

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ASSOCIAÇÃO DE ESQUEMAS
INICIAIS DESADAPTATIVOS
EM TRANSTORNOS DO EIXO I**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Carlos Eduardo Seixas

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

PPGP/UFSM, RS

SEIXAS, Carlos Eduardo

Mestre

2014

**ASSOCIAÇÃO DE ESQUEMAS
INICIAIS DESADAPTATIVOS
EM TRANSTORNOS DO EIXO I**

Carlos Eduardo Seixas

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Psicologia.**

Orientador: Prof. Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Seixas, Carlos Eduardo
Associação de Esquemas Iniciais Desadaptativos em
Transtornos do Eixo I / Carlos Eduardo Seixas.-2014.
76 p.; 30cm

Orientador: Silvio Jose Lemos Vasconcellos
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2014

1. Terapia Esquema 2. Esquemas iniciais
desadaptativos 3. Schema Therapy 4. Young 5.
Transtornos agudos I. Vasconcellos, Silvio Jose Lemos
II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada
aprova a Dissertação de Mestrado**

**ASSOCIAÇÃO DE ESQUEMAS
INICIAIS DESADAPTATIVOS
EM TRANSTORNOS DO EIXO I**

elaborada por
Carlos Eduardo Seixas

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Sílvio José Lemos Vasconcellos, Prof. Dr. (UFSM)
(Presidente / Orientador)

Ana Cristina Garcia Dias, Prof^a. Dr^a. (UFSM)

Wilson Vieira Melo, Prof. Dr. (ITCRS)

Samara Silva dos Santos, Prof^a. Pós Dr^a (UFSM)

Santa Maria, 07 de março de 2014.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, aos meus pais, que sempre me apoiaram e demonstraram orgulho pela seleção e projeto de mestrado vivenciado. Sem falar que sempre proporcionaram tudo o que foi preciso para mim.

A família como um todo, que sempre tiveram interesse na realização dessa pesquisa.

Aos meus amigos, que a cada dia me fazem acreditar, mais e mais, que o sentimento de amizade é um dos tesouros mais importantes nesse universo, seja para rir, chorar, vibrar, falar bobagens, ficar quietos, se reunir, falar sério...

A comissão examinadora do presente estudo e ao meu orientador, pelo apoio, acompanhamento, respostas, trocas de conhecimentos, amizades desenvolvidas ao longo dos anos e colegismos, juntamente com minhas colegas de PPGP.

As instituições onde possuo vínculo profissional, Ulbra-Santa Maria, RS e a WP Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pelos incentivos e apoios a realização dessa pesquisa.

A UFSM pela credibilidade e em possibilitar a aquisição de novos conhecimentos, em uma nova titulação.

A Viviane por me aturar e ter paciência em momentos de estresses, me ajudando a espairecer e desopilar quando era necessário.

A Mari por ter incentivado e auxiliado na organização de todos os papéis necessários para a seleção nesse programa de pós-graduação, em 2012.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

ASSOCIAÇÃO DE ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS EM TRANSTORNOS DO EIXO I

AUTOR: CARLOS EDUARDO SEIXAS

ORIENTADOR: DR. SILVIO JOSÉ LEMOS VASCONCELLOS

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 07 de março de 2014.

O presente estudo teve como objetivo principal averiguar a existência de associação de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) em transtornos agudos de Eixo I numa amostra clínica mista de 21 mulheres e 10 homens, com idades compreendidas entre os 18 e 57 anos. Foram utilizados dois instrumentos de avaliação: o Questionário de Esquemas de Young - versão breve (YSQ-S3) e a entrevista diagnóstica M.I.N.I. Plus Version 5.0.0. Para tal, foi realizado como método um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra possibilitou avaliar associação de EIDs com a categoria diagnóstica de ansiedade, de humor, de bipolaridade, de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e da comorbidade de transtorno de pânico com agorafobia e TAG. Após a coleta, os dados foram submetidos a procedimentos estatísticos e análises realizadas através do Teste Exato de Fisher. Os resultados encontrados foram uma significância $p' 0,043$ do EID de Subjugação para o grupo de transtornos de ansiedade e uma significância $p' 0,048$ do segundo Domínio esquemático – Autonomia e desempenho prejudicados para a comorbidade de pânico com agorafobia e TAG, em comparação aos outros diagnósticos de ansiedade encontrados nos estudos. Não foram encontradas significâncias de EIDs para bipolaridade, TAG e em transtornos de humor. A literatura atual aponta que a Teoria do Esquema tem sido aplicada mais frequentemente a perturbações da personalidade, entretanto a estabilidade dos Esquemas Iniciais Desadaptativos combinam como um fator de vulnerabilidade para transtornos de humor e ansiedade. Assim sendo, a Terapia do Esquema vem apresentando relevância para os transtornos agudos, especialmente entre os casos mais crônicos de humor e ansiedade, que apresentam níveis elevados de EIDs. Pesquisas ainda são necessárias para reforçar tal afirmação e identificar melhor os casos que podem se beneficiar mais.

Palavras-chave: esquemas iniciais desadaptativos; Young; terapia esquema; transtornos.

ABSTRACT

Masters Dissertation
Graduate Program in Psychology
Universidade Federal de Santa Maria

ASSOCIATION EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN AXIS I DISORDER

AUTHOR: CARLOS EDUARDO SEIXAS

ADVISOR: DR. SILVIO JOSÉ LEMOS VASCONCELLOS

Place and date: Santa Maria-RS, March, 07 th, 2014.

The present study aimed to assess whether there is an association of Early Maladaptive Schemas (EMS) in acute Axis I disorders in a mixed clinical population of 21 women and 10 men, aged between 18 and 57 years. For this purpose, two evaluation instruments were used: the Young Schema Questionnaire - Short version (YSQ-S3) and the MINI diagnostic interview Plus Version 5.0.0. For this method, cross-sectional descriptive study with a quantitative approach was performed. The sample allowed us to evaluate the association of EMS with the diagnostic category of anxiety, mood, bipolar disorder, generalized anxiety disorder (GAD) and comorbid panic disorder with agoraphobia and GAD. After collecting data, the data were subjected to statistical analyzes, performed by Fisher's exact test procedures. The results were the significance $p = 0.043$ Subjugation of the EID for the group of anxiety disorders and a significance $p = 0.048$ second schematic Domain - Autonomy and impaired performance for comorbid panic disorder with agoraphobia and GAD, compared to other diagnostic found in studies of anxiety. No associations of EMS for bipolarity GAD and mood disorders were found. The current literature indicates that the Schema Theory has been applied most often to personality disorders, however the stability of Early Maladaptive Schemas combine as a vulnerability factor for mood disorders and anxiety. Therefore, Schema Therapy has shown relevance for acute disorders, especially among the more chronic cases of mood and anxiety disorders, which have high levels of EMS. Research is needed to strengthen this assertion and better identify cases that may benefit most.

Keywords: Early Maladaptive Schemas; Young; therapy schema; disorders.

LISTA DE ABREVIATURAS

EIDS – Esquemas Iniciais Desadaptativos

M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian Version*

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE – Terapia do Esquema

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

YSQ-S3 – *Young Schema Questionnaire short form 3*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. DESENVOLVIMENTO	17
2.1 ESQUEMAS COGNITIVOS	17
2.2 TEORIA DO ESQUEMA	21
2.3 ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS, DOMÍNIOS E MANUTENÇÃO	25
2.4 TRANSTORNOS AGUDOS DO EIXO I	31
2.5 ATUALIDADE E IDENTIFICAÇÕES DOS EIDS NOS TRANSTORNOS AGUDOS	33
3. OBJETIVOS	38
3.1 OBJETIVO GERAL	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
4. MÉTODO	39
4.1 DELINEAMENTO	39
4.2 PARTICIPANTES	39
4.2.1. Colaboradores	39
4.2.2. Participantes	42
4.3 INSTRUMENTOS	43
4.3.1. Processo de validação do YSQ-S3	45
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	46
4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	47
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	47
5. RESULTADOS	49
6. DISCUSSÃO	51
7. CONCLUSÃO	60
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ANEXOS

ANEXO A – Autorização institucional Ulbra-Campus Santa Maria, RS

ANEXO B – Autorização Schema Therapy Institute – YSQ-S3

ANEXO C – Autorização institucional Centro de Psicoterapia Cognitivo
Comportamental – WP

1. INTRODUÇÃO

Desde o seu surgimento nos anos 1960, com autores bases como Albert Ellis, George Kelly e Aaron Beck, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) vem conquistando espaço e se aprimorando nos mais diferentes âmbitos. A partir da formulação inicial de um modelo cognitivo da depressão feita por Aaron Beck na década de 1960, a TCC se desenvolveu e hoje é uma das abordagens psicoterápicas mais pesquisadas em todo o mundo (Range, Falcone, & Sardinha, 2007). Seus princípios teóricos e diretrizes terapêuticas são sistematicamente aplicadas, de forma eficaz e demonstrável, em uma ampla extensão de transtornos psicológicos e em populações clínicas de todas as idades e em vários contextos (Porto, Oliveira, Volchan, Mari, Figueira & Ventura, 2008).

Sua premissa básica, visão de ser humano e compreensão de patologia envolve a interligação dos pensamentos, emoções e comportamentos na interpretação e processamento de informações das diversas situações vivenciadas. A TCC tem se mostrado bastante útil no tratamento de diversos tipos de transtornos clínicos na atualidade (Leahy, 2010). Sua proposta de terapia estruturada, com característica inicial focal, visão psicoeducativa e empirismo colaborativo, faz com que esta linha de atuação clínica tenha um caráter ativo em busca de mudanças cognitivas e comportamentais a curto, médio e longo prazo para o paciente (Oliveira, 2011).

O termo TCC refere-se às teorias fundamentadas nos modelos cognitivos, os quais utilizam conjuntos de técnicas cognitivas e comportamentais além de abordagens que tentam integrar essas duas estruturas teóricas. Tais abordagens encontram-se em contínuo desenvolvimento de suas técnicas de aplicação com o principal objetivo de lidar com novos tipos de pacientes e o enfrentamento de novos problemas (Perris, 2000). Acompanhar as mudanças no mundo e os avanços nas pesquisas passaram a ser evidências constatadas nesta linha. As demandas clínicas exigem, cada vez mais, atualização e crescimento, com uma constante preocupação em adaptar-se e ampliar os leques de enfrentamentos aos novos desafios que a realidade atual nos impõe (Seixas & Melo, 2011).

A TCC se desenvolveu a partir do entendimento de que o processamento de estímulos externos e internos, em indivíduos com transtornos psicológicos, apresenta vieses e distorções cognitivas (Beck, Freeman, & Davis, 2005). Considera, ainda, que a personalidade é formada por crenças centrais, ou seja, esquemas cognitivos que se desenvolvem como resultado da relação entre o ambiente, as características psicossociais e o comportamento do indivíduo.

Em seus primórdios, terapeutas cognitivo-comportamentais obtiveram sucesso em tratamentos de pacientes com transtornos clínicos de Eixo I. As primeiras abordagens da TCC trabalhavam basicamente com estruturas mais superficiais da cognição, sendo assim, alguns tratamentos não apresentavam grande eficácia frente a pacientes com problemas caracterológicos mais complexos ou com transtornos de personalidade (Young, Klosko, & Weishaar, 2008).

Foi então necessária, uma evolução das abordagens com a finalidade de tornar a prática mais eficaz diante da complexidade apresentada pelos transtornos de Eixo II (Perris, 2000). Pacientes com transtornos da personalidade e problemas caracterológicos não respondem satisfatoriamente a tratamentos cognitivos comportamentais tradicionais (Mendes, 1999).

A Terapia Focada em Esquemas, ou, como melhor definem Young e Lindemann (1992), Terapia do Esquema (TE), foi desenvolvida por Jeffrey Young como uma expansão da teoria inicial da TCC de curto prazo, a qual compartilha diversos elementos que caracterizam a terapia cognitiva, sendo uma expansão da mesma. A proposta foi 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 (Young, 2003).

A proposta que a TE apresenta é direcionada principalmente para o tratamento de pacientes de difícil manejo, com problemas caracterológicos subjacentes às síndromes sintomáticas e transtornos da personalidade (Santana, 2011). Mescla elementos das escolas cognitivo-comportamental, psicanalítica, construtivista, da gestalt, de apego e de relações objetais em um modelo conceitual rico e unificador. Atualmente, é aplicada a pacientes com transtornos psicológicos crônicos arraigados, até então considerados difíceis de tratar, ampliando assim a TCC clássica, ao dar ênfase “à investigação das origens infantis e adolescentes dos

problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente e aos estilos desadaptativos de enfrentamento.” (Young et al., 2008, p. 21).

Conforme Mendes (1999), a primeira geração da terapia cognitiva foi orientada para o aqui e o agora, com estabelecimento de metas e tarefas, atingindo níveis mais superficiais da estrutura da personalidade do indivíduo. Já a segunda geração, a qual se enquadra a TE, teve um foco no desenvolvimento e na manutenção dos esquemas, especialmente os formados na primeira infância.

Esta expansão teórica envolve elementos ajustados para tratamento de mais longa duração do que a TCC, dedicando maior tempo para identificar e superar a evitação cognitiva, afetiva e comportamental. Enfatiza a confrontação, a experiência afetiva, o relacionamento terapêutico como um veículo de mudança e a discussão de experiências iniciais da vida. Envolve não apenas cognições em níveis mais superficiais, mas também sensações fisiológicas, memórias afetivas, corporais, emoções e vínculos parentais (Young, 2003). As técnicas experienciais têm como objetivo deflagrar o esquema dentro da sessão terapêutica, permitindo a expressão dos sentimentos e das emoções do paciente, buscando abordar em profundidade os processos inconscientes (Callegaro, 2011).

A TE possibilita, assim, a adequação ao tratamento de vários transtornos de Eixos I e II, desde que diminuídos os sintomas psiquiátricos agudos (James, 2001). Ao psicoeducar o paciente, utilizando a Teoria dos Esquemas, costuma-se observar uma maior aceitação do mesmo frente a seus comportamentos e uma redução dos níveis de ansiedade frente as suas emoções, além de refletir positivamente na qualidade da relação terapêutica (Trindade, Mossatti, & Mazzoni, 2009).

Em Falcone e Ventura (2008, p. 4), Jeffrey Young defende que a forma de mudar os esquemas é ‘trabalhando diretamente com a relação terapêutica ... através de uma experiência emocional corretiva, tendo a terapia como um instrumento para dar ao paciente novas experiências que combatam os seus esquemas iniciais’. A inovação é que o terapeuta não só interpreta ou explica as necessidades dos pacientes, mas também as supre.

O interesse em estudar a TE, associada ao tratamento Cognitivo Comportamental tradicional com pacientes com transtornos agudos, originou-se a partir da prática clínica tanto com pacientes diagnosticados com transtornos de Eixo

I, como de Eixo II e também com pacientes que não satisfazem critérios diagnósticos em específico, apresentando problemas caracterológicos em sua estruturação esquemática (James, 2001). A classificação dos diagnósticos em eixos se refere ao tipo de avaliação multiaxial, encontrada no DSM-IV-TR (APA, 2002). Questões sintomáticas, não necessariamente caracterológicas de uma estrutura de personalidade, como o transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, depressão, dependência de substâncias, hipocondria entre outros, vêm apresentando resultados de melhoras do esbatimento da sintomatologia interessantes, quando a intervenção realiza-se com o manancial terapêutico focado nos esquemas.

Este estudo teve como objetivo principal, descobrir se existe associação de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) em transtornos de Eixo I. O intuito principal da TE é para pacientes com transtornos da personalidade, entretanto, em recente pesquisa, realizada em banco de dados virtuais, foram encontradas mais de uma dezena de pesquisas com o objetivo semelhante a este estudo. Tais achados, que serão aprofundados ao longo deste trabalho, assemelham-se à proposta deste estudo, porém foram realizados com foco em populações específicas de um diagnóstico apenas.

Justifica-se a relevância desse presente estudo no que abarca ser um estudo inédito para a cultura brasileira. Concomitantemente a este estudo, o desenvolvimento da tradução e adaptação do *Young Questionnaire Schema short version* – YSQ-S3 para o português brasileiro vem sendo realizado pelos autores deste trabalho para validar tal instrumento, conforme autorização (Anexo B). Estima-se que seja concluído até o segundo semestre de 2014.

Aqui, a proposta visou estudar a hipótese de constatar associações de EIDs em diversos tipos de transtornos de Eixo I, mais especificamente os que fazem parte da Mini International Neuropsychiatric Interview-DSM IV (Amorim, 2000), conforme características da amostra. Um tratamento psicológico deve resultar de um conjunto de estratégias capazes de aperfeiçoar um manancial terapêutico disponível tanto aos profissionais quanto aos acadêmicos de saúde mental. A importância deste trabalho se justifica pela possibilidade de ampliar a compreensão e embasar as intervenções que os terapeutas possam vir a utilizar na clínica e/ou pesquisa.

Na pesquisa de Cockram, Drummond e Lee (2010), com grupo clínico de TEPT e um grupo não-clínico, resultados indicaram importante influência dos EIDs

na manutenção do estresse pós-traumático. Outros resultados desse estudo tangem a comparação de um grupo que recebeu tratamento de TCC padrão, e o outro que recebeu TCC mais TE; esses últimos melhoraram significativamente os sintomas de ansiedade em comparação aos que receberam apenas a primeira estrutura de tratamento.

Sendo assim, quando um diagnóstico de transtorno mental de Eixo I for identificado pelo profissional, será possível inferir com melhor embasamento e maior probabilidade, quais esquemas mal-adaptativos o paciente poderá apresentar. Estes influenciam o comportamento e o processamento de informações, podendo perpetuar o transtorno e indicar novos focos de intervenções terapêuticas a fim de diminuir o risco de recorrências dos sintomas.

Peres (2008) comenta que é possível elaborar perfis cognitivos para qualquer sujeito, independente da presença de psicopatologia, a partir de esquemas cognitivos mal-adaptativos. Esses parecem desempenhar alguma função na personalidade dos indivíduos, independente de um diagnóstico de transtorno da personalidade. Conforme Salkovskis (2005) afirma, os vários transtornos de Eixo I possuem uma organização cognitiva que permitem formulações conceituais utilizadas ao formular cada caso, com hierarquia de crenças dominantes, atribuições de significados, interpretações e expectativas com temáticas próprias.

Em uma das publicações recentes mais significativas, Hawke & Provencher (2011) realizaram uma revisão de literatura da teoria do Esquema na aplicação de transtornos de humor e de ansiedade. Alguns estudos enfatizaram diagnósticos em específico, outros a gama geral de sintomas de humor e de ansiedade em amostras clínicas e não clínicas. Como conclusão, os autores apontaram diferenças nas pontuações dos EIDs nestas amostras, indicando que certos sintomas parecem ser caracterizados por diferentes esquemas subjacentes a traços de caráter ao invés de simples reflexos de sintomas, identificados com características das psicopatologias específicas. A literatura, até o momento, sugere que pessoas com transtornos de humor e de ansiedade apresentam níveis elevados de EIDs, porém apontam limitações na especificidade dos distúrbios, tamanhos da amostra e diversas dificuldades em estudos com esses tópicos até o momento.

Os mesmos autores apontaram, com impacto, que o tratamento dos sintomas do transtorno de pânico com agorafobia pela TCC clássica não atingem o conteúdo

dos EIDs, apesar das melhoras sintomáticas. A vulnerabilidade cognitiva para transtornos de humor e de ansiedade apontam claramente a relevância da compreensão da teoria dos Esquemas nestes tratamentos a fim de reduzir a sintomatologia atual e a vulnerabilidade à recaída. Examinar a eficácia dos Esquemas na TCC sobre os agrupamentos de psicopatologias, como humor, ansiedade, distúrbios alimentares, somatoformes entre outros, é justificado para uma compreensão maior e melhor das diversas psicopatologias.

Young (2003) sugere os EIDs como núcleo central da grande maioria das perturbações psicológicas, uma vez que o conjunto de crenças acerca de si e dos outros é que modelam e orientam a nossa avaliação e relacionamento com a realidade que nos rodeia. Com ênfase, esta proposta possibilita auxiliar o psicoterapeuta a qualificar o foco e estrutura do tratamento de forma mais eficaz, com a identificação dos EIDs. Conhecer como determinadas crenças influenciam comportamentos e emoções, como foram apreendidas, mantidas e o que as perpetuam dentro de sua queixa, potencializa o conhecimento e respeito idiossincrático sobre o paciente, evitando que o mesmo seja avaliado apenas como uma coleção de sintomas.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 ESQUEMAS COGNITIVOS

Embora o conceito de esquema e suas origens não seja algo novo em psicoterapia, ele passou a receber maior ênfase no início da década de 1990, justamente com a origem da Teoria do Esquema. É de suma importância, diferenciar o que são esquemas mentais, esquemas disfuncionais/mal adaptativos e os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), estes últimos são elementos-chave na teoria de Young.

Dentro da perspectiva cognitiva, esquemas mentais são estruturas cognitivas organizadas de forma categórica e hierárquica, caracterizando-se em um sistema de processamento de informações que modula a recepção e a resposta aos estímulos

externos e internos (Clark & Beck, 2011). Por meio deles, o indivíduo elabora, seleciona e codifica ativamente as informações, interpretando os eventos que acontecem a si e aos outros. Os esquemas precedem, selecionam e acionam estratégias comportamentais relevantes e moldam profundamente o funcionamento emocional e comportamental dos indivíduos (Freeman & Dattilio, 1998) e podem ser definidos como sendo padrões cognitivos relativamente estáveis que formam uma base para regular as interpretações de um conjunto particular de eventos ou situações.

Com efeito, os esquemas mentais cognitivos auxiliam a compreender e a organizar o mundo, representando as formas do processamento das informações com as variações estabelecidas pela história de vida e características individuais. Embora afetem as reações emocionais e comportamentais, os esquemas não necessariamente causam dificuldades emocionais ou comportamentais, dependendo do contexto ao qual se está inserido (Padesky, 1994). Subjacentes aos vieses e distorções interpretativas nas psicopatologias, estão crenças mal-adaptativas incorporadas aos esquemas cognitivos. Ao serem ativados por eventos externos, os esquemas disfuncionais tendem a distorcer o processamento de informações, produzindo o conteúdo cognitivo típico de cada transtorno psicológico (Lopes, Lopes, & Lobato, 2006).

O conceito de esquema proposto por Beck é central dentro da TCC. Podemos considerá-lo como estruturas cognitivas que codificam, avaliam e interpretam, impondo um padrão de percepção da realidade, numa espécie de filtro cognitivo aos estímulos a que o organismo é submetido (Mendes, 1999). O conceito de esquema mental se refere a uma rede estruturada e inter-relacionada de crenças que podem ser ativadas ou desativadas conforme a presença ou ausência de experiências estressantes. Os esquemas possibilitam o indivíduo orientar-se em relação ao tempo, ao espaço e categorizar e interpretar experiências de maneira significativa (Duarte, Nunes & Kristensen, 2008). Processam automaticamente os dados da realidade, de forma que estão sempre refletidos em percepções, julgamentos, desejos, necessidades, pensamentos e sentimentos.

Alguns esquemas se desenvolvem de uma maneira distorcida, mal adaptativas ou disfuncional. Estes irão apresentar percepção distorcida e tendenciosa, que funcionam como mecanismos inconscientes, que afetam o

comportamento, a cognição, a fisiologia e as emoções, e se tornam, com o passar do tempo, a própria definição da pessoa (Callegaro, 2011). Atuam como um mecanismo cognitivo que transforma os dados que chegam, fazendo com que fiquem em conformidade com idéias preconcebidas, definidas como crenças condicionais e crenças centrais, que refletem esquemas implícitos mais antigos (Beck et al., 2005).

As crenças disfuncionais são perpetuadas através das distorções cognitivas, que são erros sistemáticos de raciocínio, presentes durante o sofrimento psicológico. As crenças disfuncionais são perpetuadas através das distorções, modos mal-adaptativos de processar informações como, por exemplo, a hipervigilância em relação a ameaças ambientais dos pacientes ansiosos ou a excessiva e indevida responsabilização pessoal pelas falhas e erros cometidos pelos sujeitos com algum tipo de transtorno (Beck et al., 1997).

Sintetizando a definição de esquemas mentais, esses seriam um envolvimento da interação como estrutura, tema, operação e produto num sistema de processamento de informações defectível, estruturando a seleção, codificação, organização e recuperação, memória de estímulos, organizando o ambiente em diversas facetas psicologicamente relevantes, categorizando e interpretando suas experiências (Beck et al., 2005). São padrões cognitivos estáveis e com regras específicas que orientam o processamento de informações e comportamento, podendo ser mal-adaptativos ou adaptativos, dependendo do contexto, desempenhando, assim, um papel central na manutenção das psicopatologias e outros problemas psicológicos.

Salkovskis (2005) aponta problemas, dificuldades que existiriam no modelo específico tradicional de TCC, apontando-os para aperfeiçoar o manejo de tais problemas. Entre os problemas citados pelo autor, alguns deles listados abaixo se fazem importantes para compreender a relevância deste estudo para esquemas em diversos transtornos, que auxiliam os manejos terapêuticos exatamente nestas limitações apontadas:

- existência de vieses esquemáticos, sugerindo uma organização de esquemas envolvidas em reações psicológicas intensas;

- descoberta de vulnerabilidades específicas para estressores específicos que são congruentes com cada transtorno em particular;
- a ligação entre conteúdo, estrutura e função na personalidade;
- o relacionamento do processamento da informação inconsciente e das informações conscientes.

Para a TE, como define Young (2003, p. 16), os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) ou esquemas primitivos são “crenças e sentimentos incondicionais sobre si mesmo em relação ao ambiente”, referindo-se a “temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem cedo durante a infância, são elaborados ao longo da vida e são disfuncionais em um grau significativo”, representando o nível mais profundo da cognição, operando de modo sutil, fora de nossa consciência. Os EIDs estruturam núcleos profundos do *self* refletidos na autoimagem tácita, como uma visão de si mesmo inquestionável e orgânica, sendo inconscientes, rígidos e incondicionais (Cazassa & Oliveira, 2008).

Os EIDs são basicamente resultantes de necessidades emocionais centrais para a criança 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 (Duarte et al., 2008). Outras características importantes são seu caráter autopropagador e sua resistência à mudança. Sendo assim, mesmo que o sujeito tenha evidências contrárias e mais adaptativas a seus EIDs, isso não acarretaria alteração do esquema disfuncional. Os EIDs acabam constituindo o núcleo do autoconceito e da concepção de mundo do indivíduo, sendo a mudança, portanto, vista como ameaçadora, por isso, lutam para permanecerem vivos (Mason, Platts, & Tyson, 2010). As formas de resposta à ameaça são basicamente de três tipos em todos os organismos: luta, fuga ou congelamento. No contexto da infância, um EID representa também uma ameaça, que é caracterizada pela frustração das necessidades emocionais da criança (Mendes, 1999).

Em sua entrevista a Falcone e Ventura (2008), 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. Beck nunca teve as crenças centrais como parte de seu modelo. Isso é novo. 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. 4).

A definição sintetizada de Young et al. (2008) de EIDs é padrão disfuncional amplo e pervasivo, envolvendo a si mesmo e a relação com os outros, composto de memórias, emoções, cognições e sensações corporais. Este padrão foi desenvolvido durante a infância ou adolescência, e depois vão sendo elaborados durante toda a vida da pessoa, podendo ser derivados de experiências negativas reguladoras e constantes, mas não necessariamente traumáticas (Vieira, 2012).

Os EIDs, apesar de serem inicialmente adaptativos, acabam deixando de ter um caráter transitório para se tornarem um padrão de comportamento, envolvendo não apenas as cognições como também as memórias afetivas, corporais e as emoções. Young et al. (2003) descreve 18 esquemas principais, sendo que um ou mais estarão em diferentes transtornos de personalidade. Os produtos conscientes dos EIDs estruturam um sistema de crenças e um conjunto de expectativas rígidas sobre si mesmo e o mundo, implicando em disfuncionalidade importante, gerando, muitas vezes, transtornos mentais ou sofrimento psicológico subclínicos (Callegaro, 2011).

2.2 TEORIA DO ESQUEMA

Young et al (2003) relaciona a origem dos EIDs a temas extremamente estáveis e duradouros, desenvolvidos durante a infância e elaborados ao longo da vida, recorrentes e disfuncionais em um grau significativo, ativados por acontecimentos ambientais relevantes e ligados a altos níveis de afeto. Os esquemas lutam para sobreviver, e embora causem sofrimento, eles são conhecidos

pelo paciente, são confortáveis e fazem o indivíduo se sentir bem devido ao funcionamento vicioso de anos. Salkovskis (p. 167, 2005) comenta que “sistemas humanos são caracterizados por dinâmicas auto-organizadoras e evoluem de modo a proteger sua coerência interna”.

Uma das razões pelas quais os esquemas são rígidos e de difíceis mudanças é que as pessoas se sentem atraídas por eventos que ativam e se identificam os seus esquemas, considerando-os como verdadeiros e influenciando a maneira como o paciente pensa, sente, age e se relacionam com os outros. Estas estratégias são estabelecidas e mantidas com objetivos de adaptação evolutiva, que, de alguma forma, foram determinadas geneticamente para exercer funções relacionadas à sobrevivência e à reprodução, favorecidas pelos processos de seleção natural (Peres, 2008).

As diferenças entre os transtornos estão no conteúdo dos esquemas e crenças mal-adaptativas e nas interpretações enviesadas associadas a cada transtorno. É dado destaque ao papel da mediação cognitiva nas respostas comportamentais e afetivas, já que variáveis cognitivas são importantes determinantes das disfunções emocionais (Duarte et al., 2008).

Nas apreciações de Young (2003), as limitações e dificuldades do tratamento apresentam-se na medida em que os pacientes com transtorno da personalidade ou problemas caracterológicos complexos e arraigados não conseguem responder a algumas suposições fundamentais da terapia cognitiva de curto prazo. A Terapia do Esquema surgiu no intuito de solucionar estes problemas como, por exemplo, a rigidez nas crenças, pensamentos dos pacientes e a desconexão entre a patologia e os ambientes parentais (Valentini & Altieri, 2009). Focaliza e identifica um nível mais aprofundado de cognição denominado Esquema Inicial Desadaptativo (EID), como complementa Cazassa e Oliveira (2008), que são os padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas, iniciados no desenvolvimento desde cedo e repetidos ao longo da vida, os quais se encontram associados a diversas psicopatologias, conforme já definido neste trabalho.

A TE foi então formulada por Jeffrey Young e colegas mesclando elementos das escolas cognitivo-comportamental, psicanalítica, construtivista, da Gestalt, do Apego e de relações objetais em um modelo conceitual rico e unificador. Atualmente, é adequada a pacientes com transtornos psicológicos crônicos e

arraigados, até então considerados difíceis de tratar. Possibilita ampliar a TCC clássica ao dar ênfase “à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente e aos estilos desadaptativos de enfrentamento.” (Young et al., 2008, p. 21). Potencializando assim, uma melhor adequação ao tratamento de vários transtornos do Eixo I e II, desde que diminuídos os sintomas psiquiátricos agudos.

Os objetivos da terapia do esquema visam ajudar os pacientes a diminuir ou eliminar os estilos de enfrentamento desadaptativos, e assim, voltar a se deparar com seus sentimentos básicos. Sendo assim, a cura dos seus EIDs possibilita o aprendizado de como lidar com seus modos de esquemas autodestrutivos, para finalmente, obter as suas necessidades emocionais básicas em sua vida cotidiana (Young, 2003).

Young et al. (2008) enfatizam que o terapeuta alia-se ao paciente para lutar contra seus esquemas, usando estratégias cognitivas, comportamentais e vivenciais, confrontando-os empaticamente para a mudança. O progresso do paciente na terapia se dá pela identificação com a reparação parental limitada, realizada pelo terapeuta, suprimindo parcialmente as necessidades que não foram adequadamente atendidas na infância.

Os EIDs caracterizam-se como padrões emocionais e cognitivos desadaptativos que tendem a se repetir ao longo da vida, configurando processos de funcionamento da personalidade que mediam a interação do indivíduo com a realidade. Em sua grande maioria, são ativados pela vivência de experiências tóxicas que impossibilitam o preenchimento de necessidades emocionais essenciais do ser humano. Apesar de nem todos os esquemas possuírem traumas em sua origem, esses padrões de funcionamento são destrutivos e causadores de sofrimento (Cazassa & Oliveira, 2012).

Conforme Young et al. (2008), a mudança do foco na abordagem da relação terapeuta-paciente é mais enfatizada na TE - favorecendo uma sólida e estável aliança terapêutica que vem a ser utilizada como instrumento terapêutico – assim como uma maior importância às relações parentais da infância. São justamente essas mudanças que constituem uma nova forma de tratamento terapêutico que amplia a TCC tradicional e traz novos desafios para a prática clínica.

Os EIDs apresentam particularidade de serem familiares e confortáveis ao mesmo, apesar do sofrimento que este lhe poderá causar. O EID é como o indivíduo

se conhece, é familiar, sendo uma das razões pelas quais são resistentes a mudanças, gerando obstáculos à terapia. Os pacientes consideram verdades absolutas suas formas de processamento, já que essa forma os acompanham ao longo de todo o seu percurso desenvolvimental (Young et al., 2008; Duarte et al., 2008; Mason et al., 2010; Vieira, 2012).

Na TE, a forma de mudar os esquemas é trabalhando diretamente com a relação terapêutica, por intermédio de uma experiência emocional corretiva, isso significa que o terapeuta deve criar uma nova experiência para o paciente na relação terapêutica e que isto vai mudar a forma como o paciente se relaciona com as pessoas em geral (Falcone & Ventura, 2008) A terapia é um instrumento para dar ao paciente novas experiências que combatam os seus esquemas iniciais, além das tarefas e alterações na forma de pensar.

Young (2003) afirma que isso é interpretar a necessidade, ou confrontá-la, mas não realmente satisfazê-la. A idéia é que o terapeuta olhe para o que estava faltando na infância do paciente, entenda quais necessidades não foram atendidas e atenda-as, por meio da relação terapêutica. O fator de inovação é que o terapeuta não só interpreta ou explica as necessidades dos pacientes, mas também as supre.

Quanto mais o paciente for de difícil manejo, mais importante é a necessidade do repaternamento limitado, que é visto como a melhor forma de mudar os esquemas mais profundos, não apenas em nível emocional ou cognitivo (Perris, 2000). Com o desenvolvimento de novos relacionamentos, através da relação terapêutica como modelo, pode-se desenvolver a prática de que o EIDs do paciente possa estar distorcido. O paciente realiza necessariamente a metacognição, mas simplesmente passam a sentir que podem mudar suas relações com as pessoas, não porque o terapeuta aponta isto, mas sim porque os trata dessa forma (Falcone & Ventura 2008).

Conforme Mendes (1999), o processo terapêutico da TE se divide em duas fases: a avaliação e a conceituação do caso e depois, o trabalho com a mudança do esquema. Inicialmente, então, são enfatizadas as psicoeducações deste modelo psicoterápico, identificação e funcionamentos esquemáticos do paciente, reproduções nos contextos de suas manifestações no presente, conectando com suas origens em eventos passados e, obviamente, a ênfase na relação terapêutica.

Como principal objetivo, vem a questão de estabelecer uma base qualitativa de segurança, estabilidade dentro dos limites adequados para essa relação. A

ativação dos esquemas, provocada pela própria relação terapêutica, através da utilização de relatos de imagens mentais do paciente, ajuda a identificar os estilos de enfrentamento e as estratégias que o mesmo utiliza para lidar com os esquemas na sua vida cotidiana, em especial, em situações que ativam os mesmos. Questionários e tarefas de casa auxiliam neste monitoramento e identificações (Perris, 2000; Duarte et al. 2008; Valentini & Altieri, 2009). Um EID envolve cognições, sensações fisiológicas, memórias afetivas e as técnicas experienciais têm como objetivo permitir a expressão dos sentimentos e das emoções do paciente. Intervenções cognitivas, comportamentais e experienciais visam sempre o objetivo de auxiliar o paciente a observar e a combater as distorções originadas pelos EIDs (Price, 2007).

Por fim, quando ativados os EIDs na relação terapêutica, a mesma se torna mais importante para a abordagem e a manutenção deste funcionamento. A ênfase é a repaternalização limitada, com objetivo de suprir no paciente o que lhe faltou, ou foi pouco investido emocionalmente em sua criação (Young, 2003). A mudança comportamental é um dos maiores indicadores de quebra dos padrões do paciente. Importante ressaltar que possíveis resistências do paciente, na participação colaborativa, possivelmente ocorrerão, por isso, não há uma rigidez em relação às técnicas, mas sim, espaço para uma maior criatividade do terapeuta na condução do processo (Mendes, 1999).

Perris (2000) e James (2001) comentam o fato de a TE estar sendo usada de maneira incorreta em alguns casos. Estes casos seriam pacientes que não se enquadram a uma excessiva rigidez à mudança e de transtornos da personalidade e que, portanto, poderiam se beneficiar mais com a prática da TCC tradicional.

2.3 ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS, DOMÍNIOS E MANUTENÇÃO

Young et al. (2008) propõem a existência de um subconjunto de 18 EIDs, que servem como representações válidas das experiências nocivas durante a infância, desenvolvendo-se como autoconceitos centrais da pessoa e à sua concepção do ambiente. Segundo Young (2003), as crianças têm cinco necessidades primárias: conexão e aceitação, autonomia e desempenho, limites realistas, auto-orientação e autoexpressão, espontaneidade e prazer. Quando os cuidadores e o ambiente social oferecem condições adequadas para suprir essas necessidades, as crianças se desenvolvem de maneira sadia nessas áreas. Entretanto, quando o ambiente

parental ou social é precário, a criança pode desenvolver EIDs em um ou mais de vários domínios, os quais correspondem às necessidades emocionais não satisfeitas na infância. (Santana, 2011). Estes 18 EIDs encontram-se inseridos em cinco grandes domínios, a saber, respectivamente:

1) Desconexão e Rejeição: sentimentos de frustração vivenciados pela pessoa em relação a necessidades de segurança, estabilidade, cuidado, empatia, compartilhamento de sentimentos, aceitação e consideração. Famílias típicas deste domínio possuem características rejeitadoras, solitárias, contidas, imprevisíveis, abusivas e de pouco ou nenhum vínculo. A Tabela 1 apresenta uma breve síntese dos EIDs deste domínio e suas características mais latentes, conforme dados compilados de Marques (2010) e Santana (2011).

Tabela 1

Características e Esquemas Iniciais Desadaptativos do Domínio 1.

EIDs	Características principais
Abandono/ Instabilidade	Medo de ser abandonado e de perder o suporte emocional.
Desconfiança/ Abuso	Expectativa de vir a ser magoado, abusado, traído e manipulado pelos outros.
Privação emocional	Expectativas de que seu desejo de conexão e/ou apoio emocional não serão satisfeitos adequadamente pelos outros significativos.
Defectividade/ Vergonha	Sensação de ser indesejado, inferior ou sem valor quando se trata de coisas importantes.
Isolamento social / Alienação	Sensação de isolamento e de não fazer parte de qualquer grupo ou comunidade; indesejável e desinteressante para a sociedade.

2) Autonomia e desempenho prejudicados: sentimentos de incapacidades vivenciados pela pessoa sobre as expectativas de si mesmos e do ambiente que interferem em sua habilidade de se separar dos demais, conquistar autonomia necessária para sobreviver de maneira independente, e com bom desempenho e com sucesso. Provém de famílias tipicamente intrusivas, superprotetoras e pouco reforçadoras a ter um desempenho competente fora do âmbito familiar. A Tabela 2

apresenta uma breve síntese dos EIDs deste domínio e suas características mais latentes, conforme dados compilados de Marques (2010), Young et al. (2008) e Santana (2011).

Tabela 2

Características e Esquemas Iniciais Desadaptativos do Domínio 2.

EIDs	Características principais
Dependência/ Incompetência	Crença de ser incapaz de dar conta das responsabilidades diárias sem a ajuda de terceiros.
Vulnerabilidade ao dano ou à doença	Medo exagerado de que uma catástrofe iminente cairá sobre si a qualquer momento e de que não será capaz de enfrentá-la ou impedi-la.
Emaranhamento/ self subdesenvolvido	Excessivo sentimento de envolvimento emocional e proximidade com outros, em prejuízo da autonomia pessoal e do desenvolvimento social próprio.
Fracasso	Crença de que, inevitavelmente, irá fracassar frente às suas demandas, aos seus pares e em áreas de realização pessoal.

3) Limites prejudicados: deficiência de limites internos, ausência de responsabilidade dos demais ou em dificuldades de orientação a objetivos de longo prazo. Prejuízos em respeitar a relação com outras pessoas, a cooperar, a comprometer-se com metas e desafios. Origem em estruturas familiares caracterizadas pela permissividade, falta de orientações, disciplina em assumir responsabilidades adequadas, com baixa tolerância em níveis de desconforto, frustração. A Tabela 3 apresenta uma breve síntese dos EIDs deste domínio e suas características mais latentes, conforme dados compilados de Marques (2010) e Santana (2011).

Tabela 3

Características e Esquemas Iniciais Desadaptativos do Domínio 3.

EIDs	Características principais
Merecimento/	Crenças de superioridade em relação aos outros com

grandiosidade	direito a privilégios especiais; dificuldade em aceitar as regras de reciprocidade das interações sociais.
Autocontrole/ auto-disciplina insuficientes	Dificuldade ou recusa em exercer um auto-controle e pouca tolerância à frustração para atingir os seus objetivos.

4) Orientação para o outro: domínio onde se encontram os esquemas de foco excessivo para os desejos e sentimentos dos outros à custa das próprias necessidades, em função de obter amor e aprovação, manter um senso de conexão, evitando retaliações, muitas vezes, suprimindo seus próprios sentimentos. O funcionamento da família de origem constitui uma aceitação condicional, desejos emocionais dos pais e *status* sociais são sinônimos de aprovação, atenção, sendo mais valorizados do que as necessidades e sentimentos da criança. A Tabela 4 apresenta uma breve síntese dos EIDs deste domínio e suas características mais latentes, conforme dados compilados de Marques (2010), Young et al. (2008) e Santana (2011).

Tabela 4

Características e Esquemas Iniciais Desadaptativos do Domínio 4.

EIDs	Características principais
Subjugação	Submissão coagida ao controle de terceiros para evitar a raiva, retaliação e o abandono.
Auto-sacrifício	Focalização excessiva no cumprimento voluntário das necessidades alheias à custa de seu próprio bem estar.
Busca de aprovação/ reconhecimento	Procura excessiva da aprovação, reconhecimento ou atenção por parte de terceiros.

5) Hipervigilância e inibição: caracterizam o bloqueio das emoções, sentimentos, impulsos e escolhas espontâneas. Prejudicam os relacionamentos íntimos, impedindo o comprometimento, relaxamento com medo de cometer erros ou atender a regras e expectativas rígidas e internalizadas sobre desempenho e comportamento ético. Famílias tipicamente severas e até mesmo punitivas, perfeccionistas, são focadas em desempenhos, obrigações e deveres com predomínio sobre os prazeres, alegrias e relaxamentos. (Young, 2003; Salkovskis

2005). A Tabela 5 apresenta uma breve síntese dos EIDs deste domínio e suas características mais latentes, conforme dados compilados de Marques (2010) e Santana (2011).

Tabela 5

Características e Esquemas Iniciais Desadaptativos do Domínio 5.

EIDs	Características principais
Negatividade/ pessimismo	Foco generalizado e permanente em aspectos negativos da vida e minimização ou negligência dos aspectos positivos, otimistas.
Inibição emocional	Inibição excessiva para a ação espontânea, compartilha de sentimentos e para o estabelecimento de comunicação como forma de evitar a desaprovação dos outros e os sentimentos de vergonha.
Padrões inflexíveis/ crítica exagerada	Sensação de que se deve despender um grande esforço para atingir elevados padrões internalizados de desempenho, com intuito de evitar críticas, desaprovação ou vergonha.
Caráter punitivo	Crença de que se deve ser severamente punido por cometer qualquer erro.

Um resumo dos Domínios e os respectivos EIDs é apresentado abaixo na Tabela 6, compilada de Valentini e Alchieri (2009), organizados da seguinte forma em cada um dos cinco domínios apresentados anteriormente.

Tabela 6

Características dos Domínios e respectivos EIDs.

Domínio	Principais características	EIDs
Desconexão Rejeição	e Expectativa de que as necessidades de segurança, estabilidade, respeito não serão	Abandono e instabilidade Desconfiança/abuso Privação emocional Defectividade/vergonha Isolamento social/alienação

		atendidas.	
Autonomia desempenho prejudicados	e	Dificuldade em perceber que, diante das separações, conseguirá sobreviver.	Dependência/incompetência Vulnerabilidade à doença Emaranhamento/ <i>self</i> subdesenvolvido Fracasso
Limites prejudicados		Deficiência nos limites internos, responsabilidade e objetivos a longo prazo.	Merecimento/grandiosidade Autocontrole/autodisciplina insuficiente
Orientação para o outro	o	Foco excessivo nos desejos e respostas ao outro, a fim de obter amor e aprovação.	Subjugação Auto-sacrifício Busca de aprovação/ reconhecimento
Hipervigilância Inibição	e	Supressão de sentimentos e escolhas pessoais ou criação de regras rígidas.	Negatividade/pessimismo Inibição emocional Padrões inflexíveis/crítica exagerada Caráter punitivo

Importante destacar que esta categorização surgiu a partir da experiência clínica de Jeffrey Young com pacientes crônicos e de difícil resposta à psicoterapia (Cazassa, & Oliveira, 2008). Outros construtos fundamentais que integram a noção dos EIDs dizem respeito à origem da formação dos esquemas e aos comportamentos prejudiciais adotados pelo indivíduo a partir da ativação deles. Uma vez identificados, os EIDs podem ser objetivamente trabalhados com intervenções específicas às distorções cognitivas e para a redução da sintomatologia relatada. Apesar de nem todos os esquemas possuírem traumas em sua origem, esses padrões de funcionamento são destrutivos e causadores de sofrimento. Os padrões cognitivos e emocionais que configuram cada um dos esquemas desadaptativos ocasionam respostas desadaptativas, o que pode estar intimamente ligado ao sucesso ou ao fracasso do processo terapêutico (Young et al., 2008).

Segundo Young (2003), a manutenção está mais vinculada a processos de reforçamento dos esquemas, tais como distorções cognitivas e padrões de comportamentos autoderrotistas. Quando os esquemas do indivíduo são ativados,

eles acionam uma variedade de manobras cognitivas, comportamentais, processando formas de manter a validade do esquema. São propostos três processos de esquema: Manutenção, Evitação e Compensação (Young et al. 2008).

A Manutenção do esquema apresenta padrões de distorções cognitivas e comportamentos disfuncionais com o intuito de reforçar e perpetuar diretamente um esquema. A Evitação é um grupo de estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais que a pessoa tenta evitar um esquema ou o afeto relacionado a ele. Por fim, a Compensação são tentativas de supercompensar um esquema de maneira extremada, deixando de ser funcionais em um ambiente mais saudável, passando dos limites e acabando por confirmar toda o 'conteúdo verdadeiro' dos EIDs (Salkovskis, 2005). Fundamental recordar que estes processos foram saudáveis em suas origens infantis, mas que, ao longo da vida, passam a servir como estilos disfuncionais de enfrentamento, usados pelos pacientes. Todos estes mecanismos devem ser igualmente identificados nos comportamentos padrões dos pacientes de difícil manejo e resistentes a mudanças, como se apresentam, em especial, os transtornos da personalidade (Duarte et al., 2008).

2.4 TRANSTORNOS CLÍNICOS AGUDOS DO EIXO I

Desde o século 5 a.C., na Grécia antiga, Hipócrates procurou estabelecer um sistema de classificação para as doenças mentais. A primeira classificação de cunho científico surgiu com Emil Kraepelin (Matos, Matos, & Matos, 2005). O DSM-IV é um manual diagnóstico e estatístico adotado pela APA – Associação Psiquiátrica Americana que relaciona a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A descrição psicopatológica ressalta a ênfase sindromática, utilizando critérios diagnósticos específicos muitas vezes, podendo ser avaliados por meio de entrevistas estruturadas e semiestruturadas. A área diagnóstica integral é classificada de forma multiaxial, permitindo uma melhor comunicação, organização e informação clínica sobre o paciente e prognósticos (Maldonado, González, Castillo, & Juárez, 2011). O sistema multiaxial envolve uma avaliação de diversos eixos, cada um com diferentes informações a fim de ajudar o terapeuta a planejar o tratamento e criar um prognóstico. Encontram-se aspectos críticos da condição do

paciente em uma perspectiva biopsicossocial. O DSM-IV-TR (APA, 2002)¹ traz este sistema de diagnóstico categorial multiaxial que inclui cinco diferentes eixos:

Eixo I – Transtornos clínicos

Eixo II – Transtornos de personalidade e/ou retardo mental

Eixo III – Condições médicas gerais

Eixo IV – Problemas psicossociais e ambientais

Eixo V – Avaliação Global do Funcionamento.

O Eixo I é utilizado para diagnosticar os transtornos clínicos propriamente ditos, agudos e que podem ser objeto de atenção clínica. As categorias, ou grupos de transtornos selecionados neste primeiro eixo, com início na infância ou na adolescência são os transtornos de humor, de ansiedade, somatoformes, factícios, dissociativos, sexuais, da alimentação, do sono, transtornos psicóticos, uso de substâncias, controle dos impulsos e transtornos da adaptação (Caballo & Simon, 2005). A categoria de esquizofrenia é qualitativamente diferente da categoria de transtornos de humor, por exemplo. Esta abordagem descritiva não sofre inferências teóricas, mas sim por critérios operacionais para o diagnóstico. Esta abordagem dimensional já era proposta por Leme Lopes em 1954 (Cheniaux, 2010).

Segundo Beck (1997), o plano de tratamento é baseado na avaliação diagnóstica inicial do paciente e de seus sintomas, quer de Eixo I ou de Eixo II, apresentando problemas específicos presentes conforme diagnóstico. O conhecimento sólido dos sintomas, competência profissional em diagnosticar e investigar corretamente as queixas do paciente nortearão as estratégias terapêuticas e o tratamento a ser seguido. Nos transtornos de Eixo I, como os de ansiedade, humor, psicóticos e alimentares, o foco inicial da terapia para estes transtornos são os sintomas de tais patologias, com foco no presente, na resolução de problemas em situações mais específicas.

Estratégias terapêuticas como conceituações de exposições, reestruturação cognitiva frente aos sintomas, automonitoria de oscilações de humor, autorregulação

¹ Devido à previsão de lançamento do DSM-5 pela APA se dar em maio de 2013, bem como a necessidade de tradução para a língua portuguesa, o uso do mesmo acabou sendo inviável para essa pesquisa, conforme cronograma proposto em projeto.

e reestruturação de crenças distorcidas sobre alimentação são trabalhadas respectivamente, por exemplo. A mesma autora aponta que um transtorno de personalidade requer, basicamente, um manejo mais resistente, buscando melhorar padrões de funcionamentos globais de relacionamentos, entendendo o desenvolvimento histórico e a manutenção e suas crenças centrais na manutenção desta personalidade. “O tratamento é definido sob medida para o indivíduo.” (Beck, 1997, pág. 303), independente de ser um transtorno de personalidade ou sintomático agudo.

No início de um transtorno clínico, aspectos cognitivos, afetivos, fisiológicos e comportamentais mudam de um estado inativo para um estado altamente ativado. Quando os sintomas entram em remissão, as interpretações das informações – seleção de dados, atenção, interpretação, memória e lembrança - e as crenças disfuncionais características se tornam menos valentes, sempre incluindo aspectos característicos individuais de cada pessoa. As experiências são abstraídas e organizadas na memória em torno de temáticas específicas, com o passar das circunstâncias ativadoras e o funcionamento assertivo é reestabelecido (Salkovskis, 2005).

O desenvolvimento das pesquisas na área da saúde avançou consideravelmente nos últimos anos. O diagnóstico passou a receber maior atenção e a comunicação entre os profissionais aproximaram a psiquiatria clínica e as psicoterapias cognitivo comportamentais e interpessoais. Foi possível, assim, desenvolver novas técnicas em terapias, com uma considerável melhora na qualidade de vida oferecida aos pacientes (Matos et al., 2005). Conforme embasamentos comentados na introdução deste trabalho, atualmente existem estudos sobre a aplicabilidade da TE nestes transtornos clínicos de Eixo I, reforçando a ideia de que pode existir uma associação de EIDs nesses casos sintomáticos agudos.

2.5 ATUALIDADES E IDENTIFICAÇÕES DOS EIDS NOS TRANSTORNOS AGUDOS:

O *Young Schema Questionnaire short form* (YSQ-S3) é um instrumento de autorrelato que objetiva avaliar 18 EIDs considerados como centrais na cognição

humana (Young et al., 2008). Composto por 90 itens, que são classificados em uma escala tipo *Likert* de 6 pontos (1 = completamente falso, 2 = falso na maioria das vezes, 3 = ligeiramente mais verdadeiro do que falso, 4 = moderadamente verdadeiro, 5 = verdadeiro na maioria das vezes, 6 = descreve-me perfeitamente) para pontuação de acordo como os entrevistados avaliam cada item pelos sentimentos e crenças sobre si mesmos e os outros. Escores totais dos cinco itens para cada esquema são somados, e os que resultarem igual ou superior a 15, passam a ser considerados como EIDs ativados no paciente.

Cazassa e Oliveira (2008) apresentaram uma revisão de literatura onde encontraram 182 artigos internacionais sobre TE e Questionário de Esquemas de Young, porém não haviam encontrado artigos publicados no Brasil. Atualmente, é crescente o número de pesquisas com a Terapia dos Esquemas, com um grande volume de estudos evidenciando a evolução, aceitação e qualidade de tal manancial terapêutico.

O YSQ-S3, tanto em sua forma longa, de 232 questões, que é recomendada mais para a prática clínica, quanto a sua forma abreviada de 90 questões, mais voltada para pesquisas, vem sendo validados e adaptados em inúmeros estudos nas mais diferentes regiões do mundo devido às suas contribuições no campo da saúde mental, a citar: no Brasil (Cazassa & Oliveira, 2012), Turquia (Soygüt, Karaosmanoglu, & Çakir, 2009), Colômbia (Catrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marin, & Schnitter, 2005), Oei e Baranoff (2007) com o trabalho psicométrico na Austrália; Mason, Platts e Tyson (2010) na Inglaterra; Rijkeboer, Bergh e Bout (2005) na Holanda. Já no Canadá, a ênfase é dada pelos ricos trabalhos de Hawke e Provencher (2012a); na população chinesa, encontra-se o trabalho de Cui, Lin e Oie (2011). Até mesmo foram encontrados estudos sobre a validação do YSQ no Irã (Sadooghi, Aguilhar-Vafaie, Rasoulzadeh-Tabatabaie, & Esfehianian, 2008).

Em quatro dos cinco continentes, já é possível observar centros de pesquisas voltados a essa temática, com exceção do continente africano, isto demonstra o amplo interesse pela discussão teórica, verificação e auxílio deste instrumento como fonte de abordagem psicológica. O estudo de Cazassa e Oliveira (2012) para a amostra brasileira, apresentou um satisfatório grau de consistência interna, evidenciando um Alfa de Cronbach de 0.955; sendo assim, aponta que o YSQ demonstra estatísticas significantes quanto à consistência interna da escala, uma

estrutura fatorial consistente, com níveis aceitáveis de confiabilidade e validade no que tange a sensibilidade discriminativa.

Referente ao trabalho realizado por Silva, Cazassa, Oliveira e Gauer (2012), os autores encontraram diferenças estatisticamente significativas nos cinco domínios avaliados entre uma população clínica de alcoolistas e um grupo não clínico. A análise discriminante apresentada sugere alta sensibilidade do YSQ e suas subescalas, na predição, na presença ou na ausência de psicopatologia, pois a amostra clínica holandesa obteve escores significativamente mais altos do que a não clínica para todas as subescalas (Rijkeboer et al., 2005). Resultados comentados pelos autores é que este instrumento tem se demonstrado sensível para acessar crenças fundamentais, ou EID, das populações clínicas.

Com riqueza, o YSQ também tem sido demonstrado como sensível para acessar crenças diversas e fundamentais clientes em que são administrados, tanto para transtornos de Eixo I, quanto para transtornos de Eixo II, conforme colaborações de Lee, Taylor e Dunn (1999), e Dutra, Callahan, Forman, Mendelsohn e Herman (2008).

Estudos atuais apontam diversos tratamentos com eficácia da TE em diversos grupos de transtornos. Nordahl e Nysaeter (2005) apontaram uma grande melhoria em uma amostra de cinco de seis pacientes borderline, que seguiram esta abordagem, complementando que três deles praticamente não fecharam critérios diagnósticos depois de 12 meses de tratamento. Não apenas com transtorno borderline, mas também com outros transtornos do Cluster B e Cluster C, conforme comprovam Renner, Huibers, Arntz, Butz e Bemstein (2013) em seu trabalho com 26 adultos jovens com diagnóstico principal de transtornos de personalidade ou característicos deste, o tratamento baseado na Terapia do Esquema apresentou melhoras significativas.

Com impacto, Aguilera-Sosa, Leija-Alva, Rodriguez-Choreño, Trejo-Martínez e López (2009) também apresentaram consideráveis melhoras em 22 mulheres mexicanas obesas com uma estrutura de TE pré-pós tratamento estruturado de 14 sessões. Por fim, Wegener, Alfter, Geiser, Liedtke e Conrad (2013) realizaram uma pesquisa com 47 pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de depressão maior. Ao fim da TE integrada com TCC, foram constatadas reduções significativas em todos os domínios esquemáticos dos pacientes antes depressivos.

Em pesquisa realizada com os seguintes descritores terapia, cognitivo, *cognitive*, esquema, *early maladaptive schema, therapy* e Young, utilizando a base de dados Lilacs, Scielo, BVS Salud e Pubmed, com ênfase nos estudos publicados entre os anos de 2003 a 2013, foram identificados 15 artigos que apresentaram características de objetivo geral semelhante ao deste estudo.

Díaz, Arévalo, Angarita, e Ruiz. (2009) propuseram investigar a relação de EIDs em estudantes universitários que sofreram maus tratos em algum momento de suas infâncias. Encontraram, como resultado, significativas relações de merecimento/grandiosidade e abandono na sua mostra geral. Constataram, também, diferenças de resultados, analisando pela questão de gênero. Já no Brasil, Boscardin e Kristensen (2011), hipotetizaram EIDs, relacionados a estudo de dois casos de mulheres com amor patológico, entretanto, a conclusão não apontou nenhum específico nestes casos, enfatizando a necessidade de novas pesquisas.

Método semelhante teve Viera (2012), em Portugal, que criou um paralelismo entre a conceitualização cognitiva do diagnóstico de fobia social com possíveis EIDs, sem aplicar em amostra alguma, cogitando poder encontrar neste diagnóstico EIDs como defectividade/vergonha, abuso/desconfiança, isolamento social/alienação e dependência/incompetência, hipoteticamente expondo.

Na Colômbia, Vélez, Gárzon e Ortiz (2009) estudaram uma amostra de 259 universitários com características de ansiedade e depressão para tentar achar relação de EIDs com tais sintomas. Para ansiedade, apontaram ativados auto-sacrifício, merecimento/grandiosidade, autocontrole/autodisciplina insuficientes e inibição emocional. Já para características de humor depressivo, não apontaram EIDs específicos, tanto que comentaram outros estudos realizados, apontando discrepâncias nos resultados pretendidos. Na França, Delattre, Servant, Rusinek, Lorette, Parquet, Goudernand e Hautekeete (2004) compararam um grupo com transtornos de ansiedade com grupo de adultos saudáveis e não encontraram EIDs específicos na ansiedade, apenas constataram maior intensidade em comparação ao grupo não sintomático.

O trabalho de Marques (2010), realizado sobre EIDs, com ansiedade e depressão em mulheres reclusas, apontou duas variáveis de resultados importantes. No que tange ao aspecto de estarem reclusas, a autora constatou que auto-sacrifício, caráter punitivo, padrões inflexíveis/crítica exagerada,

negatividade/pessimismo, abandono, busca de aprovação/reconhecimento, desconfiança/abuso e inibição emocional apareceram em grande escala; ao contrário de defectividade/vergonha, fracasso e dependência/incompetência que tiveram baixa pontuação. Porém, quando divididas em psicopatologias, sintomas de ansiedade ou depressão, não houve EIDs específicos apontados, apenas uma pontuação maior nos domínios. Isso demonstra que eventos e situações atuais de vida podem condicionar a ativação esquemática nos seres humanos. Marques também comenta que os seus resultados deram diferenças com estudos desenvolvidos e publicados anteriormente por outros autores com este mesmo tipo de população.

Estevez e Calvete (2009) constataram EIDs de privação emocional, abandono e fracasso a uma amostra de 334 mulheres com sintomas de depressão. Trazem na discussão de seu trabalho, resultados de estudos diferentes que apontaram também outros EIDs como auto-sacrifício e defectividade/vergonha em pessoas depressivas; cogitam as diferenças nestes resultados devido às características das amostras serem diferenciadas umas das outras.

Halvorsen, Wang, Richter, Myrland, Pedersen, Eisemann e Waterloo (2009) apresentaram um estudo com uma amostra de 140 sujeitos deprimidos com significativas diferenças de EIDs entre eles, constatando a gravidade do transtorno em quatro dos cinco domínios existentes, com exceção do quarto domínio, que é a orientação para o outro.

Price (2007) estudou 77 indivíduos que configuraram TEPT e apontou quatro EIDs preditores nesta sintomatologia, a constar defectividade/vergonha, dependência/ incompetência, emaranhamento e fracasso. Uma pesquisa com 77 mulheres que configuraram TEPT indicou alta pontuação nos EIDs de desconfiança/abuso, vulnerabilidade a danos ou doenças, abandono, defectividade/vergonha, dependência/incompetência e emaranhamento. Ressaltam os pesquisadores, que os EIDs não geram TEPT, mas sim, o quadro de TEPT configura cognições ligadas a estes EIDs hipervalentes na pesquisa (Calvete, Estévez, & Corral, 2007).

Outro grupo de transtorno, o de dependência/abuso de substâncias também apresentaram flexibilidade em EIDs após uma proposta estruturada de abordagem esquemática num grupo masculino de 97 usuários de álcool e opioides (Shorey,

Stuart, Anderson, & Strong, 2013). Na Espanha, Calvete e Estevez (2009) estudaram os EIDs relacionados a 657 adolescentes usuários de drogas, onde houve apontamento significativo dos EIDs de merecimento/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes, associando o uso a acontecimento de eventos estressores também. Shorey et. al. (2013) estudaram 101 pacientes com diagnóstico de abuso de substâncias, constatando níveis mais elevados em alguns EIDs em comparação ao grupo não clínico, entretanto, não apontaram especificamente nenhum EID como preditor de tal transtorno.

Sobre o diagnóstico de bipolaridade, foram encontrados três estudos sobre EIDs associados ao transtorno. O primeiro (N=107) apontou merecimento/grandiosidade e autocontrole/ autodisciplina insuficientes como riscos para a bipolaridade e uma significativa ausência de inibição emocional (Hawke, Provencher & Arntz, 2011). O segundo estudo (N=99) constatou a ativação dos EIDs de busca de aprovação/reconhecimento, merecimento/grandiosidade e baixa pontuação para inibição emocional e abandono (Hawke & Provencher, 2012b). Complementando, Ak, Lapsekili, Haciomeroglu, Sutcgil e Turkcapar (2012) apontaram inibição emocional e autocontrole/autodisciplina insuficientes, ativados com a amostra inglesa, não apresentando abandono, privação emocional, defectividade/vergonha, vulnerabilidade a danos ou doenças e nem busca de aprovação/reconhecimento, com (N= 18).

Todos estes estudos, são recentes, sendo sete das quinze publicações nos últimos três anos. Isso reforça a justificativa deste estudo e os benefícios que o mesmo pode vir a trazer para a área da psicoterapia clínica.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Apontar associação de Esquemas Iniciais Desadaptativos nos Transtornos de Eixo I em tratamento com psicoterapia Cognitivo Comportamental.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar quais EIDs específicos estão relacionados a respectivos transtornos de Eixo I;
- Identificar quais EIDs estão relacionados às categorias diagnósticas de humor e de ansiedade;
- Apontar qual(is) domínio(s) esquemático(s) é(são) mais ativo(s) nos diagnósticos encontrados;
- Identificar especificidades na utilização do Questionário de Esquemas de Young no Brasil.

4. MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal, pela aplicação se dar em um único momento. Descritivo, ao referir-se pela caracterização de aspectos semiológicos, etiológicos de transtornos, a fim de conhecer ou entender o agravo à saúde, conforme peculiaridades individuais, visando encontrar associação de transtornos com EIDs e outras variáveis. Por fim de abordagem quantitativa por desejar mensurar em números, classificar e analisar utilizando-se de técnicas estatísticas. (Hochman, Nahas, Oliveira Filho & Ferreira, 2005)

4.2 PARTICIPANTES

4.2.1 Colaboradores

Foram visitadas nove turmas de formação complementar em TCC, pós-graduação e formação em Terapia do Esquema para apresentar a proposta do projeto. Nas turmas, reuniram-se 147 dados de colaboradores que demonstraram interesse em receber maiores informações sobre a pesquisa, sendo que destes, 46 responderam de maneira positiva ao primeiro contato via email posterior à

apresentação presencial. Assim, 19 colaboradores retornaram materiais impressos, dos quais apenas 12 tiveram materiais selecionados dentro dos critérios da amostra.

Todos esses colaboradores apresentaram o perfil exigido, com as seguintes características: 1) possuir formação em Terapia Cognitivo Comportamental ou estar cursando aperfeiçoamento ou especialização nesta área; 2) ter conhecimento da aplicação dos instrumentos diagnósticos utilizados nesse projeto; 3) ser psicólogo ou psiquiatra clínico.

Foi exposta, de maneira presencial, aos alunos e ex-alunos interessados de um total de nove cursos de especialização, aperfeiçoamento e formação da Terapia do Esquema na matriz e na filial da instituição apoiadora, a proposta desta pesquisa. As visitas começaram em novembro de 2012 e se estenderam até junho de 2013. Abaixo, as turmas que receberam a apresentação foram:

- 1) 1ª Turma de especialização em TCC - Santa Maria, RS
- 2) 21ª Turma de aperfeiçoamento em TCC - Porto Alegre, RS
- 3) 1ª Turma do curso do Esquema - Porto Alegre, RS
- 4) 2ª Turma de especialização em TCC - Santa Maria, RS
- 5) 5ª Turma de aperfeiçoamento em TCC - Santa Maria, RS
- 6) 2ª Turma do curso do Esquema - Porto Alegre, RS
- 7) 3ª Turma de especialização em TCC - Santa Maria, RS
- 8) 1ª Turma de especialização em TCC - Passo Fundo, RS
- 9) 6ª Turma de especialização em TCC - Porto Alegre, RS

Após a apresentação da proposta, uma lista de contato impressa, contendo nome, email e telefone foi passada em cada uma das turmas a quem tivesse interesse de colaborar com o projeto, em que 147 pessoas demonstraram interesse em terem maiores informações. Conforme já esmiuçado no item acima, foram dados seguimentos de contatos para a pesquisa para 46 colaboradores que responderam ao email inicial.

O material impresso enviado via correios a esses colaboradores continha os seguintes itens:

- duas cópias do M.I.N.I. plus 5.0.0;
- duas cópias da Tabulação do M.I.N.I.;
- duas cópias do questionário YSQ-S3;
- duas cópias do *Scoring Key* YSQ-S3;

uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Estes materiais também foram enviados via email, somando o arquivo no formato de *Power Point* com todas as orientações e informações necessárias sobre o procedimento da pesquisa e aplicação, prazos, envio, entre outros itens fundamentais a serem lidos antes da aplicação. Foram também informados os locais e horários da disponibilidade do autor deste projeto em tirar dúvidas e capacitá-los de maneira presencial, em quatro encontros de 60 minutos cada, divididos entre as sedes da instituição em Porto Alegre, nos dias 13 de setembro e 03 de outubro de 2013; já, na sede de Santa Maria, nos dias 11 e 18 de outubro.

Nos encontros de capacitação presencial, participaram ao todo 16² colaboradores, nessa ocasião foram explicadas as aplicações dos dois instrumentos desta pesquisa e, logo em seguida, pedido para os mesmos se autoaplicarem ou aplicar a uma colega. Após a conferência destes materiais, foi aberto um tempo para dúvidas ou questões ainda pendentes para o manuseio em fins de pesquisa. Também foram reforçadas as características da amostra desejada e os critérios de exclusão, bem como o passo a passo da abordagem ao paciente até a tabulação na *Scoring Key YSQ*. Contatos via e-mail, Skype e redes sociais também aconteceram ao longo do período de coleta de dados. Todas as capacitações presenciais contaram com materiais de rascunho para a livre aplicação e rasuras necessárias para a familiarização e a capacitação dos colaboradores.

De maneira geral, foi orientado o passo a passo para a aplicação: verbalização da pesquisa com o paciente, apresentação do TCLE, *feedback* do paciente, aplicação do M.I.N.I., aplicação do YSQ-S3 nas amostras que se encaixaram nos critérios de inclusão, tabulação da *scoring Key* e no material de apoio do M.I.N.I. para posterior organização e envio dos mesmos ao autor da pesquisa.

Por fim, qualquer custo com cópias xerográficas dos instrumentos aqui mencionados e serviços de postagem foi ressarcido pelo autor deste projeto, mediante apresentação de recibo no período de dezembro de 2013 a março de 2014.

Foi estipulado o prazo de agosto de 2013 até novembro de 2013 para aplicação dos instrumentos na amostra. Os materiais aplicados tiveram como opção

² Os três colaboradores que não compareceram as capacitações, um alegou problema com as datas ofertadas e outros dois afirmaram já saber manejar os instrumentos em suas instituições de trabalho.

serem entregues nas sedes físicas da matriz ou na filial da instituição apoiadora; ou encaminhados por correspondência nos respectivos endereços ou, ainda, enviados por correspondência para a residência do autor deste estudo, na cidade de Santa Maria. Os materiais entregues nas sedes foram recolhidos pessoalmente pelo autor desse trabalho. Serão realizados estudos posteriores, propondo coautorias com os colaboradores dessa pesquisa.

4.2.2 Participantes

Foram recebidos 50 materiais impressos, em que 18 acabaram descartados por não se enquadrarem nos critérios da amostra e 32 materiais foram avaliados de forma associativa com os dois instrumentos aplicados. A amostra parcial então se configurou em 22 mulheres e 10 homens; abrangendo a faixa etária dos 18 aos 57 anos de idade. No fim, a amostra definitiva foi de 31 sujeitos, pois um único caso de transtorno alimentar impossibilitou realizar qualquer tipo de associação.

Em termos de grupos diagnósticos, 25 apresentaram transtornos de ansiedade, seis apresentaram transtornos de humor e apenas uma fechou categoria dos transtornos alimentares. Desse total, 17 casos foram de diagnóstico puro, sem comorbidades e 15 apresentaram comorbidades dentro de uma mesma categoria de transtorno. Abaixo, a lista especificada da amostra:

- a) 25 transtornos de ansiedade;
- b) 06 transtornos de humor;
- c) 08 transtornos de Ansiedade Generalizada (TAG);
- d) 05 Bipolares;
- e) 05 comorbidades de TAG + Pânico + Agorafobia;
- f) 03 comorbidades de TAG + Pânico;
- g) 02 Fobia Social;
- h) 02 comorbidade de TAG + Agorafobia;
- i) 02 comorbidade de Pânico + Agorafobia;
- j) 01 comorbidade de TAG + Fobia Social;
- k) 01 comorbidade de Pânico + Fobia Social

- l) 01 comorbidade de TAG + Pânico + Fobia Social;
- m) 01 transtorno Depressivo Maior;
- n) 01 Bulimia (removida da análise estatística final).

Os critérios de inclusão da amostra foram: 1) estar em avaliação diagnóstica ou acompanhamento psicoterapêutico pela linha da Terapia Cognitiva Comportamental para aplicação dos instrumentos em momento único no período entre agosto de 2013 e novembro de 2013; 2) apresentar apenas um diagnóstico de transtorno clínico de Eixo I, exceto se apresentar comorbidade, desde que façam parte de uma mesma categoria de transtorno; 3) idade mínima de 18 anos; 4) aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Já os critérios de exclusão para a amostra foram: 1) apresentar características cognitivas de retardo mental; 2) apresentar qualquer diagnóstico de transtorno de personalidade de Eixo II ou transtorno psicótico; 3) apresentar mais de um diagnóstico de Eixo I em categorias de transtornos diferentes; 4) paciente estar em situação de internação hospitalar.

4.3 INSTRUMENTOS

Para a realização deste trabalho foram utilizados dois instrumentos:

- 1) Questionário de Esquemas de Young, versão breve, *Young Schema Questionnaire (YSQ-S3), short form*.

O questionário YSQ-S3 é uma forma atualizada do YSQ-S2 que possui 75 afirmativas, validado em estudos nacionais para a forma brasileira (Cazassa & Oliveira, 2012) ao qual foram achados satisfatórios graus de consistência interna da escala e grau de fidedignidade para a capacidade de discriminação do questionário da versão brasileira do YSQ-S2.

Sendo assim, o YSQ-S3 é um instrumento de autorrelato que objetiva avaliar 18 EIDs, considerados como centrais na cognição humana (Young et al., 2008). Composto por 90 itens, que são classificados em uma escala tipo *Likert* de seis pontos (1 = completamente falso, 2 = falso na maioria das vezes, 3 = ligeiramente mais verdadeiro do que falso, 4 = moderadamente verdadeiro, 5 = verdadeiro na maioria das vezes, 6 = descreve-me perfeitamente) para pontuação de acordo como os entrevistados avaliam cada item pelos sentimentos e crenças sobre si mesmos e

os outros. Escores totais dos cinco itens para cada esquema são somados utilizando o instrumento YSQ-S3 *Scoring Key*. Soma igual ou superior a 15 foi considerado como EID presente no paciente.

Os 18 EIDs avaliados por este instrumento são: Abandono e instabilidade, Desconfiança/abuso, Privação emocional, Defectividade/vergonha, Isolamento social/alienação, Dependência/incompetência, Vulnerabilidade à doença, Emaranhamento/*self* subdesenvolvido, Fracasso, Merecimento/grandiosidade, Autocontrole/autodisciplina insuficiente, Subjugação, Auto-sacrifício, Busca de aprovação/reconhecimento, Negatividade/pessimismo, Inibição emocional, Padrões inflexíveis/crítica exagerada e o esquema de Caráter punitivo. Os direitos de uso desse material foram adquiridos junto ao *Schema Therapy Institute* no dia 11 de dezembro de 2012.

2) M.I.N.I. (DSM-IV-TR) - Mini International Neuropsychiatric Interview-Brazilian Version 5.0.0.

Trata-se de uma entrevista diagnóstica estruturada que explora de modo padronizado os principais transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV-TR (APA, 2003), com checagem de sintomas. O instrumento possui validade no Brasil através do estudo de Amorim (2000). Em pesquisas, pode ser utilizado para a seleção rápida de populações homogêneas em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos, ou ainda para a avaliação breve de critérios diagnósticos em estudos longitudinais.

A M.I.N.I. 5.0.0 está dividida em 17 módulos, cada um correspondente a uma categoria diagnóstica, por assim definidas: A. episódio depressivo maior, A'. EDM, B. distímia, C. risco de suicídio, D. episódio (hipo)maníaco, E. transtorno de pânico, F. agorafobia, G. fobia social, H. transtorno obsessivo-compulsivo, I. transtorno de estresse pós-traumático, J. dependência/abuso de álcool, K. dependência/abuso de substâncias não alcoólicas, L. síndrome psicótica, M. anorexia nervosa, N. bulimia nervosa, O. transtorno de ansiedade generalizada e P. transtorno da personalidade antissocial.

A partir dos 17 módulos, o instrumento possibilita a divisão dos módulos em seis categorias distintas de transtornos: transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos de uso de substâncias, transtornos psicóticos, transtornos alimentares e transtorno de personalidade antissocial. Estas são as categorias que foram mencionadas nos critérios de inclusão e exclusão para a amostra.

4.3.1 Procedimento de validação do YSQ-S3

O YSQ-S3 possui uma forma longa de 232 afirmativas, já a forma breve, que foi utilizada nesse estudo, apresenta 90 afirmativas. Stopa, Thorne, Waters & Preston (2001) apresentam resultados em que a comparação psicométrica das duas formas mostrou que as versões têm níveis semelhantes de consistência interna, confiabilidade e validade concorrente. Ambas foram preditoras modestas de pontuação psicopatologia entre os esquemas previstos em cada versão. O próprio *Schema Therapy Institute*, disponível em <http://www.schematherapy.com/id55.htm> comenta que a versão longa é mais recomendada para fins de propósitos clínicos, pois contém nuances mais sutis de cada esquema. Já a versão breve vem sendo mais utilizada em estudos e pesquisas, devido à maior facilidade de administrar sua pureza fatorial e proximidades psicométricas.

O YSQ-S3 já possui uma versão validade para o português-Portugal, porém, devido às diferenças gramaticais, precisou ser adaptado para o português-Brasil através do método de tradução reversa (*backtranslation*), tendo como responsáveis os autores deste presente estudo. O processo começou por três pessoas bilíngües, sendo dois psicólogos e um professor nativo juramentado. Foi realizada, então, a tradução do instrumento original do inglês para o português-Brasil.

Três juízes bilíngües avaliaram as traduções e consolidaram uma versão preliminar do YSQ-S3. Posteriormente, esta versão foi retraduzida para o inglês por outro profissional bilíngue, que não conhecia a escala, a fim de avaliar a equivalência das questões entre o inventário original e o retraduzido. Foi dada atenção, principalmente, em verificar se os termos utilizados na versão traduzida possuíam o mesmo significado da versão original, bem como se os itens possuíam clareza na linguagem, construto e relevância adequados.

Chegando então à melhor estrutura da versão traduzida, a mesma passou a ser aplicada na Universidade Luterana do Brasil-ULBRA Campus Santa Maria, RS, que concedeu autorização institucional (Anexo A), pelo responsável do projeto e mais dois alunos estagiários, estudantes de psicologia, treinados para essa tarefa. As aplicações foram coletivas e realizadas em salas de aula, após o consentimento dos envolvidos, sendo respondida em tempo médio de 25 minutos.

Com isso, foram coletados dados empiricamente de uma subamostra de 192 sujeitos, sendo 56 do sexo masculino e 136 do sexo feminino, com faixa etária entre 18 e 58 anos de idade. YSQ foi estudado quanto a sua validade de construto. Para

tanto, foram realizadas análises fatoriais, exploratórias e confirmatórias. A confiabilidade nesta subamostra foi de Alfa Cronbach 0,951. Pretende-se atingir amostra total superior a 500 sujeitos nos próximos meses a fim de validar o questionário na sua versão brasileira, em um estudo pós-mestrado.

Para o uso da versão atualizada do YSQ-S3 nessa pesquisa, os direitos de uso e reprodução foram adquiridos através do *Schema Therapy Institute* (Anexo B). Optou-se então pela forma breve e a realização de um processo de validação e adaptação deste instrumento para o português brasileiro.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

O estudo contou com apoio de um centro de psicoterapia cognitivo-comportamental com sedes nas cidades de Porto Alegre e Santa Maria, ambas no estado do Rio Grande do Sul, no que tangeu a divulgação e recolhimento do material utilizado nesta pesquisa, de total responsabilidade do autor. A instituição concedeu autorização para tal processo no dia 03 de março de 2013 (Anexo C). O período de coleta deu-se entre agosto/2013 e novembro/2013. Importante salientar que o processo e aplicação dos instrumentos utilizados nessa pesquisa não se deram nas dependências da referida instituição. A aplicação do material foi orientada a ser feita pelo próprio colaborador, em seu ambiente de trabalho como clínica, consultório ou outro ambiente terapêutico.

Foram dadas informações verbais aos participantes, apresentando a proposta da pesquisa, seus possíveis benefícios e leitura do TCLE, reforçando aspectos éticos seguidos no trabalho. A partir disso, foram questionados se havia mais alguma dúvida ou ponto que necessitasse de maiores esclarecimentos, antes da assinatura do termo. Com o consenso do participante, iniciou-se a terceira fase que foi a aplicação do M.I.N.I. 5.0.0 a fim de avaliar diagnosticamente, possibilitando assim, a aceitação dentro das exigências de inclusão ou exclusão do participante. Até essa fase, estimou-se aproximadamente 30 minutos de aplicação.

Com os critérios de inclusão preenchidos, a apresentação e instrução de preencher o YSQ-S3 em casa foi passado ao participante, realizando a leitura do cabeçalho e realizando algumas afirmativas com o mesmo, a fim de certificar-se de como deveria ser preenchido. Após a entrega desse questionário, o colaborador responsável pela aplicação realizou a tabulação das respostas no *Scoring Key* do

instrumento. Posterior a isso, ficou o processamento de armazenamento e devolução dos dados para o responsável dessa pesquisa.

4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise quantitativa dos dados foi dividida em dois momentos:

1) O SPSS 20.0 executa o teste Qui-quadrado (paramétrico) e o Teste Exato de Fisher ao mesmo tempo. O teste Qui-quadrado só é válido se $n > 20$ (no presente estudo $n = 31$), e se nenhuma das casas da tabela tenha frequência menor que 5 observações. No presente estudo, nenhum caso se enquadra, ou seja, há pelo menos uma casa da tabela com frequência observada menor que 5. Portanto foi considerado o Teste Exato de Fisher em todas as situações. O mesmo teste foi aplicado tanto para a análise de associação dos EIDs quanto para a de Domínios Esquemáticos.

A amostra final foi composta por $n=31$, sendo 10 homens e 21 mulheres, com idades entre 18 e 57 anos. Não houve distinção de estado civil, nível socioeconômico ou educacional. Do total da amostra, 25 apresentaram diagnóstico no grupo de ansiedade e seis no grupo de humor.

2) Depois de quantificados os dados e reconhecidas as características gerais da amostra, procedeu-se ao exame das associações dos 18 EIDS identificados com os relativos grupos diagnósticos com base em uma tabela de contingências e no teste qui-quadrado. O mesmo processo se aplicou para a análise das associações referentes aos cinco Domínios esquemáticos.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu os procedimentos éticos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde V (Brasil, 1996): “Considera-se que toda pesquisa, aplicada a seres humanos, envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade”. A preocupação com respeito a aspectos culturais, sociais, morais, religiosos e éticos se fez presente em toda a realização da pesquisa, visando respeito à singularidade do participante.

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, bem como submetido às normas e exigências da Plataforma Brasil, que é uma base nacional de registro de pesquisas,

envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP. As capacitações e as coletas deram-se início após a aprovação do mesmo.

Durante todo o processo, houve asseguração sobre a confidencialidade, privacidade e proteção dos dados dos participantes, garantindo a não utilização das informações de forma prejudicial, sempre de forma anônima, através da transformação dos dados em códigos. Tais dados obtidos foram utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo. Os sujeitos da pesquisa tiveram permissão de acompanhar e pedir informações sobre o acompanhamento da mesma durante todo o processo.

Os benefícios principais foram explicitados como sendo uma pesquisa que ampliaria, aprofundaria e qualificaria a compreensão e o manejo psicoterápico nesta linha de atuação clínica. Apesar do baixo nível de riscos físicos, morais ou psicológicos à amostra, a mesma teve claramente exposta a opção de encerrar a sua participação em qualquer momento do processo. Sobre causar algum tipo de malefício, como constrangimentos ou trazer memórias de experiências vividas à tona, os profissionais estavam orientados e capacitados para abordar tais temas no decorrer da terapia, criando tópico em absorver tais queixas e adequá-las ao processo terapêutico atual, primando assim o princípio da beneficência e a não-maleficência.

As coletas foram realizadas somente com participantes maiores de 18 anos, não tendo a necessidade de responsáveis na autorização da mesma, depois de terem sido informadas sobre os objetivos desta pesquisa. As amostras que aceitaram participar consentiram através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma para o arquivo da pesquisa e a outra para o participante, que foi lido em voz alta pelo aplicador e/ou apresentado para o paciente lê-lo, justificando a razão da pesquisa e esclarecendo qualquer dúvida pertinente, visando sempre tratá-los em sua dignidade e respeitando sua autonomia. Depois das coletas, os instrumentos e as informações coletadas, foram guardados em um banco de dados, no prédio da antiga Reitoria da UFSM, rua Floriano Peixoto, nº 1184 / 3º andar, sala 313, Centro, Santa Maria, RS; sob os cuidados dos pesquisadores responsáveis pelo projeto.

Os instrumentos somente foram aplicados aos participantes que aceitaram participar depois de terem sido informados sobre os objetivos e terem as dúvidas

sanadas sobre esta pesquisa. Os recursos humanos possibilitaram o bem-estar e adequação ao sujeito da pesquisa, sendo desenvolvida em indivíduos com autonomia plena. Por fim, os dados pessoais dos participantes foram mantidos em sigilo, anonimato e divulgados os índices dos resultados de forma quantitativa apenas.

5. RESULTADOS

Conforme os objetivos propostos nesta pesquisa e na referida amostra, foi possível realizar cinco tipos de cruzamentos em busca de descobrir associação de EIDs com categorias diagnósticas, a constar:

- 1) EIDs x transtornos de ansiedade;
- 2) EIDs x transtornos de humor;
- 3) EIDs x Bipolaridade;
- 4) EIDs x TAG;
- 5) EIDs x TAG+Pânico+Agorafobia.

No cruzamento de EIDs x transtornos de ansiedade, a amostra total foi de 25 participantes, sendo sete do sexo masculino e 18 do sexo feminino, com idades entre 18 e 56 anos. Jovens entre 18 e 24 anos corresponderam a 28% da amostra total, adultos entre 25 e 57 anos aos outros 72%. Não houve distinção de aspectos socioeconômicos-educacionais, bem como de estado civil atual ou qualquer outra análise situacional atual da amostra. Foi encontrada apenas uma associação significativa entre o grupo de transtornos de ansiedade e o EID de Subjugação $p = 0,043$.

Nessa amostra, as pessoas com ansiedade não apresentam o referido esquema. As pessoas que não apontaram transtorno de ansiedade apresentaram EID de Subjugação no total da amostra analisada, em nível de 5% de significância pela análise do Teste Exato de Fisher. Reiterando aqui, que subjugação não foi

identificado nessa amostra de ansiedade.

Referente ao cruzamento de EIDs x transtornos de humor, a amostra total foi de seis (06), sendo 50% da amostra, divididos iguais entre homens e mulheres. Importante comentar que, destes seis diagnósticos nesta categoria de transtornos, uma mulher de 42 configurou quadro diagnóstico de hipomania atual; uma mulher de 26 anos apresentou quadro de depressão bipolar atual; um homem de 27 anos apresentou depressão maior; uma mulher de 57 anos e um homem de 41 anos configuraram bipolaridade hipomaniaca passada e, por fim, um homem de 57 configurou episódio bipolar maníaco passado.

Conseqüentemente a essas características comentadas, o terceiro cruzamento, EIDs x bipolaridade, foi analisado numa amostra de cinco (05), já descrita anteriormente, com exceção do quadro depressivo maior. Devido ao tamanho reduzido da amostra, também não houve associação significativa de EIDs.

Como hipóteses prováveis para não ter sido indicada significância nesses cruzamentos de humor, é a heterogeneidade da amostra bipolar.

O quarto cruzamento abarcou a análise de associação de EIDs x TAG. O diagnóstico desta amostra oito (08) foi segundo o M.I.N.I. 5.0.0, sem comorbidades. A amostra foi constituída em 62,5% de mulheres e 37,5% de homens. As mulheres apresentaram idades de 21, 29, 30, 34 e 41 anos. Já os homens tinham 22, 27 e 53 anos de idade. Nesses casos, não houve nenhuma associação de EID que fosse significativa neste diagnóstico.

Por fim, o último cruzamento desse estudo se refere a uma amostra de cinco (05) com comorbidade diagnosticada de TAG com transtorno do Pânico e Agorafobia. Essa amostra foi composta exclusivamente pelo sexo feminino, com idades entre 28 e 39 anos. Para este cruzamento diagnóstico, em termos de associação de EIDs, não houve significância, entretanto, foi constatado que esta amostra teve relação significativa ($p' = 0,048$ no teste Exato de Fisher) com o segundo Domínio esquemático da TE, ou seja, Autonomia e Desempenho prejudicados.

Cabe aqui ressaltar que o que está sendo comparado são as pessoas com esta comorbidade em relação àquelas que não possuem a mesma, mas apresentam outros tipos de transtorno e não em relação às pessoas saudáveis.

As estatísticas referentes aos cruzamentos que apontaram significância nos resultados do Teste de Fisher se apresentam compiladas na tabela 7, abaixo:

Tabela 7

Cruzamentos e associações Teste Qui-quadrado

Cruzamentos	EID/ Domínio		Qui- quadrado	Grau de liberdade	Teste de Fisher	n
	0	1				
EID SB x Ansiedade	2 20	4 5	5,114	1	p 043	6 25
Total	22	9				31
2º Domínio x T/P/A	14 0	12 5	4,910	1	p 048	26 5
Total	14	17				31

*EID SB: esquema de subjugação T/P/A: comorbidade de Tag, pânico, agorafobia

Os dados referentes aos outros cruzamentos realizados nessa pesquisa não foram editados em tabela pela não significância dos resultados encontrados.

6. DISCUSSÃO

Conforme evidencia a sessão anterior, pode-se observar que o domínio IV, Direcionamento para o outro, que contém o EID de subjugação enfatiza o excesso de atendimento à necessidade dos outros em lugar de suas próprias, a fim de manter a conexão emocional. Adultos tendem a não voltar para si e sim seguirem desejos alheios. Os pais enfatizam mais as suas próprias necessidades emocionais do que as necessidades únicas da criança (Perris, 2000).

Como resultado do primeiro cruzamento, EIDs x ansiedade ($n=25$), não houve significância do EID de Subjugação, ou seja, não apresentou características significativas de submissão, de dificuldade de escolhas, omissão e/ou de expressar o que sentem. Frente ao domínio, não tendem a suprimir suas emoções e a hipótese

que caracteriza o modelo de educação infantil de hipervigilância dos pais sobre as necessidades infantis.

Conforme Peres (2008), o EID de subjugação remete a uma submissão excessiva ao controle dos outros, com intuito de evitar retaliações e abandono. Essas pessoas tendem a suprimir suas necessidades de preferências, decisões e, principalmente as próprias emoções, em especial a raiva, podendo gerar comportamentos desadaptativos. Subjugação é um EID condicional do quarto domínio, muitas vezes, tendo como incondicional o esquema de abandono do primeiro domínio (Young et al., 2008).

Contabilizando diagnósticos puros e com comorbidades dessa amostra, em 19 apareceram o diagnóstico de TAG (76%), em 12 o diagnóstico de pânico, em 10 o diagnóstico de agorafobia e em quatro com ansiedade social. Como o predomínio se deu no TAG e no transtorno do pânico, as características em comuns destes transtornos são uma hipervigilância sobre os próprios sentimentos, preocupação excessiva com problemas a serem solucionados, atividade comportamental e catastrofização dos sintomas fisiológicos (Clark & Beck, 2011; Westen, D. & Morrison, K., 2001; Leahy, 2010) Isso justificaria algumas características desta amostra de ansiedade não ter apontado ativação de Subjugação nestes elementos.

Essa informação corrobora estudos que apontaram uma ampla gama de EIDs ativados em transtornos de ansiedade de uma maneira geral. Delattre et al. (2004) observaram, em uma amostra composta por 50 indivíduos, que não existe um EID típico de ansiedade, mas sim ativação significativamente maior em todos EIDs na comparação com estudos de indivíduos saudáveis. Três excederam controles com maior margem, sendo eles privação emocional, isolamento social e dependência / incompetência.

Na sua revisão de literatura sobre TE, que contemplou trabalhos em francês e inglês apenas, Hawke e Provencher (2011) ainda citaram estudos de Cockram et al.(2010) e Dutra, Callahan, Forman, Mendelsohn, & Herman, (2008) sobre TEPT, onde ambos encontraram correlação e ativação alta em praticamente todos os EIDs. O primeiro, com amostra de 163 sujeitos, associou a vulnerabilidade ao dano e a doença e à inibição emocional, já o segundo estudo, com 137 sujeitos, apontou associação de inibição emocional, padrões inflexíveis e desconfiança e abuso ao

diagnóstico de TEPT.

Teixeira (2010), em sua dissertação de mestrado, organizou uma lista de estudos desenvolvidos com objetivo de relacionar EIDs com diferentes diagnósticos. Em três estudos citados pela autora frente ao grupo de ansiedade, todos indicaram EIDs altos e divergências nas pontuações mais significativas em apontar quais estariam associados. A autora observou divergência em alguns resultados de diferentes estudos. Nos EUA, Glaser (2002) apontou abandono e vulnerabilidade; no Canadá, Welburn et al. (2002) apontou abandono, vulnerabilidade, fracasso, auto-sacrifício e inibição emocional; e, por fim, a autora cita Calvete, Estévez, López e Ruiz (2005), que apontou subjugação, fracasso e abandono como associados a ansiedade, numa amostra espanhola.

Outros estudos semelhantes encontraram tanto corroborações de resultados anteriores, quanto comparações a resultados diferentes de seus estudos, como nas obras de Calvete & Estevez (2008), Marques (2010) e Claudio (2009).

Tratando-se do segundo e terceiro cruzamentos, EIDs x Humor e Eids x Bipolaridade, onde não houve significâncias apontadas, possivelmente muito pela heterogeneidade dos participantes. De um total de seis participantes para esses cruzamentos, foram apontados quatro quadros sintomáticos diferentes, o que pode ter influenciado os resultados, devido à diferença de cronicidade e intensidade de sintomas no momento da aplicação do questionário de Young (Vélez et al., 2009; Hawke & Provencher, 2011; Marques, 2010; Halvorsen et al., 2009). Estudos com amostras pequenas dificultam o estudo da eficácia e aplicabilidade das análises de conjuntos do YSQ (Falcone & Ventura, 2008). A grande diferença de idade da amostra, com a amostra mais jovem com 26 anos e a de mais idade com 57 podem influenciar nos aspectos de história de vida dos sujeitos (Vélez et al., 2009; Silva et al., 2012; James, 2001; Paim, Madalena & Falcke, 2012).

As variabilidades de modelos, as comorbidades não controladas e as limitações estatísticas impostas pelo tamanho da amostra e um grande modelo de 18 EIDs dificultam uma maior especificidade para distúrbios individuais que ainda não foi claramente estabelecida. Embora pesquisas ainda sejam necessárias para reforçar esta afirmação e identificar tais associações (Hawke & Provencher, 2011).

Hawke e Provencher (2011, p. 263) analisaram oito estudos sobre transtornos de humor em seu trabalho, em que apontaram maior pontuação geral em todos os EIDS e domínios, porém, houve divergências nos resultados de EIDs, associados com os transtornos de humor. Esses resultados são semelhantes aos de Teixeira (2010, p. 50), que analisou cinco estudos com esta mesma temática. Estes estudos envolveram tanto transtorno depressivo quanto bipolar e compreenderam amostras entre 15 e 407 sujeitos.

Os estudos de Marques (2010) e Cazassa e Oliveira (2008) comentam diversos estudos sobre a influência de fatores interpessoais nos quadros de humor e momento da aplicabilidade do instrumento YSQ, já que as emoções teriam influência pela situação interpessoal de vida atual do sujeito. Além dessa influência, outras são comentadas como influentes nas respostas e avaliação da valência dos EIDs: o aspecto de gênero (Calvete & Estevez, 2009; Teixeira, 2010; Hawke & Provencher, 2011), nível socioeconômico (Cazassa & Oliveira, 2012; Silva et al., 2012), nível de educação escolar (Cazassa & Oliveira, 2012; Marques 2010), história de vida do sujeito, envolvendo traumas, perdas, lutos (Vélez et al., 2009; Silva et al., 2012; James, 2001; Paim et al., 2012), estado civil atual do sujeito (Paim et al., 2012), nível de intensidade do transtorno, se é traço, agudo, crônico ou persistente, pré-durante-pós quadro do humor (Vélez et al., 2009; Hawke & Provencher, 2011; Marques, 2010; Halvorsen et al., 2009), e por fim, as questões culturais conforme região (Silva et al., 2012; Vélez et al., 2009; Díaz, 2009; James, 2001; Teixeira, 2010; Cazassa & Oliveira, 2008; Cazassa & Oliveira, 2012). De suma importância, deve-se cuidar a generalização da análise e interpretação do instrumento para outras culturas.

A literatura recente aponta que estudos com pacientes bipolares têm apontado baixa indicação em pacientes bipolares de EID de privação emocional e abandono (Hawke et al., 2011; Hawke & Provencher, 2012b; Ak et al., 2012), bem como ativação significativas altas em comparação com outros transtornos. Referente a este diagnóstico, também comentam possível associação de EID de merecimento e grandiosidade e autocontrole/disciplina insuficientes (Hawke et al., 2011; Nilson, Jorgensen, Straarup & Licht, 2010). Estudos estes trabalhados com amostras entre 18 e 74 sujeitos.

Referindo-se ao quarto cruzamento possibilitado por este estudo, EIDs x TAG,

onde também não foi possível apontar significância maior, pode-se discutir que o TAG se configura em um dos diagnósticos mais criteriosos a serem confirmados realmente, mesmo quando se utiliza escalas e/ou questionários complementares (Andrews, Hobbs, Borkovec, Beesdo, Craske,.... Stanley, 2010). Boa parte do diagnóstico exige um julgamento clínico aguçado, muito pela falta de um aspecto chave no transtorno e definições pelos aspectos de processos internos.

Além disso, a exigência mínima de 6 meses com ansiedade e preocupações excessivas na maioria dos dias, dificuldade de controle da preocupação e características que se aproximam muito de outros transtornos de ansiedade e também de humor, dificultam a categorização deste diagnóstico. Estudos apontam que este diagnóstico pode ser desconfirmado em até 70% dos casos aparentes, quando são usados instrumentos diagnósticos complementares discriminativos (Leahy, 2010; Clark & Beck, 2011; Andrews et al., 2010; Beesdo, Pine, Lieb, & Wittchen 2010).

Conforme Riskind & Willians (2005), pessoas com TAG tendem a gerar representações mentais de medo e perigo, desenvolvendo um estilo cognitivo de enfrentamento diferenciado de outros transtornos de ansiedade conforme tempo de início dos sintomas, situações atuais de vida, histórico de vínculos inseguros e intensidade de comportamento esquiva mental através das preocupações. Esse fator tende a indicar um estilo próprio do TAG, entretanto, a reduzida amostra e as questões comentadas sobre dificuldades diagnósticas podem indicar níveis de intensidade dos sintomas de maneira mais aguda ou crônica, influenciando as respostas do YSQ-S3 (Vélez et al., 2009; Marques, 2010; Halvorsen et al., 2009). Há uma escassa produção literária sobre a associação de TAG x Terapia do Esquema e constata-se a necessidade de mais estudos nessa temática (Hawke & Provencher, 2011).

Por fim, o ultimo cruzamento possível realizado foi EIDs x TAG + Pânico + Agorafobia, onde houve significância do segundo domínio esquemático da TE, ou seja, Autonomia e Desempenho prejudicados.

Estudos nacionais, holandeses, americanos e canadenses vêm apontando o transtorno do pânico com agorafobia e TAG como as comorbidades de maior crescimento entre os transtornos de ansiedade (Labrecque, Dugas, Marchand, &

Letarte, 2006; Primiano, Marchand, Gosselin, Langlois, Bouchard, Bélanger, Labrecque, Dugas, & Dupuis, 2013; Van Ameringen, Simpson, Patterson, Beth, & Mancini, 2013), bem como, apontam pânico como sendo o transtorno primário, tendo o TAG como transtorno secundário.

Souza (2010) aponta fatores prevalentes no diagnóstico de TAG, como mulheres a partir dos 30 anos, que não vivem com o companheiro, nível socioeconômico, presença de alguma doença e histórico familiar de transtornos psiquiátricos que tendem a agravar o quadro. Constatou, também, que a agorafobia é a segunda maior comorbidade deste transtorno, ficando atrás apenas de episódio depressivo maior. Agorafobia que está presente em mais de 70% dos casos de transtorno do pânico, dados estes corroborados pela amostra supracitada (Leahy, 2010; Clark & Beck, 2011; Primiano et al., 2013).

Para complementar a discussão desta comorbidade, McTeague, Lang, Laplante e Bradley (2011) estudaram 112 sujeitos com transtorno de pânico e constataram que a criação de imagens mentais aversivas e interpretação da excitação emocional negativa, com o passar do tempo, ativaram não somente sintomas do transtorno do pânico, mas também medo elevado interoceptivo através da generalização progressiva da ansiedade antecipatória. Configurando-se, assim, apreensão de ansiedade generalizada, disforia e comportamentos de baixa eficácia. Foi constatado, também, que as amostras que configuraram agorafobia, apresentaram aumento mais significativo de ativação sintomática.

Van Ameringen et al., (2013) investigaram ataques de pânico e comorbidades em 254 pacientes diagnosticados com TAG segundo o DSM-IV. Chegaram à conclusão de que um em cada cinco TAG apresenta comorbidade com pânico (20%) e escores mais elevados em questionários complementares de sensibilidade a ansiedade em comparação com aqueles que também tinham outros ataques de pânico. Finalizam enfatizando a necessidade de novos estudos e replicação, avaliação mais aprofundada.

Além de estudos apontando a existência de comorbidade entre transtorno de Pânico com TAG e Agorafobia, a Terapia Cognitiva traz antecedentes históricos de vínculos parentais insatisfatórios, etiologias e desenvolvimento de esquemas de vulnerabilidade bastante semelhantes nestes três diagnósticos. Conforme Clark e Beck (2011), Leahy (2010) e Barlow (2009), pode-se encontrar semelhanças

esquemáticas nesses diagnósticos como características de uma busca sem sucesso por certeza e segurança, ativação de crenças negativas, déficits na regulação emocional, prejuízos funcionais, baixo sentimento de autoeficácia, medo de perder o controle, entrar em colapso, incapacidade/incompetência de lidar com as consequências, medo de perdas e fins de relacionamentos.

Quanto às etiologias, experiências infantis de separação, diagnóstico de ansiedade de separação na infância e adolescência, pais hipervigilantes, inseguros e intrusivos, visão do mundo como um lugar ameaçador, perigoso, dificuldades acentuadas no início da vida escolar, reforçamento de comportamentos evitativos e experiências de apegos inseguros são dados históricos recorrentes na vida de pacientes com algum destes três diagnósticos (Clark & Beck, 2011; Leahy, 2010; Barlow, 2009).

No segundo domínio esquemático, a necessidade emocional básica não atendida relaciona-se à autonomia e à competência, influenciando o sentimento de poder funcionar no mundo de maneira independente. Há um prejuízo na percepção da capacidade de se separar do grupo familiar e até mesmo sobreviver de uma maneira independente e ter um bom desempenho. Os históricos de relações familiares tendem a apresentar superproteção, hipervigilância, baixo estímulo a desempenho competente extrafamiliar, instabilidade e emaranhamento (Young et al., 2008; Claudio, 2009; Santana, 2011). Os EIDs que compõem este domínio são sobre Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade ao dano ou à doenças, Emaranhamento e por fim, Fracasso.

O EID de Dependência/incompetência é a crença de que não se é capaz de lidar com as responsabilidades do dia-a-dia com competência e independência, dependendo excessivamente de outros. Tendem a buscar ajuda em áreas como a tomada de decisão, iniciar tarefas e profundas desconfianças nas suas habilidades em cuidar de si próprio (Teixeira, 2010).

Itens que avaliam este EID no YSQ-S3 possuem descrições como 'Não me sinto capaz de me arranjar sozinho no dia-a-dia' e 'Sinto-me uma pessoa dependente, no que se refere ao que tenho que fazer no dia-a-dia' se assemelham às crenças centrais de um agorafóbico. Agorafobia tem, como medo central, o medo de ter medo, de se sentir mal em algum lugar e não ter como sair ou principalmente,

alguém para ajudar. Gera-se assim crenças de dependência frente à companhia de outras pessoas.

Já o item 'Não tenho confiança nas minhas capacidades para resolver problemas que surjam no dia-a-dia.' pode se aproximar das incessantes tentativas de ter segurança e certeza sobre acontecimentos futuros que se encontra nas características do transtorno do Pânico e também de TAG. Lembrando que a principal característica do transtorno de Pânico é o medo de um novo ataque repentino e as consequências dele.

Conforme Cazassa (2007), o medo excessivo de que uma catástrofe aconteça confere os EID de Vulnerabilidade a danos e doenças. Existe um sentimento de ameaça contínua, que se torna necessário um grau de adaptabilidade que é inviável diante da ativação do presente esquema. Refere-se à crença de que se está sempre à beira de sofrer uma catástrofe, que leva os indivíduos a tomarem precauções excessivas para se protegerem. A típica família de origem caracteriza-se como excessivamente temerosa, passando a idéia de que o mundo é um lugar perigoso (Young et al., 2008).

TAG se caracteriza pela preocupação em aspectos generalizados de estar preocupado, ao ponto de que tamanha excessividade, dificuldade de controle e cronicidade dos aspectos da preocupação irão causar um mal pior, um colapso, medo de enlouquecer como consequência disso (Clark e Beck, 2011). Itens como 'Preocupo-me em poder desenvolver uma doença séria, ainda que não tenha sido diagnosticado nada de grave por um médico' e 'Preocupa-me poder perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria' refletem bem estes tipos de crenças e funcionamento esquemático desses pacientes. Interessante comentar que, no cruzamento número 4 (EID x TAG), 50% da amostra apontou este EID como ativado, sendo o mais significativo deste Domínio neste cruzamento.

Hawke e Provencher (2011) comentaram dois estudos em sua revisão de literatura sobre a associação dos EIDs de Vulnerabilidade ao dano ou doença e Dependência/incompetência no transtorno do pânico com agorafobia. A vulnerabilidade ao dano ou doença previu o medo das sensações corporais que alimentavam o medo de perder o controle e de comportamentos de esquiva. Conseqüentemente, o EID de Dependência/incompetência se torna previsto por Vulnerabilidade a dano ou doença.

Assim, o EID de Vulnerabilidade à dano ou doença parece ser um núcleo na agorafobia que leva aos medos e características comportamentais do transtorno e para um sentimento resultante de dependência ou incompetência em face desses medos. Agorafobia é associada com o medo de uma catástrofe iminente subjacente a este EID.

Outro EID presente ao segundo domínio é denominado Emaranhamento/Self Subdesenvolvido, no qual há o envolvimento com uma ou mais pessoas importantes, em prol do abandono do próprio desenvolvimento e individuação. Configura-se uma ausência de individualidade pelo envolvimento excessivo com uma ou mais pessoas significativas, muitas vezes, envolve a crença de que não se consegue sobreviver ou ser feliz sem o apoio constante do outro (Boscardin & Kristensen, 2011). Pessoas com esse esquema não conseguem impor limites saudáveis por medo de perder a referência emocional (Young, 2003). Sem conseguir ter uma identidade individual e com dificuldade de enxergar as fronteiras na relação com o outro, tornando-se excessivamente envolvidos com pessoas significativas a ponto de terem sua capacidade de funcionamento individual prejudicada (Paim et al., 2012).

A avaliação deste EID é feita através das afirmativas do YSQ-S3 como 'Não tenho sido capaz de me separar dos meus pais, assim como fazem as outras pessoas da minha idade'; 'Eu e os meus pais temos tendência a nos envolvermos excessivamente na vida e nos problemas uns dos outros' e 'Com freqüência, sinto que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou companheiro(a)'. Diversos estudos na literatura nacional e internacional comentam sobre o transtorno de Ansiedade de Separação na infância e sua relação com o transtorno do Pânico e Agorafobia. (Delattre et al., 2004; Gonçalves & Heldt, 2009; Beesdo et al., 2010). Tais constatações reforçam os tipos de crenças e sentimentos referentes a emaranhamento que pacientes com estes diagnósticos apresentam em seus esquemas.

Fracasso é o último EID aqui abordado deste domínio esquemático, o qual descreve a crença de falhar a qualquer momento, que uma falha será inevitável e, conseqüentemente, o fracasso se consolidará. O sentimento enraizado gira em torno de ser uma pessoa fundamentalmente inadequada em comparação aos outros, em diversas áreas da vida (Estevez & Calvete, 2009).

Os itens como 'A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito a trabalho e objetivos' e 'Sou incompetente quando se trata de atingir objetivos' podem se tornar compatíveis com indivíduos portadores de TAG. Devido à generalização e intensidade da preocupação, os sintomas fisiológicos e a catastrofização difusa de estímulos que geram incerteza tendem a prejudicar consideravelmente a tomada de decisão destes sujeitos e realização de metas.

O sentimento de fracassar é acompanhado de baixa auteficácia, sentimento de inadequação, medo de confrontações e dúvidas sobre a própria capacidade geral frente a resolver os problemas da vida. O prejuízo na qualidade de vida e nível de insatisfação tornam os sintomas de humor depressivo sobrepostos aos sintomas de ansiedade, que, por diversas vezes, são características do TAG (Leahy, 2010; Clark & Beck, 2011).

7. CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como objetivos primordiais avaliar se existe associação de Esquemas Iniciais Desadaptativos - EIDs em transtornos agudos de Eixo I. O presente estudo permitiu reforçar a ideia atual na literatura da existência de associações da Teoria do Esquema em diversos transtornos mentais. Pessoas com transtornos de humor e ansiedade apresentam altos níveis de EIDs ativados, alguns dos quais parecem refletir as características de transtornos individuais. Também possibilitou abordar diversas informações relevantes para a aplicação, análise clínica e avaliativa dos instrumentos, qualificando a compreensão etiológica e caracterológica dos transtornos.

Dos cinco cruzamentos realizados (EIDs x humor, Eids x ansiedade, Eids x bipolaridade, Eids x TAG e Eids x Pânico+TAG+Agorafobia), apenas dois foram significativos ao nível de 5% de significância, estipulado para a utilização do Teste Exato de Fisher. Destaca-se a não presença do EID de subjugação no grupo de transtorno de ansiedade e a relevância do segundo Domínio Esquemático, Autonomia e Desempenhos prejudicados para a amostra que configurou diagnóstico de comorbidade de transtorno de Pânico com TAG e Agorafobia.

Em simulação estipulada por taxas, com base em cálculo de proporcionalidade para uma amostra oito vezes maior (de 31 para 248 sujeitos), realizada com o SPSS 20.0, todos os cruzamentos teriam apontamentos com EIDs significativos, o que reforça a idéia de que as pessoas com perturbações do humor ou ansiedade tendem a ter maior pontuação na maioria ou todos os EIDS. Certas doenças ou sintomas parecem, então, ser caracterizados por presença de diferentes EIDS (Riso et al., 2003; Lobbestael et al., 2010, citado por Hawke & Provencher, 2011). Clark e Beck (2011) comentam a hipótese da especificidade de conteúdo, que indica que cada transtorno tem um perfil cognitivo específico, de modo que é a diferença no conteúdo cognitivo que determina o tipo de distúrbio psicológico que um indivíduo manifesta. Nesse caso, a identificação de EIDs nos transtornos poderia vir a colaborar com essa ideia, aprofundando ainda mais tal compreensão dos perfis (Velez et al., 2009).

Nesse trabalho, foram pesquisadas 26 referências bibliográficas com proposta semelhante a esse estudo, ou seja, encontrar associação de EIDs em transtornos agudos de Eixo I. Foram encontradas pesquisas com amostras clínicas especificadas, comorbidades não controladas, amostras mistas, com comparação ou não a grupos de controle, não clínicos e que variaram de 15 a 407 sujeitos, tendo uma amostra média aproximada de 70 indivíduos. Tais referências mesclam objetivos em avaliar, associar ou prever EIDs, domínios esquemáticos e ativação de modos frente aos transtornos. Importante salientar, que a proposta diagnóstica para transtornos da personalidade de Young (2003) não é baseada nas avaliações categóricas como Beck et al. (2005) realiza na TCC tradicional. Baseia-se sim, em um modelo dimensional de temperamento, relacionando esquemas e respostas de enfrentamentos em níveis de intensidade e adaptação da personalidade.

Apesar da ampla variedade de estudos desenvolvidos apresentarem resultados diferentes ao nível dos EIDs que estão relacionados com as diferentes psicopatologias, é possível verificar que estes estão positivamente relacionados com diversos tipos de sintomas psicopatológicos, confirmando que os esquemas aumentam a vulnerabilidade a perturbações psicológicas (Teixeira, 2010). A especificidade entre determinados EIDs e as características dos transtornos associados, apoia a idéia de que os EIDs são traços subjacentes estáveis que ocorrerem com ativação e valência diferente conforme situações do momento e flutuações de humor e de ansiedade (Hawke & Provencher, 2011).

Informações importantes recolhidas em inúmeros estudos apontam diversos fatores como influenciando nas respostas dos sujeitos ao questionário YSQ-S3 e, conseqüentemente, gerando a ativação de EIDs em determinados momentos. Estados emocionais atuais, aspecto de gênero, nível educacional e socioeconômico, profissão, uso de substâncias, história de vida do sujeito, traumas, perdas, estado civil atual, características de personalidade, região em que reside, nível de gravidade dos sintomas do(s) transtorno(s) e, principalmente, as questões culturais conforme região em que reside, vive (Marques, 2010; Cazassa & Oliveira, 2008; Calvete & Estevez, 2009; Teixeira, 2010; Hawke & Provencher, 2011; Cazassa & Oliveira, 2012; Silva et al., 2012; Vélez et al., 2009; James, 2001; Paim et al., 2012; Halvorsen et al., 2009; Díaz, 2009).

Acontecimentos atuais vivenciais tendem a estar associados à ativação esquemática que se distinguem de acordo com a situação vivenciada, para o momento da aplicação do YSQ. Tais variáveis não foram objetivadas em serem avaliadas nessa pesquisa, configurando-se num importante item de limitação da mesma. Outro aspecto importante percebido no decorrer do estudo, foi não ter obtido a informação sobre há quanto tempo cada participante da amostra estava em terapia no momento da aplicação do YSQ-S3.

Referente ao Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3), os pesquisadores envolvidos nesse trabalho estão desenvolvendo o estudo de adaptação e validação para a cultura brasileira. O YSQ-S3 vem apontando sensibilidade discriminativa, considerando-se as diferenças entre grupos clínicos e não-clínicos bem e de ordem psicológica em diferentes culturas. Resultados de atuais indicam que amostras clínicas de Eixo I apresentam escores significativamente mais elevados do que controles não-clínicos, escores mais baixos do que pacientes com transtorno de personalidade. Entretanto, fundamental não cometer a generalização destes resultados por fatores já comentados neste trabalho.

Quanto ao total YSQ da amostra desta pesquisa, podemos considerar a média relativamente alta (cerca de 241), em que o valor máximo possível é 540, sendo que, na nossa amostra, a maior pontuação foi 350 e a mínima foi 141 (mínimo possível é de 90). A página de internet do *Schema Therapy Institute*, disponível em www.schematherapy.org, consultada no dia 13 de fevereiro de 2014, comunicava um atual processo de revisão e instruções para todos os inventários da Teoria do

Esquema. Ativações de EIDs são bons indicadores da presença ou ausência de psicopatologia (Rijkeboer et al., 2005). Young (2003) afirma que as necessidades emocionais básicas do ser humano é universal, ou seja, todos possuem EIDs inclusive as pessoas saudáveis, entretanto, o que diferencia dos transtornos é que estes são mais extremos. Além disso, resultados sugerem que a estabilidade de EIDs tende a conceituar temperamentos de personalidade estáveis e não necessariamente a manifestação de sintomas. Isso tem sido demonstrado de várias formas não clínicas/clínicas-crônicas (Hawke & Provencher, 2011).

Além disso, é interessante sugerir que achados em amostra não clínica devem ser replicados para populações mais heterogêneas, a fim de não generalizar resultados e objetivando verificar a sensibilidade do instrumento em relação a outras patologias.

Este estudo apresentou algumas limitações importantes. Primeiramente destacam-se as limitações estatísticas impostas pelo tamanho da amostra frente a um grande número de EIDs. O próprio Young comenta que estudos com amostras pequenas dificultam a fidedignidade dos resultados (Falcone & Ventura, 2008). Buscaram-se encontrar transtornos agudos de diagnósticos puros, o que reduz muito a amostra e, mesmo assim, não houve instrumento para avaliar comorbidades de Eixo II, apenas os que contemplam a Entrevista Diagnóstica do DSM-IV – M.I.N.I. 5.0.0 plus.

Outros aspectos importantes referem-se ao fato do presente trabalho tratar-se de um estudo transversal, por intermédio do qual, não houve aprofundamento na análise qualitativa dos YSQ-S3 aplicados na amostra, o que poderia influenciar os resultados finais. Assim como as comorbidades, não foram considerados diferenciais de situação de vida atual do paciente, histórias pregressas, quadros emocionais, nível econômico-educacional ou outros fatores comentados que influenciam a forma de responder o questionário. Deve-se enfatizar que este estudo procurou encontrar a associação de EIDs como preditores ou agravantes, mas não como necessários para cada diagnóstico encontrado.

A última versão do DSM-5 foi lançada em maio de 2013 pela APA, em substituição ao DSM-IV-TR, utilizado no projeto e pesquisa desta dissertação. Por questões metodológicas e cronológicas, a necessidade de um uso de instrumento validade de entrevista diagnóstico oficial da quarta edição do manual, tempo de previsão para 2015 sobre a tradução do DSM-5 para a língua portuguesa e a

dificuldade de capacitar os colaboradores com as novas diretrizes de características diagnósticas, foi necessário optar pelos parâmetros presentes no DSM-IV-TR.

A literatura com estes moldes de objetivos semelhantes ao deste estudo está em franca expansão. Ficam sugestões de métodos futuros em estudos que sejam longitudinais, possibilitando maior aprofundamento de análise do YSQ-S3 e situação, história de vida dos participantes. Muitos estudos contam com questionários, instrumentos complementares para avaliar e consolidar os aspectos cognitivos e intensidade dos sintomas que estão sendo estudados.

Poucos estudos têm dado atenção à relação entre níveis mais superficiais, como os pensamentos automáticos e os mais profundos de cognições nos esquemas, as crenças. Aplicações em grupos clínicos e não-clínicos ou em grupos divididos por circunstâncias específicas, como, por exemplo, faixa etária, estado civil, nível socioeconômico-educacional, situação profissional entre outros trariam resultados mais consistentes e esclarecedores.

Embora a Teoria do Esquema tenha sido aplicada mais frequentemente a perturbações da personalidade, a estabilidade dos Esquemas Iniciais Desadaptativos, combinam como um fator de vulnerabilidade para transtornos de humor e ansiedade. Claramente a TE vem apresentando relevância para os transtornos agudos especialmente entre os casos crônicos, não apontando-a mais como exclusiva aos transtornos de personalidade. Pessoas com transtornos de humor e ansiedade apresentam níveis elevados de EIDs, alguns dos quais parecem refletir características de transtornos específicos. Pesquisas ainda são necessárias para reforçar tal afirmação e identificar melhor os casos que podem se beneficiar mais.

Finalizando, é importante refletir que, enquanto cada pessoa tem esquemas que podem ser disfuncionais em determinadas situações, essas crenças podem não estar na raiz de seu problema atual. Também se faz importante lembrar que os sistemas de crenças das pessoas são influenciados por vários elementos situacionais e culturais.

A TE não é sinônimo de TCC, mas sim uma poderosa ferramenta complementar que não deve ser utilizada em qualquer caso, mas sim, ser implementada apenas quando os resultados esperado com a TCC tradicional não surtirem efeito esperado. O caráter integrador da TE confere-lhe uma maior capacidade de compreensão clínica das perturbações e permite uma abordagem

terapêutica mais completa e eficaz. A TE se apresenta essencial também para a potenciação da integração dos aspectos emocionais e interpessoais, para uma maior compreensão da patologia e para uma maior sensibilização e autoconsciência do indivíduo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera-Sosa, V.R., Leija-Alva, G., Rodríguez-Choreño, J.D., Trejo-Martinez, J.I., & López, M. R. R. (2009). Evaluación de câmbios em Esquemas Tempranos Desadaptativos y em la antropometria de mujeres obsesas com um tratamento cognitivo conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicologia*. 18,(2), 157-166. Disponível em: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/10285/14347>>
- Ak, M., Lapsekili, N., Haciomeroglu, B., Sutçigil, L. & Turkcapar, H. (2012). Early maladaptive schemas in bipolar disorder. *Psychology and Psychotherapy*. 85,(3), 260-267. Doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02037.
- Amorim, P. (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira Psiquiatria*., 22,(3), 106-15. Doi: 10.1590/S1516-44462000000300003
- Andrews, G., Hobbs, M.J., Borkovec, T.D., Beesdo, K., Craske, M.G., Heimberg, R.H., Rapee, R.M., Ruscio, A.M., & Stanley, M.A. (2010). Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*. 27,(2), 134-147. Doi: 10.1002/da.20658
- APA (2002) – *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (DSM-IV-TR)* (Trans. Cláudia Dornelles Rev. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, D. H. (2009). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. 2ª edição – Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shawn, B.F. & Emery, G. (1997) *Terapia cognitiva da depressão*. 1ª edição – Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (Eds). (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Beesdo, K., Pine, D.S., Lieb, R. & Wittchen, H.U., (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 76,(1), 47-57. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.177.
- Boscardin, M. K. & Kristensen, C. H. (2011) Esquemas iniciais desadaptativos em mulheres com amor patológico. *Revista de Psicologia da IMED*, 3,(01), 517-

526. Disponível em: <
<http://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/85>>
- Brasil, Ministério da Saúde (1996). Conselho Nacional de Saúde. *Normas de pesquisa envolvendo seres humanos*. Res. CNS 196/96. (4), 15-25. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf>
- Caballo, E. V. & Simon, M. A. (2005). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente – transtornos gerais*. 1ª edição. Santos, Santos.
- Callegaro, M. M. (2011). *O novo inconsciente*. Porto Alegre: Artmed.
- Calvete, E. & Estévez, A. (2009) Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de limites. *Adicciones*, 21,(1), 49-56. Disponível em: <<http://www.adicciones.es/files/49-56%20Calvete.pdf> >
- Calvete, E., Estévez, A. & Corral, S. (2007) Transtorno por estrés postraumático y su relación com esquemas cognitivos disfuncionales em mujeres maltratadas. *Psicothema*. 19,(03), 446-451. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719314> >
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire – short form. Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 90–99. Doi: 10.1027/1015-5759.21.2.90
- Castrillón, D.A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marin, C. & Schnitter (2005). Validación del Young Schema Questionnaire long form – second edition (YSQ-L2) em población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 37,(03), 541-560. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/805/80537307.pdf>>
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. da S. (2008) Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 35,(5), 187-195. Doi: 10.1590/S0101-60832008000500003.
- Cazassa, M.J. & Oliveira, M. da S. (2012) Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. *Estudos de Psicologia*. 29,(1), 23-31. Doi: 10.1590/S0103-166X2012000100003
- Cheniaux, E. (2010) *Manual de psicopatologia*. 3ª edição. Rio de Janeiro. GK-Guanabara Koogan.

- Clark D. A., & Beck, A. T. (2011) *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre, Artmed.
- Claudio V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*. 27,(2), 143-157. Disponível em: <<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/195/pdf>>
- Cockram, D. M., Drummond, P. D. & Lee, C.W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 17,(3), 165-182. Doi: 10.1002/cpp.690
- Cui, L., Lin, W. & Oie, T.P.S. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Chinese Undergraduate Students. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 9,(6), 645-655. Doi: 10.1007/s11469-010-9283-4
- Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P.J., Goudernand, M., & Hautekeete, M. (2004). Les schemas précoces dysfonctionnels: etude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux. *Encephale*. 30,(3), 255-258. Doi: ENC-6-2004-30-3-0013-7006-1019-ART7
- Dias, C. C. A. M. M. (2008). *Metamodelo Integrativo de Complementaridade Paradigmática: Semelhança ou complementaridade nas características psicológicas da d'ade terapêutica*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Díaz, C.A.G., Arévalo, B, J., Angarita, V, E., & Ruiz, Y, S. (2009) História de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitários. *Acta Colombiana de Psicología*. 12,(02), 127-134. Disponível em: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=79815640012>
- Duarte, A. L . C., Nunes, M. L. T., & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 4,(1). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008001010004&lng=pt&tlng=pt>
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn M., & Herman, J. (2008) Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 196,(1), 71-74. Doi: 10.1097/NMD.0b013e31815fa4c1

- Estevez, A. & Calvete, E. (2009) Mediación através de pensamientos automáticos de La relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología*, 25,(01), 27-35. Disponível em:< http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:revistas.um.es/index/oai:article/71461&oai_iden=oai_revista431>
- Falcone, E. L. de O., & Ventura, P. R. (2008). Entrevista com Dr. Jeffrey Young. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 4,(1). Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100010&lng=pt&tlng=pt>
- Gonçalves, D. H., & Heldt, E. P. S. (2009). Transtorno de ansiedade na infância como predito de psicopatologia em adultos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 30,(3), 533-541. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/23641>>
- Halvorsen, M., Wang, C.E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S.K., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2009). Early Maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 16,(5), 394-407. Doi: 10.1002/cpp.618
- Hawke, L. D. & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and Schema Therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 25,(04), 257-276. Doi: 10.1891/0889-8391.25.4.257
- Hawke, L.D., Provencher, M.D., & Arntz, A. (2011). Early maladaptive schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*. 133,(3), 428-436. Doi: 10.1016/j.jad.2011.04.040
- Hawke, L.D. & Provencher, M.D. (2012a). The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44,(1), 40-49. Doi: 10.1037/a0026197
- Hawke, L.D., & Provencher, M.D. (2012b). Early maladaptive schemas among patients diagnose with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 136,(3), 803-811. Dói: 10.1016/j.jad.2011.09.036
- Hochman, B., Nahas, F. X., Filho, R. S. O., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*. 22,(2), 2-9. Doi: 10.1590/S0102-86502005000800002.

- James, I. (2001). Schema therapy: the next generation, but should it carry a healthy warning? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 401-407. Doi: 10.1017/S1352465801004015.
- Labrecque, J., Dugas, M.J., Marchand, A. & Letarte, A., (2006). Cognitive-Behavioral Therapy for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder with Agoraphobia. *Behavior Modification*, 34,(4), 383-410. Doi: 10.1177/0145445504265277
- Leahy, R. L. (2010) *Terapia Cognitiva Contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Lee, C., Taylor, G, & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*. 23,(4), 441-451. Doi: 10.1023/A:1018712202933
- Lopes, E. J.. Lopes, R. F. F. & Lobato, G. R. (2006) Algumas considerações sobre o uso do diagnóstico classificatório nas abordagens comportamental, cognitiva e sistêmica. *Psicologia em Estudo*. 11,(1), 45-54. Doi: 10.1590/S1413-73722006000100006.
- Maldonado, G. G., González, A. H. S., Castillo, A. L., & Juárez, I. G. S. (2011). El DSM-V. luces y sombras de um manual no publicado. Retos y expectativas para El futuro. *Salud Mental*. 34,(4), 367-378. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-332520110004000009&lng=es&tlng=ES>
- Marques, A. M. M. B. (2010) *Esquemas mal-adaptativos precoces, ansiedade, depressão e psicopatologia em reclusas*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Porto, Portugal.
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2010). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 78,(4), 549-564. Doi: 10.1348/147608305X41371
- Matos, E. G. de., Matos, T. M. G. de., & Matos, M. G. de. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria RS*. 27,(3), 312-318. Doi: 10.1590/S0101-81082005000300010.
- McTeague, L.M., Lang, P.J., Laplante, M.C., & Bradley, M.M. (2011). Aversive Imagery in Panic Disorder: Agoraphobia Severity, Comorbidity and Defensive Physiology. *Biological Psychiatry*. 70,(5), 415-424. Doi: 10.1016/j.biopsych.2011.03.005.

- Mendes, M.A. (1999, maio) Terapia do Esquema: um novo enfoque cognitivo. *Psiquê Ciência & Vida*, 32-39.
- Nilsson, A. K., Jørgensen, C. R., Straarup, K. N., & Licht, R. W. (2010). Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5) 486–491. Doi: 10.1016/j.comppsy.2010.02.006
- Nordahl, H. M., & Nysaeter, T. E. (2005) Schema Therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 36,(3), 254-264. Doi: 10.1016/j.jbtep.2005.05.007
- Oei, T.P.S. & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*. 59,(2), 78-86. Doi: 10.1080/00049530601148397
- Oliveira, I. R. de (2011). *Apresentação*. Em Wainer, R., Piccoloto, N.M., & Pergher, G. K. (Org.), *Novas Temáticas em Terapia Cognitiva* (pp. 11-15). Porto Alegre, Sinopsys.
- Padesky, C. A. (1994) Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1,(5), 267-278. Doi: 10.1002/cpp.5640010502
- Paim, K., Madalena, M., & Falcke (2012) Esquemas iniciais desadaptativos na violência conjugal. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 8,(1), 31-39. Disponível em: <http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=155>
- Pereira, M. G. (1995). *Epidemiologia teoria e prática*. Vol 4, Rio de Janeiro. Guanabara Koogan AS.
- Peres, A. J. S. (2008) *Esquemas cognitivos e crenças mal-adaptativos da personalidade: elaboração de um instrumento de avaliação*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasil.
- Perris, C. (2000) Personality-related disorders of interpersonal behavior: a developmental constructive cognitive psychotherapy approach to treatment base on attachment theory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 7, 97-117. Doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(200005)7:2<97::AID-CPP230>3.0.CO;2-K
- Porto, P., Oliveira, L., Volchan, E., Mari, J., Figueira, I., & Ventura, P. (2008). Evidências científicas das neurociências para a terapia cognitivo-comportamental. *Paidéia*. 18,(41), 485-494. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a06.pdf>>

- Price, J.P. (2007) Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 80,(3), 343-353. Doi: 10.1348/147608306X144178
- Primiano, S., Marchand, A., Gosselin, P., Langlois, F., Bouchard, S., Bélanger, C., Labrecque, J., Dugas, M. & Dupuis, G. (2013). The Effect of a Combine Versus a Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life for Comorbid Panic Disorder With Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Results. *Behavior Modification*. September, Doi: 10.1177/014544551350430
- Range, B.P., Falcone, E.M.de O., & Sardinha, A. (2007) História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 3,(3). Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872007000200006&script=sci_arttext>
- Renner, F., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013) Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behavior Research and Therapy*. 51,(8), 487-492. Doi: 0.1016/j.brat.2013.05.011
- Rijkeboer, M.M., Bergh, H. van den., & Bout, J. van den (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 36,(2), 129-144. Doi:10.1016/j.jbtep.2004.08.005
- Riskind, J.H., & Willians, N.L. (2005). The Looming Cognitive Style and Generalized Anxiety Disorder: Distinctive Danger Schemas and Cognitive Phenomenology. *Cognitive Therapy and Research*. 29,(1), 7-27. Doi: 10.1007/S10608-005-1645-Z.
- Sadooghi, Z., Aguilar-Vafaie, M., Rasoulzadeh Tabatabaie, K., & Esfahanian, N. (2008). Factor Analysis of the Young Schema Questionnaire-Short Form in a Nonclinical Iranian Sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 14, 214-219. Disponível em: < <http://www.medlib.ir/en-us/article/28481056/factor-analysis-of-the-young-schema-questionnaire-short-form-in-a-nonclinical-iranian-sample>>
- Salkovskis, P. M. (2005). *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Santana, R. G. (2011). *Estudo das relações entre a atitude de perdoar ofensas interpessoais e os esquemas iniciais desadaptativos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Brasil.
- Schema Therapy Institute (2013). *Young Schema Questionnaire: Long & Short Forms*. Disponível em: <<http://www.schematherapy.com/id55.htm>>
- Silva, J. G. da., Cazassa, M. J., Oliveira, M. S. & Gauer, G. C. (2012). Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos: estudo psicométrico em alcoolistas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 61,(4), 199-205. Doi: 10.1590/S0047-20852012000400002
- Seixas, C.E., & Melo, W.V. (2011). *Internet como portal de múltiplos selves*. Em Wainer, R., Piccoloto, N.M., & Pergher, G. K. (Org.), *Novas Temáticas em Terapia Cognitiva* (pp. 171-191). Porto Alegre, Sinopsys.
- Shorey, R.C., Stuart, G.L., & Anderson, S. (2013). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: a comparison with a non-clinical group. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 44,(5), 522-527. Doi: 10.1016/J.JSAT.2012.12.001
- Shorey, R.C., Stuart, G.L., Anderson, S., & Strong, D.R. (2013). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Journal Clinical Psychology*. 69,(9), 912-922. Doi: 10.1002/jclp.21968
- Souza, L. D. de L. (2010). *Transtorno de Ansiedade Generalizada em Jovens de 18 a 24 anos – Prevalência, Fatores Associados, Comorbidades e Impacto na Qualidade De Vida*. (Tese de Doutorado não publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Soygüt, G., Karaosmanoglu, A. & Çakir, Z. (2009). Assessment of early maladaptive schemas: a psychometric study of the turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3. *Turkish Journal of Psychiatry*. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/24219515_Assessment_of_early_maladaptive_schemas_a_psychometric_study_of_the_Turkish_young_schema_questionnaire-short_form-3>
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001) Are the short and long forms of Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15,(3), 253-272. Disponível em: <

<http://www.questia.com/library/journal/1P3-1475319131/are-the-short-and-long-forms-of-the-young-schema-questionnaire>>

- Teixeira, D. C. A. (2010) *Esquemas iniciais desadaptativos e ajustamento psicológico em crianças e adolescentes*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Trindade, M.T., Mossatti, R.L. & Mazzoni, C.G. (2009) Terapia do esquema: uma evolução na terapia cognitivo-comportamental. Trabalho apresentado no XII Seminário Intermunicipal de Pesquisa de Guaíba. (01-08). Disponível em: <<http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2009/artigos/psicologia/salao/609.pdf>>
- Valentini, F. & Alchieri, J. C. (2009) Modelo clínico de estilos parentais de Jeffrey Young: revisão da literatura. *Contextos Clínicos*. 2,(2), 113-123. Disponível em:< <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/4920>>
- Van Ameringen, M., Simpson, W.,; Patterson, B. & Mancini, C. (2013). Panic Attacks in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 201,(1), 52- 55. Doi: 10.1097/NMD.0b013e31827ab1f6.
- Vélez, D.M.A., Garzón, C.P.C., & Ortiz, D.L.S. (2009) Relación entres esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión em Estudiantes universitários. *Universitas Psychologica*. 8,(1), 87-103. Disponível em: < <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/404>>
- Vieira, C. (2012) Fobia social – a mente que des(mente) abordagem aos esquemas mal-adaptativos precoces. *Psicologia.pt*, 1-12. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0635.pdf>>
- Wegener, I., Alfter, S., Geiser, F., Liedtke, R., & Conrad, R. (2013) Schema change without schema therapy: the role of early maladaptive schemata for a successful treatment of major depression. *Psychiatry*, 76,(1), 1-17. Doi: 10.1521/psyc.2013.76.1.1.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001) A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69,(9), 875-899. Doi: 10.1037/J0022-006X.69.6.875
- Young, J.E. & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 11-24. Disponível

em: < <http://www.questia.com/library/journal/1P3-1472599391/an-integrative-schema-focused-model-for-personality>>

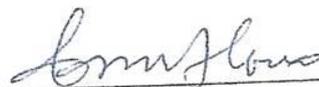
Young, J. E. (2003) *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.

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

ANEXOS**ANEXO A – autorização institucional Ulbra – Campus Santa Maria****Autorização Institucional**

A **Universidade Luterana do Brasil – ULBRA** campus de Santa Maria, autoriza o projeto de pesquisa denominado Validação brasileira do Questionário de Esquemas de Young: Versão breve YSQ-S3 de responsabilidade do mestrando Carlos Eduardo Seixas e seu orientador Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos. O objetivo deste trabalho é validar a versão brasileira do Questionário de Esquemas de Young-3, forma breve (YSQ-S3) e da Escala de Detecção de Ansiedade Social (EDAS).

Visando atingir tais objetivos propostos, a amostra a ser alcançada será de 750 sujeitos dentro do período de 24 meses a partir da autorização deste termo. A colaboração será voluntária para tal atividade, sempre considerando os aspectos éticos referentes às pesquisas com seres humanos e sem custo algum para a instituição.



Cleuza Maria Maximino Carvalho Alonso

Coordenadora de Ensino e Assessoria Pedagógica

Cleuza M. Maximino Carvalho Alonso
Coordenadora de Ensino
ULBRA Santa Maria

Autorizado em 15/04 /2013.



Santa Maria, 15 de abril de 2013.

ANEXO B – Autorização Schema Therapy Institute YSQ-S3

Schema Therapy Institute

Jeffrey Young, Ph.D., Director
Phone and Fax: (212) 221-1818

130 West 42nd St., Ste. 501, New York, NY 10036
E-mail: institute@schematherapy.com

December 11, 2012

Thank you for your recent order.

Enclosed are the latest versions of all schema inventories, forms, and lecture outlines. Your payment has been received for this packet. In exchange, we grant you permission to reproduce and utilize these materials for your clinical practice, training or research needs, until such time as the scales are published by a professional testing organization. You agreed not to change or to publish the materials in any way without our written permission (including the copyright information).

We hope this material will be helpful to you in your clinical work and research.

Please let me know if I can be of any further help.

Sincerely,


Jezel De La Rosa
Secretary to
Jeffrey Young, Ph.D.
Director

Enclosures

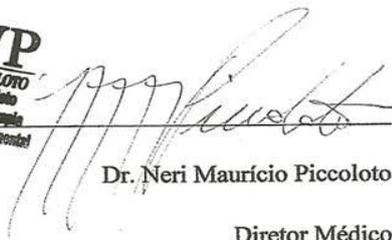
ANEXO C - Autorização institucional Centro de Psicoterapia Cognitivo
Comportamental- WP

Autorização Institucional

Autorizo que o projeto de pesquisa denominado “Associação de Esquemas Iniciais Desadaptativos em transtornos de Eixo I”, de responsabilidade do mestrando Carlos Eduardo Seixas, orientado pelo Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos, possa utilizar as turmas de formação desta instituição para captação de colaboradores. O objetivo desta pesquisa é avaliar a associação de Esquemas Cognitivos Iniciais Desadaptativos nos transtornos de Eixo I em pacientes clínicos de psicoterapia Cognitiva Comportamental.

Visando atingir o objetivo proposto, será realizada uma instrução presencial com os alunos de cada turma ativa de cursos de Especialização, Aperfeiçoamento e curso do Esquema desta instituição, no período de março/2013 a junho/2013, a fim de conseguir colaboradores para a coleta de dados no desenvolvimento do projeto. Apenas as turmas da sede da WP-Porto Alegre – Rua Santa Cecília 1556 - e da WP-Santa Maria – Rua Professor Braga 281 - serão visitadas. A colaboração será voluntária para tal atividade, sempre considerando os aspectos éticos referentes às pesquisas com seres humanos.




Dr. Neri Maurício Piccoloto
Diretor Médico

Autorizado em 06/03/2013.

Santa Maria, 06 de março de 2013.