



POSSÍVEIS EFEITOS DA TERAPIA DO ESQUEMA NOS EIDS E NOS MODOS  
ESQUEMÁTICOS NO CONTEXTO DA PSICOTERAPIA

Alexandre Brambilla Stecanela

Caxias do Sul, 2023

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES  
CURSO DE PSICOLOGIA

POSSÍVEIS EFEITOS DA TERAPIA DO ESQUEMA NOS EIDS E NOS MODOS  
ESQUEMÁTICOS NO CONTEXTO DA PSICOTERAPIA

Trabalho apresentado como requisito parcial para  
conclusão do Curso de Graduação em Psicologia,  
sob orientação da Profa. Dra. Cristina Lhullier.

Alexandre Brambilla Stecanela

Caxias do Sul, 2023

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer de coração a todos que contribuíram em minha jornada acadêmica. Primeiro, quero agradecer às minhas colegas de graduação, Bruna, Bianca, Débora e Eduarda, pela amizade e colaboração incríveis durante todo o processo. Vocês foram demais e nossa parceria tornou tudo mais estimulante e enriquecedor.

Também quero agradecer do fundo do coração ao meu namorado, Pedro, por todo o apoio incondicional durante este longo trajeto. Sua compreensão, encorajamento e incentivo foram essenciais para superar os desafios e seguir em frente nos momentos mais difíceis. Sou grato demais por ter você ao meu lado.

Por último, mas não menos importante, expresso minha gratidão ao pessoal da L'aqua. Vocês me acolheram de braços abertos e me mostraram que o diferente é normal. Sua dedicação e compromisso em promover a inclusão e a igualdade são verdadeiramente inspiradores. Agradeço por compartilharem suas histórias e experiências, fazendo com que minha jornada na psicologia tenha sido muito mais rica.

A todos mencionados e a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte do meu trajeto acadêmico, meu mais sincero agradecimento. Sem o apoio e a colaboração de cada um de vocês, este trabalho não seria possível. Sou extremamente grato por ter tido a oportunidade de dividir este pedaço da minha história com pessoas maravilhosas como vocês e por ter recebido todo o suporte necessário ao longo dessa jornada.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
Objetivo Geral.....	11
Objetivos Específicos.....	11
<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
Os Esquemas na Terapia do Esquema.....	12
Os Domínios Esquemáticos.....	16
As Estratégias de Enfrentamento de Um Esquema.....	18
Os Modos Esquemáticos.....	19
As Fases de Tratamento da Terapia do Esquema Individual.....	22
Técnicas e Ferramentas da Terapia do Esquema.....	23
<b>MÉTODO.....</b>	<b>28</b>
Delineamento.....	28
Fontes.....	28
Instrumentos.....	35
Procedimentos.....	36
Referencial de Análise.....	36
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>56</b>
Avaliação Metodológica.....	56
Medições dos Resultados.....	57
Análise dos Protocolos.....	59
Número de Sessões.....	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dimensões de Temperamento Emocional.....	12
Tabela 2. Modos Esquemáticos.....	20
Tabela 3. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	29
Tabela 4. Configuração da Pesquisa nas Bases de Dados.....	29
Tabela 5. Estudos Incluídos.....	31
Tabela 6. Síntese dos Estudos.....	36
Tabela 7. Síntese dos Estudos Preenchida.....	38
Tabela 8. Resultados por Instrumento - Artigo 1.....	42
Tabela 9. Resultados por Instrumento - Artigo 2.....	43
Tabela 10. Resultados por Instrumento - Artigo 3.....	45
Tabela 11. Resultados por Instrumento - Artigo 4.....	46
Tabela 12. Resultados por Instrumento - Artigo 5.....	48
Tabela 13. Resultados por Instrumento - Artigo 6.....	50
Tabela 14. Resultados por Instrumento - Artigo 7.....	51
Tabela 15. Resultados por Instrumento - Artigo 8.....	53

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Fluxo para Triagem de Estudos.....	34
Figura 2. Código Fonte do Script Removedor de Duplicidades.....	35

## RESUMO

O presente trabalho visa identificar possíveis efeitos terapêuticos da Terapia do Esquema nos EIDs e nos Modos Esquemáticos no contexto da psicoterapia. Como objetivos específicos propõe-se apresentar os principais conceitos da Terapia do Esquema, com ênfase nos EIDs, nas estratégias de enfrentamento, nos modos esquemáticos e nos domínios esquemáticos, apresentar as ferramentas e as técnicas utilizadas pela Terapia do Esquema durante o processo terapêutico, e caracterizar as fases do tratamento fundamentado na Terapia do Esquema. Foi conduzida uma revisão sistemática da literatura por meio de uma pesquisa quantitativa-qualitativa, exploratória e descritiva. Ensaio clínicos publicados nos últimos 10 anos, com participantes maiores de 18 anos e com instrumentação capaz de medir EIDs ou modos esquemáticos foram considerados para a inclusão. Após processamento e triagem, oito estudos foram selecionados e tabelados com dados dos autores, data de publicação, delineamento do estudo, dados da amostra, instrumentos de avaliação, escore da avaliação metodológica do estudo e resumo dos resultados. Com foco em determinar o tamanho do efeito das intervenções da Terapia do Esquema, foram coletados dados quantitativos e qualitativos de cada artigo. A revisão sistemática dos estudos encontrados aponta para o interesse em avaliar a aplicação do formato grupal da Terapia do Esquema. Também buscam determinar sua eficácia com base em instrumentos que avaliam os sintomas de um transtorno mental em específico e a percepção da qualidade de vida dos participantes antes, durante e depois da intervenção psicoterápica, e não necessariamente por meio da avaliação dos escores de EIDs ou modos esquemáticos. A discussão dos resultados foi organizada em quatro tópicos, sendo eles a avaliação da metodologia, o desfecho, a análise dos protocolos e o número de sessões. Com base nestes, foi possível demonstrar que a TE apresenta fortes indícios de ser um protocolo terapêutico eficaz em diferentes contextos de aplicação, bem como para além dos transtornos de personalidade. Contudo, a amostragem selecionada não apresenta homogeneidade na aplicação deste protocolo e apresenta escores baixos no que se refere à qualidade metodológica da investigação, colocando em dúvida a generalização dos achados encontrados nos estudos avaliados. As evidências encontradas sugerem que a TE se apresenta promissora, contudo, não é possível afirmar que o protocolo psicoterápico da TE esteja consolidado entre as investigações das psicoterapias baseada em evidências.

**Palavras-chave:** terapia do esquema; esquemas iniciais desadaptativos; modos esquemáticos; efeitos terapêuticos; psicoterapia.

## INTRODUÇÃO

A escolha de uma abordagem teórica para fundamentar as intervenções na prática clínica pode ser considerada como uma das escolhas mais difíceis do psicólogo em seu ambiente de trabalho. Os protocolos que viabilizam o entendimento dinâmico do sujeito, bem como o direcionamento das intervenções, seguem diretrizes específicas de acordo com a teoria psicológica escolhida. Portanto, a compreensão do uso adequado e possíveis efeitos de um determinado tratamento psicoterapêutico é de vital importância para o exercício da profissão.

Sendo o bacharelado em psicologia um processo carregado de disciplinas teóricas, muitas vezes focadas no entendimento diagnóstico, a análise da aplicação prática de qualquer abordagem psicoterápica estudada na teoria permite fundamentação para uma aplicação profissional mais adequada. Além disso, como trabalho de conclusão de curso, esta investigação também torna-se pessoalmente relevante como forma de preparo para a atuação na psicologia clínica posteriormente à finalização da graduação.

Frente a isso, surge a intenção de se realizar uma pesquisa com relação aos possíveis efeitos do protocolo da Terapia do Esquema (TE) na cura dos esquemas e dos modos esquemáticos, especialmente após realização de estágio clínico no Serviço de Psicologia Aplicada na Universidade de Caxias do Sul. Dentre os pacientes atendidos, foi realizado acompanhamento durante seis meses de uma pessoa com diagnóstico de transtorno de personalidade narcisista, sendo o protocolo de atendimento escolhido no plano terapêutico fundamentado na TE. A avaliação do caso, posterior à finalização dos atendimentos, apresentou quatro indicadores principais, sendo eles o vínculo com o terapeuta, a remissão dos comportamentos disfuncionais, a avaliação da natureza dos problemas e a aderência ao tratamento. O resultado deste processo avaliativo indicou melhora nos aspectos sociais e profissionais do paciente, mas não avaliou se houve redução na ativação dos EIDs, originando, então, o problema de pesquisa deste trabalho de conclusão de curso.

No que tange à TE, é possível afirmar que seu surgimento vem com o objetivo de ampliar a compreensão do sujeito, bem como na construção do seu tratamento, se utilizando de conceitos oriundos das teorias cognitivo-comportamental, das relações de apego, da psicologia da *Gestalt*, do construtivismo e da psicanálise. Seu objetivo inicial é o de proporcionar uma psicoterapia especializada para transtornos psicológicos crônicos, considerados mais difíceis de tratar, como é o caso dos transtornos de personalidade. (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Desde o seu surgimento na década de 1980, a TE vem

se tornando mais popular entre os psicólogos clínicos e seu uso não está mais limitado aos transtornos de personalidade. Dessa forma, busca proporcionar ao indivíduo a capacidade de atender suas próprias necessidades emocionais, favorecendo uma produção de autocuidado saudável (Masley, Gillanders, Simpson & Taylor, 2012). A TE apresenta quatro principais conceitos em sua teoria: os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), as estratégias de enfrentamento, os domínios esquemáticos e os modos esquemáticos (Young et al., 2008).

Os esquemas são padrões formados por memórias, emoções e sensações corporais, podendo ser considerados traços da personalidade do indivíduo, e correspondem a forma como o sujeito vivenciará as situações presentes em seu cotidiano, pois afetam a percepção de si mesmo, do outro e do mundo. Desta forma, os EIDs são os padrões disfuncionais aprendidos na infância e adolescência que permitiriam adaptabilidade para um contexto desfavorável, mas que não se fazem mais pertinentes na fase adulta (Young et al., 2008).

As estratégias de enfrentamento são desenvolvidas pela criança como forma de se adaptar ao esquema e, apesar de proporcionarem evitação da ativação do EID, acabam o perpetuando. São definidas três principais estratégias de enfrentamento: lutar, fugir ou desistir. Essas estratégias estão presentes em todos os indivíduos e se relacionam com as respostas inatas do organismo frente a um evento de ameaça. Desta forma, as estratégias classificadas para a TE são nomeadas analogamente como hipercompensação, evitação e resignação (Young et al., 2008).

Os domínios esquemáticos se referem a uma forma de agrupar os esquemas de acordo com as características ambientais presentes no desenvolvimento inicial da criança (Masley et al., 2012). Young et al. (2008) dividiram os 18 EIDs em cinco domínios esquemáticos, sendo que domínio representa um componente importante das necessidades emocionais básicas.

Os modos esquemáticos se referem ao conceito que busca explicar a ativação simultânea de esquemas, sejam esses desadaptados ou não. Estes modos determinam os estados emocionais e estratégias de enfrentamento em predominância durante determinada situação em que o sujeito esteja inserido (Young et al., 2008).

É importante, portanto, compreender de que forma e com qual frequência os protocolos da TE atendem a sua proposta central, que é a cura dos esquemas por meio da redução de sua ativação (Young et al., 2008). Tal compreensão é relevante tanto para o psicólogo em processo de treinamento na psicologia e na TE, quanto para o psicólogo já atuante. Por este motivo, foi realizada a presente revisão sistemática da literatura, incorporada em um trabalho de conclusão de curso e com o objetivo de proporcionar a

sintetização de resultados de diferentes ensaios clínicos, expandido o entendimento para além da leitura de artigos isolados ou de publicações exclusivamente teóricas (Aromatis & Pearson, 2014).

## OBJETIVOS

### **Objetivo Geral**

Identificar possíveis efeitos terapêuticos da Terapia do Esquema nos EIDs e nos modos esquemáticos no contexto da psicoterapia.

### **Objetivos Específicos**

- Apresentar os conceitos principais da Terapia do Esquema, com ênfase nos EIDs, nas estratégias de enfrentamento, nos modos esquemáticos e nos domínios esquemáticos.
- Apresentar as ferramentas e as técnicas utilizadas pela Terapia do Esquema durante o processo terapêutico.
- Caracterizar as fases do tratamento fundamentado na Terapia do Esquema.

## REVISÃO DA LITERATURA

### Os Esquemas na Terapia do Esquema

O esquema é o principal conceito da TE e, como citado anteriormente, é um padrão formado por memórias, emoções e sensações corporais, constituído durante as fases iniciais do desenvolvimento e perpetuado na vida adulta. Por focar nos aspectos emocionais e nas memórias constituintes do sujeito, a TE não incorpora o comportamento como uma característica de formação do esquema, mas sim como uma resposta a ele (Young et al., 2008).

Young et al. (2008) encontram na não-satisfação das necessidades emocionais básicas na infância o principal fator originário de um EID. A partir do estudo e integração das diferentes teorias incorporadas na TE, são enumeradas cinco necessidades emocionais básicas e universais: vínculos seguros com outros indivíduos, autonomia, competência e sentido de identidade, liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas, espontaneidade e lazer, e limites realistas e autocontrole.

Combinados às necessidades emocionais básicas, o temperamento inato e as primeiras experiências de vida também se classificam como variáveis originárias de um esquema. O temperamento é percebido pelos pais ou cuidadores desde o nascimento da criança e fornece indícios característicos da personalidade em desenvolvimento. O temperamento é considerado como uma herança genética e é observado como uma entidade imutável, inclusive após realização de psicoterapia. Além disso, recebe a função de nivelar a potencialização dos efeitos do não atendimento de uma necessidade emocional básica (Young et al., 2008). A Tabela 1 relaciona as dimensões de temperamento emocional.

Tabela 1

*Dimensões de Temperamento Emocional*

Lábil	vs	Não-reativo
Distímico	vs	Otimista
Ansioso	vs	Calmo
Obsessivo	vs	Distraído
Passivo	vs	Agressivo

---

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 2006)

Já em relação ao contexto ambiental durante as fases de desenvolvimento iniciais, Young et al. (2008) se referem fundamentalmente ao modo de funcionamento das famílias de origem da criança. Estes autores conceituam quatro tipos de experiências relacionadas ao ambiente de desenvolvimento e que estimulam a aquisição de esquemas: a frustração nociva de necessidades, no qual a criança é exposta a pouquíssimas experiências boas no início de sua vida, tornando-se carente de estabilidade, compreensão e amor; a traumatização ou vitimização, quando um dano é causado à criança ou ela transforma-se em vítima; o exagero das experiências boas, quando há constante e demasiada exposição de experiências boas por pais excessivamente permissivos e indulgentes, não atendendo as necessidades de autonomia e limites realistas; e a identificação seletiva, na qual a criança internaliza determinadas características cognitivas e comportamentais dos pais ou cuidadores.

A partir destes três conceitos de formação de um esquema, Young et al. (2008), realizam a descrição de 18 esquemas iniciais desadaptativos: abandono/instabilidade; desconfiança/abuso; privação emocional; defectividade/vergonha; isolamento social/alienação; dependência/incompetência; vulnerabilidade ao dano ou à doença; emaranhamento; fracasso; arrogo/grandiosidade; autocontrole/autodisciplina insuficientes; subjugação; auto sacrifício; busca de aprovação/busca de reconhecimento; negativismo/pessimismo; inibição emocional; padrões inflexíveis/postura crítica exagerada; e postura punitiva. Estes 18 esquemas são perpetuados para a vida adulta e podem ser ativados de acordo com o seu nível de gravidade, ou seja, quanto maior a gravidade, maior a probabilidade de comparação entre situações do cotidiano com as memórias originárias do EID, ocasionado na replicação da estratégia de enfrentamento desadaptada.

O esquema de abandono/instabilidade provoca uma percepção de que não se pode confiar no outro, pois estes são instáveis. O indivíduo com este esquema acredita que ninguém é capaz de lhe oferecer suporte emocional ou proteção, justamente por conta de sua instabilidade emocional e imprevisibilidade. É comum que essas características causem sensações de abandono ou insegurança, pois é constante o medo de ser abandonado em

detrimento de alguém melhor, podendo também ser apresentado como uma preocupação infundada de que irá morrer a qualquer momento (Young et al., 2008).

O esquema de desconfiança/abuso se refere à expectativa de que os outros causem danos, abusos, humilhações, enganos, mentiras, manipulações ou aproveitem-se de alguma maneira (Young et al., 2008). É uma percepção que provoca o entendimento de que o outro está intencionado a lhe prejudicar, seja intencionalmente ou por atos de negligência. Young et al. (2008) também descrevem ser comum estes indivíduos se sentirem constantemente enganados pelos outros, mesmo quando não existam evidências para sustentar o raciocínio.

Já na na privação emocional, há a expectativa de que o apoio emocional desejado não será atendido. A privação pode ser percebida de três formas diferentes: a primeira se refere à privação de cuidados, na qual observa-se falta de atenção, afeto, carinho e companheirismo; a segunda é a privação de empatia, caracterizada pela ausência de compreensão, escuta, abertura ou compartilhamento mútuo de sentimentos; e a última é a privação de proteção, em que observa-se ausência de força, orientação ou direção por parte dos outros (Young et al., 2008).

O esquema de defectividade/vergonha representa o sentimento de “ser defeituoso, falho, mau, indesejado, inferior ou inválido, além de não se sentir merecedor do amor das pessoas importantes” (Young et al., 2008. p. 27). Isso significa que o sujeito é extremamente sensível à crítica e frequentemente se sente rejeitado pelos outros.

Os indivíduos com o esquema de isolamento social/alienação sentem-se desconectados do restante do mundo, pois consideram-se diferentes das demais pessoas. É muito comum que estas pessoas sintam que não pertencem a nenhum grupo social específico, como se estivessem exilados (Young et al., 2008).

A dependência/incompetência é o esquema em que o sujeito acredita ser incapaz de lidar com as atividades rotineiras sem o auxílio de uma outra pessoa. Por este motivo, existe a crença de que não é competente o suficiente para cuidar de si mesmo, dos outros ou ainda de tomar decisões apropriadas para as situações corriqueiras (Young et al., 2008).

Vulnerabilidade ao dano ou à doença se refere a um medo excessivo de que algo ruim está para acontecer a qualquer momento e de que não há nada que possa ser feito para prevenir esta situação. É um medo que pode estar relacionado a questões de saúde física e/ou mental, quando visto pela perspectiva individual do sujeito, mas também com questões do mundo, como desastres naturais, situações de violência, etc. Independente da forma em como aparece, a preocupação é sempre excessiva com a possibilidade de ocorrência dos eventos catastróficos (Young et al., 2008).

Um sujeito com esquema de emaranhamento tende a se envolver emocionalmente e/ou a ter intimidade excessiva com uma ou mais pessoas que considera importantes em sua vida. Essas pessoas geralmente estão presentes no núcleo familiar. A maior dificuldade frente a ativação deste EID é justamente constituir-se como sujeito no mundo, abraçando sua individualidade e para então estabelecer relações sociais saudáveis. Um dos pensamentos mais comuns neste esquema é de que pelo menos um dos indivíduos emaranhados não será capaz de sobreviver ou de ser feliz sem o apoio constante do outro (Young et al., 2008).

No esquema de fracasso o sujeito acredita que está inevitavelmente fadado a falha ou de que suas conquistas, em qualquer âmbito da vida, são inadequadas em relação ao que observa nos outros. A ativação desse EID provoca no sujeito uma série de pensamentos negativos, geralmente relacionados a méritos de competência (Young et al., 2008).

O arrogo/grandiosidade reflete a crença de ser superior a outras pessoas, ou seja, acredita ser uma pessoa que possui direitos e privilégios especiais. Para estas pessoas, as regras foram feitas para os outros, e não para eles. Existe uma busca exagerada por poder e por controle a fim de se sentir superior (Young et al., 2008).

O esquema de autocontrole/autodisciplina insuficiente implica que a pessoa tem pouca ou nenhuma tolerância à frustração, bem como não é capaz ou se recusa a controlar suas ações, fazendo com que seja difícil controlar suas expressões emocionais e os impulsos (Young et al., 2008).

No esquema de subjugação o indivíduo sente-se coagido a ser excessivamente submisso ao outro com o objetivo de evitar a raiva, a retaliação e o abandono. A forma de submissão pode ser relacionada às necessidades do sujeito, deixando de lado suas preferências e desejos ou às suas emoções, que implica reprimir especialmente a raiva (Young et al., 2008).

O esquema de auto sacrifício envolve um foco excessivo em atender as necessidades de outra pessoa a partir do sacrifício da própria gratificação pessoal. É um padrão que ocorre de forma voluntária e é muito comum que ocorra para evitar o sofrimento alheio ou ainda para evitar se sentir culpado por parecer egoísta (Young et al., 2008).

A busca por aprovação e reconhecimento apresenta um padrão de comportamento que faz com que a autoestima esteja fortemente condicionada às reações externas, resultando em tomadas de decisões que carecem de autenticidade e provoquem sensibilidade à rejeição (Young et al., 2008).

O padrão de negativismo/pessimismo se caracteriza por um foco generalizado nos aspectos negativos da vida, e é um padrão que minimiza ou neutraliza qualquer aspecto positivo. Pode ser visto como uma expectativa exagerada de que o que vai bem está “por um fio” ou de que eventualmente as coisas irão tomar um rumo ruim (Young et al., 2008).

A inibição emocional é uma restrição excessiva na auto expressão e tende a ser motivada pelo medo de ser desaprovado. As formas de inibição mais comuns são a inibição da raiva e da agressão, a supressão de impulsos positivos, a dificuldade em ser vulnerável e sincero em relação aos seus sentimentos e necessidades e a priorização do racional em detrimento do emocional (Young et al., 2008).

Para o esquema de padrões inflexíveis/postura crítica exagerada é possível observar sujeitos que mobilizam grandes esforços para sempre alcançarem padrões elevados de desempenho. O objetivo mais comum por trás deste padrão é a evitação de críticas, o que resulta em estresse elevado e uma dificuldade de relaxar. A postura crítica pode ser observada tanto para si mesmo quanto para os outros (Young et al., 2008).

O último EID, postura punitiva, faz referência à crença de que erros são intoleráveis e devem ser punidos. É uma tendência que desperta a raiva com frequência e torna o sujeito intolerante, punitivo e impaciente com aqueles que não atendem às expectativas ou padrões estabelecidos. O perdão é um movimento muito difícil para essas pessoas, tanto para os próprios erros quanto para os erros dos outros (Young et al., 2008).

O objetivo da TE será o de curar estes esquemas para que o sujeito não precise mais recorrer às estratégias que lhe causam prejuízo e sofrimento (Young et al., 2008). A terminologia “cura” não se refere ao conceito de erradicação do esquema, pois este acompanhará o indivíduo durante todo o curso de sua vida, mas sim em reduzir a sua ativação para que os efeitos emocionais e as sensações corporais e cognitivas tenham uma redução de intensidade. Inevitavelmente a cura do esquema também resultará em adequação comportamental, pois ocorrerá organicamente a substituição das estratégias de enfrentamento desadaptadas por padrões comportamentais adaptativos.

### **Os Domínios Esquemáticos**

Os domínios esquemáticos representam períodos entre a infância e a adolescência, nos quais espera-se que o contexto ambiental, bem como os cuidadores, supram determinadas necessidades psicológicas e viabilizem o desenvolvimento de esquemas básicos saudáveis. Em outras palavras, trata-se de uma forma de organizar e agrupar os EIDs (Wainer et al., 2015).

O primeiro domínio é chamado de domínio da desconexão e rejeição, e agrupa os EIDs de abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação. A principal característica deste domínio é de que os elementos necessários para um desenvolvimento saudável não serão atendidos de forma previsível, ou seja, a família de origem geralmente constitui um “ambiente distante, frio, rejeitador, repressor, solitário, impaciente, imprevisível e abusivo” (Young et al., 2008, p. 28).

O domínio da autonomia e desempenho prejudicados contempla os EIDs de dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento e fracasso. Neste domínio, é esperado que o sujeito desenvolva expectativas sobre si e sobre o mundo ao seu redor que inevitavelmente irá atrapalhar na percepção de questões relacionadas a sua capacidade de funcionar independentemente e de atingir um bom desempenho. Proteção excessiva e/ou pouca estimulação da criança para que existam atividades fora do ambiente familiar caracterizam o padrão familiar deste domínio (Young et al., 2008).

Os esquemas de arrogância/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes originam o domínio de limites prejudicados. É um domínio bastante característico pela ausência de limites internos, irresponsabilidade afetiva, planejamento de longo prazo, respeito à individualidade do outro e cooperação. Uma criação com excesso de tolerância e permissividade em contraponto a imposição de disciplina e limites saudáveis caracteriza as famílias de origem neste domínio (Young et al., 2008).

O domínio de direcionamento para o outro é representado pelos esquemas de subjugação, auto sacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento. A tendência de sacrificar-se excessivamente em virtude do outro como forma de manter conexão e evitar punições é o que caracteriza este domínio. As famílias típicas acabam por impor o amor, a atenção e a aprovação da criança de forma condicional (Young et al., 2008).

Por fim, o domínio de supervigilância e inibição agrupa os esquemas de negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva. É um domínio que se caracteriza pela supressão dos próprios sentimentos e impulsos e pelas expectativas inflexíveis em relação às regras, desempenho pessoal e comportamento ético. No geral, as famílias tendem a ser severas, exigentes e punitivas (Young et al., 2008).

## **As Estratégias de Enfrentamento de Um Esquema**

Como o padrão comportamental do indivíduo não faz parte do esquema, é comum que o trabalho com as estratégias de enfrentamento de um esquema tenha foco justamente neste aspecto. As estratégias ajudam o sujeito a evitar a angústia provocada pelo EID, mas também promovem a sua perpetuação. Apesar deste enfoque no comportamento como estratégia de enfrentamento, é possível também que estratégias cognitivas e emotivas estejam envolvidas como forma de lidar com um esquema. Contudo, essas estratégias não comportamentais não devem fazer parte do esquema em si para que possam ser consideradas um estilo ou estratégia de enfrentamento (Young et al., 2008).

Young et al. (2008), ao formularem a TE, se preocuparam em diferenciar as estratégias de enfrentamento do esquema, a fim de clarificar que um mesmo EID pode ser enfrentado de diferentes formas durante a vida de cada indivíduo, inclusive sendo modificado de acordo com a situação sendo vivenciada. Isso significa que as estratégias de enfrentamento não são contínuas e estáveis durante todo o curso de vida, ao contrário do esquema, que estará sempre presente.

As estratégias de enfrentamento são classificadas analogamente às três respostas básicas e universais de todos os organismos: lutar, fugir e desistir. Essas respostas são traduzidas para a TE como hipercompensação, evitação e resignação, respectivamente (Young et al., 2008).

A hipercompensação se refere ao desejo do sujeito de lutar contra seu esquema ao pensar, sentir, se comportar e se relacionar exatamente da forma oposta do modo de operação do EID, como forma de anulá-lo. Na vida adulta, se esforçam para serem o mais diferente possível de como foram quando crianças, tendendo ao perfeccionismo (Young et al., 2008). Apesar da hipercompensação ter uma característica de supressão do EID, não é um processo de cura verdadeiro, pois o indivíduo ainda permanece refém do esquema quando essa estratégia falha e outra precisa ser adotada (Wainer et al., 2015).

A evitação dos esquemas é utilizada especialmente para garantir a não ativação de um EID. O sujeito tentará viver de maneira que não tenha consciência do seu esquema, se organizando de forma a evitar pensar a respeito ou, quando este não for possível, irá recorrer para o bloqueio de pensamentos e imagens ou para distrações que conduzirão à extinção do pensamento. É comum que as estratégias evitativas se relacionem com o uso de substâncias, como álcool e drogas, e também com comportamentos impulsivos e compulsivos (Young et al., 2008; Wainer et al., 2015).

A resignação compete uma aceitação completa do esquema, na qual o sujeito não tentará lutar ou evitar o EID, mas sim passará a sentir amplamente o sofrimento emocional

e se comportará de forma a confirmar sua existência. Na vida adulta, os indivíduos replicam os padrões do esquema ao reviver as experiências de infância que o originaram. Geralmente as respostas emocionais se tornam desproporcionais ao sofrimento. A escolha de parceiros na vida adulta também pode ser analisada para identificação da presença desta estratégia, pois os indivíduos passam a selecionar seus parceiros relacionando características que reforcem o EID (Young et al., 2008; Wainer et al., 2015).

Além disso, como na infância um EID é apresentado como uma ameaça que causa frustrações emocionais, e também pode incluir medo das emoções que são intensificadas pela ativação do esquema, a criança pode gerar de forma inconsciente uma combinação das três estratégias para se defender (Young et al., 2008).

### **Os Modos Esquemáticos**

Tanto Wainer et al. (2015), quanto Young et al. (2008), concordam ao escrever que a abordagem psicoterápica focada em estratégias de enfrentamento por esquema é eficaz, mas encontra dificuldades em casos muito graves em que muitos EIDs são identificados no indivíduo, especialmente em quadros de ativações múltiplas. Por este motivo, o trabalho com modos esquemáticos poderá trazer mais benefícios para o tratamento destes sujeitos.

Originalmente, Young et al. (2008) realizaram a elaboração do conceito de modo a partir do trabalho realizado com pessoas diagnosticadas com transtorno de personalidade borderline (TPB), sendo eventualmente ampliado para outros diagnósticos. O motivo dos modos esquemáticos terem sido realizados inicialmente com o TPB é explicado pela característica deste transtorno em contraste com os EIDs. Observou-se que o indivíduo com TPB contava com um número muito elevado de EIDs e estratégias de enfrentamento, tornando difícil o trabalho de cura simultânea.

Young et al. (2008) passaram a identificar dez modos esquemáticos e os agruparam em quatro categorias, sendo elas os modos criança, os modos enfrentamento disfuncional, os modos pais disfuncionais e os modos adulto saudável. Os quatro grupos de modos e seus dez modos esquemáticos estão relacionados e dispostos na Tabela 2.

Os modos criança são compostos pelo modo criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva e criança feliz. É importante apontar para que os nomes genéricos dos modos expostos na teoria sejam adaptados em terapia, viabilizando uma nomenclatura mais adaptada e individualizada a cada paciente (Young et al., 2008).

Tabela 2

*Modos Esquemáticos*

Categoria	Modos Envolvidos
A. Modos Criança	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="858 360 1439 730">1. <u>Criança vulnerável</u>: sentimentos de ansiedade, medo, tristeza e desamparo frente a ativação dos EIDs de abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/incompetência, vulnerabilidade, emaranhamento e negatividade/pessimismo.</li> <li data-bbox="858 748 1439 1223">2. <u>Criança zangada</u>: reações fundamentadas na raiva frente o não atendimento das necessidades emocionais básicas. Demonstra exigência de que aquilo que lhe foi prometido seja cumprido, se relacionando com os EIDs de abandono, desconfiança/abuso, privação emocional e subjugação.</li> <li data-bbox="858 1240 1439 1659">3. <u>Criança impulsiva</u>: recorre a um comportamento impulsivo quando seus desejos não são atendidos imediatamente, ignorando limites e necessidades de terceiros. Os EIDs presentes nesse modo são o de arrogo/grandiosidade e autocontrole insuficientes.</li> <li data-bbox="858 1677 1439 1933">4. <u>Criança feliz</u>: modo saudável onde a criança sente amor e conexão com os outros e apresenta sensações de contentamento e satisfação. Neste modo os EIDs não são ativados.</li> </ol>

## B. Modos de Enfrentamento Desadaptativo

1. Capitulador complacente: a estratégia de enfrentamento será fundamentada na obediência e dependência, buscando evitar maus-tratos.
2. Protetor desligado: relaciona-se a um jeito robótico de se relacionar, buscando desconexão, isolamento e evitação de estados emocionais negativos.
3. Hiper Compensador: também busca a evitação de estados emocionais negativos, mas se caracteriza como uma estratégia de tomar o controle da situação para si através da oposição.

## C. Modos Pais Disfuncionais

1. Pai/mãe punitivo: restringe-se quase que exclusivamente a críticas e punições, tanto para si quanto para os outros. Os EIDs que podem ser ativados neste modo são os de subjugação, postura punitiva, defectividade, desconfiança / abuso
2. Pai/mãe punitivo-exigente: expectativas e responsabilidades são estabelecidas de forma que a cobrança para atingi-los exerce grande pressão em si e nos outros. Ativa os EIDs de padrões inflexíveis e auto sacrifício.

## D. Modo Adulto

1. Adulto Saudável: causa no sujeito a capacidade de reconhecer suas necessidades e vulnerabilidades e seu contexto ambiental. Não apresenta a ativação de EIDs e é o modo que garante ao indivíduo a capacidade de suprir suas próprias necessidades.
-

Os modos de enfrentamento desadaptativos fazem referência aos modos capitulador complacente, protetor desligado e hiper compensador, correspondendo aos três estilos de estratégias de enfrentamento. Da mesma forma que nos modos criança, a adaptação da nomenclatura dos modos de enfrentamento disfuncional devem ser adaptadas aos sentimentos e comportamentos do paciente em atendimento (Young et al., 2008).

Os modos de pais disfuncionais se referem aos modos pai/mãe punitivo e pai/mãe punitivo exigente. A ativação destes modos faz com que o indivíduo internalize seu cuidador e torne-se semelhante a ele (Young et al., 2008).

Por fim, a categoria de modos adulto saudável se refere apenas ao modo de mesmo nome, no qual sua ativação causa no sujeito a capacidade de reconhecer suas necessidades e vulnerabilidades e seu contexto ambiental. Não apresenta a ativação de EIDs e é o modo que garante ao indivíduo a capacidade de suprir suas próprias necessidades (Young et al., 2008).

### **As Fases de Tratamento da Terapia do Esquema Individual**

O processo terapêutico da TE envolve duas etapas principais de tratamento, sendo elas a fase de avaliação e educação, e a fase de mudança. Durante a fase de avaliação e educação será trabalho do terapeuta ajudar o paciente a identificar os EIDs e suas origens na infância e adolescência, bem como elucidar as estratégias de enfrentamento desadaptadas que o paciente recorre frente a ativação dos seus esquemas. O objetivo com este cuidado na psicoeducação do sujeito se refere à necessidade de uma compreensão intelectual sobre os esquemas e sobre a forma como são vivenciados emocionalmente (Young et al., 2008).

A avaliação será iniciada a partir da investigação do histórico de vida do sujeito, podendo o terapeuta aplicar entrevistas, questionários, escalas e tarefas de automonitoramento. O objetivo é proporcionar a ativação dos esquemas e ajudar o paciente a relacionar emocionalmente os problemas atuais com as vivências relacionais da infância. A conceituação de caso é o produto final da avaliação e será utilizada para definir, de forma colaborativa, o plano de tratamento com foco nos esquemas (Young et al., 2008).

A fase de mudança é iniciada uma vez que o plano terapêutico é estabelecido e irá incorporar técnicas cognitivas, vivenciais, comportamentais e interpessoais, dependendo sempre das necessidades do paciente. A TE não adere a um protocolo ou conjunto de regras rígidas, mas sim proporciona um tratamento especializado para cada caso em atendimento (Young et al., 2008).

As técnicas e ferramentas utilizadas para as fases de avaliação e mudança estarão dispostas no tópico *Técnicas e Ferramentas da Terapia do Esquema*; contudo, se faz pertinente abordar a relação terapeuta-paciente como componente fundamental das fases de tratamento. Young et al. (2008) recorrem a este tipo de relação como “muleta provisória” aos esquemas do paciente, transformando-se em figura a ser internalizada ou, ainda, como o modo adulto saudável que deve ser seguido de exemplo. O andamento da terapia recai muito na relação terapeuta-paciente quando os esquemas são ativados e direcionados a figura do terapeuta, tornando possível a ocorrência da confrontação empática e reparação parental limitada.

A confrontação empática se refere ao terapeuta demonstrar empatia aos esquemas do paciente quando estes estão sendo direcionados a sua figura. Este movimento empático não tem o objetivo de perpetuar o esquema, mas sim de compreendê-los ao mesmo tempo em que se é possível mostrar ao paciente as possíveis distorções que as reações do terapeuta sofrem na percepção do paciente (Young et al., 2008).

Em tempo, a reparação parental limitada é o movimento que o terapeuta faz para suprir as necessidades emocionais básicas que o paciente não tenha recebido de seus cuidadores durante a infância (Young et al., 2008).

### **Técnicas e Ferramentas da Terapia do Esquema**

O terapeuta se utilizará de técnicas e ferramentas em ambas as fases do tratamento, selecionando-as de acordo com o objetivo traçado. Para a fase de avaliação, comumente focada na investigação do histórico de vida, os formulários desenvolvidos por Jeffrey Young (Young et al., 2008) permitem a avaliação dos problemas atuais, dos sintomas, do histórico familiar e dos fatores da infância que contribuíram para o desenvolvimento desadaptado.

Dentre estes formulários, contamos com o Questionário de Esquemas de Young (YSQ), utilizado comumente em sua versão curta, com 90 questões. Este questionário, que também consta com tradução brasileira oficial (Cazassa & oliveira, 2012), funciona de forma a descrever a relação do indivíduo com cada um dos EIDs a partir de uma escala Likert de seis pontos. A sugestão é que o questionário seja aplicado como tarefa de casa e seja entregue para o paciente ainda nas primeiras sessões. A forma de avaliar o instrumento não se remete exclusivamente à soma dos escores ou média de escores, mas sim de forma a demarcar todas as respostas que apresentam um escore alto, estipulado entre os valores de 5 e 6. O objetivo de trabalhar com as questões de escore alto e não com a média de escore do esquema se faz pertinente quando a intenção é provocar o exercício de relacionar a

pergunta genérica com o histórico de vida do paciente. Este exercício também promove a educação do esquema para o indivíduo (Young et al., 2008).

Outro formulário desenvolvido por Young se refere ao Inventário Parental de Young (YPI), que objetiva identificar as origens do esquema na infância pela análise da percepção que o paciente tem de seus cuidadores. Assim como no YSQ, o YPI segue uma escala Likert de seis pontos e é aplicado como tarefa de casa, mas entregue ao paciente para realização apenas semanas depois da aplicação do YSQ. O questionário deve ser adaptado para se adequar aos cuidadores do paciente, ou seja, ao invés de pai e mãe, podem ser avós, tias, irmãos, padrastos, etc. A correção do YPI é similar a do YSQ, onde terapeuta e paciente irão discorrer sobre as questões com maior escore e colaborativamente poderão desmistificar as origens de cada esquema (Young et al., 2008).

O penúltimo formulário passível de uso pelo terapeuta do esquema é o Inventário de Evitação Young-Rygh (YRAI), composto de 41 itens que buscam avaliar a evitação dos esquemas. As perguntas se referem a comportamentos de evitação que serão avaliados em uma escala Likert de seis pontos. A correção é similar aos instrumentos anteriores, mas neste caso o escore total tem peso maior no momento de determinar se há ou não a presença de um padrão evitativo (Young et al., 2008).

Por fim, o Inventário de Compensação de Young (YCI) é outro instrumento que avalia a estratégia de enfrentamento dos esquemas, desta vez focando na hipercompensação. Assim como todos os outros, se utiliza de uma escala Likert de seis pontos no qual os maiores escores serão discursos em conjunto do paciente (Young et al., 2008).

Finalizada a fase de avaliação, o terapeuta do esquema poderá contar com estratégias cognitivas e vivenciais para dar continuidade com a fase de mudança. No que se refere às estratégias cognitivas, o objetivo será o de auxiliar o paciente a se expressar de uma forma saudável, recorrendo ao modo adulto saudável. O papel do terapeuta deve centrar-se na construção de uma argumentação lógica e racional que combata o esquema e questione sua veracidade. A melhor forma de colocar as estratégias cognitivas em prática é a elucidação das evidências que perpetuam o esquema para que alternativas saudáveis sejam adotadas no lugar. É na aplicação da estratégia cognitiva, também, que o terapeuta faz uso da confrontação empática, discutida no capítulo anterior.

Young et al. (2008) dispõem de seis técnicas cognitivas que podem ser empregadas durante o tratamento na TE: testar a validade de um esquema; relativizar as evidências que sustentam o esquema; avaliar as vantagens e desvantagens das respostas de enfrentamento do paciente; conduzir diálogos entre o "pólo do esquema" e o "pólo saudável"; cartões-lembrete de esquemas; e diário de esquemas.

O teste de validade de um esquema sugere a análise das evidências de um esquema em conjunto com o terapeuta. É uma técnica bastante similar à testagem da validade de pensamentos automáticos utilizada nas Terapias Cognitivo-Comportamental. A aplicação deve se preocupar em provar a existência do esquema ao listar evidências tanto do passado quanto do presente, bem como fazer o mesmo para o lado oposto, listando os pontos que podem refutar este EID. O objetivo da técnica é o de clarificar para o paciente como a perpetuação do esquema funciona (Young et al., 2008).

Com a lista de evidências que comprovam o esquema, o terapeuta terá o objetivo de atribuir outras causas para os eventos listados pelo paciente como prova da existência dos esquemas, auxiliando na relativização destas evidências que o sustentam (Young et al., 2008).

Ao avaliar as vantagens e desvantagens das respostas de enfrentamento do paciente, já identificadas durante o curso do tratamento, terapeuta e paciente devem analisar cada esquema e cada estratégia de enfrentamento relacionada, listando as vantagens e desvantagens de sua existência. Este momento será vital para que o terapeuta mostre ao paciente que os esquemas, embora adaptativos na infância, são desadaptativos na vida adulta (Young et al., 2008).

Se apropriando da técnica da “cadeira vazia”, introduzida pela Gestalterapia, Young et al. (2008) apresentam a técnica de diálogo entre os pólos saudáveis e desadaptados, no qual o principal objetivo é promover a capacidade do paciente de conduzir conversas consigo mesmo, realizando a troca de papéis que fazem alusão ao polo saudável e ao polo do esquema. Pode ser necessário que, inicialmente, o terapeuta dê o exemplo do polo saudável para que o paciente seja capaz de internalizá-lo e expressá-lo. Cada polo deverá se esforçar ao máximo para provar o esquema como verdadeiro ou falso (Young et al., 2008).

O uso de todas as técnicas dispostas até aqui facilitam a aplicação de cartões-lembrete de cada esquema do paciente, pois promovem a reestruturação do esquema. Os cartões assumem o papel de sintetizar respostas saudáveis para os gatilhos de cada esquema e estejam facilmente disponíveis em qualquer momento para que o paciente possa consultá-los frente às ativações de EIDs (Young et al., 2008).

Por fim, quando o paciente avança e se encontra perto do término do tratamento, os cartões-lembrete podem evoluir para uma espécie de diário de esquemas. Estes diários constituem na elaboração de respostas saudáveis a situações que ainda não aconteceram, mas possuem alta probabilidade de acontecer. Desta forma, o paciente antecipa o gatilho e constrói sua própria resposta adequada (Young et al., 2008).

Enquanto as técnicas cognitivas proporcionam pequenas mudanças a partir da repetição de um mesmo exercício, as estratégias vivenciais se utilizam da dramatização para promover mudanças maiores e se fundamentam no processamento de informações através da combinação com elementos emocionais. As estratégias vivenciais passam a incorporar o tratamento quando o paciente compreende racionalmente que seu esquema não é verdadeiro, mas permanecem carregados de sentimentos que se contradizem com a lógica. Este momento comumente ocorre após a fase de avaliação e a aplicação de técnicas cognitivas. As imagens mentais estão presentes de forma importante neste tipo de estratégia (Young et al., 2008).

Cinco principais técnicas vivenciais são elencadas por Young et al. (2008), sendo elas: diálogos nas imagens mentais; trabalho com imagens mentais para a reparação parental; imagens mentais de memórias traumáticas; escrita de cartas como tarefa de casa; uso de imagens mentais para o rompimento de padrões.

Na construção de diálogos nas imagens mentais, o terapeuta incentiva o paciente a construir diálogos com as pessoas que geraram seus esquemas na infância, bem como com as pessoas que os perpetuam na fase adulta. O objetivo é que o paciente, após ser instruído sobre as necessidades emocionais básicas, exerça o seu direito de recebê-las ao expressar-se genuinamente nos diálogos (Young et al., 2008).

A técnica de trabalho com imagens mentais para a reparação parental se faz especialmente útil quando esquemas do domínio de desconexão e rejeição estão presentes. Durante a aplicação da técnica o terapeuta irá pedir permissão para fazer parte da imagem mental produzida pelo paciente, para então suprir, de forma limitada, as necessidades não atendidas na infância pelos cuidadores originais (Young et al., 2008).

As imagens mentais também podem ser construídas em relação a memórias traumáticas e são geralmente utilizadas quando o abuso e o abandono se caracterizam como traços importantes do paciente. A técnica terá o objetivo de desbloquear sentimentos encapsulados após a exposição ao trauma e, também, de proporcionar proteção e conforto dentro da imagem mental com memória traumática, para que este funcionamento seja internalizado no adulto saudável (Young et al., 2008).

A última técnica com produção de imagens mentais relacionada por Young et al. (2008) faz uso destas produções com o intuito de romper padrões e combater as estratégias de enfrentamento da evitação e da hipercompensação, propiciando novas formas de se relacionar. O objetivo não é ensaiar uma situação social específica, mas sim permitir que o esquema em si possa ser combatido dentro de uma imagem mental, de forma a racionalizar os medos envolvidos com o EID.

Por fim, a escrita de cartas para os pais ou pessoas importantes que tenham causado qualquer tipo de dano ao paciente na infância e adolescência também caracteriza uma importante técnica vivencial. O objetivo é que a escrita da carta seja uma tarefa de casa, mas que em sessão o paciente possa realizar sua leitura em voz alta, possibilitando ao indivíduo determinada descarga emocional, bem como possibilidade de afirmar seus direitos negados anteriormente. Comumente as cartas não são enviadas aos destinatários.

## MÉTODOS

### **Delineamento**

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura por meio de uma pesquisa quantitativa-qualitativa, exploratória e descritiva. Segundo Fonseca (em Gerhardt & Silveira, 2009), a pesquisa quantitativa enfatiza a objetividade por meio da análise da realidade de dados brutos. Em contraponto, a pesquisa qualitativa se preocupa em compreender e explicar aspectos subjetivos e não quantificáveis da realidade (Gerhardt & Silveira, 2009). Desta forma, a descrição dos fenômenos foi feita combinando a avaliação estatística e a compreensão das experiências, percepções, opiniões e significados dos participantes dos estudos.

Quanto aos objetivos, o trabalho de conclusão de curso apresentou características de pesquisa exploratória e descritiva. A primeira tem o objetivo de conhecer as variáveis de estudo da forma como são dispostas, compreendendo significado e contexto (Piovesan & Temporini, 1995). No contexto desta pesquisa, o trabalho exploratório se refere às medições de EIDs, pois é um dos fatores da TE que orienta fortemente o protocolo de tratamento, mas é pouco investigado.

A pesquisa descritiva é conceituada por Cervo, Bervian e Silva (2007) como aquela que “observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los.” (p. 61) Neste trabalho de conclusão de curso, a característica descritiva se apresentou na elaboração de um panorama dos aspectos quantitativos e qualitativos dos artigos analisados, o qual encontra-se no capítulo dedicado aos resultados.

Por fim, a revisão sistemática se utiliza de procedimentos direcionados por protocolos específicos e com foco em proporcionar uma prática profissional baseada em evidências (Bearman et al., 2012). Aromataris e Pearson (2014) apontam que as revisões sistemáticas se aproximam das revisões descritivas da literatura, mas se diferenciam ao proporcionarem uma busca ativa pelas evidências relevantes ao problema da pesquisa.

### **Fontes**

A busca por artigos científicos a serem incluídos na revisão sistemática foi realizada nas bases de dados PubMed e PsychInfo, com a utilização de filtros específicos. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão que determinaram a elegibilidade dos estudos pesquisados, os quais são apresentados na Tabela 3, os termos de pesquisa e a configuração da pesquisa nas bases de dados, descritos na Tabela 4.

Tabela 3

*Cr terios de Inclus o e Exclus o*

<b>Crêterios de Inclusão</b>	<b>Crêterios de Exclusão</b>
Ensaio clínicos	Estudos de revisão da literatura
Ensaio randomizados e controlados	Estudos que não referenciam a TE
Estudos publicados nos últimos 10 anos	Estudos que referenciam a TE, mas não a utilizam como principal estratégia de interven�o
Participantes maiores de 18 anos	
Medi�o dos EIDs ou dos modos esquemáticos antes e depois da realiza�o do tratamento psicoterápico	

Os termos de pesquisa foram selecionados de forma a combinar os conceitos da TE com a nomenclatura de transtornos mentais ou termos populares que comumente demandam atendimento psicol gico. Os termos selecionados s o: *schema, schema mode, early maladaptive schema, EMS, schema therapy, psychological disorder, personality disorder, borderline personality disorder, narcissistic personality disorder, depression, anxiety, adhd, attention-deficit disorder, mental health, ptsd, post-traumatic stress disorder*.

A configura o da pesquisa seguiu os padr es de busca de cada base de dados e utilizou os cr terios de elegibilidade e os termos de pesquisa selecionados. Foram utilizados os operadores booleanos OR e AND para a elabora o do filtro com os termos de pesquisa.

Tabela 4

*Configura o da Pesquisa nas Bases de Dados*

<b>Consulta</b>	
<i>PubMed</i>	<i>(psychological disorder OR personality disorder OR depression OR anxiety OR adhd OR attention-deficit disorder OR mental health OR ptsd OR post-traumatic stress disorder OR borderline personality disorder OR</i>

---

*narcissistic personality disorder) AND (schema OR schema mode OR early maladaptive schema OR EMS OR schema therapy)*

**Filtros de pesquisa**

Tipo de artigo: *Clinical Trial, Randomized Controlled Trial*

Data de publicação: *>10 years*

Idade: *Adult: 19+ years*

**Consulta**

*(psychological disorder OR personality disorder OR depression OR anxiety OR adhd OR attention-deficit disorder OR mental health OR ptsd OR post-traumatic stress disorder OR borderline personality disorder OR narcissistic personality disorder) AND (schema OR schema mode OR early maladaptive schema OR EMS OR schema therapy)*

*PsycInfo*

**Filtros de pesquisa**

Grupo Etário: *Adulthood (18 yrs & older)*

Método: *Clinical Case Study, Clinical Trial*

Data: *2013 to 2023*

---

Os estudos selecionados são caracterizados como ensaios clínicos ou ensaios clínicos randomizados e tiveram como data de publicação o intervalo entre os anos de 2013 e 2023. Os participantes de cada ensaio obrigatoriamente se encontravam com 18 anos ou mais no momento de realização do estudo, visto que EIDs ainda estão em desenvolvimento nas fases da infância e adolescência (Young et al., 2008). Como o objetivo da pesquisa é determinar se há alteração nos EIDs após a finalização da psicoterapia, os estudos selecionados apresentaram alguma forma de medição dos esquemas dos participantes, seja de forma individual, seja na avaliação dos modos esquemáticos. O resultado do processo de busca e seleção dos artigos está expresso no Diagrama de Fluxo para Triagem de Estudos da Figura 1. A relação de estudos incluídos está disposta na Tabela 5, contendo informações sobre título, autores, data de publicação e periódicos em que foram publicados.

Tabela 5

## Estudos Incluídos

<b>Título do Artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Data de Publicação</b>	<b>Revista</b>
Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study	Dickhaut, V., & Arntz, A.	Novembro de 2013	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry
Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and posttreatment design in an outpatient clinic.	van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J.	Janeiro de 2014	Clinical Psychology & Psychotherapy
Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study.	Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M	Janeiro de 2015	Frontiers in Psychology

Schema therapy for personality disorders in older adults: A multiple-baseline study.	Videler, A. C., van Alphen, S. P. J., van Royen, R. J. J., van der Feltz-Cornelis, C. M., Rossi, G., & Arntz, A.	Abril de 2017	Aging & Mental Health
Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study	Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J. M.	Outubro de 2017	Journal of Substance Use
‘Teaching me to parent myself’: The feasibility of an in-patient group schema therapy programme for complex trauma	Younan, R., Farrell, J., & May, T.	Dezembro de 2017	Behavioural and Cognitive Psychotherapy
Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial.	Yakin, D., Grasman, R., & Arntz, A.	Janeiro de 2020	Behaviour Research and Therapy
A preliminary study of schema therapy for young adults with high-functioning autism	Oshima, F., Murata, T., Ohtani, T., Seto, M., & Shimizu, E.	Abril de 2021	BMC Research Notes

---

spectrum disorder: a single-arm,  
uncontrolled trial

---

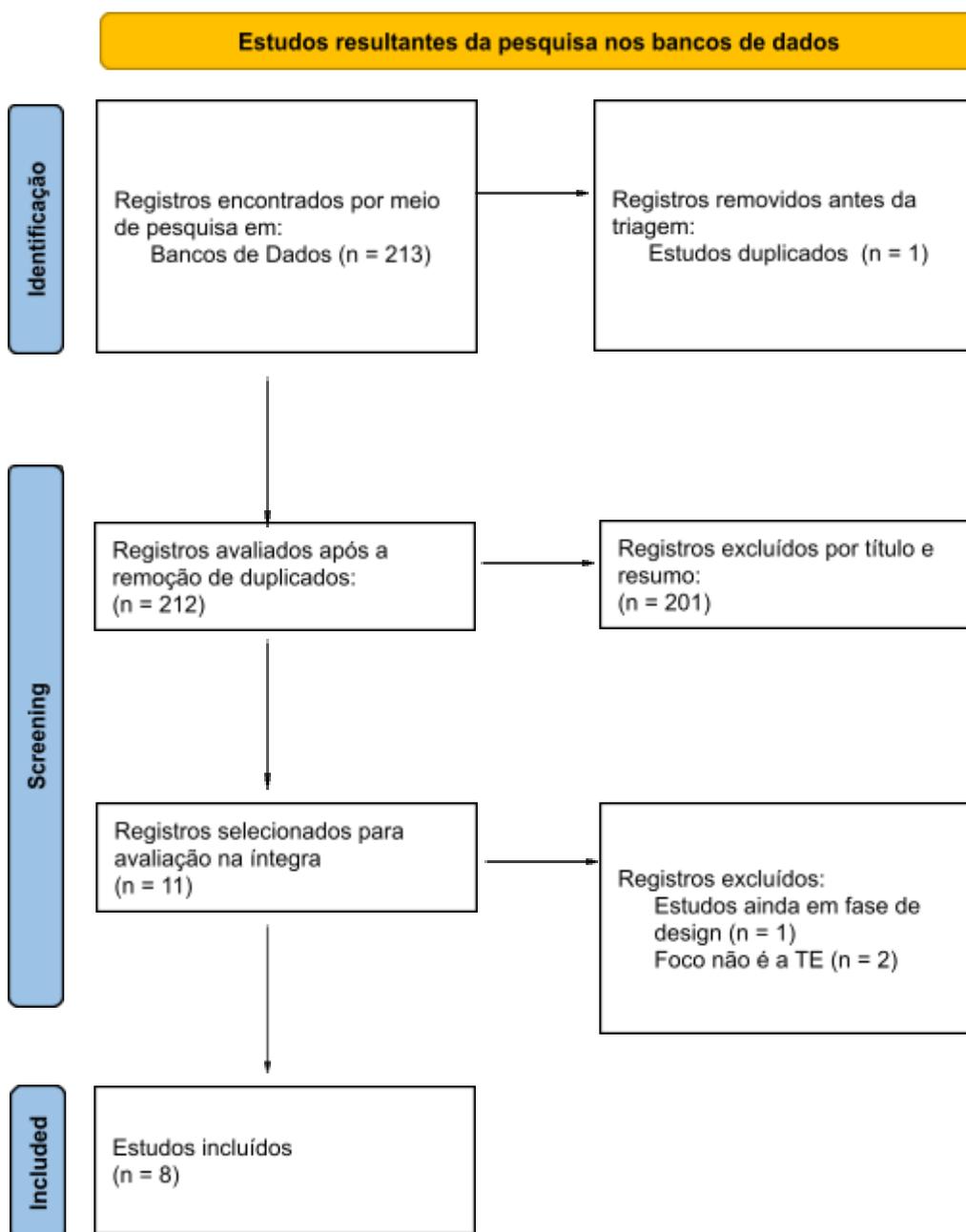


Figura 1. Diagrama de Fluxo para Triagem de Estudos

### Instrumentos

A Declaração PRISMA (Liberati et al., 2009) foi utilizada como referência para condução dos protocolos de pesquisa. Tanto o *checklist* quanto o diagrama da declaração foram utilizados na elaboração do trabalho de conclusão de curso. O *checklist* determinou o protocolo a ser seguido pela pesquisa das fontes, enquanto o diagrama foi utilizado para a triagem dos artigos.

A exclusão de publicações duplicadas foi realizada por meio da preparação de um arquivo .csv contendo o DOI de cada estudo. Esse arquivo foi processado por um *script*

escrito em Python, desenvolvido pelo pesquisador, que utilizou a biblioteca Pandas, amplamente utilizada em análises estatísticas de dados (McKinney, 2011). O código-fonte completo do *script* pode ser visualizado na Figura 2.

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada pelo Clinical Trial Assessment Measure ([CTAM] Tarrrier & Wykes, 2004), uma escala dedicada a avaliar a qualidade dos ensaios de tratamentos psicológicos. O CTAM avalia o tamanho da amostra, o método de recrutamento, alocação do tratamento, avaliação dos resultados, grupos de controle, descrição do tratamento e análise. A aplicação da escala foi realizada para cada artigo selecionado e indicou se a metodologia estava adequada quando o escore obtido era igual ou superior a 65 pontos (Wykes et al., 2008).

```

1  import pandas as pd
2  import os
3
4  def remove_duplicates(csv_file):
5      '''
6          Removes duplicated entries on a csv file.
7          Merge of results from multiple databases must be done before running the script.
8          Tip: Keeping only the 'doi column' makes the merge easier :).
9      '''
10     data_frame = pd.read_csv(csv_file)
11     dup_count = data_frame.duplicated().sum()
12
13     data_frame.drop_duplicates(subset=None, inplace=True)
14     data_frame.to_csv(csv_file, index=False)
15
16     return dup_count
17
18 if __name__ == "__main__":
19     file_path = os.path.join(os.getcwd(), 'file.csv')
20     removed_studies = remove_duplicates(file_path)
21
22     print(f"{removed_studies} publication(s) removed from the data frame")

```

*Figura 2. Código Fonte do Script Removedor de Duplicidades*

Por fim, os artigos incluídos na pesquisa foram organizados em uma tabela com os dados do(s) autor(es), a data da publicação, o delineamento do estudo, os dados da amostra, os instrumentos de avaliação, a nota do CTAM e o resumo dos resultados, como exemplificado na Tabela 6.

Tabela 6

*Síntese dos Estudos*

---

---

<b>Artigo</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>CTAM</b>
---------------	---------------------	----------------	---------------------	-------------

---

---

### **Procedimentos**

Os procedimentos de pesquisa envolveram as seguintes etapas:

- Seleção de estudos a partir dos bancos de dados selecionados.
- Remoção de estudos duplicados após o resultado das buscas.
- Triagem seguindo as diretrizes do protocolo PRISMA, com o fluxograma de identificação dos estudos via banco de dados.
- Leitura na íntegra dos estudos incluídos.
- Síntese dos resultados.

### **Referencial de Análise**

A revisão sistemática é considerada como uma forma de responder a pergunta da pesquisa ao utilizar-se de critérios de elegibilidade pré-especificados (Aromatis & Pearson, 2014; Bearman et al., 2012; Liberati et al., 2009). O objetivo de uma revisão sistemática não é o de produzir novos conteúdos, mas sim de sintetizar o que já se sabe sobre um assunto pela comparação de resultados, proporcionando melhor orientação na prática clínica (Aromatis & Pearson, 2014).

A publicação de revisões sistemáticas que condensam informações baseadas em evidências de forma precisa e confiável contribui para que profissionais da saúde se mantenham atualizados em metodologias eficazes de tratamento e disponibilizam indicadores de risco, benefícios e malefícios destas intervenções (Liberati et al., 2009). Sendo assim, as características de uma revisão sistemática se referem a cinco pontos principais: formulação objetiva, clara e articulada da pergunta de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para determinar a elegibilidade de um estudo; elaboração de filtros e condução da pesquisa de forma que a compreensão dos critérios de elegibilidade seja feita de forma imparcial; avaliação da qualidade dos estudos incluídos por instrumentos especializados; e análise e sintetização dos resultados de cada estudo incluído (Aromatis & Pearson, 2014).

A forma de condução de uma revisão sistemática pode variar de acordo com a pergunta da pesquisa. Contudo, a abordagem da organização Cochrane, que se utiliza da declaração PRISMA em suas revisões, se tornou o padrão universal adotado para a revisão da eficácia de tratamentos na área da saúde (Aromatis & Pearson, 2014). Para a condução

desta revisão especificamente, destaca-se a importância da inclusão de evidências qualitativas de forma complementar às quantitativas. A síntese de evidências qualitativas desempenha um papel crucial na identificação de associações entre o ambiente mais amplo em que as pessoas vivem e as intervenções implementadas. Além disso, contribui para uma compreensão aprofundada das atitudes, experiências e valores em relação às condições de saúde e intervenções. A análise qualitativa também proporciona uma visão detalhada da complexidade das intervenções e sua implementação, incluindo seus impactos e efeitos em diferentes subgrupos populacionais, assim como a influência das características individuais em contextos variados (Higgins et al., 2019).

Os aspectos quantitativos desta revisão sistemática da literatura estão focados em determinar o tamanho do efeito das intervenções a partir das medições realizadas com instrumentos específicos. Já em relação aos aspectos qualitativos, foram analisados os dados subjetivos coletados dos participantes dos estudos, incluindo as percepções sobre os protocolos, bem como uma análise da estrutura de cada um desses protocolos.

## RESULTADOS

Os resultados sintetizados estão apresentados nas Tabelas 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15. Também foi realizada uma explicação mais detalhada de cada estudo na forma de texto, evidenciando as características dos participantes, a descrição das intervenções e uma explicação mais detalhada dos resultados de cada estudo.

Tabela 7

*Síntese dos Estudos*

Artigo	Delineamento	Amostra	Instrumentos	CTAM
1. Dickhaut & Arntz (2014)	Estudo de Caso	<u>N</u> = 18 <b>Dropout:</b> 16%	<u>Primários:</u> BPDSI-IV <u>Secundários:</u> YSQ; SMI	16
2. Oshima et al. (2021)	Estudo preliminar <i>single-arm e open trial.</i>	<u>N</u> = 13 <b>Dropout:</b> 33.3% no ano 1; 5.6% no ano 2.	<u>Primários:</u> GAF; entrevista de medição das funções sociais; WHOQOL-BREF. <u>Secundários:</u> YSQ-SF; SMI.	37

3. Skewes et al. (2015)	Estudo piloto de pré e pós-teste com um único grupo	<u>N</u> = 8 <b><u>Dropout:</u></b> 25%	MCMII-III; YSQ-S2; SMI; SCL-90-R (GSI).	23
4. Tapia et al. (2017)	Estudo piloto de grupo único	<u>N</u> = 15 <b><u>Dropout:</u></b> 0%	<u>Primário:</u> ASI; <u>Secundário:</u> OCDS; MCQ; PCL-S; YSQ-S2; BDI.	23
5. van Vreeswijk et al. (2014)	Pré-tratamento e pós-tratamento naturalístico	<u>N</u> = 63 <b><u>Dropout:</u></b> 23.8%	SCL-90; YSQ; YAMI.	41

6. Videler et al. (2017)	Estudo de múltiplas linhas de base.	<u>N</u> = 8 <b>Dropout:</b> 0%	<u>Primário:</u> Crenças Centrais (VAS) <u>Secundário:</u> SCL-90; Queixas (Likert); WHOQOL-BREF; YSQ.	17
7. Yakın, Grasman, & Arntz (2020)	Ensaio clínico randomizado, controlado e multicêntrico	<u>N</u> = 320 <b>Dropout:</b> -	SMI-II; ADP-IV; GAF; SOFAS.	77
8. Younan, Farrell e May (2017)	Estudo piloto de grupo único com design de método misto	<u>N</u> = 36 <b>Dropout:</b> 11%	Rosenberg Self Esteem Scale; BSI; WHOQOL-BREF; SMI; Entrevista qualitativa voluntária (N = 12)	38

---

## **Artigo 1 - Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study (Dichkaut & Arntz, 2014)**

Para este estudo, foram selecionadas 18 pessoas com diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*, a partir dos critérios da quarta versão do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV), com idade superior a 20 anos, QI acima de 80 e habilidade de se comunicar fluentemente em holandês.

Os participantes do estudo foram divididos em dois grupos e submetidos a um programa que consistiu em sessões grupais semanais de 90 minutos, lideradas por dois terapeutas, além de sessões individuais de uma hora por semana, com o objetivo de fornecer suporte às sessões em grupo. Os terapeutas das sessões individuais não foram necessariamente os mesmos das sessões em grupo. O programa durou dois anos e os terapeutas receberam treinamento para aplicar a Terapia do Esquema no contexto de grupos, com a exceção de que os profissionais do primeiro grupo receberam o treinamento apenas nove meses após o início do tratamento, enquanto os do segundo grupo foram previamente treinados.

No primeiro grupo, constituído de oito participantes, houve três desistências, sendo uma logo na primeira semana de tratamento, outra, 11 semanas após o início do tratamento, e a última 18 meses após o início do tratamento. A publicação elucida apenas a desistência da última participante, a qual teve conflitos de horários após iniciar os estudos da graduação de ensino superior.

O segundo grupo, contendo os 10 participantes restantes, contou com quatro desistências nos primeiros seis meses com justificativas diversas, como muita ansiedade no ambiente de grupo, medo de rejeição na família e turbulência na vida cotidiana.

Os resultados na íntegra estão dispostos na Tabela 8 e foram avaliados semestralmente durante todo o programa, incluindo uma última avaliação seis meses após o seu término. O principal instrumento utilizado para avaliação de resultados foi o BPDSI-IV, enquanto os questionários YSQ e SMI foram os instrumentos utilizados como avaliação secundária. O estudo constatou um índice de recuperação de 77% após 30 meses do início do tratamento, com reduções significativas nas medições de sintomas do BPDSI ( $d = 2,72$ ) e efeitos significativos nas medições do YSQ ( $d = 1,64$ ), do SMI para modos disfuncionais ( $d = 1,16$ ) e SMI para modos funcionais (1,48). O que demarcou a recuperação de um paciente foi o não atendimento da quantidade mínima de critérios diagnósticos do DSM-IV.

A comparação dos escores entre os dois grupos indicou uma maior rapidez na evolução do tratamento para o grupo 2, no qual os terapeutas haviam recebido treinamento

prévio para a Terapia Experiencial em grupo ( $d = 0,72/0,62 = 1,16$ ). Apesar disso, o primeiro grupo apresentou resultados similares ao segundo grupo nas medições realizadas entre os meses 24 e 30.

Tabela 8

*Resultados por Instrumento - Artigo 1*

<b>Instrumento</b>	<b>Efeito (d*) observado</b>
BPDSI	2.72
YSQ	1.64
SMI para modos funcionais	1.16
SMI para modos disfuncionais	1.48

Obs.: \*d significante o efeito de Cohen

## **Artigo 2 - A preliminary study of schema therapy for young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a single-arm, uncontrolled trial (Oshima et al., 2021)**

Participaram deste estudo 13 pessoas entre 18 e 40 anos, com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista e com QI superior a 80 pontos. Critérios de exclusão referenciam histórico de abuso de substâncias, ideação suicida e condições mentais ou físicas severas. Os participantes foram recrutados por meio de indicações de uma organização de saúde localizada no Japão.

Ao todo, dois participantes desistiram do processo terapêutico, mas apenas na fase de *follow-up*. Um deles não pôde participar da avaliação por ter passado por uma internação hospitalar e o outro por ter se mudado de cidade.

Todos os participantes foram submetidos a 25 sessões individuais semanais de psicoterapia fundamentada na TE. Cada sessão teve duração de 50 minutos e o tratamento foi dividido em duas fases. A primeira contou com cinco sessões destinadas à psicoeducação sobre TEA e TE, bem como espaço para realização de avaliação com os instrumentos de medição selecionados. Na segunda fase, 10 sessões foram dedicadas à conceituação de caso, aplicação de técnicas vivenciais para compreensão das necessidades emocionais primárias e promoção de mudanças nos modos esquemáticos. As 10 sessões finais foram dedicadas a intervenções comportamentais para quebra de padrões

disfuncionais. Todas as sessões buscaram relacionar os sintomas do TEA com o modelo da TE. Os participantes foram submetidos a uma avaliação de acompanhamento 12 semanas após o término do tratamento.

O estudo aponta para redução significativa de EIDs e melhorias na qualidade de vida, além de observar a presença de melhora na capacidade de adaptação social. As medições do GAF apresentaram efeito significativo entre pré e pós-tratamento ( $d=3.30$ ) e entre pré-tratamento e *follow-up* ( $d=3.35$ ). O YSQ-SF apresentou efeito significativo no escore total entre pré-tratamento e *follow-up* ( $d=1.01$ ). Para o SMI, observou-se efeito significativo entre pré-tratamento e *follow-up* nos modos disfuncionais ( $d=1.57$ ), criança zangada ( $d=1.86$ ), criança impulsiva ( $d=0.97$ ) e pai/mãe punitivo-exigente ( $d=1.10$ ). A relação sintetizada dos resultados deste artigo pode ser encontrada na tabela 09.

Tabela 9

*Resultados por Instrumento - Artigo 2*

<b>Instrumentos</b>	<b>Efeito (d*) pré/pós</b>	<b>Efeito (d*) pós/<i>follow-up</i></b>	<b>Efeito (d*) pré/<i>follow-up</i></b>
GAF	3.30	0.03	3.35
WHOQOL-BREF	0.69	0.21	0.92
SMI disfuncionais	-	-	1.57
YSQ-SF	-	-	1.01

Obs.: \*d significante o efeito de Cohen

### **Artigo 3 - Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study (Skewes et al., 2015)**

Os participantes deste estudo foram referenciados a partir da clínica psicológica da Universidade do Sul da Austrália, psicólogos clínicos particulares e organizações não governamentais. Para estarem elegíveis ao programa, os participantes deveriam ter recebido o diagnóstico de, pelo menos, um transtorno de personalidade referenciado na quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, além de já terem participado de algum tratamento psicoterápico prévio baseado em evidências. Os participantes que apresentassem qualquer sintoma psicótico de forma aguda, crises emocionais graves, uso severo de drogas ou dependência química não tratada foram

excluídos da amostra populacional. Foi solicitado que todos os participantes abandonassem quaisquer outros tratamentos psicológicos em andamento.

Ao todo, foram incluídos oito participantes, com duas desistências. Os dois desistentes eram os únicos participantes diagnosticados com transtorno de personalidade *borderline*. O motivo da desistência para ambos foi o de sentirem-se envergonhados por terem faltado às sessões, sendo a primeira desistência logo no começo, e a segunda após o décimo sexto encontro.

As sessões de avaliação com os pacientes foram conduzidas por *trainees* de mestrado em clínica psicológica e foram gravadas para que pudessem ser revisadas e validadas por um psicólogo clínico credenciado em Terapia do Esquema com título de doutor. As avaliações resultaram em dois diagnósticos de transtorno de personalidade *borderline*, cinco diagnósticos de transtorno de personalidade evitativa e um diagnóstico de transtorno de personalidade evitativa comórbido de transtorno de personalidade esquizoide. Todos os participantes receberam diagnóstico de transtorno depressivo maior e sete apresentaram sintomas clínicos de transtorno de ansiedade.

O tratamento foi baseado em uma adaptação do protocolo de terapia cognitivo-comportamental em grupo de van Vreeswijk e Broersen's (SCBT-g), enfatizando o trabalho com modos esquemáticos e aplicação de técnicas vivenciais. O protocolo estipulou 18 sessões semanais em grupo com duração de 90 minutos cada, separando o tratamento em duas fases. A primeira fase teve foco em psicoeducação dos participantes com relação aos modos esquemáticos, enfatizando os três principais esquemas e modos de cada um. A segunda fase foi dedicada para a mudança comportamental com a utilização de técnicas que colocassem em contraponto o adulto saudável e os EIDs.

O Inventário Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III), o Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S2), o Inventário de Modos Esquemáticos (SMI) e a *Checklist* de Sintomas 90-R (SCL-90-R) foram os instrumentos utilizados para coleta de dados. Para o SCL-90-R, apenas o Índice de Sintomas Globais (GSI) foi calculado, pois foi o único indicador que pôde ter seus dados normalizados. Os instrumentos foram aplicados antes, no meio e ao final do protocolo de tratamento, bem como após seis meses do encerramento.

A partir de uma inspeção visual dos dados, o estudo concluiu que quatro dos seis participantes com transtorno de personalidade evitativa não atendiam mais os critérios diagnósticos da doença, de acordo com o MCMI-III, e que os ganhos foram mantidos na avaliação de *follow-up*, contando com a adição de um quinto participante. Além disso,

todos os seis participantes que completaram o tratamento também obtiveram redução expressiva nos níveis de depressão e ansiedade.

A inspeção visual também constatou redução na tendência de ativação dos modos protetor desligado, capitulador complacente e criança vulnerável. Os modos criança feliz e adulto saudável apresentaram um aumento na ativação durante o tratamento, tendo o modo criança feliz uma leve redução na avaliação de *follow-up*. Com relação aos EIDs, observou-se melhoras gerais em todas as etapas do tratamento. A mesma tendência de redução nos escores pôde ser observada no GSI do SCL-90-R Para todas as medidas, o efeito de Cohen (d) obteve valor superior a 0.80, com exceção do indicador de ansiedade na fase pré-pós, que obteve 0.76. A síntese dos resultados do estudo pode ser observada na Tabela 10.

Tabela 10

*Resultados por Instrumento - Artigo 3*

<b>Instrumentos</b>	<b>Efeito (d*) pré/pós</b>	<b>Efeito (d*) pós/<i>follow-up</i></b>	<b>Efeito (d*) pré/<i>follow-up</i></b>
YSQ-S2	2.20	0.52	2.7
SCL-90-R (GSI)	1.06	0.08	1.14
SMI (funcionais)	1.32	0.07	1.22
SMI (disfuncionais)	1.69	0.09	1.66
MCMI (ansioso)	0.76	0.03	0.82
MCMI (depressivo)	2.91	0.41	2.44
MCMI (evitativo)	2.96	0.06	3.07

Obs.: \*d significante o efeito de Cohen

#### **Artigo 4 - Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study (Tapia et al., 2017)**

Este estudo contou como amostra 15 participantes do gênero feminino que estavam realizando algum tipo de tratamento para uso de substâncias químicas na mesma clínica em que a pesquisa foi conduzida. Todas as participantes foram recrutadas pelo mesmo clínico,

que já vinha realizando acompanhamento no tratamento para o uso de substâncias. As participantes foram avaliadas a partir da quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, tanto para transtorno por abuso de substâncias (TAS) quanto para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Participantes com histórico de psicose e doenças mentais orgânicas foram excluídos da amostra. Com relação a desistências, todas as participantes completaram as fases A e B do tratamento, mas sete não responderam à avaliação de *follow-up*.

As participantes continuaram a receber o tratamento de costume (TAU), ao qual já estavam habituadas, incluindo entrevistas com especialistas em dependência química, aplicação de medicamentos para depressão, ansiedade e TEPT, bem como aplicação de técnicas de redução de danos. O tratamento de psicoterapia baseado na TE foi introduzido em duas fases (A e B). Medições de base para todos os instrumentos foram coletadas antes do início da fase A.

Os resultados foram avaliados a partir da coleta de dados de instrumentos primários e secundários. A única medição primária foi a severidade da dependência química pelo Índice de Gravidade da Dependência (ASI). Para medições secundárias, foram coletados dados para fissura do álcool com a Escala de Bebida Obsessiva-Compulsiva (OCDS), a fissura de *cannabis*, com o Questionário de Fissura em Maconha (MCQ), a severidade do TEPT, com a *Checklist* Específica para TEPT (PCL-S), o número de EIDs supra ativados com o Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S2), e a severidade da depressão, com o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os efeitos observados em cada instrumento podem ser observados na Tabela 11.

Tabela 11

*Resultados por Instrumento - Artigo 4*

<b>Instrumentos</b>	<b>Fase A (p*)</b>	<b>Fase B (p*)</b>	<b>Follow-up (p*)</b>
ASI	.003	.001	.046
OCDS	.042	.027	.066
MCQ	.024	.008	.109
PCL-S	.001	.011	.143
YSQ-2	.001	.003	.564

BDI	.572	.001	.024
-----	------	------	------

Obs.: \*p como relevância estatística

A fase A contou com oito sessões de TE combinada à Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (EMDR) com foco em memórias traumáticas. O psicólogo encarregado seguiu as diretrizes da TE no que se refere a avaliação clínica individual; contudo, a fase de mudança comportamental foi substituída pelos procedimentos da EMDR. Medições de pós tratamento para todos os instrumentos foram coletadas ao final da fase A e observou-se redução significativa ( $p < 0.0028$ ) nos escores do PCL-S e YSQ entre pré e pós tratamento. Os escores de ASI não obtiveram nível significativo ( $p = .003$ )

A fase B também consistiu em oito sessões de TE combinada com EMDR, mas desta vez com foco em memórias aditivas. Ao final da fase B, medições de pós-tratamento foram realizadas para todos os instrumentos e observou-se redução significativa ( $p < 0.0028$ ) nos escores de ASI entre pré e pós tratamento. Também demonstrou reduções significativas nos escores do BDI ( $p < 0.0028$ ). Resultados nos escores do YSQ não se apresentaram significativos ( $p = .003$ )

Após um ano, as participantes foram chamadas para realização de nova avaliação, na qual não foram observadas mudanças significativas em relação às medições realizadas ao final da fase B.

**Artigo 5 - Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and posttreatment design in an outpatient clinic. (van Vreeswijk et al., 2014)**

Um total de 84 pacientes foram referenciados para o tratamento de Terapia do Esquema e Cognitivo-Comportamental em Grupo (SCBT-g), e 21 foram excluídos por motivos de conflitos na agenda ou por terem diagnóstico de algum transtorno mental severo que necessitasse de tratamento alternativo imediato. Todos os 63 participantes restantes foram referenciados por uma clínica ambulatorial na Holanda. Ter tido um diagnóstico de longa data de algum transtorno mental do Eixo I da quarta edição do *Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais*, bem como ter passado por algum tratamento prévio de psicoterapia baseada em evidências foi um dos principais critérios de inclusão. Alternativamente, ou em comorbidade, também foram aceitos

pacientes com “problemas de personalidade”. Era obrigatório que todos os participantes pudessem falar, ler e escrever em holandês.

Os 63 participantes foram separados em sete grupos consecutivos com nove pacientes cada. Houve 15 desistências. Os motivos para desistência incluíram pacientes que não se identificaram com os outros pacientes do grupo ( $n = 2$ ); pacientes que se sentiram terem progredido o suficiente sem a necessidade de finalizar o tratamento ( $n = 4$ ); pacientes que priorizaram outras atividades em relação ao tratamento ( $n = 6$ ); pacientes que se mudaram de cidade ( $n = 2$ ); e pacientes que não providenciaram justificativa ( $n = 1$ ).

As sessões de SCBT-g foram realizadas ao longo de 18 semanas, com o total de uma sessão de 90 minutos por semana. Adicionalmente, duas sessões de 90 minutos foram administradas no primeiro e segundo mês após o término do tratamento. Não foram conduzidas sessões individuais, com exceção de circunstâncias em que o paciente estivesse em meio a uma crise severa.

O tratamento teve o objetivo de educar os pacientes com relação aos principais esquemas e modos esquemáticos, de forma a elucidar os gatilhos de ativação dos EIDs a partir de um diário de esquemas e de conversas em grupo. Técnicas cognitivas também foram aplicadas para que pudesse ser possível questionar pensamentos distorcidos em relação aos EIDs. Foi conferido a cada paciente um caderno de atividades, contendo explicações detalhadas sobre os modos esquemáticos e técnicas cognitivas, além de tarefas para casa desenhadas especificamente para os EIDs e modos de cada um. No contexto de grupo, os participantes realizaram simulações, seja tentando ativar o esquema ou atuando como figura de referência (adulto saudável) para o membro do grupo que estivesse no papel inverso.

Foram utilizados três principais instrumentos para a coleta de dados, sendo eles o Índice de Severidade Global (GSI) da *Checklist* de Sintomas 90 (SCL-90), o Questionário de Esquemas de Young (YSQ) e o Inventário de Modos Young-Atkinson (YAMI). Praticamente todas as medições apresentaram efeitos médios ( $d > .50$ ) e grandes ( $d > .80$ ). Apenas o domínio esquemático Limites Prejudicados apresentou efeitos pequenos ( $d > .20$ ). A síntese dos efeitos observados está disposta na Tabela 12.

Tabela 12

*Resultados por Instrumento - Artigo 6*

<b>Instrumentos</b>	<b>Pré/pós tratamento (<math>d^*</math>)</b>
---------------------	--

---

SCL-90 (GSI)	0.66
YSQ Total	0.75
YAMI (disfuncionais)	0.63
YAMI (funcionais)	-0.58
YAMI (enfrentamento)	0.65
YAMI (adulto)	0.56
YAMI (criança)	0.50

---

Obs.: \*d significante o efeito de Cohen

### **Artigo 6 - Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study (Videler et al., 2017)**

Os oito participantes deste estudo foram referenciados por dois institutos de saúde mental holandeses. Os critérios de inclusão determinavam que os participantes tivessem um diagnóstico primário de um transtorno de personalidade do cluster C da quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, além de terem 60 anos ou mais e o desejo de participar do estudo. Características como depressão severa, transtorno bipolar, transtornos psicóticos, QI inferior a 80, dependência química e transtornos cognitivos foram considerados como critérios excludentes.

O tratamento teve duração máxima de 40 sessões, divididas em duas fases principais: fase de linha de base e a fase de tratamento com TE. A primeira fase teve duração variável de três a oito semanas, com o objetivo de diferenciar os efeitos de tempo e efeitos experienciais do tratamento. A segunda fase também foi dividida em duas subfases de tratamento, sendo a primeira destinada ao uso de técnicas cognitivas e comportamentais; e a segunda ao uso de técnicas vivenciais. A duração de cada subfase teve variação de duração para cada paciente, respeitando os preceitos da literatura.

Apenas um dos participantes considerou estar recuperado por conta própria após as sessões da primeira subfase. Apesar de abandonar o tratamento, o participante esteve presente em todas as medições subsequentes e foi incluído na análise final.

As crenças centrais foram as principais medições do estudo e foram mensuradas em uma entrevista semi-estruturada, de forma que os participantes escolhessem de três a cinco crenças disfuncionais que acreditavam estarem ligadas diretamente com seus transtornos

de personalidade. As crenças eram classificadas semanalmente em uma escala visual analógica (VAS).

Sofrimento sintomático, queixas específicas, qualidade de vida e EIDs foram as medições secundárias incluídas no estudo. Estas medições foram realizadas com instrumentos como a *Checklist* de Sintomas 90- (SCL-90), escalas Likert, a Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF) e o Questionário de Esquemas de Young (YSQ).

Os resultados observados para cada instrumento, tanto primários como secundários, podem ser observados na Tabela 13.

Tabela 13

*Resultados por Instrumento - Artigo 6*

<b>Instrumentos</b>	<b>Fase TCC (d*)</b>	<b>Fase Téc. Exp. (d*)</b>	<b>Follow-up (d*)</b>
Crenças Centrais	2.136	7.165	7.576
SCL-90	-	-	1.29
Queixas	-	-	5.864
YSQ	-	-	1.01
WHOQOL	-	-	.629

Obs.: \*d significante o efeito de Cohen

A análise dos resultados aponta para uma redução na credibilidade das crenças centrais disfuncionais em todos os participantes durante as fases de tratamento. Com exceção do paciente que abandonou o tratamento após a fase cognitivo-comportamental, todos também mantiveram a tendência de redução no *follow-up*. Os efeitos desta medição podem ser considerados grandes tanto para a subfase cognitivo-comportamental ( $d = 2.136$ ) quanto para a subfase experiencial ( $d = 7.165$ ).

Quanto às medições secundárias, também são observados grandes efeitos nas medições de queixas principais ( $d = 5.864$ ), no YSQ ( $d = 1.010$ ) e SCL-90 ( $d = 1.290$ ). A medição de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-BREF aponta efeitos moderados ( $d = .629$ ).

**Artigo 7 - Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial (Yakın, Grasman, & Arntz, 2020)**

Os dados dos participantes do estudo foram coletados de doze institutos de saúde mental espalhados pela Holanda, centrados em uma publicação de um ensaio controlado randomizado em 2014. Ao todo 320 participantes foram selecionados, sendo 139 homens e 181 mulheres. Todos os participantes receberam o diagnóstico de, pelo menos, um transtorno de personalidade. Participantes com QI menor do que 80, ideação suicida, dependência química com necessidade de reabilitação imediata e/ou tivessem um diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial, esquizóide, esquizotípico ou *borderline* foram excluídos da amostra.

Os detalhes metodológicos da coleta de dados e dos procedimentos e intervenções realizados foram referenciados para uma publicação terceira, contudo, é evidenciado que a TE foi aplicada de forma individual e semanalmente em todos os indivíduos e seguindo os protocolos padronizados pela literatura. Os terapeutas ainda contaram com treinamento especializado por quatro dias no começo do ensaio, além de supervisões semanais localmente e anuais em âmbito nacional.

Todos os participantes foram avaliados semestralmente por um período de dois anos, com uma última medição em uma fase de *follow-up* um ano após a finalização do tratamento. As avaliações contemplaram a medição de modos esquemáticos pelo Inventário de Modos Esquemáticos II( SMI-II), a medição do funcionamento global pela Escala de Avaliação do Funcionamento Global (GAF), e o funcionamento social e ocupacional pela Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS).

A análise estatística dos resultados buscou investigar se os modos esquemáticos com defasagem no tempo contribuíram como mecanismo de mudança para as pontuações do GGAF e do SOFAS em pacientes com transtorno de personalidade, levando em consideração a gravidade do transtorno (ADP-IV). Para isso, foram construídos três modelos (Tabela 14) de análise para identificar as principais associações entre modos esquemáticos (SMs) e ADP-IV, GAF e SOFAS.

Tabela 14

*Resultados por Instrumento - Artigo 7*

Instrumentos	SMs	Relevância Estatística (p*)
--------------	-----	--------------------------------

SM & ADP-IV	VC	0.002
	IC	< 0.001
	AP	0.013
	HA	0.004
SM & SOFAS	SA	0.017
	HA	<0.001
SM & GAF	SA	0.010
	HA	<0.001

Obs.: \*p como relevância estatística

O primeiro modelo, comparando SMs e ADP-IV, revelou efeitos significativos com defasagem no tempo para os escores dos modos criança vulnerável (VC), criança impulsiva (IC), protetor desligado (AP) e adulto saudável (HA).

O segundo modelo, comparando SMs e SOFAS, buscou identificar os fatores de risco que predizem os escores do SOFAS, especialmente a variabilidade nos escores que não são explicadas pelos escores do transtorno de personalidade. O principal preditor dos escores foi a própria medição do SOFAS anterior. Com relação aos SMs, o Modo Adulto Saudável (HA) teve os melhores resultados, seguido do Modo Autoengrandecedor (SA).

O último modelo, com o objetivo de identificar os preditores do GAF, revelou as mesmas conclusões do modelo do SOFAS. De forma geral, os resultados apontam que alguns SMs servem como mecanismos para reduzir os prejuízos relacionados às patologias da personalidade e aumentar o funcionamento saudável.

### **Artigo 8 - ‘Teaching me to parent myself’: The feasibility of an in-patient group schema therapy programme for complex trauma (Younan Farrel & May, 2017)**

Este estudo piloto de grupo único e método misto contou com um total de 36 participantes, recrutados principalmente por indicações de médicos psiquiatras associados ao hospital psiquiátrico australiano no qual o estudo foi conduzido. Também foram consideradas outras formas de recrutamento, como postagens *online* no *site* do hospital e divulgação de *flyers* dentro das clínicas do próprio hospital.

Para serem elegíveis ao estudo, os participantes deveriam ter um histórico de trauma complexo com problemas crônicos que não obtiveram sucesso em outras formas de

tratamento. Foram excluídos da amostra todos os sujeitos com diagnóstico duradouro de transtornos psicóticos, TDAH com sintomas incontroláveis mesmo com medicação, inabilidade de falar e/ou ler no idioma nativo e QI inferior a 80. O histórico de trauma complexo da amostra foi agrupado em abuso sexual (n = 25) e/ou abuso emocional (n = 24) e/ou abuso físico (n = 33) com acontecimento durante as fases do desenvolvimento. Vinte e quatro participantes tiveram o diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*. Quinze atenderam os critérios de transtorno de estresse pós-traumático.

Dos 36 participantes, quatro desistiram. Os motivos envolveram: proibição para participar devido à quebra de normas do hospital (n = 1) e dificuldades emocionais (n = 3).

O protocolo de tratamento foi montado com o objetivo de focar nos sintomas de traumas complexos e na psicoeducação de tais sintomas, bem como na neurobiologia do trauma e na compreensão do trauma a partir de modos esquemáticos. O tratamento ocorreu de forma intensiva, no decorrer de quatro semanas, com três sessões diárias (segunda à sexta) de uma hora de TE em grupos, e uma sessão de TE individual semanal, também com duração de uma hora. Os pacientes permaneceram internados na instituição durante a duração do tratamento. Educação sobre a terapia do esquema, elucidação de modos, trabalho cognitivo, trabalho experiencial, interação entre modos, planos de manutenção dos modos e fortalecimento dos modos adaptativos foram os principais pontos do protocolo para realizar um tratamento da TE focado em traumas complexos.

Ao todo, cinco principais métricas foram levantadas, sendo elas: autoestima, medida com a Escala Rosenberg de Autoestima (RSES); sintomas psiquiátricos, com o Inventário Breve de Sintomas (BSI); a qualidade de vida, com a Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF); os modos esquemáticos, com o Inventário de Modos Esquemáticos (SMI); e entrevistas qualitativas, com questionário semi-estruturado avaliando motivações para participar, expectativas, experiências, barreiras, facilitadores, opiniões sobre a efetividade, experiência com a terapia aplicada e com outras formas de terapia, experiências após a conclusão do programa e opiniões diversas sobre o programa. A entrevista qualitativa foi realizada de forma voluntária (n = 12).

Todas as medições quantitativas ocorreram antes e depois do tratamento, além de uma avaliação extra de *follow-up* três meses depois. A quantidade de participantes que completou todas as medições em cada instrumento é variável.

Os resultados apontam para grandes efeitos nos modos esquemáticos criança vulnerável (d=1.22), criança impulsiva (d=1.20), criança indisciplinada (d=0.97), protetor desligado (d=0.89) e autoengrandecedor (d=0.90). Os modos criança zangada (d=0.77), capituldor complacente (d=0.75), provocativo e ataque (d=0.63), pais punitivos (d=0.52) e

pais exigentes ( $d=0.73$ ) apresentaram efeitos medianos. Os demais modos esquemáticos apresentaram efeitos pequenos. Uma síntese dos efeitos observados pode ser encontrada na Tabela 15.

Tabela 15

*Resultados por Instrumento - Artigo 8*

<b>Instrumento</b>	<b>N</b>	<b>Efeito Observado (<math>d^*</math>)</b>
SMI Criança Vulnerável	20	1.22
SMI Criança Zangada	20	0.77
SMI Criança Rebelde	20	0.48
SMI Criança Impulsiva	20	1.20
SMI Criança Feliz	20	0.04
SMI Capitulador Complacente	20	0.75
SMI Protetor Desligado	19	0.89
SMI Protetor Autoaliviador	20	0.39
SMI Autoengrandecedor	19	0.90
SMI Provocativo e Ataque	20	0.63
SMI Pais Punitivos	20	0.52
SMI Pais Exigentes	20	0.73
SMI Adulto Saudável	20	0.22
Rosenberg Self Esteem	-	1.48
WHOQOL Saúde Física	24	0.92
WHOQOL Saúde Mental	24	1.61

BSI Somatização	27	0.35
BSI Obsessivo Compulsivo	27	1.04
BSI Sensibilidade Interpessoal	27	1.04
BSI Depressão	27	1.37
BSI Ansiedade	27	1.08
BSI Hostilidade	27	0.58
BSI Ansiedade Fóbica	27	0.65
BSI Ideação Paranóide	27	0.64
BSI Psicoticismo	27	1.09
BSI Índice de Severidade Global	27	1.09
BSI Sintomas Positivos Totais	27	0.52
BSI Índice de Sofrimento de Sintomas Positivos	27	0.92

---

Obs.: \*d significante o efeito de Cohen

Com relação à autoestima, à qualidade de vida e aos sintomas psiquiátricos, observaram-se efeitos significativos ( $d > .50$ ) na maioria das medições, com exceção da somatização no indicador ‘sintomas psiquiátricos’ ( $d=0.35$ ).

A avaliação qualitativa identificou quatro principais temáticas: a linguagem de modos permite explicar reações emocionais; o protocolo de tratamento promove conexões; ativação emocional é necessária para que haja mudança; e chegar às raízes do problema possibilita o entendimento, autonomia e inspira esperança para mudar.

## DISCUSSÃO

A discussão dos resultados está organizada em quatro aspectos principais, sendo eles a avaliação do método, o desfecho, a análise dos protocolos e o número de sessões. A partir destes, objetiva-se identificar se os conceitos observados na Revisão da Literatura, com foco nas fases e nas técnicas do tratamento, podem ser relacionados aos resultados apresentados pelos oito artigos selecionados. Além disso, espera-se que seja possível identificar os possíveis efeitos terapêuticos da Terapia do Esquema nos EIDs e nos Modos Esquemáticos no contexto da psicoterapia.

### **Avaliação Metodológica**

Ao conduzir a análise dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, observou-se que os oito estudos selecionados indicam a eficácia da TE no tratamento de transtornos da personalidade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), autismo funcional e transtorno de abuso de substâncias (TAS). No entanto, é importante considerar a qualidade metodológica dos estudos para que a magnitude dos efeitos relatados possa ser compreendida de forma realista. Logo, é importante não se deter apenas aos resultados positivos relatados pelos estudos, mas também levar em conta as limitações metodológicas que podem afetar a sua validade.

Apesar dos resultados positivos em relação à eficácia da TE, é preciso apontar para o fato de que o rigor metodológico da amostragem deixa a desejar. A média de escores do Clinical Trials Assessment Measure ([CTAM]Tarrier & Wykes, 2004) é de 34 pontos em uma escala de 100, tendo apenas o artigo 7 ultrapassado o escore mínimo de 65 pontos. Escores baixos do CTAM podem indicar limitações em termos de delineamento experimental, tamanho da amostra, controle de variáveis e outras questões relacionadas à metodologia dos estudos, o que acarreta na confiabilidade e validade dos resultados encontrados. O que pôde ser observado nos estudos analisados é que os indicadores de amostragem, randomização e grupos de controle foram os que obtiveram os escores mais baixos e, conseqüentemente, contribuíram para uma menor qualidade na avaliação metodológica como um todo.

No que se refere ao rigor metodológico, os ensaios clínicos randomizados são considerados o padrão-ouro (Zlowodzki, Jönsson & Bhandari, 2005), pois utilizam um processo de randomização para designar os participantes aos grupos de tratamento e controle. Esse delineamento não apenas ajuda a controlar as variáveis envolvidas, como também aumenta a confiabilidade dos resultados. Desta forma, apenas um artigo da

amostra, o artigo 7, se enquadra neste padrão, o que pode sugerir que os artigos selecionados apresentam espaço para questionamento no que se refere ao real tamanho dos efeitos observados.

Embora o padrão-ouro seja observado em apenas um dos oito artigos, é possível identificar pontos positivos nos demais delineamentos apresentados. Estes permitem a realização de estudos em contextos do mundo real, respeitando as circunstâncias naturais e os tratamentos psicoterápicos disponíveis, bem como fornecem informações sobre eficácia, segurança e viabilidade de uma intervenção ou tratamento. A principal característica metodológica desta amostragem é justamente esta possibilidade de obtenção de dados e percepções sobre o objeto de estudo, consolidando um ponto de partida na pesquisa da temática e proporcionando maior assertividade em decisões futuras (Hulley et al., 2015).

### **Desfechos**

No que se diz respeito às medições realizadas nos estudos analisados, foi observada uma preocupação em medir ou os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) ou os modos esquemáticos nos oito estudos. Apesar da presença destas medidas, a escolha dos instrumentos variou de estudo para estudo. No caso das medições de EID, os oito estudos optaram pelo Questionário de Esquemas de Young ([YSQ]Young et al., 2008), variando entre as versões curtas e completas. No caso dos modos esquemáticos, uma comparação mais concisa se torna difícil, pois alguns artigos (1, 2, 3 e 7) apresentam resultados generalizados, agrupando os esquemas em funcionais/disfuncionais, enquanto outros (6 e 8) optam por perpassar cada um dos modos esquemáticos dispostos por Young et al. (2008). Além disso, o artigo 5 faz a utilização do YAMI (Young et al., 2004), o questionário de modos esquemáticos predecessor ao SMI (Young et al., 2008), adotado pelos outros sete estudos.

Sobre a apresentação dos resultados, uma diferença é que quatro artigos (1, 2, 4 e 6) optaram por destacar a divisão dos resultados em medidas primárias - grupo de indicadores que determinam eficácia do tratamento - e secundárias - grupo de indicadores que fornecem suporte aos resultados primários -, sendo que as medições específicas dos EIDs foram consideradas secundárias neste grupo de quatro artigos. Isso indica que a inclinação da comunidade científica em relação à TE não é a de investigar os EIDs como meio de mudança em contextos de desequilíbrio psicológico ou desorganização emocional, mas sim o efeito do protocolo psicoterápico no decorrer do tempo em função dos sintomas e psicopatologias evidenciadas no diagnóstico psiquiátrico.

Desta forma, com exceção do artigo 6, que considerou a modificação das crenças centrais disfuncionais como resultado primário, a maneira como os instrumentos de medição foram utilizados nos outros sete artigos sugere inferências bastante homogêneas. Nestes artigos é possível observar que a cura ou redução dos sintomas patológicos é priorizada em relação à cura dos esquemas e/ou redução de ativação dos modos esquemáticos propriamente ditos, sendo estes últimos um efeito desejado, mas não necessário para determinar a eficácia do tratamento.

Além disso, foi observado que quatro dos artigos (2, 6, 7 e 8) se preocupam em medir as percepções de qualidade de vida e funcionamento social dos participantes, além das medições relacionadas aos sintomas, psicopatologia e escores dos EIDs. Essa ênfase em indicadores subjetivos para o bem-estar mental pode apontar que, apesar da preocupação com a psicopatologia em si, a comunidade científica está tentando se aproximar de medidas que reflitam a autonomia do paciente fora do contexto terapêutico. Esses instrumentos de medição fornecem uma simulação da vida do sujeito e são importantes para avaliar a capacidade da pessoa de funcionar em seu dia a dia.

Quanto à frequência das medições, os oito estudos realizaram avaliações periódicas, incluindo escores no início, meio e fim do tratamento, além de acompanhamentos após sua conclusão. Foi observado nos oito artigos analisados que o aprendizado do processo terapêutico continuou mesmo após o término da terapia, muito embora o tempo máximo de *follow-up* realizado tenha sido de 12 meses após a conclusão do tratamento. Estes resultados podem indicar que a Terapia do Esquema pode permanecer eficaz como método psicoterapêutico junto à pessoa por, pelo menos, um ano após sua conclusão.

Quanto aos métodos estatísticos utilizados para avaliar a eficácia do tratamento, os artigos 1, 2, 3, 5, 6 e 8 utilizaram o efeito de Cohen (d). O efeito de Cohen é uma medida padronizada da diferença entre dois grupos e é considerado um bom indicador porque fornece uma estimativa do tamanho do efeito e permite comparar os resultados entre estudos diferentes (Cohen, 2013). Por outro lado, os artigos 4 e 7 optaram por avaliar os resultados a partir da significância estatística (p). A significância estatística indica se os resultados observados são improváveis de ocorrerem ao acaso, e essa abordagem pode ser positiva para determinar a confiabilidade dos resultados obtidos. No entanto, é importante ressaltar que a significância estatística por si só não indica a magnitude ou importância prática do efeito, e, por isso, a interpretação dos resultados não permite verificar o tamanho do efeito e sua relevância clínica (Ferreira & Patino, 2015).

## **Análise dos Protocolos**

No contexto da análise qualitativa dos protocolos aplicados nos estudos é possível observar a TE sendo utilizada como uma possibilidade de tratamento para uma variedade de diagnósticos psicopatológicos e em uma variedade de modalidades. Os artigos 1, 5 e 8 optaram por utilizar a TE em um formato de psicoterapia grupal, demonstrando preocupação em seguir o protocolo de tratamento estabelecido por Young et al. (2008), abrangendo todas as fases do tratamento. Os oito estudos buscaram combinar a TE com protocolos das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para contextos grupais. No entanto, os artigos 1 e 8 efetuaram a inclusão de sessões individuais como forma complementar, enquanto o artigo 5 não conduziu sessões individuais em seu programa.

Dentre os estudos com foco em psicoterapia individual, é importante destacar que o artigo 4 adotou uma abordagem diferente ao modificar a segunda fase do tratamento, que geralmente incorpora técnicas comportamentais. Embora os resultados desse estudo indiquem para a eficácia da combinação da TE com a EMDR, é necessário considerar que esses resultados são baseados em instrumentos específicos para o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o transtorno por abuso de substâncias (TAS). Observou-se uma redução significativa dos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) na fase direcionada ao TEPT, enquanto na fase voltada para o TAS não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Portanto, uma avaliação clínica baseada exclusivamente nos instrumentos da TE resultaria em esquemas não curados. Esses resultados divergentes levantam reflexões sobre a adaptabilidade da TE para diferentes diagnósticos psicopatológicos e a necessidade de abordar com cautela as modificações no protocolo estabelecido, considerando a possibilidade de que a adaptação da TE possa ter impactos diferentes em diferentes transtornos, os quais talvez não seriam observados com o uso do protocolo original.

Quanto aos diagnósticos abordados nos estudos, os artigos 1, 3, 5, 6 e 7 optaram por realizar experimentos com participantes que se encaixassem em algum diagnóstico de transtorno de personalidade, que são os quadros mais comuns nos tratamentos com a TE. Por outro lado, os artigos 2, 4 e 8 exploraram o tratamento de diagnósticos psicopatológicos que não estão contemplados nos protocolos de Young et al. (2008), abordando o trauma, a dependência química e o autismo funcional, respectivamente. Esses artigos são particularmente relevantes, pois buscam comprovar a eficácia da TE de forma mais abrangente, podendo este movimento ser entendido como um passo na direção de estabelecer a TE como um protocolo generalizado para o tratamento em saúde mental, indo além da especificidade dos transtornos de personalidade.

Com relação à aderência ao tratamento, o indicador de desistência se mantém parecido nos oito artigos analisados, inclusive com certa homogeneidade nos motivos apresentados por cada paciente: a dificuldade em lidar com as ativações emocionais. Embora não seja um motivo que provoque surpresa, pois a TE tem forte viés emocional (Young et al., 2008), essa informação reforça a importância para o cuidado na prática clínica em ajustar o tratamento de acordo com o contexto individual de cada sujeito, inclusive evitando ativações emocionais de forma muito rápida quando o paciente não está pronto para tal.

### **Número de Sessões**

O número e frequência das sessões nos estudos analisados demonstraram uma falta de padrão uniforme. Os artigos 1, 6 e 7, adotaram uma abordagem de tratamento de médio a longo prazo, variando entre 40 e 96 sessões, seguindo o protocolo estabelecido por Young et al. (2008). Em contrapartida, os artigos 2, 3, 4 e 5 apresentaram uma quantidade e frequência de sessões mais condizentes com intervenções breves, variando entre 16 e 25 sessões.

O artigo 8 toma destaque por adotar uma dinâmica de tratamento diferente. Nesse estudo, foi utilizado um formato de tratamento intensivo, com sessões de 60 minutos ocorrendo três vezes ao dia, durante cinco dias por semana e ao longo de quatro semanas. Apesar de se aproximar da quantidade total de sessões preconizada por Young et al. (2008), a frequência das sessões nesse estudo sugere a aplicabilidade deste protocolo apenas em contextos de internação hospitalar, como realizado.

Por fim, a variedade observada no número e na frequência das sessões ressalta a ausência de um consenso ou padrão estabelecido no campo da Terapia do Esquema no tocante aos protocolos clínicos. Apesar disso, os oito estudos apresentaram evidências que sugerem um tratamento eficaz, apontando para essas variações como um reflexo de diferentes contextos clínicos e objetivos terapêuticos adotados por cada estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática da literatura teve o objetivo de identificar possíveis efeitos da Terapia do Esquema nos EIDs e modos esquemáticos. Desde a concepção do projeto de pesquisa, a ideia principal era a de apresentar evidências que pudessem sugerir a aplicabilidade da TE a partir da sua eficácia em curar esquemas, independente das especificidades das psicopatologias.

Além deste objetivo geral, foram também propostos como objetivos específicos conceituar a TE com ênfase nos EIDs, nas estratégias de enfrentamento e nos modos e domínios esquemáticos, além de apresentar as fases do tratamento e as ferramentas e técnicas mais utilizadas no curso do tratamento.

Ao apresentar os principais conceitos da TE foi possível compreender a fundamentação para entendimento do sujeito como um indivíduo único, bem como na forma de planejar um tratamento direcionado para os transtornos de personalidade. A revisão da literatura permitiu, portanto, uma compreensão unificada dos conceitos de EIDs, modos e domínios esquemáticos e estratégias de enfrentamento.

Com relação às ferramentas e técnicas analisadas na revisão da literatura, foi possível identificar o leque de abordagens disponíveis para promover a mudança e a cura emocional, compreendendo os momentos mais adequados para sua utilização. O ponto mais interessante na forma em que a TE utiliza os instrumentos ao seu dispor faz referência ao momento do tratamento, optando por técnicas de cunho mais cognitivo para promover a mudança a partir de uma repetição, e também por técnicas com princípio mais vivencial, promovendo mudanças de maiores magnitudes ao trabalhar com envolvimento mais substancial das emoções.

O último objetivo específico desta pesquisa pode ser considerado o de maior importância para a condução do trabalho. A compreensão das fases do tratamento não apenas contribuiu para o entendimento cronológico do tratamento, mas também contribuiu para a avaliação crítica dos protocolos aplicados em cada estudo incluído na revisão sistemática da literatura.

A maior dificuldade para responder a todos estes objetivos propostos se fez presente na coleta de artigos científicos que atendessem todos os critérios estipulados pela metodologia utilizada. A quantidade de ensaios publicados em português tende a zero. Ao mesmo tempo, as publicações estrangeiras não apresentaram um resultado tão melhor assim. Os critérios e filtros foram flexibilizados mais de uma vez para que uma amostragem mínima pudesse se formar. De toda forma, foi possível obter respostas para as

perguntas feitas, mesmo que estas possam ter frustrado as expectativas e hipóteses formuladas ainda na fase de construção do projeto de pesquisa.

Embora a presente revisão tenha sido capaz de identificar que o protocolo terapêutico da TE é eficaz não apenas para o tratamento de transtornos da personalidade, mas também para outras psicopatologias, ficou evidente, já na triagem dos estudos, que a preocupação da comunidade científica em relação à forma de medição da eficácia TE não é por meio da cura de esquemas ou da redução da ativação de modos esquemáticos propriamente, mas sim por meio de indicadores específicos de cada psicopatologia diagnosticada.

A respeito das publicações analisadas, destaca-se a escassez de ensaios clínicos publicados com foco na TE. Para que uma quantidade suficiente de estudos pudesse ser incluída nesta revisão, foi necessário que publicações dos últimos 10 anos fossem consideradas, em contraponto ao que sugere o protocolo PRISMA, com a faixa dos últimos cinco anos. Além disso, a pesquisa precisou ser realizada em âmbito internacional devido a ausência de publicações sobre a TE em língua portuguesa brasileira.

Outro ponto importante em relação às publicações analisadas, e que pode servir como ponto de atenção para publicações futuras, é o cuidado com o protocolo terapêutico. Aspectos como número de sessões e fases do tratamento foram modificados sem fundamentação teórica, dificultando não apenas a sistematização dos dados, mas também a consolidação de um protocolo padronizado nas pesquisas de avaliação da TE.

Em contrapartida, os estudos incluídos nesta revisão sistemática da literatura dão validade para as evidências empíricas apontadas por Young et al. (2008) com relação à eficácia da TE nos tratamentos de transtornos de personalidade, especialmente para a personalidade *borderline*, além de encorajar a experimentação da TE com outros transtornos psicopatológicos, servindo como uma base para futuras pesquisas.

Por fim, as evidências encontradas nesta revisão sugerem que a Terapia do Esquema se mostra promissora. Contudo, a diversidade metodológica e a falta de homogeneidade dos estudos incluídos não permitem a implicação de que a TE seja um protocolo consolidado dentre as psicoterapias baseadas em evidências. Sugere-se que pesquisas futuras possam ser realizadas com foco em avaliar os impactos nos EIDs e nos modos esquemáticos como ferramenta para mudança psicológica e com uma amostragem maior em relação aos diagnósticos e aos participantes. Além disso, as pesquisas devem se encaminhar para o padrão-ouro no delineamento dos estudos, optando pela realização de ensaios clínicos randomizados.

## REFERÊNCIAS

- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The systematic review: an overview. *AJN The American Journal of Nursing*, *114*(3), 53-58. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c
- Bearman, M., Smith, C. D., Carbone, A., Slade, S., Baik, C., Hughes-Warrington, M., & Neumann, D. L. (2012). Systematic review methodology in higher education. *Higher Education Research & Development*, *31*(5), 625-640. DOI: 10.1080/07294360.2012.702735
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. D. S. (2012). Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *29*, 23-31.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic press.
- Da Silva, R., Bervian, P. A., & Cervo, A. L. (2007). *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*(2), 242-251. DOI: 10.1016/j.jbtep.2013.11.004
- Ferreira, J. C., & Patino, C. M. (2015). O que realmente significa o valor-p?. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, *41*, 485-485. DOI: 10.1590/S1806-37132015000000215
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2015). *Delineando a pesquisa clínica-4*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Moher, D. et al. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*(10), e1-e34. DOI: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, *41*(3), 185-202. DOI: 10.1080/16506073.2011.614274

- McKinney, W. (2011). pandas: a foundational Python library for data analysis and statistics. *Python for High Performance and Scientific Computing*, 14(9), 1-9.
- Oshima, F., Murata, T., Ohtani, T., Seto, M., & Shimizu, E. (2021). A preliminary study of schema therapy for young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a single-arm, uncontrolled trial. *BMC Research Notes*, 14(1), 1-8. DOI: 10.1186/s13104-021-05556-1
- Perovano, D. G. (2016). *Manual de metodologia da pesquisa científica*. Curitiba: Intersaberes.
- Piovesan, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 29, 318-325. DOI: 10.1590/S0034-89101995000400010
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5, 1592. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01592
- Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J. M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use*, 23(2), 199-205. DOI: 10.1080/14659891.2017.1378743
- Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale?. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1377-1401. DOI: 10.1016/j.brat.2004.06.020
- Van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 29-38. DOI: 10.1002/cpp.1813
- Videler, A. C., van Alphen, S. P., van Royen, R. J., van der Feltz-Cornelis, C. M., Rossi, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. *Aging & Mental Health*, 22(6), 738-747. DOI: 10.1080/13607863.2017.1318260
- Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., Erdos, R., & Andriola, R. (2015). *Terapia cognitiva focada em esquemas*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 523-537. DOI: 10.1093/schbul/sbm114

- Yakin, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *126*, 103553. DOI: 10.1016/j.brat.2020.103553
- Younan, R., Farrell, J., & May, T. (2018). ‘Teaching me to parent myself’: The feasibility of an in-patient group schema therapy programme for complex trauma. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *46*(4), 463-478. DOI: 10.1017/S1352465817000698
- Young, J. E., Atkinson, T., Engels, A. A., & Weishaar, M. E. (2004). *The Young – Atkinson Mode Inventory (YAMI): Manual Técnico*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 2006)
- Zlowodzki, M., Jönsson, A., & Bhandari, M. (2005). Common pitfalls in the conduct of clinical research. *Medical Principles and Practice*, *15*(1), 1-8. DOI: 10.1159/000089379