

## ARTIGO DE REVISÃO

# Análise comparativa entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia do Esquema

*Márcia Studer Ghisio<sup>a</sup>*

*Lucas Lüdtke<sup>b</sup>*

*Carlos Eduardo Seixas<sup>c</sup>*

<sup>a</sup> Psicóloga autônoma. Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>b</sup> Mestre em Promoção da Saúde. Professor universitário e psicólogo autônomo.

<sup>c</sup> Mestre em Psicologia da Saúde. Professor universitário e psicólogo autônomo.

**Instituição:** Departamento de Psicologia da Ulbra, *campus* Santa Maria, RS, Brasil

## Resumo

O presente estudo objetiva prover uma análise comparativa entre duas abordagens terapêuticas com o intuito de clarificar suas semelhanças e diferenças. Uma das características fundamentais das primeiras abordagens da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é basicamente o trabalho com estruturas mais racionais da cognição, tornando-se, dessa forma, menos eficaz frente a pacientes com problemas caracterológicos mais complexos ou com transtornos de personalidade. A Terapia do Esquema (TE) foi desenvolvida por Jeffrey Young, considerada uma expansão da teoria inicial da TCC de curto prazo, a qual compartilha diversos elementos que caracterizam a TCC. A proposta da TE é de aperfeiçoar o modelo cognitivo com o objetivo de ampliar e criar novas estratégias de tratamento para pacientes crônicos, mais rígidos, e que não respondem satisfatoriamente ao tratamento cognitivo padrão. A TE foca no desenvolvimento e manutenção dos esquemas, principalmente naqueles

formados na primeira infância. Dada a carência de textos acadêmicos, nos quais a TCC e a TE são comparadas e analisadas, propõe-se este artigo visando ao esclarecimento de dúvidas diferenciais entre as duas abordagens. Levando em consideração o que foi exposto acima, a presente revisão bibliográfica de artigos publicados em bases de dados e livros técnicos teve como objetivo desenvolver uma análise comparativa entre a TCC e a TE e as suas aplicações ao longo dos tempos, avaliando o desenvolvimento histórico com uma investigação da aplicabilidade de ambas as terapias e os transtornos psicológicos que melhor aderem aos seus tratamentos.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitiva; Terapia Comportamental; Personalidade; Transtornos da Personalidade.

## Abstract

The present study aims to provide a comparative analysis between two therapeutic approaches in order to clarify their similarities and differences. One of the fundamental characteristics of the first approaches of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is basically the work with more rational structures of cognition, thus becoming less effective in patients with more complex characterological problems or with personality disorders. Schema Therapy (TE) was developed by Jeffrey Young as an expansion of the early theory of short-term CBT, which shares several elements that characterize CBT. The ET proposal is to improve the cognitive model with the objective of broadening and creating new treatment strategies for chronic patients, which are more rigid and do not respond satisfactorily to standard cognitive treatment. TE has a focus on the development and maintenance of schemes, especially those formed in early childhood. Given the lack of academic texts in which CBT and TE are compared and analyzed, this article is proposed in order to clarify the differential doubts between the two approaches. Taking into account the above, this bibliographic review of articles published in databases and technical books aimed to develop a comparative analysis between CBT and ET and its applications over time evaluating the historical development with an investigation The applicability of both therapies and the psychological disorders that best adhere to their treatments.

**Keywords:** Cognitive Therapy; Behavior Therapy; Personality; Personality Disorders.

## Introdução

A Terapia Cognitivo-Comportamental e todas as linhas cognitivas de abordagem, as quais somam mais de três dezenas de abordagens, compartilham três premissas fundamentais: (1) a cognição afeta o comportamento, que afirma que há sempre um processamento cognitivo e avaliação de eventos internos e externos que podem afetar a resposta a esses eventos; (2) a cognição pode ser monitorada, avaliada e alterada; (3) a cognição é definida como a “função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos futuros” ou ainda “[...] o processo de identificar e prever relações complexas entre eventos, de modo a facilitar a adaptação a ambientes passíveis de mudança”<sup>1,2</sup>.

As abordagens terapêuticas atuais, que estão dentro do âmbito da Terapia Cognitivo-Comportamental, compartilham uma perspectiva teórica, que pressupõe a ocorrência de “pensamentos” ou “cognições”, e que os eventos cognitivos possam mediar a mudança comportamental. Por causa dessa hipótese mediacional, em que os sintomas e comportamentos disfuncionais são mediados cognitivamente, a cognição não apenas pode como deve alterar o comportamento, de maneira que uma mudança comportamental pode ser usada como um índice direto de uma mudança cognitiva. Somente em casos em que se possa demonstrar a mediação cognitiva e nos quais a mediação cognitiva seja um componente importante do plano de tratamento pode-se aplicar o rótulo “cognitivo-comportamental”<sup>3</sup>.

O fenômeno de incorporação da perspectiva mediacional, que é a forma como o paciente interpreta os eventos, mediando o comportamento, ocorreu em diferentes momentos, mas principalmente durante o final da década de 1960 e na década de 1970. Estava ficando claro que uma abordagem não mediacional, baseada no modelo estímulo-resposta, não seria suficientemente ampla para explicar todo o comportamento humano, e continuava a haver uma rejeição ao modelo psicodinâmico de longa duração baseado no desenvolvimento de *insight*. A natureza de alguns problemas tornava as intervenções não cognitivas irrelevantes por serem aplicadas a transtornos marcados principalmente por relatos comportamentais verbais. Surgiu a necessidade de que os modelos comportamentais redefiniram seus limites e incorporassem fenômenos cognitivos nos modelos de mecanismos comportamentais, compartilhando a ideia de que o indivíduo tem capacidade de monitorar o seu comportamento, de definir objetivos internos para o comportamento, de orquestrar as variáveis ambientais e pessoais, para alcançar alguma forma de regulação do comportamento de interesse<sup>3</sup>.

A TCC foi desenvolvida na década de 60, na Universidade da Pensilvânia, por Aaron Beck. De formação psicanalítica, na época, ele trabalhava com pacientes deprimidos e portadores de transtornos de ansiedade. Diante das observações dos pensamentos e sonhos desses indivíduos e insatisfeito com as explicações psicodinâmicas sobre a depressão, buscou novos entendimentos que embasassem um tratamento mais eficaz para esse distúrbio. Baseado em pesquisa sistemática e observações clínicas, Beck propôs que os sintomas da depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos, como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro (tríade cognitiva). Beck passou a diferenciar a abordagem cognitiva da psicanalítica, focando o tratamento em problemas presentes, em oposição a desvelar traumas escondidos do passado, e na análise de experiências psicológicas acessíveis ao invés de inconscientes<sup>1,4</sup>.

A TCC é uma abordagem estruturada, diretiva, ativa, de prazo limitado, usada para tratar uma variedade de transtornos psiquiátricos (por exemplo, depressão, ansiedade, fobias, queixas somáticas etc.). Ela fundamenta-se na racionalidade teórica subjacente de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são em grande parte determinados pelo modo como ele estrutura o mundo. Suas cognições baseiam-se em atitudes ou pressuposições desenvolvidas a partir de experiências anteriores<sup>5</sup>.

O efeito das intervenções psicoterápicas, no cenário contemporâneo, envolve a articulação de conhecimentos teóricos, técnicos, metodológicos e éticos com implicações sociais, políticas, econômicas, que

exigem a demonstração concreta de que os tratamentos em saúde mental são efetivos e necessários. Tal efeito pode ser observado através da interação de variáveis relacionadas ao paciente, como aspectos associados ao quadro psicopatológico e comorbidades, relacionadas ao terapeuta, competência, experiência clínica e estilo pessoal, bem como a relação de trabalho estabelecida entre eles, a aliança terapêutica<sup>6</sup>.

Mendes<sup>7</sup> aponta que, inicialmente restrita aos casos de depressão, fobias e pânico, a TCC vem expandindo sua área de atuação, abrangendo terapia de casais, de família e a esquizofrenia. A TCC aborda transtornos de personalidade e problemas caracterológicos, em que os pacientes apresentam traços de personalidade, mas não transtorno de personalidade, porém algumas vezes tais pacientes não respondem totalmente a tratamentos cognitivo-comportamentais tradicionais. Um dos desafios enfrentados pela TCC, desde os anos de 1990, é o desenvolvimento de terapias para esses pacientes crônicos e difíceis de tratar.

A TCC padrão pressupõe que os pacientes estejam motivados a reduzir os sintomas, a formar habilidades e a resolver seus problemas atuais e, portanto, com um pouco de estímulo e reforço positivo, que cumpram os procedimentos necessários ao tratamento. Todavia, para vários pacientes caracterológicos, as motivações à terapia são complicadas. Há inúmeros casos em que eles não estão dispostos ou não conseguem cumprir os procedimentos da Terapia Cognitivo-Comportamental. Esses pacientes podem não realizar tarefas que lhes são prescritas, demonstrar grande relutância a aprender estratégias para autocontrole ou parecer mais motivados a receber consolo do terapeuta do que aprender estratégias que ajudem a si próprios<sup>8</sup>.

Com o objetivo de aperfeiçoar o modelo cognitivo e criar novas estratégias de tratamento para os transtornos de personalidade e também para pacientes que não respondem bem ao tratamento cognitivo padrão de curto prazo, surge a proposta da Terapia do Esquema (TE), de Jeffrey Young, que utiliza elementos provenientes de abordagens distintas, como a Gestalt-terapia, a psicodinâmica, conceitos da teoria do apego, além, é claro, da própria terapia cognitiva tradicional, proposta por Aaron Beck e seguidores<sup>7</sup>.

Numa entrevista dada a Falcone e Ventura<sup>9</sup>, Jeffrey Young diz o seguinte ao ser questionado sobre o que o levou a desenvolver a Terapia do Esquema:

Quando decidi iniciar minha prática clínica privada, comecei usando a Terapia Cognitiva para um grupo de pacientes mais geral e mais uma vez enfrentei problemas. Não tão sérios quanto os que eu tive com a Terapia Comportamental, mas problemas sérios na medida em que pelo menos metade dos pacientes não respondia tão bem. Metade deles me dizia: 'isso faz sentido racionalmente, mas não me afeta emocionalmente'. Eram pacientes muito inteligentes, que entendiam todos os conceitos, faziam os registros de pensamentos mês após mês, todas as técnicas cognitivas que eu conhecia e, ainda assim, não melhoravam. Eles entendiam o problema, entendiam quando estavam distorcendo, mas não conseguiam mudar. Eu sabia que devia fazer mais do que a Terapia Cognitiva. Não algo ao invés dela, mas além dela. Além disso, tinham também partes da Terapia Comportamental de que eu gostava, porque eu sabia o

quanto era importante não somente pensar sobre os pensamentos, mas também conseguir que as pessoas mudem seus comportamentos. Eu estava usando, na verdade, ambas as terapias, comportamental e cognitiva. Mas eu sabia que precisava de algo mais (p. 02)<sup>9</sup>.

A partir de tal constatação, Jeffrey Young desenvolve a Terapia Focada no Esquema, integrando técnicas cognitivas, comportamentais, experienciais e interpessoais, utilizando o conceito de “esquema” como elemento unificador. Essa terapia adapta as técnicas usadas na TCC tradicional, mas vai além da abordagem de curto prazo, passando a utilizar a combinação de técnicas interpessoais e experienciais dentro de um enquadre cognitivo-comportamental<sup>10</sup>.

A partir de agora, será realizada uma análise comparativa entre a TCC e a TE, na qual enfocaremos algumas definições, como esquemas, personalidade, psicopatologia, tratamento e estrutura a ser seguida.

### **Definição de esquema**

A regulação das emoções representa uma habilidade fundamental para a interação social, influenciando o comportamento e a expressão emocional. As emoções são determinadas pela forma como são interpretadas as situações vivenciadas, e as interpretações dos fatos e situações estão diretamente relacionadas às crenças do indivíduo acerca de si mesmo, do mundo e do futuro. Examinando a neurobiologia subjacente à TE, ressalta-se a existência de dois sistemas que operam paralelamente e estocam diferentes tipos de informação relevantes para a experiência de aprendizagem emocional. Um dos sistemas é consciente, sendo mediado pelo hipocampo e áreas corticais relacionadas, e o outro sistema é inconsciente e se processa através da amígdala. Os esquemas são mecanismos inconscientes que afetam nosso comportamento, cognição, fisiologia e emoções, usando a definição de inconsciente cognitivo como mecanismo de processamento de informações que se cristalizam nas profundezas do *self*, processando silenciosa e inconscientemente os dados da realidade<sup>11,12</sup>.

Beck, em sua descrição inicial de psicopatologia, propunha que cada condição diagnóstica era caracterizada por esquemas, padrões habituais de pensamento um tanto gerais, que marcavam a vulnerabilidade<sup>13</sup>. Para Beck<sup>5</sup>, os esquemas são padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base da regularidade das interpretações de um conjunto específico de situações. O esquema é a base para moldar os dados em cognições. Um esquema, portanto, constitui a base para extrair, diferenciar e codificar os estímulos que confrontam o indivíduo. Ele categoriza e avalia suas experiências por intermédio de uma matriz de esquemas.

Sob essa perspectiva, esquemas depressivos refletiam preocupações envolvendo perda, fracasso, rejeição e depleção; esquemas de ansiedade refletiam ameaça e trauma; e esquemas de raiva refletiam humilhação e dominação. Para tanto, foi desenvolvido um modelo de esquemas específicos para os vários transtornos de personalidade, relacionando a personalidade esquiva a esquemas de inadequação e rejeição, a personalidade narcisista a esquemas de direito e *status* especial, e assim por diante<sup>13</sup>.

Muito cedo, em seu processo de desenvolvimento, as crianças procuram compreender o sentido delas mesmas e do seu mundo. Elas desenvolvem esquemas ou estruturas cognitivas, para organizar o enorme volume de dados que estão constantemente recebendo. Os esquemas são os meios pelos quais elas entendem o que estão experienciando e decidem como proceder<sup>10</sup>.

Judith Beck<sup>14</sup> faz uma diferenciação entre crenças centrais e esquemas afirmando que “os esquemas são estruturas cognitivas dentro do pensamento, cujo conteúdo específico são as crenças centrais”. Tal diferenciação é ainda melhor descrita a seguir:

A maneira pela qual uma situação é avaliada depende, pelo menos em parte, das crenças relevantes subjacentes. Essas crenças estão inseridas em estruturas, mais ou menos estáveis, chamadas ‘esquemas’, que selecionam e sintetizam os dados fornecidos. [...] Consideramos as estruturas básicas (esquemas) das quais dependem esses processos cognitivos, afetivos e motivacionais como as unidades fundamentais da personalidade (p. 05)<sup>15</sup>.

Beck<sup>5</sup> aponta que os tipos de esquema empregados determinam como o indivíduo estruturará experiências diferentes. Um esquema pode permanecer inativo por longos períodos de tempo, mas pode ser energizado por estímulos ambientais específicos, como, por exemplo, situações estressantes. Os esquemas ativados em uma situação específica determinam diretamente o modo como a pessoa responde.

Beck denominou o conteúdo dos esquemas cognitivos de “crenças”, as quais representam a compreensão pelos indivíduos de si próprios, do seu mundo e dos outros. A personalidade saudável tem crenças básicas ou fundamentais estáveis, adaptativas, relativistas (“Eu sou uma pessoa razoavelmente competente; meu mundo tem algum perigo, mas é predominantemente um lugar seguro para mim; outras pessoas podem ser benéficas, neutras ou malévolas em relação a mim”). Os pacientes com transtorno de personalidade, ao contrário, têm crenças extremas, negativas, globais e rígidas (“Eu sou incompetente; meu mundo está fora do meu controle; outras pessoas não são confiáveis”). Quando seus esquemas são ativados, eles aplicam essas crenças a situações que não justificam tal visão negativa. Eles agem e reagem como se suas percepções fossem precisas, apesar de algumas vezes haver fortes evidências contrárias. Eles desenvolvem um viés de percepção que interfere no processamento razoável e adaptativo de informação<sup>10</sup>.

Young<sup>16</sup> propõe outro conceito de esquema, que considera um nível mais “profundo” de cognição – os esquemas que vão aparecendo na infância e que foram chamados por ele de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs). Esses estariam no centro dos transtornos de personalidade, sendo mais rígidos e difíceis de ser modificados. São basicamente resultantes de necessidades emocionais centrais para crianças que de alguma forma não foram atendidas, como a necessidade de um apego seguro, de afeto, carinho, estabilidade, das noções de autonomia e competência, de liberdade para expressão das emoções, da espontaneidade, do brincar e de limites adequados<sup>7</sup>.

Em entrevista a Falcone e Ventura<sup>9</sup>, Young comenta o que diferencia o seu conceito de EIDs na TE do conceito tradicional de Aaron Beck na TCC:

O esquema, semelhante à maneira como eu conceituo, já estava presente no trabalho de Beck. Beck propôs que o esquema era o nível mais profundo do pensamento. Ele não chamava isto de crença, mas de estrutura. Não é o mesmo que eu faço, mas é bastante semelhante. Ambos acreditamos que o esquema é a estrutura mais profunda, do ponto de vista psicológico. Assim como Beck, eu acredito que os esquemas direcionam os outros níveis de cognição. Relacionando os esquemas às crenças centrais, eu acho que o esquema é uma estrutura mais abrangente e que crença central é a parte cognitiva do esquema. O esquema direciona o seu pensamento. Quando os pacientes têm pensamentos automáticos negativos, estes foram gerados pelo esquema, o esquema os propulsionou. Este é o modelo de Beck, do qual eu compartilho. Eu diria que o esquema é o nível mais profundo do pensamento e que todo o resto surge do esquema (p. 04)<sup>9</sup>.

Os EIDs acabam constituindo o núcleo do autoconceito e da concepção de mundo do indivíduo, sendo a mudança, portanto, vista como ameaçadora. Apesar de se desenvolverem precocemente, os EIDs vão sendo elaborados durante toda a vida, podendo ser derivados de experiências negativas regulares e constantes, não precisando, necessariamente, de um evento traumático. Assim, como o conceito de modelos operacionais do psicanalista inglês John Bowlby, a criança desenvolve expectativas resultantes da natureza de suas relações com as figuras de apego. Esses modelos ajudam a interpretar e a manter uma consistência das cognições acerca do mundo interno e externo<sup>7</sup>.

Young<sup>16</sup> afirma que, devido à consistência cognitiva, os EIDs lutam para permanecer vivos. Como o comportamento e o caráter do indivíduo são guiados por ele, muitas vezes esse modo de ser é tudo o que ele conhece para se estabelecer nas relações com as mais diversas áreas de sua vida. Os esquemas seriam algo quase inquestionável, sendo uma verdade, *a priori*, natural. Por mais que sejam disfuncionais para os outros, são familiares ao indivíduo, podendo fazer com que sejam recriadas na vida atual condições semelhantes às que foram “nocivas” na infância e participaram da geração desses esquemas, que inicialmente eram adaptativos e se tornaram um padrão de comportamento envolvendo as memórias afetivas, corporais e as emoções.

No contexto da infância, um EID representa uma ameaça, que é caracterizada pela frustração das necessidades emocionais da criança. Podemos classificar, então, três estilos de manejo (*coping styles*) para lidar com os esquemas: (1) a supercompensação, quando o indivíduo se comporta e pensa de maneira exatamente oposta à do momento ou período de aquisição do esquema; (2) a evitação, quando o paciente se afasta das situações que possam deflagrar os EIDs, por meio da evitação comportamental, cognitiva ou afetiva; (3) a rendição ou submissão, quando o indivíduo “se entrega” aos esquemas, aceitando-os como verdadeiros e inquestionáveis. O comportamento não é o esquema, e sim a maneira utilizada pelo paciente para lidar com ele<sup>7</sup>.

Young<sup>8</sup> descreve 18 EIDs principais, sendo que um ou mais estarão em diferentes transtornos de personalidade agrupados em cinco categorias, que correspondem às necessidades emocionais não satisfeitas na infância. Conforme Young, Klosko e Weichaar<sup>16</sup>, os cinco Domínios de Esquemas são:

- Domínio I – Desconexão Rejeição: pacientes com esquemas nesse domínio caracterizam-se por incapacidade na formação de vínculos seguros e de maneira satisfatória com outras pessoas. Em geral, esses pacientes sofreram com experiências infantis traumáticas, pois as famílias costumam apresentar características de instabilidade, abuso, frieza, rejeição ou isolamento do mundo exterior. Esse domínio é formado pelos seguintes EIDs: abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação/emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação.
- Domínio II – Autonomia e Desempenho Prejudicados: pacientes com esquemas nesse domínio não conseguem se desenvolver com confiança, porque geralmente são oriundos de famílias superprotetoras, que, na tentativa de proteger a criança, acabam não reforçando a sua autonomia. Os esquemas pertencentes a esse domínio são: dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/*self* subdesenvolvido e fracasso.
- Domínio III – Limites Prejudicados: indivíduos com esquemas nesse domínio geralmente são oriundos de famílias demasiado permissivas, nas quais a imposição de limites foi falha. Isso colabora para a falta de limites no cumprimento de regras, autodisciplina e respeito aos direitos alheios. Como principais características, esses indivíduos têm o egoísmo, a irresponsabilidade e o narcisismo. Dentro desse domínio estão os EIDs: merecimento/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes.
- Domínio IV – Orientação para o Outro: já nesse domínio, os indivíduos tendem a manter uma postura de atender a todas as necessidades dos outros em detrimento das suas, o que fazem no intuito de receber aprovação e evitar retaliações. Em geral, suas famílias estabeleceram relações condicionais, ou seja, só recebia aprovação e atenção caso a criança se comportasse da maneira desejada. Os pais valorizavam muito mais as suas necessidades emocionais ou a “aparência” do que as necessidades da criança. Nesse domínio, estão inclusos os esquemas: subjugação, autossacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento.
- Domínio V – Supervigilância e Inibição: pessoas com esquemas nesse domínio reprimem seus sentimentos e impulsos com a finalidade de cumprir regras rígidas internalizadas, em prejuízo de sua própria felicidade, autoexpressão, relacionamentos íntimos e boa saúde. Normalmente, as famílias têm características rígidas e repressoras, sendo que os sentimentos não podem ser expressos de maneira livre e o autocontrole e a negação de si próprios predominam sobre outros aspectos. Nesse domínio, podemos citar os seguintes esquemas: negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva.



Young, Klosko e Weichar<sup>16</sup> acreditam na importância de os pacientes tentarem mudar comportamentos dentro de uma situação atual de vida, antes de fazerem grandes mudanças. Diferentemente da Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional, a Terapia do Esquema inicia-se com os comportamentos mais problemáticos que o paciente acredita ter condições de enfrentar.

### **Conceito de personalidade e visão de psicopatologia**

A estruturação da personalidade é vista como um processo natural e adaptativo, que tem suas fundações nas bases genéticas herdadas, as quais definem o temperamento e, assim, as tendências comportamentais, afetivas, cognitivas e motivacionais que sofreram os efeitos do ambiente por meio das aprendizagens constantes no decorrer do ciclo vital.

Young<sup>8</sup> apresenta cinco necessidades básicas emocionais fundamentais para os seres humanos: vínculos seguros com outros indivíduos (inclui segurança, estabilidade, cuidado e aceitação); autonomia, competência e sentido de identidade; liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas, espontaneidade e lazer; limites realistas e autocontrole. Young acredita que essas necessidades são universais – todas as pessoas as têm, embora algumas apresentem necessidades mais fortes do que outras. Um indivíduo psicologicamente saudável é aquele que consegue satisfazer de forma adaptativa as necessidades emocionais fundamentais.

Outro ponto inovador em relação ao papel do temperamento é a ideia de que ele determina a quantidade ideal requerida das necessidades emocionais básicas do sujeito em cada um dos momentos críticos do desenvolvimento para a formação da personalidade. A configuração de vários temperamentos constitui uma personalidade, entretanto, dependendo de seus temperamentos, uma pessoa pode, por exemplo, requerer mais demonstrações de afeto de seus cuidadores no início da vida que outras, necessitando de maior ou menor quantidade de limites afetivos em uma fase mais posterior<sup>17</sup>.

Os pacientes com transtorno de personalidade, de acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, têm como aspecto essencial um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e que se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle de impulsos. Esse padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais, provocando sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta<sup>18</sup>.

Beck interessou-se pelos transtornos da personalidade quando reconheceu que um número significativo de pacientes recuperados de uma depressão maior ainda experimentava sofrimento reduzido, mas ainda persistente ou intermitente, e continuava a demonstrar padrões de pensamento falhos e comportamentos

disfuncionais. Simultaneamente, ele começou a explorar a ligação entre a teoria evolucionista e os transtornos psiquiátricos. A humanidade, ele observou, desenvolveu estratégias comportamentais para promover os objetivos evolucionários primários de sobrevivência e reprodução. O uso inflexível, disfuncional e compulsivo dessas estratégias no ambiente atual é uma das características mais marcantes dos pacientes com transtornos de personalidade<sup>10</sup>.

Beck, Freeman e Davis<sup>19</sup> apontam que os protótipos dos nossos padrões de personalidade poderiam ter derivado da nossa herança filogenética. Aquelas “estratégias” geneticamente determinadas que facilitavam a sobrevivência e a reprodução seriam, presumivelmente, favorecidas pela seleção natural. Derivados dessas estratégias cognitivas podem ser observados, de forma exagerada, nos conjuntos de sintomas, como os transtornos de ansiedade e depressão, e em transtornos de personalidade. Ao atribuir significado a eventos, as estruturas cognitivas iniciam uma reação em cadeia que culmina nos comportamentos manifestos, que são atribuídos aos traços de personalidade. Padrões comportamentais que comumente atribuímos a traços ou disposições de personalidade (“honesto”, “tímido”, “sociável”) representam, conseqüentemente, estratégias interpessoais desenvolvidas a partir da interação entre disposições inatas e influências ambientais.

Pessoas com transtorno de personalidade mantêm seus esquemas disfuncionais hipervalentes, os quais inibem os outros, adaptativos. Por esse motivo, pacientes com transtornos de personalidade exigem maior trabalho dentro da sessão, maior tempo de terapia, mais habilidade, paciência e energia do terapeuta<sup>4</sup>.

### **Objetivos do tratamento e estrutura a ser seguida**

A TCC busca produzir mudanças no pensamento e no sistema de crenças do paciente, com o propósito de promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras. As técnicas terapêuticas são projetadas para identificar, testar a realidade e corrigir as conceituações distorcidas e as crenças disfuncionais (esquemas) por trás dessas cognições. Embora o processo terapêutico possa variar de acordo com as necessidades de cada paciente, exigem alguns princípios que caracterizam o procedimento clínico nessa abordagem de tratamento<sup>4,19</sup>.

A TCC enfatiza uma aliança terapêutica segura. Assim, as habilidades do terapeuta em ser cordial e respeitoso, em ouvir com atenção e cuidado, resumindo de forma precisa as declarações do paciente, são fundamentais para uma relação sólida. Na medida em que o terapeuta apresenta uma empatia acurada, ou seja, o quão bem ele consegue se colocar no lugar do paciente e experimentar a vida da forma como ele o faz, será capaz de entender como o paciente estrutura e reage a determinados eventos, demonstrando que consegue partilhar um pouco da sua aflição. Outro recurso utilizado que favorece a aliança terapêutica é o estilo colaborativo, no qual se desenvolve o processo de tratamento. O paciente é encorajado a trabalhar, junto com o terapeuta, participando ativamente desse processo. Reavaliando e corrigindo seu pensamento, o paciente aprende a dominar problemas e situações que ele previamente considerou insuperáveis<sup>5</sup>.

Outra característica que contribui para a formação da aliança terapêutica é a psicoeducação, que promove

a colaboração do paciente e favorece a adesão ao tratamento, além de ensinar sobre o formato das sessões estruturadas e sobre a verificação do humor e a instrumentalização para as técnicas psicoterápicas. A ideia é ensinar o paciente a ser o seu próprio terapeuta ao aprender as ferramentas de avaliação e controle do seu comportamento<sup>4</sup>.

O *feedback* solicitado pelo terapeuta ao final de cada sessão também contribui para solidificar a relação. Considerando que o paciente deve aprender a ser o seu próprio terapeuta, tal aprendizagem ocorre com a orientação do paciente quanto à natureza de seu transtorno, à relação entre os seus pensamentos, emoções e comportamentos, etc.

Dessa forma, em vez de meramente oferecer diretamente um ponto de vista alternativo para as interpretações distorcidas do paciente, é preciso levantar questões que possam ajudar o próprio paciente a desenvolver uma perspectiva alternativa, a qual será mais confiável para ele através da descoberta guiada.

Baseada nos problemas do paciente (como sentir-se isolado) e no estabelecimento de metas específicas (como iniciar amizades novas), são identificados os pensamentos automáticos testáveis que impedem a realização dessas metas (p. ex., “Eles não irão ligar para mim”), além de ser estruturada, permitindo que o paciente desenvolva as habilidades necessárias para a autoterapia após o término do tratamento, maximizando o uso do tempo terapêutico e favorecendo a relação terapêutica por meio do *feedback* do paciente. Apesar de apresentar maior ênfase no presente, a TCC também valoriza aspectos do passado do paciente, tais como dados relevantes da infância<sup>4</sup>.

Segundo os pressupostos da TCC, as pessoas desenvolvem e mantêm crenças básicas ao longo da vida, a partir das quais formam a visão de si próprias, do mundo e do futuro. Sob esse enfoque, o terapeuta e o paciente trabalham juntos para identificar distorções cognitivas, que são pensamentos, pressupostos e crenças a serem modificados. O objetivo principal é investigar os pensamentos e sentimentos do paciente durante a sessão de terapia e entre as sessões de terapia<sup>19</sup>.

Alguns pacientes iniciam o tratamento com a TCC tradicional, mas, devido a seus problemas caracterológicos, a eficácia dessa terapia é reduzida e, após a resolução dos sintomas, os problemas caracterológicos passam a ser o foco do tratamento. Outros pacientes carecem de sintomas específicos que possam servir como alvo da terapia. Normalmente o tratamento inicia com a TCC tradicional e durante o processo cogita-se a necessidade de acrescentar a TE caso o paciente apresente as características para tal abordagem. Young<sup>8</sup> desenvolveu a TE para tratar os “insucessos de tratamento”. A TE pode ser breve, de médio ou de longo prazo, dependendo do paciente. Ela amplia a TCC tradicional ao dar ênfase muito maior à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente e aos estilos desadaptativos de enfrentamento.

O processo terapêutico na TE se divide em duas fases: avaliação e conceitualização do caso e mudança do esquema. Para Young, um dos principais papéis do terapeuta é oferecer estabilidade e segurança, que podem ter faltado ao paciente na infância, fornecendo uma base segura, dentro dos limites adequados para

essa mesma relação, o que mostra claramente a influência dos conceitos de Bowlby sobre o apego. Na etapa de avaliação, os principais objetivos consistem em identificar esquemas centrais da vida do paciente, bem como educá-lo a respeito; estabelecer uma relação entre os EIDs, história de vida e dificuldades atuais; incentivar que o paciente entre em contato com emoções ligadas aos EIDs; e identificar estratégias de enfrentamento disfuncionais<sup>17,16</sup>.

Comparado à TCC tradicional, o modelo do esquema envolve um uso maior do relacionamento terapêutico, como um veículo para a mudança, e uma discussão mais extensiva de experiências iniciais da vida e das origens dos problemas na infância. Também existe maior ênfase na experiência afetiva (por exemplo, imagens, dramatização de papéis) e, como resultado, o nível de afeto é muito mais alto nas sessões focadas no esquema. A abordagem focada no esquema apoia-se menos na descoberta dirigida e, ao contrário, defende uma confrontação mais ativa dos padrões cognitivos e comportamentais. Finalmente, uma vez que os pacientes com transtornos de personalidade apresentam uma resistência muito maior à mudança do que os pacientes com transtornos agudos, o curso do tratamento é frequentemente mais longo na Terapia Focada no Esquema<sup>10</sup>.

Nessa fase, o terapeuta pode utilizar técnicas experienciais para deflagrar os esquemas, como a utilização de relatos de imagens mentais do paciente, uma vez que acredite que essas imagens estejam relacionadas a algo que deflagre o esquema. Na fase da mudança do esquema, são feitas intervenções cognitivas, como registros de pensamentos, de identificação de distorções cognitivas, experienciais, que permitam a expressão dos sentimentos e emoções, interpessoais e comportamentais, com o objetivo de auxiliar o paciente a observar e combater as distorções originadas pelos EIDs. As intervenções comportamentais são utilizadas ao final do tratamento por ser uma verdadeira quebra dos padrões do paciente. Uma vez que ele já conhece os seus EIDs, seu desenvolvimento e suas estratégias de respostas e reações aos mesmos podem agora se distanciar desses esquemas, questionando-os e assumindo comportamentos mais saudáveis. O terapeuta precisa estar aberto para ser criativo durante o processo terapêutico, não sendo muito rígido em relação às técnicas, tendo em vista a necessidade de enfrentar possíveis resistências do paciente em executar tarefas que impliquem uma participação mais colaborativa. A busca pelos EIDs e crenças mais centrais, sua origem e seu fortalecimento no desenvolvimento do indivíduo, a ênfase na relação terapêutica e a necessidade de construção de uma relação sólida e estável, que seja também um instrumento de mudança, podem levar a um aumento maior no tempo de tratamento em comparação com a TCC convencional<sup>7</sup>.

Na TE, a relação terapeuta-paciente constitui um elemento essencial da avaliação e mudança dos esquemas. Duas características da relação terapêutica são emblemáticas para a TE: o confronto empático e a reparação parental limitada. O confronto empático é a expressão de compreensão sobre esquemas do paciente, ao mesmo tempo em que se confrontam as necessidades de mudança. A reparação parental limitada significa satisfazer, de forma limitada, as necessidades emocionais não atendidas na infância do paciente<sup>16</sup>.

## Considerações finais

A aplicação clínica da psicologia comportamental começou nos anos 1950, com a considerada “primeira onda”. Nessa fase, a preocupação dos clínicos era com o condicionamento clássico e a aprendizagem operante, por meio de alterações no ambiente das pessoas, buscando, assim, a mudança nos comportamentos. Já a “segunda onda” veio com a psicologia cognitiva de Beck, que propôs um modelo focado nas crenças e percepções do indivíduo sobre o mundo. Apesar dessa integração de propostas, mudanças culturais e filosóficas requerem adequação dos modelos a novos tempos.

Nesse contexto, a partir dos anos 1990 surgiu mais um modelo de abordagem integrativa, que foi chamado de “terceira onda”. A terceira onda da TCC integra as gerações anteriores levando adiante questões e domínios previamente trabalhados por outras tradições, na esperança de melhorar tanto a compreensão do ser humano como a dos resultados dos tratamentos. Dessa forma, a terceira onda torna a terapia ainda mais abrangente, aprofundada e preocupada não apenas em mostrar resultados, mas também em estabelecer uma relação com as dificuldades humanas num sentido mais amplo, arraigado e emocionalmente estabilizado<sup>20</sup>.

Sendo a TE uma das maiores referências dessa terceira onda, a partir do estudo realizado sobre a TCC e a TE é possível observar o avanço da abordagem tradicional desde seus primórdios e a necessidade da ampliação das técnicas, tendo em vista suas limitações no tratamento de pacientes com problemas caracterológicos e transtornos de personalidade. Por ser integrativa, a TE combina aspectos dos modelos cognitivo, comportamental, psicodinâmico, de vínculo e da Gestalt, além de ser estruturada e sistemática, assim como a TCC tradicional.

Diante disso, foi possível fazer um comparativo demonstrando as sutis diferenças, desde o conceito de esquema, relação terapêutica, caráter educativo, estabelecimento de metas às técnicas e estratégias utilizadas por cada abordagem, que muitas vezes se confundem por terem um embasamento a partir da mediação cognitiva.

A seguir uma tabela contendo as diferenças básicas entre a TCC tradicional e a TE:

| <b>Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)</b>            | <b>Terapia do Esquema (TE)</b>  |
|--|---|
| – Racional   | – Emotiva   |
| – Curso do tratamento mais curto                         | – Curso do tratamento mais longo  |
| – Início do tratamento com foco em problemas mais atuais | – Início do tratamento com foco em comportamentos mais problemáticos que o paciente acredita ter condições de enfrentar |
| – Personalidade como herança filogenética                | – Importância do temperamento na formação da personalidade  |
| – Aliança terapêutica empática                           | – Relação terapeuta-paciente como modelo à mudança  |
| – Empirismo colaborativo facilitador                     | – Engajamento do paciente mais resistente   |

|  |   |
|--|---|
| – Experiências de aprendizagens ao longo da vida                   | – Necessidades básicas emocionais atendidas pelos cuidadores na infância e adolescência |
| – Modificação de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos | – Mudança de esquemas   |
| – Apoia-se mais na descoberta dirigida.                            | – Apoia-se mais na confrontação dos padrões cognitivos e comportamentais.               |

Uma vez observadas as limitações da TCC tradicional, dá-se ênfase aos aspectos apresentados pelo paciente, para iniciar o tratamento com a TE, tais como: a inflexibilidade psicológica, que impede que os pacientes passem por mudanças significativas, sendo psicologicamente rígidos, com pensamentos distorcidos e comportamentos de autossabotagem.

Pela dificuldade em encontrar na literatura textos que abordem ambas as terapias, faz-se necessário o aprofundamento dos estudos para o aperfeiçoamento da prática clínica de terapeutas que apresentem interesse em trabalhar com tais pacientes.

## Referências

1. Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(II):54-64.
2. Bahls SC, Navolar ABB. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. Psicologia UPT on line [internet]. 2004 [citado em out. 2015];04(1). Disponível em: [http://necpar.com.br/uploads/material/390\\_terapia\\_cognitiva\\_bahls.pdf](http://necpar.com.br/uploads/material/390_terapia_cognitiva_bahls.pdf).
3. Dobson KS. Manual de terapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Artmed; 2006.
4. Rangé B. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2001.
5. Beck AT. Terapia cognitiva da depressão. Costa S, tradutor. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
6. Peuker ACWB, Habigzang LF, Koller SH, Araujo LB. Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. Psicologia em Estudo. 2009;14(03):439-445.
7. Mendes MA. Terapia do esquema: um novo enfoque cognitivo. Psique Mente e Vida. 2010;9(14):32-39.
8. Young JE. Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada em esquemas. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
9. Falcone ELO, Ventura PR. Entrevista com Dr. Jeffrey Young. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas

[internet]. 2008 [citado em set. 2015];4(1). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872008000100010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100010&lng=pt&tlng=pt).

10. Salkovskis PM. Fronteiras da terapia cognitiva. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
11. Callegaro MM. A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 2005;1(1):09-20.
12. Mocaiber I, Oliveira LD, Pereira MG, Machado PW, Ventura PR, Figueira IV et al. Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. Psicologia em Estudo. 2008;13(3):531-538.
13. Leahy RL. Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed; 2006.
14. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Costa S, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 1997.
15. Duarte ALC, Nunes MLT, Kristensen CH. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas [internet]. 2008 [citado em abr. 2015];4(1). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872008000100004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872008000100004&script=sci_arttext&tlng=es).
16. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed; 2008.
17. Wainer R. Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed; 2015.
18. American Psychiatric Association. DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
19. Beck AT, Freeman A, Davis DD. Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
20. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? Curr Opin Psychiatry. 2012;25(6):522-528.

## Correspondência

*Márcia Studer Ghisio*

Rua Doutor Francisco Mariano da Rocha, nº 160, apto 301, Centro

97010-170 Santa Maria, RS, Brasil

marciaghisio@hotmail.com

Submetido em: 03/08/2016

Aceito em: 22/12/2016