



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO



MELISSA GEVEZIER FIORAVANTE

**UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A TERAPIA
COGNITIVA DE AARON BECK E A
TERAPIA DO ESQUEMA DE JEFFREY YOUNG**

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Arja Castañon

Juiz de Fora

2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO



MELISSA GEVEZIER FIORAVANTE

**UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A TERAPIA
COGNITIVA DE AARON BECK E A
TERAPIA DO ESQUEMA DE JEFFREY YOUNG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Melissa Gevezier Fioravante.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Arja Castañon

Juiz de Fora
2014

TERMO DE APROVAÇÃO

Dissertação defendida e aprovada em 30/04/2014, pela banca constituída por:

Presidente: Prof. Dr. Ricardo Wainer
PUC-RS

Titular: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Arja Castañon
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora
2014

RESUMO

Este estudo tem por objetivo dissertar sobre as confluências e divergências teóricas entre a Terapia Cognitiva de Aaron Beck e a Terapia do Esquema de Jeffrey Young. Nos últimos 30 anos, surgiu um esforço de alargamento das terapias cognitivas para atender pacientes com patologias graves e com transtornos de personalidade, pois esses casos acabavam por não responder, de maneira satisfatória, ao tratamento de terapia cognitiva tradicional. Dentro desta perspectiva, as diferentes abordagens são definidas em 1ª geração e 2ª geração de terapias cognitivas. A distinção entre ambas as gerações ocorre na adaptação de três pontos importantes: conceitual, estrutural e de processo. Atualmente, observa-se o crescimento de Terapias Cognitivas com proposta integrativa, às quais, além de apresentarem características pertencentes as três abordagens, somam-se preocupações pertinentes às diferenças culturais e espiritualidade. A Terapia dos Esquemas surgiu em 1990 para tratar pacientes com transtornos de personalidade ou transtornos mais severos e arraigados. Através deste estudo, buscou-se analisar as semelhanças e divergências entre os conceitos e hipóteses usados em ambas as teorias: o conceito de “esquema”, o papel da emoção, perspectiva de tratamento para pacientes com transtorno de personalidade e pacientes caracteriológicos ou com transtornos crônicos, o modelo modal e a relação terapêutica e escalas utilizadas. Analisando o conceito de esquema na Terapia do Esquema, observa-se que a definição é significativamente vaga. Quanto à origem dos esquemas disfuncionais, a Terapia Cognitiva aponta para uma falha no processamento de informação diante das situações vivenciadas na realidade. Já a Teoria do Esquema, os esquemas pessoais refletem com bastante precisão o seu ambiente remoto. Quanto ao aspecto relacionado à relação terapêutica, Young apropria-se da ideia de “experiência emocional corretiva” de Alexander e French para dar formas ao seu constructo denominado reparação parental limitada, cujo objetivo é diminuir conflitos remotos através da relação terapêutica, causados por necessidades emocionais não supridas. Diferentemente, a Terapia Cognitiva de Beck aponta para o papel importante da relação terapêutica, defendendo o papel do terapeuta como conselheiro ou modelo, nos casos de pacientes com Transtorno de Personalidade, não objetivando a resolução de conflitos emocionais remotos.

Palavras-chaves: Terapia Cognitiva, Terapia do Esquema, Aaron Beck, Jeffrey Young

ABSTRACT

This study aims to work on the confluences and divergences between the theoretical Aaron Beck' Cognitive Therapy and Jeffrey Young' Schema Therapy. Over the past 30 years, there has been a broadening effort from cognitive therapies to assist patients with serious illnesses and personality disorders, because these cases ended up in not respond satisfactorily to the treatment of traditional cognitive therapy. Within this perspective, the different approaches are defined in "1st generation" and "2nd generation" cognitive therapies. The distinction between the two generations of adaptation occurs in three major issues: conceptual, structural and process. Currently, there is growth of integrative Cognitive Therapies, which, besides having the three characteristics of all three approaches, add to the concerns about cultural differences and spirituality. Schema Therapy emerged in 1990 to treat patients with personality disorders or those with more severe or entrenched disorders. Through this study, we sought to examine the similarities and differences between the hypothesis and concepts used in both theories: the concept of "scheme", the role of emotion, the prospective treatment for patients with personality disorder or with chronic disorders, the modal model, the therapeutic relationship and the scales. Analyzing the concept of schema in Schema Therapy, it is observed that the definition is significantly vague. Regarding the origin of dysfunctional schemas, Cognitive Therapy points to a failure in the information processing at the situations experienced in reality. Regarding the Theory of Schema, personal schemes reflect quite accurately your remote environment. About the therapeutic relationship, Young appropriates the idea of "corrective emotional experience" from Alexander and French to shape his construct called "limited parental repair", whose goal is to reduce remote conflicts through the therapeutic relationship, caused by unmet emotional needs. Differently, the Beck Cognitive Therapy points to the important role of the therapeutic relationship, defending the role of counselor or therapist as model in cases of patients with personality disorder, not aiming at the resolution of remote emotional conflicts.

Keywords: Cognitive Therapy, Schema Therapy, Aaron Beck, Jeffrey Young

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	6
2.	Capítulo 2: Aaron Beck e a Terapia Cognitiva	16
2.1	Origem e expansão das Terapias Cognitivas	16
2.2	Aaron Beck e a Terapia Cognitiva	18
2.3	Modelo Cognitivo	21
2.3.1.	Princípios teóricos	21
2.3.2.	Sistema de psicopatologia	25
2.3.3.	Modelo de vulnerabilidade (diátese-estresse)	28
2.4.	Conceitos importantes: esquemas, pensamentos automáticos, crenças, distorções cognitivas e tríade cognitiva	30
2.4.1.	Esquemas	31
2.4.2.	Pensamentos Automáticos e Crenças	34
2.4.3.	Distorções Cognitivas	36
2.4.4.	Tríade Cognitiva	38
2.5.	Transtornos de Personalidade	39
2.6.	Relação Terapêutica	43
2.7.	O papel da emoção na Terapia Cognitiva	46
2.8.	Sistema de Modos	48
3.	Capítulo 3: Jeffrey Young a Terapia do Esquema	52
3.1.	Young e a Terapia do Esquema	54
3.2.	Desenvolvimento da Terapia do Esquema	56
3.3.	Pacientes Caracteriológicos/Transtorno de Personalidade	60
3.4.	Conceitos fundamentais na Terapia do Esquema	62
3.4.1.	Esquema	64
3.4.2.	Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID)	67
3.4.3.	Domínios do Esquema	74
3.4.4.	Processos do Esquema	76
3.5.	Relação Terapêutica	78
3.6.	Modelo dos Modos do Esquema	82
3.7.	Conclusão	86

4.	Comparação entre a Terapia Cognitiva de Aaron Beck e a Terapia do Esquema de Jeffrey Young	88
4.1.	Comparação entre as influências teóricas	91
4.2.	Comparação entre os modelos cognitivos	96
4.3.	Comparação entre as definições de Esquemas e conceitos fundamentais	100
4.4.	Comparação entre o Modelo modal e Modos do Esquema	107
4.5.	Comparação entre as Relações Terapêuticas	108
4.6.	Comparação entre as definições de transtornos de personalidade e pacientes caracteriológicos	111
5.	Conclusão	115
6.	Referências Bibliográficas	122

1. INTRODUÇÃO

Anualmente, muitas pesquisas são realizadas com o objetivo de avaliar a eficácia das técnicas e procedimentos das Terapias Cognitivas (TC) em diversos tratamentos psicológicos, contribuindo expressivamente para o reconhecimento de sua efetividade (Beck, 2000; Beck, Freeman, & Davis, 2005; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997; Clark & Beck, 2012; Knapp & Beck, 2008; Salkovskis, 2012). Como resultado, elas são consideradas melhor validadas se comparadas com as demais abordagens psicoterápicas (Beck, 2005; Beck & Dozois, 2011; Cottraux & Matos, 2007; Kingdon & Dimech, 2008). O aumento de sua utilização na área da psicologia clínica concedeu-lhe a condição de “paradigma dominante” (Dobson & Scherrer, 2004; Norcross, Hedges, & Prochaska, 2002; Pilgrim, 2011).

Os termos Terapia Cognitiva (TC) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) frequentemente são usados como sinônimos para descrever as psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. Observa-se que não há um consenso na literatura sobre qual nomenclatura deve-se empregar. Utiliza-se o termo “cognitivo-comportamental” para definir um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais, ou seja, há a presença, em seu arcabouço teórico e metodológico, de estratégias cognitivas e comportamentais (Knapp & Beck, 2008). Nesta dissertação, adota-se o termo genérico Terapia Cognitiva. As especificações de cada abordagem serão feitas, nos casos particulares, em referida discussão.

No final dos anos 1950, observa-se um movimento de insatisfação com os modelos psicoterapêuticos vigentes (comportamental e psicodinâmico) que, juntamente com o crescimento e fortalecimento da teoria do processamento da informação, criaram

um ambiente fértil para o surgimento da Terapia Cognitiva (Falcone, 2001). Como pressuposto filosófico, as abordagens cognitivas acreditam que um processo interno de cognição media o comportamento. Uma situação ou evento pode ser considerado como agradável para uma pessoa, gerando um comportamento de aproximação, ou ameaçador para outra, provocando ansiedade e esquiva. Desse modo, é a interpretação do evento que gera emoções e comportamentos e não o evento em si. O significado de cada evento é construído pela pessoa, não sendo um componente pré-existente na realidade (Beck, *et al.*, 1997; Bahls e Navolar, 2004; Knapp, 2004).

Nos últimos 30 anos, surgiram diversas abordagens em Terapia Cognitiva, atingindo vários graus de aplicação e sucesso (Knapp & Beck, 2008). Estas diferentes abordagens compartilham bases comuns, embora haja consideráveis diferenças em princípios e procedimentos entre elas. Isso ocorre porque os pioneiros no desenvolvimento de intervenções cognitivo-comportamentais possuíam diferentes fundamentos teóricos (Falcone, 2006). Por exemplo, enquanto Aaron Beck e Albert Ellis tinham bases psicanalíticas, outros teóricos, como Meichenbaum, Goldfried e Mahoney, foram originalmente treinados em modificação do comportamento (Knapp & Beck, 2008; Falcone, 2007).

A característica que melhor define a Terapia Cognitiva, do ponto de vista teórico, é a ideia de que os sintomas e os comportamentos disfuncionais e conseqüentemente as psicopatologias são cognitivamente mediados. É necessário que haja a modificação do pensamento e das crenças disfuncionais no processo terapêutico para melhorar o quadro psicopatológico do paciente. Qualquer abordagem terapêutica que não se utilize do modelo mediacional como componente importante do plano de tratamento não está incluída no escopo das Terapias Cognitivas, e o termo “cognitivo” ou “cognitivo-comportamental” não poderá ser aplicado (Knapp & Beck, 2008).

Caro Gabalda (1997) propõe uma classificação das terapias cognitivas em três diferentes tipos de modelo: de reestruturação cognitiva, cognitivo-comportamentais e construtivistas. Atualmente, observa-se o crescimento de Terapias Cognitivas com proposta integrativa as quais, além de apresentarem características pertencentes às três abordagens, somam preocupações pertinentes às diferenças culturais e espiritualidade. A Terapia do Esquema, desenvolvida por Jeffrey E. Young é exemplo de abordagem integrativa cuja teoria será estudada nesta dissertação (Young, 2003; Falcone *et al.*, 2011; Callegaro, 2005).

O modelo cognitivo foi construído através de pesquisas sistemáticas e observações clínicas. Inicialmente, foi desenvolvido por Albert Ellis, na criação da Terapia Racional Emocional Comportamental (TREC) e posteriormente, conduzido por Aaron Beck, para explicar os processos psicológicos na depressão, que não podiam ser esclarecidos pelo modelo psicodinâmico. Beck e colaboradores propuseram que os sintomas da depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro - estes conceitos seriam definidos posteriormente como Tríade Cognitiva (Beck *et al.*, 1997; Knapp & Beck, 2008).

A Terapia Cognitiva desenvolvida por Beck, com seu conjunto próprio de princípios, metodologias e técnicas é razoavelmente uniforme (Knapp & Beck, 2008). As diretrizes para desenvolver e avaliar o novo sistema de psicopatologia e psicoterapia foram: 1) construir uma teoria abrangente de psicopatologia que dialogasse bem com a abordagem psicoterápica; 2) pesquisar as bases empíricas para a teoria; e 3) conduzir estudos empíricos para testar a eficácia da terapia. As pesquisas subsequentes envolveram diversos estágios: a tentativa de identificar os elementos cognitivos idiossincráticos derivados de dados clínicos em vários transtornos psicológicos;

desenvolver e testar medidas para sistematizar essas observações clínicas; e preparar planos de tratamentos e diretrizes para terapia (Knapp & Beck, 2008).

Desde seu treinamento em psicanálise e ao longo de sua carreira profissional, Beck identificou-se com neo-analistas, como Alfred Adler, Karen Horney, Otto Rank e Harry Sullivan, que enfatizaram a importância de entender e lidar com as experiências conscientes dos pacientes, bem como a necessidade de tratar os significados que os pacientes atribuíam a eventos que aconteciam em suas vidas. A teoria cognitiva, focada nos processos intrapsíquicos, e não no comportamento observável, é mais um legado da teoria psicanalítica, embora os procedimentos terapêuticos sejam mais semelhantes à terapia comportamental (Knapp & Beck, 2008).

A estrutura teórica da TC foi construída sobre contribuições de outras escolas, como a abordagem fenomenológica-humanista. A terapia centrada no cliente, de Carl Rogers, inspirou o estilo terapêutico de questionamento cordial, empático e aceitação incondicional do paciente. A teoria do apego de John Bowlby foi uma fonte importante para o desenvolvimento da conceitualização cognitiva. As influências das ciências cognitivas e da psicologia cognitiva também foram responsáveis pelas bases da Terapia Cognitiva. Os trabalhos de George Kelly, um psicólogo cognitivo, tiveram importante impacto, principalmente sua teoria do constructo pessoal que, junto com a idéia de esquemas de Piaget, evoluíram para uma definição de esquemas semelhante. A teoria cognitiva de emoções de Richard Lazarus, a abordagem de solução de problemas de Goldfried & D’Zurilla, os modelos de auto-regulação de Albert Bandura e Donald Meichenbaum, além de psicólogos com foco na cognição, como Arnold Lazarus, também influenciaram a teoria e prática cognitiva. A terapia Racional Emotiva Comportamental de Ellis fez grandes contribuições acerca da solução de problemas

consciente (Beck *et al.*, 1997; Knapp & Beck, 2008; Petersen, 2011; Falcone *et al.*, 2011; Melo e Teixeira, 2011).

A Terapia do Esquema (TE) surgiu em 1990, com a publicação do livro “*Cognitive therapy for personality disorders*” (Young, 1999). Seu criador, Jeffrey E. Young completou seu pós-doutorado no Centro de Terapia Cognitiva sob a orientação de Aaron Beck. Deste trabalho, que contou com a contribuição de Beck inicialmente, surgiu uma proposta de continuação da teoria inicial da TC, sendo designada por Young de Teoria do Esquema ou Teoria Focada no Esquema, que o próprio criador considera como uma evolução da TC tradicional. Esta teoria é relativamente recente e ainda pouco disseminada no Brasil, com poucas pesquisas e estudos publicados na área (Callegaro, 2005; Cazassa & Oliveira, 2008; Young 2003).

A Terapia do Esquema surge da possível limitação que a Terapia Cognitiva tradicional (de Beck) apresenta no tratamento de pacientes com transtornos de personalidade ou aqueles com transtornos mais severos ou arraigados, cujas questões caracteriológicas importantes subjazem os transtornos do Eixo I. Estes pacientes são considerados casos clínicos difíceis e de baixa adesão ao tratamento tradicional, definido pelo próprio autor como “insucessos de tratamento” (Cazassa e Oliveira, 2008; Young 2003).

Os pioneiros da Terapia do Esquema, Jeffrey E. Young, Janet Klosko e Marjorie Weishaar, consideram esta como sendo um modelo clínico integrativo de terapia que busca ampliar os referenciais para melhor atender à complexidade humana abordando, inclusive, a dimensão da espiritualidade (Cazassa & Oliveira, 2008; Young 2003). No livro “Terapia do Esquema” (2003), Young informa que este modelo considera os componentes cognitivos e comportamentais como importantes para o tratamento,

embora defenda a proposta de que a mudança emocional, as técnicas vivenciais e a relação terapêutica são aspectos vitais para a melhora do paciente.

Teoricamente, como abordagem do modelo cognitivo, a Terapia do Esquema apresenta compatibilidade com diversos pressupostos encontrados na Terapia Cognitiva de Beck, mesclando elementos das escolas comportamentais, construtivistas (como Greenberg), da teoria do apego de Bowlby, da terapia cognitivo-analítica de Ryle, da terapia dos esquemas pessoais de Horowitz, da Gestalt e da psicanálise (principalmente no que tange ao modelo de relações objetais). Como novidade ao modelo, acrescenta a espiritualidade como fator importante no processo psicoterapêutico (em seu livro, cita a publicação de três livros que falam sobre a meditação e a prática religiosa tradicional).

No capítulo 1 do livro de Terapia do Esquema, sob subtítulo “Comparação entre a Terapia do Esquema e outros modelos”, Young defende que seu modelo é unificador, sistemático e estruturado. Informa também que “ainda que a terapia do esquema contenha conceitos semelhantes ao de muitas escolas da psicologia, nenhuma delas coincide completamente com ela” (Young, 2003, p.57). Ele afirma que não há diferenças nos pontos fundamentais (embora não haja a explicitação de quais seriam esses pontos) somente naqueles relacionados com o processo, a estrutura da sessão e técnicas utilizadas no atendimento psicoterapêutico.

Um estudo chamado *Delphi Poll* foi realizado em 1980, 1990 e 2000, e seu objetivo era identificar as previsões no campo do atendimento clínico em psicologia (Norcross, Hedges & Prochaska, 2002). Considerando as previsões do estudo de Norcross (2002), que afirmam que as teorias ecléticas e integrativas são apontadas como predominantes para os próximos anos, juntamente com as de enfoque cognitivo e cognitivo-comportamental, pode-se inferir que modelos integrativos de intervenção, tais

como a Terapia do Esquema (Young, 2003), podem tornar-se abordagens de maior escolha no futuro (Falcone *et al.*, 2011).

Cazassa e Oliveira (2008), no artigo intitulado “Terapia focada no esquema: conceituação em pesquisa”, informaram que não havia pesquisas publicadas no Brasil relacionadas com o tema, até 2008, embora houvesse diversas publicações internacionais espalhadas em centros de estudos que se localizam em 04 dos cinco continentes: América, Ásia, Europa e Oceania. É fundamental, tanto para a psicologia quanto para as áreas afins, que dentro deste tema haja uma discussão crítica sobre os fundamentos teóricos e o real nível de inovação que traz para o “paradigma vigente” na psicologia clínica, justificando, desta forma, a importância da realização deste trabalho, não somente no campo acadêmico mas também dentro da práxis clínica.

Neste ponto, chega-se ao problema específico deste trabalho teórico que é de dissertar sobre as confluências e divergências teóricas entre a Terapia Cognitiva de Beck e a Terapia do Esquema de Young. É possível que estas abordagens possam ser consideradas como parte de um mesmo modelo teórico? Será que a Terapia do Esquema, dita como unificadora e integrativa, contendo características das três abordagens supracitadas, nada mais é do que uma hipótese completar do Programa de Pesquisa da Terapia Cognitiva de Beck? Ou, é possível que as teorias que estruturam esses modelos teóricos sejam essencialmente paradoxais e, portanto, não possam fazer parte de um mesmo grupo de modelo denominado Terapia Cognitiva? Além disso, objetiva-se também analisar as limitações dos diversos conceitos utilizados em ambas as teorias, principalmente do conceito de “esquema”. A análise teórica e conceitual das terapias se justifica uma vez que a discussão teórica sobre a relação entre a Terapia Cognitiva de Aaron Beck e a Terapia do Esquema de Jeffrey Young ainda é incipiente.

A metodologia utilizada neste estudo em psicologia será uma pesquisa teórica, mais especificamente na área da *Epistemologia da Psicologia*. Portanto, a dissertação será realizada a partir de pesquisas de caráter bibliográfico. Os textos investigados nesta pesquisa tratam de Cognitivismo, Psicologia Cognitiva, Terapias Cognitivas, mais especificamente Terapia Cognitiva de Beck e Terapia dos Esquemas de Young e os modelos teóricos, constituintes das Terapias Cognitivas.

Estabelecem-se as fontes primárias e secundárias desta dissertação:

A) Fontes primárias – Textos originais de Aaron Beck e Jeffrey Young que abordam a construção teórica de suas abordagens (Terapias Cognitiva e do Esquema).

B) Fontes secundárias – Literatura crítica sobre as terapias, a partir de comentadores.

A literatura utilizada nesta pesquisa parte de um levantamento da produção acadêmica pertencentes às áreas da psicologia clínica, da psicologia cognitiva e da filosofia. Abaixo, encontram-se etapas relacionadas ao processo de investigação e produção da dissertação.

1º) Indicações de especialistas,

2º) Busca de textos em bases de dados computadorizados. Os descritores utilizados foram: Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia do Esquema, Terapia Focada nos Esquemas, Aaron Beck, Jeffrey Young, Cognitive Therapy, Schema Theray,

3º) Elaboração do Arquivo Bibliográfico provisório com as fichas indexadas eletrônicas,

4º) Busca nos acervos das bibliotecas e no portal de periódicos da CAPES,

5º) Aquisição nas livrarias virtuais dos títulos ausentes das bibliotecas brasileiras,

6º) Leitura das fontes primárias e secundárias - bloco 1,

7º) Elaboração de arquivo bibliográfico definitivo com as fichas eletrônicas dos livros e artigos indicados pelas obras do bloco 1,

8º) Leitura das fontes primárias e secundárias - bloco 2,

9º) Elaboração de arquivo bibliográfico definitivo com as fichas eletrônicas dos livros e artigos indicados pelas obras do bloco 2 e das fontes secundárias.

10º) Produção escrita da dissertação,

11º) Revisão e publicação da dissertação.

Observação: A numeração servirá de apoio na descrição das atividades no cronograma.

Nesta dissertação, os artigos obtidos encontram-se na base de periódicos da CAPES, na biblioteca da USP e na biblioteca Digital da PUC-RS. As ferramentas de pesquisa referente ao primeiro bloco (Terapias Cognitivas) incluem em sua busca as seguintes bases: Psycinfo, MedLine (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Considerando as previsões do estudo de Noscross (2002), pode-se inferir que modelos integrativos de intervenção, tais como a Terapia do Esquema (Young, 2003), podem tornar-se abordagens de maior escolha no futuro (Falcone *et al.*, 2011). Para ampliar o espaço de discussão e reflexão sobre a qualidade e consistência teórica dessas terapias, é fundamental a participação em simpósios e congressos nacionais e internacionais. Para favorecer a divulgação desta análise, a publicação de artigos em periódicos indexados e a publicação de um livro são fundamentais. As investigações destes problemas são necessárias para a sobrevivência da Psicologia como ciência relevante, contribuindo significativamente para a legitimação da práxis clínica em

psicologia, visto que existe uma previsão favorável acerca do crescimento da Terapia do Esquema.

2. CAPÍTULO 2: Aaron Beck e a Terapia Cognitiva

O capítulo presente tem por objetivo analisar a teoria da Terapia Cognitiva desenvolvida por Aaron Beck. Além de uma breve exposição da origem, desenvolvimento e expansão da abordagem, descrever-se-á o modelo cognitivo (definição de esquema e conceitos fundamentais), modelo de transtorno de personalidade, de relação terapêutica, sua tese sobre o papel das emoções e seu modelo modal/modos de esquema.

2.1. Origem e expansão das Terapias Cognitivas

O surgimento e crescimento das terapias cognitivas resultaram da evolução de um conjunto de influências de naturezas diversas. Elas surgem em meados da década de 1950, como resultado de uma multiplicidade de fatores históricos e contextuais: um movimento de insatisfação com os modelos estritamente comportamentais, que não reconheciam a importância dos processos cognitivos mediando o comportamento; a rejeição aos modelos psicodinâmicos e o questionamento quanto à sua eficácia; a crescente atenção dada aos aspectos cognitivos do funcionamento humano na psicologia geral, sendo os modelos de processamento de informação cada vez mais aplicados em construtos clínicos; e a crescente adesão explícita de diversos terapeutas e teóricos a abordagem. Assumiram-se como terapeutas cognitivo-comportamentais, - alguns dos proponentes iniciais mais importantes como, por exemplo, Beck, Ellis, Cautela, Meichenbaum e Mahoney, contribuindo para o crescimento do campo da terapia cognitiva (Beck, 1997; Knapp & Beck, 2008; Falcone, 2007; Rangé, Falcone &

Sardinha, 2007; Rondina, 2006; Dobson & Scherrer, 2004; Spinillo & Roazzi, 1989; Kerbauy, 1983; Padesky, 2010).

Na década de 1960, surgem os primeiros textos acerca do tema, embora os textos centrais sobre modificação cognitiva tenham aparecido somente na década de 1970 (Knapp & Beck, 2008, Dobson & Dozois, 2006, Beck, 1970). Diferentes teóricos e profissionais introduziram seus próprios interesses e perspectivas sobre os problemas psicológicos. Conseqüentemente, um grande número de modelos de mudanças cognitiva e comportamental, juntamente com a ampliação da quantidade de técnicas clínicas, foi acrescentado ao repertório clínico. A literatura sugere que o que hoje se compreende por “terapias em abordagem cognitivo-comportamental” (TCC) representa um amplo espectro, composto por dezenas de tipos de terapias diferentes (Dobson & Dozois, 2006; Dobson & Scherrer, 2004; Borba, 2005, Kerbauy, 1983; Knapp & Beck, 2008). As duas modalidades mais influentes nas últimas décadas foram a Terapia Cognitiva formulada por Aaron Beck e a Terapia Racional – Emotivo - Comportamental (TREC) formulada por Albert Ellis (Dobson & Scherrer, 2004; Dobson, Beck & Beck, 2005). A Terapia Cognitiva teve como precursora a terapia de Ellis, porém Beck foi o primeiro a utilizar o termo “cognitiva” para designar um tipo de psicoterapia, além de difundir a manualização do tratamento psicoterapêutico (Dobson & Dozois, 2006; Dobson & Scherrer, 2004; Dobson, Beck & Beck, 2005; Borba, 2005, Kerbauy, 1983; Knapp & Beck, 2008, Beck, 1970).

Os termos Terapia Cognitiva (TC) e o termo genérico Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) frequentemente são utilizados como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC também se refere a um grupo de técnicas que integram tanto a abordagem cognitiva quanto procedimentos comportamentais. Embora seja possível encontrar alguns puristas que argumentem

sobre a importância da utilização de uma abordagem cognitiva ou comportamental isolada, terapeutas mais pragmáticos consideram que a junção ou integração, tanto teórica quanto técnica de métodos cognitivos e comportamentais, seja mais eficaz para o tratamento dos transtornos psicológicos (Beck, 2000; Dobson, Beck & Beck, 2005; Knapp & Beck, 2008; Wright, Basco & Thase, 2008; Baptista, 1988).

No Brasil, mais especificamente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, o movimento cognitivo-comportamental começa a ganhar espaço somente na década de 1980, a partir do interesse de estudar o modelo cognitivo do transtorno de ansiedade. As vertentes construtivista e cognitivo-comportamental parecem ter sido mais predominantes em São Paulo, enquanto no Rio de Janeiro os modelos de escolha foram os de reestruturação cognitiva e cognitivo-comportamental (Neufeld, Xavier & Stockmann; Rangé, Falcone & Sardinha, 2007).

2.2. Aaron Beck e a Terapia Cognitiva

Dentro de uma perspectiva biográfica, a Terapia Cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck, na Universidade da Pensilvânia, na década de 1960. Seu trabalho teve início com uma descrição de um modelo de depressão a partir da cognição e de sua descrição fenomenológica (Scher, Segal & Ingram, 2010).

Os anos de 1961 e 1962 foram muito importantes para Aaron Beck e a construção da TC, pois neste período iniciou-se uma ruptura decisiva com seu passado psicanalítico. Até então, Beck conduziu suas pesquisas para testar a teoria freudiana de depressão como hostilidade retrofletida reprimida. Entretanto, seus estudos encontraram novas informações que indicavam algumas anomalias – fenômenos inconsistentes com

o modelo psicanalítico (Beck & Alford, 2000). Ao invés de hostilidade e raiva, a pesquisa sobre os sonhos dos pacientes deprimidos mostrou um “senso de derrota, fracasso e perda” (Padesky, 2010; Knapp & Beck, 2008; Beck, 2008; Beck, 1997; Dobson & Dozois, 2006). Concomitantemente, realizaram-se tentativas de modificação do conteúdo e as distorções cognitivas negativas, resultando em desenvolvimento e avaliação de estratégias terapêuticas (Beck & Alford, 2000). Posteriormente à conclusão do seu projeto de pesquisa psicanalítica sobre a depressão, Beck propôs à aplicação de sua proposição sobre o transtorno depressivo para os membros da *American Psychological Association* (os membros da APA tinham rejeitado sua proposta por duas vezes) e desvincula-se teoricamente do objeto central da psicanálise, o inconsciente. Diante de um ambiente acadêmico onde se discutia o futuro da psicanálise no departamento de psiquiatria, Beck imergiu nas leituras sobre psicologia cognitiva e do desenvolvimento e embarcou em uma forma completamente nova de pensar sobre a depressão (Rosner, 2012).

Dois anos mais tarde, ele apresentou uma nova teoria cognitiva da depressão em dois artigos na revista *Archives of General Psychiatry*: “*Thinking and Depression: I – Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions*”(Beck, 1963; Rosner, 2012) e “*Thinking and Depression: II – Theory and Therapy*”(Beck, 1964; Rosner, 2012). Nestes artigos, baseados em pesquisa sistemática e observações clínicas, Beck propôs que os sintomas da depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro (conceitos definidos como Tríade Cognitiva). Assim, a publicação desses dois artigos marcou o início da Terapia Cognitiva de Beck, tornando-se a forma mais conhecida de psicoterapia que emergiu no

final das décadas do século XX e, por conseguinte, representa no mundo todo o movimento da terapia cognitivo-comportamental (Beck & Dozois, 2011).

Na década de 1970, as contribuições de Beck para a Terapia Cognitiva aumentaram consideravelmente. Juntamente com colegas, alunos e residentes, Beck trabalhou para detalhar e refinar as idéias já desenvolvidas até então, culminando com a publicação do livro *Cognitive Therapy for Depression*, por Beck, Rush, Shaw e Emery, em 1979. Além de acrescentar novas informações acerca da terapia cognitiva da depressão, esse novo manual trouxe idéias revolucionárias na prática da psicoterapia. Neste livro, Beck apresenta um marco na relação terapêutica, o conceito de “empirismo colaborativo” para demonstrar que o terapeuta e o cliente poderiam formar uma parceria de trabalho equilibrada, divergindo das abordagens comportamental e psicodinâmica. Os terapeutas deveriam estimular a curiosidade dos pacientes e também seu envolvimento ativo nos procedimentos da terapia (Padesky, 2010)

Na década de 1980, a Terapia Cognitiva de Beck caracteriza-se pelo surgimento de novas estruturas para compreensão da ansiedade. Traz à luz um novo modelo para demonstrar sua natureza adaptativa, propondo que toda ansiedade resulta da superestimação do perigo e da subestimação da capacidade de enfrentamento e dos recursos próprios. Também, foram desenvolvidos modelos cognitivos do estresse e da raiva. Este modelo cognitivo da raiva foi aplicado ao conflito de casais em um livro bastante conhecido *Love is Never Enough* (Beck, 1988 in Padesky, 2010).

Na década de 1990, a terapia cognitiva havia se tornado uma das principais opções para terapia breve e da ansiedade nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha (Padesky, 2010; Pilgrim, 2011). Além disso, na medida em que os textos de terapia cognitiva eram traduzidos para muitos países e línguas, mais a TC se espalhava pelo mundo. Neste momento, Beck voltava-se cada vez mais às aplicações da TC a

problemas mais complexos, oferecendo a primeira perspectiva de longo prazo conforme aplicada aos transtornos de personalidade – diagnose até então considerada resistente ao tratamento (Padesky, 2010; Beck, Freeman & Davis, 2005).

A Terapia Cognitiva é efetiva para pacientes com diferentes níveis de educação, renda e *background*. Ela foi adaptada para atendimento com pacientes de todas as idades, da pré-escola até os idosos. Embora muitos estudos avaliem a eficácia da TC no tratamento individual, a TC também foi modificada para terapia de grupo, para problemas de casais e para a terapia familiar, obtendo sucesso também nessas áreas (Beck, 1997). Assim, a teoria e Terapia Cognitiva foram desenvolvidas e aplicadas à depressão, prevenção do suicídio, distúrbios de ansiedade, estresse, raiva, conflitos de relacionamento, distúrbios de personalidade, o abuso de substâncias, e, mais recentemente, esquizofrenia (Beck, 2005; Beck & Dozois, 2011; Beck, 1993; Sharp, Henriques, Chapman, Jeglic, Brown, & Beck, 2005; Rector & Beck, 2002).

Quanto ao modelo teórico, novas adições à teoria foram realizadas, até o presente momento, incluindo a continuidade das funções adaptativas e mal-adaptativas, processamento de informação dupla, energização dos esquemas e foco de atenção. O modelo inclui, também, uma teoria de modos, uma organização de esquemas relevantes às expectativas, auto-avaliações, regras e memórias (Beck & Haigh, 2014).

2.3. Modelo cognitivo:

2.3.1. Princípios Teóricos

A teoria cognitiva acredita que o ser humano apresenta uma natureza “biopsicossocial”, porém, ela foca sobre os fatores cognitivos para articular os processos envolvidos na psicopatologia e psicoterapia efetiva (Beck & Alford, 2000). A TC baseia-se na ideia de que o processamento de informação é essencial para adaptação e sobrevivência humana. O homem não é capaz de sobreviver no ambiente se não for capaz de processar e sintetizar informações do meio. O sistema cognitivo (ou processamento de informação) está intrinsecamente ligado à esfera afetiva e aos repertórios comportamentais. Embora se acredite que os problemas de saúde mental envolvem um inter-relacionamento complexo entre os diversos sistemas - emocional, comportamental e fisiológico - a cognição desempenha um papel fundamental neste modelo, visto que o comportamento humano normal depende teoricamente da capacidade de a pessoa compreender a natureza do meio social e físico que ela está inserida. Esses repertórios, ou sistemas, agem em função do indivíduo e operam em estratégias coordenadas para determinados objetivos (como, por exemplo, evitar a dor ou aproximar situações de prazer) (Beck & Dozois, 2011; Beck, 2005; Beck *et al.*, 2001; Beck & Alford, 2000).

Beck e Alford (2000) afirmam que:

“Portanto, a estrutura teórica da terapia cognitiva constitui uma ‘teoria de teorias’; é uma teoria formal dos efeitos de teorias pessoais (informais) ou construções da realidade. Neste sentido, a teoria cognitiva clínica coincide em algum grau com a teoria dos constructos pessoais de George Kelly (Kelly, 1955).” (p.21)

O princípio fundamental da TC é que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam (Beck & Alford, 2000). Com base na teoria cognitiva, a TC é projetada para modificar as ideias inadequadas do indivíduo. A base das técnicas cognitivas constitui em delinear as concepções equivocadas, distorções e suposições mal-adaptativas e testar a validade e razoabilidade das mesmas (Beck, 1998; Beck *et al.*, 2001). Desta forma, afrouxa-se a perseverança na ideiação distorcida, capacitando o paciente a formular e testar sua validade, de forma mais realista, nas suas experiências. Em 1970, Beck já afirmava que estudos de reestruturação cognitiva levavam ao alívio dos sintomas psicopatológicos (Beck, 1970). Desta forma, desde seus primórdios, o objetivo terapêutico da TC tem sido reestruturar e corrigir esses pensamentos distorcidos e colaborativamente desenvolver soluções pragmáticas para produzir mudança e melhorar transtornos emocionais. A experiência clínica, bem como alguns estudos experimentais, indicam que tal reestruturação cognitiva leva ao alívio dos sintomas (Knapp & Beck, 2008; Beck, 1998; Beck, 1970; Caro, 1988; Beck *et al.*, 2001).

Em “Terapia Cognitiva da Depressão”, Beck e colaboradores (1997) indicam as seguintes pressuposições gerais sobre o modelo cognitivo (p.8):

- 1) *“A percepção e a experiência são processos ativos que envolvem tanto dados de inspeção como de introspecção.*
- 2) *As cognições do paciente representam uma síntese de seus estímulos internos e externos.*
- 3) *O modo como a pessoa avalia uma situação geralmente fica evidente em suas cognições (pensamentos e imagem visual).*

- 4) *Essas cognições constituem o fluxo de consciência ou campo fenomenal da pessoa, que reflete a configuração da pessoa de si próprio, do mundo, do seu passado e do seu futuro.*
- 5) *Alterações no conteúdo das estruturas cognitivas subjacentes da pessoa afetam seu estado afetivo e padrão comportamental.*
- 6) *Através da terapia psicológica um paciente torna-se ciente de suas distorções cognitivas.*
- 7) *A correção desses construtos disfuncionais falhos pode conduzir a uma melhora clínica.”*

Beck propôs um conjunto de normas e avaliações para o sistema de psicoterapia. Uma versão condensada é como se segue: (a) deve haver evidência empírica para apoiar os princípios subjacentes à terapia, que devem articular-se com a teoria do modelo cognitivo, (b) a eficácia do tratamento deve ter suporte empírico, através das realizações de estudos empíricos, para testarem a eficácia da terapia e (c) a construção de uma abrangente teoria da psicopatologia que estivesse articulada com a abordagem psicoterapêutica, incluindo, portanto, "uma teoria sustentável da personalidade e do processo de mudança" (Beck, 2005; Beck, 1993).

Para que uma abordagem psicoterápica possa ser identificada como participando do grupo de terapias cognitivas, é necessário que ela apresente três suposições fundamentais em seu escopo teórico: primeiro, que a atividade cognitiva influencia o comportamento; segunda, que a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e terceira, que o comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva (Dobson & Scherrer, 2004; Beck *et al.*, 1997). Portanto, as abordagens

denominadas terapias cognitivas partilham da premissa básica de que existe um processo interno de cognição, e também de que a mudança de comportamento pode ser mediada por eventos cognitivos, sendo o comportamento utilizado não apenas como foco da intervenção, mas também como indicador indireto de mudança cognitiva (Dobson & Dozois, 2004; Beck & Alford, 2000)

A estratégia geral da terapia cognitiva pode ser diferenciada das outras escolas de terapia por sua ênfase na investigação empírica dos pensamentos automáticos, inferências, conclusões e pressuposições do paciente (Beck, 1997). Suas principais características são uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, resolução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck *et al.*, 1997; Beck, 1997). A terapia cognitiva difere das psicoterapias tradicionais (terapia psicodinâmica e a centrada no cliente) em dois aspectos importantes: na estrutura formal das entrevistas e nos tipos de problemas focalizados (Beck *et al.*, 1997; Beck, 1997).

2.3.2. Sistema de psicopatologia

A abordagem cognitiva original de psicopatologia baseou-se no modelo de processamento de informação. O modelo cognitivo de psicopatologia determina que o processamento de eventos externos ou estímulos internos é tendencioso e, por essa razão, distorce sistematicamente a construção da experiência individual que conduz a uma variedade de erros cognitivos (Beck, 2005).

Em seu artigo de 1963, é possível encontrar um esboço de uma teoria de psicopatologia:

“While each nosological category showed a distinctive thought content, the differences in terms of the processes involved in the deviant thinking appeared to be quantitative rather than qualitative. These findings suggest that a thinking disorder may be common to all types of psychopathology. By applying this concept to psychiatric classification, it would be possible to characterize the specific nosological categories in terms of the degree of cognitive impairment and the particular content of the idiosyncratic cognitions” (Beck, 1963.p.331).

Em complementação a este artigo de 1963, Beck escreveu o artigo intitulado *“Thinking and Depression: II – Theory and Therapy”* (Beck, 1964), no qual apresenta, pela primeira vez, sugestões teóricas para a construção de uma psicoterapia – a Terapia Cognitiva de Aaron Beck.

Beck & Haigh (2014) questionam o que transformaria reações adaptativas normais em distúrbios. Como resposta, apresentam:

“We believe that the cause is faulty information processing. Information processing is not necessarily veridical. When information processing provides faulty information, other systems (e.g., affective, motivational, behavioral) no longer function in an adaptive way. Errors can result in other cognitive biases (e.g., interpretation, attention, memory), excessive or inappropriate affect, and maladaptive behavior. An erroneous or exaggerated interpretation of threat, for example, will result

in inappropriate or excessive anxiety and avoidance (Beck & Haigh, 2014. p.4).

Quando o indivíduo está se adaptando bem às situações da vida, a capacidade de funcionar em seus vários papéis não é prejudicada por erros no pensamento, o sofrimento emocional não é desproporcional quando comparado aos problemas realistas, e as estratégias comportamentais facilitam, em vez de impedir a realização dos objetivos pessoais. Quando a ativação desses sistemas de adaptação é desproporcional aos eventos de vida, então vários níveis de problemas psicológicos são experienciados, culminando com transtornos diagnosticáveis. Distúrbios psicológicos como a depressão ou as várias desordens de ansiedade representam um exagero destas funções adaptativas normais (Beck & Haigh, 2014).

A teoria cognitiva sugere, portanto, que a psicopatologia é caracterizada pela ativação de crenças disfuncionais próximos, significados e as memórias que operam em coordenação com afeto, motivação, comportamento e respostas fisiológicas. Diferentes condições psicopatológicas estão associadas com polarizações específicas que influenciam a forma como um indivíduo incorpora e responde a novas informações (Beck & Dozois, 2011; Beck, 1997). Para Beck, os problemas psicológicos podem ser resolvidos corrigindo concepções falsas, aguçando discriminações e aprendendo atitudes mais adaptativas (Kerbaux, 1983).

Beck sugeriu que estas atitudes disfuncionais estão embutidas dentro das estruturas cognitivas ou esquemas, no sistema de atribuição de significado e, portanto, têm qualidades estruturais, tais como a estabilidade e densidade como bem como limiares e níveis de ativação. O grau de saliência (ou "energia") dos esquemas depende da intensidade de uma experiência negativa e o limiar para ativação em um determinado

momento (sucessivas experiências estressantes, por exemplo, podem diminuir o limiar. Quando os esquemas são ativados por um evento ou uma série de eventos, eles distorcem o sistema de processamento de informações que, em seguida, direciona recursos de atenção para estímulos negativos e traduz uma experiência específica em uma interpretação distorcida negativa.

2.3.3. Modelo de vulnerabilidade (diátese-estresse)

Uma hipótese essencial do modelo cognitivo tem sido a noção de que certas crenças constituem uma vulnerabilidade a distúrbios emocionais, como os transtornos de ansiedade. Modelos de diátese-estresse foram propostos para explicar o início do transtorno em termos de uma interação entre eventos de vida negativos e uma diátese de vulnerabilidade preexistente. Um evento ou situação de vida é avaliado como uma ameaça potencial à sobrevivência do sujeito, podendo ativar uma vulnerabilidade subjacente que levará a um estado de ansiedade (Beck & Clark, 2010; Beck; 2008).

Por exemplo, se um indivíduo apresenta uma vulnerabilidade cognitiva a temas de perda e fracasso, as consequências emocionais e comportamentais incluirão tristeza, um senso de desesperança e isolamento social, conforme encontrado na depressão. Se outros indivíduos apresentam crenças relacionadas com perigo, a ansiedade prevalece e predispõe ao estreitamento da atenção à percepção de ameaça, a realizar interpretações catastróficas de estímulos ambíguos ou mesmo neutros e a se envolver em “comportamentos de segurança” disfuncionais; eles serão impelidos a buscar escapismos ou evitar o risco mal-percebido de rejeição, vergonha ou morte.

Os vieses orientados ao perigo – que ocorrem automaticamente e não estão necessariamente sob controle consciente – são encontrados em todas as fases do

processamento de informações (percepção, interpretação e lembrança) e em todos os transtornos de ansiedade. Em pacientes com vulnerabilidade a temas de humilhação, injustiça ou algo relacionado, a raiva será o tom, e uma reação comportamental retaliatória poderia ser justificada como autodefesa.

Cada transtorno de personalidade também é caracterizado por um conjunto específico pessoal de conteúdos cognitivos disfuncionais, tais como deficiência, abandono, dependência ou necessidade de tratamento especial, que constituem a vulnerabilidade cognitiva do indivíduo. Quando ativados por eventos externos, drogas ou fatores endócrinos, esses esquemas tendem a causar um viés no processamento de informações e produzem o conteúdo cognitivo típico de um determinado transtorno, com sua própria constelação cognitiva e conjunto idiossincrático de crenças. O modelo de vulnerabilidade à depressão de Beck foi refinado para sugerir que as crenças que predis põe à depressão poderiam ser diferenciadas dependendo de a personalidade do paciente ser primariamente autonômica ou sociotrópica. Indivíduos autonômicos teriam maior probabilidade de se tornar deprimidos em decorrência de uma situação de ameaça à autonomia (por exemplo, uma percepção de falha pessoal) do que em decorrência de uma situação sociotrópica (por exemplo, perda de uma relação), e o contrário seria verdadeiro para indivíduos sociotrópicos (Knapp & Beck, 2008).

O modelo cognitivo postula três conceitos considerados nucleares para a compreensão e desenvolvimento da terapia cognitiva: esquemas, distorções cognitivas e tríade cognitiva (no caso do modelo cognitivo da depressão). São estes que apresentaremos adiante.

2.4. Conceitos importantes na TC: esquemas, pensamento automático, crenças, distorções cognitivas e tríade cognitiva

Os parágrafos seguintes são algumas observações sobre modificações conceituais na terapia cognitiva nas últimas décadas. No artigo intitulado “*Thinking and Depression: I – Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions*” (Beck, 1963) o autor procura determinar a prevalência de pensamentos disfuncionais entre pacientes deprimidos e delinear as características desses pensamentos. Este texto é de suma importância para a teoria e terapia cognitiva, pois encontra-se neste a definição de diversos construtos nucleares à TC. Nele, por exemplo, são expostos os conteúdos temáticos cognitivos, os tipos de distorções cognitivas, as características cognitivas da depressão e a relação entre pensamento e afeto.

Beck explicou que o significado do termo “cognição” empregado é: “*The term cognition is used in the present treatment to refer to a specific thought, such as an interpretation, a self-command, or a self-criticism. This term is also applied to wishes (such as suicidal desires) which have a verbal content*” (Beck, 1963, p.38). Beck e Alford (2000), definem cognição como “*aquela função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos futuros*” (p.23).

Beck aponta que pacientes deprimidos apresentam certas representações cognitivas em comum, encontrados nas verbalizações emitidas pelos pacientes: baixa auto-estima, culpa, ideias de privação, excesso de responsabilidade, auto-instrução e desejo de fuga e suicídio. A característica fundamental das cognições com estes conteúdos foi que elas representavam distorções da realidade em diversos graus. Desta forma, pode-se compreender que o conceito de “distorção cognitiva”, em 1963, é definido como um erro sistemático de interpretação da realidade, sendo que este erro é

idiossincrático ao sujeito, podendo variar seu grau de distorção. Beck aponta as seguintes distorções cognitivas (que serão analisadas em momento posterior do texto): interpretação arbitrária, abstração seletiva, generalização e maximização ou minimização.

Com relação ao conceito de pensamentos automáticos, não há ainda, neste texto, uma definição clara e objetiva, sendo este explicado como pensamentos involuntários, que surgem independente da situação vivenciada ou da vontade do paciente (Beck, 1963).

2.4.1. Esquemas

Sobre o conceito de esquema, observa-se, em 1963, uma discreta definição sobre este: padrões cognitivos idiossincráticos (Beck, 1963). Já em 1964, no artigo intitulado “*Thinking and Depression: II – Theory and Therapy*”, utiliza-se, pela primeira vez, o conceito de esquema como “estrutura cognitiva idiossincrática”, definido como:

“...relatively stable cognitive structures which channel thought processes, irrespective of whether or not these are stimulated by the immediate environmental situation. When a particular set of stimuli impinge on the individual, a schema relevant to these stimuli is activated. The schema abstracts and molds the raw data into thoughts or cognitions” (Beck, 1964.p.562).

O conceito de esquema tem sido utilizado para descrever estruturas que integram eventos e atribuem significados a eles. No século XX, sua história pode ser considerada relativamente longa, já sendo estudado na década de 1920, com Piaget, e na década de

1930, com Bartlett (Beck & Haigh, 2014; Beck, Freeman & Davis, 2005). O conteúdo dos esquemas ancora-se com relacionamentos pessoais, como atitudes em relação a si mesmo e aos outros e com categorias interpessoais (objetos concretos ou abstratos) (Beck *et al.*, 2005).

Becket *al.* (1997), no livro “Terapia Cognitiva da Depressão”, definem esquema como:

“Um indivíduo presta atenção seletivamente a estímulos específicos, os combina em um padrão, e conceitua a situação (...) Padrões cognitivos relativamente estáveis formam a base da regularidade das interpretações de um conjunto específico de situações. O termo esquema designa estes padrões cognitivos”
(Beck, 1997.p.11).

Os esquemas constituem a base cognitiva para o indivíduo extrair, diferenciar e codificar os estímulos que confrontam o indivíduo e é a partir desse processamento que ele consegue categorizar e avaliar suas experiências. Ao ordenar as experiências de vida, as pessoas precisam determinar o que é importante, interpretá-las corretamente e responder apropriadamente. O papel dos esquemas é processar situações de estímulo do cotidiano, a fim para dar um sentido e, dependendo do conteúdo, envolver outros sistemas, tais como os sistemas afetivo, motivacional e fisiológico (Beck & Haigh, 2014).

Eles são estruturas cognitivas subjacentes que organizam a experiência do paciente e que podem formar a base para situações individuais de tendências ou distorções (DeRubeis, Tang & Beck, 2006). São considerados construtos hipotéticos

latentes, visto que não é possível observá-los diretamente, mas que podem ser inferidos, pois os seus conteúdos são expressos nas atitudes, valores e pensamentos dos indivíduos. Um esquema pode ficar inativo por longos períodos de tempo, mas pode ser energizado por estímulos ambientais específicos. Quando ativados diante de situações específicas, os esquemas determinam diretamente o modo como a pessoa responde a elas.

Os esquemas são adquiridos precocemente no desenvolvimento, agindo como “filtros” pelos quais as informações e experiências atuais são processadas. Essas crenças são moldadas por experiências pessoais e derivam da identificação com outras pessoas significativas e da percepção das atitudes das outras pessoas em relação ao indivíduo. O ambiente da criança facilita a emergência de tipos particulares de esquemas ou tende a inibi-los. Os esquemas de indivíduos bem ajustados permitem avaliações realistas, ao passo que os de indivíduos mal ajustados levam a distorções da realidade, que, por sua vez, geram um transtorno psicológico (Knapp & Beck, 2005; Beck & Alford, 2000)

Os esquemas possuem qualidades estruturais adicionais, como a amplitude (estreita, moderada ou ampla), flexibilidade/rigidez (sua capacidade de modificação) e densidade (relativa proeminência na organização cognitiva). Outra maneira de descrever os esquemas é através de sua valência ou nível de ativação/latência. Quando os esquemas estão latentes, eles ficam inativos pois não são relevantes para a situação imediata e não participam do processamento de informação, não extraem, diferenciam e codificam os estímulos do ambiente. Quando estão em estado de hipervalência, ou seja, ativados, uma situação relevante acontece e eles canalizam o processamento cognitivo do estágio mais inicial até o final (Beck & Haigh, 2014; Pretzer & Beck, 2010; Knapp & Beck, 2005).

2.4.2. Pensamentos Automáticos e Crenças

A terapia cognitiva identifica e trabalha com três níveis de cognição: (a) pré-consciente, o não-intencional, automático (pensamentos automáticos); (b) o nível consciente; e (c) o nível metacognitivo, que inclui respostas realistas ou adaptativas (Beck & Alford, 2000).

Os pensamentos automáticos são espontâneos e fluem em nossa mente a partir dos acontecimentos do dia-a-dia, independente de deliberação ou raciocínio, sendo uma interpretação imediata de qualquer situação. Estes pensamentos são comuns a todas as pessoas, não existindo apenas em pessoas angustiadas ou com sintomas (Beck, 1997). São distintos do fluxo normal de pensamentos observado no raciocínio reflexivo ou na livre associação, sendo ativados por eventos externos e internos, aparecem na forma verbal ou imagem mental e são aceitos como verdadeiros e acurados. É o nível mais superficial da nossa cognição (Knapp & Beck, 2008; Beck, 1976). A maioria das pessoas não está imediatamente consciente da presença de pensamentos automáticos, a não ser que estejam treinadas para monitorá-los e identificá-los (Beck & Alford, 2000). De acordo com Beck, “é tão possível perceber um pensamento, focar nele e avaliá-lo, como é possível identificar e refletir sobre uma sensação como a dor”. Os pensamentos automáticos usualmente são bastante breves, e o paciente com frequência está mais consciente da emoção que sente em decorrência deste pensamento automático (Beck, 1997).

O termo crença é usado como um rótulo genérico para representar uma variedade de construções relacionadas com o esquema tal como suposições, expectativas, medos, regras e avaliações influenciam memórias e associações. São representações abstratas do conteúdo do esquema (exemplo: suposições, expectativas, medos, regras e avaliações) (Beck & Haigh, 2014). As crenças intermediárias

correspondem ao segundo nível de pensamento e não são diretamente relacionadas às situações, ocorrendo sob a forma de suposições ou regras. Derivam e reforçam as crenças centrais. As crenças centrais constituem o nível mais profundo da estrutura cognitiva e são compostas por ideias absolutistas, rígidas e globais que um indivíduo tem sobre si mesmo. São ideias e conceitos a respeito de nós mesmos, das pessoas e do mundo. São aceitas passivamente, sem grandes questionamentos, mantidas e reforçadas sistematicamente (Rangé, 2001). As crenças nucleares são nossas ideias e conceitos mais enraizados e cristalizados acerca de nós mesmos, dos outros e do mundo, são constituídas desde as nossas experiências ainda na infância e se solidificam e se fortalecem ao longo da vida, moldando desta forma a maneira de ser e agir do ser humano. O que não é modificado ou corrigido em fase desadaptativa, tratando-se de crenças disfuncionais, pode chegar à fase adulta como verdades absolutas (Knapp, 2004).

Judith Beck (1997) propõe que, as crenças centrais disfuncionais podem ser divididas em três grupos:

1. Crenças nucleares de desamparo (*Helplessness*): Crenças sobre ser impotente, frágil, vulnerável, carente, desamparado, necessitado.
2. Crenças nucleares de desamor (*Unlovability*): Crenças sobre ser indesejável, incapaz de ser gostado, incapaz de ser amado, sem atrativos, rejeitado, abandonado, sozinho.
3. Crenças nucleares de desvalor (*Unworthiness*): Crenças sobre ser incapaz, incompetente, inadequado, ineficiente, falho, defeituoso, enganador, fracassado, sem valor.

As crenças também podem ser caracterizadas pelo seu grau de polarização. Crenças tendenciosas variam de adaptável a má adaptação, de subclínica a clínica, e de leve a grave em casos extremos. A progressão de funcional para uma tendência

disfuncional pode ocorrer com uma interação entre erros cognitivos de vulnerabilidade para a ocorrência de uma situação de estímulo que corresponde à vulnerabilidade (Beck & Haigh, 2014). Essa variação pode ser observada quando se compara a dificuldade de modificar crenças em pacientes do Eixo 1 com pacientes do Eixo 2. Os indivíduos com transtornos de personalidade possuem crenças centrais que são mais negativas do que positivas, apresentando em forma de aglomerado que se interliga, fazendo que uma crença se apoie na outra, dificultando suas modificações (Beck, 1997).

2.4.3. Distorções Cognitivas

Durante o processo terapêutico, outra perspectiva é oferecida ao paciente sobre o seu raciocínio. Ele aprende que os indivíduos estão sujeitos a vários “tipos” de erros de pensamento, que ocorrem com maior frequência durante episódios afetivos. Esses erros ou distorções cognitivas conceitualizam-se como os erros sistemáticos ou lógicos do pensamento que mantém a crença do paciente na validade das suas concepções, apesar da presença das evidências contraditórias (DeRubeis, Tang & Beck, 2006). Como supracitado, Beck identificou a presença de um funcionamento cognitivo distorcido nos primeiros textos sobre Terapia Cognitiva (Beck, 1963;1964). Nestes textos, Beck descreve as distorções cognitivas como erros sistemáticos, representando diferentes graus de distorção da realidade que podem ser categorizados de acordo com as formas pelas quais elas desviam o pensamento lógico ou realista.

Essa categorização ou rótulos dados a esses erros têm uma função heurística, lembrando ao paciente as maneiras pelas quais seu pensamento em dado momento pode estar errado. Os tipos de distorções podem ser classificados como paralogical (inferência arbitrária, abstração seletiva e hipergeneralização), estilística (exagero) ou

semântica (rotulagem inexata) (Beck, 1963;1964). Quando se identifica um erro, o paciente pode simplesmente rejeitar a inferência que levou ao erro, ou utilizar as técnicas analíticas mais gerais para questionar a validade da inferência (DeRubeis, Tang & Beck, 2006).

No livro “Terapia Cognitiva da Depressão” (Beck *et al.* 1997), existe a seguinte categorização de distorções cognitivas, tratadas como *processamento falho de informação*:

1. *“Inferência arbitrária (um conjunto de respostas): processo de extrair uma conclusão específica na ausência de evidências para apoiar a conclusão, ou quando as evidências são contrárias à conclusão.*
2. *Abstração seletiva (um conjunto de estímulos): processo de focalizar um detalhe extraído do contexto, ignorar outras características mais salientes da situação e conceituar a experiência toda com base neste fragmento.*
3. *Hipergeneralização (um conjunto de respostas): refere-se ao padrão de extrair uma regra geral ou conclusão com base em um ou mais incidentes isolados e aplicar o conceito indiscriminadamente a situações relacionadas e não relacionadas.*
4. *Magnificação e minimização (um conjunto de respostas): erros de avaliação da importância e magnitude de um evento que são tão grosseiros a ponto de constituir uma distorção.*

5. *Personalização (um conjunto de respostas): propensão do paciente a relacionar eventos externos a si próprio, quando não há qualquer base para estabelecer tal conexão.*
6. *Pensamento dicotômico absolutista (um conjunto de respostas) tendência a colocar todas as experiências em uma entre duas categorias opostas; por exemplo, perfeito ou defeituoso, bom ou mal. Assim, o paciente seleciona a categorização negativa extrema”.*

2.4.4. Tríade Cognitiva

A tríade cognitiva é um conceito elaborado a partir do modelo cognitivo da depressão, consistindo em esquemas auto-referentes caracterizados por “*três padrões cognitivos maiores que induzem o paciente a considerar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de uma forma idiossincrática*” (Beck, 1997.p.10). Observou-se um fenômeno comum na depressão, que é a representação dos três domínios: si mesmo (*self*), mundo exterior e futuro. Na depressão, esses domínios se caracterizam pela presença de conteúdos e temas negativos e disfuncionais. Sendo assim, na esfera do “*self*”, o conteúdo é uma visão negativa de si mesmo e das suas experiências, que leva os indivíduos a sentirem que lhes falta algo para serem felizes, úteis, etc. - o que exprime ideias de desvalorização. Na esfera do “mundo exterior”, o conteúdo é uma apreciação negativa do ambiente, que sentem como demasiado exigente e com obstáculos intransponíveis- o que exprime ideias de fraqueza. E quanto ao “futuro”, conteúdo é uma visão negativa “do que há de vir”, pelo que se sente desesperança, acreditando que o seu sofrimento não acabará - o que exprime ideias de pessimismo.

Assim, o conteúdo negativo desta Tríade Cognitiva está organizado em esquemas negativos disfuncionais, que podem estar relativamente adormecidos no período não depressivo, mas que se tornam progressivamente mais ativos, na medida em que a depressão se precipita e desenvolve (Beck *et al.*, 1997).

O modelo cognitivo foi inicialmente construído para explicar os processos na depressão. Desta forma, através da observação sistemática de sintomas depressivos, diversos construtos foram desenvolvidos, entre eles o conceito de Tríade Cognitiva. Entretanto, não foi encontrada referência *explícita* deste conceito para explicar outros transtornos mentais (Beck, 2005; 2012). Numa revisão bibliográfica acerca do tema, um artigo de 1989 intitulado “*Depression Versus Anxiety: A Test of the Content-Specificity Hypothesis*” (Greenberg & Beck, 1989) discute a diferença entre pacientes deprimidos e ansiosos a partir das diferentes representações cognitivas do *self*, do mundo e do futuro. A teoria de Beck prevê que os indivíduos deprimidos e ansiosos podem ser distinguidos com base no *conteúdo* dessas representações (Beck, 1989). Essa ideia é encontrada no texto de 1963 sobre a classificação psiquiátrica, cuja caracterização das categorias nosológicas específicas aconteceriam em termos de grau de comprometimento cognitivo e conteúdo específico das cognições idiossincráticas (Beck, 1963).

2.5. Transtorno de Personalidade

A personalidade é um dos construtos cognitivos de maior complexidade devido ao seu caráter tão multifacetado. Ressalta-se que a teoria cognitiva indicou uma importante direção no desenvolvimento adicional e abrangente da teoria da

personalidade. Em Beck e Alford (2000), encontra-se a seguinte definição de personalidade:

“personalidade é o termo que aplicamos a padrões específicos de processos sociais, motivacionais e cognitivo-afetivos, cujos estudos individuais consistem as diferentes áreas de especialização de pesquisa psicológica [...] a formulação acima expressa uma visão um tanto nova de quais elementos devem ser incluídos em uma conceitualização científica contemporânea de personalidade como um constructo unificador ou organizador para o comportamento humano complexo”. (p 32).

Beck *et al.* (2012) sugeriram que os processos cognitivos, afetivos e motivacionais são determinados pelos esquemas idiossincrásicos que constituem os elementos básicos da personalidade.

Em geral, pacientes apresentam transtornos cujas apresentações clínicas podem ser um pouco enganosas em virtude da prática de insistir em fixarem diagnóstico único ou principal. Porém, muitas pesquisas indicam que a maioria das pessoas apresenta, pelo menos, duas ou três comorbidades mentais associadas, categorizando-se em múltiplos diagnósticos (Beck, 1992). O tratamento de cada transtorno necessita de competências diferenciadas, o que implica em dizer que as estratégias e técnicas cognitivas utilizadas em transtornos clínicos leves e moderados não podem ser empregadas de maneira semelhante nos casos graves (Beck, 2000). Um número crescente de diferentes transtornos e transtornos mais graves são tratados, atualmente, com terapia cognitiva (Butler, Brown, Beck & Grisham , 2002; Butler *et al.*, 2006; Beck, 2000; Beck, 1997; 1998; Stuart *et al.*, 1997).

Grande parte do interesse renovado nos transtornos de personalidade decorre de pesquisas que demonstram que um diagnóstico de transtorno de personalidade é um bom preditor de má resposta ao tratamento psicológico e farmacológico por parte de pacientes com transtornos de ansiedade (Beck, 1994). Diversos estudos têm encontrado altas taxas de diagnóstico de transtorno de personalidade entre os pacientes com transtornos do Eixo I (transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada) (Beck, 1994; Beck *et al.*, 2001).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) o traço de personalidade é um padrão persistente de perceber, relacionar-se se com e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo, que se manifesta em vários contextos sociais e pessoais. Quando inflexíveis e desadaptativos, causam mal-estar subjetivo e prejuízo funcional significativo, caracterizando assim um transtorno de personalidade. Freeman e Beck (1990) desenvolveram uma teoria da personalidade que integra os quatro componentes fundamentais da personalidade (cognição, emoção, motivação e comportamento) para explicar o desenvolvimento, manutenção e curso das patologias da personalidade. Neste sistema, a personalidade é uma estrutura relativamente estável da cognição, afeto e motivação que representa a seleção, interpretação e manifestação das respostas comportamentais e emocionais, individualmente determinadas, principais características do meio ambiente. Eles explicam que as predisposições genéticas e às experiências ambientais se combinam para formar esquemas.

A teoria cognitiva propõe que as crenças relacionadas aos transtornos de personalidade perpetuam os comportamentos desses transtornos (Beck *et al.*, 2001). Esses são explicados por esquemas negativos e disfuncionais que se desenvolvem cedo como estratégias de adaptação à vida e produzem julgamentos tendenciosos e erros cognitivos de forma consistente e em todos os aspectos da vida do indivíduo. (Beck,

1998). A combinação dessas estratégias promovidas pelo processamento de informações disfuncional e crenças negativas sobre o *self*, os outros e as relações interpessoais gera afetos e influências motivacionais que estreitam os tipos de resposta do indivíduo diante das situações vivenciadas por ele. (Beck & Freeman, 1990; Beck, 1998).

As estruturas que estariam na base da personalidade têm características como amplitude (estreitos ou amplos), flexibilidade ou rigidez (capacidade de modificação), e densidade (destaque na organização cognitiva) e valência (grau em que são energizados) (Martins, 2010; Butler *et al*, 2002). Pode-se afirmar que os esquemas nos transtornos de personalidade, seriam amplos, rígidos, densos e hipervalentes. Uma vez hipervalentes, os esquemas são facilmente ativados, mesmo que o estímulo seja inócuo. Esses esquemas inibem outros esquemas mais adaptativos ou mais apropriados e introduzem um viés sistemático no processamento da informação (Beck & Davis, 2005).

Apesar da semelhança entre os esquemas dos transtornos de personalidade e os das síndromes do Eixo 1, os primeiros operam sobre o processamento de informação em uma base mais contínua. Um esquema no transtorno de personalidade será ativado quase sempre e será parte do processamento da informação, normal e cotidiano, do indivíduo. A partir de semelhanças descritivas, os transtornos de personalidade são divididos em três grupos. O grupo A compreende os transtornos da Personalidade Paranóide, Esquizóide e Esquizotípico. No grupo B estão os transtornos Anti-Social, Borderline, Histriônico e Narcisista. Por fim, o grupo C compreende os transtornos da Personalidade de Esquiva, Dependente e Obsessivo-compulsivo (APA, 2002).

No livro “Terapia Cognitiva para os Transtornos de Personalidade”, Beck *et al* (2012) publicou uma lista de crenças disfuncionais as que foram associadas a transtornos de personalidade específicos. Essas crenças foram derivadas de

conceituações individualizadas dos problemas do paciente e na geração, implementação e avaliação de estratégias de tratamento com base nas conceituações de caso. A avaliação de crenças é um componente importante da terapia cognitiva dos transtornos de personalidade. Crenças disfuncionais formam o componente central das conceituações cognitivas, sendo o principal alvo de intervenção. Quando identificadas corretamente, as principais crenças disfuncionais refletem um ou mais temas conceituais que ligam o paciente à sua história de desenvolvimento, estratégias compensatórias e reações disfuncionais à atual situação de vida do paciente (Bhar, Beck & Butler, 2012, Butler, Brown, Dahlsgaard, Newman & Beck, 2001). Além disso, a avaliação de tais crenças também pode ter uma função diagnóstica. A identificação de tais crenças indiscutivelmente forma um importante acréscimo na fonte de dados para o diagnóstico diferencial de transtornos de personalidade listada no manual nosológico do “*Diagnostic and Statistical Manual-IV-texto revisado*” (DSM-IV-TR), o qual consiste na apresentação descritiva dos transtornos, utilizando, principalmente indicadores comportamentais disfuncionais (descrição fenomenológica) do indivíduo para determinar o diagnóstico de transtorno de personalidade (Bhar, Beck & Butler, 2012; Beck *et al.*, 2001).

2.6. A Relação Terapêutica

A psicoterapia é um processo complexo que ocorre em um contexto interpessoal entre terapeuta e paciente, cujo trabalho visa à aquisição de autoconhecimento e de mudanças (Shinohara, 2012). Na terapia cognitiva, o paciente é considerado uma parte ativa do próprio processo de mudança, sendo que a efetividade deste processo vai ser

influenciada por inúmeros fatores, entre eles, a relação terapêutica (Beck, Freeman & Davis, 2005).

Atualmente, as qualidades e habilidades do terapeuta são reconhecidas como fatores representativos na evolução do processo, cuja utilização encontra-se também na finalidade de mobilizar o paciente na busca de ajuda e expectativa de alívio, constituindo um importante instrumento terapêutico. Desta forma, a relação terapêutica vem ganhando importante espaço de reconhecimento em psicoterapia cognitivo-comportamental.

A TC fez uma contribuição significativa para a nossa compreensão da relação terapêutica, que está entre os focos de estudo das psicoterapias integrativas (Goldfried, 1980). Conceitualiza-se relação terapêutica como um *empirismo colaborativo*, em que o terapeuta trabalha em conjunto com o paciente. Em Beck e Alford (2000), afirmam que:

“Diferentemente das tecnologias médicas, as práticas terapêuticas devem ser teoricamente consistentes se um terapeuta quiser administrar intervenções de uma maneira que facilite a colaboração e a autorização do paciente. Esta colaboração permite que o terapeuta entre no mundo do paciente, usando a linguagem e o contexto cultural deste, enquanto compartilha a perspectiva cognitiva. Desta maneira, a terapia cognitiva permite que a pessoa (através de exercícios para casa conjuntamente desenvolvidos) teste a teoria cognitiva no contexto de seu ambiente natural e de seu sistema de crenças.” (p.22)

O terapeuta atua como um processador da informação, levando o paciente a realizar um diagnóstico e a iniciar uma terapia segundo as categorias mentais que

possui. O clínico não é de forma nenhuma um ser asséptico, mas constrói as suas próprias teorias da mesma forma que o fazem os seus pacientes (Caro, 1988). Beck e Alford (2000) afirmam que o terapeuta cognitivo deve oscilar entre dois estados: em alguns momentos, ele deve apresentar uma empatia compreensiva para envolver o estado construtivista do paciente; em outros momentos, sua postura deverá levar o paciente a focalizar mais no que está acontecendo (realidade), buscando mais informação e criando outras explicações para o evento analisado.

O papel do terapeuta para Beck é auxiliar o cliente a identificar seus pensamentos distorcidos e aprender maneiras mais realistas de formulá-los. Atribui a aceitação fácil dessa premissa por parte do paciente à sua experiência anterior em corrigir interpretações errôneas. O paciente estaria aplicando as mesmas técnicas de resolução de problemas que anteriormente empregou em sua vida (Kerbaux, 1983). O objetivo da terapia para Beck é desenvolver padrões de pensamentos mais adaptativos. Supõe que, conhecendo como aborda os problemas emocionais, o homem mude de perspectiva sobre ele próprio e seus problemas, vendo-se, não mais como uma criatura sem esperanças, mas como uma pessoa capaz de corrigir ou reaprender noções. (DeRubeis, Tang & Beck, 2006; Kerbaux, 1983).

No livro “A Terapia Cognitiva da Depressão”, Beck apresenta as características gerais que o terapeuta deve apresentar para facilitar a aplicação da terapia cognitiva, entre elas: cordialidade, empatia acurada e autenticidade (Beck *et al.*, 1997; Caro, 1988). De maneira prática, um terapeuta cognitivo:

- Rebate e desafia intelectualmente o paciente.
- Toma como duvidosas (que devem provar-se), as afirmações dos pacientes.
- Confia, apesar de tudo, no paciente, em que pode conseguir a mudança dos seus próprios processos de raciocínio.

- Interessa-se pelo mundo privado do paciente, e confia que este vai poder aceder a ele, comunicá-lo, e conseqüentemente converte-o no material fiável com que trabalhará na terapia.

-Tenta converter a pessoa num cientista leigo, em alguém que pode e deve provar as suas afirmações.

Um dos erros mais comuns na TC é o afastamento muito rápido das emoções que são expressas em relação ao terapeuta ou à terapia. Isso impede de compreender melhor o paciente, pois essa expressão é uma rica oportunidade de compreender seus esquemas (funcionais ou disfuncionais), uma vez que a visão que o paciente tem do processo terapêutico é um recorte da maneira como ele lê e compreende as informações das experiências vivenciadas (Beck *et al.*, 2005).

2.7. O papel da emoção da Terapia Cognitiva

O modelo cognitivo supõe que a maioria dos transtornos psicológicos, origina-se no modo distorcido como cada um percebe os acontecimentos, e isso influencia o afeto e o comportamento. O que não significa que são os pensamentos que causam os problemas e sim, eles modulam e mantêm emoções disfuncionais que independem de sua origem. Para Beck, existe uma confusão em torno da importância da emoção na TE. Com freqüência, o termo “cognitivo” transmite a falsa impressão de um conjunto intelectualizado de regras que não consideram os sentimentos e as emoções humanas. Porém, ele aponta para a importância de projetar a abordagem para uma característica “humanista” e não “mecanicista” (Beck *et. al.*, 1997).

As emoções são fundamentalmente importantes para o terapeuta cognitivo, pois uma das metas da terapia cognitiva é o alívio do sintoma, uma redução no nível da aflição e angústia do paciente diante da modificação dos seus pensamentos disfuncionais (Beck, 1997). Um dos grandes equívocos disseminados sobre a terapia cognitiva é que ela não se focaliza nas experiências e nas expressões emocionais no tratamento clínico. Entretanto, ficar atento às emoções associadas aos pensamentos e crenças é necessário para entendimento da perspectiva do paciente. Em alguns casos, conhecer o estado emocional do paciente durante a ativação de crenças específicas pode ajudar a entender a manutenção dessas crenças. Se a conseqüente mudança de afeto é substancial e positiva, o paciente estará mais motivado a considerar a evidência incongruente com a crença desadaptativa (Beck & Alford, 2000).

Todos os componentes da relação terapêutica têm aspectos emocionais. A eficácia da relação terapêutica depende em grande parte da capacidade do paciente de experimentar e expressar seus sentimentos durante a sessão de terapia (Beck, 1997). Tanto o paciente quanto o terapeuta estão sujeitos a experienciar fortes reações emocionais um com o outro e com o processo da terapia durante o processo terapêutico (Beck *et. al.*, 2005).

A meta da terapia cognitiva é aliviar a dor emocional e os outros sintomas da depressão. É muito importante não apenas que os pacientes identifiquem suas emoções mas consigam nomeá-las corretamente e quantificar o grau de emoção que estão experimentando, pois desta forma, será possível testar as crenças que estão vinculadas àquela emoção (Beck, 1997).

2.8. Sistema de Modos

O início precoce da abordagem cognitiva para problemas psicológicos e distúrbios clínicos foi baseado em observações clínicas de distorções cognitivas na depressão. A ativação de certos esquemas cognitivos idiossincráticos representava o problema central na depressão e poderiam ser apontados como tendo um papel primário na produção de vários sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais. Beck propôs que intervenções voltadas para modificar as interpretações e previsões disfuncionais poderiam melhorar o transtorno clínico (Beck *et al.*, 1997, Beck, Freeman & David, 2005; Beck & Clark, 2012).

Todavia, o modelo cognitivo de Beck não conseguiu explicar completamente muitos dos fenômenos e conclusões experimentais (Beck, 2012). Uma quantidade de problemas psicológicos não é adequadamente considerada pelo modelo do processamento esquemático linear desenvolvido no modelo original (pensamento-emoção-comportamento). Beck (2012) aponta onze problemas que dificultavam a explicação do modelo cognitivo tradicional:

- 1) Os sintomas eram múltiplos e relacionavam-se com os diferentes aspectos cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais;
- 2) Presença de uma organização complexa em reações psicológicas intensas, evidenciando a existência de um viés esquemático em vários domínios;
- 3) A descoberta de uma vulnerabilidade específica para estressores específicos que são congruentes com um transtorno particular;
- 4) A variedade de reações psicológicas tidas como normais que são evocadas por muitas situações da vida;
- 5) A ligação entre estrutura, função e conteúdo na personalidade;

- 6) Variedade quanto à intensidade de reações específicas de um indivíduo frente à diversidade de circunstâncias vividas;
- 7) Recorrência sucessiva de um transtorno (exemplo: depressão) disparadas por situações menos intensas;
- 8) Enfraquecimento dos sintomas tanto por farmacologia quanto por psicoterapia;
- 9) Continuidade de muitos fenômenos psicopatológicos com a personalidade;
- 10) Relevância do modelo de humores normais;
- 11) Relacionamento entre processamento da informação consciente e o não-consciente.

Estas observações evoluíram de um modelo conceitual de depressão em que crenças eram incorporadas dentro de estruturas cognitivas definidas como esquemas, desempenhando um papel central no desenvolvimento da depressão e outros distúrbios (Beck & Haigh, 2014). Para dar conta das características complexas da depressão expressa plenamente, Beck propôs um modelo cognitivo expandido denominado *sistema de modos* (Beck & Haigh, 2014, Beck, 2008).

Os modos são setores integrados ou subordinados da personalidade projetados para tratar de problemas específicos. Eles são uma rede de esquemas cognitivos, afetivos, motivacionais, comportamentais e fisiológicos, para explicar problemas como anedonia, perturbações do sono e do apetite, bem como transtornos cognitivos. Cada um desses sistemas (cognitivo-afetivo-motivacional-comportamental-fisiológico) tem uma função individual específica, mas combinados conseguem estabelecer estratégias coordenadas a um objetivo. Desta forma, cada um desses sistemas pode ser descrito separadamente ou em termos de suas combinações sincrônicas (Beck, 2012). A noção de energia pode explicar o fenômeno de ativação e desativação, de sensibilização e

dessensibilização. O conceito de carga de energia de esquemas é utilizado para explicar como um *modo* particular se torna mais ativo frente a situações de estímulos sucessivos, até que domine o funcionamento individual.

O sistema cognitivo é composto por uma variedade de estruturas cognitivas relevantes e é responsável pelas funções envolvidas no processamento de informação e atribuição de significado (seleção de dados, atenção, interpretação, memória e lembrança). O sistema emocional é parte integrante das estratégias psicobiológicas relacionadas com sobrevivência e procriação, produzindo vários estados de sentimentos e diversas combinações (tristeza, alegria, raiva), reforçando, desta forma, o comportamento adaptativo. Os sistemas motivacionais e comportamentais permitem que o organismo se mobilize automaticamente para a ação (ou inação). O termo motivação empregado aplica-se ao impulso involuntário automático e as inibições vinculadas às estratégias primitivas de sobrevivência. Embora sejam automáticos, eles podem ser colocados sob controle consciente em muitas circunstâncias. Por último, o sistema fisiológico está geralmente envolvido diante de um *modo* de ameaça que tenha sido ativado. Neste caso específico, o sistema fisiológico está intrinsecamente relacionado com os sistemas periféricos, como o sistema nervoso autônomo, motor e sensorial. Desta forma, são importantes por contribuírem tanto no impulso de fugir/lutar quanto na interpretação das reações físicas (“vou desmaiar”; “vou morrer”). O sistema de controle consciente é utilizado para construir metas e valores mais reflexivos, menos automáticos. Esse sistema é responsável pelo processamento de procedimentos, análise lógica de problemas e planejamento à longo prazo. Sua função mais importante está na avaliação das reações cognitivas básicas. Desta forma, é possível substituir os produtos cognitivos primitivos para um pensamento mais adaptativo, flexível e maduro. (Beck, 2012).

Como citado anteriormente, os *modos* podem do tipo *primitivo*. Esses modos particulares caracterizam-se pela orientação dada a objetos cruciais, tais como sobrevivência, segurança, proteção e são essencialmente de natureza reflexiva. Eles compreendem pensamentos primitivos, que contém viés de processamento, tais como abstração seletiva, as inferências dicotômicas e a supergeneralização (Beck, 2012).

A ativação desse modo (rede) produz os diversos fenômenos. Na formação do modo, no caso da depressão, por exemplo, as ligações entre os vários esquemas orientados negativamente tornam-se fortalecidos ao longo do tempo em resposta aos eventos interpretados negativamente. Isso significa que os esquemas cognitivos servem como centro para outros esquemas, através de uma comunicação contínua entre eles. Quando ocorre um evento estressante maior ou eventos que simbolizam uma perda de algum tipo, acionam-se os esquemas cognitivos que ativam outros esquemas (afetivos, motivacionais, etc.). Quando totalmente ativado, o modo torna-se relativamente autônomo e já não é tão reativo aos estímulos externos, isto é, eventos positivos não reduzem o pensamento negativo ou a mudança de humor.

Cada um dos transtornos clínicos pode ser descritos em termos de um *modo* específico, com propriedades idiossincráticas cognitivas, emocionais, motivacionais e comportamentais. Os sintomas são as manifestações das propriedades desses sistemas. Como dito anteriormente, o modelo de *modos* defende uma teoria adaptativa. Portanto, compreende-se que a natureza dos sintomas dos transtornos clínicos, embora disfuncionais, seja também adaptativa. No caso da depressão, a função do *modo* depressivo é a economia de recursos; no caso de transtornos ansiosos, a função é a imediata autopreservação.

3. CAPÍTULO 3: Jeffrey Young e a Terapia do Esquema

O capítulo anterior teve o objetivo de analisar conceitos e hipóteses da teoria psicopatológica de Aaron Beck; o presente capítulo analisará os mesmos aspectos relacionados à Terapia do Esquema de Young, preparando a discussão para o capítulo posterior, que fará a comparação entre as abordagens.

O impacto clínico do movimento cognitivo tem sido enorme. Porém, a ideia de que teria surgido um paradigma único e integrado não se tornou realidade. Ao invés disso, um grande número de formulações teóricas e práticas, todas afirmando serem terapia cognitiva tem sido desenvolvido. Ao redor de 1990, mas de 20 tipos diferentes de terapias cognitivas haviam sido identificadas (Beck & Haaga, 1992; James, 2001; Kellogg & Young, 2006; McGinn & Young, 2012; McGinn, Young, & Sanderson, 1995; Perris, 2000).

Nos últimos 30 anos, surgiram diversas abordagens em Terapia Cognitiva, atingindo vários graus de aplicação e sucesso (Kingdon & Dimech, 2008; P. Knapp & Beck, 2008; P. o. Knapp, 2004; Salkovskis, 2012). Essas diferentes abordagens compartilham bases comuns, embora haja consideráveis diferenças em princípios e procedimentos entre elas. Isso ocorre devido ao fato de que os pioneiros no desenvolvimento de intervenções cognitivo-comportamentais vêm de diferentes fundamentos teóricos (Falcone, 2006; Rangé, Falcone, & Sardinha, 2011). Por exemplo, ao passo que Aaron Beck e Albert Ellis tinham bases psicanalíticas, outros teóricos, como Meichenbaum, Goldfried e Mahoney, foram originalmente treinados em modificação do comportamento (Knapp & Beck, 2008).

Caro Gabalda (Rangé *et al.*, 2011) propõe uma classificação das terapias cognitivas em três diferentes tipos de modelo: de reestruturação cognitiva, cognitivo-

comportamentais e construtivistas. Recentemente, observa-se o crescimento de Terapias Cognitivas com proposta integrativa, as quais, além de apresentarem características pertencentes às três abordagens, somam-se preocupações pertinentes à importância da espiritualidade e das diferenças culturais (Norcross *et al.*, 2002).

Para Perris (Perris, 2000), houve um “alargamento” das terapias cognitivas para atender pacientes com patologias graves e com transtornos de personalidade, pois esses casos acabavam por não responder, de maneira satisfatória, ao tratamento de terapia cognitiva tradicional. Atualmente, todas as formas de psicoterapias disponíveis estão em contínuo desenvolvimento de suas técnicas de aplicação com o principal objetivo de lidar com novos tipos de pacientes e enfrentar novos problemas. Para ele, o processo de evolução das terapias é imprescindível para não produzir uma postura dogmática e, em última instância, seu possível desaparecimento.

Dentro desta perspectiva, outra distinção criada para denominar as diferentes abordagens é definida em “1ª geração” e “2ª geração” de terapias cognitivas. A distinção entre ambas as gerações ocorre na adaptação de três pontos importantes: **conceitual** - focaliza-se nas estruturas profundas e essenciais; mudança da visão *bottom-up* para a *top-down* - **estrutural** - mudança da duração, números e frequência de sessões - e de **processo** - grande importância dada à relação terapêutica que ganha destaque no processo de mudança do paciente (James, 2001; Perris, 2000). A Terapia do Esquema é um dos principais expoentes entre as abordagens pertencentes a esse novo paradigma, ou como citado acima, representante da 2ª geração de terapias cognitivas.

Os subcapítulos a seguir tratarão do desenvolvimento da Terapia do Esquema, dos conceitos centrais a esta abordagem:

3.1. Young E A Terapia Do Esquema

A Terapia do Esquema (TE) foi formulada por Jeffrey E. Young e colegas para ampliar e integrar os conceitos cognitivo-comportamentais tradicionais, apresentando uma proposta integradora dos conhecimentos derivados de vários sistemas teóricos, como a Terapia Cognitiva de Beck, o Construtivismo, a Gestalt Terapia, a Psicanálise, a Teoria do Apego e de relações objetais em um modelo conceitual rico e unificador (Cecero & Young, 2001; Lata K. McGinn & Young, 2012; L. K. McGinn *et al.*, 1995; Young, 2003; Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Sua primeira obra foi o livro *Cognitive Therapy for personality disorders*, publicado em 1990 (Young *et al.*, 2008). No mesmo ano, ele publicou (em conjunto com Brown) o *Young Schema Questionnaire* (Young *et al.*, 2008). Este instrumento é de grande utilidade clínica e de pesquisa, e já foi traduzido para muitos idiomas, inclusive para o português.

As informações biográficas que virão a seguir foram extraídas da entrevista cedida à Falcone e Ventura (E. M. d. O. Falcone & Ventura, 2008).

Jeffrey E. Young se formou em psicologia, pela Universidade da Pensilvânia, em 1979. Sua formação “pluralista” foi base para a criação da Terapia do Esquema. Seu primeiro contato com a Terapia Comportamental foi na graduação, quando participou de uma disciplina ministrada por Lazarus. Ao iniciar seu trabalho clínico, escolheu o programa de pós-graduação na Filadélfia, na Universidade da Pensilvânia, porque havia a disponibilidade de realizar treinamentos em diferentes tipos de psicoterapia, tendo a presença de pesquisadores importantes como Wolpe, Beck e Minuchin.

Seu primeiro treinamento foi no *Wolpe's Center*, cujo trabalho se especializava em atender pacientes com fobias e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Após o treinamento, Young foi trabalhar num Centro Comunitário de Saúde Mental cujo espaço

apresentava uma gama maior transtornos a serem tratados. Young tentou aplicar a abordagem comportamental, mas observou que o resultado não estava sendo suficiente para os pacientes que apresentavam outros problemas de saúde (pacientes que não eram diagnosticados com fobias ou TOC).

Neste ínterim, Young leu o livro de Aaron Beck “Terapia Cognitiva para problemas emocionais”, publicado em 1976. Seu interesse pela Terapia Cognitiva já se destacava, pois ele havia decidido escrever sua dissertação sobre Terapia Cognitiva e Solidão. Durante o doutorado, ele ministrou aulas para alunos do mestrado e utilizou como parte da bibliografia do curso, um livro de Aaron Beck. Ao saber que Young estava utilizando um livro de sua autoria no curso, Beck interessou-se por conhecê-lo. Neste encontro, Beck convidou-o para fazer o pós-doutorado no *Center for Cognitive Therapy*, da Universidade da Pensilvânia, assim que ele acabasse a dissertação. Posteriormente, Young se tornou diretor de pesquisa e treinamento do *Center for Cognitive Therapy*.

Ao sair do *Center for Cognitive Therapy*, ele iniciou sua prática clínica privada usando como abordagem terapêutica a Terapia Cognitiva. Entretanto, observou que a esta não era eficiente o bastante para todos os casos que apareciam. Diferente do *Center*, no qual pacientes passavam por uma triagem para serem atendidos aqueles com diagnóstico específico, na clínica privada, a demanda oferecia pacientes com transtornos variados – encontrou problema semelhante quando trabalhou no Centro Comunitário anos atrás. Eram pacientes inteligentes, que compreendiam os procedimentos, apresentavam uma participação colaborativa, mas não demonstravam melhora durante o tratamento.

A criação da Terapia do Esquema não sofreu influência apenas das experiências profissionais diversificadas de Young. Ele utilizou-se, também, de sua experiência

como “paciente” no processo terapêutico na criação dos alicerces desta nova abordagem. Seu primeiro terapeuta foi cognitivo. Para ele, sua terapia não funcionou porque o terapeuta não conseguia identificar o seu problema central, visto que não havia uma compreensão da relação entre suas cognições e os seus problemas de relacionamento. Em seguida, por indicação de um amigo, Young se submeteu à Gestalt Terapia. Nesta abordagem, conseguiu entender as dificuldades que ele tinha para se relacionar com as pessoas. Ele percebeu que o aprofundamento nas imagens precoces e em sentimentos e emoções eram ferramentas importantes no processo de mudança. Porém, depois de um tempo, Young verificou que identificar os motivos para seus problemas não era suficiente para solucionar os problemas. Ele fez mais uma tentativa, buscando um terapeuta psicodinâmico. Mas a postura passiva e silenciosa do terapeuta o incomodava. Diante de todas essas dificuldades e insatisfações que ocorreram tanto no campo profissional quanto pessoal, Young decidiu criar, ele mesmo, uma nova abordagem psicoterápica, que mesclasse essas abordagens de maneira ampla e integrativa. Inicia-se, assim, o nascimento da Terapia do Esquema.

3.2. Desenvolvimento da Terapia do Esquema

A Terapia do Esquema sofreu algumas modificações ao longo dos anos. Inicialmente, foi reconhecida como Terapia Focada no Esquema, depois Terapia do Esquema e mais recentemente, conhecida como Terapia dos Modos do Esquema. Na entrevista cedida à Falcone e Ventura (2008), Young afirma que: “eu desenvolvi quase que uma nova terapia, a Terapia dos Modos do Esquema, para trabalhar com pacientes difíceis, como *Borderlines*, Narcisistas, Anti-sociais e outros transtornos de

personalidade severos. Essa evolução foi longa e eu passei por muitas abordagens”. A discussão sobre a Terapia dos Modos do Esquema será realizada em um subcapítulo posterior.

Embora seja uma área nova - no Brasil, até 2001, não havia pesquisas publicadas sobre o assunto, conforme (Cazassa & Oliveira, 2008) - o amplo interesse do ambiente científico pela discussão teórica e teste empírico das possibilidades de auxílio dos instrumentos criados dentro desta abordagem como fonte válida de medida dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (Cazassa & Oliveira, 2008; 2012) a insatisfação com as limitações da terapia tradicional, diversas pesquisas sobre o “Questionário de Esquemas de Young” (*Young Schema Questionnaire*), incluindo traduções em vários países, o número de venda das publicações dos dois primeiros livros sobre o assunto *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Young, 1999; Young *et al.*, 2008) e *Reinventing your life: How to break free negative life patterns* (Young & Klosko, 1994; Young *et al.*, 2008) são apontados como indicações do crescimento e do sucesso da Terapia do Esquema entre as atuais abordagens terapêuticas (E. M. d. O. Falcone & Ventura, 2008; Kellogg & Young, 2006; Lata K. McGinn & Young, 2012).

Em 2003, Young publica o livro *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* pela editora Guilford Publications, New York. Considerado a “bíblia da prática de terapia do esquema” (Young *et al.*, 2008), diante de 10 anos de pesquisas na área, este livro apresenta o modelo conceitual revisado, protocolos de tratamento, sínteses de casos e transcrições de pacientes. Nenhuma grande obra de Jeffrey Young foi escrita posteriormente a este livro.

Em *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Personalidade: uma abordagem focada no esquema* (1999), o autor afirma que o objetivo não é apresentar outra teoria

nem adotar qualquer outra abordagem existente. O principal objetivo é direcionar as intervenções clínicas de maneira a ajudar o terapeuta a conceitualizar o caso para o paciente, de forma simples e compreensível para este, desenvolvendo, assim, uma estratégia de intervenção efetiva.

A TE utiliza elementos que caracterizam a terapia cognitiva tradicional, como um papel mais ativo para o terapeuta, o uso de técnicas de mudança sistemáticas, ênfase nas tarefas de casa, relacionamento terapêutico colaborativo e uso de uma abordagem empírica, onde a análise das evidências tem papel importante na mudança de esquemas. Porém, enfatiza a *confrontação*, a *experiência afetiva*, o *relacionamento terapêutico (reparação parental limitada)* como um instrumento de mudança e a discussão de experiências iniciais da vida, aproximando a TC da abordagem da Gestalt terapia e da Psicanálise em alguns aspectos. O modelo de Young se revela importante para o refinamento de uma abordagem psicoterápica (alternativa à Psicanálise) para abordar em profundidade os processos inconscientes (Callegaro, 2005; Callegaro & Landeira-Fernandez, 2000; Young, 2003; Young *et al.*, 2008). A terapia focada em esquemas é mais longa do que a TC, dedicando muito mais tempo para identificar e superar a *evitação* cognitiva, afetiva e comportamental (Cecero & Young, 2001; Kellogg & Young, 2006; Lata K. McGinn & Young, 2012; L. K. McGinn *et al.*, 1995; Young, 2003; Young *et al.*, 2008)

Desenvolvida para atender pacientes difíceis de tratar, com problemas caracteriológicos crônicos ou transtornos de personalidade que não estavam tendo sucesso no tratamento com a TC, a Terapia do Esquema é uma abordagem sistemática que amplia a Terapia Cognitiva ao dar ênfase “à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapêutica e aos estilos desadaptativos de enfrentamento” (Cecero & Young, 2001; Kellogg

&Young, 2006; Lata K. McGinn & Young, 2012; L. K. McGinn *et al.*, 1995; Young, 2003; Young *et al.*, 2008) A TE volta-se ao tratamento dos aspectos caracteriológicos dos transtornos e não dos sintomas psiquiátricos agudos (como depressão grave ou crises agudas de ansiedade (Ball & Young, 2000; Cecero & Young, 2001; Kellogg & Young, 2006; Lata K. McGinn & Young, 2012; L. K. McGinn *et al.*, 1995; Young, 2003; Young *et al.*, 2008)

Embora haja algum reconhecimento da TE como uma ferramenta importante para a melhora em pacientes caracteriológicos ou com transtornos de personalidade, em recentes pesquisas (Lawrence, Allen, & Chanen, 2011; L. K. McGinn *et al.*, 1995; Nordmann & Herbert, 1996; Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995; Young, 2005; Young *et al.*, 2008) observa-se que a Terapia do Esquema tem sido aplicada com sucesso em pacientes com diversos transtornos do DSM-IV, incluindo a prevenção de recaída nos transtornos de depressão e ansiedade; no abuso de substâncias durante a fase de recuperação; terapia de casal; pacientes com transtornos alimentares; dor crônica; abuso infantil.

A Terapia do Esquema não pretende ser uma teoria abrangente de psicopatologia ou da personalidade, mas, ao contrário, uma teoria operacional para integrar e guiar as intervenções clínicas com os pacientes caracteriológicos. Objetiva-se oferecer uma teoria que seja simplificada e compreensível para os pacientes, permitindo, desta forma, que eles se comuniquem sobre os fenômenos de nível mais profundo (Cecero & Young, 2001; Kellogg & Young, 2006; Lata K. McGinn & Young, 2012; L. K. McGinn *et al.*, 1995; Young, 2003; Young *et al.*, 2008)

Young apresenta diversas vantagens para a utilização da Terapia do Esquema. A primeira, já citada anteriormente é o seu caráter integrador, não somente diante de abordagens diferentes, mas também alguns trabalhos realizados por outros profissionais

que mesclam a TE com a meditação e com práticas religiosas tradicionais. Outra vantagem é que esta abordagem consegue tratar com simplicidade e parcimônia assuntos profundos e complexos, que muitas vezes parecem complicadas tanto para o terapeuta quanto para o paciente. Outro ponto importante é que a TE é ativa, diretiva, estruturada e sistêmica, ocorrendo em uma sequência de procedimentos de avaliação e tratamento. Entretanto, como ele mesmo aponta (2008, p.55) embora seja estruturada, “o terapeuta não adere a um protocolo ou a um conjunto rígido de procedimentos” se distanciando, assim da terapia cognitiva tradicional de “curto prazo”.

A fase da avaliação compreende a utilização de diversos inventários que medem esquemas e estilos de enfrentamento. Mais um ponto importante é a especificidade das estratégias de tratamento, que proporcionam de forma adequada a reparação parental limitada para cada paciente. E finalmente, Young aponta que essa nova abordagem é “particularmente sensível e humana em comparação ao tratamento normal (...) a terapia do esquema normaliza, em vez de patologizar, os transtornos psicológicos” (Young, 2003).

3.3. Pacientes Caracteriológicos / Transtorno de Personalidade

Um dos desafios da Psicologia tem sido estudar os determinantes do desenvolvimento da personalidade. Muitos autores consideram que os transtornos de personalidade são uma desordem dos comportamentos interpessoais (Perris, 2000).

Para Young, a Terapia Cognitiva - que ele denomina de “curto prazo” (Lata K. McGinn & Young, 2012; L. K. McGinn *et al.*, 1995; Young *et al.*, 2008) - apresenta diversas limitações que impedem o sucesso da terapia. A Terapia Cognitiva tradicional

utiliza determinados pressupostos os quais implicam que o paciente conseguirá seguir determinadas diretrizes diante do tratamento. Entretanto, pacientes considerados difíceis ou com transtorno de personalidade não conseguem responder a algumas suposições fundamentais da terapia tradicional. Young classificou 07 suposições na terapia tradicional, a seguir:

1. Os pacientes têm acesso aos sentimentos com um breve treinamento;
2. Os pacientes têm acesso a pensamentos e imagens com um breve treinamento;
3. Pacientes têm problemas identificáveis a serem focalizados;
4. Os pacientes estão motivados a fazer tarefas de casa e a aprender estratégias de auto-controle;
5. Os pacientes podem engajar-se em um relacionamento colaborativo com o terapeuta dentro de poucas sessões;
6. As dificuldades no relacionamento terapêutico não são o foco maior do problema;
7. Todas as cognições e todos os padrões de comportamento podem ser modificados por análise empírica, discurso lógico, experimentação, passos graduais e prática.

Os pacientes com transtornos de personalidade fazem parte do nível multiaxial Eixo II do DSM-IV. Os critérios mais importantes para o diagnóstico para TP são: um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo; o padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais; ele provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta.

Para Young (1995; 2008) os transtornos de personalidade possuem três características básicas segundo critérios do DSM IV. A primeira delas é a rigidez, onde

padrões invasivos, inflexíveis e duradouros contribuem para que o indivíduo tenha dificuldades em se adaptar, formando então um círculo vicioso que mantém o transtorno e seus esquemas desadaptados. Por sua característica ego-sintônica o indivíduo dificilmente percebe que seu estilo de personalidade pode ser a raiz de suas disfunções emocionais ou comportamentais.

Sendo assim uma segunda característica proposta é a evitação. Aqui os pensamentos e sentimentos relacionados aos transtornos de personalidade são evitados. Essa evitação ocorre, pois cognições e emoções mais profundas podem ser dolorosas visto que são constituintes idiossincráticos do indivíduo. Enfim, estes conteúdos, por mais desadaptados que sejam, são parte da história de vida e de uma identidade pessoal que de uma forma ou de outra concedem uma estabilidade para o indivíduo, mesmo que desadaptável.

E por último, as dificuldades interpessoais são também marcantes nos transtornos de personalidade. Pacientes com TP tem relações disfuncionais interpessoais comumente desde a adolescência. Esses pacientes frequentemente encontram dificuldade para formar uma relação terapêutica. Alguns são tão consumidos pela tentativa de obter a atenção do terapeuta para atender suas necessidades de maneira desprendida e hostil, que são incapazes de colaborar com o terapeuta e formar uma aliança terapêutica (McGinn & Young, 1995).

3.4. Conceitos Fundamentais na Terapia do Esquema

A Terapia do Esquema tem por objetivo ser uma teoria operacional capaz de integrar e guiar as intervenções clínicas com pacientes que apresentam transtornos de

personalidade ou caracteriológicos. Alguns desses constructos são extensões do modelo cognitivo proposto por Beck, enquanto outros representam novos constructos surgidos no desenvolvimento desta abordagem. Quatro constructos principais são propostos (Young, 2008):

- 1) Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID),
- 2) Domínios do esquema,
- 3) Processos do esquema e
- 4) Modos do esquema (que será apresentado em um subcapítulo).

A compreensão de cada constructo será discutida pormenorizadamente neste subcapítulo.

É interessante ressaltar que, quando Young produziu seu livro “*Cognitive therapy for personality disorder*”, em 1990, ainda não havia a noção de Modos do Esquema e ele trouxe para a discussão e análise cinco constructos teóricos: Esquemas Iniciais Desadaptativos, Domínios de um Esquema, Manutenção de um Esquema, Evitação de um Esquema e Compensação de um Esquema. Em entrevista à Falcone e Ventura (2008), Young informa que:

“Os estilos de enfrentamento são parte do modelo original. Quando eu desenvolvi o trabalho com os modos, eu não quis perder nada do modelo original. Assim, os esquemas e os estilos de enfrentamento estão contidos no modelo dos modos. Nenhum dos construtos desapareceu, eles só foram realocados. Todos os estilos de enfrentamento se tornaram modos de enfrentamento. O estilo de rendição foi transformado no modo rendição complacente, o estilo evitativo, agora é o protetor distante e para o supercompensatório, temos o modo supercompensado.”

Nós simplesmente incorporamos o conceito de estilos de enfrentamento aos modos. Basicamente, todos os estilos de enfrentamento se encontram na lista de modos. Se você observar a lista de dez modos, você verá que três deles são chamados de modos de enfrentamento e equivalem aos três estilos de enfrentamento.”

Anteriormente as explicações oferecidas para os referidos construtos, será necessário compreender a definição do conceito de esquema nesta abordagem, em particular.

3.4.1. Conceito de Esquema

O conceito de Esquema é central no modelo da terapia de Young. Entretanto, ao invés de apresentar uma teoria de esquemas concorrente, Young propõe um subconjunto de esquemas denominado Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID). Em contraste a terapia denominada por ele de “curto prazo”, que enfoca primariamente dois fenômenos cognitivos – pensamentos automáticos e pressuposições básicas – a abordagem focada no esquema propõem uma ênfase em nível mais profundo de cognição, os EID (Young, 2008, McGinn & Young 1995; Schmidt *et al.*, 1995).

Em entrevista cedida à Falcone e Ventura (2008), ao ser questionado sobre a relação entre a Terapia do Esquema e os diferentes níveis propostos pela terapia de Beck, Young responde:

“... o esquema é parte original de Beck (...) Esquema, semelhante à maneira como eu conceituo, já estava presente no trabalho de Beck. Beck propôs que o esquema era o nível mais

profundo do pensamento. Ele não chamava isto de crença, mas de estrutura. Não é o mesmo que eu faço, mas é bastante semelhante. Ambos acreditamos que o esquema é a estrutura mais profunda, do ponto de vista psicológico.”

No livro de auto-ajuda *Reinventing your life* (1994), Young associa o termo “esquema” com “*lifetrap*” (tradução semelhante a arapucas, armadilhas da vida). A descrição do conceito é curta e concisa.

“The concept of a schema comes from cognitive psychology. Schemas are deeply entrenched beliefs about ourselves and the world, learned early in life. These schemas are central to our sense of self. To give up our belief in a schema would be to surrender to security of knowing who we are and that world is like; therefore we cling to it, even when it hurts us. These early beliefs provide us with sense of predictability and certainty; they are comfortable and familiar. In an odd sense, they make us feel at home.” (Young & Klosko, 1994, p. 6)

Em seu livro *Terapia Cognitiva para os transtornos de personalidade: uma abordagem focada no esquema* (1999), Young utiliza a definição de Beck (1997) e Segal (Segal, 1988) como modelos explicativos para a definição do conceito de esquema, embora afirme que seu conceito seja “mais limitado e específico” (Young, 1999). Diante dos trabalhos anteriores de Beck, Young destaca que o conceito de Esquema na Terapia Cognitiva é definido como uma “estrutura que filtra, codifica e avalia os estímulos aos quais o organismo é submetido” (Beck, 1997); que eles podem

ficar inativos em certos períodos, surgindo depois de acordo com *input* do ambiente; contaminam a interpretação dos acontecimentos de maneira consistente, refletindo nas concepções errôneas, atitudes distorcidas do sujeito.

Segal (1988), em seu artigo intitulado “*Appraisal of the Self-Schema Construct in Cognitive Models of Depression*” afirma que:

“A commonly accepted definition, within depression theory and research, holds that schemata consist of organized elements of past reactions and experience that form a relatively cohesive and persistent body of knowledge capable of guiding subsequent perception and appraisals. By using this representational format, Beck's cognitive model of depression avails itself of established literatures in cognitive psychology and social cognition on schematic processing and schema theory. This can be particularly useful in demonstrating schematic processes in depressed patients by allowing researchers to build on what is already known about the operation of schemata in normal subjects. (p. 147)

Ao utilizar este formato de representação, o modelo modelo cognitivo da depressão de Beck aproveita-se de literaturas estabelecidas em psicologia cognitiva psicologia e cognição social sobre o processamento esquemático e a teoria do esquema. Isto pode ser particularmente útil para demonstrar os processos esquemáticos em pacientes deprimidos, permitindo aos pesquisadores construir no que já se sabe sobre o funcionamento de esquemas em sujeitos normais”.

Pondera-se sobre o que Young afirma como “Segal propõe a seguinte definição de esquema” (2003). Em seu artigo, Segal (1988) argumenta que o constructo esquema mantém o seu maior potencial explicativo quando é conceituado como uma estrutura cognitiva. Entretanto, o objetivo do artigo é apontar para uma série de problemas conceituais sobre o tema, informando que ainda há, na literatura, discrepância acerca do conceito.

Sendo assim, não fica claro qual a posição de convergência e de divergência entre os autores citados para explicar qual a definição para o conceito de esquema na abordagem da TE, sendo que a diferença, apontada por Young diante das distintas terapias, está centrada na condicionalidade e incondicionalidade dos esquemas – assunto este que será discutido em um capítulo posterior.

Young afirma que o objetivo central do seu trabalho e de sua abordagem está no refinamento deste conceito, atribuindo subconceitos do esquema e, por conseguinte, em explicar o que são os Esquemas Iniciais Desadaptativos (2003) e os Esquemas Desadaptativos Remotos (2008). A utilização desses conceitos semelhantes deve-se, provavelmente, a tradução escolhida pela editora dos livros na língua portuguesa, pois nos textos de Young, o termo utilizado é *Early Maladaptive Schemas* (Cecero & Young, 2001; L. K. McGinn *et al.*, 1995; Schmidt *et al.*, 1995) Neste trabalho, será utilizado o termo Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID) ou somente Esquema, como faz Young em seus textos.

3.4.2. Esquemas Iniciais Desadaptativos

O primeiro construto, e o mais importante para a compreensão deste modelo teórico, é denominado Esquema Inicial Desadaptativo. Os autores o definem como:

“Um tema ou padrão amplo, difuso; formado por memórias, emoções e sensações corporais; relacionado a si próprio ou aos relacionamentos com outras pessoas; desenvolvido durante a infância ou adolescência; elaborado ao longo da vida do indivíduo; disfuncional em nível significativo (...) São padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas iniciados em nosso desenvolvimento desde cedo e repetidos ao longo da vida”
(Young, Klosko & Weishaar, 2008, p 22)

Em “Terapia Cognitiva para os transtornos de Personalidade: uma abordagem focada no esquema (2003), Young apresenta uma série de seis características definidoras dos EID:

- 1) São crenças e sentimentos incondicionais sobre si mesmo em relação ao ambiente, sendo verdades *a priori*, implícitas e aceitas como algo natural;
- 2) São autoperpetuadores e, portanto, muito mais resistentes à mudança. Constituem o núcleo do autoconceito da pessoa e de sua concepção do ambiente. A ameaça da mudança esquemática é muito perturbadora para a organização cognitiva;
- 3) Precisam ser disfuncionais de uma maneira significativamente recorrente;
- 4) São ativados por acontecimentos ambientais relevantes para o esquema específico, sendo acompanhados de um alto nível de excitação afetiva;
- 5) Estão muito mais ligados a altos níveis de afeto, quando ativados, do que as suposições subjacentes;
- 6) Parecem ser o resultado do temperamento inato da criança interagindo com experiências disfuncionais com pais, irmãos e amigos durante os primeiros anos de vida.

A maioria dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (será usada a abreviação EID a partir deste momento para fazer referência ao constructo) tem como causa principal a vivência de experiências nocivas que, ao se repetirem com certa regularidade, não permitem o preenchimento de necessidades emocionais essenciais do ser humano (vínculo seguro com outras pessoas, incluindo proteção, estabilidade e segurança; autonomia, competência e senso de identidade; liberdade para expressar necessidades e emoções; espontaneidade e diversão; e limites precisos e autocontrole).

Atualmente, o modelo teórico desenvolveu o conceito de 18 Esquemas Iniciais Desadaptativos. Para cada esquema foi desenvolvida uma detalhada lista de estratégias de intervenção baseada numa perspectiva interpessoal, cognitiva, comportamental e experimental. São:

1. **Abandono/Instabilidade:** receio de se ser abandonado pelos outros e de perder o suporte emocional);
2. **Desconfiança/Abuso:** expectativa de vir a ser magoado, abusado, traído e manipulado pelos outros;
3. **Privação Emocional:** expectativa de não ver satisfeito pelos outros um desejo de um grau normal de suporte emocional; principais tipos: ausência de atenção, de compreensão e de orientação por parte dos outros;
4. **Defectividade/Vergonha:** sensação de ser indesejado, inferior ou sem valor quando se trata de coisas importantes;
5. **Isolamento Social/Alienação:** sensação de isolamento em relação ao mundo e de não fazer parte de qualquer grupo ou comunidade; sensação de que se é indesejável e desinteressante para a sociedade;

6. **Dependência/Incompetência:** incapacidade auto-induzida para a assunção de responsabilidades diárias sem a ajuda de terceiros;
7. **Vulnerabilidade ao dano ou à doença:** receio exagerado em relação a uma catástrofe iminente e em relação à qual nada possa fazer para a impedir;
8. **Emaranhamento/self subdesenvolvido:** grande sentimento de envolvimento emocional e proximidade com outros, em prejuízo da autonomia pessoal e do desenvolvimento social próprio;
9. **Fracasso:** crença de que, inevitavelmente, irá fracassar face aos seus pares e em áreas de realização pessoal;
10. **Arrogo/Grandiosidade:** crença de superioridade em relação aos outros com direito a privilégios especiais, recusa em se submeter às regras de reciprocidade da interação social normal;
11. **Auto-controle e da Auto-disciplina Insuficientes:** grande dificuldade ou recusa em exercer um auto-controle e pouca tolerância à frustração para atingir os seus objetivos, surgem na falta da noção de limites realísticos por parte da criança, essenciais para que estas sejam capazes de auto-disciplina, de controle dos seus impulsos e de percepção das necessidades dos outros;
12. **Subjugação:** submissão coagida ao controle de terceiros para evitar a raiva, retaliação e o abandono;
13. **Auto-sacrifício:** excessivo enfoque nas necessidades dos outros, em prejuízo do seu próprio bem;
14. **Busca de Aprovação/Reconhecimento:** procura excessiva da aprovação, reconhecimento ou atenção por parte de terceiros;

15. **Negativismo/pessimismo:** medo extremo de cometer erros, em função de uma excessiva valorização dos aspectos negativos da vida e uma desvalorização dos aspectos positivos;
16. **Inibição Emocional:** inibição excessiva para a ação espontânea, para a partilha de sentimentos e para o estabelecimento de comunicação como forma de evitar a desaprovação dos outros e os sentimentos de vergonha;
17. **Padrões Inflexíveis/Postura Crítica Exagerada:** crença de que é preciso estar à altura de padrões muito elevados de comportamento e de desempenho;
18. **Postura punitiva:** crença de que se deve ser severamente punido por cometer qualquer erro.

Embora nem todos os esquemas fundamentem-se em traumas ou maus-tratos em sua origem, esses padrões de funcionamento são destrutivos e causadores de sofrimento, o que implica prejuízos na qualidade de vida das pessoas (Cazassa, 2007; Cazassa & Oliveira, 2008; Young & Telch, 1995; Young *et al.*, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Os EID são dimensionais, apresentando diferentes níveis de gravidade e penetração. Quanto mais grave o esquema, maior o número de situações que podem ativá-lo e mais intenso costuma ser o sentimento negativo ligado a esse esquema. Uma das explicações oferecidas para compreender a manutenção desses EID ao longo da vida das pessoas, mesmo eles sendo nocivos e causadores de sofrimento, é a ideia de “coerência cognitiva”. Para o indivíduo, o esquema é aquilo que ele conhece, é o mundo que ele interpreta “real”. Diante de tal realidade, o que lhe é conhecido se torna confortável e familiar, trazendo consigo uma sensação de bem-estar. O mal-estar causado diante do desconhecido, muitas vezes é maximizado diante dos problemas

relacionados com os EID. Esta “coerência cognitiva” poderia, em parte, explicar o processo de repetição nomeado pela psicanálise. Estar diante de situações que ativem os esquemas do indivíduo traz bem-estar para ele; logo, as pessoas se sentem atraídas por situações que possam ativá-los. Mesmo quando lhe são apresentados evidências que refutam o esquema, os indivíduos persistentemente distorcem a informação para manter a validade do esquema (McGinn & Young, 2012).

O modelo teórico da Terapia do Esquema sugere que o temperamento emocional da criança é um fator importante no desenvolvimento dos EID. Diferentes tipos de temperamentos expõem, de maneira seletiva, as crianças a diferentes circunstâncias da vida. Sendo assim, crianças com temperamento mais sociável ou flexível podem apresentar uma maior capacidade de recuperação diante de situações de abuso ou negligência. Da mesma forma, há chance de um temperamento extremamente emocional sobrepujar um ambiente comum e produzir psicopatologias sem justificativa aparente.

O livro *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, cuja importância para a TE já foi explicitada anteriormente neste capítulo, traz o modelo conceitual revisado. Isso significa dizer que mudanças aconteceram durante o processo de aperfeiçoamento da Terapia do Esquema. Como observado anteriormente, não houve apenas a adoção da noção de Modos do Esquema ou a realocação de antigos constructos em novos constructos. O número de Esquemas Desadaptativos Iniciais (EID) foi aumentando durante o processo de evolução. Em 1995, no artigo intitulado *The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas*, Young (Schmidt & Young, 1995) aponta para o fato de que, até aquele momento, poucas pesquisas relacionadas à avaliação dos esquemas existiam, embora já se soubesse do papel central deles na conceitualização

cognitiva dos transtornos de personalidade. Esse artigo teve por objetivo realizar uma validação preliminar dos esquemas contidos nos transtornos de personalidade. Young informa que em um primeiro estudo foram identificados 13 esquemas, em um segundo estudo foram identificados 15 esquemas.

Neste mesmo ano, em um artigo intitulado *When and How to Do Longer Term Therapy... Without Feeling Guilty* (McGinn & Young, 1995), já há a descrição da Terapia do Esquema como uma abordagem suficientemente capaz de contribuir para o sucesso no atendimento de pacientes com transtorno de personalidade ou pacientes caracteriológicos. Nele, são apresentados quatro domínios, juntamente com seus respectivos EID. São eles:

*“Domain I: **Disconnection and Rejection:** Abandonment/Instability, Mistrust/Abuse, Emotional Deprivation/Isolation, Defectiveness/shame e emotional inhibition (...) Domain II: **Impaired Autonomy and Performance:** Dependence/Incompetence, Vulnerability, Enmeshment/Undeveloped self, Subjugation e Failure (...) Domain III: **Restricted Gratification:** Self-sacrifice, Unrelenting Standards e Negativity/Pessimism (...) Domain IV: **Impaired Limits:** Entitlement/Self-centeredness e Insufficient self-control/self-discipline.”* (pp.211-212)

No livro *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade: uma abordagem focada no esquema* (Young, 2003 – versão inglês original 1999), o autor já contava com a denominação de 18 EID, embora o questionário de esquemas de Young (forma longa, segunda edição) ainda apresentasse apenas 16 esquemas, sendo que os nomes de alguns

esquemas estavam modificados. Os EID *busca de aprovação, negativismo e caráter punitivo* não são encontrados no Questionário; o EID *indesejabilidade social* aparece no Questionário.

3.4.3. Domínios do Esquema

Os EID são causados pelas necessidades que não foram satisfeitas na infância. Diante de cada necessidade não suprida da criança, haverá o surgimento de esquemas que, somados, formarão a noção de “domínios de esquemas”. Para Young, existem cinco necessidades básicas fundamentais:

- Vínculos seguros com outros indivíduos;
- Autonomia, competência e sentimento de identidade;
- Liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas;
- Espontaneidade e lazer;
- Limites realistas.

A formulação dessas cinco necessidades básicas foi influenciada pela Teoria do Apego, que é apontada como uma importante abordagem na construção da Terapia do Esquema. Nota-se, também, nesta categorização uma familiaridade com a Teoria de Maslow (as cinco necessidades básicas humanas) e a Teoria Psicossocial de Erikson (os oito estágios do desenvolvimento). Entretanto, para discussão desta hipótese, é necessária uma análise mais acurada, sendo citado aqui apenas como enriquecimento do tema.

Conforme Young, Klosko e Weichaar (2008), os cinco Domínios de Esquemas são:

Domínio I – **Desconexão e Rejeição**: pacientes com esquemas nesse domínio caracterizam-se por incapacidade na formação de vínculos seguros e satisfatórios com outras pessoas. Em geral, esses pacientes sofreram com experiências infantis traumáticas, pois as famílias costumam apresentar características de instabilidade, abuso, frieza, rejeição ou isolamento do mundo exterior. Esse domínio é formado pelos seguintes EID: abandono/instabilidade, desconfiança/abuso; privação emocional; defectividade/vergonha e isolamento social/alienação.

Domínio II – **Autonomia e Desempenho Prejudicados**: pacientes com esquemas nesse domínio não conseguem se desenvolver com confiança, porque geralmente são oriundos de famílias superprotetoras, que para garantir a proteção da criança acabam prejudicando seu processo de independência dos sujeitos. Os esquemas pertencentes a esse domínio são: dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/self subdesenvolvido e fracasso.

Domínio III – **Limites Prejudicados**: indivíduos com esquemas nesse domínio geralmente são oriundos de famílias demasiado permissivas, onde a imposição de limites foi falha. Isso colabora para falta de limites no cumprimento de regras, autodisciplina e respeito aos direitos alheios. Como principais características esses indivíduos têm o egoísmo, a irresponsabilidade e o narcisismo.

Domínio IV – **Direcionamento para o Outro**: já nesse domínio, os indivíduos tendem a manter uma postura de atender a todas as necessidades dos outros em detrimento das suas, fazem isso no intuito de receberem aprovação e evitarem retaliações. Em geral, suas famílias estabeleceram relações condicionais, ou seja, só

recebia aprovação e atenção, caso a criança se comportasse da maneira desejada. Os pais valorizavam muito mais as suas necessidades emocionais ou a “aparência” do que as necessidades da criança. Nesse domínio estão inclusos os esquemas: subjugação, auto-sacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento.

Domínio V – **Supervigilância e Inibição**: pessoas com esquemas nesse domínio reprimem seus sentimentos e impulsos com a finalidade de cumprir regras rígidas internalizadas, em prejuízo de sua própria felicidade, auto-expressão, relacionamentos íntimos e boa saúde. Normalmente, as famílias têm características rígidas e repressoras, onde os sentimentos não podem ser expressos de maneira livre e o auto-controle e a negação de si próprios predominam sobre outros aspectos. Nesse domínio podemos citar os seguintes esquemas: negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva.

3.4.4. Processos do Esquema

A perpetuação e a cura são operações fundamentais dos esquemas. Todos os pensamentos, comportamentos, sentimentos ou experiências de vida relevantes para os esquemas ou o tornam mais elaborado e reforçado, perpetuando-o ou o enfraquecem, curando-o. Três mecanismos básicos perpetuam os esquemas: as distorções cognitivas (percebe as situações equivocadamente de forma a reforçar o esquema, seja acentuando a informação a qual o confirma seja negando a informação que o contradiz), os padrões de vida autoderrotistas (inconscientemente, escolhe situações e relacionamentos mantenedores dos esquemas e evita aqueles que podem curá-los) e os estilos de enfrentamento dos esquemas. De maneira crônica, repetem padrões negativos oriundos

da infância e recriam, involuntariamente, na vida adulta as condições prejudiciais da infância, perpetuando os esquemas (Young *et al.*, 2008).

A cura dos esquemas é o objetivo final da Terapia do Esquema e sua trajetória é árdua, longa e envolve a mudança comportamental, à medida que os pacientes aprendem a substituir estilos de enfrentamento desadaptativos por padrões comportamentais adaptativos. Entretanto, os esquemas nunca desaparecem por completo, apenas ativam-se com menor frequência e o sentimento associado não é tão intenso. Os pacientes têm, então, uma visão mais positiva de si mesmos, escolhem relacionamentos mais amorosos e respondem à ativação de seus esquemas de forma mais saudável (Young *et al.*, 2008).

Diante de situações de ameaça existem basicamente três respostas emitidas pelos organismos: a luta, a fuga e o congelamento (*freezing*) os quais, na Terapia do Esquema proposta por Young, Klosko e Weichaar (2008), correspondem, respectivamente, aos estilos de enfrentamento (*coping styles*) hipercompensação, evitação e resignação. Cabe salientar que nessa teoria a ameaça é entendida como uma falha em atender algumas necessidades emocionais básicas da criança e, além disso, ela pode incluir o medo das emoções geradas pela ativação de um determinado esquema.

Frente às ameaças, a criança responde com um dos três estilos de enfrentamento que, em princípio, é adaptativo ao meio, mas com a mudança de condições impostas pelo ambiente à medida que a criança cresce o estilo de enfrentamento – que é sempre o mesmo e visa perpetuar o esquema – torna-se desadaptativo. Esses estilos e respostas de enfrentamento às situações de ameaça são desenvolvidos desde cedo (na infância) como uma forma de se adaptar aos esquemas e sofrer menos com emoções intensas geradas por eles. É importante ressaltar que os esquemas compreendem “memórias, emoções, sensações corporais e cognições” (Young *et al.*, 2008, p. 44) e, portanto, o

comportamento não faz parte do esquema, mas dos estilos de enfrentamento. Os estilos de enfrentamento são ativados fora da consciência. No caso de resignação a um esquema, o paciente considera esse como verdadeiro e não luta nem tenta evitá-lo. Entretanto, como esses processos ocorrem inconscientemente, o paciente perpetua o esquema sem perceber e repete esse estilo quando se apresentam situações semelhantes à de sua infância.

O estilo de enfrentamento como evitação tem como propósito a fuga da dor gerada pela ativação do esquema. Como os pacientes evitam o esquema, em um processo automático, podem emitir comportamentos a fim de distrair-se, como manter comportamentos aditivos através do uso de substâncias psicoativas, por exemplo. Na hipercompensação os pacientes enfrentam o esquema “pensando, sentindo, comportando-se e relacionando-se como se o oposto do esquema fosse verdadeiro” (Young *et al.* 2008, p. 46). Com isso, suas reações tendem a ser o oposto das vividas na infância, o que pode ser considerado como uma tentativa saudável de ir contra o esquema. No entanto, a característica dos hipercompensadores é contra-atacar, utilizando-se de comportamentos exagerados, insensíveis e inadequados.

3.5. Relação Terapêutica

Como citado anteriormente, as terapias cognitivas da segunda geração têm em comum a característica de dar maior ênfase à relação terapêutica, e com a Terapia do Esquema não poderia ser diferente (Kellogg & Young, 2006; Lata K. McGinn & Young, 2012; L. K. McGinn *et al.*, 1995; Schmidt *et al.*, 1995; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooirnan, & Arntz, 2007; Young, 2003; Young *et al.*, 2008). Seus terapeutas

consideram a relação terapêutica vital para a avaliação e para a mudança de esquemas. Outro ponto importante é que existe mais foco nos esquemas do próprio terapeuta e em seus estilos de enfrentamento, em especial, quanto à relação terapêutica.

A relação terapêutica cumpre um papel importante na educação de quase todos os pacientes sobre seus esquemas e estilos de enfrentamento, obtendo estes grandes benefícios com o reconhecimento de ativação de esquemas durante a própria sessão terapêutica. O terapeuta estabelece sintonia, formula a conceituação do caso, decide qual estilo de reparação parental limitada é apropriada e determina se seus próprios esquemas e estilos de enfrentamento têm chance de interferir nos rumos da terapia.

Dois aspectos dessa relação são característicos da terapia do esquema: a *reparação parental limitada* e a postura terapêutica de *confronto empático*. Com o desenvolvimento e a maturidade da terapia do esquema, atribuiu-se uma maior ênfase à reparação parental limitada com todos os pacientes, mas em especial com os que têm transtornos mais graves.

O conceito de reparação parental limitada, embora seja novo nas terapias cognitivas, não é uma idéia nova nas terapias psicológicas. Young apropria-se da idéia de “experiência emocional corretiva” de Alexander e French (Alexander & French, 1946) para dar formas ao seu constructo. Alexander e French escreveram, em 1946, o livro *Psychoanalytic therapy: Principles and applications* que foi considerado o marco no desenvolvimento da psicoterapia breve e um rompimento com dramático com abordagem psicanalítica mais tradicional de sua época, sendo muito criticado por trazer diversas inovações à época da publicação. Neste livro, os autores mostram como o terapeuta torna-se ativo desde o encontro inicial com o paciente (Alexander & French, 1946; (Lowenkron, 2008).

Eles desenvolveram a técnica denominada “Experiência Emocional Corretiva” que visa possibilitar que os conflitos antigos, não resolvidos, surjam na relação transferencial que se estabelece no tratamento, permitindo que a diferença entre as reações atuais do terapeuta e as reações das figuras parentais na relação primitiva seja o fator preponderante para produzir as mudanças. Segundo os autores, essa experiência seria possível através da relação de transferência e de novas experiências de vida. Esta técnica não é a simples recordação de um acontecimento que cura um paciente de sua neurose, mas principalmente o ato de reviver uma experiência corretiva, que acaba por destruir o efeito da experiência anterior (Alexander & French, 1946; Lowenkron, 2008). Em outras palavras, a atitude do terapeuta, mais adequada e mais compreensiva, possibilitando ao paciente revivenciar, dentro do ambiente seguro do relacionamento terapêutico e em circunstâncias favoráveis, situações emocionais difíceis do passado, resulta numa experiência emocional que corrige a experiência primitiva. O papel do terapeuta é o de servir de catalisador no processo de mudança do paciente (re)criando uma nova experiência emocional na relação terapêutica (Alexander & French, 1946; Lowenkron, 2008).

Influenciado por estas idéias, Young traz para a Terapia do Esquema o conceito de reparação parental limitada (RPL), cujo objetivo principal é oferecer aos pacientes aquilo que eles necessitavam, mas não receberam de seus pais durante a infância, constituindo como forma de interagir com o paciente de forma a curar seus EIDs. É chamada “limitada”, pois a aproximação entre o paciente e o terapeuta deve ser oferecida seguindo os limites éticos e profissionais, tomando o cuidado para não se tornar realmente pai/mãe e nem fazendo o paciente retornar à dependência de criança. A RPL é muito importante em casos graves, como pacientes que tenham esquemas no domínio de desconexão e rejeição, ou seja, pacientes que sofreram abusos, privações

emocionais ou rejeição na infância. Ou seja, quanto mais grave o trauma, mais importante se torna a RPL. De acordo com a gravidade, esses pacientes demandam contato extra, sob a forma de mais seções ou telefonemas entre as mesmas.

O conceito de reparação paternal limitada aparece no livro *Terapia Cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada no esquema* (Young, 2003) onde ele explica como realizar as estratégias de mudança utilizando técnicas interpessoais:

“Outra estratégia interpessoal é o terapeuta proporcionar um relacionamento terapêutico que se contraponha aos Esquemas Iniciais Desadaptativos. Em alguns aspectos, estamos defendendo um papel ‘re-parental limitado’ para o terapeuta (...) exortamos o terapeuta a tentar descobrir quais necessidades da criança não foram atendidas e a tentar atendê-las em um grau razoável – dentro do relacionamento terapêutico – sem violar as fronteiras do relacionamento terapeuta-paciente (p.53)”

Embora fosse citada como importante técnica interpessoal na fase de mudança (Young, 1999; 1995; 2003) somente com o desenvolvimento da própria abordagem o conceito de Relação Parental Limitada ganhou o *status* atual de chave fundamental no processo terapêutico.

O confronto empático é a postura terapêutica na terapia do esquema. O terapeuta assume esta postura durante a fase de mudança a fim de promover o crescimento psicológico do paciente. Manifestando compreensão sobre as razões pelas quais o paciente tem o esquema, ao mesmo tempo reconhecendo a importância desta mudança,

o terapeuta enfatiza e confronta o esquema, esforçando-se por um equilíbrio entre confronto e empatia. Para que isso ocorra, é essencial permitir que o paciente expresse seus pontos de vista, de maneira livre e “verdadeira”, compartilhando completamente seus pensamentos e sentimentos. Posteriormente, o terapeuta empatiza com os sentimentos do paciente, dada as perspectivas deste sobre a situação. Assim que o paciente sente-se compreendido e validado, o terapeuta avança para o teste de realidade, utilizando a lógica e as evidências empíricas para confrontar falhas no ponto de vista do paciente. Diante destas análises, o terapeuta apresenta uma visão alternativa diante do problema apresentado pelo paciente.

3.6. Modelo dos Modos do Esquema

O modelo de Modos do Esquema é considerado a parte mais recente e mais complexa desta abordagem. Originou-se do trabalho realizados com pacientes com transtorno de personalidade *borderline*, a fim de explicar as mudanças bruscas de pensamentos, sentimentos e comportamentos apresentados por pacientes com transtornos de personalidade graves.

Seu desenvolvimento é considerado um avanço natural no qual esforços iam em direção a pacientes mais graves. Sua utilização pode ser feita quando:

- há um grande número de EID ativados e forte resistência do paciente;
- mais grave e refratário for o caso, mais útil é a terminologia dos modos e de suas estratégias;
- mais autopunitivo e autocrítico for o paciente, indicando um pai ou uma mãe disfuncional internalizado.

Um objetivo importante da terapia do esquema é ensinar os pacientes a fortalecerem seus modos “adulto saudável”, de modo que aprendam a lidar, cuidar ou neutralizar os modos disfuncionais. Como definição, Young (2008) afirma que:

“Os modos de operação dos esquemas são estados emocionais e respostas de enfrentamento – adaptativos e desadaptativos – que vivenciamos a cada momento. Frequentemente, nossos modos de esquemas são ativados por situações da vida às quais somos supersensíveis (...) O estado predominante em que estamos em um dado momento se chama modo de esquema. O modo de esquema disfuncional é ativado quando esquemas desadaptativos ou respostas de enfrentamento específicos irrompem em forma de emoções desagradáveis, respostas de evitação ou comportamento autoderrotistas que assumem o controle do funcionamento do indivíduo (p.48)”

Mais especificamente, Young define um modo de esquema disfuncional como “uma faceta do *self* com esquemas e operações de esquemas específicos que não foi totalmente integrada a outras facetas (p.51)”. Para clarificar esse conceito, Young explicita a diferença entre estado-traço e a sua relação com a terapia do esquema. Embora um indivíduo tenha um esquema, isso não quer dizer que o esquema e seus estilos de enfrentamento sejam ativados em todos os momentos. Assim, o modelo da TE analisa o funcionamento do paciente no decorrer do tempo (modelo de traço), mas não sobre seu estado atual (modelo de estado). Diante de uma situação em que ocorre a ativação desses esquemas e respostas de enfrentamento, eles tendem a se agrupar em

partes do *self*, sendo que certos agrupamentos são ativados ao mesmo tempo. Cada paciente exibe determinados modos de esquemas característicos, sendo este grupo de esquemas e atividades relacionadas ao esquema que é denominado de “Modos do Esquema”. É importante não confundir o modelo de modos do esquema desenvolvido por Young com o sistema de modos de Beck. A discussão acerca da diferença entre os dois modelos será explicitado no próximo capítulo.

Modos normais são menos rígidos e mais abertos a mudanças do que os de pacientes com problemas caracteriológicos graves. O indivíduo psicologicamente saudável tem modos reconhecíveis, mas o sentido de um *self* unificado permanece intacto. De acordo com o transtorno, é possível identificar uma maior flutuação entre os modos. Quanto mais grave o transtorno, maior a dissociação do *self*, como no caso de pacientes com Transtorno de Personalidade Dissociativa, que apresentam formas extremas de modos disfuncionais, havendo inclusive, um recorte do seu *self*.

Young *et al.*, (2003) identificou 10 modos de esquema que podem ser agrupados em quatro grandes categorias. A primeira categoria dos modos é os ***modos de criança desadaptativos*** que se desenvolvem quando certas necessidades emocionais básicas não foram adequadamente atendidas na infância. A segunda categoria de modos é de ***enfrentamento desadaptativo*** que reflete o uso excessivo dos estilos de enfrentamento da evasão hipercompensação, evitação ou resignação. ***Modos pais disfuncionais*** são a categoria de terceiro modo e refletem comportamento internalizado dos pais em relação ao paciente como uma criança. Finalmente, há o ***modos adulto saudável***, que inclui cognições funcionais, pensamentos e comportamentos. Acrescentando-se aos 10 modos, modos adicionais foram apresentadas para dar uma melhor descrição específica aos transtornos de personalidade (Lobbestael, Arntz, Lobbes, & Cima, 2009; Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010; Lobbestael, Van Vreeswijk, &

Arntz, 2008; Young *et al.*,2008). Em 2007, foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores internacionais o *Schema Mode Inventory*, contendo 16 modos de esquema (Lobbestael, 2010).

Para análise do assunto, a classificação dos modos será esquematizada abaixo (Young *et al.*, 2008).

Modos Criança

- Criança Vulnerável: Vivencia sentimentos disfóricos ou ansiosos, em especial medo, tristeza e desamparo quando em contato com esquemas associados
- Criança Zangada: Libera raiva diretamente em resposta a necessidades fundamentais não satisfeitas ou tratamento injusto relacionado a esquema nuclear
- Criança Impulsiva/Indisciplinada: Age impulsivamente, segundo desejos imediatos de prazer, sem considerar limites nem as necessidades e sentimentos dos outros.
- Criança Feliz: sente-se amada, conectada, contente e satisfeita

Modos de Enfrentamento Desadaptativos

- Capitulador Complacente(Fuga de maus-tratos):Adota enfrentamento baseado em obediência e dependência
- Protetor Desligado(Fuga emoções negativas):Adota estilo de retraimentoemocional, desconexão, isolamento e evitaçãocomportamental – robótico
- Hipercompensador (Fuga emoções negativas):Estilo de enfrentamento caracterizado por contra-ataque e controle. Pode hipercompensar por

meios indiretos, como trabalho excessivo. Usa comportamentos aditivos ou compulsivos.

Modos Pai/Mãe disfuncionais

- Pai/Mãe Punitivo: Restringe, critica ou pune a si ou aos outros;
- Pai/Mãe Exigente: Estabelece expectativas e níveis de responsabilidade altos em relação aos outros e pressiona-se para cumpri-los

Modos Adulto Saudável

- Cumpre uma função “executiva” com relação aos outros modos.
- Objetivo: dar carinho, reassegurar e proteger a criança vulnerável; estabelecer limites para a criança zangada e para a criança impulsiva/indisciplinada; combater ou moderar os modos pai/mãe disfuncionais.

O processo terapêutico que se utiliza do “modos de esquema” tem por objetivos principais ajudar o paciente a compreender seus modos e como eles estão relacionados com seus problemas de vidas atuais, acessar a criança vulnerável por meio de imagens mentais, realizar diálogos entre os modos e ajudar o paciente a generalizar o trabalho com modos para situações da vida fora da terapia, possibilitando assim, lidar com as situações externas de forma mais funcional.

3.7. Conclusão

A Terapia do Esquema é uma abordagem nova no campo das psicoterapias e seu processo de construção e amadurecimento passou por diversas transformações, tanto nas questões conceituais quanto no foco do tratamento. Seu crescimento ocorre

concomitantemente ao número de pesquisas que são feitas com o Questionário de Esquemas de Young, sendo este um grande objeto de divulgação desta abordagem no mundo todo. Num primeiro momento, pode-se afirmar que a Terapia do Esquema se distancia da Terapia Cognitiva de Beck, indo ao encontro das terapias da 2ª geração, cujas características principais encontram-se relacionadas à maior duração do tratamento, à relação terapêutica e leitura “profunda” do sujeito. Entretanto, ressalta-se que, juntamente com Young, diversas abordagens estão sendo criadas com uma proposta mais integrativa, não sendo essa exclusividade da Terapia do Esquema.

4. CAPÍTULO 4: Comparação entre a Terapia Cognitiva e a Terapia do Esquema

Desde a década de 1970, diversas abordagens foram criadas e definidas como terapias cognitivas. Essas diferentes abordagens compartilham bases comuns, embora haja consideráveis diferenças em princípios e procedimentos entre elas. Com isso, vários sistemas de categorias foram criados para diferenciá-las uma das outras. Uma categorização tradicional foi criada por Mahoney e Arknoff (1978). Eles organizaram as terapias cognitivas em três principais divisões: (1) reestruturação cognitiva; (2) treino em habilidade de enfrentamento e (3) treino em resolução de problemas. As terapias incluídas na primeira categoria pressupõem que a perturbação emocional seja consequência de pensamentos disfuncionais ou mal-adaptativos. As terapias que se desenvolvem nesta divisão têm o objetivo de estabelecer padrões de pensamentos mais adaptativos. A segunda divisão concentra-se no desenvolvimento de um repertório de habilidades projetadas para auxiliar o paciente diante de situações vivenciadas como estressantes. A última divisão é uma combinação de técnicas de reestruturação cognitiva e procedimentos de treinamento em habilidades de enfrentamento. As terapias que focam o treino em resolução de problemas enfatizam o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma ampla variedade de problemas pessoais, ressaltando a importância de uma cooperação ativa entre paciente e terapeuta (Dobson & Dozois, 2006).

Outra categorização para diferenciar os diversos tipos de terapia cognitiva foi desenvolvida por Kendall e Kriss (1983). Eles sugerem que podem ser empregadas cinco dimensões para caracterização das diversas as Terapias Cognitivas: (a) orientação

teórica da abordagem terapêutica e alvo teórico de mudança; (b) diversos aspectos relacionados na relação terapêutica; (c) o alvo cognitivo da mudança; (d) o tipo de evidências usadas para a avaliação cognitiva e (e) o grau de ênfase no autocontrole por parte do cliente (Dobson & Dozois, 2006).

Atualmente, um grupo heterogêneo de tratamentos e técnicas de psicoterapias vem se destacando no cenário da psicoterapia moderna. Denominada de “terceira onda” (*third wave*), estas psicoterapias oferecem métodos que abrem possibilidades de tratamento para os grupos de pacientes com transtorno de personalidade *borderline*, depressão crônica e transtorno de ansiedade generalizada, que haviam recebido pouca atenção específica no passado (Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt, 2011; Kahl, Winter & Schweiger, 2012; O’Donohue, 2009; Kellogg & Young, 2006; Nadort, Arntz, Smit, Giesen-Bloo, Eikelenboom, Spinhoven, van Asselt, Wensing & van Dyck, 2009; Lawrence, Allen & Chanen, 2011, Hawke & Provencher, 2011). A primeira onda ocorreu na década de 1950 e foi representada pela terapia comportamental. A segunda onda tem como característica o foco no processamento de informação. A segunda onda tem a terapia cognitiva clássica, desenvolvida por Aaron Beck, como sistema contemporâneo dominante em todo o mundo (Hayes, 2004).

A terceira onda prima pela procura de epistemologias alheias, como o construtivismo cognitivo, releituras contextualistas do behaviorismo radical, ou vários modelos cognitivos mais interativos e menos lineares. É pautada numa visão contextual de eventos privados e relações interpessoais, diferente das tentativas diretas de modificar pensamentos ou sentimentos, como foi prática das duas gerações anteriores. Um princípio central nas terapias de terceira geração é que os pensamentos não devem controlar diretamente a ação. A pessoa deve agir de acordo com os seus valores (O’Donohue, 2009; Hayes, Masuda, Bisset, Luoma, & Guerrero, 2004).

As psicoterapias consideradas da “terceira onda” ou nova onda compreendem um grupo heterogêneo de tratamento, incluindo tratamento de aceitação e compromisso, ativação comportamental, terapia dialética do comportamento, terapia metacognitiva, *mindfulness* e terapia do esquema. (Kahl, Winter e Schweiger, 2012). As evidências clínicas disponíveis agora permitem considerar toda a terceira onda como tratamentos empiricamente embasados. Não existem muitas pesquisas que abordem as diferenças e semelhanças entre os praticantes da segunda e terceira onda; as pesquisas que existem apontam diferenças apenas no nível técnico (Brown, Gaudiano & Miller, 2011).

Houve uma expansão necessária das terapias cognitivas para atender pacientes com patologias graves e com transtornos de personalidade, pois o tratamento de terapia cognitiva tradicional não respondia, de maneira satisfatória, as expectativas de sucesso do tratamento (Perris, 2000). Atualmente, todas as formas de psicoterapias disponíveis estão em contínuo desenvolvimento de suas técnicas de aplicação com o principal objetivo de lidar com novos tipos de pacientes e enfrentar novos problemas. Para Perris (2000), o processo de evolução das terapias é imprescindível para não produzir uma postura dogmática e, em última instância, seu possível desaparecimento.

Diante desta referência, denomina-se em “1ª geração” e “2ª geração” de Terapias Cognitivas para nomear as diferentes abordagens dentro da Terapias Cognitivas propriamente dita (James, 2001; Perris, 2000). A distinção entre ambas as gerações ocorre na adaptação de três pontos importantes: **conceitual** - focaliza-se nas estruturas profundas e essenciais; mudança da visão *botton-up* para a *top-down* - **estrutural** - mudança da duração, números e frequência de sessões - e de **processo**- grande importância dada à relação terapêutica que ganha destaque no processo de mudança do paciente (James, 2001; Perris, 2000). A Terapia do Esquema é um dos principais

exponentes entre as abordagens pertencentes a esse novo paradigma, ou como citado acima, representante da 2ª geração de terapias cognitivas.

Os capítulos anteriores fizeram uma análise das abordagens estudadas nesta dissertação: Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck e Terapia do Esquema de Jeffrey E. Young. O presente capítulo objetiva discutir comparativamente os pontos importantes em cada abordagem: influências teóricas, modelo cognitivo, definição de esquema e conceitos importantes, modelo de modos, relação terapêutica e transtornos de personalidade.

4.1. Influências teóricas

Conceitualmente, o modelo cognitivo de Beck e o modelo de esquemas de Young têm muitos pontos em comum. Ambos enfatizam duas estruturas básicas amplas – esquemas e modos - para entender a personalidade. As duas teorias incluem cognição, motivação, emoção, constituição genética, mecanismos de enfrentamento e influências culturais como pontos importantes da personalidade. Eles também reconhecem a necessidade focar em aspectos conscientes e inconscientes da personalidade. Young *et al.* (2008) defendem que a “diferenças entre os dois modelos teóricos são sutis e refletem diferenças de ênfase, e não de áreas fundamentais de divergência”. É possível identificar que o ponto de conflito quando as distintas abordagens são comparadas, está na *ênfase dada à origem* dos esquemas disfuncionais e as técnicas atribuídas para mudanças desses esquemas disfuncionais.

O primeiro ponto a ser analisado aqui é o das influências teóricas de cada abordagem. Em Beck *et al.*(1997), no subcapítulo “Modelos Cognitivos: Perspectiva

Histórica” (p.8), pode-se encontrar a visão de Beck sobre as influências da TC, tanto do campo filosófico quanto psicológico. As origens filosóficas da terapia cognitiva podem ser delineadas pelos filósofos estoicos, principalmente Zenão de Citium, Crisipo, Cícero, Sêneca, Epícteto e Marco Aurélio. Esses filósofos acreditavam que os homens eram perturbados pelas interpretações que faziam da realidade e não pela realidade em si. Somam-se, também, as filosofias orientais como o taoísmo e o budismo, ambos defendendo que as emoções humanas são fundamentadas em ideias, sugerindo que o pensamento pode controlar as emoções humanas. Quanto à ênfase filosófica sobre a experiência subjetiva consciente, Beck se julga devedor das obras de Kant, Heidegger e Husserl. A aplicação da abordagem fenomenológica a estados patológicos seriam influência das obras de Karl Jaspers, Binswanger e Strauss.

A influência de psicólogos do desenvolvimento como Piaget foi fundamental para a definição de construtos importantes, como, por exemplo, o conceito de esquema. O destaque alcançado sobre reestruturação cognitiva ou modificação de crenças está refletida na obra de Arnold Lazarus, que expõe que concepções errôneas podem preceder ou seguir a mudança comportamental. Dois teóricos destacam-se entre as referências e citações na obra de Beck: George Kelly e a teoria do construto pessoal e Albert Ellis e a Terapia Racional Emotiva (posteriormente, TREC), esta última sendo considerada a primeira terapia cognitiva, gerando, assim, um grande impulso ao desenvolvimento histórico das terapias cognitivas. Albert Bandura e a teoria da aprendizagem social também se destaca como influência na teoria cognitiva de Beck, embora não haja a citação direta nesta obra (Beck *et al.*, 1997), a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura é uma forte influência na teoria cognitiva. Dentre os conceitos mais importantes, encontra-se o de auto-eficácia, que se refere à crença que uma pessoa tem de que será capaz de realizar um determinado

comportamento, determinando tanto a iniciativa quanto a persistência do comportamento (Falcone, 2007).

É inegável que a origem psicanalítica de Beck também tenha influenciado, de certa forma, a construção da Terapia Cognitiva. Embora seus estudos iniciais tenham refutado o modelo psicodinâmico, afastando-se teoricamente da psicanálise, observa-se a influência dela nos processos de compreensão da energização (catexia) dos esquemas e nos processos automáticos e reflexivos.

Um desafio para a compreensão da fenomenologia de distúrbios psicológicos relaciona-se com como o processamento de informações é ativado e desativado e como o conteúdo é modificado. Outro desafio é entender o efeito diferencial de várias terapias na mudança dos sintomas e estabilidade. A energização dos esquemas refere-se à sensibilidade do esquema de mudar, o poder do esquema. Esse é um assunto atual na Terapia Cognitiva, embora desde 1964, Beck já discuta a energização dos esquemas para compreender o transtorno depressivo (Rosner, 2012). Nesta época, o termo utilizado para descrever o processo era *cathexis*. Quando muito energizados, os esquemas são facilmente ativados, todavia, o inverso também pode acontecer. Quando os esquemas são modificados (por exemplo, através de alojamento) por terapia ou experiência de vida, eles têm um limite alto para a ativação. O nível de ativação reflete o grau de carga ou energia associado com o esquema (Beck & Haigh, 2014). Os esquemas que estão totalmente energizados controlam o processamento de informação e são preditores do desenvolvimento dos transtornos psicológicos.

O processamento de informação depende de dois subsistemas que interagem, descritos como sistema de processamento primário ou automático e sistema de processamento secundário ou reflexivo. Esta conceituação de um sistema de processamento dual tem suas raízes no conceito de avaliação e reavaliação reflexivo de

Freud. O sistema automático processa rapidamente os estímulos – seu objetivo é poupar energia – sendo desencadeado por eventos que sinalizam ameaças pessoais, que implicam em ganhos ou perdas. Este sistema adapta dados de entrada em categorias brutas e é susceptível de produzir erros. O sistema reflexivo processa estímulos de forma mais lenta, sendo um recurso exigente, mais deliberado e controlado. Os significados e interpretações tendem a ser mais objetivos e refinados, sendo menos absolutos e extremos do que os produtos de processamento primário. Os dois sistemas podem agir reciprocamente, visto que os significados subjetivos atribuídos pelo sistema automático podem ser avaliados e corrigidos ou modificados (exemplo: teste de realidade; Beck & Haigh, 2014).

A Terapia do Esquema apoia-se na “mescla de elementos das escolas cognitivo-comportamental, de apego, da gestalt, de relações objetais, construtivista e psicanalista” (Young, Klosko & Weishaar, 2008. p. 17). Como referência da teoria psicodinâmica, é possível encontrar dois elementos: a ênfase nas origens infantis para compreensão dos problemas atuais e a relação terapêutica. Enquanto relação terapêutica, tanto a psicodinâmica quanto a do esquema valorizam o *insight* intelectual, ambas enfatizam a necessidade de processamento emocional do material traumático, ambas alertam os terapeutas para questões de transferência e contratransferência, ambas afirmam a importância da estrutura de personalidade, garantindo que o tipo de estrutura de personalidade apresentado pelo paciente é a chave para uma terapia eficaz (Young, Klosko e Weishaar, 2008).

Entretanto, Young não faz uma referência explícita sobre a origem teórica da reparação parental limitada, cujo conceito assemelha-se da ideia de “experiência emocional corretiva” de Alexander e French (Alexander & French, 1946). Como explicado no capítulo anterior, Alexander e French escreveram, em 1946, o livro

Psychoanalytic therapy: Principles and applications, causando um rompimento com a abordagem psicanalítica tradicional e desenvolvimento da psicoterapia breve. Outra influência teórica na Terapia do Esquema, em especial no desenvolvimento do conceito de reparação parental limitada, do esquema de abandono e na concepção do transtorno de personalidade *borderline* é a teoria do apego de Bowlby. Seu principal preceito defende que os seres humanos têm um instinto de vínculo que visa estabelecer um relacionamento estável com a mãe ou outra figura de vínculo. Desta forma, o papel do terapeuta é oferecer um antídoto parcial ao esquema, principalmente ao esquema de abandono, tornando-se a base emocional segura que o paciente nunca teve (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Neste ponto, Young disserta sobre a importância do terapeuta a usar o processo terapêutico como meta para suprir as necessidades emocionais fundamentais não-satisfeitas na infância.

Muitas das ideias de Beck também encontram paralelo na teoria do apego de Bowlby. A longevidade e a singularidade das relações de apego sugerem que elas são um campo fértil para o desenvolvimento de esquemas, incluído os desadaptativos propostos por Beck e que levam à vulnerabilidade cognitiva. A investigação sobre a relação entre o apego precoce e a vulnerabilidade a determinados tipos de transtornos é relativamente nova, mas estudos já sustentam essa possibilidade (Scher, Segal & Ingram, 2010).

Ressalta-se aqui uma diferença entre a Terapia Cognitiva de Beck e a Terapia do Esquema. Embora ambas façam referência a conceitos ou ideias advindos da psicodinâmica, tradicional ou breve, pode-se verificar ênfases diferentes. Ambas acreditam que experiências vivenciadas na infância contribuem para a formação e manutenção dos esquemas, funcionais e disfuncionais. A diferença está na ênfase dos processos, pois Beck focaliza os aspectos cognitivos, da energização dos esquemas e do

processamento de informação, enquanto Young concentra-se nas necessidades emocionais. Porém, Young não explicita qual modelo teórico foi utilizado para auxiliar na categorização das cinco necessidades emocionais sugeridas, necessidades estas responsáveis por embasar a criação dos cinco domínios referentes aos agrupamentos dos Esquemas Desadaptativos Remotos. Em nota de rodapé, afirma que: “Nossa lista de necessidades deriva da teoria de outros autores, bem como de nossa própria observação clínica, e não foi testada empiricamente. Esperamos realizar pesquisas neste tema.” (Young, Klosko & Weishaar, 2008. p.24).

4.2. Modelo cognitivo

As terapias cognitivas ou cognitivo-comportamentais compartilham três premissas fundamentais (Dobson & Dozois, 2006):

- 1) A cognição afeta o comportamento;
- 2) A cognição pode ser monitorada e alterada e
- 3) A mudança comportamental desejada pode ser realizada por meio da mudança cognitiva.

A primeira das três premissas fundamentais da TC que afirma que a terapia cognitiva afeta o comportamento é uma reafirmação do modelo mediacional básico. Embora ainda exista o debate em torno do grau e da natureza exatas das avaliações que um indivíduo faz em diferentes contextos, o fato da mediação cognitiva já não é tão contestado. A segunda premissa é que a atividade cognitiva pode monitorada e alterada,

desta forma, portanto, sendo conhecidas e acessadas. Porém, a mensuração da cognição pode não auxiliar as iniciativas de mudança. A maior parte das estratégias de avaliação cognitiva enfatiza o conteúdo das cognições e a avaliação de resultados cognitivos, em vez de processos cognitivos. A terceira premissa fundamental é resultado direto da adoção do modelo mediacional e afirma que a mudança desejada de comportamento pode ser efetuada por meio de mudança cognitiva (Dobson & Dozois, 2006).

Diversas abordagens terapêuticas atuais estão dentro do grupo da terapia cognitivo-comportamental. Todas elas compartilham uma perspectiva teórica que pressupõe a ocorrência de processos internos encobertos chamados “pensamentos” ou “cognições” e que os eventos cognitivos possam mediar a mudança cognitiva. Muitos teóricos afirmam explicitamente que, por causa da hipótese mediacional, a cognição *deve* alterar o comportamento, de forma que uma mudança comportamental possa ser usada como indicativo de mudança cognitiva (Beck & Alford, 2000; Dobson & Dozois, 2006).

As terapias cognitivo-comportamentais são híbridas de estratégias comportamentais e processos cognitivos, com o objetivo de levar à mudança comportamental e cognitiva. Porém, mesmo uma visão geral breve dos principais procedimentos terapêuticos classificados sob os muros da TCC já revela uma diversidade de princípios e procedimentos. A diversificação no desenvolvimento e na implementação da abordagem pode ser explicada, em parte, por dois fatores principais. O primeiro ocorre devido ao fato de que os pioneiros no desenvolvimento de intervenções cognitivo-comportamentais vieram de diferentes fundamentos teóricos. Por exemplo, Aaron Beck e Albert Ellis tinham bases psicanalíticas, enquanto Meichenbaum, Goldfried e Mahoney, foram originalmente treinados em modificação do comportamento (Falcone, 2006; Knapp e Beck, 2008). O segundo fator relaciona-se a

efetividade do tratamento quando relacionado à pluralidade de transtornos psicológicos e de personalidade. Embora a TCC seja o tratamento psicológico de reconhecimento para várias doenças, em geral, cerca de 30-40% dos pacientes ainda não respondem satisfatoriamente às intervenções da Terapia Cognitiva Tradicional, desenvolvida por Aaron Beck, apresentando, posteriormente ao tratamento, sintomas ou comportamentos disfuncionais (David & Szentagotai, 2005; Brown, Gaudiano & Miller, 2011; Hawke & Provencher, 2011).

Existem vários pontos em comum, além dos pressupostos já assinalados, entre as diversas terapias cognitivas (Brown, Gaudiano & Miller, 2011). Um deles relaciona-se a natureza de tempo limitado. Muitas terapias cognitivas geralmente visam produzir mudanças rápidas em períodos específicos de tempo, sendo que muitos manuais de tratamento escritos para a TC recomendam tratamentos de 12 a 16 sessões (Dobson & Dozois, 2006). Entretanto, a Terapia Cognitiva de Beck apoia a ideia de terapias mais longas para casos mais graves e complexos, como os pacientes caracteriológicos graves ou com transtornos de personalidade (Young, Klosko & Weishaar, 2008; Beck, Freeman & Davis, 2005). Nesta direção, também se encontram as terapias cognitivas integrativas, como a Terapia do Esquema, que se caracteriza como uma terapia cognitiva de longa duração, estruturada e sistemática, eficaz para pacientes com transtornos de personalidade (Young, Klosko e Weishaar, 2008).

Como descrito anteriormente, um dos pontos de divergência entre as terapias consideradas de 1ª e 2ª geração, neste caso, respectivamente Beck e Young, é a estrutura das suas sessões. Porém, a crítica realizada por Young não é pertinente. Além de Young comparar o tempo dedicado ao tratamento dos pacientes com transtorno de personalidade com a terapia cognitiva de curto prazo, que foi desenvolvida principalmente para transtornos do Eixo 1, ele desenvolve a “evolução do modelo

original da Terapia Cognitiva” (Klosko & Young, 2010). Todavia, à época da criação da Terapia do Esquema, Beck já havia reformulado seu modelo cognitivo (Beck & Alford, 2000), com características teóricas muito semelhantes às propostas ditas inovadoras de Young. Desta forma, não há algo substancialmente diferente em termos de estrutura de sessão quando comparadas as abordagens para o atendimento de pacientes com transtornos de personalidade ou com problemas caracteriológicos, que é o foco do atendimento da Terapia do Esquema.

Outro ponto compartilhado por diversas terapias cognitivas é o fato de muitas delas apresentarem uma natureza, explicitamente ou implicitamente, educativa. Muitas abordagens terapêuticas envolvem o terapeuta ensinar o modelo terapêutico ao paciente, sendo que muitas delas apresentam uma explicação de base racional para as intervenções utilizadas. Neste ponto, há o objetivo implícito de que os pacientes superem os problemas que os levaram ao tratamento, mas, principalmente, aprendam algo sobre o processo de terapia. Para que isso ocorra, algumas terapias dedicam tempo durante o atendimento para auxiliar o paciente a revisar as habilidades e os conceitos terapêuticos que eles aprenderam ao longo do tratamento para, posteriormente, empregar preventivamente ou como manutenção (Dobson & Dozois, 2006). Essa característica educativa é comum a ambas as abordagens. Tanto a TC e a Terapia do Esquema sugerem atividades de leituras específicas para contribuir na compreensão do paciente acerca do seu transtorno e do processo de tratamento que eles estarão envolvidos (DeRubeis, Tang & Beck, 2006; Beck, 1997; Beck *et al.* 1997; Young *et al.* 2008; Young, 2003).

4.3. Definição de Esquema e conceitos fundamentais

Embora as terapias cognitivas compartilhem a abordagem mediacional e tenham por objetivo principal mudar as “cognições”, a variedade de descrições e rótulos específicos de cognição encontrados na bibliografia das terapias cognitivo-comportamentais é realmente enorme. Uma pequena lista dos diversos termos que foram aplicados a construtos e processos cognitivos inclui: cognições, pensamentos, crenças, atitudes, ideias, suposições, distorções cognitivas, expectativas, noções, fluxo de consciência, narrativas, ideações, ilusões e esquemas. A situação se torna mais confusa, pois muitos desses construtos foram desenvolvidos em contexto clínico, ao passo que outros também são empregados em outras áreas da psicologia (Dobson & Dozois, 2006). O uso do conceito “esquema” tem dificuldades potenciais, já que o conceito foi desenvolvido pela psicologia do desenvolvimento de Piaget, aplicado posteriormente à cognição social e agora é utilizado em problemas clínicos. Enquanto a essência do conceito de esquema está intacta em seus vários usos, diversos autores sugeriram aplicações idiossincráticas, deixando claro há falta de um consenso geral sobre este conceito (Dobson & Dozois, 2006; Segal, 1988; Hollon & Kriss, 1984).

Nos capítulos anteriores, foi exposto qual a definição de esquema para cada abordagem. Como o próprio Young afirma, sua definição de esquema é bastante semelhante ao que é encontrado na obra de Beck. Enquanto a Terapia Cognitiva de Beck focaliza a falha no processamento de informação diante das situações vivenciadas na realidade, a terapia de Young enfatiza os esquemas criados pelas necessidades emocionais não supridas pelo ambiente remoto.

Em Beck e Alford (2000), pode-se extrair o seguinte trecho:

“Em termos mais simples, o comportamento humano normal teoricamente depende da capacidade de a pessoa compreender a natureza do ambiente social e físico dentro do qual ela está situada. A terapia cognitiva é frequentemente mal-interpretada como adotando apenas uma perspectiva “realista”. Entretanto, a perspectiva cognitiva postula ao mesmo tempo a dupla existência de uma realidade objetiva e uma realidade pessoal, subjetiva, fenomenológica. Desta maneira, a visão cognitiva é consistente com as teorias de condicionamento contemporâneas, que postulam tanto características de estímulo físico externo quanto mediações cognitivas desta” (p.30).

Em outro momento do texto, Beck e Alford (2000) afirmam que os esquemas são essencialmente estruturas de significado conscientes ou inconscientes que sevem a funções de sobrevivência, devendo ser adaptativo as demandas sociais e ambientais. Beck adota a postura evolucionista para desenvolver o novo modelo cognitivo. Os esquemas evoluem para adaptar as pessoas ao ambiente, não sendo *a priori* adaptativo ou desadaptativo em si. Esta relação é estabelecida quando estes são associados ao meio físico e social em que vive. Para os autores, “ao adaptar-se ativamente ao mundo, o sistema cognitivo humano envolve-se em transações com o ambiente natural [...] Portanto, a teoria cognitiva incorpora princípios e características etológicas bem como do processamento de informação” (pp 46-47).

Para Young, a Terapia do Esquema também estabelece que a origem dos esquemas seja a adaptação do homem ao meio em que ele vive. Observe o trecho retirado de Schmidt *et. al.* (1995):

“The early maladaptive schemas develop during childhood vis-à-vis with significant caretakers. Once in place, the schemas are extended and elaborated throughout the individual's lifetime. During childhood, as schemas is a means for the child to comprehend and manage the environment. In adulthood, the schemas outlives its limited utility and creates and depression when it is activated by situations relevant to that particularschema.” (p.296)

Em Young *et. al.* (2008), outro trecho aponta nesta direção:

“Os esquemas desadaptativos remotos lutam para sobreviver. Como mencionamos anteriormente, isso resulta da necessidade instintiva que os seres humanos têm de coerência. O esquema é o que o indivíduo conhece. Embora cause sofrimento, é confortável e familiar, e ele se sente bem. As pessoas se sentem atraídas por eventos que ativam seus esquemas.” (p. 23)

É inegável, portanto, que ambas as abordagens, independente do comprometimento disfuncional dos esquemas vivenciados pelos indivíduos, revelam-se defensoras da ideia de que a natureza do esquema é essencialmente adaptativa, de sobrevivência e autopreservação humana. Seu comprometimento disfuncional ocorre por que o indivíduo utiliza estratégias que anteriormente eram adaptativas, mas com o passar do tempo, podem torná-las insatisfatórias, visto que tanto as pessoas quanto as situações vivenciadas sofreram as alterações do tempo. Neste ponto, as abordagens são teoricamente muito semelhantes, pois ambas apoiam a perspectiva adaptativa da personalidade, definindo o transtorno de personalidade como uma espécie de “evolução de estratégias interpessoais” (Beck *et al.*, 2005; Young *et al.*, 2008)

O conceito de esquema é central no modelo da terapia de Young. Como observado anteriormente, seu objetivo não é apresentar uma teoria de esquemas concorrente à Terapia Cognitiva de Beck, mas enriquecer a teoria cognitiva, desenvolvendo um subconjunto de esquemas denominado Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID), que captam um nível mais profundo de cognição (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

A noção de “profundidade” é utilizada para destacar positivamente a Terapia do Esquema da TC tradicional, entretanto, observa-se ser um ponto bastante obscurecido na abordagem. O termo “profundo” é utilizado tanto para se definir o quadro de pacientes com transtornos de personalidade quanto para se assemelhar aos processos inconscientes e a utilização das técnicas das abordagens psicodinâmicas. Observa-se, no seguinte trecho, a compreensão topográfica que é defendida pela terapia do esquema para argumentar que a TE capta um nível mais profundo de cognição:

“a terapia do esquema começa "de baixo para cima", e não "de cima para baixo". Em outras palavras, os terapeutas do esquema começam no nível nuclear, o dos esquemas, e gradualmente ligam esses esquemas a cognições mais acessíveis, como pensamentos automáticos e distorções cognitivas. Em comparação, os terapeutas cognitivos começam com cognições em nível de superfície, como pensamentos automáticos, e tratam as crenças nucleares mais tarde, se o paciente permanece em tratamento quando os sintomas foram aliviados.” (Young et. al., 2008. p. 60)

É possível que essa afirmação corresponda ao modelo cognitivo original. Judith Beck (1997) afirma que a relação entre os níveis cognitivos é topográfico, sugerindo uma relação entre o mais superficial para o mais profundo:

“As crenças centrais são o nível mais fundamental da crença: elas são globais, rígidas e supergeneralizadas. Os pensamentos automáticos, as palavras ou imagens reais que passam pela cabeça da pessoa, são específicas à situação e podem ser consideradas o nível mais superficial da cognição”. (p.31)

Entretanto, com o desenvolvimento do novo modelo cognitivo, não é compreensível a afirmação de Young de que a Terapia Cognitiva de Beck trabalha diante de um modelo de “cima para baixo”. O próprio Beck afirma que “a terapia cognitiva também visa trabalhar em outro nível mais profundo” (DeRubeis, Tang & Beck, 2006. p.271).

Para Beck e Alford (2000), existem três níveis de cognição: (a) o pré-consciente, o não-intencional, o automático (pensamento automático); (b) o nível consciente, e (c) o nível metacognitivo, que inclui as respostas “realistas” ou “racionalis”. O pensamento automático e o inconsciente cognitivo possuem muitos aspectos em comum. A noção de automatismo sugere que este processamento cognitivo seja melhor definido como “pré-consciente”. No caso de pacientes com transtorno de pânico, por exemplo, pode-se explicar a instalação de processos de atenção a estímulos de ameaça através do entendimento dos processamentos inconscientes/automáticos. Porém, o fato desses conteúdos estarem inconscientes não significa que não possam ser modificados na terapia. A postura adotada pelos teóricos cognitivistas é, compreendendo que os

pensamentos automáticos apresentam muitos conteúdos inconscientes, utilizar técnicas como distração ou reorientação de recursos, para trazer à tona esses conteúdos, visto que tentar controlar os pensamentos frequentemente resulta em efeito contrário (Beck & Alford, 2000).

Novamente, não é adequado supor que haja uma diferença significativa entre as abordagens quando se comparam seus conceitos fundamentais. Como afirmam Perris (2000) e James (2001), as abordagens da 2ª geração, como a Terapia do Esquema, focalizam-se nas estruturas profundas e essenciais, apresentando uma mudança da visão *botton-up* para a *top-down*. Os trechos apresentados demonstram que a Beck também desenvolveu uma abordagem que explora as estruturas profundas, o inconsciente, o complexo. Portanto, a ilação de que conteúdos inconscientes são *exclusivamente* mais profundos e arraigados fazendo parte das crenças centrais não se sustenta. A diferença entre as abordagens está na *ênfase* oferecida ao processo cognitivo que ganhará destaque no início do atendimento psicoterapêutico, e não no processo terapêutico como um todo.

Em obras sobre terapia cognitiva, os termos “esquema”, “crença nuclear”, hipótese subjacente”, “crença disfuncional”, entre outros, têm sido usados em vários momentos de maneira intercambiável e, outras vezes, distintas, mas sempre intimamente relacionadas. A utilização de termos ou conceitos diferentes que designam a mesma coisa é um problema da psicologia como um todo. Os termos mentalistas são os que mais dão origem a controvérsias. É compreensível, portanto, que a natureza dos conceitos tratados no capítulo 3 (Esquemas Iniciais Desadaptativos, Domínios do Esquema e Processos do Esquema) sejam fontes de obscuridade teórica. Embora Young defenda que a Terapia do Esquema empregue:

“...parcimônia e aparente simplicidade combinadas com profundidade e complexidade. É fácil para terapeutas e pacientes entendê-la. O modelo do esquema incorpora idéias complexas, muitas das quais parecem complicadas e confusas para pacientes que recebem outras formas de terapia, e os apresenta de maneira simples e direta. Dessa forma, a terapia do esquema tem o apelo de senso comum da terapia cognitivo-comportamental, combinado à profundidade das abordagens psicodinâmicas e afins.” (Young et al., 2008. p.14).

Porém, para Beck (Pretzer & Beck, 2010) a Terapia do Esquema apresenta uma desvantagem por apresentar uma complexidade considerável. Na verdade, parece que Young refinou o conceito de esquema em subcategorias de acordo com as características que esta estrutura pode apresentar, como amplitude (estreitos ou amplos), flexibilidade ou rigidez (capacidade de modificação), e densidade (destaque na organização cognitiva) e valência (grau em que são energizados) (Martins, 2010; Butler *et al*, 2002). Neste ponto, não há como afirmar a semelhança entre as abordagens, visto que não há a utilização de termos semelhantes ou que designem a mesma coisa, de forma comparativa. Todavia, o importante é avaliar os pressupostos teóricos que subjazem a utilização desses termos. E neste caso, seria mais uma vez patente a ausência de diferença significativa entre as abordagens, uma vez que a Terapia do Esquema está construída em cima dos conceitos da Terapia Cognitiva.

4.4. Modelo modal/modos de esquema.

Ao analisar esse ponto, a primeira pergunta encontrada é: quem influenciou a abordagem do outro, visto que ambos os autores utilizam o conceito de “modo”?

Beck, em 1996, apresenta no *Frontiers of Cognitive Therapy* (traduzido como *Fronteiras da Terapia Cognitiva*, por Salkoviskis, 2005, 1ª edição) seu modelo de modos como parte integrante do novo modelo cognitivo (Salkoviskis, 2012). Young publica em 2003, junto com Klosko e Weisharr, o livro *Schema Therapy: a practitioner's guide*, considerado o primeiro manual prático sobre Terapia do Esquema. Nele, Young apresenta o trabalho com “modos”. Historicamente, observa-se que Beck foi o precursor na utilização do conceito. Beck *et al.* (2005) afirmam que:

“Para compreender as mudanças abruptas no comportamento dos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline, Young desenvolveu uma idéia, introduzida por Aaron Beck em oficinas clínicas na década de 1980 [...] Young conceitualizou esses estados como modos de esquema e, além de estados regressivos, ele também estipulou modos de esquemas menos regressivos”. (p.176)

Acredita-se que a evolução do modelo cognitivo produziu informações e conhecimentos acerca do assunto que contribuíram para que a Terapia do Esquema estivesse imersa neste contexto científico e produzisse o “avanço natural da abordagem”, (Young *et al.*, 2008).

Quanto às diferenças encontradas entre as abordagens, não há clareza. Para Young, o uso dos modos significa compreender que pacientes com quadros graves, como o transtorno de personalidade *borderline*, apresentam determinados agrupamentos

característicos de esquemas e respostas de enfrentamento, e que esses modos são cambiáveis. Para Beck, a teoria dos modos preconiza que existem redes de componentes cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais que são evocados para explicar o “sentido da vida” (Beck & Haigh, 2014). Juntos, esses componentes formam uma organização integrada de esquemas, crenças, regras, auto-estima e outros conceitos complexos. Acredita-se que a utilização de termos específicos, como modo criança ou pais disfuncionais seja realizada por dois aspectos: no campo teórico/científico, como forma de demarcar uma nova abordagem no campo psicoterápico; no aspecto prático, facilitar a psicoeducação dos conceitos, permitindo a compreensão de termos essencialmente “mentalistas” através das caricaturas e personificações destes termos. Desta forma, é possível afirmar que, embora haja a existência de termos diferentes, os modelos de “modos” das abordagens são semelhantes entre si, de forma significativa.

4.5. Relação terapêutica

Este ponto é possivelmente o mais controverso na literatura (Young, Klosko & Weishaar, 2008; Spinhoven *et.al.* 2007; Young, 2003; Perris, 2000; Nordmann & Herbert, 1996). Como discutido anteriormente, as terapias cognitivas incluídas na “2ª geração” defendem que a relação terapêutica é fundamental para o sucesso do tratamento, funcionando como veículo no processo de mudança do paciente (James, 2001; Perris, 2000).

Para Beck, grande parte daquilo que diferencia a terapia cognitiva de outras terapias cognitivo-comportamentais está no papel que o terapeuta assume e no papel que ele recomenda ao paciente. O relacionamento terapêutico prima pela cooperação, no

qual o terapeuta e o paciente assumem o mesmo nível de responsabilidade para resolver os problemas do segundo. Pressupõe que o paciente seja um especialista na própria experiência e nos significados que atribui aos eventos. O caráter educativo da terapia cognitiva permite que o paciente compreenda “cientificamente” quais os processos cognitivos que ocorrem na sua mente (DeRubeis, Tang & Beck, 2006).

Diversos autores questionaram a terapia cognitiva de Beck como uma abordagem adequada para o tratamento de indivíduos com transtornos de personalidade, visto que esse tipo de paciente apresenta diversas dificuldades para formar a aliança terapêutica nos moldes orientados pela TC tradicional, entre esses autores, Jeffrey Young. Eles constataram que os altos índices sobre a média da disfunção da personalidade estavam associados a baixos escores sobre a medida de adequação à terapia de curto prazo (Pretzer & Beck, 2010). Assim, vários autores propuseram maneiras de modificar a terapia cognitiva para o uso com indivíduos com transtorno de personalidade.

Na Terapia do Esquema, dois aspectos são característicos desta abordagem: a postura terapêutica de confronto empático e o uso da reparação parental limitada. O confronto empático, ou testagem empática da realidade, consiste confrontação da necessidade de mudança do paciente diante da expressão da compreensão das razões pelas quais o paciente perpetua seus esquemas. Realizar a reparação parental limitada é proporcionar aos pacientes, dentro dos limites adequados a relação terapêutica, aquilo que era necessário na infância, mas que não foi dado pelos pais. Um objetivo importante da Terapia do Esquema é ensinar os pacientes a fortalecer seus modos “adulto saudável”, A relação terapeuta-paciente serve como antídoto parcial aos esquemas do paciente, e ele internaliza o terapeuta como o "adulto saudável", que luta contra os esquemas e busca uma vida emocionalmente satisfatória.

É importante que o terapeuta do esquema seja flexível, para que ele possa ajustar os próprios estilos a fim de se adequar às necessidades emocionais de cada paciente individualmente, pois cada um apresenta um histórico de infância singular. As reações do terapeuta em relação ao paciente são importantes na avaliação dos esquemas dos pacientes. Porém, os terapeutas devem ser capazes de distinguir entre a intuição válida em relação ao paciente e a ativação de seus próprios esquemas. Desta forma, a terapia do esquema não acredita na idéia da “neutralidade” terapêutica. McGinn e Young (2012) o objetivo das terapias construtivistas é criativo ao invés de corretivo e as intervenções são provavelmente elaborativas, reflexivas e intensamente pessoais, ao invés de persuasivas, analíticas ou tecnicamente instrutivas. Há um foco nos significados pessoais que formam o subtexto das afirmações dos pacientes, portanto, metáforas e imagens mentais idiossincráticas são amplamente usadas (p.167).

Porém, a Terapia Cognitiva de Beck apoia-se nas mesmas perspectivas da Terapia do Esquema para o tratamento de pacientes com transtornos de personalidade. Beck não utiliza os conceitos elaborados pela Terapia do Esquema, mas sua perspectiva na relação terapêutica é muito semelhante, como observado no seguinte trecho:

“Ao lidar com os mais persistentes e penetrantes transtornos de personalidade, o papel do terapeuta muda sutilmente. [...] Esse envolvimento do terapeuta, desde que mantido dentro de limites razoáveis, coloca-o no papel de conselheiro amistoso. [...] O terapeuta, no decorrer do tempo, idealmente torna-se um modelo de papel para o paciente – alguém que o paciente pode usar como exemplo ao mostrar consideração, tato, gratidão e entendimento em seu círculo de amigos e pessoas íntimas”
(Beck, Freeman & Davis, 2005. pp 91-92).

O trecho extraído vai ao encontro da proposta de Young de que o terapeuta deve ser o modelo de “adulto saudável” para os modos disfuncionais apresentados pelo paciente. A proposta de modelação acompanha a influência teórica do modelo da aprendizagem social de Bandura, que sugere que as pessoas aprendem observando a experiência alheia, definida como aprendizagem vicária.

Diante dessas evidências, é insustentável a acusação de que a Terapia Cognitiva de Beck não defende a relação terapêutica como um veículo ativo no processo de mudança do paciente, não sendo pertinente a interpretação de que as abordagens apresentariam características diferentes quanto ao processo (categoria utilizada para diferenciar as terapias cognitivas da 1ª e da 2ª geração). Na verdade, a ênfase na relação terapêutica é modificada diante da natureza, funcionamento e gravidade do transtorno – o que explica a divisão dos transtornos em Eixo I e Eixo II. Novamente, observa-se que a diferença entre as abordagens está na ênfase dada tipo de transtorno que será realizado o tratamento, não havendo diferenças significativas entre elas. Porém, com o avanço na teoria, na prática e na pesquisa empírica para a aplicação da terapia cognitiva ao tratamento dos transtornos de personalidade, é compreensível que exista o desenvolvimento de métodos alternativos para a avaliação de crenças disfuncionais e técnicas diversas para auxiliar no fortalecimento da aliança terapêutica.

4.6. Transtorno de personalidade e pacientes caracteriológicos

Várias transformações significativas na conceituação e no tratamento dos transtornos de personalidade ocorreram nos últimos 30 anos. Houve um delineamento

mais claro acerca da definição do transtorno; observou-se que, pelo menos, 50% dos pacientes em muitos ambientes de tratamento externo atendem os critérios diagnósticos para, ao menos, uma diagnose de transtorno de personalidade; e, alguns resultados constataram que a terapia cognitivo-comportamental tradicional era muito menos eficaz com pacientes que tinha diagnóstico de transtorno de personalidade (Pretzer & Beck, 2010).

A Terapia do Esquema foi desenvolvida para tratar, principalmente, pacientes com transtornos de personalidade e com questões caracteriológicas subjacentes a seus transtornos. Caso o paciente esteja em uma crise profunda em alguma área da sua vida, seja psicótico ou tenha um transtorno do Eixo I não tratado, relativamente grave e que necessite de atenção imediata, a Terapia do Esquema não é adequada. Neste ultimo caso, especificamente, sugere-se iniciar o atendimento com a terapia cognitiva tradicional até a melhora das crises e dos sintomas agudos (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Os pacientes que apresentam um transtorno do Eixo I, cuja gravidade não necessite atenção imediata e a terapia tradicional não funcione, pode-se, então, utilizar com a abordagem do esquema.

Os transtornos de personalidades foram classificados em um diagnóstico de eixo separado das doenças mais graves e/ou episódicos descritos no Eixo I para distinguir o transtorno com base nas propriedades de difusão, cronicidade, idade de início, e resistência ao tratamento. Através de DSM-III-R e DSM-IV, um esforço considerável foi investido no aperfeiçoamento dos critérios para transtornos de personalidade, especialmente para o objetivo de aumentar a confiabilidade do diagnóstico (Trull & Durrett, 2005).

Para Young, o sistema de diagnóstico do Eixo II no DSM-IV apresenta falhas graves, tendo muitas limitações, incluindo a confiabilidade baixa para várias categorias

e o nível inaceitável de sobreposição entre categorias. O DSM-IV estabelece critérios baseados em comportamentos observáveis, dificultando para Young diferenciar os transtornos do Eixo I e do Eixo II. Segundo este modelo, os comportamentos são respostas de enfrentamento aos esquemas nucleares e sua eliminação é quase impossível sem a mudança dos esquemas que as desenvolvem. Ou seja, para a Terapia do Esquema, os transtornos de personalidade vão além da definição de comportamentos adaptativos ou não no campo interpessoal. São padrões de esquemas generalizados e crônicos. Ele sugere que haja uma compreensão dos transtornos de personalidade considerando cada paciente como um perfil único, incluindo vários esquemas e respostas de enfrentamento, cada um deles presente em diferentes níveis de intensidade (dimensionais) em lugar de uma única categoria de Eixo II.

Pesquisadores e clínicos muito têm debatido se o sistema de categorias do diagnóstico de transtorno de personalidade, conhecido como Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM e versões, é clinicamente útil e captura adequadamente a verdadeira natureza dessas formas de psicopatologia. Enquanto vários pesquisadores concordam que o caso de um modelo dimensional de transtornos de personalidade é forte, há aqueles que discordam e favorecem a tradição médica de atribuir diagnósticos categóricos (Trull & Durrett, 2005). Diagnósticos de transtorno de personalidade são codificados como presente ou ausente, de acordo com a perspectiva categórica de que transtornos de personalidade são síndromes clínicas qualitativamente distintas. Recentemente, muitas das questões mais prementes no DSM-IV para o DSM-V foram revistas e avaliadas, concluindo-se que existe uma necessidade de serem desenvolvidos modelos tridimensionais para serem comparados com os de tipologia já existentes. Essas revisões apontaram, em particular, o desenvolvimento de um modelo dimensional de personalidade (Trull & Durrett, 2005).

Uma característica proeminente da teoria cognitiva de transtornos de personalidade é sua ênfase sobre o papel crenças de disfuncionais. De acordo com a teoria cognitiva, a essência de um transtorno de personalidade é revelada nas crenças disfuncionais que caracterizam e perpetuam (Beck *et. al.*, 2001). A ênfase em crenças disfuncionais é uma componente chave que distingue a teoria cognitiva a partir de outras teorias de transtornos de personalidade, incluindo psicanalítica, interpessoal e neurobiológica. Coerente com sua proeminência na teoria cognitiva, as crenças disfuncionais são o foco principal do tratamento na Terapia Cognitiva de Beck dos transtornos de personalidade. Eles formam o componente central de um processo cognitivo e sua conceitualização é o principal alvo de intervenção. Quando identificada corretamente, as crenças disfuncionais principais refletem um ou mais temas conceituais que apontam para a história do desenvolvimento de um paciente, estratégias compensatórias e reações disfuncionais às situações atuais. O terapeuta e paciente trabalham juntos para identificar e modificar essas crenças fundamentais, e as melhorias podem ser vistas simultaneamente em muitas áreas de funcionamento do paciente. (Beck, Freeman & Davis, 2005; Beck *et. al.*, 2001)

5. Conclusão

O surgimento das terapias cognitivas em meados da década de 1960, traz a psicologia um novo modelo de psicoterapia e de natureza humana: um ser humano ativo em suas escolhas frente à realidade que o cerca. Diferente do modelo não-mediacional de estímulo-resposta e do modelo psicodinâmico vigentes à época, que defendia a ideia de que o homem era um ser indefeso diante dos desejos de seu inconsciente, a Terapia Cognitiva afirma que o indivíduo pode alterar seus comportamentos indesejáveis através da mudança em sua “mente” (cognições). Essa noção entrelaça as três premissas principais da terapia cognitiva: a cognição afeta o comportamento humano, a cognição pode ser monitorada e alterada e a mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva. Infelizmente, a ascensão desta nova abordagem se deu menos por suas novas teses do que por suas características marcantes: o instrumental técnico e o tratamento de curta duração. Essa visão quase “mecanicista” possibilitou a distorção de várias perspectivas dentro da Terapia Cognitiva (Beck & Alford, 2000).

Desde a década de 1980, o campo da psicoterapia tem mudado em resposta à emergência de visões ecléticas e integracionistas. Essa mudança foi parcialmente estimulada apenas em parte pelo status das evidências científicas. Grande parte das evidências empíricas sólidas que fundamentaram a mudança rumo ao ecletismo acumulou-se desde o desenvolvimento da psicoterapia eclética como um conjunto de modelos de tratamentos coerentes. Foi na década de 1980 que os profissionais começaram a suspeitar das teorias e desenvolveram uma profunda rejeição a orientações teóricas limitadas. Com mais de 400 teorias diferentes representadas nas abordagens psicoterápicas, surge uma insatisfação em relação à abordagem supostamente científica da psicoterapia e chega-se a conclusão de que não havia uma verdade única nesta ou na

psicopatologia. Diversos estudos apontavam as dificuldades que as psicoterapias tradicionais tinham em criar intervenções abrangentes para o efetivo tratamento de pacientes graves e complexos (Beutler, Harwood & Caldwell, 2006). Neste cenário, surge a Terapia do Esquema, como uma “evolução”, “expansão” da Terapia Cognitiva de Beck.

A expansão das Terapias Cognitivas foi resultado de um conjunto de fatores de natureza diversa. Sua fundamentação teórica e os procedimentos evoluíram ao longo das últimas quatro décadas enfatizando progressivamente uma preocupação com a realização de estudos empíricos que comprovassem sua eficácia no tratamento de transtornos mentais. Essa expansão contribuiu para que ela se tornasse o paradigma dominante nas abordagens psicoterápicas. É inegável a contribuição desta abordagem ao tratamento de diversos transtornos, tanto do Eixo I quanto do Eixo II.

Vimos no capítulo 2, sobre a Terapia Cognitiva de Beck, uma descrição resumida sobre seu desenvolvimento e expansão e como é definido seu modelo cognitivo original (definição de esquema e conceitos fundamentais), seu modelo de transtorno de personalidade, de relação terapêutica, sua tese sobre o papel das emoções e seu modelo modal/modos de esquema. É fundamental a constatação que a Terapia Cognitiva sofreu diversas modificações ao longo desses últimos 40 anos, e, atualmente, pesquisas empíricas são realizadas a partir do novo modelo cognitivo, idealizado em meados de 1990, chamado de “modelo cognitivo genérico” (Beck & Haigh, 2014). Ele reflete várias inovações importantes incluindo a continuidade da compreensão entre os processos adaptativos e desadaptativos, o conceito de ativação de esquemas, a integração do processamento dual dentro do modelo, o conceito de detecção precoce e de orientação de estímulos de entrada no processamento de informação, o conceito de protoesquema e a expansão da teoria dos modos.

Quando comparado ao modelo original, a mudança encontra-se no campo da metateoria (Beck & Alford, 2000). Essa mudança não trouxe transformações significativas na prática clínica, nas propostas de intervenções técnicas da terapia cognitiva. Sugere-se que esse fator possa ter contribuído para a pouca disseminação científica desse novo modelo cognitivo, tanto no campo da produção científica quanto dentro dos centros universitários. É possível que esse fator tenha facilitado as visões distorcidas que existem sobre a Terapia Cognitiva, como por exemplo, acreditar que ela é uma abordagem *exclusivamente* de curto prazo, que ignora os aspectos da vida infantil e preocupa-se apenas com problemas atuais da vida do paciente.

No capítulo 3, sobre Terapia do Esquema, foi apresentado de forma resumida, os aspectos relacionados com a abordagem, como influências teóricas, desenvolvimento, conceitos fundamentais, modelo de transtorno de personalidade, relação terapêutica, e por último, a evolução desta abordagem definida como “Modos do esquema”. Em uma primeira reflexão, observa-se que nenhuma das duas abordagens apresenta um engessamento dos seus modelos teóricos, apresentando mudanças no campo teórico. Porém, a mudança teórica contribuiu para melhorar o entendimento da natureza e particularidades dos diversos transtornos mentais, mas não para uma mudança na prática clínica.

Na verdade, observa-se que as mudanças nas intervenções têm como consequência a produção de novas correntes psicoterapêuticas. Neste momento, retorna-se a pergunta fundamental deste trabalho. Será a Terapia do Esquema o desenvolvimento de uma abordagem nova e complementar da Terapia Cognitiva? Será que a Terapia do Esquema apresenta novidades no seu arcabouço teórico a ponto de transformá-la numa abordagem concorrente ou Young desenvolveu somente uma corrente da TC?

No livro “Terapia do Esquema” (Young *et al.*, 2008), Young afirma que a TE é uma ampliação da terapia tradicional, cuja ênfase encontra-se na origem dos esquemas e dos problemas psicológicos através das experiências infantis, nas técnicas emocionais e relação terapêutica, e principalmente, no tratamento para pacientes com transtornos de personalidade. Para isso, especifica os esquemas em vários subtipos chamados de Esquemas Iniciais Desadaptativos, explicitando essa classificação como a maior inovação desta abordagem. Porém, como ressaltado no capítulo 3, a Terapia do Esquema possui algumas restrições, não sendo adequada, por exemplo, ao tratamento de pacientes do Eixo I não-tratado, relativamente grave, ou que esteja em uma crise profunda, necessitando atenção imediata. Pode-se afirmar, portanto, que a TE não propõe ser uma abordagem concorrente, visto que apresenta limitações para determinados tipos e gravidades de diagnoses.

James (2001) e Perris (2000) afirmam que há uma expansão da Terapia Cognitiva Tradicional para atender satisfatoriamente casos mais graves, como os transtornos de personalidade. Essas abordagens são diferenciadas e divididas em “1ª geração” e “2ª geração”. A distinção entre ambas as gerações ocorre na adaptação de três pontos importantes: conceitual, estrutural e de processo. Mas como foi observado, não há diferença significativa entre as abordagens, sugerindo que ambas as abordagens façam parte de uma mesma geração de terapias cognitivas.

Na questão do arcabouço conceitual, vimos que Young afirma não haver diferenças significativas na definição de seu conceito central: o esquema. A utilização de novos termos parece mais uma novidade técnica do que uma mudança teórica com o objetivo de se destacar da terapia cognitiva tradicional. Vimos também que a Terapia do Esquema não explicita a utilização de termos como pensamentos automáticos, distorção cognitiva e tríade cognitiva. Entretanto, isso não torna as abordagens divergentes entre

si. Isso possivelmente ocorre devido à diferença na ênfase acerca da origem dos esquemas disfuncionais. Na TC, a origem está na falha do processamento de informação diante das situações vivenciadas na realidade; na TE, os esquemas representam com exatidão o ambiente remoto das experiências vivenciadas. Entretanto, como explicitado no capítulo 4, Beck acredita que as relações de apego – definidas na TE como necessidades emocionais - são um campo fértil para o desenvolvimento de esquemas, incluído os desadaptativos, levando à vulnerabilidade cognitiva e o enviesamento do processamento de informação. Portanto, neste ponto analisado acredita-se que ambas as teorias apresentam semelhanças consideráveis, embora a utilização de termos diversos possa sugerir o contrário.

Na questão da estrutura, pode-se observar que Young negligencia a perspectiva da Terapia Cognitiva tradicional no atendimento de pacientes com transtorno de personalidade, como se esta tivesse um único formato de atendimento, tanto para pacientes do Eixo I quanto do Eixo II. Em Klosko e Young (2010), Young faz referência ao modelo cognitivo generalista, mas não discute sobre a relação deste com a Terapia do Esquema. No capítulo 2, vimos que Beck afirma que o tratamento de cada transtorno necessita de competências diferenciadas, o que implica em dizer que as estratégias e técnicas cognitivas utilizadas em transtornos clínicos leves e moderados não podem ser empregadas de maneira semelhante nos casos graves. Young suprime esta informação em seu modelo, sugerindo implícita e equivocadamente a ideia de que a Terapia Cognitiva tradicional possui um único padrão de atendimento (estrutura da sessão) independente do caso ou da diagnose do paciente.

Quanto à questão do processo, o ponto que mais se destaca é a relação terapêutica. No capítulo 3, vimos que as terapias cognitivas da segunda geração têm em comum a característica de dar maior ênfase a essa relação. Para Young, a relação

terapêutica contribui na psicoeducação, na avaliação e mudança de esquemas. Outro ponto importante é que existe mais foco nos esquemas do próprio terapeuta e em seus estilos de enfrentamento, em especial, quanto à relação terapêutica. Ressalta-se, entretanto, que a Terapia Cognitiva de Beck sugere as mesmas especificidades em seu modelo cognitivo. O papel do terapeuta, nos casos de pacientes com transtorno de personalidade, assemelha-se muito ao papel proposto na TE, inclusive. Como visto no capítulo 4, ambas as abordagens acreditam que, diante das dificuldades encontradas pelos pacientes com transtornos de personalidade, é esperado que o terapeuta assuma o papel de conselheiro amistoso ou adulto saudável para servir de referência para as mudanças sugeridas no processo terapêutico. Desta forma, é correto afirmar que a Terapia Cognitiva de Beck enfatiza da mesma forma que a Terapia do Esquema a importância da relação terapêutica como promotora de mudança no paciente, sendo, portanto, ambas as abordagens significativamente semelhantes entre si.

Em Beck e Alford (2000), eles afirmam que:

“O progresso teórico na terapia cognitiva virá não da fusão com outras teorias, mas das investigações clínicas e experimentais de hipóteses derivadas dos axiomas formais da teoria cognitiva. Quando uma hipótese particular não se sustenta, a base teórica da hipótese será conseqüentemente modificada” (Beck & Alford, 2000. p.102).

É compreensível, portanto, o surgimento de novas correntes e abordagens, dentro da seara da teoria e terapia cognitiva, pois esta fornece uma estrutura teórica unificadora dentro da qual as técnicas clínicas de outras abordagens estabelecidas e

validadas podem ser adequadamente incorporadas. O aparecimento de novas correntes e abordagens não é ameaçador para a integridade da terapia cognitiva. Na verdade, Beck acredita que as mudanças sofridas são um progresso natural necessário para o refinamento e amadurecimento dessa, desde que as pesquisas relacionadas à estas novas abordagens estejam empiricamente embasadas, em consonância ao modelo teórico proposto. Conclui-se, portanto, que a abordagem definida como Terapia do Esquema agrega todas as características do modelo cognitivo de Beck, fazendo parte desta abordagem. Seus argumentos não são suficientes para considerar ela uma “ampliação” ou mesmo uma “evolução” da Terapia Cognitiva, podendo ser melhor definida como uma corrente, uma continuação dos estudos desenvolvidos por Beck e colaboradores, fazendo parte da mesma geração de Terapias.

6. Referências Bibliográficas

- Alexander, F. T., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: principles and application*. New York: Ronald Press.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia*, Curitiba, (04).
- Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 270-281. doi: 10.1016/s1077-7229(00)80083-8
- Baptista, A. (1988). Processos cognitivos na psicoterapia das perturbações ansiosas. *Análise Psicológica*, 2, 211 - 224
- Beck, A.T. (2012). Além da Crença: uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. (In) P.M. Salkovskis, P. M. *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (A. M. Serra, Trans. 2ª edição ed.). São Paulo: Casa Do Psicólogo.
- Beck, A.T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *Am J Psychiatry*; 165:969–977
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy - A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.953
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy*, 1(2), 184-200.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324.
- Beck, A. T. (1961). A systematic investigation of depression. *Comprehensive psychiatry*, 2(3), 163-170.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T. & Haigh, E.A.P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 10:1-24.

- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. In C. T. Caskey (Ed.), *Annual Review of Medicine*, Vol. 62, pp. 397-409).
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade* (2ª edição ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2003). A cognitive model of hallucinations. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 19-52.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy*, 54(3).
- Beck, A. T., & Haaga, D. A. F. (1992). The future of cognitive therapy. *Psychotherapy*, 29(1), 34-38. doi: 10.1037/0033-3204.29.1.34
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1213-1225.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão* (Reimpressão ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M. & Caldwell, R. (2006) A integração entre a terapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia. (In) K.S.Dobson. *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais* (pp. 117-139). Porto Alegre. Artmed.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1231-1240.
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da Terapia do Esquema e o processamento do inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1).
- Callegaro, M. M., & Landeira-Fernandez, J. (2000). Pesquisas em neurociência e suas implicações na prática psicoterápica. In A. V. Cordiole (Ed.), *Psicoterapias - abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. d. S. (2012). Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 23-31.
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. D. S. (2008). Therapy focused on schemes: conceptualization and research. *Revista De Psiquiatria Clinica*, 35(5), 187-195.
- Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). Case of Silvia: A Schema-Focused Approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 217-229.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para dos transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre: Artmed.

- Cottraux, J., & Matos, M. G. (2007). Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais para profissionais em saúde mental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*(3), 49-61.
- Caro, I. (1988). As terapias cognitivas na perspectiva da semântica geral: Pontos de contacto e linhas de acção.
- DeRubeis, R.J., Tang T.Z. & Beck, A.T. (2006) Terapia Cognitiva. (In) K.S.Dobson. *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais* (pp. 269-299). Porto Alegre. Artmed.
- Dobson, K.S. & Dozois, D.J.A. (2006) Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In) K.S.Dobson. *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais* (pp. 17-43). Porto Alegre. Artmed.
- Dobson, K.S., Beck, J. & Beck, A.T (2005). The Academy of Cognitive Therapy: Purpose, History, and Future Prospects. *Cognitive and Behavioral Practice* 12, 263-266
- Dobson, K. S., & Scherrer, M. S. (2004). História e futuro das Terapias Cognitivo-Comportamentais. In P. K. (org) (Ed.), *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.
- Dobson, K. S., Beck, J. S., & Beck, A. T. (2005). The academy of cognitive therapy: Purpose, history, and future prospects. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(2), 263-266.
- Falcone, E. (2006). As bases teóricas e filosóficas das abordagens cognitivo-comportamentais. In Jacó-Vilela, Ferreira & Portugal (Eds.), *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 195-214). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Falcone, E. M. d. O., & Ventura, P. R. (2008). Entrevista com Dr. Jeffrey Young. *REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS*, 4(1).
- Greenberg, M. S., & Beck, A. T. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 9.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S., Masuda, A., Bisset, R., Luoma, J. & Guerrero, L. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35: 35-54
- Hollon, S.D. & DeRubeis. (2010). A efetividade do tratamento da depressão. (In) R.L. Leahy. *Terapia Cognitiva Contemporânea*. Porto Alegre. Artmed

- Hollon, S. D. & Kriss, M.R.(1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, Vol 4, pp. 35-76.
- James, I. A. (2001). SCHEMA THERAPY: THE NEXT GENERATION, BUT SHOULD IT CARRY A HEALTH WARNING? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 401-407. doi: 10.1017/s1352465801004015
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. doi: 10.1002/jclp.20240
- Kerbauy, R. R. (1983). Terapia Comportamental Cognitiva: uma comparação entre perspectivas. *Psicologia: ciência e profissão*, 3(2), 9-23.
- Kingdon, D., & Dimech, A. (2008). Cognitive and behavioural therapies: the state of the art. *Psychiatry*, 7(5), 217-220.
- Klosko, J. & Young, J. (2010) A terapia cognitiva do transtorno da personalidade *borderline*. (In) R.L. Leahy. *Terapia Cognitiva Contemporânea*. Porto Alegre. Artmed
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 30, S54-S64.
- Knapp, P. o. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2011). A Study of Maladaptive Schemas and Borderline Personality Disorder in Young People. *Cognitive Therapy and Research*, 35(1), 30-39. doi: 10.1007/s10608-009-9292-4
- Lobbestael, J., Arntz, A., Lobbes, A., & Cima, M. (2009). A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(4), 571-579. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.08.001
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 437-458. doi: 10.1017/s1352465810000226
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854-860. doi: 10.1016/j.brat.2008.03.006
- Lowenkron, T. (2008). *Psicoterapia psicanalítica breve*. Porto Alegre: Artmed.
- McGinn, L. K., & Young, J. E. (2012). Terapia Focada no Esquema. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (2ª edição ed., pp. 179-200). São Paulo: 2012.

- McGinn, L. K., Young, J. E., & Sanderson, W. C. (1995). When and how to do longer term therapy ... Without feeling guilty. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 187-212. doi: 10.1016/s1077-7229(05)80010-0
- Norcross, J. C., Hedges, M., & Prochaska, J. O. (2002). The face of 2010: A Delphi poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology-Research and Practice*, 33(3), 316-322. doi: 10.1037//0735-7028.33.3.316
- Nordmann, J. E., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach - Young, J.E. *Clinical Psychology Review*, 16(1), 78-79. doi: 10.1016/s0272-7358(96)90017-3
- O'Donohue, William. (2009). A brief history of cognitive behavior therapy: are there troubles ahead? (In) W.T. O'Donohue&J.E. Fisher (Ed.) *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*. John Wiley and Sons. New Jersey
- Padesky, C. A. (2010). Aaron Beck: A mente, o homem e o mentor. (In) Robert L. Leahy. *Terapia Cognitiva Contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre. Artmed
- Perris, C. (2000). Personality-related disorders of interpersonal behaviour: A developmental-constructivist cognitive psychotherapy approach to treatment based on attachment theory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(2), 97-117. doi: 10.1002/(sici)1099-0879(200005)7:2<97::aid-cpp230>3.0.co;2-k
- Petersen, C. S. (2011). Evidências de efetividade e procedimentos básicos para terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos de ansiedade;. *Rev. bras. psicoter*, 13(1), 39-50.
- Pilgrim, D. (2011). The hegemony of cognitive-behavior therapy in modern mental health care. *Health Sociology Review*, 20(2), 120-132.
- Pretzer, P. & Beck, J.S. (2010). A terapia cognitiva dos transtornos de personalidade: vinte anos de progresso.(In) Robert L. Leahy. *Terapia Cognitiva Contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre. Artmed
- Rangé, B., Falcone, E., & Sardinha, A. (2011). História e panorama atual das terapias cognitivas do Brasil. In I. Andreta & M. S. Oliveira (Eds.), *Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rangé, B. P., Falcone, E. M. D. O., & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 3(2), 0-0.
- Rosner, R. I. (2012). Aaron T. Beck's drawings and the psychoanalytic origin story of cognitive therapy. *History of psychology*, 15(1), 1.

- Salkovskis, P. M. (2012). *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (A. M. Serra, Trans. 2ª edição ed.). São Paulo: Casa Do Psicólogo.
- Scher, C.D., Segal, Z.V. & Ingram, R.E. (2010). A teoria da depressão de Beck: origem, status empírico e direcionamentos futuros para a vulnerabilidade cognitiva. (In) Robert L. Leahy. *Terapia Cognitiva Contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre. Artmed
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire - investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. doi: 10.1007/bf02230402
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103(2), 147-162. doi: 10.1037/0033-2909.103.2.147
- Sharp, I. R., Henriques, G. R., Chapman, J. E., Jeglic, E. L., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2005). Strategies used in the treatment of borderline personality disorder: A survey of practicing psychologists. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(4), 359-368.
- Shinohara, H. (2012) Novos temas em Terapia Cognitiva. (In) E.M.O. Falcone, A.D.Oliva & C. Figueiredo (org). *Produções em Terapia Cognitivo-Comportamental*. São Paulo. Casa do Psicólogo
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooirnan, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115. doi: 10.1037/0022-006x.75.1.104
- Spinillo, A. G., & Roazzi, A. (1989). A atuação do psicólogo na área cognitiva: reflexões e questionamentos. *Psicologia: ciência e profissão*, 9(3), 20-25.
- Trull, T. J. & Durrett, C.A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1:355–80
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (2003). *Terapia Cognitiva para Transtornos de Personalidade: uma abordagem focada em esquemas* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E. (2005). Schema-Focused Cognitive Therapy and the Case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 115-126.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life: the breakthrough program to end negative behavior and feel great again*. New York: A Plume Book.

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