador, os esquemas são bastante resistentes à mudança, que, de certa forma, é uma ameaça à organização cognitiva. Portanto, quando o esquema é contestado, o indivíduo distorce as informações para manter a validade de seus padrões disfuncionais, que, apesar de causarem sofrimento, são familiares e confortáveis (Young, 2003).

Young et al. (2008) ressaltam que na resignação aos esquemas, também chamada de manutenção, o indivíduo consente com o esquema, aceitando-o como verdadeiro e passando a agir de maneira que confirme a sua validade. Em nível cognitivo, a manutenção ocorre por meio das distorções cognitivas, em que se exagera as informações que confirmem o esquema e desconsidera-se as informações que o refutem, conforme Young (2003). Portanto, o processamento de informações fica comprometido, no sentido de que as informações congruentes com o esquema serão captadas e absorvidas pelo indivíduo, ao passo que as informações incongruentes serão ignoradas, provocando erros e distorções cognitivas, de acordo com Rijo (2009). Em termos comportamentais, o indivíduo passa a adotar padrões de comportamentos autoderrotistas, como, por exemplo, a escolha desadaptativa de um(a) parceiro(a) amoroso(a), em que um indivíduo com esquema de desconfiança/abuso tende a se envolver com pessoas que o abusem ou/e o traiam (Young, 2003; Rijo, 2009).

A evitação tem como objetivo, como o próprio nome diz, evitar o contato com o esquema, pois isso tende a desencadear uma reação emocional intensa e desagradável. Desse modo, o indivíduo passa a evitar situações, pessoas e informações que acionem o esquema. A evitação pode ser cognitiva, emocional ou comportamental, indicado por Wainer e Rijo (2016). O evitamento cognitivo ocorre quando a pessoa se esquia de pensar em temas que estejam ligados com o esquema. Já o evitamento emocional consiste na tentativa de bloquear as emoções relacionadas ao esquema. Por fim, no evitamento comportamental, o indivíduo evita situações que possam ativar o esquema (Rijo, 2009).

A hipercompensação refere-se à estratégia de compensar de forma extrema o esquema, em que o indivíduo adota crenças, emoções e comportamentos contrários aos que os esquemas predizem, destacado por Young (2003). Tal estratégia é saudável somente até certo ponto, pois um dos objetivos da TE é fortalecer os indivíduos para lutar contra os seus esquemas, porém, na hipercompensação, essa luta torna-se desproporcional, fazendo a pessoa adotar comportamentos excessivos e improdutivos, afirmam Young et al. (2008). Por exemplo, um indivíduo com esquema de privação emocional hipercompensa agindo de maneira narcísica, afastando as pessoas e, conseqüentemente, reforçando a sua privação (Rijo, 2009).

TEMPERAMENTO E QUESTÕES BIOLÓGICAS

Young et al. (2008) dizem que o temperamento é considerado muito importante, e cada criança tem um temperamento singular e distinto, que a torna suscetível a diferentes situações de vida. O temperamento possui vantagens e desvantagens e é formado por um conjunto de pontos, apresentado na **Figura 1.1**.

Instável	↔	Não relativo
Distímico	↔	Otimista
Ansioso	↔	Calmo
Obsessivo	↔	Distraído
Passivo	↔	Agressivo
Irritável	↔	Alegre
Tímido	↔	Sociável

Figura 1.1. Estilos de temperamentos.

Fonte: Young et al. (2008).

Wainer (2016) ressalta que a visão que a TE tem do temperamento é que este contribui de forma significativa na formação da identidade pessoal, pois estabelece as tendências de funcionamento de cada pessoa e determina a quantidade de cada necessidade básica de que cada indivíduo precisará. Portanto, influencia no desenvolvimento dos esquemas e, conseqüentemente, da personalidade. Na TE, é importante que o paciente desenvolva consciência psicológica, ou seja, que ele conheça os esquemas e fique consciente de memórias infantis, emoções, sensações corporais, cognições e estilo de enfrentamento que fazem parte de cada um. A ativação do esquema gera emoções e sensações corporais, destaca Young et al. (2008), de modo que é importante compreender a biologia envolvida nos esquemas.

Durante a vivência de uma situação traumática, existem dois sistemas de processamento de informações de aprendizagem e medo, os quais operam de forma paralela: consciente e inconsciente. O primeiro estabelece as memórias conscientes por meio do hipocampo e das áreas corticais relacionadas, ao passo que o segundo estabelece as memórias inconscientes por meio da amígdala, afirmam Young et al. (2008), conforme ilustrado na **Figura 1.2.**



Figura 1.2. Sistemas conscientes e inconscientes.

Fonte: Young et al. (2008).

Nabinger (2016) mostra que ao se depararem posteriormente com alguma situação em que estejam presentes estímulos do trauma inicial, ambos os sistemas — consciente e inconsciente — recuperam as memórias armazenadas. O sistema consciente recupera as lembranças, ao passo que o sistema inconsciente recupera a memória emocional, ou seja, as sensações corporais. As memórias emocionais (inconscientes) e as memórias cognitivas (conscientes) são armazenadas em partes diferentes do cérebro, podendo haver respostas emocionais sem cognições, o que explica o fato de os EIDs não se modificarem apenas por meio de técnicas cognitivas simples (Young et al., 2008).

O sistema amigdaliano é inconsciente, de rápida e automática ativação, suas memórias parecem ser permanentes (podendo ser ativadas em qualquer momento), ele não faz discriminações minuciosas dos estímulos presentes no mundo exterior (a resposta de medo é ativada até mesmo por leves estímulos que lembrem a situação traumática) e é anterior ao córtex superior na questão evolutiva, segundo Young et al. (2008). Portanto, na questão neurobiológica, a consciência psicológica que a TE objetiva ajuda o indivíduo a ter um maior controle consciente sobre os seus esquemas e as suas respostas, enfraquecendo memórias, cognições, emoções, sensações corporais e comportamentos desencadeados com a sua ativação, conforme Young et al. (2008). Por meio da psicoterapia, pode-se promover a potencialização sináptica dos mecanismos cerebrais (do córtex) que controlam a amígdala (Nabinger, 2016).

MODELO DE INTERVENÇÕES EM TERAPIA DO ESQUEMA

Em TE, o tratamento é constituído por duas etapas: avaliação e psicoeducação e, posteriormente, mudança, de acordo com Young et al. (2008). A realização de uma avaliação efetiva é importante para que se possa eleger intervenções mais adequadas para o tratamento. Para tanto, pode-se utilizar recursos cognitivos, vivenciais, comportamentais, bem como observar a relação terapêutica e das reações emocionais expressas pelo paciente durante as sessões de terapia. Durante esse processo, é importante que o psicoterapeuta proporcione um ambiente acolhedor e empático, pois a ativação de um esquema desencadeia emoções intensas e desconfortáveis (Paim & Copetti, 2016).

Durante a avaliação, são identificados os problemas atuais do paciente, verificando-se, por meio do seu histórico de vida, se são situacionais ou se configuram como padrões disfuncionais em sua vida. Outros aspectos importantes a serem focados são o histórico familiar, os fatores temperamentais e as experiências marcantes de sua infância e adolescência. Para a avaliação, pode-se utilizar alguns inventários de esquemas propostos por Young et al. (2008), como: Questionário de Esquemas de Young (YSQ, do inglês Young Schema Questionnaire), Inventário de Estilos Parentais de Young (IEP), Inventário de Evitação de Young-Rygh (YRAI, do inglês Young-Rygh Avoidance Inventory) e Inventário de Compensação de Young (YCI, do inglês Young Compensation Inventory). Esses inventários podem ser entregues nas primeiras sessões, para que o paciente os preencha em casa.

Para complementar a avaliação, pode-se utilizar a técnica de imagens mentais, que tem como objetivo possibilitar a ativação dos esquemas durante a sessão de terapia, o que produzirá reações emocionais, além de possibilitar a compreensão das origens dos esquemas na infância e na adolescência do paciente e como eles se relacionam com os problemas atuais que ele apresenta em sua vida (Young et al., 2008).

Os tipos mais comuns de imagens mentais utilizados durante o processo de avaliação são listados a seguir.

1. **Imagem do lugar seguro** (utilizado no início e no fim do processo de imagens mentais): o psicoterapeuta solicita ao paciente que imagine um lugar onde se sente seguro, explorando-o — sons, cheiros, imagens, sentimentos, sensações corporais — e reforçando constantemente a sensação de bem-estar e proteção que este lugar lhe proporciona.
2. **Imagens mentais da infância**: o psicoterapeuta solicita ao paciente que imagine uma situação desconfortável na infância com um dos pais ou com alguém importante, explorando com o paciente o que ele vê, como ele se sente, o que ele gostaria de dizer para a pessoa da imagem e o que gostaria ou precisaria dela.
3. **Imagens mentais que fazem conexão entre passado e presente**: ao realizar a exploração da imagem da infância, o psicoterapeuta solicita ao paciente que construa em sua mente uma imagem da vida atual que lhe cause a mesma sensação, realizando o mesmo processo de exploração citado anteriormente.
4. **Conceituação das imagens com os esquemas**: o psicoterapeuta auxilia o paciente a fazer a relação entre o que vivenciou nas imagens mentais e os seus esquemas.
5. **Imagens mentais com outras pessoas relevantes da infância**: realização do mesmo processo explicitado com outras pessoas que foram relevantes no desenvolvimento dos EIDs (Young et al., 2008).

O psicoterapeuta pode utilizar diversos recursos durante a avaliação, como recursos cognitivos, vivenciais e comportamentais, sempre observando a relação terapêutica e as emoções expressas pelo paciente durante a sessão, pois estratégias desadaptativas hiperdesenvolvidas que protegem de emoções desagradáveis, como a evitação e a hipercompensação, podem mascarar os esquemas nucleares (Paim & Copetti, 2016).

Andriola (2016) evidencia que após a realização da avaliação, é proporcionada ao paciente uma psicoeducação sobre os seus esquemas, seus estilos de enfrentamentos e seus modos de esquemas, utilizando exemplos da sua vida para demonstrar os seus padrões disfuncionais, a fim de facilitar a sua compreensão e adesão ao tratamento. Para tanto, pode-se recomendar a leitura do livro *Reinvente sua vida*, que descreve os EIDs, os três estilos de enfrentamento e as estratégias de mudanças que podem ser utilizadas, conforme indicados por Young et al. (2008). A psicoeducação possibilita que o paciente automonitore os seus esquemas e estilos de enfrentamento e perceba de que forma estes interferem em sua vida, causando-lhe sofrimento.

Por meio do processo de avaliação, o psicoterapeuta levanta um número considerável de informações sobre o paciente, o que possibilitará o preenchimento da conceituação do caso, que inclui: os principais esquemas identificados, a relação destes com os problemas apresentados, os gatilhos que ativam os esquemas, os possíveis fatores temperamentais, os principais modos identificados, a influência que os esquemas e os modos exercem sobre a relação terapêutica e as estratégias de mudanças a serem utilizadas, ressalta Falcone (2011). É importante ressaltar que a conceituação de caso pode ser revisada durante todo o processo de terapia, à medida que surgem novas informações pertinentes a respeito do paciente.

O modelo de intervenção, que se inicia após todo o processo de avaliação e psicoeducação, é constituído por quatro principais estratégias: cognitivas, vivenciais, comportamentais e relação terapêutica (Young et al., 2008).

Falcone (2011) nos diz que a utilização das estratégias cognitivas é o primeiro passo do processo de mudança e tem como objetivo construir argumentações contrárias ao esquema, possibilitando que o paciente se distancie de tais padrões disfuncionais e questione a validade deles. *A priori*, os esquemas são vistos pelo paciente como verdades absolutas, porém a construção de argumentações lógicas e racionais visando a con-

testar os esquemas permite que o paciente os considere como hipóteses a serem testadas, reconhecendo a falsidade e o exagero deles, o que proporciona o fortalecimento do seu modo adulto saudável (Young et al., 2008).

A **confrontação empática** é bastante utilizada neste momento do tratamento, em que o psicoterapeuta valida o fato de que os esquemas e os estilos de enfrentamento do paciente se desenvolveram para ajudá-lo a se adaptar às circunstâncias primitivas de sua vida, mas que, atualmente, são responsáveis pelo seu sofrimento (Falcone, 2011).

As técnicas comumente utilizadas são as seguintes, conforme destacam Young et al. (2008).

1. **Testagem da validade do esquema:** realiza-se um levantamento das evidências a favor e contra o esquema, utilizando como dados empíricos todo o histórico de vida do paciente.
2. **Relativização das evidências que confirmam o esquema:** encontram-se explicações alternativas para as evidências que sustentam os esquemas como reflexo do caráter psicológico dos pais do paciente ou do processo de perpetuação dos esquemas.
3. **Avaliação das vantagens e das desvantagens dos estilos de enfrentamento:** realiza-se um levantamento das vantagens e das desvantagens de cada estilo de enfrentamento, o que possibilita ao paciente reconhecer a natureza autoderrotista desses estilos.
4. **Realização de diálogos entre o polo saudável e o polo do esquema:** essa técnica é uma adaptação da técnica “cadeira vazia” da Gestalt, em que em uma das cadeiras é interpretado o polo do esquema, e na outra, o polo saudável (que, inicialmente, é interpretado pelo psicoterapeuta e, depois, pelo paciente). O paciente é orientado a trocar de cadeira enquanto representa os dois papéis e, durante a representação de seu lado saudável, a responder a todos os argumentos colocados pelo esquema. O objetivo dessa técnica é o fortalecimento do modo adulto saudável.

5. **Cartões — lembretes:** são construídos quando o lado saudável do paciente estiver fortalecido. Neles, são escritos os argumentos contra o esquema, para que possam ser utilizados quando houver a ativação deste.
6. **Diário do esquema:** nessa técnica, psicoterapeuta e paciente escrevem respostas saudáveis a serem adotadas diante de uma situação-gatilho de um esquema, orientando a realização da leitura conforme a sua necessidade.

Young et al. (2008) mostram que o uso de técnicas vivenciais permite ativar as emoções relacionadas aos EIDs e realizar a reparentalização parental limitada das necessidades emocionais não satisfeitas na infância, produzindo mudanças mais profundas na vida do paciente e o entendimento emocional da compreensão intelectual resultante do trabalho cognitivo. Contudo, para obter mudanças com as técnicas cognitivas, faz-se necessário que elas sejam realizadas repetidas vezes. As técnicas vivenciais, por sua vez, possibilitam o processamento das informações de uma forma bastante eficaz (Falcone, 2011).

Antes de se iniciar o trabalho com imagens mentais, é importante que o psicoterapeuta explique ao paciente como funciona o trabalho com essa técnica, esclareça as possíveis dúvidas que possam surgir e explicita a importância de trabalhar com imagens mentais, principalmente para conectar os seus problemas atuais com os seus esquemas (Petry & Basso, 2016).

As técnicas de imagens mentais são utilizadas tanto na avaliação como no processo de mudança. A seguir, serão descritas as **técnicas utilizadas na fase de mudança**, cujo objetivo é lutar contra os esquemas no campo emocional. Com pacientes mais frágeis e traumatizados, é importante utilizar a imagem do lugar seguro no início e no final do processo de imagem mental (Young et al., 2008).

1. **Diálogo nas imagens mentais:** inicialmente, o psicoterapeuta solicita ao paciente que feche os olhos e deixe surgir uma ima-

gem de uma situação nociva com alguma figura relevante de sua infância. A seguir, ele ajuda o paciente a expressar os seus sentimentos (principalmente a raiva) em relação à pessoa da imagem que não satisfaz às suas necessidades emocionais. O foco na expressão da raiva deve-se ao fato de isso auxiliar o paciente a reconhecer e defender os seus direitos humanos básicos e a se distanciar emocionalmente dos seus esquemas e das mensagens internalizadas de seus pais, reconhecendo que o que diz a si mesmo não é a sua própria voz, e sim a voz dos seus pais.

2. **Reparentalização limitada por meio das imagens mentais:** essa estratégia permite que os pacientes acessem o seu modo criança e recebam, primeiramente, a reparentalização das necessidades não atendidas do psicoterapeuta e, posteriormente, de si mesmos. A reparentalização é realizada conforme os seguintes passos: o psicoterapeuta orienta ao paciente que feche os olhos e acesse uma imagem, pedindo permissão para participar dela e falar com o seu modo criança vulnerável. Em seguida, ele identifica as necessidades da criança e realiza a reparentalização; futuramente, o modo adulto saudável do paciente (que tem como modelo o psicoterapeuta) realiza esse processo.
3. **Imagem mental de memórias traumáticas:** essa técnica é utilizada com pacientes que sofreram abuso e abandono, que, por gerarem emoções intensas e difíceis de suportar, tornam o avanço destes mais lento e cauteloso. Essa técnica envolve os modos criança vulnerável, pai/mãe que abusou ou abandonou e o adulto saudável. O psicoterapeuta auxilia o paciente a liberar, durante a imagem, os sentimentos bloqueados na experiência traumática, enquanto proporciona proteção e conforto à criança vulnerável.
4. **Carta a pessoas significativas:** nessa estratégia, o psicoterapeuta orienta ao paciente que escreva, como tarefa de casa, uma carta a uma pessoa significativa com o que aprendeu durante o processo de terapia decorrido até o momento, especificando o que ela fez ou deixou de fazer, o quanto isso foi prejudicial para a sua vida,

os sentimentos que experimentou, o que esperava dela em sua infância e o que espera dela em sua vida adulta. Não se objetiva que o paciente entregue a carta a quem foi destinada; caso opte por fazer isso, faz-se necessário avaliar as vantagens e desvantagens dessa opção.

5. **Utilização da imagem mental para romper padrões comportamentais:** essa técnica é utilizada para auxiliar os pacientes a romperem seus estilos evitativos ou hipercompensadores de enfrentamento. O psicoterapeuta orienta ao paciente que imagine uma situação difícil em que geralmente adota um comportamento disfuncional e perpetuador dos seus dos esquemas, mas que, na imagem, enfrente a situação de uma maneira mais saudável, rompendo com os padrões desadaptativos.

Aos pacientes resistentes em trabalhar com imagens mentais, alguns recursos que podem ajudar a romper com a resistência são: explicar as vantagens das imagens mentais na utilização dessas estratégias; dar o tempo necessário ao paciente para formar a imagem; utilizar imagens relaxantes e, posteriormente, introduzir imagens mais desconfortáveis; verificar a necessidade do uso de medicação para regular as emoções intensas, para que se torne mais fácil lidar com elas; pedir ao paciente que concentre a sua atenção em partes do seu corpo para auxiliar a identificar o que sentem; e realizar diálogos com o protetor desligado, que não permite o contato e a expressão dos sentimentos (Young et al., 2008).

As estratégias comportamentais são utilizadas após o processo de mudança cognitiva e vivencial, visando ao rompimento dos padrões disfuncionais que são responsáveis por perpetuar os esquemas, substituindo-os por estilos de enfrentamento mais saudáveis e adaptativos, segundo Young et al. (2008). O foco de mudança são os comportamentos de resignação, evitação ou hipercompensação que o paciente adota para lidar com situações que ativam os seus EIDs, como, por exemplo, comentários autocríticos em resposta ao esquema de defectividade (resignação), esquiva da convivência social em resposta ao esquema de isolamento (evi-

tação) e controle excessivo em resposta ao esquema de abandono (hiper-compensação), conforme Falcone (2011). Nessa fase, é importante que o paciente já tenha domínio das estratégias cognitivas e vivenciais. Para tanto, primeiramente, realiza-se um levantamento dos padrões comportamentais a serem modificados, que envolvem os comportamentos em determinadas situações que o paciente tende a escolher, como, por exemplo, parceiros amorosos, profissão e amizades, de acordo com Young et al. (2008). Então, faz-se a relação desses padrões com os EIDs.

Young et al. (2008) dizem que a definição dos comportamentos e padrões de vida disfuncionais é realizada a partir de:

1. exploração da conceituação de caso, em que o psicoterapeuta revisa as diversas áreas da vida do paciente;
2. realização da descrição detalhada das situações problemáticas do paciente;
3. realização de imagens mentais de situações ativadoras dos EIDs e seus estilos de enfrentamento;
4. observação e exploração do comportamento que o paciente apresenta na relação terapêutica;
5. relato de outras pessoas importantes, como amigos, familiares, parceiros amorosos;
6. inventários de esquemas.

Após a identificação desses comportamentos, a primeira etapa consiste em **priorizar** os comportamentos que serão alvos de mudança e, depois, **explorar**, em cada caso, comportamentos saudáveis que poderiam ser adotados, conforme indicado por Falcone (2011). Recomenda-se que, antes de tomar decisões importantes na vida (p. ex., sair de um emprego, terminar um relacionamento), os pacientes tentem modificar os seus padrões de comportamentos disfuncionais na situação, para, então, verificarem se estão certos de suas decisões, evidenciado por Young et al. (2008). A mudança inicia-se pelos comportamentos mais problemáticos e desconfortáveis para o paciente (Falcone, 2011).

A segunda etapa consiste em **construir a motivação** para a mudança, conectando o comportamento selecionado para a mudança com suas origens na infância, realizando as vantagens e desvantagens de se continuar com o comportamento e elaborando um cartão-lembrete com o resumo dos principais pontos a serem levados em consideração na mudança, ressalta Falcone (2011). A terceira e última etapa consiste em **realizar o ensaio do comportamento** saudável na situação ativadora por meio do diálogo por imagens mentais entre o polo do esquema e o polo saudável, antes de se praticar na vida real, colocando como **tarefa de casa** o enfrentamento de tal situação. É importante que o paciente esteja de acordo com tal tarefa e registre-a para discutir em sessão (Falcone, 2011).

Para superar o bloqueio de mudança desses comportamentos, o psicoterapeuta pode: auxiliar o paciente a **compreender o bloqueio** e o modo como ele o impede de fazer as mudanças necessárias; **realizar imagens mentais** para aumentar essa compreensão, solicitando que o paciente imagine o que acontece ao experimentar o novo comportamento; **realizar diálogos** entre o bloqueio e o polo saudável (por meio da cadeira ou de imagens mentais); **construir um cartão-lembrete** com informações relevantes que auxiliem na superação do bloqueio; **prescrever como tarefa de casa** a execução do comportamento saudável; e **fornecer contingências gratificadoras** perante a realização da mudança (Young et al., 2008).

RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A relação terapêutica é um elemento fundamental da TE, pois contribui tanto para a avaliação e a psicoeducação dos esquemas como para o processo de mudança, sendo um dos agentes de mudança, destaca Andriola (2016). O objetivo inicial do psicoterapeuta é estabelecer o vínculo terapêutico com o paciente, proporcionando um ambiente seguro e compassivo, por meio de uma postura empática, transparente e autêntica (Young et al., 2008).

Além de contribuir para o estabelecimento do vínculo, a relação terapêutica é um instrumento que auxilia na formulação da conceituação de caso, por meio da exploração e do entendimento dos esquemas e dos estilos de enfrentamento do paciente que se ativam com relação ao psicoterapeuta. Assim, cabe ao psicoterapeuta abordar de forma aberta e diretas tais constatações com o paciente, a fim de auxiliar na compreensão de como os esquemas e seu enfrentamento afetam as suas relações, afirmam Young et al. (2008). É importante ressaltar que as deficiências que o paciente apresenta nos seus relacionamentos interpessoais também serão refletidas na relação psicoterapeuta-paciente (Andriola, 2016).

Um dos objetivos da TE é proporcionar parte das necessidades emocionais que não foram satisfeitas na infância, as quais são identificadas principalmente por meio do comportamento que o paciente apresenta na relação terapêutica. Assim, é importante que o psicoterapeuta seja flexível, ajustando o seu estilo a tais necessidades, para ser capaz de oferecer ao paciente o que ele precisa, segundo Young et al. (2008). Além disso, é fundamental que o psicoterapeuta tenha conhecimento dos seus próprios esquemas e estilos de enfrentamento, pois, durante o processo de terapia, o paciente pode ativar esquemas do psicoterapeuta, o que pode ter um forte impacto negativo na relação terapêutica. Young et al. (2008) descreveram dez impactos negativos:

1. os esquemas de ambos entrarem em conflito;
2. os esquemas do psicoterapeuta interferirem na identificação e na reparentalização das necessidades do paciente;
3. os esquemas de ambos coincidirem, e o psicoterapeuta acabar sendo conivente com o esquema do paciente, contribuindo para a sua perpetuação;
4. a expressão intensa de emoções do paciente retrair o psicoterapeuta, que pode acabar adotando um estilo evitativo, ativando esquemas do paciente;
5. o psicoterapeuta hipercompensar os esquemas que o paciente ativou;

6. o modo pai/mãe disfuncional do psicoterapeuta ser ativado, e este se tornar crítico, exigente e punitivo com o paciente;
7. o psicoterapeuta, sem intenção, usar o paciente para satisfazer às suas próprias necessidades emocionais;
8. quando o paciente não apresenta uma melhora significativa das suas queixas, isso pode ativar esquemas do psicoterapeuta, como, por exemplo, o de fracasso;
9. as crises do paciente ativarem esquemas do psicoterapeuta, e este se tornar menos empático e objetivo;
10. o psicoterapeuta apresentar inveja das necessidades que o paciente teve satisfeitas em sua vida, principalmente se for narcisista.

Duas importantes estratégias terapêuticas propostas pela TE são a **confrontação empática** e a **reparentalização parental limitada**, que são utilizadas principalmente na fase da mudança. Na **confrontação empática**, o psicoterapeuta empatiza com a visão que o paciente tem do esquema e com o sofrimento advindo dela, mas também confronta a realidade, tentando mostrar a ele que a maneira de ver do esquema não é saudável nem condizente com a forma que as outras pessoas veem a realidade, incentivando a mudança, conforme Young et al. (2008). Essa é uma estratégia bastante utilizada na TE, porém não é uma tarefa fácil, configurando-se em um processo bastante delicado. Desse modo, faz-se necessário que uma aliança terapêutica já esteja estabelecida, pois, ao mesmo tempo que o psicoterapeuta valida o que o paciente está sentindo, ele propõe mudanças nas suas estratégias, de acordo com Andriola (2016). O que será confrontado são as atitudes que perpetuam os esquemas, e não o próprio paciente, demonstrando que tais atitudes foram adaptativas em determinado momento da sua vida, mas que, atualmente, são incongruentes e estão lhe trazendo consequências. Assim, é importante mostrar ao paciente as vantagens de abdicar de tais atitudes e encontrar outras mais saudáveis, para que ele compreenda que, se não houver mudanças, a sua vida será uma reedição dos padrões disfuncionais do seu passado (Andriola, 2016).

Farrell et al. (2014) mostram que a **reparentalização parental limitada** é tanto um estilo terapêutico como um importante ingrediente a ser utilizado no processo de mudança, em que o psicoterapeuta age de maneira a satisfazer, de forma limitada, às necessidades emocionais do paciente não supridas de modo suficiente. Desse modo, o psicoterapeuta age como um antídoto para as necessidades que ficaram em déficit nas experiências primitivas do paciente, conforme indicado por Young et al. (2008). Por meio da relação terapêutica, o psicoterapeuta desenvolve um vínculo saudável com o paciente, buscando satisfazer às necessidades emocionais não atendidas deste, em que o encontro entre o “pai adequado” e o modo criança do paciente possibilita o desenvolvimento e o fortalecimento do seu modo adulto saudável (Andriola, 2016).

Em suma, os comportamentos que o psicoterapeuta adota são o que “um bom pai faria”, a fim de estabelecer um ambiente seguro e um relacionamento genuíno e de apoio. Inicialmente, identifica-se quais são as necessidades em déficit e busca-se satisfazê-las, dentro dos limites apropriados da relação terapêutica. Em seguida, promove-se ao paciente o aprendizado para que ele mesmo cuide de suas necessidades emocionais, podendo, assim, atingir a autonomia e o funcionamento interpessoal saudável (Farrell, Reiss & Shaw, 2014).

Em uma entrevista com Jeffrey Young, realizada por Falcone e Ventura (2008), ele comenta que considera a reparentalização uma das estratégias mais poderosas para mudar os esquemas mais profundos, e que a aplicação dessa técnica tem apresentado ótimos resultados, principalmente com pacientes mais difíceis, que demandam uma maior reparentalização. A reparentalização limitada pode ser utilizada durante o trabalho com imagens mentais, porém uma importante ressalva a ser feita é a necessidade de o psicoterapeuta pedir licença para adentrar no processo vivencial do paciente, para, então, realizar a reparentalização das necessidades identificadas naquele momento, conforme evidenciado por Andriola (2016). O **Quadro 1.2**, a seguir, apresenta as principais estratégias de reparentalização para cada esquema.

Quadro 1.2. Estratégias de reparentalização para cada esquema

Esquema do paciente	Estratégia de reparentalização parental – psicoterapeuta
Abandono	Oferecer estabilidade e segurança na relação e auxiliar o paciente a encontrar relacionamentos estáveis.
Desconfiança	Ser honesto e verdadeiro com o paciente, fortalecendo a sua confiança.
Privação emocional	Proporcionar um clima de cuidado – oferecendo carinho, empatia e orientação.
Defectividade	Adotar uma postura de aceitação e não julgamento, fazer elogios ao paciente e, em alguns momentos, se mostrar falho e imperfeito.
Isolamento social	Selecionar e destacar semelhanças entre ambos – paciente e psicoterapeuta –, mostrando também que suas diferenças não os tornam incompatíveis.
Dependência	Estimular o paciente a ser independente, a tomar as suas próprias decisões.
Vulnerabilidade ao dano ou à doença	Mostrar confiança na capacidade de enfrentamento do paciente e estimulá-lo a confiar em si mesmo.
Emaranhamento	Ajudar o paciente a estabelecer limites apropriados em suas relações, e desenvolver seu próprio <i>self</i> .
Fracasso	Apoiar as conquistas do paciente e ajudá-lo a reconhecer as vitórias que já obteve em sua vida.
Arrogo/grandiosidade	Apoiar o polo vulnerável e as conexões emocionais e confrontar, de maneira empática, o arrogo, colocando os limites necessários.
Autocontrole/ autodisciplina insuficiente	Ser firme ao estabelecer limites, oferecendo um modelo de autocontrole e autodisciplina.
Subjugação	Estimular o paciente a fazer escolhas, inclusive em relação ao processo de terapia (p. ex., técnicas e tarefas de casa), não sendo diretivo e controlador.

(Continua)

(Continuação)

Autossacrifício	Ajudar o paciente a afirmar seus direitos e necessidades e a estabelecer fronteiras adequadas em seus relacionamentos.
Pessimismo	Estimular o paciente a fazer o papel do polo negativo e positivo, oferecendo um modelo de otimismo saudável.
Inibição emocional	Estimular o paciente a expressar os seus sentimentos espontaneamente.
Padrões flexíveis/ postura exigente	Valorizar mais a relação com o paciente do que o desempenho dele e estimulá-lo a estabelecer padrões mais saudáveis.
Postura punitiva	Oferecer um modelo de perdão e elogiar o paciente por perdoar.
Busca por aprovação/ reconhecimento	Enfatizar a visão de que o bem-estar emocional é mais importante do que o <i>status</i> e a aceitação social.

Fonte: Young et al. (2008).

DESAFIOS CLÍNICOS NA TERAPIA DO ESQUEMA

Young et al. (2008) ressaltam que em cada domínio dos esquemas, o psicoterapeuta pode se deparar com alguns desafios, que estão relacionados às necessidades emocionais não supridas do paciente, aos esquemas e aos seus estilos de enfrentamento. Nos **esquemas de domínio de desconexão e rejeição**, os pacientes podem apresentar dificuldade ou até mesmo incapacidade de estabelecer um vínculo saudável em um curto período de tempo. Além disso, eles podem ter dificuldade em assimilar o psicoterapeuta como alguém estável, confiável, compreensivo (Young et al., 2008).

Nos **esquemas do domínio de autonomia e desempenho prejudicados**, os pacientes podem ter dificuldade de estabelecer objetivos no tratamento, por não terem clareza do que querem. Além disso, em virtude de apresentarem uma autoconfiança deficiente, eles podem ser resistentes em abdicar dos estilos de enfrentamento e adotar estilos mais

saudáveis, como a exposição a situações e eventos que evitam (Young et al., 2008).

Nos **esquemas do domínio de direcionamento para o outro**, os pacientes podem ficar excessivamente focados nas necessidades e nos desejos do psicoterapeuta, sendo bastante colaborativos e concordantes ao que é proposto, conforme destacado por Young et al. (2008). Já nos **esquemas do domínio de limites prejudicados**, os pacientes podem apresentar-se desmotivados e indisciplinados, sendo pouco colaborativos no processo de terapia (Young et al., 2008).

Por fim, nos **esquemas do domínio de hipervigilância e inibição**, os pacientes podem apresentar dificuldade em expressar sentimentos e experiências que considerem mais constrangedores. Além disso, eles podem se concentrar mais em fazer as coisas de forma perfeita do que em sua mudança e busca de bem-estar emocional, conforme afirmação de Young et al. (2008). Em geral, os pacientes apresentam pouca credibilidade na melhora, desmotivando-se rapidamente e, conseqüentemente, abandonando a terapia (Young et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Uma consideração importante a se ressaltar é o papel da relação terapêutica, fundamental durante todo o processo de tratamento, em que o psicoterapeuta não é distante do paciente, e sim desenvolve um relacionamento mais pessoal com ele, não tentando parecer perfeito (Falcone, 2011).

Young et al. (2008) mostram que a identificação precisa dos esquemas e dos estilos de enfrentamento é outro ponto fundamental, pois, em geral, quando o esquema é identificado corretamente, isso gera uma repercussão emocional no paciente, que sente emocionalmente o esquema. Para cada paciente, há estratégias específicas a serem aplicadas, com base nas suas necessidades emocionais não satisfeitas de maneira suficiente que deram origem ao esquema em questão. Além da identificação, é importante compreender o valor adaptativo do estilo de enfrentamen-

to disfuncional, pois foi a maneira que o indivíduo encontrou naquele momento de sua vida de lidar com as situações com as quais se deparava, segundo Young et al. (2008); isso contribui para que o paciente se sinta respeitado e validado (Paim & Copetti, 2016).

Além disso, é fundamental identificar e compreender os padrões cognitivos mais arraigados e profundos do paciente, conforme Paim e Copetti (2016), pois são os que mais têm impacto disfuncional na vida do indivíduo, uma vez que os esquemas desenvolvidos mais posteriormente não costumam gerar tanto prejuízo e ser tão impregnados (Young et al. (2008).

Por fim, é fundamental que o psicoterapeuta seja específico na definição dos problemas. Como exemplificam, de acordo com Young et al. (2008), em vez de colocar como problema que o paciente tem dificuldade de relacionamento, coloca-se que ele repetidamente escolhe parceiros que são distantes e que não querem compromisso. Essa estratégia facilita o desenvolvimento de objetivos adequados para cada problema, e o plano de tratamento desenvolvido especificadamente para o paciente torna-o centrado e esperançoso.

Em suma, a TE possibilita ao psicoterapeuta um entendimento amplo sobre o funcionamento de cada paciente e como ele se originou, baseando-se no temperamento, nas experiências nocivas vivenciadas no início da vida e nas necessidades emocionais universais. Além disso, ela propõe estratégias de intervenção específicas para cada padrão disfuncional nos campos cognitivo, vivencial e comportamental. Tal entendimento permite resgatar a singularidade de cada pessoa (Gluhoski & Young, 1997).

REFERÊNCIAS

Andriola, R. (2016). Estratégias terapêuticas: Reparentalização limitada e confrontação empática. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, R. Andriola, A. B. Nabinger, C. F. Halperin, & D. Rijo et al. (Orgs.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (Cap. 5). Artmed.

- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. S. (2008). Terapia focada em esquemas: Conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187-195. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000500003>
- Falcone, E. M. O. (2011). Terapia do esquema. In B. Rangé et al. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2ª ed.). Artmed.
- Falcone, E. M. O., & Ventura, P. R. (2008). Entrevista com Dr. Jeffrey Young. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 1-7. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a10.pdf>
- 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*. Wiley Blackwell.
- Gluhoski, Y. L., & Young, J. E. (1997). El estado de la cuestión en la terapia centrada en esquemas. In C. G. Isabel (Org.). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 223-250). Paidós Ibérica.
- Matos, F. R. (2018). *Schema mode inventory (SMI): Revisão sistemática da literatura e validação do conteúdo da versão reduzida no contexto brasileiro*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia Universidade Federal de Uberlândia. <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/21066/1/SchemaModeInventory.pdf>. <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.231>
- Nabinger, A. B. (2016). Psicoterapia e neurobiologia dos esquemas. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, R. Andriola, A. B. Nabinger, C. F. Halperin, & D. Rijo et al. (Org.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (Cap. 2). Artmed.
- Paim, K., & Copetti, M. E. K. (2016). Estratégias de avaliação e identificação dos esquemas iniciais desadaptativos. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, R. Andriola, A. B. Nabinger, C. F. Halperin, & D. Rijo et al. (Org.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (Cap. 6). Artmed.
- Petry, M. C., & Basso, L. A. (2016). O trabalho com imagens mentais. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, R. Andriola, A. B. Nabinger, C. F. Halperin, & D. Rijo et al. (Org.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (Cap. 7). Artmed.

Rijo, D. M. B. (2009). *Esquemas mal-adaptativos precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação* Tese de doutorado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/18486>

Scortegagna, L. (2019). *Baralho interativo de esquemas e modos: Psicoeducação e dinâmica relacional com adultos e adolescentes*. Sinopsys.

Seixas, C. E. (2014). *Associação de esquemas iniciais desadaptativos em transtornos do eixo I*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Maria. <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/10336>

Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas* (3ª ed.). Artmed.

Young, J. E., Klosko J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Artmed.

Wainer, R. (2016). O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, R. Andriola, A. B. Nabinger, C. F. Halperin, & D. Rijo et al. (Org.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (Cap. 1). Artmed.

Wainer, R., & Rijo, D. (2016). O modelo teórico: Esquemas iniciais desadaptativos, estilos de enfrentamento e modos esquemáticos. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, R. Andriola, A. B. Nabinger, C. F. Halperin, & D. Rijo et al. (Orgs.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (Cap. 4). Artmed.

Wainer, R., & Wainer, G. (2016). O trabalho com os modos esquemáticos. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, R. Andriola, A. B. Nabinger, C. F. Halperin, & D. Rijo et al. (Org.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (Cap. 8). Artmed.

