

EDITED BY GILLIAN HEATH AND HELEN STARTUP

# CREATIVE METHODS IN SCHEMA THERAPY

Advances and Innovation  
in Clinical Practice



'Esta é uma compilação maravilhosa de inovações clinicamente ricas na prática de TS que atrairia tanto terapeutas talentosos quanto estagiários'.

- Jeffery Young, Fundador da Schema Therapy

'Os editores reuniram uma grande linha de colaboradores com base em muitos anos de experiência nas abordagens da terapia do esquema. O livro realmente faz jus ao nome na capa - apresentando muitos métodos criativos, especialmente aqueles que usam intervenções de imagens, que podem ser adotados e implementados em uma variedade de ambientes. Este livro destaca novamente que os terapeutas podem mostrar flexibilidade com as técnicas que usamos se formos fiéis aos princípios subjacentes e ao modelo conceitual.'

Este é um livro para praticantes experientes e para aqueles que não conhecem as idéias; para aqueles que fornecem terapia do esquema "verdadeira" e também para aqueles que desejam usar essas idéias para informar sua TCC. Este é um livro intensamente prático e prevejo que você o usará e recomendará nos próximos anos '.

- Nick Gray, Consultor líder em psicologia clínica, Sussex Partnership NHS Foundation Trust, Reino Unido

'Estou muito satisfeito em endossar este extraordinário corpo de trabalho oferecido por Gillian Heath e Helen Startup, Métodos criativos em terapia do esquema: avanços e inovação na prática clínica. É uma contribuição importante para psicoterapeutas em todo o mundo, uma coleção abrangente de colegas talentosos da comunidade global de Schema Therapy. Este livro instrumental, informado pelo trabalho do Dr. Jeffrey Young (fundador do modelo), oferece capítulos que se aprofundam na teoria e na aplicação da abordagem da Terapia do Esquema. Gillian e Helen são profissionais e educadores de terapia do esquema altamente experientes e talentosos, que fizeram um esforço rigoroso para trazer este livro editado à fruição, resultando em um guia atencioso e relevante para abordar algumas das populações de tratamento mais desafiadoras das maneiras mais eficazes . Este modelo baseado em evidências é lindamente representado em todo o livro com ilustrações claramente articuladas de robusta conceitualização da Terapia do Esquema, ferramentas de avaliação,

Sou profundamente grato pelo convite de Gillian e Helen para participar deste livro notável e, com confiança, o recomendo para a comunidade profissional como um recurso valioso para sua biblioteca clínica '.

- Wendy Behary, Presidente anterior, Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (ISST)

'Este livro faz jus à promessa de seu título e é um acréscimo bem-vindo aos recursos disponíveis para os médicos que praticam a terapia do esquema, sejam eles apenas iniciantes ou já experientes. A psicoterapia é um ofício e dentro da estrutura integrativa do modelo da Terapia do Esquema para conceituar casos, há espaço considerável para a criatividade e a arte do terapeuta em responder aos desafios que inevitavelmente encontramos ao responder às características únicas do

indivíduos com quem trabalhamos. Amplamente ilustrado com exemplos clínicos acessíveis, os capítulos do livro fornecem perspectivas claras e úteis sobre avaliação, conceituação de caso e a aplicação de uma ampla gama de intervenções específicas (incluindo imagens, trabalho na cadeira, trabalho relacional com métodos de reparação e CBT padrão). Estes são aplicados a uma variedade de problemas clínicos, incluindo, mas não se limitando a, depressão, ansiedade, trauma e trauma complexo, transtornos alimentares, populações forenses e trabalho com casais. Existem contribuições de uma ampla gama de autores que refletem a originalidade, diversidade, criatividade e perspicácia clínica que cada vez mais caracterizam nossa comunidade de terapia do esquema. Estou ansioso para recomendar este livro aos meus colegas e supervisionados.

- David Edwards, Professor Emérito, Departamento de Psicologia,  
Universidade de Rhodes, África do Sul; Presidente,  
Sociedade Internacional de Terapia do Esquema

'Métodos criativos é a primeira visão geral do estado atual e dos novos desenvolvimentos em Schema Therapy (ST) desde ... [a] manual em 2012. Além de descrições práticas de técnicas estabelecidas, como imagens e trabalho com cadeira, ele adiciona alguns novos tópicos à mesa, incluindo consciência corporal, tratamento de PTSD complexo e TCC breve com base em esquema. Tudo no livro tem um forte foco em aplicações práticas e clínicas, especialmente de novas técnicas criativas. Isso é único! Além de alguns autores renomados, traz também um grande número de novos escritores "em cena", principalmente da esfera anglo-australiana, refletindo o crescimento da TS em todo o mundo. As contribuições são profundas e fornecem profundidade para a compreensão do leitor do modelo. Terapeutas novos em ST, que desejam uma visão ampla, assim como terapeutas de esquema experientes em busca de orientação mais profunda e detalhada, encontrarão o que procuram! Entre o número crescente de publicações de Schema Therapy, este livro é certamente um dos mais valiosos e umdeve ter para obter uma biblioteca abrangente sobre Schema Therapy. Tenho certeza que este livro será uma história de sucesso '.

- Eckhard Roediger, Presidente anterior,  
Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (ISST);  
Diretor do Schema Therapy Institute, Alemanha

# Métodos criativos na terapia do esquema

Métodos criativos na terapia do esquema captura as tendências atuais e desenvolvimentos na terapia do esquema em ricos detalhes clínicos, com uma vivacidade que inspira e equipa o leitor para integrar essas novas formas de trabalhar diretamente em sua prática.

Começa com adaptações criativas para avaliação e formulação, incluindo a integração de métodos corporais para promover o envolvimento e provocar mudanças emocionais precoces. Outros capítulos introduzem métodos inovadores para retirar uma formulação da página e continua a trazer novos desenvolvimentos à vida em todos os aspectos do repertório de mudança de ST, incluindo reparação limitada, imagens, processamento de trauma, trabalho na cadeira, a relação de terapia, confronto empático e terminações. Para o especialista, há capítulos sobre como trabalhar com modalidades forenses, transtornos alimentares e trabalho de casal. Finalmente, o livro inclui capítulos sobre a integração de princípios e técnicas-chave de terapia cognitivo-comportamental, terapia focada na emoção e trabalho da mente compassiva em um modelo de esquema central.

O livro atrairá não apenas os terapeutas do esquema de pleno direito, mas também os terapeutas juniores e terapeutas de outras modalidades que desejam aprimorar suas formas de trabalhar.

Gillian Heath é psicóloga clínica e codiretora do programa de treinamento Schema Therapy Associates. Ela é co-autora de vários recursos de Schema Therapy altamente considerados, incluindo o Schema Therapy Toolkit, uma ferramenta de treinamento em vídeo online que demonstra técnicas básicas e avançadas de Schema Therapy.

Helen Startup é psicóloga clínica consultora e chefe conjunta de psicologia do Sussex Partnership NHS Eating Disorders Service. Ela também é conferencista sênior honorária da Sussex University e da Co-Directs Schema Therapy School, no Reino Unido.



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

# Métodos criativos em Terapia do Esquema Avanços e inovação na prática clínica

Editado por Gillian Heath e  
Helen Startup

Publicado pela primeira vez em 2020

por Routledge

2 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN

e por Routledge

52 Vanderbilt Avenue, Nova York, NY 10017

Routledge é uma marca do Taylor & Francis Group, uma empresa de informação

© 2020 seleção e questão editorial, Gillian Heath e Helen Startup; capítulos individuais, os colaboradores

O direito de Gillian Heath e Helen Startup de serem identificadas como autoras do material editorial e dos autores de seus capítulos individuais foi afirmado de acordo com as seções 77 e 78 do Copyright, Designs and Patents Act 1988.

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reimpressa ou reproduzida ou utilizada de qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico, mecânico ou outro, agora conhecido ou inventado no futuro, incluindo fotocópia e gravação, ou em qualquer sistema de armazenamento ou recuperação de informações, sem permissão por escrito dos editores.

Aviso de marca registrada: Nomes de produtos ou corporativos podem ser marcas comerciais ou registradas e são usados apenas para identificação e explicação, sem intenção de violação.

Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca Britânica

Um registro de catálogo para este livro está disponível na Biblioteca Britânica

Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca do Congresso  
Nomes: Heath, Gillian, editora.

Título: Métodos criativos na terapia do esquema: avanços e inovação na prática clínica / editado por Gillian Heath e Helen Startup.

Descrição: Milton Park, Abingdon, Oxon; Nova York: Routledge, 2020. | Inclui referências bibliográficas e índice. |

Identificadores: LCCN 2020014143 (imprimir) | LCCN 2020014144 (ebook) | ISBN 9780815398776 (capa dura) | ISBN 9780815398820 (brochura) | ISBN 9781351171847 (e-book)

Sujeitos: LCSH: Terapia cognitiva focada no esquema.

Classificação: LCC RC489.S34 C74 2020 (impressão) | LCC RC489.S34 (e-book) | DDC 616.89 / 1425 – dc23

Registro LC disponível em <https://lccn.loc.gov/2020014143>

Registro de e-book da LC disponível em <https://lccn.loc.gov/2020014144>

ISBN: 978-0-815-39877-6 (hbk)

ISBN: 978-0-815-39882-0 (pbk)

ISBN: 978-1-351-17184-7 (ebk)

Composto em Bembo

por Swales & Willis, Exeter, Devon, Reino Unido

A Simon, Lauren e Luke, minha adorável família, que trazem tanta felicidade, humor e aprendizado em tantos níveis. Além disso, a Will Swift, que me ensinou mais sobre ser um bom terapeuta do que posso quantificar.

Gillian Heath

Ao meu marido, Simon, e aos meus três filhos, Maisie, Charlie e Rosalie. Você continua a me ensinar muito sobre amor, amizade e apego saudável. Eu amo todos vocês ternamente.

Helen Startup



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

# Conteúdo

Prefácio ARNOUD ARNTZ	xii
Lista de contribuidores	xiv
Reconhecimentos	xxvii
Uma introdução à terapia do esquema: origens, visão geral, status da pesquisa e direções futuras CATHY FLANAGAN, TRAVIS ATKINSON E JEFFREY YOUNG	1
<b>PARTE I</b>	
Avaliação, formulação e necessidades básicas	17
1 Avaliação e formulação em terapia do esquema TARA CUTLAND GREEN E ANNA BALFOUR	19
2 Técnicas experenciais de avaliação BENJAMIN BOECKING E ANNA LAVENDER	48
3 Perspectiva somática na Terapia do Esquema: o papel do corpo na consciência e transformação de modos e esquemas JANIS BRIEDIS E HELEN STARTUP	60
4 Compreender e atender às principais necessidades emocionais GEORGE LOCKWOOD E RACHEL SAMSON	76
<b>PARTE II</b>	
Métodos criativos usando imagens	91
5 princípios básicos de imagens SUSAN SIMPSON E ARNOUD ARNTZ	93

X	Conteúdo	
6	Reescrever imagens para memórias de infância CHRIS HAYES E REMCO VAN DER WIJNGAART	108
7	Trabalhando com memórias de trauma e estresse pós-traumático complexo transtorno CHRISTOPHER WILLIAM LEE E KATRINA BOTERHOVEN DE HAAN	124
8	imagens da vida atual OFERTA MAURER E ESHKOL RAFAELI	138
<b>PARTE III</b>		
	Métodos criativos usando trabalho na cadeira, modos de diálogo e jogo	153
9	Uso criativo de diálogos de modo com a criança vulnerável e Modos críticos disfuncionais JOAN FARRELL E IDA SHAW	155
10	Espontaneidade e brincadeira na terapia do esquema IDA SHAW	167
11	métodos criativos com modos de enfrentamento e trabalho na cadeira GILLIAN HEATH E HELEN STARTUP	178
12	Preenchendo a lacuna entre a prática clínica forense e geral: trabalho no 'aqui e agora' com modos de esquema difíceis DAVID BERNSTEIN E LIMOR NAVOT	195
13	Terapia do esquema para casais: intervenções para promover segurança conexões TRAVIS ATKINSON E POUL PERRIS	210
<b>PARTE IV</b>		
	O confronto empático e a relação terapêutica	225
14	A arte do confronto empático e estabelecimento de limites WENDY BEHARY	227
15	Autenticidade e abertura pessoal na relação terapêutica MICHAEL VAN VREESWIJK	237
16	Ativação do esquema do terapeuta e autocuidado CHRISTINA VALLIANATOU E TIJANA MIROVIĆ	253

**PARTE V**

Desenvolvendo o Adulto Saudável e terminações na Terapia do Esquema	267
17 Desenvolvendo uma mente compassiva para fortalecer o Adulto Saudável OLIVIA THRIFT E CHRIS IRONS	269
18 Construindo o Adulto Saudável em transtornos alimentares: um modo de esquema e Abordagem de terapia focada na emoção para anorexia nervosa ANNA OLDERSHAW E HELEN STARTUP	287
19 Breve trabalho: esquema informado CBT STIRLING MOOREY, SUZANNE BYRNE E FLORIAN RUTHS	301
20 Finais e a relação terapêutica TÜNDE VANKO E DAN ROBERTS	316
Índice	328

# Prefácio

A terapia do esquema (TS) é uma abordagem cada vez mais popular para o tratamento de condições crônicas relacionadas a fatores caracterológicos. Existem várias razões principais para sua popularidade: primeiro, a premissa de que a frustração crônica das necessidades básicas de desenvolvimento iniciais está no cerne da psicopatologia adulta (especialmente quando se manifesta na extremidade mais grave do espectro) faz sentido intuitivamente para terapeutas e pacientes. . Também fornece uma estrutura normalizadora e compassiva para nomear as origens contextuais e relacionais do sofrimento psicológico. Além disso, a natureza integrativa do tratamento (oferecendo formas experenciais, bem como cognitivas e comportamentais de trabalho) é altamente atraente, pois oferece múltiplas rotas potenciais para a mudança clínica. Especificamente, a integração de técnicas experenciais em TS mostrou-se um poderoso contribuidor para a eficácia do tratamento e se destaca quando consideramos a melhor forma de apoiar os pacientes que sofreram traumas precoces e prolongados. Além disso, o princípio central da reparação limitada permite que os terapeutas se sintonizem com as necessidades essenciais não satisfeitas de seus pacientes e forneçam experiências de cura do esquema emocionalmente corretivas. Esse componente relacional é bem recebido pelos pacientes como, às vezes, sua primeira experiência de relacionamento afinado e seguro. Os terapeutas relatam que já se sentiram constrangidos por uma ênfase na lógica do 'nível da cabeça' entre as tradições, como abordagens cognitivo-comportamentais e psicanalíticas, com muito pouco no caminho de uma conexão relacional sentida ou mudança no 'nível do coração' na crença do paciente e nos sistemas de apego .

O conceito de modos de esquema, que pode ser usado para formular por meio de um 'mapa de modo de esquema', atua como um relato compartilhado do 'eu' completo de um indivíduo, em vez de meramente um resumo de seus sintomas. À medida que a terapia progride, ela fornece um "mapa do caminho" para falar sobre o desdobramento do processo da terapia e do planejamento e acompanhamento dos objetivos da terapia. De fato, estudos qualitativos com grupos de pacientes sugerem que o modelo de modo de esquema é considerado um dos componentes mais poderosos da terapia. Por último, mas não menos importante, os resultados positivos mostrados por estudos de tratamento aumentam ainda mais o perfil de ST - o modelo de tratamento agora foi testado com sucesso em quase todas as apresentações de transtorno de personalidade, demonstrando alta aceitabilidade e bom tratamento

## Prefácio xiii

eficácia. As adaptações também foram desenvolvidas para o tratamento da depressão crônica, transtornos alimentares complexos e transtorno dissociativo de identidade, com estudos de resultados completos ou em andamento.

Outra observação interessante é o recente aumento na integração de técnicas de ST em outras modalidades de tratamento, como terapia cognitivo-comportamental, terapia de casais e terapia infantil / juvenil, e o uso de técnicas como tratamentos "independentes" para direcionar os sintomas principais para alguns problemas clínicos específicos. A base de evidências para uma das técnicas principais, a reescrita de imagens, está se expandindo rapidamente, com testes clínicos documentando sua eficácia em uma gama de transtornos, incluindo PTSD (complexo), transtorno de ansiedade social, transtorno dismórfico corporal, depressão e outros.

Existem atualmente vários livros disponíveis que oferecem introduções ao ST ou discutem aplicações específicas do modelo. Normalmente, esses livros descrevem as aplicações básicas dos métodos principais. No entanto, essas formas básicas de trabalho evoluíram para melhor atender às necessidades de nossos pacientes, para melhorar os resultados para pacientes mais complexos e para fazer isso em uma gama mais ampla de configurações. Tais variações e avanços são necessários para a evolução da TS e para que ela alcance seu potencial. Embora os médicos possam ocasionalmente ser expostos a essas iniciativas criativas em workshops ou treinamentos especializados, até o momento, não há um único texto que ofereça um rico resumo dessas inovações. Este livro oferece exatamente isso e fornece uma visão geral abrangente e empolgante dos desenvolvimentos em uma ampla gama de métodos, incluindo a conceituação de caso, reparação limitada, imaginação, trabalho na cadeira e uso da relação de terapia para a mudança. Cada inovação é concretizada por princípios-chave e exemplos clínicos e, como tal, atende à necessidade de quem deseja aprofundar ainda mais suas habilidades clínicas e se aproximar melhor de seus pacientes para promover a mudança clínica e o bem-estar. Com os capítulos escritos pelos principais terapeutas do esquema, este livro fornece uma visão geral abrangente e de alta qualidade dos mais recentes desenvolvimentos em TS.

Arnoud Arntz  
Professor de Psicologia Clínica do  
Universidade de Amsterdam

## Contribuidores

Arnoud Arntz é professor de psicologia clínica na Universidade de Amsterdã na Holanda. Ele é um dos fundadores e inovadores da Schema Therapy e publicou extensivamente sobre a aplicação da Schema Therapy para apresentações complexas.

Travis Atkinson é o Diretor do Centro de Treinamento em Terapia do Esquema de Nova York (STTC). Ele ajudou a estabelecer o Schema Therapy Institute de Nova York e trabalhou como membro da equipe do Centro de Terapia Cognitiva de Nova York com o Dr. Jeff Young por muitos anos. Travis é um terapeuta, supervisor e treinador de esquemas para casais e indivíduos avançados certificados. Ele recebeu sua certificação como Terapeuta de Casais do Método Gottman no Instituto Gottman em Seattle em 2006. Travis foi supervisionado e treinado por Sue Johnson, a fundadora da Terapia de Casal com Foco Emocional, e recebeu a certificação como terapeuta de casais focado emocionalmente e supervisor em 2010. Desde 2014, Travis atuou no Conselho Executivo como Coordenador de Relações Públicas da Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (ISST) e é presidente do Grupo de Trabalho e do Comitê de Terapia de Casais do Esquema. Manual de terapia do esquema(Wiley: 2012).

Anna Balfour, uma psicóloga credenciada no Reino Unido, tem trabalhado com Schema Therapy desde 1997, treinando na primeira coorte do Reino Unido com Jeffrey Young; ela é uma supervisora e treinadora de terapeuta de esquema de nível avançado. Depois de trabalhar na Libéria com sobreviventes de traumas de guerra, Anna mudou-se para os EUA em 2006 e é conselheira estadual licenciada. Ela lecionou como Professora Adjunta no programa de Pós-Graduação em Psicologia da Eastern University e construiu seu consultório particular. Anna estabeleceu a 'Schema Therapy Pennsylvania', um grupo crescente de terapeutas do esquema que se reúne para supervisão e treinamento de colegas. Ela gosta de integrar 'Improvisação' na Terapia do Esquema e dirigiu um workshop de habilidades sobre 'Pontes para Imagens' na conferência ISST 2018 em Amsterdã. Anna agora mora no noroeste da Flórida, onde supervisiona e trabalha com terapeutas no desenvolvimento pessoal e na construção de práticas.

Mais recentemente, Anna perseguiu seu interesse em repensar o que significa ser totalmente humano, incorporando entendimentos ecológicos e orientados para a alma da psique, e psicologia positiva baseada em forças, com a Terapia do Esquema.

**Wendy Behary** é o fundador e diretor da Terapia Cognitiva Center of New Jersey e codiretor (com o Dr. Jeffrey Young) dos Schema Therapy Institutes of NJ – NYC. Ela tem atendido clientes, treinado profissionais e supervisionado psicoterapeutas por mais de 25 anos. Wendy fez parte do corpo docente do Cognitive Therapy Center e do Schema Therapy Institute de Nova York (até a fusão em 2012 com o NJ Institute), onde treinou e trabalhou com o Dr. Jeffrey Young desde 1989. Ela é fundadora e supervisora consultora do Academia de Terapia Cognitiva (Aaron T. Beck Institute). Wendy serviu como presidente do Conselho Executivo da Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (ISST) de 2010 a 2014 e atualmente é presidente do Comitê de Programas de Desenvolvimento da Terapia do Esquema. Wendy Behary é co-autora de vários capítulos e artigos sobre terapia do esquema. Ela é a autora de Desarmando o Narcisista (New Harbinger, 2013), que foi traduzido para 12 idiomas.

**David Bernstein** é psicólogo clínico (PhD, New York University, 1990) e Professor Associado de Psicologia na Universidade de Maastricht, na Holanda, onde atuou como Professor de Psicoterapia Forense (cadeira dotada, 2010-2018) e Presidente da Seção de Psicologia Forense (2010-2015). Ele é ex-presidente da Association for Research on Personality Disorders (2001-2005) e vice-presidente da Sociedade Internacional para o Estudo de Distúrbios da Personalidade (2003-2007). Ele também foi vice-presidente da International Society of Schema Therapy (2010-2012) e é terapeuta de esquema de nível avançado e supervisor de terapia do esquema. Ele é o autor ou coautor de mais de 120 publicações sobre psicoterapia, transtornos de personalidade, psicologia forense, traumas infantis e vícios, e coautor, com Eshkol Rafaeli e Jeffrey Young, de Terapia do esquema: características distintivas e a série de DVD, Terapia do esquema: trabalhando com modos, com Remco van der Wijngaart. Ele também é o autor do Questionário de trauma infantil, um questionário de autorrelato confiável e válido para abuso e negligência infantil, usado em todo o mundo. Ele é o criador do Modes, um sistema baseado em desenhos para trabalhar com modos de esquema e o fundador da SafePath Solutions, um programa baseado em equipe para adultos e jovens com transtornos de personalidade, agressão e vício. Ele foi o investigador principal em um ensaio clínico randomizado recentemente concluído de Terapia do Esquema para pacientes forenses com transtornos de personalidade na Holanda.

**Benjamin Boecking** recebeu seu PhD e DClinPsy do Instituto de Psychiatry, Psychology & Neuroscience (IoPPN), Londres. Ele é

um psicólogo clínico principal e terapeuta de esquemas qualificado com vários anos de experiência de pós-qualificação na avaliação e tratamento de dificuldades psicológicas e na realização de pesquisas. Ele atualmente trabalha no Tinnituscentre na Charité Universitätsmedizin Berlin, Alemanha, onde conceitua, implementa, conduz e avalia o fornecimento de tratamento psicológico eficaz e supervisiona outros médicos na execução deste trabalho. Seu interesse de pesquisa está em desenvolver a base de evidências para abordagens terapêuticas para aliviar o desconforto relacionado ao zumbido e outras condições somatoformes, e ele está atualmente avaliando a aplicação de intervenções focadas em esquemas nesta área. Pesquisas anteriores investigaram mecanismos psicobiológicos de tratamento psicológico eficaz para transtorno de ansiedade social, bem como processos cognitivos subjacentes à geração de estresse interpessoal na depressão. Em uma variedade de ambientes, o Dr. Boecking está ativamente envolvido no treinamento de alunos e médicos em uma variedade de tópicos, incluindo transtornos de personalidade, entrevistas clínicas e princípios de terapia cognitivo-comportamental.

Katrina Boterhoven de Haan é psicólogo clínico e candidato a doutorado encontro com interesses de pesquisa na área de trauma e PTSD complexo. Sua experiência de trabalho em setores governamentais e sem fins lucrativos tem sido predominantemente no tratamento de traumas, em apresentações complexas, com crianças, jovens e adultos. Ela se formou em Terapia do Esquema e publicou pesquisas investigando diferentes processos de tratamento da Terapia do Esquema, TCC e Terapia Psicodinâmica, e como a Terapia do Esquema pode ser usada para tratar o TEPT.

Janis Briedis é um psicólogo profissional principal que trabalha em uma clínica privada tice em Londres, tendo trabalhado em um serviço de casos complexos no National Health Service (NHS) por muitos anos. Ele é um terapeuta de esquema de nível avançado credenciado, supervisor e treinador e está envolvido com a terapia do esquema há mais de uma década. Janis é codiretora da Schema Therapy School e ministra cursos no Reino Unido e no exterior. Ele também é palestrante visitante em várias universidades no Reino Unido e ensina Terapia do Esquema, Terapia Cognitivo-Comportamental e abordagens focadas no trauma para estudantes de psicologia. Janis concluiu o treinamento em psicoterapia sensório-motora e tem interesse na integração de modalidades terapêuticas para auxiliar clientes em apresentações complexas.

Suzanne Byrne é o Diretor do Curso Conjunto de Pós-Graduação do IoPPN Diploma em CBT (Programas IAPT) Kings College London. Ela tem uma vasta experiência no fornecimento de treinamento em TCC e no trabalho com apresentações complexas de transtornos de ansiedade e depressão. Ela se formou em Terapia do Esquema e tem interesse em usar a terapia com base no esquema em ambientes com tempo limitado no NHS.

Tara Cutland Green é um psicólogo clínico consultor baseado principalmente em Londres. Ela foi treinada por Jeffrey Young no Instituto de Nova York de

Schema Therapy, tornando-se um terapeuta de esquema certificado de nível avançado e treinador-supervisor. Ela ministrou treinamento em Schema Therapy no Reino Unido, Polônia e Bulgária e é codiretora, com a Dra. Gillian Heath, do Schema Therapy Associates Training. Juntos; ela e Gillian criaram Schema Therapy Toolkit, um conjunto de vídeos de treinamento que foi bem recebido em todo o mundo e foi coautor do capítulo 'Terapia do esquema' no Manual de psicologia clínica de adultos (Routledge, 2016). Ela tem experiência no NHS e prática independente no Reino Unido e também morou na Nova Zelândia, onde trabalhou em uma equipe de transtornos de personalidade e serviu no comitê nacional de transtornos de personalidade da Nova Zelândia. Ela trabalha com uma ampla gama de dificuldades psicológicas e tem um interesse especial em trabalhar com fé no processo terapêutico.

**Joan Farrell, PhD**, é Professor Adjunto de Psicologia Clínica em Indiana University-Purdue University Indianapolis e foi professor clínico na Indiana University School of Medicine (IUSM), em psiquiatria por 25 anos. Ela é a Diretora de Pesquisa do IUSM / Eskenazi Health Center for Borderline Personality Disorder Treatment & Research. Ela é co-autora de três livros sobre terapia do esquema, que foram traduzidos para vários idiomas, bem como capítulos de livros e artigos de pesquisa. Sua carreira de 40 anos se concentrou em treinamento e pesquisa em psicoterapia. Ela fornece treinamento e supervisão em terapia do esquema internacionalmente. Como contemporânea de Jeffrey Young, ela trabalhou com Ida Shaw para integrar intervenções cognitivas e experenciais para desenvolver experiências emocionais corretivas ao tratar o transtorno de personalidade limítrofe (TPB) em grupos. Isso levou ao desenvolvimento da terapia do esquema de grupo na década de 1990. Este modelo foi testado pela primeira vez com sucesso em um estudo apoiado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA e, atualmente, em um estudo em cinco países com 500 pacientes co-liderados por Joan e Arnoud Arntz. Joan é instrutora-supervisora de Terapia do Esquema de Nível Avançado e co-dirige o Instituto de Terapia do Esquema no Centro-Oeste, em Indianápolis. Ela foi a Coordenadora do ISST para Treinamento e Certificação, 2012–2018 e agora é presidente do Conselho Consultivo de Treinamento e Certificação do ISST.

Cathy Flanagan recebeu seu PhD da University College Dublin (UCD), Irlanda, e manteve bolsas de pós-doutorado com o Dr. Richard Lazarus na Universidade da Califórnia-Berkeley e o Dr. Aaron Beck no Centro de Terapia Cognitiva da Universidade da Pensilvânia. Antes de se mudar para os EUA, ela foi Diretora de Serviços Psicológicos do St Patrick's Hospital, Dublin, com cargos de professora na UCD e no Trinity College Dublin. Em sua função como Coordenadora Clínica e Supervisora Sênior no Schema Therapy Institute de Nova York com o Dr. Jeffrey Young, ela esteve envolvida no desenvolvimento inicial do modelo ST. Além de fornecer treinamento e supervisão nos EUA e na Irlanda, Cathy publicou um livro, Pessoas e Mudança, e escreveu vários capítulos e artigos, mais recentemente sobre necessidades psicológicas, modos de enfrentamento e trabalho interno

## xviii Contribuidores

modelos. Cathy é membro do Conselho Editorial, *Journal of Psychotherapy Integration*, e um membro fundador da Academy of Cognitive Therapy (ACT). Ela faz parte do Comitê de Programas de Desenvolvimento de Terapia de Esquema (STDP) da Sociedade Internacional de Terapia de Esquema (ISST) e é Presidente Honorária da Associação de Terapia de Esquema da Irlanda (STA). Cathy está atualmente em consultório particular na cidade de Nova York.

Chris Hayes é psicólogo clínico e terapeuta de esquemas de nível avançado com sede em Perth, Austrália Ocidental. Ele tem uma vasta experiência em ambientes governamentais e privados, trabalhando com clientes com apresentações psicológicas complexas. Desde 2005, ele tem praticado como terapeuta avançado do esquema, supervisor e treinador, tendo concluído a Certificação em Terapia do Esquema no Instituto de Terapia do Esquema na cidade de Nova York (EUA) com o Dr. Jeffery Young. Ele apresentou workshops em toda a Europa, Ásia e Australásia. Ele é o Diretor de Schema Therapy Training Australia. Além de fornecer treinamento e supervisão em Terapia do Esquema, ele atualmente trabalha no Departamento de Saúde da Austrália Ocidental como Psicólogo Clínico Sênior (em um serviço especializado trabalhando com pessoas que sofreram trauma sexual recente ou na infância). Ele co-produziu dois lançamentos em DVD / vídeoReescrito de imagens de ajuste fino e Trabalho de cadeira de ajuste fino em terapia de esquema, ambos são altamente recomendados (e os primeiros de seu tipo internacionalmente). Anteriormente, ele atuou como Secretário do Conselho da Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (ISST).

Gillian Heath é psicólogo clínico baseado em Londres. Ela foi treinada pelo Dr. Jeffrey Young no Instituto de Terapia do Esquema de Nova York e é um terapeuta de esquema de nível avançado e instrutor-supervisor. Ela é codiretora, com a Dra. Tara Cutland Green, do Schema Therapy Associates Training, um programa aprovado pelo ISST desde 2012. Juntos, eles criaram o Schema Therapy Toolkit, um conjunto de vídeos de treinamento cobrindo métodos básicos e avançados de terapia do esquema; e foi coautor do capítulo 'Terapia do esquema' no Manual de psicologia clínica de adultos (Routledge, 2016). Ela tem experiência no NHS e prática independente e tem um interesse especial em trabalhar com traumas complexos, dificuldades de nível de personalidade e transtornos alimentares, bem como problemas de saúde mental mais comuns, como ansiedade e depressão.

Chris Irons é psicólogo clínico baseado em Londres. Ele tem trabalhado ao lado do professor Paul Gilbert e outros colegas nos desenvolvimentos e adaptações teóricas e clínicas da Terapia Focada na Compaixão (CFT) (Gilbert, 2009; Gilbert & Irons, 2005, 2014) como uma abordagem psicoterapêutica baseada na ciência. Em seu trabalho clínico, ele usa CFT para trabalhar com pessoas que sofrem de uma variedade de problemas de saúde mental, incluindo depressão persistente, PTSD, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno afetivo bipolar, transtornos alimentares e esquizofrenia, junto com

uma variedade de transtornos de personalidade. Chris é membro do conselho da Compassionate Mind Foundation, uma organização de caridade com o objetivo de: 'Promover o bem-estar por meio da compreensão científica e da aplicação da compaixão'. Ele apresenta regularmente para públicos acadêmicos, profissionais e leigos sobre CFT e, mais amplamente, a ciência da compaixão. Ele está interessado em como a compaixão pode melhorar o bem-estar individual, a satisfação do relacionamento e facilitar a mudança positiva do grupo e da organização. Entre outras coisas, ele está atualmente pesquisando o papel da compaixão e da ruminação na depressão; o papel da compaixão e da vergonha na psicose; e o papel de si mesmo e de outra compaixão na qualidade do relacionamento. Ele publicou recentemente um livro sobre depressão e atualmente está escrevendo três livros sobre CFT.

**Anna lavanda é psicólogo clínico principal no sul de Londres e Maudsley NHS Foundation Trust.** Ela tem mais de 20 anos de experiência em tratamento e supervisão de TCC e também é uma terapeuta e supervisora qualificada de esquemas. Ela dá aulas de treinamento de psicólogos em processos interpessoais em terapia e tem trabalhado extensivamente com indivíduos com transtornos de personalidade. Ela é a líder conjunta do Reino Unido em um ensaio internacional do uso da Terapia do Esquema de Grupo com indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe. Ela é co-autora de The Oxford Guide to Metaphors in CBT(2010), e atualmente é co-autor, com o Dr. Stirling Moorey, de A relação terapêutica na TCC.

Christopher William Lee trabalha em consultório particular e tem um adjunto nomeação na University of Western Australia. Ele é um instrutor certificado pela International Society of Schema Therapy (ISST) e pela EMDR International Association. Ele conduz workshops de treinamento de terapeutas em terapia do esquema e tratamentos de traumas em toda a Austrália e no exterior. Ele publicou pesquisas sobre transtornos de personalidade, avaliação de esquemas e PTSD. Ele recebeu dois prêmios da International Society for Traumatic Stress Studies e três prêmios da International EMDR Association por excelência em pesquisa, o primeiro em 1999 e o mais recente em 2019. Em 2011, ele recebeu o Prêmio Ian Campbell Memorial da Australian Psychological Society por contribuições como cientista, praticante de psicologia clínica na Austrália. Ele é atualmente o principal investigador em dois ensaios clínicos randomizados multicêntricos internacionais, um no tratamento de PTSD complexo e o outro usando a Terapia do Esquema para transtorno de personalidade limítrofe. No passado, ele atuou no Conselho do ISST como coordenador de pesquisa.

**George Lockwood é o Diretor do Schema Therapy Institute Mid-oeste, Kalamazoo e é membro fundador da Academy of Cognitive Therapy.** Ele completou uma bolsa de pós-doutorado em terapia cognitiva sob a supervisão de Aaron T. Beck em 1982 e tem treinamento em psicoterapia psicanalítica e abordagens de relações objetais. Ele é um treinador-supervisor de terapeuta de esquema certificado avançado, foi eleito para

serviu no Conselho Executivo da Sociedade Internacional de Terapia do Esquema por oito anos, escreveu uma série de artigos e capítulos sobre terapia cognitiva e do Esquema, desempenhou um papel central no desenvolvimento e validação de dois novos construtos da Terapia do Esquema (Esquemas Positivos e Padrões Parentais Básicos Negativos e Positivos) e três inventários associados. Ele treinou e trabalhou com o Dr. Jeffery Young desde 1981 (participando do desenvolvimento inicial da Terapia do Esquema) e manteve um consultório particular nos últimos 35 anos.

**Oferecer Maurer, PhD**, é psicólogo clínico, diretor do The New Wave in Psychotherapy Program no Hertzeliya Interdisciplinary Center (IDC) em Israel e co-fundador / co-diretor do Instituto Israelense de Terapia do Esquema. Ele é o ex-presidente do Fórum Israelense de Psicanálise Relacional e Psicoterapia. O Dr. Maurer é palestrante convidado em vários programas internacionais sobre questões LGBT e sexualidade, Terapia do Esquema e integração em psicoterapia. Ele é o diretor fundador do 'Gay-Friendly Therapists Team' (2001), o primeiro instituto de psicoterapia gay-friendly em Israel. Com sede em Nova York, ele oferece treinamento de vida informado sobre a Terapia do Esquema para indivíduos e grupos.

**Tijana Mirović** possui um PhD em Psicologia Clínica e é um avançado Terapeuta de esquema de nível e supervisor da Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (ISST), terapeuta familiar sistêmico e terapeuta Rational Emotive Behavioral (Associate Fellow do Albert Ellis Institute). Ela era professora associada na universidade e agora dirige um centro de aconselhamento em Belgrado, Sérvia. Ela fez suas teses de mestrado e doutorado em terapia do esquema e publicou uma série de artigos sobre os esquemas desadaptativos iniciais e sua relação com o trauma social, funcionamento familiar, apego e vários sintomas. Além disso, ela fez várias apresentações sobre terapia do esquema em toda a ex-Iugoslávia e publicou o primeiro livro sobre terapia do esquema na língua sérvia. Isso criou um interesse na Terapia do Esquema e levou à abertura do Centro de Terapia do Esquema em Belgrado - o primeiro centro de treinamento de Terapia do Esquema credenciado na região. Desde então, e dentro deste centro de treinamento, o Dr. Mirović tem conduzido treinamento e supervisão em Terapia do Esquema na Sérvia, Croácia, Bósnia e Herzegovina, Montenegro e Eslovênia.

**Stirling Moorey**, é um psiquiatra consultor em CBT no sul de Londres e Maudsley NHS Trust e Professora Visitante Sênior no Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociência, e anteriormente foi SLaM Professional Head of Psychotherapy. Ele foi chefe clínico de departamentos de psicoterapia nos hospitais Barts and Maudsley e tem vasta experiência no tratamento de apresentações complexas de depressão e ansiedade. Ele é cofundador do Diploma de Pós-graduação do IOPPN em CBT e tem 30 anos de experiência em treinamento e supervisão de muitos grupos profissionais em CBT. Ele também se formou em Terapia Cognitiva Analítica, Terapia do Esquema e

MBCT. Ele dá palestras regularmente sobre rupturas de alianças e relacionamento de supervisão. Seu interesse de pesquisa é no campo da psico-oncologia e ele é co-autor do Guia Oxford de TCC para Pessoas com Câncer (2012). Outras publicações relevantes incluem 'São eles ou sou eu? Transferência e contratransferência em CBT', em 'Como se tornar um terapeuta de TCC mais eficaz' (2014).

**Limor Navot** tem um MA em Psicologia Clínica e Educacional Infantil da Universidade Hebraica de Jerusalém. Ela trabalhou por vários anos como psicóloga no Serviço Prisional de Israel, com ampla experiência no diagnóstico e tratamento de prisioneiros que cometem crimes violentos graves, bem como no tratamento de transtornos de personalidade. Ela é ativa no mundo da Terapia do Esquema, ministrando palestras e workshops em conferências internacionais. Ela é a chefe da SafePath Israel, onde dá treinamento e supervisão no SafePath, um método baseado em terapia de esquema para trabalhar com equipes. Ela tem um consultório particular em Maastricht, Holanda.

**Anna Oldershaw** é um psicólogo clínico sênior com formação adicional em Terapia focada na emoção (EFT). Ela oferece terapia e supervisão de EFT e é membro da International Society for Emotion Focused Therapy (isEFT). Ao lado de Les Greenberg e Robert Elliott, ela cofacilita o treinamento EFT no Emotion Focused Therapy Institute no Salomons Institute for Applied Psychology, no sudeste da Inglaterra. Antes de seu treinamento clínico, Anna completou um PhD com foco em anorexia nervosa e emoção e publicou extensivamente sobre o assunto. Ela agora trabalha em um Serviço de Transtornos Alimentares do NHS. Em 2016, Anna recebeu uma bolsa do National Institute of Health Research para financiar o desenvolvimento e teste de uma terapia focada na emoção para adultos com anorexia nervosa (o estudo SPEAKS), trabalhando ao lado da Dra. Helen Startup e do Professor Tony Lavender.

**Poul Perris, MD**, psicoterapeuta e supervisor licenciado, é o diretor do Instituto Sueco de TCC e Terapia de Esquema em Estocolmo, Suécia. Ele foi o Presidente Fundador da Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (ISST) de 2008 a 2010, e atuou como Presidente da Associação Sueca para Terapias Cognitivas Comportamentais (SABCT) de 2010 a 2016. Poul foi originalmente treinado e supervisionado pelo Dr. Jeffrey Young em Terapia do Esquema e é um terapeuta certificado do esquema, supervisor e treinador para indivíduos e casais. Ele se especializou no tratamento de transtornos de personalidade e em terapia de casais para problemas relacionais complexos. Poul publicou um manual sobre Schema Therapy (em sueco) e também foi coautor de vários capítulos de livros didáticos em inglês sobre Schema Therapy. Ele tem ensinado e supervisionado terapeutas cognitivo-comportamentais e terapeutas do esquema internacionalmente por mais de uma década.

**Eshkol Rafaeli** é psicólogo clínico (nos EUA e em Israel), professor no departamento de psicologia e programa de neurociência em Bar-Ilan

University in Israel, e um cientista pesquisador no Barnard College da Columbia University. É diretor do laboratório Afeto e Relacionamentos, que estuda processos de relacionamento próximo, bem como processos afetivos e interpessoais em psicopatologia e psicoterapia. Ele é terapeuta do esquema desde que ingressou no Centro de Terapia Cognitiva de Jeffrey Young de Nova York em 2002, mais tarde se tornando um supervisor do programa de NY e (após sua mudança para Israel em 2009) foi um dos fundadores do Instituto Israelense de Terapia do Esquema . Ele supervisionou, deu palestras e escreveu sobre a Terapia do Esquema extensivamente. Por exemplo, ele foi coautor (com David Bernstein e Jeffrey Young) Terapia do esquema: características distintivas para Routledge, e mais recentemente contribuiu com capítulos para volumes editados em Trabalhando com a emoção na terapia cognitivo-comportamental (Guilford Press, 2014) e em O Self na compreensão e tratamento de transtornos psicológicos (Oxford University Press, 2016). Ele foi membro do conselho editorial de várias revistas, incluindo Pesquisa em psicoterapia, terapia comportamental, e Journal of Research in Personality.

Dan Roberts é um terapeuta cognitivo e um esquema certificado de nível avançado terapeuta. Dan trabalha com adultos em seu consultório particular no norte de Londres, onde trata pessoas com traumas agudos e de desenvolvimento, bem como outros problemas psicológicos complexos. Sua formação abrange aconselhamento humanístico, psicoterapia integrativa, terapia cognitiva e do esquema. Dan também é o fundador da Schema Therapy Skills, por meio da qual ele oferece workshops de treinamento para profissionais de saúde mental em todo o Reino Unido. Antes de se retreinar como terapeuta, Dan foi jornalista de saúde por mais de uma década, escrevendo para muitos dos principais jornais e revistas do Reino Unido. Ele continua escrevendo artigos sobre psicologia e psicoterapia, além de trabalhar para desestigmatizar problemas de saúde mental em seu site e na mídia.

Florian Ruths é um psiquiatra consultor no Hospital Maudsley em Londres. Ele também é um treinador e supervisor em CBT. Florian é co-líder do Serviço de Terapia de Esquema Maudsley desde 2014. Ele é o Investigador Principal do Ensaio Internacional Multicêntrico Randomizado Controlado de Terapia de Esquema de Grupo para EUPD (Pesquisador-chefe A. Arntz, Amsterdam) para os sites do Reino Unido. Florian tem interesse em investigar o impacto dos traços de personalidade do agrupamento B nos relacionamentos pais-filhos e desenvolveu um modelo de supressão de apego baseado em esquema. Como líder do Maudsley Mindfulness Service, Florian tem fornecido grupos de terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT) para pacientes com depressão crônica e problemas de ansiedade por 15 anos, com Stirling Moorey. Ele também elaborou um programa baseado em MBCT para melhorar o bem-estar e a resiliência em profissionais de saúde. Florian ensina Terapia Cognitivo-Comportamental e MBCT em dois cursos de mestrado em Londres e Kent. Ele publicou nas áreas de MBCT, ansiedade e depressão.

Rachel Samson é psicólogo clínico, BPsychotherapy (Hons) MPsychotherapy (clínico), e codiretor do Center for Schema Therapy Australia. Rachel tem vasta experiência em trabalhar com indivíduos, casais e famílias com apresentações psicológicas complexas. Ela está interessada na aplicação clínica da teoria do apego ao longo da vida. Ela foi treinada internacionalmente na avaliação do apego pai-filho e sensibilidade materna na tradição John Bowlby-Mary Ainsworth. Rachel tem Certificação Internacional Avançada em Terapia do Esquema (ISST) e ministrou seminários e workshops, publicou pesquisas e fez apresentações em conferências nacionais e internacionais sobre Terapia do Esquema, fixação e alta sensibilidade. Em 2018, Rachel apresentou um modelo expandido de Terapia do Esquema para clientes altamente sensíveis e emocionalmente reativos com o Dr. Jeffrey Young e o Dr. George Lockwood na Conferência Internacional ISST em Amsterdã; o workshop foi intitulado 'Varrendo as transformações da vida: Os novos alcances da Terapia do Esquema'.

Ida Shaw é um terapeuta de esquemas certificado avançado e supervisor-treinador em Terapia do Esquema (ST) individual, em grupo e criança-adolescente com a Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (ISST). Ela fundou e codirigiu o Centro de Indianápolis do Schema Therapy Institute Midwest, com programas de treinamento de certificação aprovados pelo ISST em terapia individual, em grupo e criança-adolescente. Ela fornece treinamento e supervisão internacionalmente. Ela é co-autora de três livros sobre TS, que foram traduzidos para vários idiomas, e vários capítulos de livros. Ida é Diretora de Treinamento do Centro para Tratamento e Pesquisa de Transtornos de Personalidade Borderline da Escola de Medicina da Universidade de Indiana e da Eskenazi Health. Ela ocupou o mesmo cargo no teste internacional de cinco países para a terapia de esquema de grupo (GST) para transtorno de personalidade limítrofe, e ensaios de pesquisa na Holanda adaptando GST para transtorno de personalidade esquiva e fobia social e TS individual para transtorno dissociativo de identidade. Ela preside o Grupo de Trabalho do ISST sobre Terapia do Esquema para Crianças e Adolescentes, que definiu os padrões de certificação para essa área. Ela contribuiu extensivamente para as intervenções experientiais da Terapia do Esquema e, com Joan Farrell, desenvolveu e testou um modelo de Terapia do Esquema em Grupo que está sendo usado em todo o mundo.

Susan Simpson é psicólogo clínico e diretor de terapia do esquema Escócia. Ela é instrutora-supervisora de Terapia Avançada do Esquema, oferecendo treinamento especializado em Terapia do Esquema para transtornos de personalidade, transtornos alimentares e PTSD, tanto localmente no Reino Unido quanto internacionalmente. Susan é atualmente secretária da diretoria executiva do ISST. Ela publicou amplamente sobre Schema Therapy para complexos transtornos alimentares e, mais recentemente, sobre o papel de Early Maladaptive Schemas e modos de burnout entre psicoterapeutas. Ela recentemente coeditou Terapia do esquema para transtornos alimentares (2019, Routledge). Ela atualmente trabalha meio período no NHS Scotland e é acadêmica adjunta na University of South Australia.

Helen Startup é Psicólogo Clínico Consultor e Chefe Adjunto de Psicologia para o Sussex Partnership NHS Eating Disorders Service; ela também é Pesquisadora Sênior com o Trust e Honorary Senior Lecture da Sussex University. Antes do treinamento clínico, ela completou um PhD em Mecanismos Psicológicos de Ansiedade e Preocupação e publica amplamente em revistas acadêmicas. Ela foi co-candidata em quatro ECRs multisite financiados, testando intervenções em vários aspectos da psicopatologia (psicose, transtornos alimentares, transtornos de personalidade). Recentemente, ela foi co-autora do Apostila de terapia interpessoal cognitiva para o tratamento da anorexia nervosa (Routledge), que é uma intervenção psicológica adotada pelo NICE. Ela é uma terapeuta-supervisora de TCC credenciada e terapeuta de esquemas de nível avançado. Junto com Janis Briedis, ela co-dirige a Schema Therapy School UK Ltd, que oferece workshops especializados em Schema Therapy e treinamento de certificação no Reino Unido.

Olivia Thrift é um terapeuta de esquema certificado avançado, treinador e supervisora, bem como um praticante experiente de CFT e professor certificado de mindfulness e ioga. Originalmente do Reino Unido, ela trabalhou no NHS e em ambientes forenses seguros por mais de 15 anos como psicóloga sênior de aconselhamento. Ela se especializou em trabalhar com pessoas com diagnóstico de transtorno de personalidade e traumas complexos. Olivia atualmente mora no norte da Califórnia e trabalha com o Programa de Treinamento em Terapia do Esquema da Califórnia como supervisora e instrutora. Ela também trabalha para o San Francisco DBT Center e continua a fornecer terapia psicológica e supervisão remotamente por meio da The Psychology Company, uma clínica de terapia baseada no Reino Unido que ela fundou. Ela publicou pesquisas na área de identidade e trauma.

Christina Vallianatou completou seu primeiro diploma em psicologia na University of Wales, Cardiff e seu Doutorado em Aconselhamento em Psicologia na Universidade de Surrey. Ela é terapeuta, supervisora e treinadora de esquemas de nível avançado e terapeuta EMDR. Ela trabalhou para o National Health Service (UK) e atualmente trabalha em consultório particular em Atenas. Ela tem anos de experiência de ensino em diferentes ambientes acadêmicos e lecionou Terapia do Esquema na Sérvia e na Grécia. Ela tem experiência psicoterapêutica em traumas complexos, dissociação, transtornos de personalidade e transtornos alimentares. Seus interesses de pesquisa, publicações e apresentações em conferências se concentram nos seguintes tópicos: Terapia do Esquema, transtornos alimentares e questões multiculturais em psicoterapia.

Remco van der Wijngaart, é psicoterapeuta, terapeuta de esquema credenciado e supervisor clínico (Sociedade Internacional de Terapia do Esquema, ISST) e Vice-presidente da Sociedade Internacional de Terapia do Esquema, ISST (2016–2018). Remco trabalha como psicoterapeuta em um consultório particular em Maastricht, Holanda. Inicialmente treinado em Terapia Cognitivo-Comportamental, ele foi treinado e supervisionado em Terapia do Esquema pessoalmente pelo Dr. Jeffrey Young de 1996 a 2000. Remco é especialista em borderline

pacientes, pacientes com transtornos de personalidade do cluster C, bem como transtornos de ansiedade e depressão. Desde 2000, ele freqüentemente ministra cursos de treinamento em Terapia do Esquema em todo o mundo. Ele co-produziu e dirigiu a produção audiovisual Terapia do esquema, trabalhar com modos, que é considerada um dos instrumentos essenciais na aprendizagem da Terapia do Esquema. Em 2016, ele publicou duas novas produções: Reescrito de imagens de ajuste fino e Terapia do esquema para o transtorno da personalidade esquiva, dependente e obsessivo-compulsivar, e, em 2018, a produção Terapia do esquema, passo a passo.

Michiel van Vreeswijk é psicólogo clínico e terapeuta de esquemas certificado e supervisor-treinador da International Society of Schema Therapy (ISST); um profissional certificado e supervisor de CBT; e CEO da G-kracht psychomedisch centrum BV (instituto de saúde mental), Holanda. Ele oferece workshops regulares e supervisão em ST na Holanda e no exterior. Michiel tem um interesse especial na terapia de grupo do esquema e preditores da eficácia do tratamento para a terapia do esquema individual e em grupo. Ele foi o co-desenvolvedor de vários protocolos de terapia de grupo de esquema de tempo limitado. Michiel editou e escreveu livros, capítulos e artigos sobre ST, incluindo edição e redação de vários capítulos no Manual Wiley-Blackwell de Terapia, Teoria, Pesquisa e Prática do Esquema (2012). Ele é co-autor Mindfulness and Schema Therapy: A Practical Guide (2014).

Tünde Vanko tem um PhD em Psicologia Clínica e do Desenvolvimento e é um terapeuta cognitivo-comportamental credenciado e terapeuta de esquema de nível avançado, supervisor e treinador. Tünde concluiu seu treinamento em CBT na Universidade da Pensilvânia, EUA, quando recebeu uma bolsa Fulbright em 2007. Durante seu ano Fulbright, ela também iniciou o treinamento em Terapia do Esquema no programa do Dr. Jeffrey Young em Nova York. Tünde é também cofundador e diretor clínico da Associação Húngara de Terapia de Esquema em Budapeste, que ofereceu o primeiro programa de certificação em Terapia de Esquema na Hungria. Tünde trabalhou no Priory Hospital em Londres por vários anos. Atualmente, ela divide seu tempo trabalhando em consultório particular em Londres e gerenciando ativamente os programas de treinamento da Hungarian Schema Therapy Association em Budapeste.

Jeffrey Young é o fundador da Schema Therapy e o diretor do Schema Therapy and Cognitive Therapy Institutes of New York. Ele faz parte do corpo docente do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Columbia, é membro fundador da Academy of Cognitive Therapy e cofundador da International Society for Schema Therapy. O Dr. Young tem conduzido workshops por mais de 20 anos em todo o mundo, incluindo os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Europa, Austrália, China, Coréia do Sul, Japão, Nova Zelândia, Cingapura e América do Sul. Ele recebe consistentemente avaliações excelentes internacionalmente por seu ensino

## xxvi Contribuidores

habilidades, incluindo o prestigioso prêmio NEEI de Educador em Saúde Mental do Ano. O Dr. Young apresentou workshops e palestras para milhares de profissionais de saúde mental, resultando em uma grande demanda por treinamento e supervisão aprofundados em Terapia do Esquema. O Dr. Young é co-autor de dois livros mais vendidos internacionalmente:Terapia do esquema: um guia do profissional para profissionais de saúde mental, e Reinventando sua vida, um livro de autoajuda para clientes e público em geral. Ambos foram traduzidos para vários idiomas.

# Reconhecimentos

A jornada de trabalhar juntos neste livro foi um prazer. Fomos inspirados e movidos pela inovação, habilidade e compaixão clínica inerentes ao trabalho de nossos autores e seus pacientes. Construímos novas conexões de trabalho e amizades ao longo do caminho e aprendemos muito com especialistas em nossa área. Na verdade, também aprendemos muito sobre nossas próprias estratégias de enfrentamento e resiliência! Como co-editores, nessa nova empreitada juntos, nossa parceria de trabalho tem sido produtiva e cheia de bom humor, nos tornando bons amigos, o que talvez seja a parte mais adorável. Nós dois nos unimos e sentimos uma enorme sensação de admiração pela profundidade do aprendizado e a verdadeira conexão que reunimos dos pacientes com quem trabalhamos ao longo dos anos.

Helen Startup e Gillian Heath



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

# Uma introdução à terapia do esquema

## Origens, visão geral, status de pesquisa e direções futuras

Cathy Flanagan, Travis Atkinson e Jeffrey Young

A Terapia do Esquema (ST) é uma terapia integrativa que combina "elementos das escolas cognitivo-comportamentais, de apego, Gestalt, relações objetais, construtivistas e psicanalíticas em um modelo conceitual e de tratamento rico e unificador" (Young, Klosko & Weishaar, 2003, p . 1). Ele pertence ao que é chamado de 'segunda onda' da terapia cognitivo-comportamental (TCC) porque seu foco principal tem sido o conteúdo, ao invés do contexto ou processo, de representações mentais (ver Luyten, Blatt & Fonagy, 2013; Roediger, Stevens & Brockman, 2018).

Modelos cognitivo-comportamentais anteriores eram baseados em uma série de suposições principais: que os pacientes poderiam cumprir o protocolo de tratamento, obter acesso às suas cognições e emoções, identificar objetivos terapêuticos claros, mudar cognições e comportamentos problemáticos por meio do discurso lógico e se envolver com relativa facilidade em uma relação colaborativa com o terapeuta. Jeffrey Young, que havia sido treinado na tradição cognitivo-comportamental, observou que o modelo existente era inadequado para pacientes com distúrbios caracterológicos. Esses pacientes frequentemente ficavam presos a ciclos rigidamente autoperpetuadores e autodestrutivos e não respondiam ou recaíam após as intervenções existentes de curto prazo. Assim, ele começou a identificar as características desses pacientes e as estratégias de tratamento que poderiam atender melhor às suas necessidades específicas.

### Conceitos centrais

Voltando-se para outros modelos de terapia, Young encontrou inspiração teórica em perspectivas relacionais mais amplas (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988) e possibilidades de expansão clínica em técnicas experenciais, como imaginação e trabalho na cadeira. Na década de 1980, outros terapeutas cognitivos também estavam reconhecendo tais problemas no tratamento de casos mais complexos e recorrendo a teorias interpessoais e relacionais para abordá-los (ver Safran, 1984). Claro, gerações de médicos e teóricos clínicos enfrentaram o mesmo desafio de ajudar as pessoas a se curar dos efeitos de longo prazo da adversidade na infância e na adolescência (Baer & Martinez, 2006; Bakeman-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Mikulincer & Shaver, 2012). Em outras palavras, as perguntas feitas por Young não eram novas.

O que era realmente inovador no pensamento de Young, entretanto, era o conceito de 'esquemas iniciais desadaptativos', ou EMSs. Postulando cinco necessidades básicas - para

apegos seguros, autonomia, liberdade para expressar necessidades e emoções válidas, espontaneidade e brincadeira, e limites realistas e autocontrole - Young propôs que quando essas necessidades essenciais forem cronicamente não satisfeitas, as crianças formarão EMSs, ou hipersensibilidades, a certos tipos de experiências, como privação, abandono ou desconfiança (Young et al., 2003; Flanagan, 2010). Um EMS foi originalmente definido como um tema ou padrão amplo e difundido compreendendo memórias, emoções, cognições e sensações corporais, relacionadas a si mesmo e ao relacionamento com os outros, desenvolvido durante a infância ou adolescência, elaborado ao longo da vida e disfuncional em um grau significativo (Young et al., 2003, p. 7). Nos anos seguintes, muitas definições contrastantes foram oferecidas (Eurelings-Bontekoe et al., 2010; Van Genderen, Rijkeboer & Arntz, 2012; Roediger, 2012).

Toda criança tentará entender e se adaptar a seu mundo, mesmo em face de adversidades significativas e prolongadas. Consequentemente, em seus esforços para compreender e processar tais experiências, a visão de uma criança de si mesma e de outras pessoas pode se tornar sistematicamente tendenciosa (Young et al., 2003). Foi presciente que Young também enfatizou o papel do temperamento na aquisição do esquema. Pesquisa sobre o que é denominado suscetibilidade diferencial demonstra que, mesmo na infância, algumas crianças são mais impactadas por suas experiências de cuidado do que outras (Boyce & Ellis, 2005; Belsky et al., 2007) e isso também pode afetar o comportamento dos cuidadores, gerando um ciclo de autoperpetuação. Assim, crianças temperamentalmente sensíveis podem ser mais afetadas por experiências adversas na infância do que seus pares menos sensíveis (ver Lockwood & Perris, 2012).

Dezoito esquemas centrais foram identificados usando o Questionário de Esquema de Young e agrupados em cinco categorias amplas de necessidades emocionais não satisfeitas, chamadas de "domínios de esquema". Os domínios são: autonomia e desempenho prejudicados, desconexão e rejeição, limites prejudicados, direcionamento para o outro e vigilância excessiva e inibição. Finalmente, os EMSs foram mantidos, ou perpetuados, através doprocessos de sobrecompensação, evasão e rendição, que, em linhas gerais, correspondem às três respostas básicas à ameaça: lutar, fugir e congelar. Nasobrecompensação, as pessoas lutam contra o esquema pensando, sentindo, se comportando e se relacionando como se o oposto do esquema fosse verdadeiro. Se se sentiram inúteis quando crianças, então, como adultos, tentam ser perfeitos; se foram subjugados quando crianças, como adultos, podem ser desafiadores ou rebeldes. No esquema evasão, o indivíduo tenta organizar seu ambiente de forma que o esquema nunca seja ativado. Eles bloqueiam pensamentos ou imagens que provavelmente os desencadeiam. Eles também evitam sentir o esquema e podem tomar drogas, beber ou comer excessivamente, ou tornar-se workaholics, tudo para escapar da ativação do esquema. Norender, o indivíduo efetivamente cede ao esquema a fim de manter a consistência interna e a previsibilidade. Eles não tentam lutar ou evitá-lo. Em vez disso, eles aceitam o esquema como verdadeiro, sentem a dor dele diretamente e agem de maneiras que o perpetuam e o confirmam.

O objetivo principal da terapia era ajudar os pacientes a se curar, conquistando seus EMSs, adquirindo novas formas de enfrentamento e, assim, tendo suas necessidades atendidas em

formas mais adaptativas. O relacionamento da terapia sempre foi visto como central no fornecimento de um ambiente propício para o terapeuta se sintonizar e tentar atender a algumas das necessidades essenciais do paciente por meio de um processo de reparação limitada (Young et al., 2003). Isso é discutido mais detalhadamente em uma seção posterior.

Assim, desde o início, o ST operou a partir de um conjunto diferente de suposições e expectativas do CBT padrão. Havia um foco claro nas origens do desenvolvimento dos problemas dos pacientes, uma ênfase central na relação paciente-terapeuta e um uso extensivo de técnicas experenciais para facilitar experiências emocionais corretivas. Também contrastou fortemente com as abordagens analíticas clássicas, onde a postura do terapeuta era guiada pela neutralidade e anonimato e também por uma minimização de técnicas de apoio, como necessidades gratificantes ou auto-revelação.

#### O modelo de modo de esquema

À medida que o ST evoluía, ficava cada vez mais claro que, para pacientes com apresentações complexas e onde havia vários esquemas, uma abordagem mais expedita era necessária. Isso levou Young a criar o construto 'modo', que inicialmente pretendia produzir uma simplificação do modelo, bem como uma elaboração de suas opções de tratamento. A ideia de modos foi usada pela primeira vez para conceituar o transtorno de personalidade limítrofe (TPB) e, em seguida, o transtorno de personalidade narcisista (NPD; Young & Flanagan, 1998). Young originalmente definiu os modos como: 'aqueles esquemas ou operações de esquema - adaptativos ou não adaptativos - que estão atualmente ativos para um indivíduo' (Young et al., 2003, p. 37) e também como 'uma faceta do self, envolvendo esquemas específicos ou operações de esquema que não foram totalmente integradas com outras facetas' (Young et al., 2003, p. 40). Tal como acontece com os EMSs, muitas definições subsequentes foram oferecidas desde então (Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2007; Edwards & Arntz, 2012; Van Genderen et al., 2012; Roediger, 2012).

Na primeira versão do 'modelo de modo de esquema', Young et al. (2003) propuseram que os modos poderiam ser agrupados em quatro categorias amplas: modos infantis, modos de enfrentamento disfuncional, modos pais disfuncionais e modo adulto saudável. Os modos infantis são considerados inatos e abrangem as necessidades e emoções centrais universais. Young sugeriu quatro subtipos principais: Criança Vulnerável, Irritada, Impulsiva e Feliz (Young et al., 2003, p. 273) e, além disso, que o ambiente inicial da criança pode aumentar ou suprimir sua expressão.

Os modos de enfrentamento disfuncionais representam as tentativas da criança de satisfazer as necessidades essenciais não satisfeitas em um ambiente inicial que era emocionalmente empobrecido, opressor ou destrutivo, por exemplo. Infelizmente, mesmo que esses modos fossem adaptativos quando o paciente era uma criança, eles se tornam mal-adaptativos e autodestrutivos no mundo adulto. Os três estilos de enfrentamento são rendição, evitação e sobrecompensação. Eles correspondem aproximadamente ao enfrentamentoprocessos já descrito. É plausível que, como acontece com os EMSs, uma variedade de

#### 4 Cathy Flanagan et al.

fatores influenciam o desenvolvimento de um estilo em detrimento de outro, incluindo as necessidades específicas não atendidas da criança individual, temperamento, sensibilidade diferencial aos modelos parentais e contingências de reforço prejudiciais dentro do sistema familiar (Cutland Green & Heath, 2016).

Os modos pais disfuncionais podem ser considerados representações internalizadas dos elementos negativos da paternidade vivenciados pelo paciente quando criança e podem assumir a forma de "vozes" internas autocriticas, ameaçadoras e exigentes, ou conversa interna. Em outras palavras, o paciente temporariamente torna-se seus pais e se tratam como seus pais os trataram quando eram crianças (Young et al., 2003, p. 276).

O Adulto Saudável desempenha uma função "executiva" em relação aos outros modos (Young et al., 2003, p. 277) moderando-os e integrando-os para atender às necessidades essenciais do paciente. Tem paralelos com o conceito do Eu Observador na Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) e a Mente Compassiva em sua empatia no aumento da consciência e regulação dos estados do eu (Gilbert, 2010). Construir e fortalecer o Adulto Healthy do paciente para trabalhar mais efetivamente com os outros modos é o objetivo geral do modo de trabalho em ST. Ao fazer isso, o paciente gradualmente desenvolve uma consciência dos sentimentos e necessidades não satisfeitas que experimenta em seus modos de Criança, e também a capacidade de se sintonizar, validar e responder de uma maneira estimulante e equilibrada. Da mesma forma, eles aprendem a reconhecer, negociar com,

#### Conceitualização do modo de esquema

Young adere à sua conceituação original de dez modos: modos Vulnerável, Irritado, Impulsivo / Indisciplinado e Criança Feliz; Modos de enfrentamento complacente, protetor independente e supercompensador; e, finalmente, os modos Pai Punitivo, Pai Exigente e Adulto Saudável. Nos anos que se seguiram, no entanto, o interesse em pesquisa contínua nos modos levou a um registro em crescimento contínuo. No momento, até 22 modos foram propostos (Bernstein, Arntz & de Vos, 2007) e acredita-se que 'os clínicos e pesquisadores continuarão a "convidar" mais modos porque sentem que esses modos são necessários para compreender tipos específicos de personalidades' (Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2007, p. 82).

Como os modos foram desenvolvidos com base na experiência clínica, o aumento no número foi considerado necessário para levar em conta as variações nas apresentações clínicas (Young et al., 2007). O modo Auto-Aggrandizer foi considerado essencial para a compreensão de uma característica da personalidade narcisista e, em uma linha semelhante, Lobbestael et al. (2007) mencionam a adição dos modos 'Conning and Manipulative', 'Angry Protector' e 'Predator' identificados a partir do trabalho em ambientes forenses (Bernstein, Arntz & de Vos, 2007). Da mesma forma, Edwards sugeriu os modos 'Surrender to Damaged Child' e 'Spaced Out Protector', e Bamber (2006), visualizando gerentes e supervisores

como figuras dos pais, adicionado o modo 'Nutrição dos Pais'. No nível clínico, o terapeuta e o paciente também criam frequentemente rótulos idiossincráticos de modo Criança e Pai. Freqüentemente, são variantes das categorias prototípicas.

Uma vez que o esforço tem se tornado cada vez mais um de identificar quais modos aparecem nos diferentes transtornos, no entanto, os desafios de alcançar tal objetivo também se tornaram mais óbvios e questões estão sendo levantadas quanto ao objetivo final da conceituação de modo - continuar com estes esforços para capturar os modos de todos os PDs, ou para fornecer um conjunto limitado de modos básicos para entender os PDs em termos mais gerais (Lobbestael et al., 2007; Van Genderen et al., 2012). Este último pareceria mais de acordo com o objetivo original desimplificação (ver Flanagan, 2014). Apesar de tais preocupações, desde sua aplicação original ao BPD e NPD, o modelo de modo tem sido usado mais amplamente, e com muitos transtornos de personalidade diferentes, e isso tem levado a um crescente corpo de pesquisas empíricas (descrito em uma seção posterior).

Não é de surpreender que, lado a lado com a ênfase crescente na identificação de modos, também tenha havido um foco crescente nos apegos iniciais e no papel do terapeuta como uma figura reparadora. Como resultado, a ST consolidou duas posturas terapêuticas fundamentais e complementares destinadas a facilitar experiências emocionais corretivas: reparação limitada e confrontação empática. Ambos os conceitos foram adotados de escolas anteriores de terapia e agora são centrais para a prática de TS (Edwards & Arntz, 2012). Em suma, a orientação chave para os terapeutas do esquema tornou-se adotar o "papel" de uma figura reparadora saudável que seja empática em relação às necessidades da criança e encorajadora de sua expressão saudável, enquanto também firm sem ser punitivo ou excessivamente indulgente.

Conforme explicado, na evolução do ST, o modelo modal veio depois e tem sido um grande foco de expansão nos últimos anos. Dependendo das necessidades individuais do paciente e do perfil do esquema, no entanto, deve-se notar que os terapeutas ainda trabalham com ambas as EMSs individuais e com modos.

Fornecemos agora uma visão geral das principais técnicas de TS, todas as quais serão abordadas com mais detalhes nos capítulos subsequentes.

### Técnicas de terapia do esquema

Em um estudo qualitativo das perspectivas de pacientes e terapeutas sobre TS, os aspectos identificados como mais úteis foram a clareza do modelo teórico, a relação terapêutica comprometida e as técnicas terapêuticas específicas (de Klerk et al., 2016). Uma vez que os blocos de construção do modelo foram delineados, agora nos concentramos na natureza da relação terapeuta-paciente em TS e na expansão criativa e aplicação de suas ferramentas de terapia.

### A relação terapêutica em ST

Muitas pesquisas de resultados de psicoterapia se concentram em comparar a eficácia de várias abordagens teóricas e técnicas ao tentar controlar o

influência dos fatores do terapeuta. No entanto, como os problemas dos pacientes com transtorno de personalidade são particularmente evidentes no reino interpessoal, o relacionamento paciente-terapeuta torna-se fundamental para bons resultados da terapia. Além disso, as evidências agora indicam que a aliança terapêutica e técnicas específicas podem interagir e influenciar um ao outro e isso pode servir para facilitar os processos de mudança subjacentes à melhoria clínica (ver Spinhoven et al., 2007).

## Reparação limitada

A reparação limitada deriva diretamente da suposição básica de que os esquemas e modos surgem quando as necessidades essenciais não são atendidas. É um paralelo com a parentalidade saudável, pois envolve o estabelecimento de um apego ao terapeuta que se relaciona como uma 'pessoa real' dentro dos limites de um relacionamento profissional (Arntz & Jacob, 2012). Um objetivo primário do TS é fornecer aos pacientes as experiências corretivas baseadas em necessidades que eles perderam quando crianças, atendendo a qualquer uma de uma gama de suas necessidades, como conexão, autonomia, desejo ou estabilidade (Flanagan, 2010). As intervenções visam facilitar a experiência de calor autêntico, compreensão e empatia, segurança e proteção, validação, liberdade de expressão e limites e fronteiras apropriados.

Independentemente das necessidades e esquemas específicos não atendidos, o objetivo é criar uma conexão de apoio e autêntica que permitirá ao terapeuta acessar a Criança Vulnerável e também construir um modo de Adulto Saudável. O tratamento eficaz se concentra em Ambas conectando-se com a criança vulnerável efortalecendo o Adulto Saudável. Os pacientes aprendem a enfrentar e superar os modos de enfrentamento evitativos e compensatórios e a lutar contra os modos pais prejudiciais. À medida que a terapia progride, junto com o recurso ao Adulto Saudável para que suas necessidades sejam satisfeitas, os pacientes também obtêm ganhos interpessoais assumindo riscos calculados e alcançando outras pessoas (Farrell et al., 2009). A aliança paciente-terapeuta é a força de ligação sem a qual nenhuma dessas mudanças posteriores pode acontecer (Young et al., 2003; Spinhoven et al., 2007).

Conforme descrito, e em contraste com outras abordagens, o ST encoraja os terapeutas a atenderem diretamente algumas das necessidades emocionais de seus pacientes, acreditando que, à medida que o terapeuta faz isso, seu cuidado se torna internalizado e faz parte do modo de Adulto Saudável do paciente. Esse relacionamento seguro também prepara o terreno para que os pacientes corram o risco de confiar no terapeuta à medida que revelam sentimentos profundamente dolorosos, desafiam crenças inúteis sobre seu estilo interpessoal e como isso afeta seus relacionamentos e, eventualmente, experimentam novos comportamentos. Não surpreendentemente, os terapeutas do esquema que fornecem ao paciente cuidado, atenção, reconhecimento e elogio são mais eficazes (ver de Klerk et al., 2016), mas igualmente essencial para a reparação eficaz é o confronto empático.

## Confrontação empática

O confronto empático é uma extensão natural da reparação limitada e uma estratégia de mudança de modo por si só. Como em uma boa educação normal,

assume a forma de ternura e firmeza simultâneas. Aqui, a empatia é combinada com ajudar o paciente a tolerar a frustração. A forte aliança pré-estabelecida permite ao terapeuta abordar os modos de enfrentamento mal-adaptativos com compaixão por como eles se desenvolveram, ao mesmo tempo em que os confronta e os comportamentos não saudáveis relacionados. Ao abordar os modos de enfrentamento, o terapeuta explora com o paciente como seus modos pessoais de enfrentamento evoluíram, quais necessidades não atendidas eles estão tentando satisfazer e os benefícios e custos percebidos de continuar a operar dessas maneiras.

Modos de enfrentamento, como o protetor independente ou o auto-engrandecimento, podem apresentar grandes desafios no tratamento, mas também costumam refletir aspectos altamente criativos do caráter do paciente. Embora no final das contas sejam autodestrutivos, eles representam os melhores esforços da pessoa para atender às suas necessidades subjacentes. Assim, um aspecto importante do confronto empático envolve o terapeuta compartilhando sua experiência de um modo não adaptativo específico. É importante que isso seja feito de maneira habilidosa, para que o paciente possa confiar e tolerar o feedback o suficiente para também recuar e ganhar alguma objetividade ao observar o modo à distância. Ao fazer isso, juntos, o terapeuta e o paciente podem vir a compreender o papel de sobrevivência que o modo pode ter desempenhado e começar a explorar como as necessidades do paciente podem ser atendidas de maneiras mais equilibradas e adaptativas. Durante este processo,

Em suma, o terapeuta tenta rastrear e sintonizar-se com as necessidades do paciente e ativação do modo e também se adaptar de forma a abordá-losativamente, interrompendo quando necessário para identificar um modo de problema, por exemplo, ou compartilhando sua experiência do modo do impacto interpessoal. Embora os modos supercompensatórios possam exigir a definição de desafios e limites, uma postura questionadora ou provisória pode ser mais eficaz com os modos de rendição e evasão. Por exemplo, o terapeuta pode explorar os esforços do Protetor Desapegado para evitar que o paciente se sinta oprimido, ou adotar uma abordagem gradativa para a mudança, reconhecendo os benefícios de algum distanciamento em certas situações. Ao trabalhar com os modos Pai Punitivo ou Exigente,

Existem algumas armadilhas na reparação limitada e no confronto empático que podem impedir a eficácia da TS. Se um terapeuta acredita que a empatia é suficiente, ele ou ela pode evitar estabelecer limites apropriados. Da mesma forma, os terapeutas podem ser excessivamente cautelosos ao frustrar ou desafiar seus pacientes e / ou, inadvertidamente, permitir que modos de enfrentamento disfuncionais controlem o tratamento. Terapeutas que usam técnicas de cuidado enquantob permitindo a frustração alcançar melhores resultados. Em outras palavras, os pacientes precisam ser encorajados a trabalhar com o desconforto a fim de criar mudanças por meio de experiências emocionais corretivas (de Klerk et al., 2016).

### Técnicas Experienciais

Terapeutas do esquema treinados para se concentrar em intervenções práticas, em vez de na teoria, tendem a obter melhores resultados, incluindo taxas de abandono de pacientes mais baixas (Giesen-Bloo et al., 2006; Bamelis et al., 2014). As ferramentas experienciais mais proeminentes usadas no ST são a reescrita de imagens e o trabalho transformacional da cadeira. Como reparação limitada e confrontação empática, essas técnicas foram adotadas a partir de métodos usados em escolas anteriores de terapia, mas foram expandidas dentro da estrutura do modelo do esquema e agora são centrais para a prática de TS (ver Edwards & Arntz, 2012).

#### Reescrever imagens

A reescrita de imagens usa os poderes de visualização e imaginação para identificar e mudar experiências emocionalmente significativas no passado e isso resulta em transformação no presente (ver Arntz, 2015). Os pacientes podem tipicamente "relembrar" e recontar eventos ao discutir as memórias da infância, mas é importante ajudá-los a passar da "lembança" para a "experiência". Alguns pacientes trabalham com imagens que são associações em vez de memórias de eventos específicos. A reescrita de imagens envolve o terapeuta ativando esquemas e modos intensificando emoções e ligando-as a memórias biográficas (Arntz & Jacob, 2012). Este processo de conectar eventos desencadeadores atuais a imagens-chave da infância (criando uma 'ponte de afeto') pode provocar sentimentos poderosos, portanto, é fundamental que os terapeutas entendam seus pacientes bem o suficiente para entrar em sintonia com o significado de sua experiência. Maior sintonia permite a criação de links mais claros para eventos passados (ver de Klerk et al., 2016). Não é de surpreender que a reescrita seja a principal intervenção para as experiências traumáticas da infância (Arntz & Jacob, 2012).

Embora as experiências da primeira infância sejam geralmente o foco da reescrita de imagens, o terapeuta também pode trabalhar em memórias emocionalmente relevantes na vida adulta do paciente. Em ambos os casos, os detalhes da memória não são modificados, mas a imagem é reescrita de forma que os pacientes possam ter suas necessidades atendidas. Em outras palavras, ao confrontar esquemas e modos não adaptativos, o significado da memória é alterada (Arntz & Jacob, 2012; Roediger et al., 2018). Emoções como ansiedade, vergonha, desamparo e tristeza podem ser vivenciadas na imagem. O terapeuta (e / ou o Adulto Saudável do paciente) tenta se sintonizar com esses sentimentos e também fornecer um antídoto, ou alternativa, em que as necessidades essenciais do paciente sejam atendidas. Alguns trabalhos com imagens visam especificamente o desenvolvimento de alternativas saudáveis, como experimentar uma sensação de segurança, autoconfiança e esperança.

Normalmente, a estrutura de reescrever as imagens pode ser dividida em várias partes, seja em qualquer sessão individual ou no decorrer da terapia. Primeiro, o terapeuta convida o paciente a criar e descrever uma imagem de lugar seguro. Em seguida, o terapeuta muda o paciente para uma situação perturbadora em sua vida atual. O terapeuta links a situação atual para a memória mais antiga o

o paciente pode acessar e pede uma descrição da situação, incluindo um enfoque nas emoções e necessidades da criança vulnerável. O terapeuta então apresenta uma figura de Adulto Saudável, representada pelo terapeuta no estágio inicial da terapia e, posteriormente, pelo próprio Adulto Saudável do paciente. O Adulto Saudável atende às necessidades da criança, começando com a segurança física e, em seguida, abordando as necessidades emocionais mais profundas da criança. O terapeuta pode então devolver o paciente à situação perturbadora original e modelar a mesma abordagem do Adulto Saudável, abordando as necessidades do paciente aqui e agora (Arntz, 2011).

O objetivo principal da redefinição de imagens mentais é que o terapeuta e o Adulto Saudável tenham empatia e validem as emoções e necessidades da Criança Vulnerável, para que o paciente possa experimentar como é ter suas necessidades atendidas. A reescrita de imagens também pode ser usada para confrontar os modos Pai Exigente ou Punitivo. Por meio desse processo repetido, novos significados podem substituir, ou pelo menos moderar, as mensagens negativas perpetuadas por modos disfuncionais (Arntz & Jacob, 2012; Roediger et al., 2018). As evidências sugerem que quanto maior o número de sessões de ST que incluem reescrita de imagens, melhor será o resultado (Morina et al., 2017).

#### Trabalho de cadeira transformacional

Embora originalmente reconhecido através do trabalho de Perls, o pai da Gestalt-terapia, o trabalho da cadeira está sendo cada vez mais incorporado ao ST (Kellogg, 2012, 2018). Baseia-se na crença de que existe um poder curativo e transformador em, primeiro, dar voz às suas partes internas, egos ou modos e, em segundo lugar, em encenar ou reencenar cenas do passado, presente ou futuro.

O trabalho da cadeira pode fornecer uma ferramenta experiencial adicional para pacientes que não querem ou são incapazes de fazer diálogos modais, ou são resistentes a exercícios como a reelaboração de imagens. Como o trabalho da cadeira pode ser usado de forma exploratória ou aberta, pode ser menos ameaçador do que intervenções mais focadas. No entanto, também pode ser recrutado para trabalhar diretamente com modos de enfrentamento rígidos, para lidar com os modos dos pais negativos e para aumentar os efeitos positivos da reparação limitada. Em outras palavras, o trabalho na cadeira pode ser utilizado de forma criativa em diferentes estágios da terapia.

Existem duas formas principais de tais diálogos psicoterapêuticos, ou trabalho na cadeira. Na primeira, a "cadeira vazia", o paciente é convidado a sentar-se em uma cadeira e imaginar outra pessoa com quem tem negócios emocionais pendentes na cadeira oposta. Na segunda forma, de "duas cadeiras", o paciente freqüentemente trabalha com conflitos internos. Esses formulários são agora mais frequentemente chamados de diálogos "externos" e "internos". Kellogg (2018) apresentou uma matriz de quatro diálogos contrabalançando a polaridade de usar uma ou duas cadeiras com a polaridade de ter um diálogo interno ou externo.

O trabalho com várias cadeiras também é usado no ST para ajudar os pacientes a expressar modos conflitantes, conceitualmente semelhantes a diferentes personalidades interagindo com cada um

outro (Roediger et al., 2018). Aqui, cada modo é atribuído a uma cadeira e o paciente gira entre essas cadeiras, colocadas em um círculo. O paciente dá voz a cada cadeira ou modalidade, expressando a visão e as emoções de cada uma, tornando explícitas as perspectivas e emoções conflitantes. O terapeuta pode então trabalhar com o paciente em seu modo Adulto Saudável para validar e confortar a Criança Vulnerável, convidar a Criança Irritada a expressar sua raiva e autenticar a experiência, ou dirigir-se à Criança Impulsiva expressando empatia enquanto também estabelece limites e fronteiras . O Pai Exigente pode ser contrabalançado pelo Adulto Saudável tanto por meio da tomada de perspectiva quanto pelo estabelecimento de limites, enquanto o Pai Punitivo é confrontado e completamente contido ou, pelo menos,

Com a ajuda do terapeuta, o paciente pode aprender a avaliar as desvantagens de seus modos disfuncionais dos pais e de enfrentamento. No trabalho de cadeira múltipla, o Adulto Saudável também pode atuar como o maestro de uma orquestra, enfatizando os pontos fortes inerentes aos modos do paciente (por exemplo, a determinação de um Supercontrolador ou a energia da Criança Impulsiva) ao mesmo tempo em que garante que nenhum modo se torne muito dominante ou impede o paciente de ter suas necessidades atendidas.

Prevê-se que a pesquisa clínica continuada, junto com evidências baseadas na prática, aumentará ainda mais a eficácia terapêutica da reescrita de imagens e do trabalho na cadeira, junto com outras intervenções experienciais.

## Conclusões e direções futuras

Edwards e Arntz (2012) definem o que eles veem como as três fases da TS. O primeiro foi a formulação original de Young dos conceitos-chave de TS, conforme descrito em Young et al. (2003). Em segundo lugar, veio a pesquisa de resultados holandesa e os esforços contínuos para expandir a base empírica do modelo. Aqui, o principal avanço foi nos resultados de um ensaio clínico randomizado (RCT) que mostrou que o ST é superior a um tratamento psicodinâmico especializado e altamente considerado para o TPB (Giesen-Bloo et al., 2006). Muitos outros estudos seguiram com aplicações do modelo de modo para quase todos os PDs, incluindo Cluster C, PDs paranóides, narcisistas, histrionicos e anti-sociais (Bernstein et al., 2007; Bamelis et al., 2011; Arntz & Jacob, 2012 ; Jacob & Arntz, 2013). Por fim, o ST também foi aplicado com eficácia em configurações de grupo. Integrar os princípios da terapia de grupo com os da ST acrescentou ainda outra dimensão às opções de tratamento da ST. Além disso, o valor desse desenvolvimento foi demonstrado nos resultados de um ECR com pacientes com DBP (Farrell, Shaw & Webber, 2009). Ainda mais recentemente, Roediger et al. (2018) avançaram o que vêm como a 'terceira onda' de ST, contextualSchema Therapy. É provável que, com o passar do tempo, surjam mais expansões do modelo ST.

Uma introdução à terapia do esquema 11

Em outras palavras, o ST é um modelo em evolução e continuará a exigir ajustes finos, tanto técnica quanto conceitualmente. Em relação ao primeiro deles, Jacob e Arntz (2013) recomendam que comparações diretas de TS com outras abordagens de tratamento bem estabelecidas, como Terapia Comportamental Dialética ou Terapia Baseada em Mindfulness, são necessários, juntamente com estudos para estabelecer a eficácia comparativa de grupo versus ST individual. Além disso, uma vez que o foco nas técnicas às vezes pode vir à custa da exploração dos mecanismos de mudança (Sempertigui et al., 2013; Byrne & Egan, 2018), adicionais estudos de desmontagem também são necessários para identificar os ingredientes essenciais de TS (ver, por exemplo, Nadort et al., 2009). Em outras palavras, um melhor entendimento de quais técnicas são mais críticas para facilitar a mudança e em quais populações é essencial. Esses estudos ajudarão a adaptar as intervenções para enfocar esses elementos-chave e, ao fazê-lo, aumentar a eficácia geral e a relação custo-eficácia do tratamento (Jacob & Arntz, 2013; Bamelis et al., 2014, 2015).

Quanto às questões de integridade conceitual, uma vez que a unidade teórica e a aplicação de princípios coerentes são essenciais para qualquer plano de tratamento (ver Chapman, Turner & Dixon-Gordon, 2011; Byrne & Egan, 2018), juntamente com os esforços para refinar e avançar os aspectos de Braço de pesquisa técnica da ST, é igualmente importante avaliar o teórico construções que são centrais para o modelo. Aqui, somos alertados pelas conclusões de uma revisão de Sempertigui et al. (2013). Eles chamam a atenção para o fato de que, apesar das evidências de suporte para uma série de elementos de TS, 'o fundamento em alguns casos não é muito forte, nem sempre consistente, e também há ainda lacunas empíricas no

teoria '(p. 443). Em outras palavras, embora haja evidências em apoio ao modelo ST, também há resultados mistos que incluem uma falta de especificidade das partes componentes do modelo e lacunas significativas na teoria.

Nesse contexto, é surpreendente que, apesar do papel central da teoria do apego em TS, um exame da relação entre EMSs específicos e estilos de apego não tenha sido um foco principal de pesquisa. Dito isso, existem algumas linhas de pesquisa que visam especificamente explorar tais questões conceituais e teóricas. As descobertas aqui apontam para inter-relações claras, mas complexas, e também para a observação de que ST focou no Self e não no Outro (Platts, Mason & Tyson, 2005; Bosmans et al., 2010; Simard, Moss & Pascuzzo, 2011). O último ponto relaciona-se a outra lacuna aparente. Há muito pouca referência ao conceito de modelos de funcionamento interno (IWMs) na teoria do esquema, apesar do fato de que IWMs do Eu e do Outro são teorizados para serem refletidos nos diferentes estilos de apego. Finalmente, é importante notar que todos esses estudos recentes foram realizados sem referência ao conceito de modo. Pareceria oportuno, então, examinar mais propositalmente todas essas construções inter-relacionadas (Flanagan, em preparação). Em outras palavras, e em linha com os comentários de Sempertigui et al. (2013) acima, há uma necessidade premente de TS refinar e expandir sua base conceitual e teórica para que a integridade do modelo seja preservada.

Desde o início, o TS foi definido como um modelo integrativo que toma emprestado muitos de seus construtos e ferramentas clínicas de outras escolas de terapia, incluindo cognitivo-comportamental, Gestalt, relações objetais e escolas psicanalíticas. Existem quatro modelos principais de integração - teórico, técnico eclético, fatores comuns e integração assimilativa. ST pertence à categoria de integração assimilativa, o que implica 'permanecer ancorado em uma orientação teórica primária enquanto integra cuidadosamente técnicas e princípios de outras orientações' (Castonguay et al., 2015, p. 366). A tendência de integração assimilativa tem apelo tanto para médicos quanto para pesquisadores. Para os clínicos, em particular, permite a expansão de seu repertório clínico sem abalar os alicerces de sua forma típica de prática. Por essas mesmas razões, no entanto, é essencial que o teórico os fundamentos do modelo sejam ainda mais refinados de acordo com a pesquisa empírica voltada para o aprimoramento das ferramentas e técnicas clínicas do ST.

Em conclusão, como acontece com qualquer modelo de terapia em desenvolvimento, haverá inevitavelmente inovações técnicas em andamento, bem como avanços conceituais. O alcance e a eficácia em expansão das técnicas de ST são promissores e serão elucidados ao longo deste volume. Mas também precisamos garantir que ST mantenha seu status de exemplo de integração assimilativa. Em outras palavras, além de realizar estudos de comparação e desmontagem, precisaremos estar atentos a uma obrigação simultânea de consolidar nossa base teórica. Isso será alcançado estreitando as definições de termos essenciais, como EMSs e modos, mantendo-se a par da pesquisa crescente e literaturas de desenvolvimento sobre IWMs e estilos de apego, e permanecendo aberto a ideias e

técnicas de outras escolas de terapia - sem diluir ou distorcer os elementos centrais do modelo ST no processo (Flanagan, em preparação).

Castonguay et al. (2015, p. 369) recomendam que '... uma maneira frutífera de melhorar a eficácia da psicoterapia é construir sobre nossas bases conceituais, empíricas e clínicas, enquanto nos abrimos para contribuições potenciais de pesquisadores e profissionais que trabalham em outras comunidades de buscadores de conhecimento. Assim, como clínicos responsáveis, precisamos atualizar continuamente nossos conhecimentos sobre tópicos relevantes para a prática de TS. Quais técnicas devem ser adicionadas a qualquer tratamento específico para melhor atender às necessidades de determinados pacientes e por quê? Quanto treinamento adicional os terapeutas devem receber antes de tentar implementar intervenções estranhas à sua orientação preferida ou primária? Também precisamos garantir que tomamos o tempo para verificar a nós mesmos - para auto-reflexão compassiva - e, ao fazê-lo, para permanecer atento às nossas próprias vulnerabilidades e limitações pessoais, 'pontos cegos' e fraquezas humanas. Em outras palavras, manter-nos atualizados com a prática baseada em evidências, cuidar de nós mesmos e priorizar a relação terapêutica em nosso trabalho nos permitirá prosseguir com um nível de otimismo saudável e cautela respeitosa adequada e necessária para lidar com nossos preciosos encargos - as vidas de nossos pacientes. É para esses assuntos que nos voltaremos agora.

## Referências

- Ainsworth, MDS, Blehar, MC, Waters, E., & Wall, S. (1978). Padrões de fixação: Um estudo psicológico da Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Arntz, A. (2011). Reescrever imagens para transtornos de personalidade. Cognitivo e Comportamental Prática, 18, 466–481.
- Arntz, A. (2015). Reescrita de imagens para transtornos de personalidade: cura precoce de desajustes esquemáticos ativos. Em N. Thomas & D. McKay (Eds), Trabalhar com a emoção em técnicas de terapia cognitivo-comportamental para a prática clínica, 175–202. Nova York: Guilford Press.
- Arntz, A. & Jacob, G. (2012). Terapia do esquema na prática. Sussex: Wiley.
- Baer, JC & Martinez, CD (2006). Maus-tratos infantis e apego inseguro: A meta-análise. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 24 (3), 187–197.
- Bakeman-Kranenburg, MJ & van IJzendoorn, MH (2009). Os primeiros 10.000 adultos Entrevistas de apego: Distribuição das representações de apego de adultos em grupos clínicos e não clínicos. Apego e Desenvolvimento Humano, 11 (3), 223–263.
- Bamber, MR (2006). TCC para estresse ocupacional em profissionais de saúde: Apresentando uma abordagem focada no esquema. Londres: Routledge.
- Bamelis, IIM, Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011). Esquema estendido conceituações de modo para transtornos de personalidade específicos: um estudo empírico. Journal of Personality Disorders, 25, 41–58.
- Bamelis, LLM, Arntz, A., Wetzelraer, P., Verdoorn, R., & Evers, SMAA (2015). Avaliação econômica da terapia do esquema e da psicoterapia orientada para o esclarecimento para transtornos de personalidade: um estudo multicêntrico, randomizado e controlado. Journal of Clinical Psychiatry, 76, e1432 – e1440.
- Bamelis, LLM, Evers, SMAA, Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Resultados de um estudo multicêntrico randomizado controlado da eficácia clínica da terapia do esquema para transtornos de personalidade. American Journal of Psychiatry, 171, 305–322.

- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, MJ, & van IJzendoorn, MH (2007). Para melhor e para pior. Suscetibilidade diferencial às influências ambientais. *Current Directions in Psychological Science*, 16 (6), 300–304.
- Bernstein, DP, Arntz, A., & de Vos, M. (2007). Terapia focada em esquema em medicina legal configurações: modelo teórico e recomendações para a melhor prática clínica. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 169–183.
- Bosmans, G., Braet, C., & Leen, VV (2010). Apego e sintomas de psicopatologia: Esquemas desadaptativos iniciais como elo cognitivo? *Psicologia Clínica e Psicoterapia*, 17 (5), 374–385. Bowlby, J. (1988). Uma base segura: Apego pai-filho e desenvolvimento humano saudável. Nova York: Basic Books.
- Boyce, WT & Ellis, BJ (2005). Sensibilidade biológica ao contexto: teoria evolucionário-desenvolvimentista das origens e funções da reatividade ao estresse. *Desenvolvimento e psicopatologia*, 17 (2), 271-301.
- Byrne, G. & Egan, J. (2018). Uma revisão da eficácia dos mecanismos de mudança para três intervenções psicológicas para transtorno de personalidade limítrofe, *Clinical Social Work Journal*, 46, 174–186.
- Castonguay, LG, Eubanks, C., Goldfried, M., Muran, C., & Lutz, W. (2015). Pesquisa sobre integração em psicoterapia: Construindo no passado, olhando para o futuro. *Pesquisa em psicoterapia*, 25 (3), 365-382.
- Chapman, AL, Turner, BJ & Dixon-Gordon, KL (2011). Para integrar ou não integrar a terapia comportamental dialética com outras abordagens terapêuticas? *Clinical Social Work Journal*, 39, 170–179.
- Cockram, D., Drummond, P., & Lee, C. (2010). Papel e tratamento da desadaptação precoce esquemas positivos em veteranos do Vietnã com PTSD. *Psicologia Clínica e Psicoterapia*, 17, 165–182.
- Cutland Green, TJ e Heath, G. (2016). Terapia do esquema. Em A. Carr e M. McNulty (Eds), *O manual de psicologia clínica de adultos*, 1032–1073. Londres: Routledge, Taylor & Francis Group.
- de Klerk, N., Abma, TA, Bamelis, LLM, & Arntz, A. (2016). Terapia de esquema para transtornos de personalidade: um estudo qualitativo das perspectivas dos pacientes e dos terapeutas. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*, 45, 31–45.
- Dickhaut, V. & Arntz, A. (2014). Terapia combinada de esquema individual e de grupo para transtorno de personalidade limítrofe: um estudo piloto. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45 (2), 242-251.
- Edwards, D. & Arntz, A. (2012). Terapia do esquema em perspectiva histórica. Em M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *O manual Wiley-Blackwell de terapia do esquema*, 3-26. Chichester: John Wiley & Sons.
- Eurelings-Bontekoe, EHM, Luyten, P., Ijsennagger, M., van Vreeswijk, M., & Koelen, J. (2010). Relação entre a organização da personalidade e o modelo cognitivo de patologia da personalidade de Young. *Personalidade e diferenças individuais*, 49, 198–203.
- Farrell, JM, Shaw, IA, & Webber, MA (2009). Uma abordagem de grupo focada no esquema psicoterapia para pacientes ambulatoriais com transtorno de personalidade limítrofe: um ensaio clínico randomizado. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40 (2), 317-328.
- Flanagan, CM (2010). O caso das necessidades em psicoterapia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, 1-36.
- Flanagan, CM (2014). Necessidades não atendidas e modos inadequados: uma nova maneira de abordar problemas de longo prazo. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 208–222.

- Flanagan, CM (em preparação). Modelos internos de trabalho: link ausente ou oculto em vista simples ?, pp. 14 e 15.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilbureg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., & Arntz, A. (2006). Psicoterapia ambulatorial para transtorno de personalidade limítrofe. Ensaio randomizado de terapia focada no esquema versus psicoterapia focada na transferência. *Arquivos de Psiquiatria Geral*, 63, 649–658.
- Gilbert, P. (2010). Terapia focada na compaixão: características distintivas. Chichester: Routledge.
- Gude, T., & Hoffart, H. (2008). Mudança em problemas interpessoais após cognitivos
- Agorafobia e terapia focada no esquema versus tratamento psicodinâmico, como de costume para pacientes internados com agorafobia e transtornos de personalidade do Grupo C. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 195–199.
- Hayes, SC, Strosahl, KD, & Wilson, KG (1999). *Terapia de aceitação e compromisso: Uma abordagem experiencial para mudança de comportamento*. Nova York: Guilford Press.
- Jacob, GA & Arntz, A. (2013). Terapia do esquema para transtornos de personalidade - uma revisão. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6 (2), 171–185.
- Kellogg, SH (2012). Sobre falar o que pensa: usando diálogos de cadeira de rodas no esquema terapia. Em M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *O manual Wiley-Blackwell de terapia do esquema*, 197–207. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kellogg, SH (2018). Cadeira de rodas transformacional: cinco maneiras de usar a terapêutica diálogos. *Notebook NYSPA*, 19, 8–9.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2007). Lançando luz sobre o esquema modos: Um esclarecimento do conceito de modo e seu status de pesquisa atual. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 76–85.
- Lockwood, G. & Perris, P. (2012) Um novo olhar sobre as necessidades emocionais centrais. Em M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *O manual Wiley-Blackwell de terapia do esquema*, 41–66. Chichester: John Wiley & Sons.
- Luyten, P., Blatt, SJ, & Fonagy, P. (2013). Deficiências nas estruturas do self em depressão e suicídio em abordagens psicodinâmicas e cognitivo-comportamentais: implicações para a prática clínica e pesquisa. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6 (3), 265–279.
- Malogiannis, IA, Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., & Zervas, I. (2014). Terapia do esquema para pacientes com depressão crônica: Um estudo de série de casos únicos. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 319–329.
- Mikulincer, M. & Shaver, PR (2012). Uma perspectiva de apego em psicopatologia. *Psiquiatria Mundial*, 11 (1), 11–15.
- Morina, N., Lancee, J. & Arntz, A. (2017). Reescrever imagens como uma intervenção clínica para memórias aversivas: uma meta-análise. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6–15.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, JA, Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinover, P., van Asselt, T. et al. (2009). Implementação de terapia de esquema ambulatorial para transtorno de personalidade limítrofe com ou sem apoio de crise pelo terapeuta fora do horário de expediente: um ensaio randomizado. *Behavior Research and Therapy*, 47, 961–973.
- Nordahl, HM & Nysæter, TE (2005). Terapia de esquema para pacientes com limítrofe transtorno de personalidade: uma única série de casos. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254–264.
- Platts, H., Mason, O. & Tyson, M. (2005). Esquemas desadaptativos iniciais e apego adulto em uma população clínica do Reino Unido. *Psicologia e psicoterapia*, 78, 549–564.

- Renner, F., Arntz, A., Peeters, FP, Lobbstaedt, J. & Hubers, MJ (2016). Schema terapia para depressão crônica: resultados de uma série de casos múltiplos. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Terapia cognitivo-comportamental de esquema de grupo de curto prazo para jovens adultos com transtornos de personalidade e características de transtorno de personalidade: Associações com mudanças no sofrimento sintomático, esquemas, modos de esquema e estilos de enfrentamento. *Behavior Research and Therapy*, 51, 487-492.
- Roediger, E. (2012). Por que a atenção plena e a aceitação são elementos centrais para a terapia mudança peudica na terapia do esquema também? Em M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *O manual Wiley-Blackwell de terapia do esquema*, 239-247. Chichester: John Wiley & Sons.
- Roediger, E., Stevens, B., & Brockman, R. (2018). *Terapia do esquema contextual*. Oakland, CA: Context Press.
- Safran, JD (1984). Avaliando o ciclo interpessoal cognitivo. *Terapia Cognitiva e Pesquisa*, 8, 333-348.
- Sempertigui, GA, Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, MHJ (2013). Terapia de esquema para transtorno de personalidade límitrofe: uma revisão abrangente de seus fundamentos empíricos, eficácia e possibilidades de implementação. *Revisão de Psicologia Clínica*, 33, 426-444.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Esquemas iniciais desadaptativos e crianças e fixação do adulto: um estudo longitudinal de 15 anos. *Psicologia e Psicoterapia: Teoria, Pesquisa e Prática*, 84, 349-366.
- Simpson, S., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Terapia de esquema de grupo para transtornos alimentares: um estudo piloto. *Fronteiras em psicologia em ambientes clínicos*, 1, 182. Spinshoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). o aliança terapêutica em terapia focada em esquema e psicoterapia focada em transferência para transtorno de personalidade límitrofe. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 75, 104-115.
- Taylor, CDJ, Bee, P., & Haddock, G. (2017). A terapia do esquema muda os esquemas e sintomas? Uma revisão sistemática em transtornos de saúde mental. *Psicologia e psicoterapia: teoria, pesquisa e prática*, 3, 456-479.
- Van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Modelo teórico: esquemas, estilos de enfrentamento e modos. Em M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *O manual Wiley-Blackwell de terapia do esquema*, 27-40. Chichester: John Wiley & Sons. Videler, AC, Rossi, G., Schoevaars, M., Van der Feltz-Cornelis, CM, & van Alphen, SPJ (2014). Efeitos da terapia de grupo do esquema em pacientes ambulatoriais mais velhos: um estudo de prova de conceito. *Psicogeriatría Internacional*, 26, 1709-1717.
- Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbstaedt, J., Weishaar, ME, & van Vreeswijk, MF (2007). O inventário do modo de esquema (SMI). Nova York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. & Flanagan, C. (1998). Terapia focada em esquema para pacientes narcisistas. No E. Ronningstam (Ed), *Transtornos do narcisismo: implicações diagnósticas, clínicas e empíricas*, 239-268. Washington, DC: American Psychiatric Press. Young, J., Klosko, JS e Weishaar, ME (2003). *Terapia do esquema: um guia do médico*. Nova York: Guilford Press.

## Parte I

# Avaliação, formulação e necessidades básicas



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

# 1 Avaliação e formulação em Terapia do Esquema

Tara Cutland Green e Anna Balfour

## Introdução

Avaliação hábil e uma conceituação de caso precisa e desenvolvida de forma colaborativa<sup>1</sup> constituem a base de uma terapia eficaz do esquema. Esta fase inicial envolve a construção de um relacionamento significativo com seu paciente,<sup>2</sup> envolvê-los na terapia e orientá-los sobre como a Terapia do Esquema traz mudanças.

A terapia do esquema vê os problemas dos pacientes em termos de necessidades emocionais não satisfeitas (passado e presente),<sup>3</sup> esquemas relacionados,<sup>4</sup> estilos de enfrentamento e modos de enfrentamento desadaptativos (daqui em diante, 'modos de enfrentamento', 'lados' ou 'partes'). Você e seu paciente são como detetives, com o objetivo de identificar e juntar essas peças do quebra-cabeça para sintetizar uma imagem de seus padrões para que você possa mapear um caminho a seguir. Isso ocorre por meio do questionamento e da exploração curiosos que você usaria em uma avaliação psicológica padrão, mas também ao perceber como seu paciente conta sua história, se relaciona com você e o que é evocado entre vocês. Atendendo a todos os aspectos de sua experiência, métodos como imagens e trabalho em cadeira e inventários de terapia do esquema também oferecem meios valiosos para coletar mais informações.

Este período focado de exploração de experiências iniciais e padrões de vida atuais, e as ligações entre eles, pode por si só fornecer uma metaconsciência que começa a libertar seu paciente de hábitos inúteis de pensamento ou ação. Fornecer uma estrutura de compreensão na qual eles possam entender a si mesmos e se sentirem precisos e profundamente compreendidos pode gerar esperança, confiança em sua capacidade de ajudá-los e motivação para se engajar na terapia.

Neste capítulo, oferecemos algumas abordagens detalhadas e perspectivas criativas para avaliação e conceituação de caso, ilustrando-as por meio do caso de Jim e sua terapeuta, Mira.

## O papel da avaliação e formulação

Determinando a adequação para a terapia do esquema

A terapia do esquema foi originalmente desenvolvida para aqueles cujos problemas são antigos e têm suas origens na infância ou adolescência (Young et al., 2003). Alinhando com isso, os ensaios de controle randomizados marcantes

## 20 Tara Cutland Green e Anna Balfour

(RCTs) da terapia do esquema (Giesen-Bloo et al., 2006; Bamelis et al., 2014) demonstraram bons resultados para a terapia do esquema com transtornos de personalidade. Vários autores também defendem, em bases teóricas, o uso da Terapia do Esquema com problemas menos complexos que requerem terapia de curto prazo e fornecem estudos de caso de apoio (por exemplo, Renner et al., 2013; Reusch, 2015 e colaboradores para van Vreeswijk et al., 2012). Evidências para apoiar sua eficácia com problemas menos complexos estão surgindo cada vez mais (por exemplo, Carter et al., 2013; Renner et al., 2016; Tapia et al., 2018); no entanto, mais estudos são necessários.

Assim, embora os tratamentos recomendados pelo NICE, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) possam ser considerados como uma primeira abordagem para distúrbios do Eixo I, a terapia do esquema também pode ser considerada para aqueles pacientes que não progridem com os tratamentos padrão. Um estudo recente do Reino Unido (Hepgul et al., 2016) relata que cerca de dois terços dos indivíduos que procuram tratamento por meio do IAPT - um serviço de TCC predominantemente por tempo limitado para ansiedade e depressão - têm características significativas de transtorno de personalidade, cuja presença será associado a piores resultados de tratamento (Goddard et al., 2015). Particularmente nesses casos mais complexos, a terapia do esquema pode ser considerada de maneira útil.

No entanto, a terapia do esquema não é adequada para todos os pacientes. As contraindicações originais incluíam psicose ativa e uso crônico ou moderado a grave de álcool ou drogas (ver Young et al., 2003). No entanto, os relatórios clínicos sugerem que a formulação de experiências psicóticas como expressões de pais tóxicos ou modos de enfrentamento disfuncionais pode ajudar a apontar para necessidades subjacentes não satisfeitas, que podem então guiar as intervenções de forma útil. Além disso, a terapia do esquema foi adaptada e avaliada para pacientes dependentes de substâncias, com alguns resultados iniciais encorajadores.<sup>5</sup>

### Iniciando o processo de cura

O processo de avaliação e formulação permite uma expressão particular de reparação limitada. Semelhante à educação saudável de uma criança pequena, você mostra interesse e está atento ao seu paciente e suas atividades, valida seu mundo interno único e oferece linguagem e conceitos que os ajudam a nomear e dar sentido às coisas. Os pacientes que carecem de tal educação podem, como resultado, descobrir que essas sessões iniciais curam por si mesmas.

### Desenvolvendo um roteiro

Uma formulação completa fornece uma compreensão de seu paciente como pessoa, não apenas de seus sintomas. Torna-se o roteiro para tudo o que se segue, permitindo que você seja sensível às necessidades do seu paciente em qualquer momento e aproveite uma variedade de métodos de mudança dentro de uma estrutura teoricamente consistente.

Sempre achei, a conceituação do caso, se estiver desligado, o tratamento não funcionará, que é realmente central para orientar o que você faz ... se você não entende o que aconteceu na infância e adolescência de um paciente à medida que ele crescia, você não consegue melhorá-los; você não pode fazer isso apenas conhecendo seus esquemas e modos, você tem que entender como seus problemas começaram.

Jeff Young

## Avaliação

Exemplo de caso: Jim

Jim, um trabalhador da construção civil de 36 anos, foi encaminhado por seu médico para terapia para depressão; ele também mencionou uma recente explosão violenta que preocupava Jim.

Jim parecia frio e distante e evitou o contato visual ao entrar em sua primeira sessão com sua terapeuta, Mira. Ela percebeu que estava se sentindo um pouco nervosa. Quando ela perguntou o que o levou a ver seu clínico geral, ele olhou para o chão e disse a Mira em um tom irritado que algo havia acontecido com sua namorada, Sarah, e disse 'Eu sei que ela vai me deixar, eu simplesmente sei disso. Se isso acontecer, posso acabar com tudo. Ele disse que não sabia por que estava ali e que 'falar com você não fará com que Sarah fique comigo'. Mira refletiu: 'Você está se sentindo sem esperança'. Jim retrucou: 'Não, é sem esperança.' Mira percebeu uma leve pontada de se sentir atacada, mas cingiu sua empatia, refletindo: 'Então, qual é o sentido de estar aqui?' Jim respondeu: 'Sim'.

Mira então perguntou: 'O que é para você estar aqui comigo nesta sala?' Ele disse 'desconfortável' e começou a ficar inquieto. "Nunca vi sentido em falar sobre esse tipo de coisa." Seu rosto ficou vermelho, sugerindo vergonha. 'Faz com que eu me sinta patético, fraco.' Mira respondeu: 'Bem, não pense que você é patético ou fraco. Obviamente, é preciso muita coragem para vir aqui.'

Mira percebeu que ele poderia precisar de um pouco mais de ajuda para se sentir novamente no controle e recuperar o senso de auto-estima; preocupava-a que seu nível aparente de desconforto pudesse desencorajá-lo a retornar para uma segunda sessão. Ela comentou sobre como ele claramente se importava muito com Sarah e imaginou que ele se arrependia da discussão. Ele começou a se abrir ainda mais, compartilhando que ela estava ficando farta de ele ser infeliz - 'e quem pode culpá-la' - e pensou que ela estava saindo com outra pessoa. Ele disse que se orgulhava de não permitir que as emoções o dominassem, mas que havia 'estrangulado tudo' na outra semana. No caminho do trabalho para casa, ele notou o carro dela do lado de fora de um pub; ela disse que iria para a casa da mãe naquela tarde. Quando ela voltou para casa mais tarde, ele a acusou de ter um caso, agarrou o telefone dela e o quebrou. Neste ponto da sessão, ele colocou a cabeça entre as mãos. Mira disse: 'Você parece muito chateado com isso. Eu estou

## 22 Tara Cutland Green e Anna Balfour

imaginando o que você está sentindo agora? ' Ele respondeu: 'Aquele maldito telefone custou mais de £ 500 para ser substituído! ' Mira percebeu que se sentiu empurrada por ele se esquivar de sua pergunta e seu tom irritado. Ela fez uma pausa, refletindo que a raiva dele parecia ser dirigida a si mesmo, e perguntou: 'Parece que você está muito aborrecido consigo mesmo pelo que fez?' Ele respondeu: 'Como eu poderia ter feito algo tão estúpido - o que há de errado comigo? Ela só estava no bar para deixar um cartão de aniversário para a amiga.

Mira perguntou mais sobre seu relacionamento com Sarah. Mira ouviu como ela reclama que ele está emocionalmente 'desligado' e que, embora ela seja adorável, ele não passa por cima dela que ela vai me 'ferrar', como suas namoradas anteriores e sua ex-mulher fizeram. Ele também disse que foi Sarah quem disse que ele precisava de ajuda após o incidente, caso contrário, ela o deixaria - mas que ela não tinha se mudado de onde moram juntos e recentemente disse a ele que o amava.

Mira perguntou o que ele quis dizer antes, quando disse que 'pode muito bem acabar com tudo' se Sarah o deixasse. Ele disse que simplesmente não suportaria viver com outro fracasso, outra rejeição e ficar sozinho novamente. Ele não tinha feito planos específicos e não faria isso enquanto sua mãe ainda estivesse viva, mas pensou na ponte alta próxima que foi apelidada de 'Ponte do Suicídio'.

Antes de terminar a sessão, Mira compartilhou com Jim: 'Vejo que você se sente péssimo com o que fez e continua tentando fazer isso, além de estar com medo de que Sarah o deixe. Sei que você se sente muito desconfortável ao falar sobre essas coisas, mas gostaria de ajudá-lo a se sentir menos áspero, ajudá-lo a entender o que o levou à sua explosão, ter uma visão mais gentil de si mesmo e desenvolver outras maneiras de lidar com momentos como esses. Você claramente se preocupa profundamente com Sarah, mas se sente inseguro quanto ao relacionamento. Eu sei que pensa diferente agora, mas parece-me que ela quer fazer funcionar e acho que posso ajudar com isso. O que você acha de tentar fazer isso e me ver de novo? '

Ele concordou em 'tentar'.

Nas primeiras sessões, há muitas camadas de seu trabalho terapêutico. No exercício acima, por exemplo, Mira está tentando criar um ambiente seguro para que Jim se abra e se reflecta, engendre esperança, administrando seus próprios sentimentos e também objetivando formular a natureza de suas dificuldades em um nível mais cognitivo.

### Características distintivas de avaliação na terapia do esquema

Uma entrevista de avaliação em Schema Therapy tem semelhanças com uma entrevista clínica padrão. Uma diferença fundamental, no entanto, é que tudo o que você perguntar, seja sobre objetivos para a terapia, sua história ou qualquer terapia anterior, você visa descobrir suas necessidades emocionais e relacionais não satisfeitas e as origens e expressões atuais de seus esquemas e modos. Em seguida, vocês exploram juntos o que é necessário para gerar as mudanças desejadas. Identificar necessidades não satisfeitas também indicará a você as qualidades particulares de sua reparação limitada que possibilitará a cura.

Você ajudará mais prontamente seu paciente a juntar as peças relevantes de seu 'quebra-cabeça' se tiver um bom entendimento das necessidades essenciais e estiver familiarizado com os 18 esquemas mal adaptativos (Young et al., 2003, pp. 14-17) e protótipico modos de esquema (ver descrições úteis de Bernstein e colegas (Van den Broek et al., 2011) e Quebrando padrões de pensamento negativo (Jacob et al., 2015)).

Conforme seu paciente compartilha com você, preste atenção especial às emoções que eles mencionam (por exemplo, medo, solidão, frustração) ou mostram em seu rosto ou corpo (por exemplo, olhar para baixo ou balançar o pé), pois muitas vezes fornecem uma janela para seus Modo 'Criança vulnerável'. Ouça mensagens negativas explícitas ou implícitas, autodirigidas, incluindo demandas ou críticas, que podem expressar as mensagens de um modo de 'pai tóxico' interno. Observe as qualidades de suas interações com você e como elas têm um impacto em como você se sente, a fim de ajudar a discernir possíveis 'modos de enfrentamento', como autoagregamento, obediência excessiva ou distanciamento emocional. Finalmente, preste atenção aos sinais de 'Adulto Saudável' do seu paciente, incluindo pontos fortes - como criatividade ou coragem - e os interesses que perseguem, que podem dar origem a metáforas significativas e interação lúdica entre você e o paciente.

Imagens para avaliação são uma técnica experiencial poderosa usada na Terapia do Esquema para aprofundar a compreensão, tanto sua quanto de seu paciente, do impacto das principais experiências da infância, a natureza de suas necessidades não atendidas, esquemas e modos relacionados e suas origens. Este método é detalhado no Capítulo 2 e, portanto, não será descrito aqui.

Enquanto Mira refletia sobre a primeira sessão de Jim, ela formulou a hipótese dos seguintes esquemas e modos e, assim, começou a formular já neste estágio inicial.

O contato visual evitado de Jim, rubor, sensação de estar fraco e sua ideia de que Sarah não poderia ser culpada por estar farta dele, tudo sugeriu a Mira um esquema Defectiveness / Shame. Ela levantou a hipótese de um modo de pais punitivos, sabendo que isso normalmente acompanha esse esquema e entrega mensagens vergonhosas. Isso era consistente com a conversa interna implícita de Jim: 'Você é patético e fraco'; 'Não admira que Sarah não queira ficar com você'; 'O que há de errado com você?' Ela notou que Jim provavelmente sentirá vergonha em seu Pequeno Lado, que, com toda a probabilidade, acreditaria nessas mensagens, como uma criança acreditaria no que um pai lhes diz.

A previsão de Jim de que Sarah o deixaria sugeriu a Mira um possível esquema de abandono. Sua ideia de que ela estava sendo infiel, como os sócios anteriores haviam sido, e sua visão geral de que os outros "ferram com você" apontavam para um possível esquema de desconfiança / abuso. Se presentes, esses esquemas dariam origem a temores e sentimentos de ser abandonado e abusado em Little Jim. Mira observou para si mesma que Jim pode ter tendência a se sentir desconfiado em relação a ela e possivelmente com medo de se apegar devido ao medo de se sentir abandonado.

O comportamento severo de Jim, suas respostas irritáveis e sua sensação de ser empurrada por ele, Mira pensou, seriam consistentes com isso, e sugeriu a ela um modo de Protetor Furioso. Ela refletiu que sua pontada de se sentir atacada faria sentido, dada a natureza passivo-agressiva desse modo.

## 24 Tara Cutland Green e Anna Balfour

A visão declarada de Jim de que não havia sentido em ver Mira, as queixas de Sarah de que ele estava "cortado" e seu orgulho em não permitir que as emoções "levassem o melhor" sugeriram a Mira possíveis esquemas de privação emocional e inibição emocional e um modo de protetor independente - assim como sua evitação geral de emoção na sessão. Se ele normalmente suprisse seus sentimentos e medos, isso iria, ela pensou, levá-lo a uma explosão emocional.

Mira refletiu que o pessimismo de Jim sobre seu relacionamento com Sarah e a utilidade da terapia, e seus pensamentos suicidas, indicavam potencialmente um esquema de pessimismo e um modo do tipo rendição desesperada. No entanto, ela também tinha em mente que isso poderia ser um sintoma de sua depressão e da situação atual, em vez de características para toda a vida.

Finalmente, Mira notou que, apesar disso, seu Adulto Saudável assumiu o comando e o trouxe para esta sessão inicial, sugerindo que uma parte dele tinha alguma esperança.

### Emoção durante a sessão

É particularmente importante prestar atenção aos momentos em que seu paciente demonstra emoção. Muitas vezes, esse é o seu Pequeno Lado, ou aspectos emocionais de um modo de enfrentamento. Você pode, por exemplo, perceber que eles começam a chorar, o rosto fica vermelho, uma oscilação no tom de voz, risos subvocais ou um suspiro e mãos atrás da cabeça. A menos que você sinta que é muito cedo - pode parecer inseguro ou intrusivo para alguns pacientes até que eles construam confiança em você - nesses momentos, deixe o conteúdo do diálogo de lado. Diminua a velocidade e reserve um tempo para sintonizar-se com a experiência deles naquele momento. Você pode intuir o que eles estão sentindo e dizer, por exemplo, 'Isso foi doloroso' ou 'Parece que você sentiu falta deles'. Alternativamente, você pode compartilhar uma observação e perguntar o que eles estão sentindo: por exemplo, 'Percebi que você colocou a mão no coração e desviou o olhar; como você está se sentindo?'; ou 'Estou me perguntando o que está acontecendo com você agora; você parece triste?' Suas respostas podem fornecer uma rica fonte de compreensão e podem ser exploradas posteriormente.

Considere as seguintes possíveis respostas à pergunta: 'Estou me perguntando o que você está sentindo agora?' e os esquemas e modos que eles podem sugerir.

1 Não tenho certeza - é o que acontece: eu choro, mas não sinto nada.

Sugere a presença de um modo de Protetor Desapegado e um esquema de Privação Emocional, pois o paciente não está sentindo as emoções que são sugeridas fisicamente por meio de seu choro.

2 Desculpe [eles respiram, sentam e sorriem]. Estou bem.

Pedir desculpas e garantir ao terapeuta que eles estão bem sugere que eles podem temer que suas emoções sejam demais para o terapeuta controlar, então eles mudam seu comportamento. Isso aponta para esquemas de auto-sacrifício, privação emocional e / ou subjugação, que tendem a alimentar esse tipo de manifestação de um modo de rendição complacente.

3. [Chorando:] Eu nunca tive ninguém me dizendo isso, ninguém entendendo o quanto ruim isso foi para mim.

O modo Criança vulnerável é sentido aqui, expressando a invalidação (uma forma de privação emocional) como sua norma experimentada.

### O Questionário do Esquema Young

Normalmente, você convidaria seu paciente a preencher um Questionário de Esquema de Young (YSQ)<sup>7</sup> no final de uma primeira sessão, pedindo-lhes para devolvê-lo antes da próxima sessão para dar-lhe tempo para pontuá-lo e interpretá-lo.<sup>8</sup> As versões mais recentes do YSQ são o YSQ-S3 de 90 itens e o YSQ-L3 de 232 itens mais longo. Ambos medem os 18 esquemas identificados por Young (Young et al., 2003) e exploram componentes principalmente cognitivos, em vez de afetivos. As normas estão disponíveis para o YSQ-S3 (Calvete et al., 2013) e uma grade de interpretação acompanha o YSQ-L3, permitindo que os totais de cada subescala do esquema sejam identificados como escores baixos, médios, altos ou muito altos. Embora o YSQ-LS ofereça mais informações, a versão curta é adequada e uma opção mais realista para os pacientes.

Além de usar totais de subescala (ou médias médias) para identificar a presença e força dos esquemas (conforme recomendado por Waller et al., 2001), é importante atender a itens únicos que atraem pontuações de 5 ou 6, 6 sendo a pontuação máxima para cada item. Young et al. (2003, p. 75) relatam: 'Observamos clinicamente que, se um paciente tem três ou mais pontuações altas (avaliadas em 5 ou 6) em um esquema específico, esse esquema é geralmente relevante para o paciente e digno de exploração'.

### Interpretar e discutir os resultados do YSQ

Antes de discutir os resultados do seu paciente, pergunte-lhe como foi para ele o preenchimento do questionário, explorando suas reações, pois isso pode fornecer informações relevantes. Aqui estão algumas maneiras de dar feedback e discutir os resultados do YSQ com seu paciente:

## 26 Tara Cutland Green e Anna Balfour

Este questionário sugere que seus esquemas mais fortes são Auto-sacrifício e Implacável Padrões de integração. Estou interessado em saber como você pode se identificar com esses temas.

Alguém com um esquema de auto-sacrifício normalmente se sintoniza e obedece aos outros sentimentos e preferências e negligencia os seus próprios. Isso ressoa com você?

Isso pode ser para evitar que se sinta culpado ou egoísta; ou porque você tem forte empatia pelos sentimentos dos outros; ou você pode acreditar que precisa agradar aos outros para ser amado. Alguma dessas coisas soa verdadeira para você - ou você tem outras idéias sobre por quetu fazem isto?

Quando habitualmente damos mais do que recebemos, é normal ficar ressentido. Você percebe isso às vezes?

Você também obteve uma pontuação elevada em Padrões implacáveis. Isso vem em três formas diferentes:

- Perfeccionismo
- Padrões morais elevados que são impossíveis de cumprir
- Um foco na eficiência e realizando o máximo que puder em cada momento

Com qual desses você se relaciona?

Como você acha que isso afeta seus relacionamentos?

Estou me perguntando o que você acha de relaxar ou fazer algo apenas por diversão?

Como destacam os exemplos acima, é importante conhecer as várias qualidades que um esquema pode ter, pois isso orienta questionamentos que ajudam a eliciar entendimentos refinados dos esquemas de seu paciente e como eles se manifestam. Atender às discrepâncias dentro das subescalas também pode ser vital para uma interpretação precisa.

Por exemplo, Sophia deu pontuações de 6 a dois itens de Vulnerabilidade a Danos: 'Sinto que um desastre (natural, criminal, financeiro ou médico) pode atacar a qualquer momento' e 'Tenho medo de perder todo o meu dinheiro e ficar na miséria e muito pobre'. Ela pontuou outros itens nesta subescala em '1'. A discussão revelou que seu negócio estava passando por dificuldades e, simultaneamente, seu telhado exigia reparos caros. Uma exploração mais aprofundada esclareceu que suas pontuações mais altas não apontavam para um esquema, mas, em vez disso, para a ansiedade situacional atual.

Beth deu notas altas (5s) apenas para os itens de Direitos: 'Odeio ser constrangido ou impedido de fazer o que quero' e 'Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" como resposta quando quero algo de outras pessoas'. No entanto, em vez de apontar para um esquema de Direitos, essas respostas refletiram sua lembrança dos tempos em que, como trabalhadora de ajuda humanitária na Síria, ela teve que passar por restrições e regulamentos a fim de garantir os suprimentos necessários para os refugiados.

Adi, como Beth, deu pontuações altas aos itens de Direitos relacionados à aversão a limites impostos externamente e pontuações baixas aos itens de Direitos que apontam para um senso de superioridade. A discussão com ele revelou que suas pontuações mais altas representavam uma sobrecompensação para seu esquema de Subjugação, em vez de um esquema de Direitos.

#### Baixas pontuações de YSQ

É importante observar que pontuações baixas em uma subescala do YSQ não significam necessariamente a ausência do esquema associado. Existem várias razões possíveis para isso:

- O esquema do paciente pode estar fora de vista porque sua situação de vida atual pode não conter gatilhos, talvez devido ao enfrentamento evitativo.
- Eles podem estar excessivamente compensando um esquema e, portanto, não perceber que ele está conduzindo esse comportamento; por exemplo, ser dominante em relacionamentos por medo de ser subjugado; ou receber frequentemente pessoas para jantar para estar no centro das reuniões sociais e, assim, evitar sentir seu esquema de Exclusão / Isolamento Social.
- Se suas atitudes e crenças de esquema são socialmente indesejáveis (por exemplo, Crenças de Auto-engrandecimento, Aprovação / Busca de Reconhecimento e Direitos), eles podem negá-las ao completar o YSQ.
- Seu estado padrão pode ser altamente distanciado e, portanto, eles estão fora de contato com um verdadeiro sentido de si mesmos.
- O esquema em si pode influenciar a autoavaliação do paciente; isso é particularmente comum com privação emocional. Esse esquema normalmente se origina em contextos nos quais o paciente recebe mensagens implícitas de que suas experiências emocionalmente privadas são normais e que não reconhecem necessidades, por exemplo, de sintonização ou elogio, como válidas. O paciente pode, portanto, subestimar até que ponto as necessidades apontadas pelos itens de privação emocional do YSQ permaneceram insatisfeitas.

Quando Mira perguntou a Jim como ele encontrou o preenchimento do YSQ, ele disse que o fizera rapidamente e pensando o menos possível - sugerindo enfrentamento evitativo. Ele teve uma pontuação muito alta em Desconfiança / Abuso, alta em Inibição Emocional e Pessimismo e baixa em todos os outros esquemas. Jim e Mira discutiram seus temas mais fortes e Jim sentiu que eles ressoaram com ele. Mira continuou tendo em mente que defectividade, privação emocional e abandono também podem ser relevantes, pensando que o desprezo de Jim pela emoção pode explicar suas pontuações baixas nesses itens do YSQ. Ela o convidou para ler Reinventando sua vida (Young & Klosko, 1994) para ver se ele poderia reconhecer esses esquemas em si mesmo lendo exemplos de como eles se manifestam.

## Inventário do modo de esquema

O Inventário do Modo Esquema (SMI; Young et al., 2007) pode ser administrado aos pacientes ao mesmo tempo que o YSQ. Ele tem 118 itens e aproveita 14 modos de esquema. Pode ser uma ferramenta útil se você ainda está aprendendo sobre os modos de esquema, mas não deve ser usado para identificar todos os modos de seus pacientes, pois avalia apenas um número limitado. Como mencionado acima, recomendamos a lista e as descrições de Bernstein e colegas (Van den Broek et al., 2011) para orientá-lo para uma gama mais ampla de modos. Quebrando padrões de pensamento negativo (Jacob et al., 2015) descreve uma gama ainda mais completa de protótipos de modo e, sendo escrito para pacientes, pode ser uma maneira melhor para eles identificarem e compreenderem seus modos do que o SMI.

Tal como acontece com outros inventários, é o processo de desempacotar as respostas com o seu paciente que é valioso. Peça histórias específicas que ilustrem seus modos, a fim de compreender suas expressões particulares. Sempre que apropriado, use a linguagem do seu paciente para nomear seu modo: por exemplo, se ele mencionou ser 'protegido', você pode considerar com eles, nomear seu modo Protetor destacado 'O Guarda'.

As respostas SMI de Jim deram altas pontuações para os modos Criança vulnerável, Protetor independente e Punição dos pais; pontuações moderadas para os modos Criança Irritada, Criança Impulsiva e Adulto Saudável; e pontuações baixas para os outros modos, amplamente confirmando as hipóteses de desenvolvimento de Mira.

## História da família e educação

Ao perguntar sobre a educação do seu paciente, incluindo discussões sobre os resultados do Young Parenting Inventory (YPI) (veja abaixo), procure entrar em suas experiências quando criança, em vez de simplesmente reunir fatos. Tente visualizar e sentir um pouco de como é ser eles, esforçando-se para entender como seu paciente foi afetado de maneira única por suas experiências. Você pode pedir ao seu paciente uma foto dele quando criança e mantê-la por perto para ajudá-lo a se conectar com o Lado Pequeno.

Ouça onde as necessidades de infância do seu paciente foram e não foram atendidas e por que ele pode ter desenvolvido estratégias e modos de enfrentamento, considerando o temperamento (veja mais abaixo), bem como explorando o que foi modelado ou recompensado pelos pais. Por exemplo, eles podem ter sido elogiados por revidar na escola ou, alternativamente, ensinados a ficar quietos e fora do caminho.

Perguntando: 'Eu me pergunto qual foi sua primeira memória?' pode ser uma forma de acessar uma memória inicial emocionalmente relevante. Perguntas do formulário 'Como era...'; 'Imagino que tenha sido difícil - como foi para você, como isso afetou você?' pode ajudá-los a desvendar suas experiências e dar a você a oportunidade de validar os efeitos de tais experiências. Você também pode apontar qualidades positivas que os relatos deles demonstram, o que pode ajudar a transmitir sua estima por eles e a se opor a qualquer voz crítica dos pais internalizada, "pulando" seus pontos fortes em vez de erros. Observe também se o seu

as respostas às suas perguntas se concentram predominantemente em informações externas: por exemplo, como era para os outros na época ou em sua própria experiência interior. Isso pode mostrar como eles estão sintonizados com sua experiência interna ou se isso reflete uma necessidade não atendida, provavelmente no reino da privação emocional.

Explorar as origens de um modo de enfrentamento ao vivo durante a sessão pode fornecer uma maneira de explorar as experiências formativas da infância.

Quando Jim chegou em sua quarta sessão, Mira comentou que ele parecia particularmente abatido. Ele respondeu que sua semana tinha sido 'uma merda como sempre'. Sarah tinha saído muito, "aparentemente" com suas amigas; ele pensou que ela estava deliberadamente procurando por outro homem, e que ele tinha sido estúpido ao começar a ter esperanças de que ela ficasse com ele. Mira refletiu em voz alta: 'Parece que você tende a esperar o pior, e que, quando você passa a ser um pouco mais esperançoso, seu lado crítico salta para atacá-lo e o empurra de volta a esperar o pior, como se isso será menos doloroso de alguma forma.'

Jim balançou a cabeça e disse: 'Se você não tiver muitas esperanças, não terá de onde cair'. Mira perguntou 'Quando você começou a pensar dessa forma? Quão jovem você era?' Jim fez uma pausa e disse: 'Há uma coisa que ficou gravada em mim - provavelmente nada. Foi quando eu tinha cerca de sete anos. Eu fiz um castelo de Lego com torres e uma bandeira e quartos e estava muito orgulhoso disso. Mamãe passou, olhou para ele e seguiu em frente. Eu disse: "Mãe, venha e olhe meu castelo!" Mas ela estalou "Pare de me incomodar!". Eu fiquei louco - gritei e destruí o castelo. Por um tempo, desisti de fazer coisas com Lego e jurei que nunca mais mostraria a mamãe nada que fizesse.'

Mira disse que não achava que isso fosse 'nada' e que certamente todo garotinho iria querer que sua mãe ficasse encantada ao ver o que eles fizeram, para ouvi-la notar todo o cuidado que foi dado aos detalhes, para dizer como ele foi inteligente por ter descoberto como fazer as torres - talvez até mesmo por tê-lo ajudado a fazer isso em primeiro lugar. Os olhos de Jim se encheram de lágrimas, ouvindo o amor e a atenção que ele desejava expressos e validados pela postura reparadora de Mira. 'Não é à toa que, devido a esse nível de dor, você desistiu um pouco de brincar com Lego e torceu para o interesse de sua mãe - era uma forma de se proteger de mais dor.' Eles então discutiram como desistir e não ter esperanças se tornou uma estratégia mais ampla de autoproteção e chamaram-na de seu modo de 'Desistir'.

### O inventário de pais jovens

As perguntas feitas no YPI de 72 itens (Young, 1994) são projetadas para identificar os cuidados recebidos na infância e que podem ter contribuído para o desenvolvimento do esquema.<sup>9</sup> As respostas são dadas com referência a cada pai separadamente; se houver outras figuras parentais importantes na infância - digamos avós ou um padrasto - um paciente pode, adicionalmente ou alternativamente, responder com referência a elas. O YPI normalmente seria concluído após a segunda sessão para não sobrecarregá-los com muitos questionários longos logo no início da terapia. O inventário foi projetado como uma ferramenta clínica e, portanto, as subescalas não devem

### 30 Tara Cutland Green e Anna Balfour

ser somados ou pontuações médias calculadas. Em vez disso, preste atenção aos itens de alta pontuação - 5s ou 6s - e peça exemplos deles.

Assim como no YSQ, antes de perguntar sobre o conteúdo do questionário, explore como foi para eles completá-lo. Por exemplo, evocou dor ou raiva quando lembranças ruins foram lembradas? Ou culpa por retratar os pais como imperfeitos?

Este inventário pode ajudar a estimular seu paciente a compartilhar experiências de infância que, de outra forma, eles não pensariam em mencionar ou evitariam o voluntariado. As discussões sobre isso podem fornecer uma oportunidade para explorar as necessidades básicas que podem ter passado despercebidas.

O pai de Jim foi embora quando ele era um bebê e sua mãe posteriormente teve vários namorados que iam e vinham. Seu último namorado, Tony, mudou-se quando Jim tinha seis anos. Portanto, Jim completou o YPI em relação à sua mãe e Tony. Mira tinha recebido respostas gerais e pouco claras às suas perguntas sobre a infância de Jim, portanto, indagar sobre as respostas dele no YPI ajudou Jim a dar a ela uma imagem mais clara.

Jim descreveu sua mãe como uma 'boa mãe' que cuidava de suas necessidades práticas, mas deu sua pontuação no YPI que apontava para privação emocional. Ele a lembrava como altamente estressada e irritável, bêbada e barulhenta, ou então preocupada em agradar o homem atual em sua vida. Jim lutou para se lembrar dela dando-lhe afeto físico ou elogios, ou mostrando interesse por ele. Ele se retirou, geralmente brincando sozinho e absorvendo-se com Lego, e repetiu a história que havia contado antes sobre o desinteresse de sua mãe pelo que ele havia construído. Ele também se lembrava de chorar e se sentir triste quando estava sozinho em seu quarto.

Mira indagando sobre as respostas de Jim às perguntas de desconfiança / abuso no YPI o levou a revelar o abuso sexual que sofreu de Tony entre as idades de sete e 11 anos. Ele descreveu como, em contraste com quando outros estavam por perto, Tony parecia se importar com ele e assim Jim não achou que sua mãe acreditaria se ele contasse a ela.

#### Apresentando a terapia do esquema para o seu paciente

À medida que fica claro que a terapia do esquema pode ser uma boa opção para o seu paciente, pode ser útil delinejar o modelo para ver como eles se sentem a respeito. Reinventando sua vida (Young & Klosko, 1994), que ajuda os pacientes a aprofundar e expandir sua compreensão de esquemas ou 'armadilhas de vida' e respostas de enfrentamento, e Quebrando padrões de pensamento negativo (Jacob et al., 2015), que usa o esquema modo quadro, também pode ser recomendado para orientá-los para a abordagem.

Mira apresentou a terapia do esquema para Jim dizendo:

'Todos nós temos necessidades básicas como crianças, além de sermos alimentados e vestidos, incluindo nos sentirmos seguros, amados e competentes. Quando estes não são atendidos, o que sentimos e acreditamos sobre nós mesmos e os outros fica distorcido - como vidros coloridos que colorem como vemos e reagimos às coisas. Chamamos esse tipo de óculos de 'esquema'.

## Avaliação e formulação 31

- Quando penso em como Tony o tratou, fica claro que suas necessidades de se sentir seguro e valioso não foram atendidas. Acho que você aprendeu algo como “não se pode confiar nos outros” e “não valho nada”.

'Quando crianças, fazemos o melhor que sabemos para lidar com as nossas necessidades quando não são satisfeitas. Não havia ninguém para ajudá-lo com seus sentimentos e você até foi punido por tê-los, então uma maneira de aprender a lidar com eles foi fechando-os.

'Normalmente, continuamos a lidar com a vida como fazíamos quando crianças; não mudamos só porque temos 15, 25 ou mesmo 40 anos. Mas, muitas vezes, nossas estratégias de enfrentamento perdem sua eficácia ou começam a causar mais problemas do que resolvem.

'Então, por exemplo, ao se desapegar, você não se aproxima das pessoas para que elas não possam machucá-lo. Mas então você se sente sozinho e Sarah reclama que você está emocionalmente “isolado”. Você não quer perdê-la, mas é difícil para você se abrir porque seus esquemas tornam difícil acreditar que ela ama e quer ficar com você. Parece que você tem reprimido seus temores de que ela trapaceie e vá embora, mas esses sentimentos não vão embora. Então, quando havia sinais suficientes para você concluir que ela estava trapaceando, você explodiu. E agora você está tentando perder o controle.

'Eu gostaria de ajudá-lo a abaixar o volume da voz que atrai você, perdoe-se, fique melhor em expressar o que você sente e se sinta mais seguro com Sarah. A Terapia do Esquema foi projetada para ajudar a enfraquecer seus esquemas e fortalecer seu lado saudável para que você possa se sentir seguro, desfrutar de relacionamentos amorosos e gratificantes e se sentir mais feliz em geral.'

### Temperamento

É importante considerar o temperamento na compreensão do seu paciente, pois influencia preferências, valores, formas de enfrentamento, níveis de intensidade emocional vivenciados e assim por diante. Você pode explorar esse aspecto do seu paciente pedindo-lhe que pergunte a um membro da família ou amigo de confiança como se lembava de quando era criança.

Young (Young et al., 2003, p. 86) propôs as seguintes dimensões do temperamento como potencialmente relevantes na aquisição do esquema:

Labil <> Não reativo  
Distímico <> Otimista  
Ansioso <> Calmo  
Obsessivo <> Distratível  
Passivo <> Agressivo  
Irritável <> Alegre  
Tímido <> Sociável

A pesquisa sugere que a sensibilidade dos indivíduos à qualidade dos cuidados parentais que recebem varia (por exemplo, Belsky & Pluess, 2009). Indivíduos sensíveis prosperam mais do que suas contrapartes menos sensíveis quando recebem uma paternidade excepcional e são mais adversamente afetados por uma paternidade inadequada. Isso pode

## 32 Tara Cutland Green e Anna Balfour

explicar por que alguns pacientes com histórias menos traumáticas desenvolvem esquemas graves (Lockwood & Perris, 2012). Esses pacientes podem ser mais propensos a criticar-se pela intensidade de suas reações e gravidade de seus sintomas, especialmente se, por exemplo, seus irmãos parecem ter sido menos afetados por experiências de infância muito semelhantes. Para esses pacientes, pode ser particularmente importante explicar o efeito das diferenças de temperamento e ajudá-los a avaliar os pontos fortes e as qualidades da sensibilidade, por exemplo, sua vitalidade ou capacidade de se conectar com as pessoas.

O temperamento parece influenciar o estilo e os métodos de enfrentamento. Por exemplo, uma criança com um temperamento otimista e sociável pode buscar e obter uma satisfação fora de sua família nuclear de uma forma que uma criança distímica e tímida dificilmente faria. Uma criança com um temperamento mais passivo pode tentar aplacar um pai zangado e desenvolver um modo de rendição complacente, enquanto uma criança com um temperamento mais agressivo pode discutir e desenvolver um modo de valentão / ataque.

### Espiritualidade, cultura e diversidade

Fé, classe, cultura, etnia, sexualidade e outras dimensões de nossa identidade e experiência podem influenciar o desenvolvimento e o conteúdo de esquemas e modos. Por exemplo, ser gay em certas culturas pode exacerbar um esquema de Isolamento Social ou Deficiência; a prática católica da confissão pode exacerbar o ciclo entre os modos dos Pais que induzem à Culpa e os de Confissão Compulsiva; uma sensação de Deus como um pai forte, compassivo e sábio, ou práticas meditativas podem melhorar o modo de um Adulto Saudável.

Alguns pacientes podem se sentir constrangidos em mencionar um aspecto de si mesmos se for rejeitado ou ridicularizado na narrativa da cultura dominante ou se você parecer diferente deles nesse aspecto, talvez imaginando que não poderia se relacionar com isso. Portanto, pode ser importante que você faça uma investigação proativa: por exemplo, perguntando se eles têm uma visão espiritual ou cultural de mundo particular. Para não fazer suposições erradas, ao trabalhar com alguém que tem uma característica ou é de uma cultura que você não conhece, pode ser importante ter uma postura ainda mais aberta e curiosa do que de costume. Além disso, em alguns casos, pode ser útil consultar outras pessoas para entender como as características de diferença ou expressões espirituais ou culturais podem ser mantidas de maneiras emocionalmente e relationalmente saudáveis.

### Esquemas do terapeuta e a relação da terapia

Sintonize seus sentimentos e reações internas quando estiver com seu paciente. Pense em como você se sente em relação a eles: conectado a eles? Irritado com eles? Você se sente triste por eles ou indiferente às suas histórias de sofrimento? Parte da história deles ressoa em você e é pessoalmente dolorosa? Que maneiras de ser eles extraem de você - você tem vontade de falar sobre soluções, de teorizar, de flertar, de provar a si mesmo?...?

Considere o que suas respostas lhe dizem. Por exemplo, não se comover com relatos de sofrimento pode sugerir que seu paciente está vivendo um modo de Protetor Reclamador. Além disso, conceitualizando suas respostas internas em termos desse esquemas e modos podem ajudá-lo a descobrir o que seu Little Side precisa para manter a presença de seu Adulto Saudável. Também pode ajudá-lo a formular o que seu paciente pode evocar em outras pessoas quando se expressam a partir de um modo particular, permitindo que você crie hipóteses de ciclos modais em seus relacionamentos. Por exemplo, um paciente em seu modo Protetor de Reclamação pode fazer com que seu parceiro se desligue (ou seja, pode acionar seu Protetor Separado), deixando o paciente se sentindo invalidado e incompreendido, o que pode aumentar os esforços de seu Protetor de Reclamação para obter alguma resposta de seu parceiro.

A supervisão e a terapia pessoal têm um valor inestimável quando nossos esquemas são ativados, pois é quando nosso nível normal de percepção e flexibilidade despenca. Aumentar sua consciência, aprender a administrar e, idealmente, curar seus esquemas, permitirá que você mantenha uma postura reparadora saudável e amplie a gama de pacientes aos quais você pode fornecer uma terapia eficaz. As discussões na supervisão ou terapia podem, alternativamente, levar a um resultado igualmente legítimo de não continuar com um paciente em particular, se, por exemplo, os modos de enfrentamento deles o acionam com muita intensidade neste ponto de seu desenvolvimento pessoal.

Na supervisão, Mira explorou como sua angústia de se sentir atacada e afastada por Jim se devia em parte a seus esquemas de Subjugação e Privação Emocional. Ela refletiu que, em cada caso, ela inicialmente se sentiu um pouco intimidada, então se esforçou para trabalhar mais para agradar e se reconectar com Jim quando seu modo de enfrentamento Submissa Complacente foi ativado. Mira considerou com seu supervisor o que ela poderia precisar para permanecer robusta e em seu modo de Grande Mira Saudável. Eles também refletiram sobre o que poderia ter sido acionado para Jim, visto que, em cada caso, seu tom irritado foi precedido por Mira focando em seus sentimentos. Eles levantaram a hipótese de que era uma forma de manter as pessoas à distância para se sentirem seguras, porque ser emocionalmente vulnerável poderia desencadear seus esquemas de desconfiança / abuso, defectividade ou privação emocional. Eles concordaram que seu enfrentamento parecia se encaixar em um tipo de modo de enfrentamento do Protetor irritado. Mira então começou a imaginar que isso pode ser o que Sarah experimenta e um aspecto de seu sentimento de que Jim está "desligado". Com base no que ouviu sobre Sarah, Mira levantou a hipótese de que sua reação a isso pode ser de crítica. Se assim for, isso desencadearia o esquema de defectividade de Jim, reforçando assim sua necessidade sentida de manter os outros emocionalmente distantes, e assim um ciclo de resposta do esquema seria colocado em movimento.

Quando Mira percebeu em seguida uma resposta 'espinhosa' de Jim, ela perguntou se eles poderiam parar, recuar e refletir sobre o que acabou de acontecer. Eles desfizeram juntos como ele realmente sentia desconforto quando ela se concentrava em suas emoções, mas não tinha percebido que ele respondia de uma forma espinhosa até agora, quando ela apontou. Ela empatizou com o porquê disso, dados seus vários medos compreensíveis e também compartilhou que ela sentiu um pouco

## 34 Tara Cutland Green e Anna Balfour

'cutucou' quando ela estava querendo mostrar carinho e isso a confundiu por estar totalmente sintonizada com ele. Ela enfatizou que sabia que ele não tinha a intenção de machucá-la, mas simplesmente desenvolveu espinhos como uma autodefesa. Para ajudar a evitar qualquer sensação de que o estava criticando, ela tornou-se um pouco brincalhona e sugeriu que, nesses momentos, ele talvez fosse "um pouco como um porco-espíinho". Ele deu uma risadinha. Ela se perguntou em voz alta se Sarah talvez se sentisse ocasionalmente espetada por seus espinhos de porco-espíinho e talvez isso fosse parte de seu sentimento de "separação" dele.

## Formulando

### Construindo uma formulação

Uma formulação é um constructo em evolução, aberto à revisão ao longo da terapia, à medida que novas informações surgem. No entanto, é útil desenvolver uma conceituação de caso abrangente no início da terapia. A formulação envolve essencialmente fazer ligações entre os primeiros anos de um paciente, onde os esquemas foram formados devido a necessidades não satisfeitas e estilos de enfrentamento foram desenvolvidos, e as experiências atuais em que os esquemas são acionados e padrões atuais prejudiciais se desenvolvem que dão origem à disfunção. O formulário de conceituação de caso de terapia de esquema (2ª edição, 2018) fornece um formato que incentiva o pensamento cuidadoso e abrangente sobre seus pacientes e fornece um local para reunir as informações que você reuniu durante sua avaliação, dentro de uma estrutura de terapia de esquema.

### Blocos de construção da avaliação e formulação da terapia do esquema

Ao formular com seu paciente, você deve:

- Entenda seus problemas atuais e objetivos de terapia
- Identifique esquemas, respostas de enfrentamento e modos vinculados aos problemas que apresentam
- Explorar as origens de seus esquemas e modos, incluindo necessidades não atendidas na infância ou adolescência, no contexto de temperamento, fatores sociais, espirituais, culturais e outros fatores de perpetuação / proteção
- Entenda a dinâmica do modo no relacionamento terapêutico: o que eles atraem em você e vice-versa
- Identifique suas necessidades de reparação limitada, incluindo confronto empático
- Identifique mensagens punitivas, exigentes, indutoras de culpa ou fomentadoras do medo de Modos Pais Disfuncionais e seu impacto sobre os Modos Filhos do paciente

- Explorar sentimentos ativos e necessidades não atendidas nos modos criança vulnerável e irritada do paciente
- Compreenda a natureza, função, benefícios e custos dos modos de enfrentamento
- Identifique as principais características e pontos fortes do Adulto Saudável
- Desenvolva um plano de tratamento, com base na compreensão de suas necessidades não atendidas e aspirações de terapia

### Formulação de esquema

Para a maioria dos pacientes, uma formulação de modo, que incorpora esquemas, é útil. No entanto, para pacientes que apresentam padrões de problemas distintos, formular e trabalhar em um nível de esquema pode ser suficiente.

Considere, por exemplo, Orla, cujo único objetivo para a terapia é reduzir a procrastinação em seu trabalho como professora. Seus esquemas mais proeminentes são: Autocontrole insuficiente, Fracasso e Padrões implacáveis. As duas últimas parecem resultar de um baixo desempenho na escola, o que seus pais de alto desempenho viam como falta de habilidade, pois sua dislexia só foi diagnosticada na idade adulta. Pode ser suficiente conceituar sua única expressão de Autocontrole Insuficiente que se mostrou como uma evitação da preparação da aula - até o último minuto - como uma resposta de enfrentamento ao medo de falhar.

Agora, quando Orla procrastina, isso permite que ela atribua quaisquer falhas a ela "não ter feito o trabalho suficiente", em vez de sua temida incompetência. Seu medo do fracasso parece ter surgido das experiências da infância nas quais ela se acreditava "estúpida" e é mantida pelos padrões irrealistas que ela tem de seus alunos - que todos obtêm notas A e se comportam perfeitamente em sala de aula. O objetivo da terapia e o foco da mudança podem ser formulados suficientemente como a satisfação das necessidades não satisfeitas representadas por seus esquemas de Padrões e Fracasso implacáveis: estabelecimento de objetivos realistas e a experiência de domínio e competência. Uma série de estratégias - por exemplo, reescrever imagens infantis, trabalho na cadeira e reparos - pode ser empregada para esse fim.

A Tabela 1.1 resume os esquemas de Jim, com base em entrevistas de avaliação, discussões sobre as pontuações do YSQ e YPI e como ele se apresentou e interagiu nas sessões iniciais. Isso tem sido vinculado às necessidades não atendidas da infância e às qualidades específicas necessárias ao limitado reparo de Mira.

### Formulação integrando esquemas e modos

Não há uma correlação direta entre esquemas e modos; eles não correspondem perfeitamente. Certos esquemas, no entanto, são ativados e mais sentidos em

Tabela 1.1 Resumo de esquemas, necessidades não atendidas e reparações necessárias

Esquema	Necessidades não atendidas da infância	Atual relacionado não atendido necessidades e modos mais relevantes	Reparação corretiva
Emocional Privação	<b>Mãe e Tony: falta de calor, carinho, atenção, proteção e orientação. Ausência de outras figuras de apego carinhosas ou confiáveis na família ou em escola.</b>	Sensação de segurança, conexão emocional confiável, afeto, atenção, validação, compreensão de, e capacidade de resposta para, sentimentos e necessidades.(Little Jim, Porco-espinho e Parede)	Sensação de segurança, nutrição confiável, calor, <b>empatia, validação</b> de e capacidade de resposta a Sentimentos e necessidades de Jim. Construção de confiança de modo a contornar a parede e o porco-espinho e alcançar Little Jim. Orientação e proteção (por exemplo, em imagens e cadeira trabalhar).
Emocional Inibição	<b>Mãe: indisponível ou mais irritado quando Jim estava chateado, então ele calou seus sentimentos.</b> <b>Tony: nunca expresso sentimentos vulneráveis e disse a Jim que ele era um "bebê chorão", quando demonstrou um medo válido.</b>	Expressão aberta de emoções e necessidades, incluindo ventilação segura de raiva; encorajar mento para ser espontâneo e lúdico. (Little Jim, Porco-espinho e Parede)	<b>Incentivo a</b> expressar sentimentos spon-simultaneamente, incluindo seus sentimentos sobre Mira e o trabalho que estão fazendo juntos. Modelagem de isso e também ludicidade, de Mira.
Desconfiança/ Abuso	<b>Tony: abuso sexual, vacilação entre</b> sendo charmoso / atencioso e abusivo. Sensação de traição por sua mãe ter escolhido Tony acima dele.	Experiência de confiança pessoas dignas que cuidar dele e tratá-lo bem. (Little Jim e Porco-espinho)	Genuinidade, confiança-dignidade, honestidade, abertura.
Defectividade	Jim interpretou a negligência de sua mãe como significando que ele não era digno de amor e sua irritabilidade como significando que ele e seus sentimentos eram <b>inaceitável. Ele pegou</b> sendo abusado sexualmente por Tony como um sinal de sua inutilidade.	Aceitação e amor por ele por aqueles que conheça suas vulnerabilidades, bem como seus pontos fortes. Postura compassiva para si mesmo. (Little Jim e pai punitivo)	Uma postura compassiva para cometer erros, elogios e elogios. Vai-capacidade de mostrar imperfeições. Proteção de Little Jim dos pais punitivos de Jim.
Abandono	O pai de Jim foi embora quando ele era um bebê e, antes de Tony entrar em cena, a mãe de Jim estava inconsistentemente disponível, dando prioridade aos namorados.	Estável, consistente <b>anexo disponível figura.</b> (Little Jim, Give Up, Porcupine & The Wall)	Confiabilidade, tempos regulares de sessão, disponibilidade entre as sessões (dentro dos limites), aviso prévio e atenção às reações a interrupções na terapia, por exemplo, devido a férias.

(Contínuo )

Tabela 1.1 (Cont.)

Esquema	Necessidades não atendidas da infância	Atual relacionado não atendido necessidades e modos mais relevantes	Reparação corretiva precisava de Mira
Pessimismo	Modelado pela mãe atitude sombria que 'as coisas vão dar errado, o mundo é um lugar difícil'. Falta de eventos positivos sustentados ou experiências em casa ou na escola quando criança.	Uma sensação de eficácia, sendo capaz de imaginar um futuro em que as coisas funcionem para ele. (Little Jim, Punitivo Pai, desista)	Modelagem de saudável otimismo. Tendo Jim imaginar e gerar pontos de vista alternativos mais otimistas à sua postura pessimista, incluindo aqueles em que ele efetua mudar, em vez de fornecê-los ela mesma.

a criança vulnerável, por exemplo, abandono, privação emocional e defectividade. Outros esquemas aparecem predominantemente em modos de enfrentamento, por exemplo, Inibição Emocional (em um modo Desanexado), Direitos (em um modo Auto-Aggrandiser) e Auto-Sacrifício (em um modo de Rendição Complacente). Outros esquemas abrangem os modos. Por exemplo, os Padrões Implacáveis são expressos nos 'deveres', 'deveres', 'deveres' e responsabilidade excessiva dos Pais Exigentes, sentidos na Criança Vulnerável como inadequação, pressão e / ou culpa; e agido por um tipo de modo de enfrentamento do tipo Perfeccionista-Supercontrolador que se esforça para atender às demandas excessivas do modo dos pais.

A primeira vez que você apresenta o conceito de modo ao seu paciente, pode começar usando seus nomes prototípicos, como os usados no SMI (Young et al., 2007). No entanto, a formulação de modos envolve a exploração de suas naturezas idiossincráticas, origens, motivos e desvantagens potenciais; nomes de modo idealmente capturam estes. Como mencionado anteriormente, as palavras que seu paciente usa para descrever sua experiência de um modo podem ajudar a gerar nomes emocionalmente ressonantes. Por exemplo, um tipo de modo 'Auto-engrandecimento' pode ser denominado 'Sou incrível!' se é assim que o seu paciente descreve a sensação de estar nele. Da mesma forma, um lado do entregador complacente pode ser chamado de 'Agradável às pessoas' ou 'Mantenha os outros calmos'; um 'Protetor Queixa' pode ser sentido como um 'Rescue Me!' modo; um protetor zangado pode ser chamado de 'Vá embora'; um modo de Pai Exigente pode ser denominado 'O Ditador'.

Você pode explorar modos, ou 'modos de ser', com seu paciente que exibe características de dois protótipos de modo ao mesmo tempo. Nesse caso, você pode pensar nisso como um modo 'mesclado' ou 'combinado'. Exemplos incluem:

Modo Workaholic = Perfeccionista Supercontrolador + Autoestimulador independente  
 Irritado-Superior = Protetor irritado + Auto-engrandecimento

Resgatador perfeito = rendição complacente + forma própria ideal de auto-agressão  
Protetor vingativo = criança zangada + ataque agressor

Quando Mira guiou Jim por meio de uma imaginação para exercício de avaliação (consulte o Capítulo 2 para mais informações sobre esse método), Jim lutou para se conectar para sentir que estava "nas" visualizações e continuou abrindo os olhos (demonstrando distanciamento emocional). Ele relatou estar muito consciente de estar sendo observado por Mira, sugerindo que seu esquema de Defeição havia sido acionado. A imagem da infância que apareceu foi a de ser repreendido duramente por sua mãe quando ele tinha sete anos, depois de reclamar e chorar de raiva que ela não olhou direito para o castelo de Lego que ele construiu e o destruiu. A imagem do dia atual à qual essa imagem de infância estava ligada era dele imediatamente após quebrar o telefone de Sarah, vendo seu medo e lembrando que ela havia lhe contado sobre o aniversário de sua amiga. Esse exercício apontou para as origens de seus esquemas Emotional Deprivation and Defectiveness e de seu modo Angry / Impulsive Child; e necessidades não atendidas, incluindo expressar seus sentimentos e necessidades antes que aumentem e se compadecem.

### Formulação de automutilação e suicídio

Se o seu paciente apresentar risco, é essencial incluí-lo em sua formulação. Subjacente ao risco, frequentemente haverá um modo infantil com uma dor enorme. No entanto, pode haver uma série de razões para o comportamento de risco, e elas podem assumir diferentes modos, por exemplo:

#### Criança Vulnerável

- Para se sentir real, se dissociativo

#### Protetor Destacado / Auto-Soother

- Para mascarar a dor emocional com uma dor física que pareça mais suportável
- Para uma liberação de endorfina
- Para bloquear outros sentimentos indesejados / dissociar
- Para escapar da dor permanentemente por meio da morte

#### Pai Punitivo

- Para punir a si mesmo - uma tentativa de purificar a culpa

#### Criança zangada

- Para punir outros
- Para comunicar raiva

### Protetor zangado

- Para manter os outros afastados, tornando-se pouco atraente

### Protetor de Reclamações

- Para obter atenção de outras pessoas, indiretamente
- Para comunicar a queixa enquanto bloqueia a ajuda devido à desconfiança

### Rendição sem esperança

- Para se proteger de sentimentos de perda e decepção

## Maneiras criativas de representar formulações

O mapeamento da formulação do 'quadro geral' do seu paciente tem uma série de funções. Aumenta sua meta-perspectiva - isto é, sua consciência de diferentes lados ou partes de si mesmos. Onde algumas partes são socialmente indesejáveis, esta visão abrangente enfatiza que as partes menos aceitáveis não refletem tudo de quem eles são, ao invés disso aprenderam maneiras de ser. Finalmente, ele descreve o caminho para a mudança desejada.

Essa conceitualização do 'quadro geral' pode se desenvolver gradativamente, juntando as peças do quebra-cabeça uma por vez com seu paciente ou, alternativamente, uma visão geral completa pode ser representada de uma só vez.

### Mapa de modo

Ao usar uma formulação de modo, representar isso visualmente pode ajudar seu paciente a manter em mente e reconhecer os modos quando eles surgem. Também pode ajudá-los a compreender as relações entre seus modos. Desenhar um 'mapa de modo' (Figura 1.1) é uma maneira de fazer isso e é algo que eles podem levar consigo para consultar entre as sessões.

Ao definir os modos de geração de problemas, adote uma postura compassiva e curiosa. Por exemplo, ao desenhar modos parentais tóxicos com seu paciente, você pode dizer 'Fomos projetados para aprender sobre o mundo e a nós mesmos com nossos pais. Seria estranho se você não absorvesse as mensagens de seus pais sobre você. O fato de você ter esse lado Pai Exigente / Punitivo mostra que tem um cérebro que aprende bem. Infelizmente, ele foi alimentado com informações prejudiciais e erradas e você ficou com isso na cabeça.'

Ao definir os modos de enfrentamento, tome cuidado para reconhecer como eles se sentiram e ainda se sentem úteis agora, se for relevante. Ter empatia com o motivo pelo qual eles originalmente

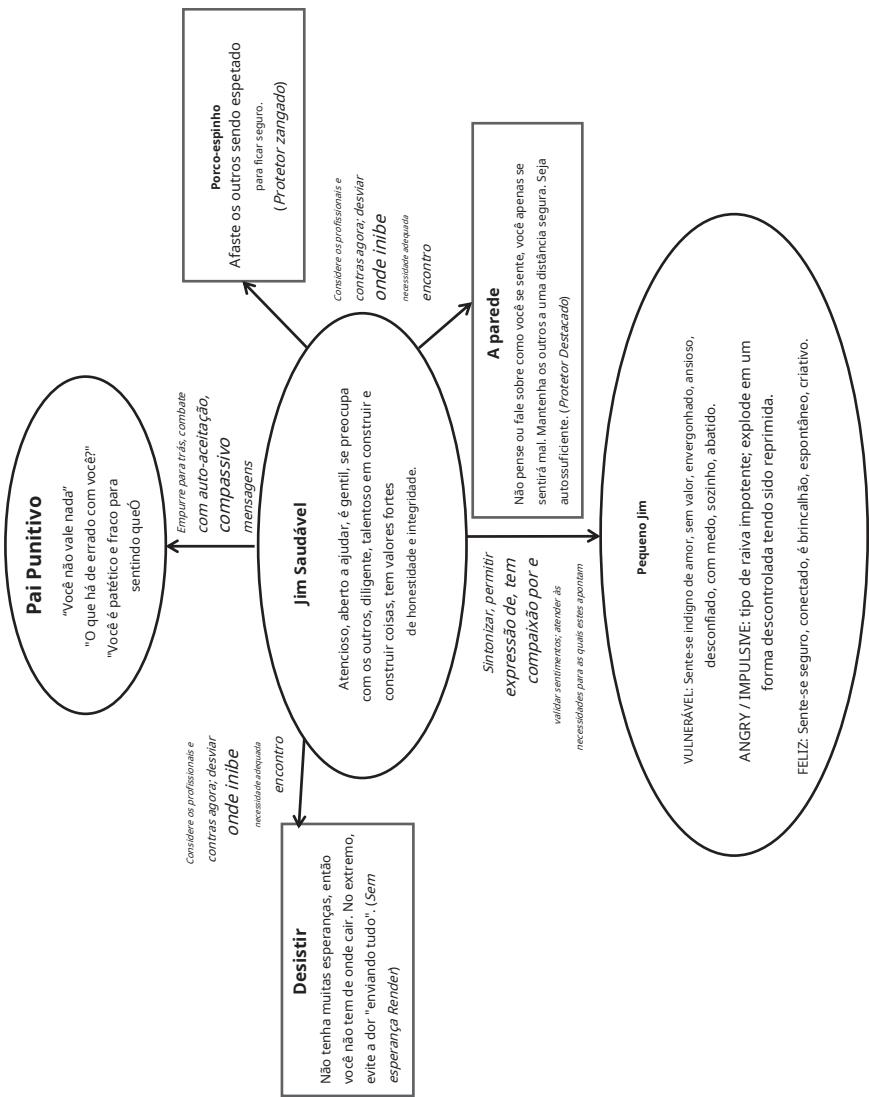


Figura 1.1 Mapa de modo de Jim.

desenvolvidos, considerando o contexto de necessidades não atendidas, seu temperamento, e o que foi recompensado e modelado para eles, mantendo o respeito pelas boas intenções desses modos.

Na Figura 1.1, o Adulto Saudável é colocado no centro, permitindo que seus diferentes papéis em relação aos outros tipos de modos sejam facilmente mostrados. No entanto, você pode preferir posicioná-lo em outro lugar: por exemplo, no topo da página, para sugerir que preside outros modos (ver, por exemplo, Arntz & Jacob, 2012). Onde quer que seja colocado visualmente, é importante reconhecer o Lado Saudável do seu paciente e explicar que o caminho para as mudanças desejadas - para atingir os objetivos da terapia - é fortalecer isso, o seu 'Lado Grande', em suas várias funções. Você pode descrever essas funções como:

- Estar ciente de qual modo está ativo no momento
- Avaliar a utilidade dos modos de enfrentamento e enfraquece-los ou contorná-los<sup>10</sup> para permitir a conexão emocional com modos de criança
- Atender e atender às necessidades expressas pelos modos Criança
- Moderar ou combater modos parentais tóxicos

### Cadeiras

Arrumar cadeiras na sala para simbolizar os esquemas ou modos de seu paciente tem as vantagens de torná-los presentes e imediatos e de permitir que as relações entre eles sejam concretizadas.

Se usado com Jim, ele pode, por exemplo, ser convidado a sentar-se em uma cadeira representando seu modo de Pai Punitivo e entregar suas mensagens, no tom que ele as ouve em sua cabeça, para uma cadeira vazia que representa seu Lado Pequeno. Jim seria então solicitado a se mover para a cadeira do 'Pequeno Jim', para sentir como é receber essas mensagens e assumir a postura que mostra isso. Ele pode, por exemplo, curvar-se para ficar o mais pequeno possível na cadeira, com a cabeça entre as mãos. Mira poderia então intervir em um papel de Adulto Saudável para ajudar Jim a experimentar como o lado 'Big Jim' dele poderia ser. Ela pode proteger o Pequeno Jim, dizendo para a cadeira vazia dos Pais Punitivos: 'Você fala com Jim como se ele não tivesse valor - isso não é verdade e não vou deixar você tratá-lo assim'. Ela pode até tirar esta cadeira da sala. Ela então se voltava para 'Little Jim' e dava a ele mensagens que forneciam um antídoto direto para as mensagens do pai punitivo. O quão pequeno Jim então se sente como resultado dessa intervenção seria então explorado.

Outros modos podem ser representados na sala de maneiras e posições que expressam suas características. Por exemplo, um modo de evitar pode ser posicionado de frente para a porta, como se quisesse se esconder ou escapar. Colocar uma cadeira simbolizando um Protetor Destacado, como a 'Parede' de Jim, entre as cadeiras de Criança Vulnerável e Adulto Saudável pode demonstrar poderosamente como ela impede que o Lado Pequeno receba cuidados. O paciente poderia ser incentivado a fotografar as posições das cadeiras para que tivesse um lembrete visual para levar consigo, para ajudar a consolidar esse trabalho.

## 42 Tara Cutland Green e Anna Balfour

As adaptações com cadeiras incluem diferentes estilos ou cores de cadeiras para representar diferentes esquemas e modos. Por exemplo, ambos os autores usam uma cadeira vertical preta dura para representar os modos paternos tóxicos, pois ela instantaneamente evoca uma sensação de presença agourenta. Além disso, post-its podem ser colados em cadeiras diferentes para rotular o esquema ou modo e suas mensagens.

### Imagens, símbolos e bonecos

Alguns pacientes gostam de desenhar seus modos de esquema, representando-os, por exemplo, como bonecos com balões de fala. Alternativamente, eles podem ser simbolizados com materiais muito básicos, como pedaços de papel de vários tamanhos, formas e cores, figuras de limpador de cachimbo ou fantoches, permitindo a representação de interações fora de moda. (Consulte o Capítulo 9 para obter os símbolos visuais com Modos Críticos Disfuncionais e o Capítulo 11 para obter mais detalhes sobre o uso de símbolos visuais ao trabalhar com os modos de enfrentamento.)

Um dos autores, AB, usa bonecos russos que têm cinco bonecos em tamanhos decrescentes encaixados no maior. Se usar estes, você pode sugerir que a boneca maior represente um modo Destacado ou Protetor, e colocando a boneca menor, a Criança Vulnerável, dentro da maior, você pode ilustrar sua solidão e isolamento; está desconectado de outras pessoas e incapaz de atender às necessidades relacionais. Você pode então demonstrar como o grande Protetor precisa ser aberto para que o Pequeno Lado possa ter suas necessidades atendidas; isso pode ajudar o paciente a enfraquecer seu apego a ele como uma estratégia de enfrentamento. Alternativamente, o terapeuta pode colocar a boneca menor em uma cadeira e pedir ao paciente que se sente em uma cadeira de frente para ela. O paciente pode então ser convidado a ser a voz de, por exemplo, seu Pai Exigente.

### Representações corporais

Às vezes, os esquemas ou modos de um paciente podem ser representados pela maneira como se expressam e se apresentam de forma não verbal. Considere, por exemplo, um paciente com um tom deferente e quieto e uma postura em que seus ombros se curvam para dentro. Conforme você observa e explora isso com seu paciente, você pode identificar isso como uma representação corporal de seu modo 'Supressor' - uma forma de rendição complacente que permite que os outros tenham voz, mas reprime seus próprios desejos e necessidades.

Você pode notar outros esquemas e modos de alinhamento com partes do corpo ou posturas. Por exemplo, um modo de auto-engrandecimento, expressando um esquema de direitos, pode estar em evidência quando eles colocam as mãos nos quadris ou atrás da cabeça, seu adulto saudável pode estar presente quando eles estão sentados eretos, e sua criança abandonada e abusada quando no

uma postura encolhida. (Veja o Capítulo 3 para maneiras de trabalhar com o corpo para promover a mudança terapêutica.)

Como você pode ver, você e seu paciente podem ser criativos e também um pouco brincalhões quando exploram, expressam e simbolizam seu mundo interior

### Conclusão

A terapia do esquema fornece uma estrutura teórica relacional dentro da qual é possível formular de forma colaborativa os padrões problemáticos do seu paciente. Assim como os membros do corpo são coordenados por meio da medula espinhal e do sistema nervoso central, uma formulação precisa orienta o momento e a escolha dos métodos de mudança terapêutica. Da mesma forma que os nervos sensoriais de nossos membros fornecem feedback para o sistema nervoso central, uma formulação da terapia do esquema é desenvolvida e revisada à medida que novas informações surgem e os métodos de mudança são refletidos e adaptados para melhor atender às necessidades básicas do paciente.

Assim, embora permaneça suficientemente adaptável para incorporar novos entendimentos, a formulação fornece um 'mapa do caminho', ou 'cadafalso', para tudo o que se segue. Pode marcar o início de seu paciente saindo de um lugar de dor e caos para se sentir contido, compreendido, não mais sozinho e com esperança de mudança. Ele valida sua angústia e suas necessidades e os aponta para uma resposta adaptativa às necessidades e a perspectiva de maior bem-estar, força e florescimento.

#### Dicas de terapeuta

- Familiarize-se com os 18 esquemas e modos prototípicos, para que você possa detectar prontamente os sinais de sua presença.
- Observe em que modo seu paciente está em um determinado momento e considere isso como algo a ser explorado.
- Tenha em mãos uma nota - ou tenha em mente - as experiências da infância do seu paciente, incluindo nomes de figuras-chave, que ilustram necessidades não atendidas que dão origem a esquemas e modos de enfrentamento.
- Os inventários podem ser ferramentas valiosas para apoiar sua avaliação e formulação emergente. No entanto, as respostas devem ser entendidas à luz das discussões sobre elas e do que você experiencia diretamente do seu paciente.
- Conheça seus próprios esquemas, modos e vulnerabilidades. A terapia pessoal é fundamental para o sucesso como terapeuta do esquema.
- Formular pode ser um processo dinâmico e criativo. Use cadeiras, símbolos e interação lúdica para dar vida a esse processo.

#### Recursos adicionais

Outros inventários que você pode querer investigar incluem:

- Young Parenting Inventory - Revised (YPI-R2; Louis et al., 2018a)
- Inventário de esquema parental positivo (PPSI; Louis et al., 2018b)

## 44 Tara Cutland Green e Anna Balfour

- Questionário de Esquema Positivo de Young (YPSQ; Louis et al., 2018c)
- Inventário do modo de esquema para transtornos alimentares (SMI-ED; Simpson et al., 2018)

The Secure Nest é uma ferramenta online desenvolvida para apoiar o trabalho dos pacientes entre as sessões e para fortalecer a relação paciente-terapeuta. Idealmente, isso seria configurado no início da terapia e pode ser adquirido em [www.securenest.org](http://www.securenest.org).

Cartões com fotos ilustrando diferentes modos como personagens de desenhos animados estão disponíveis para compra online e podem ser úteis se os pacientes acharem difícil identificar e descrever seus esquemas, necessidades não atendidas ou modos verbalmente (consulte [www.etsy.com/uk/listing/ 665.868.603 / core-children- needs-educational-mental?](https://www.etsy.com/uk/listing/665.868.603/core-children-needs-educational-mental?ref=shop_home_active_9) ref = shop\_home\_ac tive\_9; <https://schematherapysydney.com.au/mode-cards/>; e [www.i-modes. com / en / shop / imodes-cards-male-or-female-26 -cards /](http://www.i-modes.com/en/shop/imodes-cards-male-or-female-26-cards/)).

Vídeo 1 do Schema Therapy Toolkit: Compartilhando um mapa de modos (Elaine) demonstra o compartilhamento de uma formulação completa e pode ser adquirido em [www.sche matherapytoolkit.com](http://www.schematherapytoolkit.com).

### Notas

- 1 Os termos formulação e conceituação de caso serão usados indistintamente em este capítulo para se referir a uma compreensão da apresentação de um paciente dentro de um modelo teórico específico, neste caso ST.
- 2 O termo 'paciente' em vez de 'cliente' é usado para consistência entre os capítulos e não implica o uso de um modelo médico, que os autores não endossam.
- 3 ST postula cinco áreas principais da necessidade da infância para um desenvolvimento psicológico saudável - mente (Young & Klosko, 2003): conexões seguras para outras pessoas; autonomia, competência e senso de identidade; liberdade para expressar necessidades e emoções válidas; espontaneidade e brincadeira; e limites realistas e autocontrole.
- 4 Quando uma ou mais necessidades da infância não são satisfeitas de forma consistente, em interação com temperamento - e potencialmente outros fatores como cultura - o indivíduo pode desenvolver esquemas desadaptativos precoces (abreviados para 'esquemas'), definidos como 'padrões de vida autodestrutivos de percepção, emoção e sensação física' (Young et al., 2003).
- 5 Pequenos ensaios clínicos randomizados iniciais mostraram resultados promissores para este Dual Focus Schema Therapy (Ball, 2007; Ball et al., 2005; Linehan et al., 1999, 2002). No entanto, o ensaio de Ball et al. (2011) sugere que a terapia de foco único pode ser mais eficaz, indicando a necessidade de uma justificativa clara para incluir um componente de terapia do esquema no trabalho com pacientes dependentes de substâncias.
- 6 Referindo-se aos pontos fortes do personagem Valores em Ação (Peterson & Seligman, 2004) pode ajudá-lo a identificar, nomear e afirmar características positivas em seu paciente que eles negligenciam ou minimizam.
- 7 Para solicitar cópias dos inventários mencionados neste capítulo, visite: [www.schematherapy.org](http://www.schematherapy.org). Para uma visão geral mais abrangente da variedade de questionários de terapia do esquema, consulte Sheffield e Waller (2012).
- 8 Se o seu paciente pode atender aos critérios para transtorno de personalidade limítrofe, não é aconselhável dar-lhes um YSQ, pois é provável que tenham uma pontuação elevada na maioria dos esquemas

- (Bach et al., 2015), portanto, preencher esse questionário seria desnecessário e potencialmente desanimador e angustiante.
- 9 Uma versão revisada, mais curta, com propriedades psicométricas superiores, o Young Parenting Inventory - Revised (YPI-R2; Louis et al., 2018a) estará disponível em breve.
- 10 Em algumas circunstâncias, um modo de enfrentamento pode concordar com a perspectiva de um Adulto Saudável. Por exemplo, em certos contextos, um modo de controle excessivo ou perfeccionista pode ser temporariamente a melhor forma de lidar com isso, por exemplo, ao cuidar dos filhos ou lidar com as responsabilidades do trabalho, respectivamente. A principal diferença é a flexibilidade com a qual essas estratégias podem ser aplicadas, conforme apropriado para diferentes contextos.

## Referências

- Arntz, A. & Jacob, G. (2012). *Terapia do esquema na prática: um guia introdutório ao Abordagem do modo de esquema*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P. & Kriston, L. (2015). The Young Schema Formulário curto do questionário 3 (YSQ-S3), propriedades psicométricas e associação com transtornos de personalidade em uma amostra mista dinamarquesa. *European Journal of Psychological Assessment*, 33 (2), 134–143.
- Ball, SA (2007). Comparando terapias individuais para opioides com transtorno de personalidade pacientes dependentes. *Journal of Personality Disorders*, 21 (3), 305–321. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.3.305>
- Ball, SA, Cobb-Richardson, P., Connolly, AJ, Bujosa, CT & O'Neill, TW (2005). Abuso de substâncias e transtornos de personalidade em clientes de centros de acolhimento sem-teto: gravidade dos sintomas e retenção de psicoterapia em um ensaio clínico randomizado. *Psiquiatria Abrangente*, 46, 371–379. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.11.003>
- Ball, SA, Maccarelli, LM, LaPaglia, DM & Ostrowski, MJ (2011). Randomizado ensaio de terapia individual de foco duplo vs. foco único para transtornos de personalidade e dependência de substâncias. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (5), 319–328. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182174e6f>.
- Bamelis, LLM, Evers, SMAA, Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Resultados de um estudo multicêntrico randomizado controlado da eficácia clínica da terapia do esquema para transtornos de personalidade. *American Journal of Psychiatry*, 171 (3), 305–322.
- Belsky, J. & Pluess, M. (2009). Além do estresse de diátese: Suscetibilidade diferencial a influências ambientais. *Boletim Psicológico*, 135 (6), 885–908.
- Calvete, E., Orue, I. & González-Diez, Z. (2013). Um exame da estrutura e estabilidade de esquemas desadaptativos iniciais por meio do Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29 (4), 283–290.
- Carter, JD, McIntosh, VV, Jordan, J., Porter, RJ, Frampton, CM & Joyce, PR (2013). Psicoterapia para a depressão: um ensaio clínico randomizado comparando a terapia do esquema e a terapia cognitivo-comportamental. *Journal of Affective Disorders*, 151 (2), 500–505.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhove, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. & Arntz, A. (2006). Psicoterapia ambulatorial para transtorno de personalidade límitrofe. *Arquivos de Psiquiatria Geral*, 63 (9), 649–658.
- Hepgul, N., King, S., Amarasinghe, M., Breen, G., Grant, N., Gray, N., Hotopf, M., Moran, P., Pariente, CM, Tylee, A., Wingrove, J., Young, AH & Cleare, AJ (2016). Características clínicas dos pacientes avaliados em um serviço de Melhoria do Acesso às Terapias Psicológicas (IAPT): resultados de um estudo de coorte naturalístico

## 46 Tara Cutland Green e Anna Balfour

- (Predição do resultado após terapia psicológica; PROMPT). BMC Psychiatry, 16 (52). doi: 10.1186 / s12888-016-0736-6
- ISST. (2018).O Formulário de Conceitualização de Caso de Terapia do Esquema (2ª edição). www.schematherapysociety.org/new-conceptualization-form Jacob, G., van Genderen, H. & Seebauer, L.
- (2015). Quebrando padrões de pensamento negativo:  
Um livro de autoajuda e suporte para terapia de esquema. Chichester: Wiley-Blackwell. Linehan, MM, Dimeff, LA, Reynolds, SK, Comtois, KA, Welch, SS,
- Heagerty, P. & Kivlahan, DR (2002). Terapia comportamental dialética versus terapia de validação abrangente mais 12 etapas para o tratamento de mulheres dependentes de opióides que atendem aos critérios para transtorno de personalidade limitrofe. Dependência de Drogas e Álcool, 67 (1), 13-26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)
- Linehan, MM, Schmidt, H. III, Dimeff, LA, Craft, JC, Kanter, J. & Comtois, KA (1999). Terapia comportamental dialética para pacientes com transtorno de personalidade limitrofe e dependência de drogas. American Journal on Addictions, 8 (4), 279-292. <https://doi.org/10.1080 / 105504999305686>
- Lockwood, G. & Perris, P. (2012). Um novo olhar para as necessidades emocionais fundamentais. In: M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice. Oxford: Wiley-Blackwell (pp. 41-66).
- Louis, JP, Wood, AM e Lockwood, G. (2018a). Validação psicométrica do Young Parenting Inventory - Revised (YPI-R2): Replicação e extensão de uma escala parenting comumente usada na pesquisa e prática de Schema Therapy (ST). PLoS One, 13 (11), e0205605. 10.1371 / journal.pone.0205605.
- Louis, JP, Wood, AM & Lockwood, G. (2018b) Validação psicométrica do Young Parenting Inventory - revisado (YPI-R2): replicação e extensão de uma escala parental comumente usada na pesquisa e prática de Schema Therapy (ST). PLOS One, 13 (11). <https://doi.org/10.1177/1073191118798464> (ISSN 1932-6203).
- Louis, JP, Wood, AM, Lockwood, G., Ho, M.-HR & Ferguson, E. (2018c) Posi-psicologia clínica ativa e terapia do esquema (ST): O desenvolvimento do Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) para complementar a forma curta do Young Schema Questionnaire 3 (YSQ-S3). Avaliação psicológica. Publicação online avançada. 10.1037 / pas0000567.
- Peterson, C. & Seligman, MEP (2004). Pontos fortes e virtudes do caráter: um manual e Classificação. Nova York: Oxford University Press e Washington, DC: American Psychological Association.
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I. & Huibers, M. (2013). Tratamento para depressão crônica usando Schema Therapy. Psicologia Clínica: Ciência e Prática, 20 (2), 166-180.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, FPML, Lobbestael, J. & Huibers, MJH (2016). Terapia do esquema para depressão crônica: resultados de uma série de casos múltiplos. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 51 (6), 66-73.
- Reusch, Y. (2015). A grande tentação: tratar a impulsividade e a compulsão alimentar com terapia do esquema [Die grosse Versuchung - Impulskontrollstörungen und Behandlungsmöglichkeiten aus schematherapeutischer Sicht am Beispiel der Binge-Eating-Störung]. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 36 (3), 251-261.
- Sheffield, A. & Waller, G. (2012). Uso clínico de inventários de esquema. In: M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort. (Eds.)The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice. Oxford: Wiley-Blackwell (pp. 111-124).
- Simpson, SG, Pietrabissa, G., Rossi, A., Seychell, T., Manzoni, GM, Munro, C., Nesci, JB & Castelnuovo, G. (2018). Estrutura fatorial e validação preliminar

## Avaliação e formulação 47

- do inventário do modo de esquema para transtornos alimentares (SMI-ED). *Fronteiras em psicologia*, 24 (9), 600.
- Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M. & Delile, JM (2018). Tratando o vício com terapia do esquema e EMDR em mulheres com SUD e PTSD concomitantes: um estudo piloto. *Journal of Substance Use*, 23 (2), 199–205.
- Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M. e Bernstein, DP (2011). Terapias artísticas e terapia focada no esquema: um estudo piloto. *As Artes em Psicoterapia*, 38 (5), 325-332.
- van Vreeswijk, M., Broersen, J. & Nadort, M. (Eds.) (2012). *The Wiley-Blackwell Hand-livro de Schema Therapy: Theory, Research and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell. Waller, G., Shah, R., Ohanian, V. & Elliott, P. (2001). Crenças fundamentais na bulimia nervosa e depressão: a validade discriminante do questionário do esquema de Young. *Terapia Comportamental*, 32 (1), 139-153.
- Young, JE (1994). *Inventário de Paternidade Juvenil*. Nova York: Centro de Terapia Cognitiva de Nova york.
- Young, JE & Klosko, JS (1994). *Reinventando sua vida*. Nova York: Plume.
- Young, JE, Arntz, A., Atkinson, T., Lobbstaedt, J., Weishaar, ME & van Vreeswijk, MF (2007). *O inventário do modo de esquema*. Nova York: Schema Therapy Institute.
- Young, JE, Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). *Terapia do esquema: um praticante Guia*. Nova York: Guilford Press.

## 2 Técnicas experenciais em avaliação

Benjamin Boecking e Anna Lavender

### Introdução e objetivos do capítulo

A avaliação psicológica abrangente é fundamental na formulação, planejamento do tratamento e avaliação da mudança terapêutica. No entanto, os pacientes com problemas de nível de personalidade muitas vezes lutam para identificar suas emoções, cognições e problemas-chave, tornando assim uma avaliação precisa por meios puramente discursivos ou um questionário difícil ou incompleto. Além disso, o conteúdo esquemático do paciente e os modos de enfrentamento mal-adaptativos podem interferir na coleta e na interpretação válida das informações de avaliação obtidas.

Para ajudar a contornar algumas dessas dificuldades, a Terapia do Esquema faz uso de técnicas experenciais que os terapeutas aplicam com flexibilidade, além das técnicas discursivas, cognitivas e comportamentais ao longo do curso da terapia. Em particular, as técnicas de imagem e trabalho na cadeira têm um significado especial durante o processo de avaliação. As técnicas de imagens mentais podem ajudar a identificar padrões cognitivos e emocionais menos acessíveis (ou seja, esquemas) que vinculam situações desencadeantes a memórias angustiantes de infância e necessidades não atendidas associadas. As técnicas de trabalho da cadeira visam avaliar a origem, o impacto e a função dos modos de enfrentamento dos pacientes. Na fase de avaliação, a terapia do esquema permite mais tempo do que outras escolas terapêuticas. O princípio orientador do terapeuta é usar todas as informações coletadas de qualquer interação com o paciente,

Neste capítulo, descrevemos as imagens centrais e as técnicas de avaliação do trabalho da cadeira, junto com as 'dicas importantes' para as dificuldades comumente encontradas. Para facilitar a leitura, nos referimos a uma terapeuta e um paciente do sexo masculino ao longo do capítulo.

### Estratégias centrais

#### Imagens para avaliação

O uso de imagens dentro do processo de avaliação 'move a compreensão do esquema do domínio intelectual para o emocional' (Young et al.,

2003). Os esquemas, que podem ser definidos como temas amplos formados por memórias, cognições, emoções e respostas fisiológicas, podem ser em grande parte não-verbais e, portanto, de difícil acesso em um nível cognitivo. Além disso, experiências importantes que deram origem à formação de esquemas podem ter ocorrido em um estágio de desenvolvimento pré-verbal. Por essas razões, imagens que acionam esquemas em um nível emocional, fisiológico e cognitivo podem ser uma técnica inestimável para a identificação de material esquemático.

O terapeuta começa a usar imagens para avaliação, uma vez que uma história pessoal foi tomada e as medidas do questionário foram revisadas (ver Capítulo 1). O trabalho com imagens, então, permite uma avaliação 'quente' das experiências da infância e dos esquemas 'online' - incluindo as necessidades não atendidas que estão por trás de suas origens de desenvolvimento. Crucialmente, também permite que o paciente e o terapeuta vinculem o conteúdo esquemático com base nas experiências iniciais às dificuldades atuais do paciente.

Ao introduzir pela primeira vez o conceito de trabalho com imagens, o terapeuta precisa fornecer uma justificativa clínica. Por exemplo: 'Eu gostaria de sugerir que tentássemos um exercício de imagens. Lembra como você descreveu que às vezes sabe algo em sua cabeça, mas seus sentimentos dizem algo completamente diferente? Às vezes, isso pode acontecer se os significados de memórias muito emocionais encontrarem seu caminho em nossa experiência atual, sem que percebemos. Os exercícios de imagens mentais podem nos ajudar a entender um pouco mais sobre quais memórias significativas podem ser desencadeadas em situações que parecem muito difíceis e podem nos permitir trabalhar com essas memórias e imagens de maneiras que podem ser úteis. Eles também podem nos ajudar a conectar um pouco mais o que está acontecendo em nossas cabeças e corações. Você poderia tentar isso comigo? '

Ao introduzir o conceito de imagem, o paciente pode ficar relutante e assustado. Isso por si só pode fornecer informações úteis sobre o conteúdo esquemático: a ideia ativa um esquema de desconfiança / abuso? Isso o leva a se sentir vulnerável ou desamparado? Quais modos de enfrentamento possíveis estão surgindo online? Se o paciente estiver relutante, o terapeuta pode garantir que ele permanecerá no controle durante todo o exercício e pode adaptar a configuração para que se sinta seguro (por exemplo, mantendo os olhos abertos). O terapeuta precisa alocar tempo suficiente dentro de uma sessão para permitir a realização do exercício, feedback e discussão. Esta é a chave para obter informações válidas, conter o paciente e fortalecer o relacionamento.

O primeiro princípio da realização de exercícios de imagens mentais é oferecer o mínimo de instrução ou direção possível. Isso permite o surgimento espontâneo do que é mais importante para o paciente. Os clientes mais vulneráveis podem precisar escolher uma imagem com antecedência, mesmo na avaliação, para sentir algum controle / previsibilidade. É fundamental explorar as imagens 'significado para o paciente - mantendo a mente aberta quanto às origens potenciais da formação do esquema e a criptografia do significado emocional, necessidades não atendidas ou a possível ativação de um modo de enfrentamento. Não é necessário que o paciente reviva as memórias traumáticas centrais durante a avaliação. Por exemplo, se um paciente recuperar a imagem de um episódio de abuso sexual na infância, é importante pausar o

imagem, move para imagens de um lugar seguro (veja abaixo), traga o indivíduo de volta ao presente e garanta que ele se sinta seguro. O trabalho terapêutico em experiências abusivas é realizado posteriormente na terapia.

Um paciente pode dizer que nenhuma imagem vem à mente e que ele 'não consegue fazer imagens', o que pode ser uma crença que ele mantém e / ou pode indicar a ativação de um modo de enfrentamento. Nesse caso, o exercício do sorvete (Farrell & Shaw, 2012) pode ser útil.

#### O exercício do sorvete

Terapeuta: 'Feche os olhos, se estiver bom para você, ou descanse os olhos no chão. Agora imagine que nós dois estamos entrando em uma sorveteria. Você está segurando um voucher para sorvete ilimitado. Com o que se parece? É um local moderno ou mais tradicional? O que você vê? Você está indo até o balcão e olhando todos os diferentes sorvetes. Tantas cores. Muitos sabores. Agora escolha os sabores que você deseja, quantos quiser. Você gostaria de chantilly por cima? Que granulado existe? Arco-íris? Chocolate? Quais você gostaria? Você pode ver o sorvete na sua mão? Com o que se parece? Todas aquelas cores e sabores diferentes! Você pode ver os sorvetes? Agora você pode saborear o sorvete. Imagine aquela primeira mordida... a sensação de frescor, a textura nos lábios e na boca e os sabores. Você pode provar o sorvete? O chantilly? Os granulados? Excelente!'

Para indivíduos com distúrbios alimentares ou preocupações com o peso, o exercício pode ser adaptado a um ambiente diferente e menos ameaçador, por exemplo, uma loja de artigos para a casa, um parque ou outro ambiente atraente para o paciente.

Quando apresentado de forma lúdica, a maioria dos pacientes se engaja neste exercício pelo menos até certo ponto e geralmente é capaz de relatar algumas experiências imaginadas. O terapeuta pode então construir essa experiência para exercícios futuros. Ocassionalmente, os pacientes podem se sentir um tanto enganados pelo exercício - o que novamente fornece informações úteis sobre possíveis esquemas ou mensagens dos modos dos pais.

#### Imagens de lugar seguro

Antes de acessar as memórias centrais relacionadas ao esquema usando imagens, é útil apresentar imagens de lugar seguro que se concentra na construção de um lugar seguro imaginário dentro da mente do paciente (Utay & Miller, 2006). Uma vez desenvolvido, o terapeuta e o paciente podem usar a imagem do lugar seguro durante a terapia como uma ferramenta de autorregulação emocional, e é freqüentemente usado para "encerrar" outros exercícios de imaginação ativa (veja abaixo). Na avaliação, é uma introdução suave à ideia de trabalho com imagens. O Quadro 2.1 fornece um exemplo de diálogo de imagens de lugares seguros (Vivyan, 2009).

As observações feitas durante a preparação e prática de imagens de locais seguros são úteis para coletar informações relevantes para a formulação. A facilidade

### Caixa 2.1 Imagens de lugar seguro

Comece ficando confortável e reserve alguns minutos para se concentrar em sua respiração, feche os olhos, perceba qualquer tensão em seu corpo e deixe-a ir a cada expiração. ... Imagine um lugar onde você possa se sentir calmo, tranquilo e seguro. Pode ser um lugar que você já esteve antes, algum lugar que você sonhou em ir, algum lugar que você viu uma imagem, ou apenas um lugar tranquilo que você pode criar em sua mente.... Olhe ao seu redor naquele lugar, observe as cores e formas. O que mais você percebe?... Agora observe os sons que estão ao seu redor, ou talvez o silêncio. Parece distante e aqueles mais próximos de você. Aqueles que são mais perceptíveis e aqueles que são mais sutis.... Pense em todos os cheiros que você notar lá. ... Em seguida, concentre-se em quaisquer sensações de pele em sua conexão com a terra abaixo de você ou o que quer que esteja apoiando você naquele lugar, a temperatura, qualquer movimento do ar, qualquer outra coisa que você possa tocar. ... Observe as sensações físicas agradáveis em seu corpo enquanto desfruta deste lugar seguro. ... Agora, enquanto você estiver em seu lugar tranquilo e seguro, você pode escolher dar-lhe um nome, seja uma palavra ou uma frase que você pode usar para trazer essa imagem de volta, sempre que precisar. ... Você pode optar por ficar lá um pouco, apenas curtindo a paz e a serenidade. Você pode sair quando quiser, apenas abrindo os olhos e tendo consciência de onde está agora, e voltando ao estado de alerta no 'aqui e agora'.

ou a dificuldade com que o paciente consegue encontrar um lugar seguro ajuda o terapeuta a avaliar o grau de dificuldade que ele tem em gerar ou experimentar uma sensação interna de segurança. Alguns pacientes, quando orientados a "pensar em um lugar seguro", dirão prontamente, por exemplo, "na sala da frente da minha avó", o que é uma memória real e experiente, sugerindo algum grau de habilidade de regulação emocional interna. Outros podem se sentir incapazes de pensar em qualquer lugar real e podem se apoiar no pensamento de um lugar imaginário e inventado, como uma clareira ensolarada em uma floresta. Outros podem achar que é quase impossível gerar um espaço real ou imaginário onde possam imaginar que se sentem seguros. Isso sugere uma necessidade grave não atendida de segurança em um nível central. Nesse caso, pode ser necessário desenvolver lentamente um local seguro à medida que a terapia progride.

Acessando memórias relacionadas ao esquema central usando imagens: a técnica de flutuação de volta

Uma técnica de imagem útil é o flaveia de volta ou Ponte técnica. Envolve guiar um paciente em imagens do presente ao passado para acessar as origens de seus esquemas centrais e necessidades não atendidas em um nível emocional. Na avaliação, os objetivos desta estratégia são (1) eliciar quais memórias centrais (relacionais) são acionadas em situações atualmente perturbadoras, (2) para avaliar quais atributos ou

comportamentos que os cuidadores apresentam em relação ao paciente e o efeito destes sobre o paciente, (3) para avaliar as reações dos cuidadores, se o paciente expressa seus pensamentos, sentimentos ou necessidades, e (4) para ver como tais reações podem ter contribuído para moldar os modos de enfrentamento.

Para coletar essas informações, o exercício abaixo pode precisar ser repetido várias vezes, com o paciente direcionado gentilmente a cada um de seus cuidadores primários e outras pessoas importantes de seu passado. É importante ter em mente que acessar as memórias básicas relacionadas ao esquema pode ser bastante angustiante para os pacientes. Nesse caso, cuidado extra deve ser fornecido durante e, potencialmente, após a sessão.

Terapeuta: Ok, então vamos começar fechando seus olhos ou descansando-os em um ponto do chão, e tentando se lembrar de um momento em que você se sentiu mal na última semana. Talvez um momento com outra pessoa ou pessoas em que você se sentiu realmente chateado - triste, mal consigo mesmo ou com raiva, talvez. Conte-me sobre onde você está e quando? Quem está aí? O que você pode ver e ouvir? Conte-me sobre o que está acontecendo. E como você está se sentindo? [Se o paciente está lutando para encontrar palavras para suas emoções, pergunte.] Você se sente zangado / solitário / rejeitado / perdido / triste? O que se passa em sua mente? O que você sente em seu corpo? Certo, agora mantenha essa sensação em seu corpo, amplie-a ainda mais e deixe a imagem da situação desaparecer. Agora, deixe sua mente flutuar de volta ao passado, a uma imagem ou memória talvez de um tempo com sua mãe ou pai que ressoe com as emoções que você está sentindo. As situações não precisam coincidir, apenas os sentimentos. Avise-me quando tiver uma lembrança.

Ao conduzir o exercício, o terapeuta está procurando uma memória inicial, de preferência durante a primeira infância, quando é mais provável que os esquemas tenham sido formados. Se o paciente descreve uma memória da adolescência ou da idade adulta, o terapeuta pode escolher ficar com isso ou ela pode tentar flutuar de volta dessa memória para uma anterior, usando prompts semelhantes aos descritos acima. Se o paciente se esforça para acessar qualquer tipo de memória, um modo Protetor Destacado pode estar funcionando - tentando proteger a Criança Vulnerável do paciente de lembrar ou reviver sofrimentos do passado. Mesmo assim, pode ser útil tentar continuar este exercício de imaginação, pois ele pode evocar memórias que geralmente não estão disponíveis aos pacientes por meio de seus processos habituais de recuperação. No entanto, um modo forte de Protetor Destacado pode sugerir conteúdos de memória particularmente dolorosos e, portanto,

Se o paciente não permanecer no tempo presente ou se relacionar com sua experiência na terceira pessoa, um modo de protetor destacado pode estar tentando proteger o paciente do efeito associado à imagem. O terapeuta pode querer rotular o Protetor Destacado e, de forma colaborativa, entender sua ativação antes de tentar o exercício novamente. Às vezes, pode ser útil praticar as descrições do tempo presente "offline" de antemão, por exemplo, descrevendo a situação atual na sala de terapia (o que ele pode ver, ouvir, etc....). Assim que o paciente tiver identificado uma imagem ou memória:

Terapeuta: Quantos anos você tem? Onde você está? O que você pode ver e ouvir? Quem está aí com você? O que está acontecendo? Como você está se sentindo? O que se passa em sua mente?

Pode não ser imediatamente óbvio por que ou como a imagem pode estar associada à situação de ativação no presente. Isso pode ser por vários motivos: (1) o paciente não experimentou emoção 'online' ao flutuar de volta, (2) uma imagem inicial pode ter sido ' bloqueada' e substituída por um modo de enfrentamento, ou (3) o paciente pode tentar para transmitir uma mensagem ou impressão com base no que ele acredita que o terapeuta deseja ouvir, ou para atender às suas necessidades de outra forma. Alternativamente, a imagem pode codificar informações altamente relevantes de uma maneira sutil ou simbólica: o terapeuta precisa se sintonizar finamente com as experiências do paciente na imagem e indagar sobre possíveis omissões cognitivo-emocionais que podem informar uma interpretação da imagem. Por último, a imagem pode ilustrar as necessidades não atendidas do paciente, em vez de uma fonte de angústia (por exemplo,

Terapeuta: Certo, agora deixe essa memória começar a desaparecer e vá para o seu lugar seguro. Apenas descance aí, respire a calma, a paz e a segurança. Fique lá o tempo que precisar e, quando estiver pronto, volte gentilmente para mim na sessão.

Se o paciente está muito angustiado e não pode experimentar uma sensação de segurança no presente, será importante conceituar e validar isso como a criança vulnerável que experimenta a dor do passado e conectar isso à formulação emergente. O terapeuta deve usar sua postura reparadora limitada para acalmar o paciente e tentar atender a sua necessidade de segurança, usando técnicas de aterrramento conforme apropriado. Se o paciente não se sentir seguro para deixar a clínica ao final da sessão, o terapeuta pode optar por estender a sessão ou sugerir que ele se sente na sala de espera até que se sinta forte o suficiente para sair e, em seguida, faça um telefonema mais tarde.

Após a experiência imagética, o terapeuta pergunta ao paciente como ele experimentou o exercício, o que as imagens significaram para ele e como as memórias conectadas podem se vincular à situação angustiante originalmente trazida por tema ou emoção eliciada.

Uma variação da técnica de flutuar para trás envolve 'flutuar para frente' ou uma 'ponte para frente', em que o terapeuta e o paciente começam com uma imagem - já ativada - da infância e flutuam para a frente para uma imagem atual que ressoa emocionalmente com a experiência da infância. Isso pode ser útil quando um paciente assiste a uma sessão com uma memória particular que considera importante para seu estado emocional aqui e agora.

#### Trabalho de cadeira para avaliação

O trabalho da cadeira refere-se a exercícios experenciais que envolvem um posicionamento de cadeiras com base na lógica e diálogos guiados entre aspectos externalizados do

self (por exemplo, criança e modos de enfrentamento), o self e as representações internalizadas de outros (modos dos pais), ou o self e os outros na vida cotidiana do paciente (Kellogg, 2004). As técnicas de trabalho da cadeira são ferramentas poderosas para avaliar as cisões cognitivo-emocionais nos sentidos do eu, ou seja, nos modos dos pacientes.

Conforme descrito em uma revisão narrativa recente (Pugh, 2017), as intervenções de trabalho da cadeira foram inicialmente desenvolvidas dentro da escola de psicodrama (Gershoni, 2003), posteriormente desenvolvidas na gestalt terapia (Perls et al., 1951) e totalmente estabelecidas na terapia do esquema como característica central do repertório terapêutico (Arntz & Jacob, 2017; Kellogg, 2012; Young et al., 2003).

Durante o estágio de avaliação, as técnicas de trabalho na cadeira visam identificar o "armamento" e o impacto dos modos parentais disfuncionais na experiência de um paciente consigo mesmo e com os outros. Além disso, eles permitem que um terapeuta use técnicas de 'entrevista' para avaliar a origem, o desenvolvimento, a função e os 'motivos' dos modos de enfrentamento, com ênfase em sua natureza adaptativa original que, desde então, deu errado. Para obter descrições mais detalhadas das técnicas de trabalho da cadeira e sua base de evidências atual, consulte a Parte III deste texto, Pugh (2017), Kellogg (2012, 2014) e Arntz e Jacob (2017).

Tal como acontece com imagens para avaliação (e, de fato, todos os exercícios experientiais), é importante

- deixe tempo suficiente para fornecer uma justificativa (por exemplo, para colocar diferentes facetas do self do paciente em contato umas com as outras e para explorar sua origem, funções e necessidades),
- sintonizar com as emoções do paciente a cada momento, e
- deixe tempo suficiente para debriefing e ponte para potenciais insights sobre a vida do paciente.

Durante a fase de avaliação, as técnicas de trabalho da cadeira podem ser particularmente úteis na avaliação da experiência, expressão, função e impacto dos pais e modos de enfrentamento.

#### O trabalho da cadeira para avaliar a relação disfuncional pai-filho vulnerável

Os objetivos do exercício são avaliar (1) o conteúdo das mensagens dos pais punitivos (e formar hipóteses sobre sua expressão deslocada no aqui e agora), (2) o impacto dessas mensagens na criança vulnerável do paciente / experiência emocional, (3) estratégias de enfrentamento que o paciente pode 'virar' uma vez que o Pai Punitivo esteja online e (4) os recursos do modo Adulfo Saudável para combater o Pai Punitivo.

Configuração: cadeira do terapeuta, cadeira do paciente / cadeira de adulto saudável, cadeira dos pais punitivos, cadeira de criança vulnerável.

Terapeuta: Existe uma situação recente em que você consegue se lembrar em que se rebaixou ou sentiu uma sensação de pressão interna ou exaustão, ou apenas se sentiu muito mal consigo mesma? Você pode descrever brevemente a situação? Onde você estava? O que aconteceu?

Para alguns pacientes, pode ter se tornado uma segunda natureza criticar-se, dificultando a identificação de uma situação particular ou, de fato, o reconhecimento da presença (oni) de um modo de Pai Punitivo. Nesse caso, o terapeuta deve primeiro rotular e, em seguida, refletir de volta sua presença sempre que perceber que ele está online.

Terapeuta: Eu gostaria de saber um pouco mais sobre seus sentimentos nesta situação. Para fazer isso, talvez pudéssemos tentar um exercício de trabalho na cadeira - o que acha? Aqui [aponta para a cadeira dos pais punitivos], gostaria de colocar a cadeira dos pais punitivos; aqui [aponta] a cadeira de criança vulnerável. Depois que você se sentar na cadeira dos pais punitivos, gostaria que falasse com a criança vulnerável da mesma forma que seus pais punitivos fariam. Tente falar diretamente com a criança vulnerável e use os mesmos tipos de palavras e tom emocional que o pai punitivo usaria.

Se o paciente se esforça para expressar o modo dos pais, o terapeuta pode perguntar gentilmente, por exemplo: 'Nesta situação, o que o Pai Punitivo diria a você?' Enquanto o papel do paciente representa seu modo de pai, o terapeuta deve observar atentamente os temas de suas mensagens e relacioná-los às dificuldades e modos de enfrentamento apresentados pelo paciente. Por exemplo, o modo dos pais ataca a imagem corporal do paciente ('Você é tão feio'), as relações interpessoais('Ninguém te amaria se realmente te conhecesse'); senso de identidade('Você é uma desculpa ridícula para um homem'), maneiras de pensar ('Você é estúpido'), emoções ('Só os perdedores se sentem fracos') ou comportamentos ('Você se esconde como um animal').

Os pacientes que têm muito medo de seu modo de pais punitivos (por exemplo, alguns pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade limítrofe) podem ficar confusos com a perspectiva de sentar na cadeira dos pais punitivos. Nesses casos, o terapeuta pode alocar uma cadeira vazia para esse modo, situada bem longe do paciente, e perguntar ao paciente o que a parte punitiva está dizendo à criança vulnerável, criando assim uma distância segura do modo.

Se os modos forte destacado ou protetor evitante impedem o trabalho na cadeira, por meio da recusa do paciente em se envolver no trabalho ou de não ser capaz de 'convocar' os modos relevantes a serem trabalhados, esses modos precisam ser avaliados e trabalhados primeiro. Se ocorrerem mudanças de modo durante o trabalho na cadeira (o que é comum, visto que é uma intervenção poderosa de elicitação de afeto), expresse a validação e tente reorientar suavemente o trabalho na cadeira. Durante os estágios posteriores da terapia, adicione cadeiras adicionais e conduza diálogos sobre cadeiras, conforme aplicável.

Às vezes, a hostilidade do modo parental pode se fundir com pensamentos críticos ou raivosos que o paciente deseja transmitir indiretamente ao terapeuta ('Você não pode ajudar ninguém'; 'Ninguém será capaz de entender você'; 'Outras pessoas podem dizer você está bem, mas eles estão mentindo'). Se o terapeuta levantar essa hipótese, é importante indagar gentilmente após o exercício de maneira validadora e conceituar quaisquer medos que possam impedir o paciente de expressar suas preocupações mais diretamente.

Terapeuta [avaliando sentimentos e necessidades da criança vulnerável]: Agora vá para a cadeira da criança vulnerável e tente se conectar com sua criança vulnerável

[paciente troca de cadeira e senta]. Como é para sua criança vulnerável ouvir isso?

Terapeuta [avaliando dificuldades com auto-afirmação ou pensamentos secundários sobre emoções]: Quando seu filho vulnerável está tentando expressar seus sentimentos e necessidades, o que seu pai punitivo diz? Como ele reage? [O paciente passa para a cadeira dos pais punitivos e continua o trabalho na cadeira.]

Terapeuta [avaliando como o Pai Punitivo reage às tentativas de autoafirmação ao modelar um Adulto Saudável]: [agachando-se ao lado da cadeira de Criança Vulnerável e se dirigindo ao Pai Punitivo] Estou farto do seu ódio. Você diz que sabe tudo sobre mim, mas está apenas sendo cruel. Não estou mais te ouvindo! [dirigindo-se à criança vulnerável]: Como você está se sentindo? O que o pai punitivo diz [convida o paciente para a cadeira punitiva dos pais]...

O terapeuta pode então conduzir um diálogo de cadeira em que o paciente se move entre as cadeiras do Pai Punitivo e da Criança Vulnerável, dando apoio à Criança Vulnerável conforme necessário. Aqui, o terapeuta monitora as reações do pai punitivo e da criança vulnerável, ao mesmo tempo em que avalia como o pai punitivo reage às tentativas da criança vulnerável de expressar suas necessidades ou de falar contra o modo parental. O terapeuta pode então trabalhar com o paciente para tentar, em conjunto, trazer insights do diálogo da cadeira para lidar com os problemas presentes e os comportamentos de enfrentamento mal-adaptativos.

Muito comumente, os modos dos pais podem criticar os pacientes por seus modos de enfrentamento desadaptativos, fechando assim um círculo vicioso na formulação ('É patético usar drogas'; 'Você é nojento por comer compulsivamente'; 'Você é um covarde por ficar em casa ',' Pessoas normais levam vidas felizes e bem-sucedidas ', etc ....). Nesse caso, o terapeuta deve validar o comportamento de enfrentamento e relacioná-lo à toxicidade dos modos dos pais ('Não, você está errado - é perfeitamente compreensível por que tenho medo de sair de casa se você continuar me intimidando'). (As desvantagens dos modos de enfrentamento são abordadas abaixo.)

Por último, peça ao paciente para se sentar em sua cadeira "original" e refletir sobre o exercício. O terapeuta deve relacionar as informações às dificuldades apresentadas pelo paciente. (Quando o paciente se culpa? Como as mensagens dos pais podem refletir as primeiras experiências com os cuidadores? Como o paciente tende a reagir, uma vez que se pressiona? O que torna difícil ignorar o pai punitivo? O que teria acontecido no passado etc.?)

Alguns pacientes podem se recusar a praticar o exercício, pois podem se sentir culpados ou com medo de 'falar mal' de seus cuidadores. Neste caso, o terapeuta pode destacar que os modos dos pais não simbolizam os pais per se, mas são memórias pessoais internalizadas de situações difíceis ou dolorosas aspectos dos comportamentos de seus pais. Outros podem se sentir ambivalentes ou confusos sobre o impacto dos modos dos pais (por exemplo, "Eles têm boas intenções"; "Eles me levaram até onde estou agora") - em particular se seus cuidadores os trataram mal supostamente "para seu próprio bem". Esses pacientes podem achar difícil identificar qualquer resultado negativo

impacto dos modos dos pais e as emoções da criança vulnerável. Aqui, o terapeuta pode usar as seguintes estratégias:

O trabalho da cadeira para avaliar os gatilhos, a origem, a função e as desvantagens dos modos de enfrentamento

Este exercício é útil quando (1) o terapeuta deseja avaliar a origem e função de um modo de enfrentamento, (2) observa um modo de enfrentamento ficando online na sessão ou (3) o paciente relata uma situação em que um modo de enfrentamento estava presente.

Configuração: cadeira do terapeuta, cadeira do paciente / cadeira para adulto saudável, cadeira do modo de enfrentamento.

Às vezes, as próprias características de um modo de enfrentamento podem influenciar sua avaliação. Por exemplo, um entregador complacente pode estar aparentemente ansioso para se envolver no exercício, apenas para expressar o que ele acha que o terapeuta pode desejar ouvir. Um modo de evitação pode se recusar a se envolver por medo de ser exposto, enquanto um modo de auto-engrandecimento pode tentar criticar ou ridicularizar a natureza ou a configuração do exercício. O terapeuta deve destacar a natureza voluntária do exercício e gentilmente encorajar a tentativa enquanto observa as respostas emocionais do paciente durante todo o tempo (por exemplo, 'Posso ver que isso é desconfortável e seu modo de Superman está sendo crítico, talvez para tentar parar de falar sobre seu sentimento, mas acho que outra parte de você quer entender o que está acontecendo').

Assim que a terapeuta (ou paciente) percebe a ativação de um modo de enfrentamento, ela convida o paciente a se mover para a cadeira de modo de enfrentamento.

Terapeuta: Eu me pergunto se um exercício de trabalho na cadeira pode nos ajudar a lançar alguma luz sobre isso. Eu gostaria de convidá-lo a se sentar nesta cadeira e 'se tornar' o modo de lidar com a situação por um tempo. Tente assumir completamente a perspectiva dele e fale inteiramente do ponto de vista dele. Tudo bem? [O terapeuta começa a entrevistar o modo de enfrentamento - falando como se fosse uma pessoa.] Olá [modo de enfrentamento]. [Avaliando os gatilhos]: Quando acabei de falar com a Criança Vulnerável, o que o trouxe à tona? O que aconteceu? Como a criança vulnerável se sentiu ou o que se passava em sua mente? Existem momentos em que você está muito presente para ele? Há momentos em que você tem que entrar em caso de emergência? [Avaliando a origem]: Quando você esteve lá pela primeira vez para ele? Você consegue se lembrar de quando ele precisava de você primeiro? O que aconteceu na hora? [Função de avaliação]: Por que você teve que estar lá para ele naquele momento? O que teria acontecido se você não estivesse por perto? O que aconteceu quando você fez bem o seu trabalho? Como sua experiência mudou? Como seus relacionamentos mudaram? Em que você o ajuda? O que você precisa para recuar um pouco?

Durante a situação de entrevista, é importante ter empatia genuína com os motivos do modo de enfrentamento (por exemplo, para se proteger da dor, para motivar o cuidado ou para estabilizar o senso de identidade do paciente protegendo sua Criança Vulnerável). É importante ressaltar que o terapeuta deve tentar obter umamativizado compreensão de sua função sem pular para suposições simplificadas sobre seu presente

inadaptação. Por exemplo, um modo de Protetor irritado pode ser adaptativo se acionado por outras pessoas genuinamente punitivas ou manipuladoras.

Para avaliar a consciência do paciente sobre as desvantagens mais inadequadas do modo de enfrentamento, o terapeuta pode perguntar, por exemplo: 'Sua presença tem desvantagens para [paciente]? Quando você está por perto, há coisas contra as quais ele luta? Eu entendo que você tenha os melhores interesses em mente e que você genuinamente se preocupa com ele - e se eu lhe dissesse que ele se sente muito sozinho quando você está por perto ou que é muito difícil para mim me relacionar com ele, embora eu realmente queira?'

## Resumo e conclusão

Imagens e trabalho na cadeira são exercícios experenciais essenciais que podem ser usados com flexibilidade para avaliar as origens, os gatilhos e as estratégias de enfrentamento usadas para conter o sofrimento emocional de maneira multimodal. Ao longo da fase de avaliação e, de fato, terapia, esses exercícios podem ajudar a superar a dissociação entre 'cabeça' e 'coração' comumente relatada por pacientes que lutam com dificuldades de regulação emocional (Stott, 2007) e acessar informações geralmente não disponíveis por meio de discursiva ou puramente cognitiva meios. Este capítulo introduziu técnicas de imagem e trabalho na cadeira para avaliação; enfatizando várias diretrizes-chave, como (1) permitir tempo suficiente para os exercícios, debriefing, reflexão e contenção, (2) fornecer uma justificativa para cada intervenção,

### Dicas de terapeuta

1. Reserve tempo suficiente para o trabalho experimental - sessões prolongadas podem ser úteis nesta fase.
2. Concentre-se no relacionamento em vez de na coleta de informações - um relacionamento forte o ajudará a avaliar o mundo interno do seu paciente com mais precisão.
3. Preste atenção em ambigüidades, símbolos possíveis e significado pessoal para identificar e mapear modos conforme você avança, seja internamente para você mesmo ou com seu paciente.
4. Nunca simplifique demais ou assuma funções de modo - avalie idiossincraticamente e esteja preparado para mudar a formulação quando novas nuances surgirem.
5. Preste atenção - e separe - os modos mesclados (por exemplo, modo de enfrentamento mesclado com o modo dos pais) e formule funções (por exemplo, autocritica como uma tentativa de estabilizar o self).

## Referências

- Arntz, A. & Jacob, G. (2017). Terapia do esquema na prática: um guia introdutório ao esquema abordagem de modo. Chichester: John Wiley & Sons.
- Farrell, JM & Shaw, IA (2012). Terapia de esquema de grupo para transtorno de personalidade límitrofe: Um manual de tratamento passo a passo com pasta de trabalho do paciente. Nova York: John Wiley & Sons.
- Gershoni, J. (2003). O psicodrama no século 21: aplicações clínicas e educacionais. Nova York: Springer.
- Kellogg, S. (2004). Encontros dialógicos: Perspectivas contemporâneas sobre “cadeira de rodas” em psicoterapia. Psicoterapia: Teoria, Pesquisa, Prática, Treinamento, 41 (3), 310.
- Kellogg, S. (2012). Sobre falar o que pensa: usando diálogos de trabalho da cadeira no esquema terapia. Em M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (eds)O manual Wiley-Blackwell de terapia do esquema: teoria, pesquisa e prática. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, pp. 197–207.
- Kellogg, S. (2014). Cadeira transformacional: usando diálogos psicoterapêuticos na clínica prática. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Perls, F., Hefferline, G. & Goodman, P. (1951). Gestalt terapia. Nova York: Julian Press.
- Pugh, M. (2017). Cadeira em terapia cognitivo-comportamental: uma revisão narrativa. Cog- Terapia nitiva e Pesquisa, 41 (1), 16-30.
- Stott, R. (2007). Quando a cabeça e o coração discordam: uma análise teórica e clínica da Dissociação Racional-Emocional (RED) na terapia cognitiva. Journal of Cognitive Psychotherapy, 21 (1), 37-50.
- Utay, J. & Miller, M. (2006). Imagens guiadas como uma técnica terapêutica eficaz: Uma breve revisão de sua história e pesquisa de eficácia. Journal of Instructional Psychology, 33 (1), 40-44.
- Vivyan, C. (2009). Imagens relaxantes de 'lugar seguro'. Obtido em [www.getselfhelp.co.uk / docs / SafePlace.pdf](http://www.getselfhelp.co.uk/docs/SafePlace.pdf)
- Young, JE, Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). Terapia do esquema: um guia do médico. Nova York: Guilford Press.

### 3 Perspectiva somática no esquema Terapia

#### O papel do corpo na consciência e transformação de modos e esquemas

Janis Briedis e Helen Startup

Na Terapia do Esquema, conceitualizamos os esquemas como padrões aprendidos de apego cognitivo, afetivo e comportamental, tipicamente formados ao longo do tempo. Muitas vezes subestimada é a personificação desses hábitos bem conhecidos, manifestando-se como idiossincrasias na postura, gesto e impulso (Ogden et al., 2006). Nossa proposta é que, em cada etapa da Terapia do Esquema, nosso trabalho seja potencializado pela maior atenção dada ao mundo somático de nossos pacientes. Há ocasiões em que as experiências de nossos pacientes são amplamente codificadas em um nível somático (como no caso de trauma pré-verbal), necessitando dessas formas de trabalho. Da mesma forma, também acreditamos que, em cada sessão de psicoterapia, a consciência é aprofundada e a mudança clínica intensificada por um maior rastreamento e trabalho no nível da experiência somática.<sup>1</sup>

#### Princípios gerais de trabalho com o corpo

Em nossa experiência, a perspectiva de trabalhar com o corpo pode ser provocadora de ansiedade para muitos terapeutas. Para os pacientes, a simples menção do corpo pode desencadear reações de angústia e vergonha. Portanto, priorizar a segurança é de importância crítica. Os princípios gerais descritos a seguir devem orientar o leitor no sentido de lançar essas bases necessárias.

##### Rastreamento e contato

O primeiro princípio de trabalhar com o corpo envolve uma mudança de postura em direção à observação ativa dos modos somáticos de ser do paciente, enquanto gentilmente traz isso à sua atenção. Kurtz (1990) refere-se a esses estágios como 'rastreamento' seguido por 'declarações de contato'. Há essencialmente uma reorientação da atenção do terapeuta do envolvimento com a narrativa para a observação atenta dos acompanhamentos não-verbais da narrativa. Essas dicas não-verbais podem ser explícitas, como gestos com as mãos, virar a cabeça, careta facial, fechar os olhos, imobilidade congelada ou mais sutis, como tremores, dilatação do corpo

pupilas, sudorese ou alterações no tom da pele (Rothschild, 2000). O terapeuta deve manter a atenção simultaneamente na narrativa manifesta e na narrativa implícita contada por meio de seu corpo, aprofundando a consciência do material do paciente. O terapeuta pode então nomear gentilmente o que ele rastreou: 'Eu percebi que você se inclinou para trás quando mencionou o nome do seu ex-parceiro', ou 'é interessante que seus pés estão se movendo desde que começamos a falar sobre suas preocupações com o trabalho'. O objetivo final do rastreamento corporal e das declarações de contato é aprofundar a sensação sentida do material se desdobrando e aumentar a sintonia e a sensação de conexão entre o terapeuta e o paciente.

#### Concentre-se nos organizadores principais

Um princípio fundamental do trabalho com base somaticamente é esticar nossa consciência da experiência para acomodar um componente maior de "sensação sentida". O conceito de 'organizadores centrais' de Ogden (Ogden et al., 2006) fornece uma estrutura útil para compreender diferentes elementos de nossa experiência, incluindo:cognições, emoções, sensações corporais internas, movimento e a percepção de cinco sentidos (visão, som, olfato, paladar e tato). Qualquer experiência significativa pode ser o foco e o terapeuta essencialmente vai em uma 'dança com os organizadores do núcleo',monitorando a experiência do paciente e perguntando ao paciente: 'O que você sente em seu corpo quando pensa em x (onde x é a memória do passado)?' (ligando a memória às sensações corporais) ou 'Que sensações no seu corpo surgem quando você se permite sentir a tristeza?' (ligando sensação física e emoção), ou 'Se aquele tremor em suas mãos pudesse falar, o que diria?' (traçando uma conexão entre sensação e cognição). Um dos objetivos de trabalhar com o corpo é aumentar a consciência do paciente de seus processos internos, explorando sua experiência por meio dos organizadores centrais. O estilo de explorar os organizadores centrais é de mente aberta, curiosidade e atenção plena genuínas (consulte a seção abaixo), em vez de direcioná-los para qualquer avaliação ou suposições específicas sobre sua experiência. O terapeuta adota uma abordagem não diretiva enquanto permanece totalmente presente, sintonizado e engajado com a experiência fenomenológica de seu paciente. Portanto, o ritmo é lento e constante.

#### Trabalhando dentro da janela de tolerância

Trabalhar dentro da Janela de Tolerância (WoT) de um paciente é fundamental para o trabalho seguro e eficaz no trauma usando um foco somático (Siegel, 1999). Refere-se à capacidade do paciente de tolerar afeto e integrar informações de forma adaptativa entre dois limites além dos quais o indivíduo está hiperexcitado (incontrolável e sentindo-se dominado pela ansiedade, pânico ou terror) ou hipopotatizado (incontrolável, sentindo-se com pouca energia, nebuloso , deprimido, entorpecido e dissociado) (ver Figura 3.1).

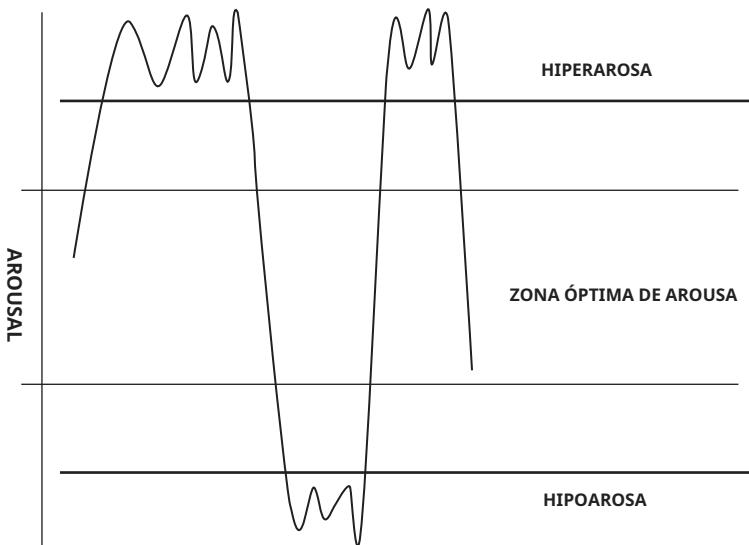


Figura 3.1 Janela de tolerância.

A 'zona de excitação ideal' refere-se ao intervalo entre esses dois extremos onde o paciente é suficientemente regulado para facilitar o processamento de experiências traumáticas (Ogden et al., 2006). Quando o paciente está fora de seu WoT, ele é considerado 'desregulado' e sua capacidade de integração e capacidade de acessar e processar informações são significativamente comprometidas. A tarefa do terapeuta é acompanhar os aspectos físicos e sensório-motores da experiência de seus pacientes enquanto monitora seus níveis de excitação e os ajuda a regular conforme necessário usando recursos adequados. Os pacientes que sofreram traumas significativos na infância têm probabilidade de reduzir a capacidade integrativa junto com um WoT mais estreito. Além disso, focar no corpo diretamente pode se tornar desregulante, particularmente para pacientes com histórias de traumas físicos e / ou sexuais e pode trazer à tona um afeto avassalador que lembra eventos traumáticos do passado acompanhados de evitação afetiva e comportamental.

Em relação à atividade do modo de esquema, o foco no corpo pode desencadear o modo Crítico Punitivo, que pode, por sua vez, desencadear uma série de 'modos de enfrentamento'. Isso cria um dilema difícil para o paciente, que está preso entre um corpo revivendo um trauma passado e um impulso autoprotetor para evitar a experiência aversiva. Isso pode levar à dissociação e outras respostas de enfrentamento por meio do Protetor Destacado e da Auto-chupeta Destacada, o que dificultará a integração necessária para que o trauma seja resolvido.

O terapeuta visa direcionar a atenção apenas o suficiente para o corpo do paciente para facilitar o processamento, ao mesmo tempo em que evita a desregulação afetiva e

o paciente violando seu WoT. Este trabalho requer acompanhamento e sintonização cuidadosos e um equilíbrio entre a necessidade de processamento do trauma e a necessidade de estabilização. Com pacientes altamente traumatizados, trabalhar com vários organizadores centrais ao mesmo tempo pode ser opressor. Pode ser útil estreitar o foco para um ou dois organizadores centrais de cada vez (Ogden et al., 2006), mas especificamente, sensações corporais e micromovimentos, quando aspectos traumáticos de uma memória estão sendo processados. Então, por exemplo, quando o paciente está em contato com uma memória muito dolorosa e traumática, o terapeuta pode gentilmente notar como ele talvez cerrar os punhos ao falar sobre uma pessoa em particular e ficar curioso sobre outras sensações corporais que podem ir junto com isso ,

Uma abordagem de baixo para cima versus de cima para baixo

Às vezes, a maneira mais segura de entrar em um trauma é por meio de sensações corporais (abordagem ascendente) em vez de por meio da narrativa associada (Careca). Muitos pacientes com histórias de trauma não são ajudados, e às vezes são prejudicados, por terapias de fala tradicionais, onde a narrativa traumática é repetida, levando a uma sensação de desamparo e uma agitação de afeto angustiante, sem alterar o significado ou a intensidade emocional da memória (Van der Kolk, 1994). Existem situações em que simplesmente não há muito que falar sobre o trauma que pode desfazer seus efeitos.

#### Atenção plena dirigida

Mindfulness, neste contexto, descreve uma observação sem julgamentos e consciência da experiência à medida que ela se desenvolve, e encapsula o estilo que procuramos adotar como terapeutas ao trabalhar com material somático. Quando em um estado de atenção plena, as ações são observadas, nomeadas e normalizadas, ao invés de 'pensadas' ou interpretadas, e isso é alcançado por meio de 'um quadro de experiência consciente' (Ogden & Fisher, 2015). Por exemplo, o terapeuta pode pausar o paciente no meio da narrativa e ampliar sua consciência perguntando: 'O que você está sentindo agora, enquanto me conta sobre sua experiência com X?'. Criando contato e curiosidade sobre a experiência deles em aquele momento.

#### Experimentação

Semelhante à terapia cognitiva, os experimentos no trabalho focado no corpo baseiam-se nos princípios de colaboração, curiosidade e uma 'atitude ganha-ganha' (Bennett-Levy et al., 2004). Uma atitude experimental requer espontaneidade e abertura para estudar os hábitos somáticos do paciente, além de fornecer uma oportunidade de interrompê-los com o objetivo de gerar gradualmente novos padrões mais adaptativos. Por exemplo, o terapeuta pode sugerir a um paciente com

## 64 Janis Briedis e Helen Startup

uma postura curvada para endireitar as costas e observar os efeitos disso em seus organizadores centrais, ou com um paciente que se sente "desorientado" para pressionar os pés firmemente contra o solo e observar os efeitos disso. Os experimentos somáticos são conduzidos primeiro junto com o terapeuta e, mais tarde, podem ser definidos como lição de casa para os pacientes integrarem em suas vidas diárias. Esse tipo de prática regular simples tem o potencial de, eventualmente, interromper hábitos que antes eram inúteis e além da percepção consciente.

Construindo uma caixa de ferramentas de recursos somáticos

Recursos, neste contexto, referem-se a estratégias que auxiliam os pacientes a regular seus níveis de excitação dentro de seu WoT e a expandir gradualmente seu WoT ao longo do tempo. Existe uma distinção entreauto-regulador (intrapessoal) e regulatório interativo (recursos interpessoais) (Schore, 2003), ambos descritos abaixo.

### Identificação e desenvolvimento de recursos

É prática terapêutica comum ensinar aos pacientes habilidades para regular seu estado emocional, como por meio de exercícios de aterrramento, distração, técnicas de respiração, imagens calmantes e a incorporação de objetos transicionais (ver Farrell & Shaw, 2012; Farrell et al., 2014). Descobrimos que, com o acompanhamento sintonizado da experiência de nossos pacientes, muitas vezes descobrimos estratégias de auto-apaziguamento que ocorrem naturalmente e que podem ser estimuladas. Muitas dessas estratégias têm um componente físico que pode ser desenvolvido, como fechar os olhos quando as coisas ficam "demais", respirar fundo, colocar as mãos no peito para se aterrassar ou esfregar os joelhos para se manterem aterrados. em seus corpos. Trazer a atenção para os recursos já existentes e ligá-los a estados de sentimento estabilizadores pode validar e capacitar os pacientes, ajudando-os a acessar a sabedoria de seus próprios corpos. Também ajuda a evitar "reinventar a roda" onde já existem recursos disponíveis que evoluíram de forma adaptativa com base em sua história e necessidades não atendidas. Um recurso somático pode ser trazido à atenção simplesmente perguntando: 'Quando você faz x [por exemplo, faz aquele movimento], a sensação é melhor ou pior?' Se parecer um pouco melhor, é provável que seja um recurso positivo em potencial. Este recurso pode então ser elaborado pedindo ao paciente para ficar com o recurso por mais tempo, continuando a 'dança com os organizadores do núcleo', conforme demonstrado no exemplo abaixo: Um recurso somático pode ser trazido à atenção simplesmente perguntando: 'Quando você faz x [por exemplo, faz aquele movimento], a sensação é melhor ou pior?' Se parecer um pouco melhor, é provável que seja um recurso positivo em potencial. Este recurso pode então ser elaborado pedindo ao paciente para ficar com o recurso por mais tempo, continuando a 'dança com os organizadores do núcleo', conforme demonstrado no exemplo abaixo:

TERAPEUTA (T):<sup>2</sup> Eu percebi que você colocou a mão direita no coração como antes falando sobre aquela perda dolorosa. O que está acontecendo aí agora?

PACIENTE (P): Sim, às vezes faço isso quando sinto que preciso de consolo. T:

Ah, tudo bem. Que interessante. Como é ter sua mão aí? P: É uma sensação agradável. Posso sentir o calor da minha própria mão em meu peito.

T: Adorável. Apenas deixe-se sentir aquele calor por um momento, se puder. O que acontece quando você mantém sua mão lá um pouco mais?

P: Na verdade, parece bastante seguro. Como se alguém estivesse lá para mim e eu não estivesse sozinho.

T: Adorável. Você consegue alguma imagem quando me conta isso?

P: Isso me lembra de visitar minha avó no campo quando eu era criança. Ela morava longe e lembro-me dela me abraçando cada vez que íamos visitá-la. Era tão bom e quente.

T: Que interessante. O que acontece em seu corpo quando você me conta isso? P: Sinto o calor se expandindo por todo o meu corpo.

O ritmo da interação acima precisa ser lento e deliberado a fim de promover um quadro de experiência consciente, com vistas a aprofundar um estado de 'ser / sentir' em vez de um estado de 'fazer / pensar'. A atitude é de experimentação lúdica e exploração gentil. É improvável que essas estratégias sejam eficazes, a menos que o terapeuta e o paciente reservem um tempo para "mergulhar neles juntos" de modo que o sentido sentido seja aprofundado. Para reduzir o risco de o paciente sentir vergonha, essas práticas são realizadas em conjunto, ou seja, o terapeuta reflete as posturas e os movimentos do paciente.

O terapeuta como um recurso ou como um gatilho não intencional para o medo

Além de técnicas ou intervenções específicas, o terapeuta é um recurso importante para o paciente por si mesmo. Muitos pacientes traumatizados terão uma gama limitada de estratégias de autolimpeza e provavelmente não se sentirão seguros perto de outras pessoas, incluindo o terapeuta. Por causa de suas experiências anteriores de estarem emocionalmente e muitas vezes fisicamente inseguros, esses pacientes estão altamente sintonizados com os movimentos e maneirismos de seu terapeuta, como uma forma de monitorar uma ameaça potencial. Com isso em mente, o terapeuta precisa estar ciente de que ele pode, sem querer, comunicar sinais de perigo e ativar o ramo simpático ou dorsal do nervo vago de um paciente (Porges, 2011). Por exemplo, para alguns pacientes, olhos arregalados no rosto do terapeuta podem implicar na ativação do sistema de defesa do próprio terapeuta e, portanto, por procuração, sinalizar perigo. Para outro paciente, o terapeuta virar ligeiramente para um lado ou quebrar o contato visual pode ser interpretado pelo paciente como rejeição ou desinteresse. No entanto, para outro paciente, a voz calmante de um terapeuta pode desencadear memórias passadas de ser seduzido por um agressor. É claro que, embora não seja humanamente possível evitar todos os "ativadores" de ameaças possíveis, a consciência do terapeuta de seu próprio corpo e sua abertura para explorar os gatilhos com seu paciente podem ajudar muito a manter um senso de segurança.

Trabalhando com modos infantis

Traumas da primeira infância e esquemas associados são provavelmente codificados em um nível pré-verbal, manifestando-se como 'modos infantis' (Simeone-DiFrancesco

et al., 2015). Mais comumente, o material pré-verbal é codificado fisicamente no corpo (Layden et al., 1993). Por exemplo, os pacientes podem relatar a ativação de um esquema de Abandono principalmente como uma sensação de vazio ou oco no plexo solar, ou eles podem relatar a Deficiência como um formigamento por todo o corpo. Ao trabalhar com esses modos infantis, as cognições tendem a ser pretas e brancas, as reações emocionais tendem a ser mais extremas e desreguladas e a capacidade de mentalizar será limitada (Simeone-DiFrancesco et al., 2015). É provável que um indivíduo em estado infantil seja acalmado pelo terapeuta sintonizando-o com uma voz calma, movimentos lentos previsíveis e expressões faciais suaves, como um sorriso gentil sutil. Todas essas dicas comunicam somaticamente segurança e conexão, estimulando seu sistema de engajamento social e promovendo um senso de coesão relacional (Porges, 2011). Usar o toque pode ser muito calmante e o terapeuta pode sugerir ao paciente que segure uma ponta de um lenço macio ou um pedaço de barbante enquanto o terapeuta segura a outra, pois isso pode melhorar a experiência de conexão e segurança.

Existem muitas maneiras pelas quais as formas de trabalho focadas no corpo aumentam a regulação emocional. O Quadro 3.1 apresenta uma lista selecionada de recursos somáticos que apóiam os repertórios regulatórios autorregulatórios e interativos.

**Caixa 3.1 Uma lista selecionada de recursos somáticos, adaptada de (Ogden et al, 2006)**

- Respirando: usar diferentes tipos de ritmo respiratório para ativar o parassimpático (por exemplo, respiração mais lenta, exalações mais longas, respiração de resistência, suspiro) ou estados de estimulação simpática (por exemplo, respiração rápida, inspiração ou expiração brusca); usar a respiração para encontrar um ritmo comum com o paciente ('vamos respirar juntos por um momento').
- Alinhamento: sentado com as costas retas; alongando a coluna; ombros rolando.
- Centrando: colocando uma mão no coração e a outra na barriga.
- Aterrimento: sentir os pés firmes no chão; levantar-se e colocar peso em diferentes partes dos pés - frente, costas, lados, pés alternados; sentado ou deitado no chão.
- Movimento: levantar-se da cadeira e caminhar pela sala; batendo os pés no chão; fazer alongamento no estilo ioga e manter as posições por um período de tempo; correndo no local; mudando de um pé para o outro em velocidades variáveis; experimentar ritmos e estilos de caminhada variáveis; jogar jogos envolvendo atividades como arremessar, pular, correr.
- Orientando: muito lentamente girar a cabeça para um lado e depois para o outro enquanto observa de perto o ambiente.
- Configuração de limite: paciente e terapeuta ficam em lados opostos da sala, peça ao paciente para caminhar lentamente em sua direção, peça-lhes para 'parar' quando 'parecer certo', explore como eles sabem onde parece certo traçar o limite, o que sinaliza isso para eles e como é traçar os limites. Então

- o terapeuta e o paciente trocam de papéis, se apropriado; experimente dizer 'sim' e 'não' com várias entonações e posturas corporais.
- Conexão relacional: terapeuta estendendo a mão para o paciente e, em seguida, faça isso com a outra ou com as duas mãos, o terapeuta e o paciente trocam de papéis e exploram o que isso evoca neles.

### Olhando para esquemas e modos através do prisma dos organizadores centrais

A 'dança consciente' com os organizadores centrais pode ser uma maneira útil de explorar e construir uma consciência de um modo particular (por exemplo, Criança vulnerável indefesa mudando para o modo Criança irritada) que surge repetidamente para o paciente:

TERAPEUTA (T): Posso sentir muitos sentimentos quando você fala comigo sobre o argumento com seu parceiro. O que você sente agora ao descrever isso para mim?

PACIENTE (P): Eu me sinto muito rejeitada por ela. Não tenho certeza se esse relacionamento vai durar muito mais tempo. Continuamos fazendo as mesmas coisas de sempre.

T: Eu ouço a frustração com as mesmas coisas acontecendo repetidamente. Como você descreve, o que você sente no seu corpo? P: Eu me sinto farto e cansado.

T: Onde você sente esse cansaço e estar farto no seu corpo? P: Acho que está no meu peito. Eu sinto que não posso mais fazer isso.

T: O que exatamente você sente em seu peito ao descrever isso para mim agora? P: É como uma sensação de colapso. Não consigo respirar direito.

T: Percebi que seus braços e ombros caíram um pouco enquanto você descreve o sentimento de colapso. O que está acontecendo nessa área do seu corpo agora? P: Não sei. Eu não percebi isso antes. É como se meu corpo estivesse me dizendo isso não aguento mais.

T: Se seus ombros pudessem falar agora, o que eles diriam? Há algumas palavras que acompanham o movimento?

P: Acho que estou me sentindo fraco. Eu sei que deveria deixá-la, mas não posso.

T: Parece muito difícil. Como você se sente ao dizer essas palavras? P: Totalmente indefeso.

T: É interessante você dizer isso porque seu corpo está inclinado para frente. Existem alguma emoção que acompanha essa inclinação para a frente? P: Eu me sinto tão triste e sem esperança.

T: Sim. Eu posso sentir isso também. Esses sentimentos são familiares para você? P: Ah, sim, é a mesma coisa girando e girando.

## 68 Janis Briedis e Helen Startup

T: Em que modo você acha que pode estar agora enquanto diz isso?

P: Não sei. Talvez o lado vulnerável? Estou tão frustrado comigo mesmo!

Por que não posso simplesmente me levantar e fazer o que

preciso? T: Ah, ok, posso sentir alguma energia aí. Que modo é esse?

P: Eu me sinto aborrecido e frustrado. O irritado?

T: Isso é o que eu ouço também. Há muito sentimento aí. Parece que temos obtido uma imagem mais clara do que está acontecendo com seus lados vulneráveis e zangados quando uma discussão irrompeu com seu parceiro.

(O terapeuta pode então sugerir uma intervenção de trabalho com o modo Criança vulnerável ou Criança zangada.)

Como demonstrado neste exemplo de caso, a ordem em que os organizadores centrais são explorados é menos importante do que o constante 'descascar as camadas da cebola' para se aproximar das experiências centrais dos modos infantis, da dor central e do emocional não atendido precisa. A exploração pode começar com qualquer um dos organizadores principais, geralmente aquele que o paciente articula primeiro, então a 'dança com os organizadores principais' continua até que haja uma sensação de aprofundamento na experiência e material suficiente seja reunido para definir o foco da sessão e aplicar uma das técnicas padrão da terapia do esquema. Se um modo de enfrentamento surge no processo, ele é explorado de maneira semelhante, com a atitude de curiosidade e respeito pelas necessidades subjacentes não satisfeitas. Abaixo está um exemplo de exploração de um modo de enfrentamento:

P: [ficando quieto]

T: O que aconteceu?

P: Isso é tão doloroso. Acho que não posso mais falar sobre isso.

T: Isso é muito bom e acho que precisamos respeitar isso. Que tal levarmos algumas respirações profundas primeiro? [Pausa] Estou tão feliz que você percebeu quando foi o suficiente para você e você foi capaz de me dizer. O que foi que disse que você já estava farto?

P: Eu só tinha a sensação de que, se não parasse agora, explodiria.

Algo em mim se desligou e para ser honesto, eu queria fugir, apenas sair daqui.

T: Que bom que você percebeu isso e também que ficou na sala. Isto parece que há algo em você olhando por você que sabe quando você precisa parar.

P: Sim, é como uma voz que me diz para parar de falar, ou então vou explodir. T: Ah, tudo bem. Ele está realmente tentando protegê-lo.

P: Sim. Parece que todo o meu corpo desliga.

T: Entendo. Existem palavras que acompanham essa sensação de desligamento? P: É algo como - Pare! Não vá lá!

T: Isso é muito interessante. Qual é exatamente a sensação de desligamento em seu corpo?

P: É como uma onda passando pelo meu corpo, quase como um leve choque elétrico, me acordando, me dizendo que se eu não parar agora vai ficar muito ruim.

T: Mhm! Há muitas informações úteis aqui. Qual modo você acha é que está tentando desligar e proteger você?

P: Bem, tenho certeza de que é da parede separada que falamos, mas - honestamente - ela parece útil e necessário.

T: Tenho certeza que sim. Você estaria disposto a explorá-lo ainda mais juntos?

P: Sim, claro, contanto que você não me peça para me livrar dele.

T: Claro que não. Esses modos de enfrentamento existem por uma razão e precisamos ter o máximo respeito por eles, porque eles se desenvolveram em uma época em que você absolutamente precisava deles. No entanto, poderíamos explorar o efeito que eles estão tendo em sua vida agora. Tudo bem?

Neste extrato, o terapeuta não atribui nenhum julgamento particular a qualquer um dos modos e adota a postura de neutralidade, curiosidade e gentileza que, por sua vez, ajuda a criar uma aliança mais forte com o paciente, que é mais provável de se sentir compreendido e validado. Na verdade, o terapeuta tenta obter mais próximo para o modo de enfrentamento, para conhecê-lo em um nível "sentido" mais profundo, antes mesmo de qualquer foco na mudança ser considerado. O paciente tem, portanto, menos probabilidade de se sentir ameaçado pelo processo da terapia, por meio dessa comunicação de aceitação e abertura a outras possibilidades.

### Melhorar as técnicas de terapia do esquema usando um foco somático

Muitas técnicas de terapia do esquema podem ser aprimoradas com a adição de um foco somático.

#### Trabalho de cadeira múltipla

Nos exercícios de diálogo na cadeira, o terapeuta pode pedir ao paciente para explorar modos particulares através das lentes dos organizadores centrais. Por exemplo, o terapeuta pode perguntar: 'O que você sente (em seu corpo) quando está neste modo / cadeira?' O terapeuta também pode usar suas habilidades de rastreamento e realimentar algumas de suas observações sobre a postura corporal do paciente, ou quaisquer micromovimentos e mudanças em sua voz enquanto está sentado em uma cadeira específica que representa um modo. Por exemplo, o terapeuta pode dizer: 'Observe como sua voz fica mais baixa e você olha para o chão em vez de para mim quando se senta na cadeira do "Entregador Complacente".' O terapeuta pode ainda sugerir um experimento para interromper um padrão somático, por exemplo, pedindo a um paciente desleixado que alongue a coluna, olhe para cima e faça contato visual com o terapeuta. Sua experiência subsequente pode então ser explorada por meio dos organizadores principais para permitir a integração de novos hábitos. A interrupção somática de padrões habituais previamente aprendidos (esquemas e modos inúteis), portanto, leva ao desenvolvimento de novas vias neurais e alternativas comportamentais (modo 'Adulto Saudável') (Ogden et al., 2006; Levine, 2015).

### Reescrever imagens

Um exercício de reescrita de imagens pode ser enriquecido fazendo perguntas somaticamente orientadas antes da fase de reescrita. Quando o terapeuta pergunta: 'Você pode sentir o Pequeno Luke em seu corpo agora?', E ao explorar isso experencialmente por meio dos organizadores centrais, a imagem pode ser elaborada e aprofundada. O 'modo infantil' pode ser explorado mais detalhadamente fazendo perguntas como: 'Como é se sentir tão tenso / entorpecido / congelado etc.? E 'O que esse sentimento está lhe dizendo sobre o que você precisa?', 'É há um impulso que vem com esse sentimento? ', 'O que o seu corpo quer fazer com esse impulso?' Essas perguntas ajudam a construir conexões entre reações passadas, impulsos, o desenvolvimento de modos de enfrentamento / crítica e gatilhos atuais para esquemas e modos.

Quando uma resolução satisfatória for alcançada no final de um exercício de reescrita de imagens, pode ser benéfico encorajar o paciente a fique com o afeto positivo para apoiar a integração de novas vias neurais. O afeto positivo pode ser intensificado com um recurso somático, como uma mão segurando a outra, acariciando o outro braço ou "segurando" a criança nos braços dando-se um "abraço de borboleta". Para facilitar a integração afetiva e somática, o paciente precisa permanecer com o novo sentimento pelo maior tempo possível (Dana, 2018). Isso pode ser feito explorando o efeito positivo por meio dos organizadores centrais. Freqüentemente, os pacientes precisam de incentivo ativo para permanecer com esses sentimentos, porque, para alguns pacientes, o afeto positivo não é familiar, provoca ansiedade e é potencialmente aversivo. Muitos pacientes traumatizados têm medo do afeto positivo e, portanto, permanecer com a emoção positiva pode precisar de um ritmo e de obstáculos explorados. Basear-se nos princípios da exposição gradativa na terapia cognitiva pode ser útil aqui. O método de titulação pode apoiar a tolerância do paciente ao efeito positivo, aumentando gradualmente o tempo gasto explorando a transformação positiva no final de cada exercício experiencial.

O mesmo processo de estudo da experiência por meio dos organizadores centrais pode aprimorar o modo Adulfo Saudável (pode ser com os olhos fechados ou abertos, o que o paciente preferir, contanto que o paciente seja capaz de ficar atento, em oposição a indiferente ou racional, Estado):

T: Como você se sente agora ao final do exercício?

P: Eu me sinto bem. Eu realmente não esperava por isso. Muita coisa saiu. Há muito para digerir.

T: Claro. Você trabalhou muito aqui hoje. O que exatamente te diz que você se sente bem agora?

P: Eu me sinto mais relaxado. Como se eu tivesse deixado algo ir. E também sinto esperança pelo futuro, como se houvesse luz no fim do túnel.

T: Oh, é tão bom ouvir isso. Onde você sente esse relaxamento e esperança? Iata você o localiza em algum lugar específico de seu corpo?

## Perspectiva somática na terapia do esquema 71

P: Não tenho certeza. Está meio que em todo o meu corpo. Parece que deixei de lado uma tonelada de tijolos que estava sobre meus ombros.

T: Ah, ótimo. E como é isso para você agora?

P: Faz muito tempo que não sinto isso. É um grande alívio.

T: Maravilhoso. Fique com esse sentimento um pouco mais, se puder. [Pausa] Aproveite.

Absorva. Faça amizade com ele. Fique com ele o máximo que puder. [Pausa] Esta é a sensação do seu modo Adulto Saudável, e este é o modo que queremos crescer e fortalecer para você. Quanto mais você praticar estar com esses sentimentos e sensações, mais naturais eles parecerão para você.

P: Ah, tudo bem, isso faz muito sentido. Eu gostaria de poder senti-los com mais frequência.

T: Se você pode senti-los agora, você pode senti-los novamente. É uma questão de prática convidando-os gentilmente, permitindo-os e ficando com eles. Às vezes, ficar com eles pode parecer um pouco estranho porque você ainda não está muito familiarizado com eles, mas com o tempo eles se tornarão uma segunda natureza.

## Experimentos de sondagem

A psicoterapia sensório-motora usa a técnica de sondas (Kurtz, 1990; Ogden et al., 2006), que são semelhantes à técnica de flashcard em Schema Therapy, mas com um maior foco experiencial. Os flashcards na terapia do esquema são usados para aprimorar a perspectiva alternativa e mais adaptativa do adulto saudável, enquanto lutam contra as mensagens ou crenças não saudáveis do passado (Arntz & Jacob, 2012). As sondas podem ser usadas para fortalecer a perspectiva do Adulto Saudável, mas também para eliciar e estudar a resposta de um paciente a afirmações que contradizem suas crenças. Por exemplo, os pacientes que têm um forte esquema de Padrões Implacáveis e os modos Perfeccionista / Supercontrolador e Crítico Exigente tendem a ter crenças como "Eu sempre tenho que trabalhar duro", "o relaxamento é uma perda de tempo" e "o trabalho deve sempre vir primeiro". Para usar sondas de forma eficaz, primeiro é necessário identificar as crenças que sustentam os esquemas e modos que requerem intervenção. Posteriormente, o terapeuta sugere um experimento para estudar a reação do paciente a afirmações que contradizem suas convicções de longa data. Frequentemente, o trabalho de sondagem é espontâneo, pois o terapeuta sugere uma ou várias afirmações enquanto desencoraja o paciente de intelectualizar ou argumentar contra a sondagem. O objetivo do trabalho de sondagem é estudar a ativação do sistema sensório-motor e límbico, em vez do sistema cognitivo-cortical. Se isso acabar sendo desregulatório para o paciente, as sondas podem ser discutidas cognitivamente primeiro e anotadas antes do experimento, ou o conteúdo das sondas pode ser adaptado para torná-las menos evocativas. Os experimentos de sondagem costumam formar o foco principal da sessão, em vez de servir como um "complemento" cognitivo após um trabalho experimental, como costuma ser o caso com os flashcards. Abaixo está um exemplo de uso de sondas com um paciente com um forte modo Perfeccionista / Supercontrolador:

## 72 Janis Briedis e Helen Startup

T: Nós conversamos sobre seu esquema de Padrões implacáveis e as crenças isso está relacionado à importância de trabalhar duro e que relaxar é uma perda de tempo.

P: Hmm.

T: Eu me pergunto se você estaria aberto para fazer uma pequena experiência comigo hoje para explorar mais essas crenças? O experimento me envolverá dizendo algumas afirmações que são diferentes de suas crenças e tudo o que quero que você faça é perceber o que acontece em seu corpo quando eu as disser em voz alta. O objetivo deste experimento não é discutir se você gosta ou não concorda com essas afirmações, mas estudar atentamente o que acontece em seu corpo e em suas emoções quando você ouve essas palavras. Tudo bem?

P: Parece misterioso, mas estou feliz em tentar.

T: Ok, ótimo. Então, tudo que você precisa fazer é reservar bastante tempo e sintonizar sua experiência interior. Anteriormente, falamos sobre consciência plena, o que significa sair de sua mente intelectual e apenas acompanhar os sentimentos e o corpo. Isso soa bem?

P: Sim, vou tentar.

T: Certo, a primeira afirmação que quero dizer para você é: [dizendo devagar e claramente] Você não tem que trabalhar tanto. [Pausa] Você não precisa trabalhar tanto. [Pausa] O que você nota quando ouve isso?

P: O primeiro pensamento que recebo é: é um absurdo!

T: Ok, ótimo que você tenha percebido isso. Existe uma emoção que vem com isso?

P: É muito desconfortável. É como se você estivesse me contando uma mentira, como se eu não pudesse acreditar em uma palavra disso. Vai totalmente contra quem eu sinto que sou.

T: Ah, tudo bem. Isso é muito interessante. O que exatamente te diz isso? Onde você sente esse desconforto? Ele está localizado em algum lugar específico de seu corpo?

P: Percebo meu corpo ficando tenso, especialmente meus braços.

T: Ah sim, interessante! Eu também notei seus punhos cerrando levemente e seus braços ficando tenso. Se eles pudessem falar, o que diriam?

P: Hmm, acho que eles podem estar dizendo que sempre tenho que lutar pelo que Eu quero.

T: Ah, maravilhoso! Há uma mensagem clara aí, não é? Faça aquele som como um tema familiar?

P: Oh sim, essa é a história da minha vida!

T: Claro, é algo que você conhece há muito, muito tempo. Que tal eu tentar e dizer de novo e ver o que acontece agora?

P: Ok. Não tenho certeza se gosto, mas vamos nessa. Pelo menos é interessante. T: Tudo bem, mas me diga se ficar muito. [Repetindo a mesma investigação novamente algumas vezes, muito lentamente, com uma pausa no meio, dando ao paciente bastante espaço para sentir e perceber, enquanto o terapeuta também acompanha de perto o corpo do paciente em busca de quaisquer mudanças, por exemplo, expressões faciais sutis, movimentos, etc.] O que acontecerá agora quando eu disser pela segunda vez?

P: Eu me sinto um pouco menos tenso. Não sei por quê. É estranho.

T: Ok, ótimo que você tenha percebido isso. Fique com isso. O que te diz que você é menos tenso dessa vez?

P: Acho que meus braços estão menos tensos, minha respiração desacelerou um pouco e  
Não sinto que quero lutar com você e me defender tanto.

O objetivo dos experimentos de sondagem é explorar em um nível somático o impacto de uma afirmação que contradiz uma crença antiga e inútil ou reforça uma nova crença. O objetivo do trabalho de sondagem não é coagir o paciente a aceitar uma crença que contradiga sua crença atual ou mudar de ideia de alguma forma. O trabalho com sondas pode continuar enquanto for experimentado como útil e produtivo, ou seja, quando algo muda na organização de sua experiência. Uma vez que o trabalho de sondagem esteja em andamento, pode ser benéfico pedir ao paciente para ajudar a ajustar o texto da sondagem ou gerar uma nova sondagem que se encaixe melhor, como o que eles gostariam de acreditar em vez da velha crença. Freqüentemente, a resposta inicial dos pacientes às sondagens é: 'Eu não acredito' ou 'Eu entendo intelectualmente, mas não parece verdade'.

O terapeuta também pode sugerir que o paciente leia uma lista de sondas ou leia a mesma sondagem repetidamente como parte de uma tarefa de casa, enfatizando para o paciente que o objetivo principal, ao contrário das afirmações usadas em outras formas de terapia, é ganhar consciência deles efeito em vez de atingir um determinado estado emocional ou comportamental. Semelhante aos flashcards, as sondas podem ser gravadas em áudio e reproduzidas em um loop em intervalos regulares. De acordo com nossa própria experiência clínica, o efeito típico de conduzir experimentos de sondagem ao longo do tempo é uma diminuição na divisão cognitivo-afetivo-somática e uma redução na intensidade de crenças, esquemas e modos inúteis.

A técnica de sondagem pode ser usada com quaisquer esquemas ou modos e pode ser especialmente poderosa ao trabalhar com 'modos filho', auxiliando no processo de reparação limitada. Sondagens como "Estou aqui com você", "Você não está sozinho", "Seus sentimentos são importantes" podem ter um efeito profundo no paciente, que é capaz de absorvê-los por meio de um estado de atenção plena. Pacientes com fortes esquemas do domínio Desconexão / Rejeição geralmente relatam que se sentem movidos pelas afirmações, o que fortalece o vínculo de apego entre o paciente e o terapeuta. Freqüentemente, os pacientes relatam que se sentem profundamente cuidados e "vistos" pelo terapeuta em um nível relacional. Se o paciente permanecer no nível de 'Eu sei, mas não sinto nada', é provável que um modo de enfrentamento esteja ativo e a capacidade do paciente de se abrir emocionalmente para a experiência ainda seja limitada.

## Conclusão

Neste capítulo, descrevemos várias maneiras de trabalhar com o corpo para aprimorar as técnicas básicas da Terapia do Esquema. Essas formas de trabalho fazem

## 74 Janis Briedis e Helen Startup

não requerem necessariamente um novo conjunto de habilidades, mas, sim, precisam de uma mudança na orientação e consciência que traz consigo o potencial para aprofundar o trabalho experencial, para aumentar a segurança e sintonia na relação terapêutica e para promover a mudança clínica por meio de uma 'rota somática'. Para aqueles com histórias de trauma, normalmente codificadas em uma forma pré-verbal, o trabalho somático permite que o paciente e o terapeuta façam contato com mais segurança com experiências internas que antes estavam fortemente bloqueadas, dolorosas demais para serem acessadas sem sobrecarregar e desregular o paciente. O terapeuta tem uma gama de opções por meio de seu 'kit de ferramentas de recursos' para explorar com curiosidade e sintonia o que está 'acontecendo' para o paciente no momento, usando o corpo e o relacionamento para ajudar a fundamentar este trabalho. Nesta pausa experencial, há uma oportunidade para um nível diferente de compreensão sentida, integração, movimento ou consolidação. Essas formas de trabalhar fornecem um espaço protegido mais seguro para 'estar com' diferentes elementos da experiência do paciente com curiosidade e aceitação; e somente quando parecer certo eles podem decidir sobre movimento ou mudança. Nossa esperança é que os terapeutas do esquema adotem o trabalho com o corpo com confiança e entusiasmo crescentes e integrem rotineiramente algumas dessas maneiras de ser e se relacionar em sua prática clínica.

### Dicas de terapeuta

- 'O corpo lembra' - os esquemas não são apenas cognitivos, afetivos e comportamentais, mas também padrões somáticos e hábitos que se formam com o tempo e decorrem de experiências iniciais. Aprender a ler o corpo dos pacientes pode acrescentar muito à compreensão do terapeuta e do próprio paciente de seus mundos internos.
- É seguro trabalhar com o corpo, desde que o paciente seja apoiado para modular sua excitação dentro de sua 'janela de tolerância'.
- Aprofunde a experiência do seu paciente por meio de uma 'dança com os organizadores principais' - esta é uma estrutura que pode aprimorar todas as técnicas da Terapia do Esquema.
- Ouse brincar com a experimentação somática, como sondas, para promover a integração de novos hábitos.
- Esteja atento, curioso e validador do mundo interno do seu paciente e ajude-o a promover esse relacionamento com ele mesmo.
- Fique com Afeto positivo recém-evoluído por tanto tempo quanto possível para aumentar a formação de novas vias neurais.
- Incentive o paciente a confiar na sabedoria de seu corpo e fazer mais do que é bom.

### Notas

1 O foco neste capítulo será em técnicas somáticas que não requerem contato físico com o paciente.

2 O material apresentado é escrito de forma a proteger a confidencialidade do paciente, e os exemplos de ação são compostos de diálogos terapêuticos com vários pacientes.

## Referências

- Arntz, A. & Jacob, G. (2012). Terapia do esquema na prática: um guia introdutório ao esquema abordagem de modo. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (Eds.) (2004). Guia de Oxford para experimentos comportamentais em terapia cognitiva. Oxford: Oxford University Press.
- Dana, D. (2018). A teoria polivagal na terapia: engajando o ritmo da regulação. Nova York: Norton.
- Farrell, J., Reiss, N. & Shaw, I. (2014). O guia do clínico da terapia do esquema: uma recurso para construir e entregar programas de tratamento de modo de esquema individual, em grupo e integrado. Nova York: Wiley. Farrell, J. & Shaw, I. (2012). Terapia de esquema de grupo para transtorno de personalidade limítrofe. Nova York: Wiley.
- Kurtz, R. (1990). Psicoterapia centrada no corpo: o método Hakomi. Mendocino, CA: LifeRhythm.
- Layden, MA, Newman, CF, Freeman, A. & Byers-Morse, S. (1993). Terapia cognitiva de transtorno de personalidade limítrofe. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. Levine, PA (2015). Trauma e memória: Cérebro e corpo em busca do passado vivo. Berkeley, CA: North Atlantic Books. Ogden, P. & Fisher, J. (2015). Psicoterapia sensório-motora: intervenções para traumas e acessório. Nova York: Norton.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). Trauma e o corpo: uma abordagem sensório-motora à psicoterapia. Nova York: WW Norton. Porges, SW (2011). A teoria polivagal: fundamentos neurofisiológicos das emoções, anexar mento, comunicação e autorregulação. Nova York: WW Norton. Rothschild, BO (2000). O corpo lembra: A psicobiologia do trauma e o tratamento do trauma mento. Nova York: WW Norton. Schore, A. (2003). Afeta a regulação e os distúrbios do eu. Nova York: Norton. Siegel, D. (1999). A mente em desenvolvimento: em direção a uma neurobiologia da experiência interpessoal. Nova York: Guilford Press.
- Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E. & Stevens, BA (2015). Terapia de esquema com casais: um guia do profissional para relacionamentos de cura. Chichester: Wiley Blackwell. Van der Kolk, BA (1994). O corpo mantém pontos: a memória e a psicobiologia em evolução de estresse pós-traumático. Nova York: Penguin.
- Young, JE, Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). Terapia do esquema: um guia do médico. Nova York: Guildford Press.

# 4 Entendendo e encontrando o núcleo

## necessidades emocionais

George Lockwood e Rachel Samson

### Introdução

O objetivo final da Terapia do Esquema (TS) é que nossos pacientes se relacionem consigo mesmos (por meio da modificação de modo e integração e / ou mudanças nos esquemas e estilos de enfrentamento) e com os outros de maneiras que apóiem a satisfação de suas necessidades emocionais básicas. Compreender essas necessidades e o processo relacional pelo qual podem ser atendidas (pelo terapeuta, o Adulto Saudável do paciente e outros) é fundamental para o modelo e para um empreendimento rico e em camadas. Inicialmente, o terapeuta e o paciente começam a vincular seus problemas atuais a esquemas e modos individuais, enquanto revelam possíveis origens da infância. Parte desse processo envolve o desenvolvimento da consciência das interações primárias entre pais e filhos que moldaram o mundo interno do paciente e seu apego contínuo aos outros. Para apreciar totalmente as nuances dessas interações, o terapeuta explora sua história e tenta identificar o temperamento do paciente, as características dos pais e a interação entre os dois. É dada muita atenção às maneiras pelas quais o relacionamento pai-filho pode ter falhado em atender a certas necessidades emocionais fundamentais. Além disso, na sessão, o terapeuta se sintoniza diretamente com as necessidades não atendidas do paciente; com vistas a uma postura reparadora. Ou seja, o terapeuta visa fornecer (dentro dos limites de um relacionamento terapêutico) experiências emocionais corretivas para necessidades não atendidas na infância, que são perpetuadas na idade adulta por meio da manutenção do esquema. É dada muita atenção às maneiras pelas quais o relacionamento pai-filho pode ter falhado em atender a certas necessidades emocionais fundamentais. Além disso, na sessão, o terapeuta se sintoniza diretamente com as necessidades não atendidas do paciente; com vistas a uma postura reparadora. Ou seja, o terapeuta visa fornecer (dentro dos limites de um relacionamento terapêutico) experiências emocionais corretivas para necessidades não atendidas na infância, que são perpetuadas na idade adulta por meio da manutenção do esquema. É dada muita atenção às maneiras pelas quais o relacionamento pai-filho pode ter falhado em atender a certas necessidades emocionais fundamentais. Além disso, na sessão, o terapeuta se sintoniza diretamente com as necessidades não atendidas do paciente; com vistas a uma postura reparadora. Ou seja, o terapeuta visa fornecer (dentro dos limites de um relacionamento terapêutico) experiências emocionais corretivas para necessidades não atendidas na infância, que são perpetuadas na idade adulta por meio da manutenção do esquema.

É esse processo de reparação limitada que consideramos estar no cerne da ST; entretanto, relativamente pouco foi articulado sobre como podemos fornecer e promover experiências de cura do esquema emocionalmente corretivas na terapia. Este é o foco deste capítulo, no qual delineamos o conceito de Padrões Parentais Positivos (PPPs) e descrevemos como eles podem informar nossa postura reparadora em relação aos nossos pacientes. Vemos isso como os padrões positivos essenciais mais centrais e mais diretamente envolvidos no atendimento das necessidades emocionais essenciais.

#### PPPs e necessidades emocionais essenciais

Young, Lockwood e colegas estudaram inicialmente possíveis origens parentais associadas a esquemas desadaptativos iniciais (EMS) (Lockwood & Perris,

2012; Young et al., 2003). Estes foram identificados por meio do auto-relato dos pacientes sobre as memórias da infância sobre as principais interações parentais negativas associadas a cada um dos EMS (Young, 1999). Essas memórias foram então usadas como base para o desenvolvimento de itens para formar escalas para medir os hipotéticos padrões mal-adaptativos. Lockwood e colegas conduziram investigações analíticas de fatores da estrutura hipotética desses construtos e correlacionaram os fatores resultantes com aqueles que emergiram do Questionário de Esquema de Young (YSQ) (Sheffield et al., 2005). O estudo mais recente com a base empírica mais forte identificou seis padrões parentais inadequados: Degradação e rejeição, Inibição e privação emocional, Punitividade, Superproteção e excesso de indulgência, Competitividade e busca por status e Supercontrole (Louis et al., 2018b).

Tendo estabelecido os principais padrões parentais problemáticos, o grupo de pesquisa empreendeu uma série de estudos correlacionais e analíticos de fatores (Louis et al., 2018a) para identificar os PPPs considerados para atender às necessidades essenciais e estar associados a resultados positivos de saúde mental. Sete padrões foram encontrados:

- 1) Nutrição Emocional e Amor Incondicional
- 2) Brincadeira e abertura emocional
- 3) Apoio à Autonomia: Ser acreditado e visto como capaz de ter sucesso em metas desafiadoras.
- 4) Concessão de Autonomia: Ter a liberdade de ser o autor da própria vida
- 5) Confiabilidade: Estar presente e confiável no fornecimento de orientação e suporte
- 6) Valor intrínseco: Fornecer orientação na busca de objetivos de vida intrinsecamente significativos, ao mesmo tempo em que permanece fiel a si mesmo e justo e respeitoso com os outros
- 7) Confiança e competência: ser e parecer confiante e competente como pai

O suporte empírico para a existência de quatro grandes categorias de necessidades emocionais essenciais foi recentemente estabelecido e, em um estudo de acompanhamento, foram encontradas relações positivas significativas entre essas necessidades e os sete PPPs principais (Louis et al., Sd), apoando assim um hipótese central para o TS e o foco deste capítulo.

Um PPP é definido como um tema ou padrão amplo e difundido que comprehende comportamentos, tom, emoções, atitudes, crenças e valores conforme relembrados pelas memórias de um adulto de suas interações com seus pais / cuidadores que leva à satisfação de necessidades emocionais essenciais e ao desenvolvimento de um apego seguro, esquemas adaptativos e disposições comportamentais adaptativas.

Neste capítulo, nos concentraremos em como os sete PPPs podem informar o processo dinâmico de reparação limitada na terapia, uma vez que esses padrões são definidos principalmente pelas experiências positivas que se acredita satisfazerem as necessidades básicas de nossos pacientes. Vemos esses sete PPPs como um acréscimo de clareza e definição ao intervalo

de experiências emocionais corretivas que constituem a estrutura da reparação limitada. Uma possibilidade é que esses sete PPPs sejam uma primeira etapa na articulação das condições ideais para atender às necessidades básicas iniciais e, em conjunto com os seis padrões parentais mal-adaptativos (negativos), forneçam uma orientação valiosa com relação à formação de adaptativos e mal-adaptativos iniciais de um paciente esquemas. Outros modelos de paternidade identificam, no máximo, três qualidades ou estilos parentais positivos um tanto mais gerais - calor emocional, autoridade e envolvimento (Louis et al., 2018a) - enquanto os sete PPPs descritos aqui abrem um caminho mais amplo, mais rico e mais compreensão diferenciada de toda a gama de nutrientes que os pais fornecem para atender às necessidades emocionais essenciais.

### O papel do temperamento

O modelo ST assume que o temperamento desempenha um papel importante na aquisição de esquemas e modos desadaptativos (Young et al., 2003) e, de acordo com isso, a forma de conceitualização de caso recentemente atualizada (International Society of Schema Therapy, 2018) convida explicitamente a consideração de fatores temperamentais na apresentação do paciente. No entanto, em geral, tem-se argumentado que muito pouco peso é dado ao temperamento no contexto da psicoterapia (Aron, 2012) e não está claro até que ponto os terapeutas do esquema potencializam o conhecimento sobre o temperamento de um paciente durante o tratamento (além da conceituação). Além disso, como é discutido mais abaixo, ST ainda não abordou o papel central que o temperamento provavelmente desempenhará no desenvolvimento de esquemas adaptativos (Louis et al., 2018c).

As últimas décadas de pesquisa resultaram em um consenso em pelo menos quatro dimensões do temperamento adulto: Extroversão – Introversão, Amabilidade – Desagradabilidade, Conscienciosidade – Espontaneidade / Flexibilidade, e Sensibilidade (Neuroticismo) - Estabilidade emocional (Zuckerman, 2012), que acreditamos ter um impacto nas necessidades parentais do paciente. Por exemplo, ter uma consciência de traço inferior leva a uma maior necessidade de ajuda com impulsividade; ser mais sensível ao traço resulta em uma maior necessidade de suporte emocional sintonizado e ligações muito estáveis; ser mais introvertido está associado a uma maior necessidade de ajuda para encontrar e proteger o sossego, a solidão e a um menor número de relacionamentos mais profundos. Estar em alto nível de agradabilidade está associado a uma maior necessidade de ajuda para advogar por si mesmo, enquanto estar em baixa agradabilidade está associado a uma necessidade de ajuda para levar em consideração as necessidades e sentimentos dos outros e estabelecer reciprocidade.

Traços de alta sensibilidade e alta reatividade emocional também são características definidoras do Transtorno de Personalidade Borderline (Trull & Brown, 2013) e, como tal, altamente relevantes para TS. Um contexto no qual essa alta sensibilidade e reatividade emocional é evidenciada é em resposta ao estresse.

Sob a pele, essa alta reatividade ao estresse é acompanhada por uma gama de respostas fisiológicas mais intensas, como aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e cortisol. Em cima da pele (em um nível fenotípico), isso está fortemente relacionado com ser muito tímido (Kagan et al., 1988). Em ambientes familiares ou sociais estressantes, descobriu-se que crianças e adultos com essa característica sofrem de uma quantidade significativamente maior de problemas comportamentais / emocionais e distúrbios médicos (por exemplo, doenças infecciosas) e são mais propensos a serem encontrados na parte inferior das hierarquias de dominância (Boyce, 2019). Deste ponto de vista, essa sensibilidade e reatividade é claramente um risco e tem sido vista exclusivamente nesses termos por décadas, do ponto de vista do que é chamado de modelo de Diátese / Estresse. Boyce et al. (1995) foram os primeiros a descobrir que essas crianças mais sensíveis (o que ele veio a chamar de crianças 'orquídeas'), quando criadas em lares muito acolhedores e de apoio, são, na verdade, mais saudáveis do que as crianças menos sensíveis e mais resistentes 'dente de leão' crianças (novamente um termo introduzido por Boyce), tendo as taxas mais baixas de doenças infecciosas e as taxas mais baixas de problemas emocionais / comportamentais, ainda mais baixas do que crianças com dente-de-leão criadas em ambientes de apoio. Crianças e adultos de orquídeas também são mais propensos a chegar ao topo das hierarquias de dominância em ambientes altamente nutritivos (Suomi, 1997; Boyce, 2019). Assim, ao invés de sensibilidade ser um traço que envolve fragilidade, é um traço que está associado, para melhor ou para pior, a uma maior sintonia e receptividade. De particular relevância para reparação limitada, Belsky (1997a, 1997b, 2005), Belsky e Pluess (2009) e Suomi (1997) estudaram o impacto da parentalidade altamente nutritiva em comparação com a parentalidade normal nas populações de primatas e humanos. Verificou-se que pais excepcionalmente pacientes, amorosos, compreensivos, afetuosos e receptivos em face das crises frequentes e lutas emocionais associadas a esse temperamento criam filhos de orquídeas que desenvolvem apegos excepcionalmente seguros e funcionam em um nível superior ao longo de sua vida, do que suas contrapartes dente de leão. Essas crianças orquídeas crescem e se tornam pais altamente nutritivos. As crianças da orquídea têm uma capacidade maior de se beneficiar de uma paternidade mais carinhosa. Verificou-se que pais excepcionalmente pacientes, amorosos, compreensivos, afetuosos e receptivos em face das crises frequentes e lutas emocionais associadas a esse temperamento criam filhos de orquídeas que desenvolvem apegos excepcionalmente seguros e funcionam em um nível superior ao longo de sua vida, do que suas contrapartes dente de leão. Essas crianças orquídeas crescem e se tornam pais altamente nutritivos. As crianças da orquídea têm uma capacidade maior de se beneficiar de uma paternidade mais carinhosa, afetuosos e receptivos em face das crises frequentes e lutas emocionais associadas a esse temperamento criam crianças orquídeas que desenvolvem apegos excepcionalmente seguros e funcionam em um nível mais alto ao longo de sua vida do que suas contrapartes dente-de-leão. Essas crianças orquídeas crescem e se tornam pais altamente nutritivos. As crianças da orquídea têm uma capacidade maior de se beneficiar de uma paternidade mais carinhosa, afetuosos e receptivos em face das crises frequentes e lutas emocionais associadas a esse temperamento criam crianças orquídeas que desenvolvem apegos excepcionalmente seguros e funcionam em um nível mais alto ao longo de sua vida do que suas contrapartes dente-de-leão. Essas crianças orquídeas crescem e se tornam pais altamente nutritivos. As crianças da orquídea têm uma capacidade maior de se beneficiar de uma paternidade mais carinhosa.

Conforme discutido abaixo, a sensibilidade é, portanto, uma das várias características que de fato permitir mudanças e progresso quando as necessidades específicas associadas à característica são atendidas de forma adequada. Por exemplo, para muitos pacientes de TPB, sua sensibilidade pode contribuir para sua capacidade de apego profunda e fortemente por meio da maior capacidade associada de vulnerabilidade e receptividade, qualidades que permitem que a reparação limitada tenha um efeito tão forte. Pode-se argumentar que é, pelo menos em parte, a dimensão da sensibilidade ao traço sobre a qual o ST estabeleceu seus efeitos impressionantes com esse grupo de pacientes (Lockwood et al., 2018). Além do diagnóstico, 15–20% da população em geral tem temperamentos mais sensíveis e emocionalmente reativos, e esses indivíduos constituem a maioria daqueles que procuram nossa ajuda na terapia (Boyce, 2019; Aron, 2013). Por esta razão,

## PPPs: habilidades clínicas e técnicas

Fornecemos exemplos de casos e discussão para os primeiros quatro PPPs e, devido a limitações de espaço, destacaremos brevemente algumas das características centrais dos três restantes.

### Nutrição Emocional e Amor Incondicional

O primeiro PPP, Nutrição Emocional e Amor Incondicional, forma a base da reparação limitada e é o mais multifacetado dos sete. Este PPP é composto por três subtemas que são detalhados a seguir: Nutrição Emocional (compreendendo por sua vez quatro elementos distintos), Amor Incondicional e Força e Orientação.

1. Nutrição emocional envolve:  
Apego profundo: A experiência de se sentir profundamente compreendido, sentir-se livre para falar abertamente e com espaço emocional suficiente para ser você mesmo, ter alguém sábio e reconfortante e ter tempo compartilhado suficiente.

Afeição: Receber afeto físico de maneira oportuna e afinada (dos pais) de quem é afetuoso e afetuoso. Dentro de uma relação terapêutica, dadas as complexidades do toque, o calor e o afeto não físico são os principais elementos aqui.

Disponibilidade diurna e noturna: Ter confiança de que alguém está disponível para atender às suas necessidades e proporcionar conforto e segurança durante a noite, bem como durante o dia (dos pais). Dentro da terapia, isso se traduz no terapeuta mantendo suas necessidades em mente além da sessão face a face e estando lá para eles em momentos de alto estresse / crise dentro de limites profissionais adequados (por exemplo, agendando uma chamada telefônica adicional, organizando suporte extra, fornecer um objeto transicional ou fornecer mensagens de reparação de e-mail).

Abertura: Ter alguém que é emocionalmente aberto, expressivo e que usa a auto-revelação ajuda a promover a conexão.

2. Amor Incondicional: Envolve um pai / terapeuta que é paciente e respeitoso diante dos erros de uma criança ou paciente e em meio a conflitos com ele / ela, que estabelece limites apropriados de forma respeitosa e atenciosa quando necessário e que prontamente admite seus próprios erros.
3. Força e Orientação: Oferecer ajuda na definição de metas e no cumprimento das tarefas, dando bons conselhos e orientações, e sendo solidário e encorajador em face dos desafios.

A nutrição emocional e o amor incondicional no sentido terapêutico representam um cuidado multifacetado, espontâneo e genuíno, uma apreciação profunda e um envolvimento emocional, mas difere do amor romântico, da amizade ou da família por ocorrer dentro de um relacionamento terapêutico limitado. Como pode ser visto, nutrição e amor não se limitam a promover a conexão ou

fornecer suporte emocional, mas também envolver estabelecer limites quando necessário, bem como apoiar o surgimento da autonomia. Vemos a integração ideal desses temas envolvendo uma resposta inicial sintonizada às necessidades de apego, afeição, disponibilidade e abertura com um foco gradual e aumentado na autonomia e autorregulação, quando for o momento certo.

#### Exemplo de caso: Elijah

O exemplo de caso a seguir ilustra os quatro elementos distintos de Nutrição Emocional, um dos três subtemas descritos acima, conforme são expressos por meio do trabalho com um paciente altamente sensível. Elijah, um estudante de filosofia de 20 anos, mudou de um isolamento emocional extremo para uma conexão profunda durante o tratamento. Ele apresentava ansiedade e depressão severas, desregulação emocional, abuso de álcool, automutilação que exigia tratamento médico, eraativamente suicida e acreditava que precisava ser "consertado". Subjacente a esses sintomas estava um temperamento altamente sensível, profunda privação emocional e uma sensação de ser fundamentalmente inaceitável, diferente e defeituoso.

Elijah foi considerado por seus pais uma criança altamente sensível e "profunda". Ele disse: 'Ninguém parecia ser como eu, ou ser capaz de compreender meus medos ou grandes questões existenciais. Mamãe costumava rir disso, como se fosse ridículo para uma criança da minha idade perguntar essas coisas... Eu internalizei tudo isso e acreditei que estava com defeito. Eu era muito sensível, muito profundo. Outras pessoas nunca vão me entender. A conexão verdadeira não é possível.'

Seu pai raramente demonstrava emoções positivas e era indiferente e impaciente. Ele se tornaria culpado e rejeitador quando Elias estava emocional ou deprimido e não o entendia ou não sabia como apoá-lo sem usar punição física em resposta a pequenos delitos. Sua mãe era insensível e intrusiva; ela pressionaria por conexão, mas estaria desatualizada. Elijah não tinha ligações seguras e, no meio da adolescência, estava deprimido, altamente suicida e com problemas de suicídio.

Ser profundamente compreendido, para Elijah, significava primeiro reconhecer que sentir-se altamente ansioso e dissociado não era sua culpa ou algo que ele estava fazendo de errado, mas, sim, era devido a ele ter aprendido, em um nível neurobiológico através de repetidas experiências traumáticas, que o apego era inseguro e altamente ameaçador.

Seu terapeuta entendeu que ele precisaria de repetidas experiências de sensibilidade, sintonia e segurança, e um entendimento de que seu sistema neurobiológico daria o passo, que não havia como apressar o processo. Seguir seu exemplo e ajudá-lo a se sentir seguro estando junto de maneiras verbais e não verbais incluiu períodos de silêncio, sorrisos não verbais e contato visual, e o envio de e-mails com músicas e imagens entre as sessões. Quando Elias 'falhou' em colocar em palavras sua experiência no tempo concedido, ele se tornava punitivo e se machucava, então ele teve um tempo extra. Isso proporcionou a sensação de espaço necessária para um apego profundo. O terapeuta confiou nisso

processo e compreendeu que seus silêncios envolviam medo e processamento profundo de sua parte. Com o tempo, ele começou a compartilhar o que antes era um processamento solitário.

O álcool e as lesões autoprovocadas eram usados para entorpecer os sentimentos desregulados. A redução desses mecanismos de enfrentamento significava que o terapeuta precisava estar mais acessível e disponível fora da sessão para ajudar a fornecer regulação e apoio durante esta fase. Isso incluiu o check-in e a oferta de contato por e-mail e alguns telefonemas entre as consultas - um paralelo terapêutico com a "disponibilidade dia e noite" 24 horas mencionada acima. À medida que o apego crescia, Elijah começou a se sentir menos isolado e a experimentar a conexão como uma fonte de regulação mais profunda, mais poderosa e gratificante. Paralelamente, sua automutilação, abuso de álcool e suicídio reduziram drasticamente.

Uma confiança crescente permitiu que a história de Elijah fosse processada dentro de um senso de segurança e sintonia no relacionamento terapêutico. A profundidade de compreensão aumentou e a narrativa de sua vida tornou-se mais coerente. Isso o levou a se sentir mais seguro: 'Não olho mais para a minha infância e me sinto defeituoso, agora olho para trás e sinto pesar por não ter conseguido o que precisava desesperadamente. Também sei que existem muitos como eu (orientados para a profundidade, sensíveis) e que posso acessar essas conexões sempre que preciso.'

#### Brincadeira e abertura emocional

Vemos o PPP discutido acima, Nutrição Emocional e Amor Incondicional, como basicamente envolvido com a minimização do afeto negativo. No entanto, a amplificação do afeto positivo (como envolvida no PPP Lúdica e Abertura Emocional) também é um elemento-chave do apego seguro (Schore, 2001; Schore & Schore, 2007) e dos pais. Este PPP envolve o pai / terapeuta sendo brincalhão, emocionalmente aberto e espontâneo. Alguns dos itens que o definiam eram: 'Podia agir como uma criança e ser bobo comigo quando tinha vontade', 'Era capaz de ser livre e expressivo quando queria' e 'Era fácil para ele ser brincalhão quando ele queria ser'.

Uma de nossas supervisionadas discutiu o trabalho de imaginação ativa com uma paciente imaginando-se como uma garotinha se escondendo atrás do sofá da sala de estar desenhando em um pedaço de papel e sentindo-se sozinha e com medo. O foco do supervisionado na imagem estava em se conectar com ela, tentando conversar com ela sobre seus sentimentos de medo e tristeza. Ela não queria o terapeuta perto dela e não tinha vontade de conversar. Sugerimos que você se interessasse pelo que ela estava desenhando e se juntasse a ela em seu mundo imaginativo como uma forma de se conectar de uma forma mais positiva e lúdica. Adicionar essa dimensão às imagens e, de forma mais ampla, à terapia, ajudou-a a se abrir, se conectar com seu terapeuta com mais facilidade e acrescentou um elemento de diversão e prazer no trabalho em conjunto. O supervisionado percebeu que tinha, sem perceber,

realizar coisas como contornar o modo Detached Protector por diversão e jogo.

O Capítulo 10 deste volume (Shaw) e Lockwood e Shaw (2012) também fornecem uma ampla discussão e exemplos desse tema em ação.

#### Suporte de Autonomia

Este PPP envolve acreditar em alguém e vê-lo como capaz de ter sucesso em objetivos desafiadores e valiosos. Envolve cuidar, desenvolver e celebrar os pontos fortes e as capacidades de uma forma positiva e respeitosa. Parte disso significa não perder de vista o potencial do paciente, mesmo durante longos alongamentos difíceis, quando as coisas parecem estar piorando. Os itens que definem este PPP incluem: 'Fiquei orgulhoso de mim quando tive sucesso em algo importante', 'Me considerou forte e resiliente', 'Estava confiante na minha capacidade de resolver problemas que surgiram que outras crianças da minha idade poderiam fazer' e 'Acredito na minha capacidade de ter sucesso em metas desafiadoras'.

O Suporte à Autonomia é composto por duas facetas:

- 1) Procurando e vendo capacidade (por exemplo, acreditar na capacidade de uma pessoa para ter sucesso em metas desafiadoras).
- 2) Elogio e foco positivo (por exemplo, ter orgulho de alguém quando tem sucesso em algo importante, focar no que alguém fez bem sem precisar apontar erros ou falhas).

#### Exemplo de caso: Tamara

Tamara era uma mulher solteira de 37 anos com Transtorno da Personalidade Esquiva e temperamento altamente sensível. Ela havia passado por anos de terapia que tiveram pouco impacto em sua ansiedade social, pavor e evitação de namoro. Esse tratamento incluía tarefas de casa atribuídas que envolviam colocar-se em situações em que poderia encontrar alguém e tentar iniciar conversas com homens. Nessas ocasiões, ela invariavelmente sentia intensa ansiedade e uma necessidade de evitar o contato que ela não conseguia superar. Nas poucas situações em que teve um encontro real, ela experimentou o que chamou de " bloqueio emocional", que envolvia sentir-se congelada, erguer uma parede e contar os minutos até o fim. Os encontros raramente passavam de um primeiro encontro, e ela rejeitou os poucos homens que expressaram interesse.

Ela pesquisou diferentes abordagens terapêuticas e procurou o ST na esperança de que isso a ajudasse a mudar em um nível mais profundo. No início do trabalho com imagens, Tamara se viu, aos seis anos, em uma porta de armário enrolada em uma bola e se sentindo vazia, apavorada e sem vontade de falar. Na época em que era adolescente, ela havia desenvolvido um modo de Protetor Destacado intenso, ranzinza e desdenhoso. Os primeiros meses de tratamento foram focados no desenvolvimento de uma base quente e segura (por meio de um foco principal no

Nutrição emocional e amor incondicional PPP discutido acima). Com isso, Little Tamara, encontrada inicialmente em imagens, começou a experimentar um sentimento emergente de amor, confiança, abertura, curiosidade e até mesmo um interesse em explorar o mundo e as pessoas ao seu redor.

Seu modo Detached Protector ainda estava sempre presente, mas não comandava mais todos os tiros. Ela se viu respondendo sem temor a um pedido para participar de uma festa de despedida para um colega e, na verdade, descobriu-se espontaneamente aproveitando algumas das interações. Esta foi uma experiência nova. No entanto, quando seus pensamentos se voltaram para os homens, ela sentiu a mesma forte evitação e ansiedade avassaladora. Ela afirmou que após 27 anos de tentativas e de não ter desenvolvido relacionamentos íntimos sustentáveis, isso mostrava que ela simplesmente não conseguia. O terapeuta explicou que entendia que ela estava com muito medo, mas que também estava em um lugar diferente, em um nível mais profundo. Ela já havia namorado com uma garotinha apavorada dentro de casa, aninhada em uma bola, mas que essa garotinha agora se sentia melhor e mais aberta e aventureira. A pequena Tamara sabia que seu terapeuta estaria lá para ajudá-la, e com o progresso que ela estava fazendo, era um 'jogo de bola totalmente novo'. Ela se sentiu estimulada por essa perspectiva e fez um plano para montar um perfil em um site de namoro.

Nesse ponto, Tamara se lembrou de uma experiência que teve com sua sobrinha, Paula, que também tinha um temperamento altamente sensível. Aos quatro anos de idade, Paula estava no meio do caminho através de uma ponte de corda que balançava e balançava em um parquinho com outras crianças cruzando para frente e para trás quando de repente ela congelou, com medo de ir mais longe ou voltar para cima. Tamara, que estava lá embaixo, pôde ver o terror no rosto de Paula. Um casal de pais se ofereceu para subir e trazer Paula para baixo. Tamara conhecia bem esse tipo de momento por experiência própria e, instintivamente, sabia do que Paula precisava e disse a ela: 'Não há problema em ficar com medo. Você consegue. Estou bem aqui. Eu estarei aqui por você.' Tamara reiterou isso algumas vezes e pôde ver o medo diminuir. Paula então começou a caminhar lenta e decididamente pela ponte.

Seu terapeuta estava ciente de que, com Tamara tendo uma capacidade recém-desenvolvida de lidar com seu medo de namorar, e agora em uma posição melhor para enfrentá-lo e controlá-lo, eles estavam na mesma posição que Tamera estava então com Paula. Seu terapeuta, sabendo dessa mudança, tinha bons motivos para acreditar nela, e Tamara começou a acreditar mais em si mesma. Essa nova crença emergente foi fomentada por um diálogo moderado entre a pequena Tamara, que agora se sentia mais amável, esperançosa e aberta à aventura, e seu protetor independente, como ela imaginava um primeiro encontro. Teria sido um próximo passo lógico usar imagens e diálogos de modo para enfrentar o processo de desenvolvimento de um perfil de namoro. No entanto, neste caso, ela tinha uma amiga próxima que estava pronta e ansiosa para ajudá-la nisso, e era sua clara preferência fazer isso com ela (ver Concessão de Autonomia, abaixo).

acreditar em sua capacidade e criar condições nas quais pudesse desenvolver um senso de domínio que incluía apoiar e acreditar na Pequena Tamara enquanto enfrentava um grande desafio na vida.

No Louis et al. estudos (2018a, 2018b) em que surgiram os sete PPPs, Autonomy Support foi encontrado para ter as correlações mais fortes de todos os sete, com dimensões de funcionamento adaptativo medido pelas Escalas de Ryff de Bem-estar Psicológico (Ryff & Keyes, 1995), que inclui medidas de seis construtos adaptativos: Autonomia, Domínio Ambiental, Crescimento Pessoal, Relações Positivas com Outros, Propósito na Vida e Auto-aceitação.<sup>1</sup>

#### Concessão de Autonomia

Isso envolve o respeito por um indivíduo que faz suas próprias escolhas, sua privacidade e sua capacidade de navegar e lidar com sua vida sem monitoramento frequente. Vemos uma abertura, interesse e sintonia com uma ampla gama de temperamentos, preferências e escolhas de vida como um aspecto central desta construção. Um terapeuta que está em alta neste tema parecerá ao paciente franco, não-crítico e tolerante. Este PPP tem grande relevância na terapia. Abordamos brevemente apenas três exemplos de Concessão de Autonomia aqui.

#### Exemplo 1: experiência emocional

Robin era uma paciente sensível e expressiva e dizia que sempre fora assim, desde criança. Seu pai era um homem emocionalmente reservado e altamente crítico e envergonhado de como ela 'usava o coração em sua manga' e 'reagia exageradamente ao menor problema'. Ela gostou que seu terapeuta apontasse para as limitações de seu pai e o fato de ele sentir que ela merecia muito mais. Ela se sentiu profundamente validada e compreendida, que não havia nada de errado com a intensidade de seus sentimentos - esse era fundamentalmente o problema de seu pai. No entanto, Robin não sentiu raiva dele. Seu terapeuta sentiu um dilema neste ponto, enquanto se perguntava se a raiva dela estava sendo suprimida ou inibida. Ele inicialmente a encorajou a tentar se conectar com qualquer raiva nas imagens da infância. No entanto, a partir das reações de Robin, ele presumiu que o sentimento dela em relação ao pai eranão raiva, apesar do fato de que ele achou isso um pouco intrigante, dadas as circunstâncias. Ele compartilhou suas reações com ela com curiosidade e aceitação, e Robin disse que gostou dele dando-lhe espaço para sentir as coisas do seu próprio jeito. O terapeuta demonstrou os princípios da Concessão de Autonomia nessa situação, permanecendo atencioso e envolvido, e por meio de sua curiosidade ativa e sintonia, ao mesmo tempo permitindo que o paciente determinasse seu próprio caminho emocional.

### Exemplo 2: Escolha de intervenção

Como terapeutas do esquema, somos encorajados a usar uma variedade de técnicas experienciais e outras intervenções que são entendidas para facilitar a mudança. Para algumas técnicas (como Reprogramação de Imagens), há boas evidências empíricas para sua aplicação e é necessário trabalhar com os modos de enfrentamento do paciente para entender uma relutância ou recusa em usar uma técnica. Muitas vezes, os terapeutas também têm medo de usar a técnica e precisam de ajuda na supervisão para superar seus medos.

No entanto, defendemos que os princípios da Concessão de Autonomia também devem ser tidos em consideração na escolha de uma intervenção. Para alguns pacientes, eles progridem no TS sem o uso de certas técnicas e podem não gostar de maneira ativa e persistente de um método específico, tornando-o ineficaz. Pode haver uma variedade de razões temperamentais e pessoais para isso que podem não ser necessariamente "doentias", e está de acordo com os princípios da Concessão de Autonomia explorar outras formas de atender às suas necessidades. Por exemplo, Elijah (o paciente discutido no início do capítulo) preferia experiências reparadoras imediatas com seu terapeuta em vez de imagens, e ele achou a qualidade "como se" da imaginação estranha e perturbadora. Seu terapeuta estava curioso para saber os modos potenciais de jogo (explorando, por exemplo, os sentimentos do Protetor Destacado sobre as imagens),

### Exemplo 3: Sociabilidade

Uma sutil falta de Concessão de Autonomia também pode ocorrer em esforços bem-intencionados para encorajar aqueles com temperamento mais introvertido a se socializarem, desenvolverem mais amigos ou se tornarem parte de um grupo de acordo com as necessidades de um temperamento mais extrovertido. Sem dar atenção a essas nuances, nossos clientes mais introvertidos podem acabar sentindo como se suas inclinações naturais e saudáveis fossem um defeito.

### Confiabilidade

A confiabilidade envolve o terapeuta demonstrando que pode confiar nele para não abandonar o paciente; defenda, proteja e defenda por ela

quando necessário; seja firme, consistente e responsável; cumprir promessas e tarefas (por exemplo, lição de casa); saber quando mantê-la em mente fora das sessões regulares e estar disponível para fornecer suporte extra; e estar disponível para guiá-la e apoiá-la no desenvolvimento da disciplina e do controle dos impulsos para buscar os objetivos centrais da vida, quando necessário. Isso também envolve o desenvolvimento de um 'plano de jogo' geral para o paciente, associado a uma conceituação de caso clara e completa, ao invés de mais de um 'voar sem pressa' ou abordagem sessão a sessão. Os traços do terapeuta envolvem ser suficientemente consciente e comprometido, e a experiência do paciente é estar em mãos firmes e conhedoras.

### Exemplo: Presença confiável

Chris, um paciente com temperamento altamente sensível, estava passando por uma cirurgia exploratória ambulatorial para verificar a existência de um possível câncer. Era provável que ele estivesse sozinho quando soubesse o resultado. Seu terapeuta concordou em fazer o check-in por telefone logo depois que Chris falou com o cirurgião, fornecendo suporte em um momento crítico. Nesse caso, o terapeuta manteve Chris em mente e mostrou que ele era confiável quando era mais importante. Este foi um momento reparador para Chris (que tinha esquema de desconfiança / abuso) e ele se abriu mais completamente nas sessões subsequentes.

### Valor intrínseco

Este PPP envolve ajudar o paciente a aprender a priorizar ser verdadeiro consigo mesmo, justo e companheiro, igual ou à frente de impressionar os outros ou ganhar ou adquirir status ou dinheiro. Central para isso é aprender a funcionar de forma adaptativa dentro das hierarquias de competência em que o paciente se encontra ou escolhe participar, engajando-se totalmente na busca de domínio pessoal e tão competitivo com os outros quanto se quiser, enquanto permanece justo e respeitoso em com relação a buscar o que é pessoalmente significativo.

### Confiança e competência

Descobriu-se que esse PPP estava associado a uma criança que vivencia seus pais como emocionalmente fortes, estáveis e previsíveis, sendo eficazes em fazer as coisas e tendo expectativas realistas de si mesma. Como terapeuta, isso envolve, entre outras coisas, parecer suficientemente seguro, confiante, flexível, aberto e seguro. Curiosamente, este PPP também envolve estar confortável e aberto a questões difíceis ou desafios de nossos pacientes e, por meio disso, aprender com eles no processo de aprendizagem deles conosco.

## Sumário e conclusões

O ponto central do processo de TS é identificar as necessidades emocionais não atendidas de nossos pacientes e, dentro dos limites apropriados, atender a essas necessidades dentro do relacionamento terapêutico por meio de reparação limitada. No entanto, até o momento, nossa sensação é que a reparação limitada foi mal articulada como um construto, apesar de ser um aspecto central e altamente matizado da terapia. Nossa objetivo é progredir neste domínio, propondo que os sete PPPs principais forneçam uma estrutura potencialmente útil para aumentar nossa consciência, sintonização e eficácia dentro de nossa função de reparação limitada. Fornecemos uma descrição das características relacionais que podem funcionar como antídotos para algumas das necessidades emocionais básicas não satisfeitas de nossos pacientes.

Obviamente, não presumimos que fornecemos uma lista exaustiva ou mesmo abrangente de PPPs. Em vez disso, pretendemos fornecer um trampolim para o desenvolvimento de uma linguagem compartilhada para descrever e traduzir o ingrediente crítico da reparação limitada dentro do ST. A pesquisa descrita até agora seria aprimorada por desenhos de estudos prospectivos explorando se a sintonização e o comportamento do terapeuta de acordo com o PPP proposto prevê melhores resultados terapêuticos.

### Dicas de terapeuta

- 1) É importante ter em mente as sete PPPs como uma estrutura para aprimorar nossas habilidades de reparação em um contexto de ST.
- 2) Todos os sete desses padrões estão envolvidos na satisfação das necessidades de conexão e autonomia.
- 3) Esses sete PPPs ajudam a definir as capacidades centrais do terapeuta sobre as quais todos os aspectos técnicos (por exemplo, redefinição de imagens, trabalho na cadeira, modos de diálogo, trabalho corporal) do TP serão idealmente enraizados.
- 4) Acreditamos que uma base sólida nessas estruturas relacionais de reparação limitada darão vida ao uso de ferramentas terapêuticas, diminuindo a necessidade de uma abordagem mais roteirizada, uma vez que as técnicas fluem naturalmente do sentido tácito e sentido de conhecimento associado à incorporação desses padrões.

### Observação

- 1 Embora sugira paralelos com reparação limitada, é importante manter Lembre-se de que essas correlações não são baseadas em estudos de pacientes e terapeutas, mas nas memórias de adultos sobre suas experiências de ter sido educado, conforme se correlacionavam com medidas de funcionamento adaptativo e mal-adaptativo.

## Referências

- Aron, E. (2012). Temperamento em psicoterapia: Reflexões sobre a prática clínica com o traço de sensibilidade. Em M. Zentner & R. Shiner (Eds.), *Manual de temperamento* (pp. 645-670). Nova York: Guilford Press.
- Aron, E. (2013). A pessoa altamente sensível. Nova York: Citadel Press.
- Belsky, J. (1997a). Variação na suscetibilidade às influências de criação: uma evolução argumento. *Investigação psicológica*, 8: 182-186.
- Belsky, J. (1997b). Teste de teoria, avaliação do tamanho do efeito e suscetibilidade diferencial à influência na criação: O caso da maternidade e do apego. *Desenvolvimento Infantil*, 68: 598-600.
- Belsky, J. (2005). Suscetibilidade diferencial às influências de criação: uma evolução hipótese e algumas evidências. Em B. Ellis & D. Bjorklund (Eds.), *Origens da mente social: psicologia evolutiva e desenvolvimento infantil* (pp. 139-163). Nova York: Guilford Press.
- Belsky, J. & Pluess, M. (2009). Além do estresse de diátese: Suscetibilidade diferencial a influências ambientais. *Boletim Psicológico*, 135 (6): 885-908.
- Boyce, WT (2019). A orquídea e o dente-de-leão: por que algumas crianças lutam e como todos podem prosperar. Nova York: Alfred Knopf.
- Boyce, WT, Chesney, M., Alkon, A. et al. (1995). Reatividade psicobiológica ao estresse e doenças respiratórias infantis: resultados de dois estudos prospectivos. *Medicina psicosomática*, 57 (5): 411-422.
- Sociedade Internacional de Terapia do Esquema (2018). Conceito de caso de terapia de esquema - Formulário de ção, 2ª edição, Versão 2.22, d.edwards@ru.ac.za ou office@isstonline.com
- Kagan, J., Reznick, JD & Snidman, N. (1988). Bases biológicas da timidez infantil. *Ciência*, 240 (1998): 167-171.
- Lockwood, G. & Perris, P. (2012). Um novo olhar para as necessidades emocionais fundamentais. No M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Science* (pp. 41-66). West Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- Lockwood, G. & Shaw, I. (2012). Terapia do esquema e o papel da alegria e da diversão. No M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Science* (pp. 209-227). West Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- Lockwood, G., Samson, R. & Young, J. (2018, maio). Varrendo transformações de vida: Os alcances mais distantes da terapia do esquema. Workshop, Convenção da Sociedade Internacional de Terapia do Esquema, Amsterdã, Holanda. [www.schematherapysociety.com/Sweeping-Life-Transformations](http://www.schematherapysociety.com/Sweeping-Life-Transformations)
- Louis, JP, Davidson, AT, Lockwood, G. & Wood, AM (nd). *Terapia do Esquema Teoria da Personalidade (STPT)*: As percepções dos pais se relacionam com a satisfação das necessidades emocionais centrais teorizadas? Sob revisão.
- Louis, JP, Wood, A. & Lockwood, G. (2018a). Desenvolvimento e validação do Positive Parenting Schema Inventory (PPSI) para complementar a avaliação do Young Parenting Inventory (YPI) para Schema Therapy (ST). DOI: 10.1177 / 1073191118798464
- Louis, JP, Wood, AM e Lockwood, G. (2018b). Validação psicométrica do Young Parenting Inventory - Revised (YPI-R2): Replicação e extensão de uma escala parenting comumente usada na pesquisa e prática de Schema Therapy (ST). *PLoS ONE*, 13 (11). DOI: 10.1371 / journal.pone.0205605

- Louis, JP, Wood, AM, Lockwood, G., Ho, M.-HR & Ferguson, E. (2018c). Posi-psicologia clínica ativa e terapia do esquema (ST): O desenvolvimento do Young Positive Schema Questionnaire (Ypsq) para complementar o Young Schema Questionnaire (Ysq-S3). *Avaliação psicológica*, 30 (9): 1199-1213. DOI: 10.1037 / pas0000567
- Ryff, CD & Keyes, CLM (1995). A estrutura do bem-estar psicológico revisitado. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4): 719-727.
- Schore, AN (2001). A Sétima Palestra Memorial Anual John Bowlby, Minds in o fazer: apego, o cérebro auto-organizador e psicoterapia psicanalítica orientada para o desenvolvimento. *British Journal of Psychotherapy*, 17: 299-328.
- Schore, JR & Schore, AN (2007). Teoria moderna do apego: o papel central da afetam a regulação no desenvolvimento e no tratamento. *Clinical Social Work Journal*, 36 (1): 9-20. DOI: 10.1007 / s10615-007-0111-7
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J. & Meyer, C. (2005). Links entre parentalidade e crenças centrais: validação psicométrica preliminar do inventário de parentalidade jovem. *Terapia Cognitiva e Pesquisa*, 29 (6): 787-802. DOI: 10.1007 / s10608-005-4291-6
- Suomi, S. (1997). Determinantes iniciais do comportamento: evidências de estudos com primatas. *British Medical Bulletin*, 53: 170-184.
- Trull, T. & Brown, B. (2013). Transtorno de personalidade límitrofe: um modelo de cinco fatores por spective. Em T. Widiger e P. CostaTranstornos de personalidade e o modelo de cinco fatores de personalidade (Terceira edição, pp. 119-132). Washington, DC: American Psychological Association.
- Young, JE (1999). *Young Parenting Inventory (YPI) (on-line)*. Nova York: cognitivo Centro de Terapia. [www.schematherapy.com](http://www.schematherapy.com)
- Young, JE, Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Nova York: Guilford Press.
- Zuckerman, M. (2012). Modelos de temperamento adulto. Em M. Zentner e R. Shiner, *Manual de temperamento* (pp. 41-66). Nova York: Guilford Press.

parte II

## Métodos criativos usando imagens



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

# 5 princípios básicos de imagens

Susan Simpson e Arnoud Arntz

## Introdução e justificativa

Um crescente corpo de pesquisas indica que as imagens facilitam um acesso mais direto às emoções, proporcionando assim uma oportunidade única de mudança. Na verdade, a imaginação tem um impacto maior nas emoções negativas e positivas do que o processamento verbal da mesma informação (Cuthbert et al., 2003; Holmes et al., 2006). Com efeito, as imagens se comportam como um 'amplificador emocional' na presença de estados afetivos positivos e negativos (Holmes & Mathews, 2010). Na terapia do esquema (ST), a imaginação desempenha um papel fundamental em todos os níveis: avaliação, conceituação e prática. A reescrita de imagens (RI) é um mecanismo poderoso para facilitar a transição terapêutica do insight intelectual para a mudança experiencial por meio de experiências emocionais corretivas. O poder do IR baseia-se na capacidade humana de processar informações com mais eficácia na presença de afeto. O trabalho baseado em imagens é particularmente eficaz como um mecanismo para desafiar esquemas desadaptativos (EMS) antigos e arraigados, vinculados a necessidades não atendidas e traumas durante a infância (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

## A natureza transdiagnóstica das imagens

Desde a década de 1990, tem havido um reconhecimento crescente da ligação entre uma série de distúrbios emocionais e imagens mentais "indesejadas" excessivamente intrusivas e uma ausência de imagens adaptativas. Na verdade, as imagens negativas desempenham um papel fundamental na manutenção do sofrimento psicológico em uma série de apresentações (por exemplo, Harvey, Watkins & Mansell, 2004). As imagens mentais se manifestam de várias maneiras nos grupos de diagnóstico. No transtorno de estresse pós-traumático (PTSD), eles assumem a forma de pesadelos recorrentes e imagens multisensoriais de 'flashback' associadas a momentos passados de ameaça ou perigo. O conteúdo das imagens intrusivas reflete variações nas ameaças percebidas nos transtornos, incluindo: constrangimento em público (fobia social); catástrofe iminente associada à perda de controle ou colapso (transtorno do pânico); sendo incapaz de lidar com, ou fuga, desastre iminente, como ser encurrulado, humilhado (agorafobia); cenas ego-distônicas ligadas à contaminação ou

sentir-se responsável por magoar os outros (transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)); memórias negativas significando fracasso, humilhação (depressão); forma corporal distorcida associada à autoavaliação negativa (transtornos alimentares); ser ameaçado ou atacado (psicose) (por exemplo, Hackmann, Bennett-Levy & Holmes, 2011; Holmes & Hackmann, 2004). Embora imagens intrusivas focadas em eventos futuros sejam frequentemente catastróficas por natureza, elas também podem assumir a forma de 'soluções' que trazem alívio de curto prazo, como na forma de imagens visuais de si mesmo verificando no TOC, imagens de suicídio que trazem alívio de problemas atualmente sem solução, ou desejos visuo-sensoriais de substâncias que impulsionam os vícios (May et al., 2008).

Trabalhando diretamente com imagens para alterar seu tom afetivo e significado, RI tem se tornado cada vez mais uma intervenção central em uma ampla gama de modelos terapêuticos (Arntz, 2012; Holmes & Hackmann, 2004), e tem sido uma técnica experiencial central utilizada em TS desde seu início (Young, 1990, 1999). A seção a seguir fornece uma visão geral do crescimento da teoria e das descobertas experimentais neste campo em desenvolvimento e alguns dos benefícios identificados de trabalhar com imagens em uma variedade de aplicações clínicas.

## Teoria de fundo: mecanismos de operação em imagens mentais

### Imagens mentais: teorias de operação

As imagens mentais incluem não apenas aspectos visuais, mas toda a gama de experiências sensoriais, incluindo cheiro, som e sentido (Kosslyn, Ganis & Thompson, 2001), fazendo com que pareçam reais, ou 'experiência próxima' (Conway, 2001). Por exemplo, uma imagem mental de estar em uma praia pode incluir não apenas a visão do mar e do céu azuis, mas também a sensação de pés descalços na areia, sol na pele, o cheiro e sabor do sal e sons de gaivotas e as ondas.

A imaginação foi conceituada como uma representação 'fraca' da percepção sensorial (Pearson et al., 2015). Estudos de imagens cerebrais indicam que quando fechamos os olhos e imaginamos um evento ou ação, quase as mesmas representações neurais são ativadas como quando os eventos ou ações são percebidos diretamente em tempo real, incluindo no córtex visual primário (Kosslyn, Ganis & Thompson, 2001; Pearson et al., 2015). Essa mesma sobreposição na atividade neural foi encontrada entre a percepção direta e as imagens visuais (sonhos) durante o sono (Horikawa et al., 2013). As imagens mentais focadas em eventos desagradáveis reais ou imaginários ativam consistentemente um nível mais alto de afeto negativo do que as versões verbais ou baseadas na linguagem do mesmo material (por exemplo, Holmes, Arntz & Smucker, 2007; Holmes & Mathews, 2005; Holmes et al., 2006). A teoria da 'equivalência funcional' propõe que, assim como a percepção direta de ameaça resulta na ativação de respostas corporais, como aumento de adrenalina e frequência cardíaca, imagens mentais baseadas em ameaças operam por meio de processos neurais equivalentes e estimulam reações fisiológicas paralelas (Kosslyn, Ganis & Thompson, 2001). Assim, as imagens têm um impacto direto na emoção por meio do fisiológico /

aspectos corporais da experiência emocional. As imagens podem fornecer uma rota para os componentes da memória sensorial de um EMS profundamente embutido (representado por imagens de memória, sentidos corporais, cognições e emoções) e, ao fazer isso, fornecer uma oportunidade para mudar o significado codificado no evento inicial que contribuiu para o desenvolvimento do EMS. Por exemplo, o IR pode ser usado para acessar um esquema de desconfiança / abuso codificado em uma memória inicial de abuso, acessando a imagem do comportamento violento de um pai, o som de seus gritos, o cheiro de álcool em seu hálito e o sentido visceral de coração acelerado e peito apertado, junto com pensamentos de perigo iminente. Onde toda a estrutura do medo é acessada, a possibilidade de mudança emocional e cognitiva por meio de reescrita é apresentada.

#### Armazenamento e recuperação de esquemas codificados visualmente

Memórias emocionais, incluindo fragmentos de trauma não processados, parecem ser estabelecidas e relembradas principalmente na forma de imagens visuo-sensoriais (Arntz, De Groot e Kindt, 2005; Conway, 2001; Willander, Sikström & Karlsson, 2015). Estes parecem ser mais imediata e diretamente acessíveis, e mais propensos a dominar a percepção consciente, em comparação com o material verbal (Holmes & Mathews, 2005). Além disso, as imagens emocionais parecem estar preferencialmente ligadas a memórias de eventos semelhantes, que, ao longo do tempo, formam "bancos de memória de esquema" específicos. Um evento que desencadeia um esquema no presente (por exemplo, alguém sendo convidado a se encontrar com seu gerente, desencadeando assim um esquema de falha) é provável que ative o banco de memória da pessoa que é composto de imagens anteriores que evocaram emoções semelhantes (por exemplo, testes de reprovação na escola, desaprovação das expressões faciais dos pais, sendo repreendido por um professor, sendo provocado por colegas). Em IR, é possível acessar diretamente o banco de memória de esquema relevante por meio da 'ponte de afeto'. A pessoa é solicitada a repensar uma experiência recente, então se concentrar nos sentimentos em seu corpo e permitir que sua mente volte a uma memória de infância com sentimentos semelhantes - apresentando, assim, uma oportunidade de reescrever a fim de mudar o significado do esquema em um nível de sentido profundo de feltro.

#### Trabalhando com conhecimento implicacional por meio de imagens

De acordo com a teoria dos subsistemas cognitivos interagentes (ICS) (Teasdale & Barnard, 1993), o conhecimento implicacional é uma integração de imagens, informações sensoriais, pensamento conceitual e experiência incorporada, que opera em um nível intuitivo de sentido sentido.

Em contraste, o sistema de conhecimento proposicional com base verbal é pensado para operar principalmente em um nível intelectual, por meio do qual podemos saber que algo é verdade factualmente, mas isso pode não equivaler a sentir que é verdade. No caso de trauma, um evento pode ser armazenado como conhecimento implicacional ou memórias situacionalmente acessíveis, por meio das quais a pessoa pode ter memórias de flashback do evento de trauma, uma sensação de insegurança,

e uma sensação corporal de tensão e hipervigilância, sem acesso direto ao seu sistema de memória verbalmente acessível que contém a narrativa do evento (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000). No contexto de intervenções terapêuticas, o desafio cognitivo verbal direto pode abordar esquemas em um nível intelectual, enquanto em um nível implicacional eles permanecem intactos (por exemplo, 'Eu entendo que não sou inútil, mas ainda parece verdadeiro'). Da mesma forma, uma pessoa que passou por um trauma pode ainda se sentir insegura no nível dos sentidos físicos, mesmo que possa compreender de uma perspectiva racional que não está mais em perigo.

Os primeiros esquemas desadaptativos (EMS) são vivenciados em grande parte como conhecimento "implicacional" e perpetuados por padrões de enfrentamento autodestrutivos que reforçam essa visão de mundo. Por exemplo, o esquema de isolamento social, 'Eu não pertenço, sou diferente', pode ser armazenado como dados implicacionais (por exemplo, imagens de ser excluído, uma sensação de solidão e diferente dos outros, pensamentos e expectativas de ser julgado por outros) e perpetuado por enfrentamento evitativo que reduz a exposição a novas informações que poderiam desafiar essas suposições e fornecer oportunidades de mudança (por exemplo, Barnard, 2009).

Dado o papel substantivo das imagens de flashback na geração da angústia associada a experiências de trauma não processadas, parece lógico que isso possa ser abordado de forma mais eficaz trabalhando diretamente com a modificação de imagem (Holmes, Arntz & Smucker, 2007). Além disso, mesmo quando os pacientes não relatam imagens de flashback, a evidência sugere que as técnicas baseadas em imagens fornecem um dos meios mais poderosos de abordar esquemas codificados no nível implicacional, reduzindo assim seus efeitos disfuncionais (Arntz, 2012; Pearson et al., 2015).

#### Técnicas de imagens aplicadas em ambientes clínicos

As técnicas baseadas em imagens mais comumente aplicadas em ambientes clínicos incluem aquelas baseadas na exposição imaginária (IE) e IR. A maioria das pesquisas sobre os efeitos terapêuticos das imagens se concentra na redução de imagens negativas. EI (ou evocação) é uma das técnicas mais estabelecidas em configurações de terapia cognitivo-comportamental (TCC), com boas evidências de transtornos baseados no medo em termos de estimulação do processamento emocional e redução do sofrimento (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Kozac, 1986). Em contraste, o RI tem sido aplicado em vários ambientes como um meio de extrair novos significados associados a imagens baseadas em memórias ou eventos imaginários, bem como desenvolver novas imagens positivas (Casement & Swanson, 2012; Hunt & Fenton, 2007; Morina, Lancee & Arntz, 2017). Considerando que, em alguns casos, o IR comprehende um tratamento completo (por exemplo,

Estudos preliminares sugerem que o RI pode ser mais eficaz do que o IE no direcionamento de imagens que evocam emoções primárias que não são baseadas no medo (por exemplo, raiva, culpa, vergonha) (Arntz, Tiesema & Kindt, 2007; Grunert et al., 2007),

embora os resultados sejam mistos (Langkaas et al., 2017). Em um estudo onde uma condição de EI foi comparada com EI mais RI, os resultados do tratamento nos sintomas de PTSD foram geralmente equivalentes, mas na última condição a taxa de abandono foi menor e houve maiores mudanças nas emoções não baseadas no medo, como raiva, culpa e vergonha. Além disso, os terapeutas expressaram preferência por RI, ao lado de sentimentos reduzidos de desamparo (Arntz, Tiesema & Kindt, 2007).

### Técnicas de terapia baseada em imagens: teorias de operação

As técnicas baseadas em imagens fornecem um contexto poderoso para o processamento cognitivo-emocional. Várias teorias possíveis foram propostas que podem explicar os mecanismos pelos quais o processamento baseado em imagens se manifesta.

- Mudança espontânea por meio da evocação: Uma série de teorias propõe que mudanças espontâneas no significado e na angústia baseados em esquemas podem ocorrer simplesmente por meio da exposição a novas informações. Essas mudanças podem ocorrer por meio da habituação a imagens temidas, ou integração espontânea de imagens mais adaptativas ou memórias previamente esquecidas (Hackmann, Bennett-Levy & Holmes, 2011), facilitando assim o desenvolvimento de uma narrativa mais integrada da memória do trauma (Ehlers & Clark, 2000). Além disso, as técnicas baseadas em imagens podem facilitar a integração dos piores medos baseados no trauma da pessoa com as eventualidades e resultados reais (Ehlers & Clark, 2000), bem como fornecer uma oportunidade de aprender que os medos associados à revivência de memórias (como a perda de controle, ficar 'louco') não são confirmados pela realidade (Foa & Kozac, 1986; Jaycox & Foa, 1998).
- Redução de imagens negativas por meio da competição de memória de trabalho: Pesquisas recentes sugerem um papel para adicionar atividades visuoespaciais ao processamento baseado em imagens, que competem por carga cognitiva na memória de trabalho. Por exemplo, respiração atencional (Van den Hout et al., 2011), jogos de computador (Engelhard et al., 2011), escutas espaciais complexas (Andrade, Kavanagh & Baddeley, 1997) e movimentos oculares (Gunter & Bodner, 2008) que são executados simultaneamente com a lembrança de imagens angustiantes podem reduzir a vivacidade da imagem angustiante, sobrecregendo a memória operacional visuoespacial, fornecendo potencial para uma gama de efeitos terapêuticos (Lilley et al., 2009). Este também pode ser um mecanismo através do qual a terapia de dessensibilização do movimento ocular (EMDR) opera no tratamento de imagens de trauma, pelo qual o aumento da carga cognitiva na memória de trabalho parece interferir na codificação das memórias, facilitando assim a transmissão de informações de sistemas de memória episódica para semântica / explícita e integração de novas informações saudáveis (Shapiro, 2014). Isso tem implicações para o papel potencial da incorporação de exercícios visuoespaciais no contexto de RI, uma área que atualmente não é investigada.

- Desafiando ativamente o significado esquemático por meio de IR: As técnicas de imagens terapêuticas operam por meio da ativação de imagens "quentes" armazenadas na memória, proporcionando assim uma abertura para reflexão sobre o que realmente aconteceu e facilitando o reprocessamento com base em novas informações corretivas. No caso de RI, o terapeuta desempenha um papel mais ativo, solicitando intencionalmente a reestruturação do significado. Por meio da ativação de imagens carregadas de emoção, os significados esquemáticos tornam-se mais facilmente acessíveis e passíveis de reavaliação. O RI oferece oportunidades para o desenvolvimento de novas perspectivas poderosas por meio da criação de realidades alternativas imaginárias. Da mesma forma, a visualização de novas imagens positivas 'do zero' tem sido utilizada em uma variedade de abordagens, incluindo ST, como um meio de cultivar a autocompaixão saudável (Lee, 2005; Van der Wijngaart, 2015). Muitos pacientes com histórico de negligência e / ou abuso relatam pouco ou nenhum acesso à autocompaixão no início da terapia. Em TS, isso é parcialmente desenvolvido por meio da internalização de imagens de 're-parentalidade' e a sensação de ter suas necessidades atendidas (por exemplo, por meio de sintonização, calor, empatia, proximidade) no contexto de RI.

A pesquisa indica que as imagens mentais operam por meio de vários mecanismos. Mais pesquisas são necessárias para esclarecer os benefícios diferenciais da RI em várias populações clínicas, particularmente em comparação com a EI. No entanto, pesquisas preliminares sugerem que a RI é uma técnica poderosa para a transformação do significado esquemático e redução do sofrimento emocional associado a memórias traumáticas intrusivas e não intrusivas. A RI tem sido um princípio central do TS desde o seu início, fornecendo uma plataforma poderosa para acessar e desafiar o EMS profundamente arraigado associado a traumas complexos, DPs e outras dificuldades de longa data. Na próxima seção, destacamos os princípios-chave para capitalizar o poder transformador das RI.

### Aplicações de IR em ambientes terapêuticos

As imagens alvo para reescrever podem ser acessadas focando diretamente em uma situação de trauma infantil conhecida ou começando com uma imagem problemática com base na vida atual do paciente e, em seguida, usando uma 'ponte de afeto' para facilitar o acesso a uma memória de infância que aproveita no mesmo EMS (Figura 5.1). Certifique-se de que haja emoção adequada acessada dentro da imagem da vida atual antes de utilizar uma ponte de afeto para acessar uma imagem da infância. Se surgir uma imagem positiva, o paciente pode ser guiado para encontrar uma imagem que pareça "oposta". Uma imagem de lugar seguro também pode ser usada, especialmente ao lidar com imagens de traumas graves, tanto como ponto de partida quanto como ponto final após a redefinição. A chave é identificar as primeiras memórias conectadas às figuras centrais dos pacientes desde a infância e eliciar emoções ligadas ao seu SME. Além disso,

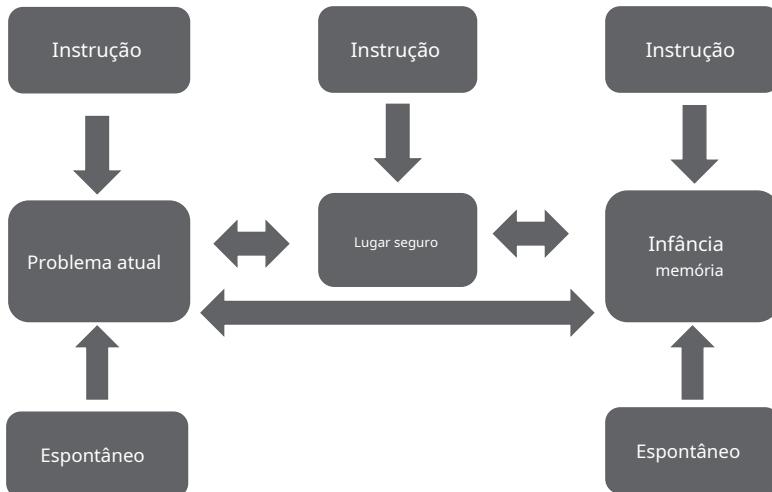


Figura 5.1 Caminhos para as memórias de infância (de Arntz & van Genderen, 2009).

sonhos e / ou pesadelos carregados, muitas vezes representativos de esquemas, e um alvo importante para o trabalho de RI (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Reescrever imagens de imagens da infância - protocolo de três etapas

Arntz e Weertman (1999) desenvolveram um protocolo IR com três fases principais.

- (1) Relembrar a memória da infância: O paciente relembrava uma memória da infância ligada aos seus primeiros esquemas desadaptativos (EMS) e descreve isso em detalhes do ponto de vista da criança. O paciente é instigado a experimentar a memória perceptiva e emocionalmente, descrevendo a situação como a criança no tempo presente, primeira pessoa. No caso de trauma grave, geralmente é restrito ao tempo que antecedeu a ocorrência do abuso / trauma. Por exemplo: 'Com os olhos da sua mente, veja-se como aquela criança naquela situação inicial e descreva o que está acontecendo. Agora que seu tio está no topo da escada, pause a imagem... o que você está sentindo? O que está acontecendo em seu corpo? O que você está pensando? O que você precisa?'
- (2) Recritos de adultos saudáveis: O paciente entra em uma imagem de trauma como seu próprio adulto saudável e é instruído a perceber a criança na imagem. Eles então reescreveram a fim de proteger a criança do perpetrador e fornecer conforto à criança. Alternativamente, uma outra pessoa significativa (por exemplo, pessoa de apoio, polícia, terapeuta) pode inicialmente assumir esta função ou pode

fornecer treinamento adicional para o Eu Adulto Saudável do paciente. Por exemplo: 'Traga seu adulto saudável para a imagem... o que você vê acontecendo? Como você pode manter a criança segura? O que você acha da criança ser tratada dessa maneira? O que você quer fazer ou dizer? Você precisa se tornar maior na imagem para gerenciar isso? Vá em frente e faça isso... o que acontece depois? Como você pode ajudar a criança a se sentir compreendida e cuidada? '

- (3) A criança revive o reescrito: O paciente revive a imagem reescrita da perspectiva da criança, percebendo como se sente ao ser protegida e cuidada pelo adulto, e é encorajado a imaginar quaisquer mudanças adicionais necessárias para garantir que a imagem reescrita atenda às suas necessidades (ou seja, na ordem para aumentar seu senso de segurança, pertencimento, apego e assim por diante). Da perspectiva da criança, o paciente então experimenta a imagem reescrita com componentes adicionais adicionados (por exemplo, o perpetrador é levado pela polícia, a criança é abraçada e tranquilizada). Por exemplo: 'Agora volte para quando seu Adulto Saudável entrou na imagem e vê-la lidando com seu tio... e agora veja ela cuidando de você. Ouça sua voz e suas palavras. Como você se sente? Precisa de mais alguma coisa? Peça isso ao seu Adulto Saudável. '
- Interrogue: Deve-se reservar tempo ao final das sessões de RI para esclarecimento e regulação das emoções do paciente. As sessões terminam com elogios ao paciente pelo trabalho e progresso que fizeram e validando suas reações emocionais durante / após as imagens. Este protocolo demonstrou eficácia tanto em relação à transformação de imagens de trauma com base na infância (Weertman & Arntz, 2007), quanto na idade adulta (Arntz, Tiesema & Kindt, 2007; Arntz, Sofi & van Breukelen, 2013; Raabe et al., 2018). Essas descobertas demonstram o poder da RI na redução do trauma enquanto muda o significado codificado nas memórias traumáticas, incluindo a autoculpa, a sensação de estar errado ou 'mau' e a impotência.

#### Reescrever imagens - pontos-chave para implementação

- Ativação de 'pontos de acesso' de memória: Dê tempo suficiente para garantir que o paciente esteja "dentro" da imagem e a vivencie plenamente, pedindo-lhe que a descreva em detalhes, na primeira pessoa, no tempo presente, observando os aspectos perceptuais e sentidos da experiência. É essencial que as imagens mentais da situação baseada no esquema sejam suficientemente vívidas para evocar uma resposta emocional, para que a aprendizagem ocorra (Lang, 1977). Isso requer que o terapeuta encontre um equilíbrio entre a ativação suficiente do afeto por meio da exposição à imagem, enquanto minimiza o risco de retraumatização. No caso de memórias de abuso severo, a memória é pausada e a reescrita ocorre no momento anterior ao abuso real. Na verdade, a eficácia da RI depende de

ativação dos 'hotspots' de memória. A reescrita da memória sem a amplificação concomitante do afeto será insuficiente para provocar uma mudança esquemática. Além disso, os scripts de trauma podem ter vários 'hotspots', cada um dos quais pode precisar ser abordado (por exemplo, o abuso sexual em si, bem como a resposta de rejeição / acusação de um dos pais posteriormente, quando a criança tentou abordá-los para ajuda). Cada um desses componentes provavelmente terá seu próprio significado esquemático e precisará ser reconhecido.

- Recrute recursos para superar o antagonista: O terapeuta (ou o Adulto Saudável do paciente) deve reescrever de forma que lhes permita 'ganhar' a troca com o antagonista, e pode recrutar ajudantes, armas ou escudos de defesa (por exemplo, uma bolha de segurança) até que a criança esteja segura e se sinta satisfeita. O terapeuta diz à criança o que ela está fazendo para intervir e a instrui a perceber isso.
- Reparação por meio de co-regulamentação: O terapeuta (e eventualmente o próprio Adulto Saudável do paciente) também é responsável por acalmar a criança e fornecer um antídoto para o SME corrigindo mal-entendidos pelos quais a criança acredita que ela é a culpada ou de alguma forma responsável pelo adulto. O terapeuta deve basear-se em seu próprio eu Adulto Saudável para decidir como reagir. Também pode ser útil que os terapeutas fechem os próprios olhos e identifiquem suas próprias inclinações que surgem ao imaginar a situação.
- Transição de terapeuta para paciente no papel de Adulto Saudável: A RI pode ser adaptada para atender às necessidades emocionais individuais do paciente e à força de seu Eu Adulto Saudável (Compassivo). Se o lado adulto saudável do paciente estiver suficientemente desenvolvido, eles são convidados a entrar na imagem para reagir ao antagonista e atender diretamente às necessidades da criança. Alternativamente, para pacientes com TPs, que podem ter um self adulto saudável muito fracamente desenvolvido, o terapeuta inicialmente assume a liderança e realiza o reescrito enquanto o paciente permanece dentro da perspectiva da criança. Por meio de modelagem repetida em RI, o paciente começa a internalizar seu próprio eu Adulto Saudável [Compassivo] e é gradualmente encorajado a assumir o papel deprotetor e nutridor interno saudável do terapeuta. Assim, eles aprendem a intervir em suas próprias imagens, parando, confrontando e corrigindo o antagonista, bem como sintonizando-se com seu eu de Criança Vulnerável. Esta transição para o paciente desenvolver seu próprio lado Adulto Saudável é essencial para todos os pacientes, mas pode exigir mais estímulos e encorajamento para aqueles pacientes com fortes esquemas de Dependência. Com o tempo, essas imagens transformadas e significados esquemáticos tornam-se o modelo para o auto-relacionamento compassivo na vida cotidiana.

**Imagens positivas:** Além de reduzir imagens negativas intrusivas, cognições e afeto, as imagens também mostraram funcionar como um mecanismo poderoso para gerar esquemas positivos e afetar de forma mais eficaz do que cognitiva

processamento, fornecendo um mecanismo importante para a promoção de maturação emocional saudável. A introdução de imagens compassivas e de cura facilita o desenvolvimento emocional saudável e as oportunidades de crescimento, e é potencialmente um componente importante de qualquer tratamento psicológico que visa cultivar uma mudança positiva (Gilbert & Irons, 2004; Holmes, Arntz & Smucker, 2007; Lee, 2005) Por exemplo, uma paciente que desenvolveu um esquema de defeito e se considera "má" como consequência de abuso na infância, pode ser orientada a usar todos os cinco sentidos para desenvolver uma imagem e uma sensação visceral de seu próprio "ser sábio" interior (Adulto saudável) que é capaz de se auto-nutrir e se proteger. Esta imagem pode emergir gradualmente através da internalização da compaixão pelo terapeuta e outras pessoas significativas, ou ser desenvolvido de forma mais consciente e sistemática. Os pacientes podem aprender a usar uma 'âncora' (por exemplo, a mão no coração) para chamar seu sábio ser durante os momentos de dificuldade, para acessar a autocompaixão.

As imagens positivas também podem ser usadas para desenvolver uma imagem que represente o self como a pessoa deseja ser no futuro, como uma alternativa à autoimagem negativa e para fortalecer o modo de adulto saudável. A imagem positiva pode ser simbólica, desde que facilite o desenvolvimento de um self internalizado compassivo que possa atender às necessidades emocionais do paciente (por exemplo, Müller-Engelmann, Hadouch & Steil, 2018). Por exemplo, pode assumir a forma de uma figura de fantasia, ancestral, ser sagrado (por exemplo, um anjo da guarda) ou aspecto da natureza (por exemplo, uma montanha ou árvore) (Schwarz et al., 2017).

Reescrever imagens como uma estrada para o ensaio e mudança comportamental

do esquema ('você não merece felicidade') e o terapeuta refuta isso a partir da forte postura compassiva da voz saudável). As imagens também podem ser usadas para dialogar com modos de enfrentamento evitativos que bloqueiam o trabalho terapêutico experencial, atrapalham a conexão interpessoal ou impulsionam o enfrentamento disfuncional (por exemplo, vícios). Por exemplo, o paciente pode ser guiado a se imaginar sendo convidado para uma noite social com amigos e, em seguida, desempenhar o papel do modo protetor evasivo como um 'personagem' separado na imagem que não acredita que seja uma boa ideia desista do uso indevido de álcool e, em seguida, responda da perspectiva do Adulto Saudável.

Alguns princípios terapêuticos para a implementação da RI são descritos no final do capítulo.

## Conclusões

A abundância de pesquisas sobre os efeitos terapêuticos das imagens nos últimos anos destacou a importância da avaliação e do tratamento com foco na imagem para distúrbios psicológicos com um componente emocional significativo. A eficácia da RI aproveita a capacidade humana de processar informações de forma mais eficaz na presença de afeto. RI é um mecanismo poderoso para transformar o significado esquemático por meio da experiência emocional corretiva, facilitando a transição do insight intelectual para a mudança experiencial. Em TS, a RI constitui um mecanismo central que facilita o acesso a crenças de nível mais profundo que são codificadas não apenas na forma de cognições, mas também em memórias, afeto e experiência somática.

### Dicas de terapeuta

- O paciente está muito distante: Certifique-se de que o RI está se movendo em um ritmo razoável na primeira pessoa presente no tempo para manter o afeto "quente". O terapeuta deve verificar frequentemente o nível de afeto do paciente e a ativação dos modos de esquema em toda a RI para garantir que eles ainda estejam envolvidos com a experiência sensorial completa da imagem.
- A ativação excessiva leva à dissociação: Dê controle adicional sobre o processo e incorpore um sinal que indica a necessidade de retornar ao local seguro. Além disso, use uma abordagem gradativa e incorpore métodos que facilitem um papel de 'observador atento' (por exemplo, imaginando-se assistindo a imagem em preto e branco no fundo de um cinema). Um pedaço de lã ou outro material também pode ser usado, em que o terapeuta e o paciente seguram cada um uma das pontas da lã, e o terapeuta a puxa suavemente sempre que o paciente começa a se desconectar ou dissociar emocionalmente.

- O paciente não consegue encontrar uma memória: Retarde o processo e explore as possíveis razões para isso. Para aqueles com um modo de Protetor Destacado forte, pode ajudar a introduzir sessões de RI espontaneamente, para evitar ansiedade antecipatória e evitação. Os pacientes podem ser encorajados a construir gradualmente sua tolerância para focar em imagens angustiantes por meio da alternância entre essas imagens e imagens de lugares seguros.
- Lealdade ao antagonista: Quando um paciente achar difícil aceitar proteção devido à lealdade excessiva aos pais, explique (1) a diferença entre lealdade adaptativa e não adaptativa; (2) o valor de sobrevivência da lealdade para as crianças; (3) que o RI é direcionado para partes do comportamento dos pais (em vez de todo o seu eu); (4) que a RI é direcionada aos pais como eles eram no passado (não agora); (5) que o paciente pode escolher mais tarde como se relacionar com os pais pessoalmente (em sua vida adulta atual).
- O paciente tem medo das consequências futuras: Pergunte sobre medos potenciais; incorporar medidas para lidar com perigos futuros no contexto de RI (por exemplo, colocar o agressor na prisão; levar a criança para um lugar seguro; dar um bipe à criança para trazer o terapeuta de volta à imagem, conforme necessário). Após IR com memórias de trauma / abuso severo, prepare um flashcard de áudio no smartphone do paciente com os limites de configuração de voz do terapeuta no modo Punitivo (Crítico Interno). Verifique o paciente por telefone no final da semana.
- O paciente teme que eles vão agir com raiva: Reafirme que as evidências até o momento indicam o oposto, ou seja, a RI pode estar associada a um melhor controle da raiva, mesmo após intervenções violentas de reescrita (Arntz, Tiesema & Kindt, 2007). Intervir em RI como terapeuta e modelar formas apropriadas de expressar raiva. Reconheça e apóie a criança no processamento de sentimentos de raiva em RI e concentre-se igualmente em quaisquer sentimentos vulneráveis subjacentes à raiva.

## Referências

- Andrade, J., Kavanagh, D. & Baddeley, A. (1997). Movimentos oculares e imagens visuais: uma abordagem de memória de trabalho para o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209–223. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01408.x>
- Arntz, A. (2012). Reescrever imagens como uma técnica terapêutica: revisão de ensaios clínicos, estudos básicos e agenda de pesquisa. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3 (2), 189–208.
- Arntz, A., De Groot, C. & Kindt, M. (2005). A memória emocional é perceptiva. *Diário de Terapia Comportamental e Psiquiatria Experimental*, 36 (1), 19–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.11.003>
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2009). *Terapia do esquema para transtorno de personalidade límítrofe*. Chichester: Wiley.
- Arntz, A., Sofi, D. & van Breukelen, G. (2013). Reescrever imagens como tratamento para PTSD complicado em refugiados: Um estudo de série de casos de base múltipla. *Behavior Research and Therapy*, 51, 274–283. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.02.009>

- Arntz, A., Tiesema, M. & Kindt, M. (2007). Tratamento de PTSD: uma comparação de exposição imaginal com e sem reescrita de imagens. *Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry.*, 38 (4), 345-370.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Tratamento de memórias de infância: Teoria e prática. *Behavior Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Barnard, P. (2009). Depressão e atenção a dois tipos de significado: Um cognitivo perspectiva. *Psicoterapia psicanalítica*, 23 (3), 248-262.
- Brewin, C., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). Uma teoria de representação dupla do pós-trauma transtorno de estresse matemático. *Revisão de Psicologia Clínica*, 103, 670-686.
- Casement, MD & Swanson, LM (2012). Uma meta-análise de ensaio de imagens para pesadelos pós-trauma: Efeitos na frequência de pesadelos, qualidade do sono e estresse pós-traumático. *Revisão de Psicologia Clínica*, 32 (6), 566e574.
- Conway, M. (2001). Memória episódica perceptivo-sensorial e seu contexto: Autobiografia gráfica. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B-Biological Sciences*, 356, 1375-1384.
- Cuthbert, B., Lang, P., Strauss, C., Drobis, D., Patrick, C. & Bradley, M. (2003). A psicofisiologia do transtorno de ansiedade: imagens de memória de medo. *Psicofisiologia*, 40 (3), 407-422.
- Ehlers, A. & Clark, D. (2000). Um modelo cognitivo de transtorno de estresse pós-traumático, comportamento, pesquisa e terapia. *Behavior, Research & Therapy*, 28, 319-345.
- Engelhard, I., Van den Hout, M., Dek, E., Giele, C., Van der Wielen, J., Reijnen, M. & Van Roij, B. (2011). Reduzindo a vivacidade e a intensidade emocional da recorrência "Fl ashforwards" por sobreregar a memória de trabalho: um estudo analógico. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (4), 599-603.
- Foa, E. & Kozac, M. (1986). Processamento emocional do medo: exposição ao corretivo em formação. *Boletim Psicológico*, 99, 20-35.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2004). Uma exploração piloto do uso de imagens compassivas em um grupo de pessoas autocriticas. *Memória*, 12, 507-516. <https://doi.org/10.1080/09658210444000115>
- Grunert, B., Weis, J., Smucker, M. & Christianson, H. (2007). Reescrever imagens e terapia de reprocessamento após falha de exposição prolongada para transtorno de estresse pós-traumático após lesão industrial. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- Gunter, R. e Bodner, G. (2008). Como os movimentos dos olhos afetam memórias desagradáveis: Suporte para uma conta de memória de trabalho. *Pesquisa e Terapia Comportamental*, 46 (8), 913-931.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, EA (2011). Guia de Oxford para imagens em cognitiva terapia nitiva. Oxford: Oxford University Press. Harvey, AG, Watkins, E. & Mansell, W. (2004). Processos cognitivos comportamentais em transtornos psicológicos: uma abordagem transdiagnóstica para pesquisa e tratamento. Nova York: Oxford University Press.
- Holmes, E., Arntz, A. & Smucker, M. (2007). Reescrever imagens no comportamento cognitivo sua terapia: Imagens, técnicas de tratamento e resultados. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Holmes, E. & Hackmann, A. (2004). Uma imaginação saudável? Editorial para o especial questão da memória: Imagens mentais e memória em psicopatologia. *Memória*, 12 (4), 387-388.

- Holmes, E., Mathews, A., Dalgleish, T. & Mackintosh, B. (2006). Interpretação positiva treinamento de ação: efeitos de imagens mentais versus treinamento verbal no humor positivo. *Terapia Comportamental*, 37, 237-247.
- Holmes, EA & Mathews, A. (2005). Imagens mentais e emoção: um especial relação? *Emoção*, 5 (4), 489-497.
- Holmes, EA & Mathews, A. (2010). Imagens mentais em emoções e emocionais desordens. *Revisão de Psicologia Clínica*, 30 (3), 349-362.
- Horikawa, T., Tamaki, M., Miyawaki, Y. & Kamitani, Y. (2013). Decodificação neural de imagens visuais durante o sono. *Ciência* ;, 340 (6132), 639-642. 10.1126 / science.1234330
- Hunt, M. & Fenton, M. (2007). Reescrita de imagens versus exposição in vivo no tratamento do medo da cobra. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 329-344.
- Jaycox, L. & Foa, E. (1998). Transtorno de estresse pós-traumático. Em AS Bellack e M. Hersen (Eds.), *Psicologia clínica abrangente* (Vol. 6, pp. 499-517). Amsterdã: Elsevier.
- Kosslyn, SM, Ganis, G. & Thompson, WL (2001). Fundamentos neurais da imagem. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 635-642.
- Lang, P. (1977). Imagens na terapia: uma análise de processamento de informações do medo. *Comportamento Terapia*, 8 (5), 862-886.
- Langkaas, TF, Hoffart, A., Øktedalen, T., Ulvenes, PG, Hembree, E. & Smucker, M. (2017). Exposição e emoções sem medo: um estudo controlado randomizado de imagens baseadas em exposição e em rescripting no tratamento de PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 97, 33-42.
- Lee, D. (2005). O nutridor perfeito: um modelo para desenvolver uma mente compassiva dentro o contexto da terapia cognitiva. Em IP Gilbert (Ed.), *Compaixão: conceitualizações, pesquisa e uso em psicoterapia* (pp. 326-351). Londres: Routledge.
- Lilley, SA, Andrade, J., Turpin, G., Sabin-Farrell, R. & Holmes, EA (2009). Visuo-interferência da memória de trabalho espacial com lembranças de traumas. *British Journal of Clinical Psychology*, 48 (3), 309-321.
- Mathews, A. (1971). Abordagens psicofisiológicas para a investigação de dessensibilização- e processos relacionados. *Boletim Psicológico*, 76, 73-91.
- May, J., Andrade, J., Kavanagh, DJ & Penfound, L. (2008). Imagens e força de desejo de comer, beber e praticar esportes. *Cognição e emoção*, 22, 633-650. Moran, DJ e O'Brien, RM (2005). Imagens de competência: um estudo de caso tratando emetofobia. *Relatórios psicológicos*, 96, 635-636.
- Morina, N., Lancee, J. & Arntz, A. (2017). Reescrever imagens como uma intervenção clínica para memórias aversivas: uma meta-análise. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- Müller-Engelmann, M., Hadouch, K. & Steil, R. (2018). Lidando com o negativo autoconceito no transtorno de estresse pós-traumático por um programa de três sessões de reestruturação cognitiva e modificação da imagem (CRIM-PTSD): Um estudo de caso. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 8 (05), 319-327.
- Pearson, J., Naselaris, T., Holmes, E. & Kosslyn, S. (2015). Imagens mentais: funcionais mecanismos e aplicações clínicas. *Tendências em Ciências Cognitivas*, 19 (10), 590-602.
- Raabé, S., Ehring, T., Marquenie, L., Arntz, A. & Kindt, M. (2018). Reescrito de imagens ing versus STAIR plus imagens reescritas para PTSD relacionado ao abuso infantil: um ensaio clínico randomizado. Em preparação.

- Schwarz, L., Corrigan, F., Hull, A. & Ragu, R. (2017). Modelo de recursos abrangente: Técnicas terapêuticas eficazes para a cura de traumas complexos. Nova York: Routledge.
- Shapiro, F. (2014). O papel da dessensibilização e reprocessamento do movimento dos olhos (EMDR) terapia na medicina: Lidar com os sintomas psicológicos e físicos decorrentes de experiências adversas de vida. *Perm Journal*, 18 (1), 71-77.
- Teasdale, J. & Barnard, P. (1993). Afeto, cognição e mudança: remodelagem depressiva pensei. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Van den Hout, MA, Engelhard, IM, Beetsma, D., Slofstra, C., Hornsveld, H., Houtveen, J. & Leer, A. (2011). EMDR e atenção plena: os movimentos oculares e a respiração atenciosa aumentam a memória de trabalho e reduzem a vivacidade e a emocionalidade da ideação aversiva. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 423–431. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.03.004>
- Van der Wijngaart, R. (2015). Maneiras de fortalecer o adulto saudável. *O esquema Boletim de terapia*, 1, 7-10.
- Weertman, A. & Arntz, A. (2007). Eficácia do tratamento de memórias de infância em terapia cognitiva para transtornos de personalidade: um estudo controlado que compara métodos com foco no presente e métodos de enfoque nas memórias da infância. *Behavior Research & Therapy*, 45, 2133-2143.
- Willander, J., Sikström, S. & Karlsson, K. (2015). Recuperação multimodal de autobiografia-memórias físicas: as informações sensoriais contribuem de forma diferente para a lembrança de eventos. *Fronteiras em psicologia*, 6 (e73378), Artigo no. 1681. Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Terapia do esquema: um guia do médico*. Nova York: Guilford Press.
- Young, JE (1990, 1999). *Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: um esquema focado abordagem* (edição revisada). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

# 6 Reescrever imagens para a infância recordações

Chris Hayes e Remco van der Wijngaart

As experiências adversas da infância, em interação com o temperamento da criança e as respostas do cuidador, são consideradas a origem dos primeiros esquemas, modos e respostas de enfrentamento mal-adaptativos (Arntz & van Genderen, 2011). A reescrita de imagens utiliza o poder emocional da visualização mental para ajudar a mudar o significado e o legado dessas experiências negativas da infância.

Historicamente, o trabalho com imagens em psicoterapia assumiu muitas formas diferentes (Edwards, 2011) e há evidências crescentes que apóiam a reescrita de imagens como um tratamento eficaz em uma variedade de condições psicológicas, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo e vários tipos de alimentação transtornos (Morina, Lancee & Arntz, 2017). A intervenção dentro da Terapia do Esquema se concentra principalmente na mudança do significado das memórias autobiográficas que podem ter contribuído para o desenvolvimento de esquemas e modos. Os pacientes são solicitados a ativar memórias e imagens de eventos da infância ligados a esquemas e modos e imaginar um final mais favorável e em sintonia com as necessidades da criança (Arntz & Jacob, 2012). Tal abordagem está em contraste com outras abordagens baseadas em imagens, onde a imagem permanece inalterada, como a exposição imaginal (Foa & Rothbaum, 1998), em que o paciente é solicitado a visualizar e "jogar" uma experiência emocionalmente dolorosa sem alterar o resultado. Existem vários protocolos de rescripting de imagens; no entanto, para os fins deste capítulo, o rescripting de imagens é definido por protocolos descritos por Arntz e Weertman (1999) e Arntz (2014).

O reescrito de imagens é uma ferramenta clínica valiosa por uma série de razões. Em primeiro lugar, fornece uma estrutura para contornar os modos de enfrentamento que normalmente bloqueiam o afeto, as memórias e as cognições. Isso ocorre porque o processo de visualização mental ajuda o paciente a se conectar mais facilmente com eventos emocionalmente significativos (Holmes & Mathews, 2010). Como resultado, os sentimentos centrais e o material traumático podem ser acessados e trabalhados diretamente. Em segundo lugar, os pacientes são capazes de fazer conexões mais claras com as origens dos esquemas, modos e problemas de vida desadaptativos iniciais e ter uma melhor compreensão delas do que apenas através da discussão (Hackmann, Bennett-Levy, & Holmes, 2011). Terceiro, o terapeuta (e

mais tarde, o paciente) é capaz de fornecer uma experiência emocional corretiva na reelaboração de imagens. O processo de reescrever imagens não é apenas acessar memórias e imagens dolorosas e perturbadoras da infância; trata-se também de mudar a imagem e fornecer um novo resultado e significado. Como resultado, os pacientes são capazes de experimentar emoções mais favoráveis e restauradoras que podem auxiliar na mudança cognitiva (Arntz, 2011; Holmes, Arntz, & Smucker, 2007). Além disso, as intervenções de imagens também são pensadas para ajudar a criar memórias alternativas que são mais facilmente acessadas pelos pacientes (Brewin, 2006; Brewin, Gregory, Lipton & Burgess, 2010).

### Princípios centrais da reformulação de imagens

#### Apego e ligação

Na reescrita de imagens, os princípios fundamentais da Terapia do Esquema de intervenção reparential limitada e experiencial convergem para fornecer um efeito sinérgico. Aqui, o paciente pode experimentar a sintonização do terapeuta e a capacidade de atender às suas necessidades dentro do processo de imagem, proporcionando uma experiência emocionalmente corretiva poderosa. Em contraste com algumas outras intervenções baseadas na reescrita de imagens, em que o paciente é encorajado a mudar a imagem por conta própria (Smucker, Dancu, Foa & Niederee, 1995), a reescrita de imagens dentro de um contexto de terapia do esquema encoraja inicialmente o terapeuta a reescrever a imagem, permitindo que o paciente experimente algumas de suas necessidades emocionais sendo satisfeitas pelo terapeuta. Ao fazer isso, o paciente experimenta um apego forte e saudável ao terapeuta. Além disso, o processo modela para o paciente como responder aos antagonistas e lidar com situações de infância carregadas de emoção. Desse modo, os pacientes freqüentemente relatam internalização ou valendo-se da postura e da capacidade de seu terapeuta. Por exemplo, dizer que eles pensaram sobre o que o terapeuta faria ou diria em uma determinada situação. Avançando no tratamento (semelhante ao crescimento de uma criança), o paciente é encorajado a assumir o papel de liderança na reescrita, com o terapeuta desempenhando cada vez mais um papel de apoio.

#### Atendendo às necessidades do paciente

Transtornos de personalidade e problemas emocionais crônicos são frequentemente associados a negligência, trauma e privação das necessidades da infância (Johnson et al., 1999). Na reparação, o conceito de um terapeuta atendendo às necessidades emocionais essenciais é um princípio fundamental e é visto como um antídoto para a privação do passado. O atendimento das necessidades no trabalho com imagens também atua como um princípio orientador, conduzindo as intervenções do terapeuta em cada estágio da reelaboração. Em circunstâncias difíceis, em que o terapeuta não tem certeza de como proceder, identificar a necessidade da criança na imagem é um método útil para garantir um resultado corretivo.

### Processo de reformulação de imagens

#### Seleção de imagens significativas

Às vezes, pode ser difícil identificar imagens em potencial para rescrever. Alguns pacientes relatam dificuldade em se lembrar de situações específicas de sua infância (às vezes devido à evitação do esquema ou trauma pré-verbal). Em contraste, outros têm um insight limitado sobre o impacto emocional de suas experiências iniciais e não oferecem memórias específicas, considerando-as irrelevantes para seus problemas atuais ou progresso no tratamento. Existem várias maneiras de identificar imagens de infância significativas para a reformulação de imagens.

As informações obtidas no processo de avaliação e no uso de inventários, como o Inventário de Jovens Parentais (YPI; Young, 1996), podem fornecer eventos e imagens significativos específicos para serem reescritos. Além disso, os pacientes podem acessar imagens por meio de uma ponte de afeto (ou 'flutuar para trás') de um evento desencadeante recente. Aqui, o terapeuta pede ao paciente para acessar uma imagem desencadeadora recente, identificar sentimentos e pensamentos dessa experiência e, em seguida, vincular isso a um evento da infância com sentimentos semelhantes. 'Então, aquele sentimento de tristeza, como se você não importasse, você é esquecido e como se ninguém estivesse interessado? Segure esse sentimento e a sensação de que você não importa e tente obter uma imagem da infância em que você se sinta da mesma maneira.'

Um método alternativo para ajudar a acessar imagens significativas para reescrever é o 'Google Images' ou 'Search Engine Technique' (de Jongh, Ten Broeke, & Meijer, 2010), uma abordagem frequentemente usada em um contexto de dessensibilização e reprocessamento do movimento ocular (EMDR). Aqui, o terapeuta sugere ao paciente que ele está fazendo uma "busca de memória" em seu "mecanismo de busca" mental por uma crença ou esquema específico. Por exemplo, a 'pesquisa no Google' de um paciente pela crença 'Não tenho valor, é mau' (o componente cognitivo de um esquema de defeitos) pode resultar em uma lista de memórias relacionadas que eles não tinham anteriormente conectado a esse tema. Semelhante aos motores de busca da Internet, os pacientes são encorajados a sugerir várias memórias que podem fazer parte de sua 'pesquisa', com a 'postagem' superior mais vinculada à pesquisa desejada. O terapeuta pode encorajar o paciente a completar tal tarefa em seu próprio tempo, como dever de casa, e usar o exercício para preparar o trabalho de imagens ou fazer ligações durante a sessão. Essas memórias-chave podem então ser usadas para trabalhos futuros de imagens.

Existem dois estágios principais na reformulação de imagens. No Estágio 1, o terapeuta fornece o rescrito e é o principal agente de mudança. O terapeuta atua como um modelo interno para o paciente e visa fornecer experiências emocionalmente corretivas, atendendo às necessidades essenciais da criança na imagem. O estágio 2 é quando o paciente reescreve a imagem. Isso normalmente ocorre quando o modo de Adulto Saudável do paciente é forte o suficiente para ter compaixão, percepção e alguma capacidade emocional para responder às necessidades da criança na imagem. Alguns pacientes também podem escolher imaginar personagens afetuosos significativos em suas vidas entrando na imagem e ajudando na reelaboração (por exemplo, um avô).

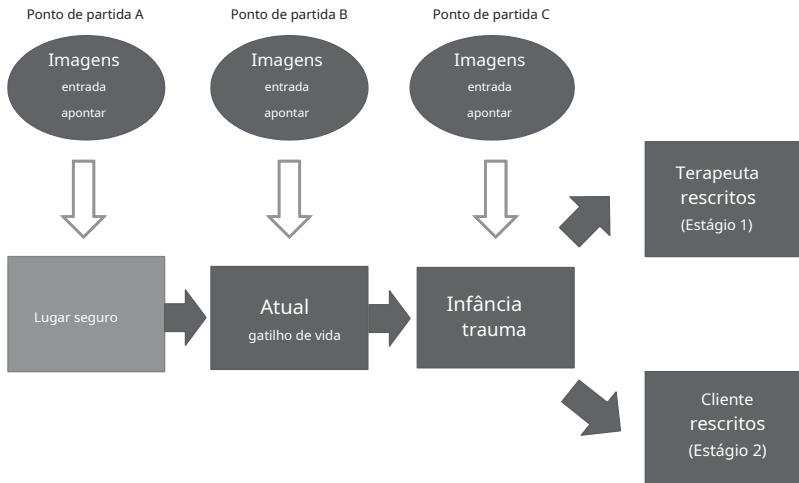


Figura 6.1 Reescrever imagens - estágios 1 e 2 do processo

que teve um impacto positivo no paciente). No Estágio 2, o paciente e o terapeuta também podem trabalhar juntos para atender às necessidades da criança na imagem.

Existem vários pontos de entrada para o trabalho de reformulação de imagens (Figura 6.1). Pacientes que estão apreensivos com as imagens ou são mais desregulados podem se beneficiar com a conclusão inicial das imagens para criar um "lugar seguro" (ponto de partida UMA) (veja a Parte I, Capítulo 2). Em seguida, 'Alvos de imagem' específicos para reescrever podem ser acessados a partir de eventos desencadeadores recentes (ou estados emocionais dentro da sessão), como uma discussão recente com um parceiro ou sensação de tensão na sessão com o terapeuta (ponto inicial B). Aqui, o terapeuta usa uma ponte de afeto para identificar eventos anteriores da infância em que o paciente experimentou sentimentos semelhantes. Alternativamente, o terapeuta pode procurar acessar diretamente imagens especificamente significativas identificadas na avaliação como pertinentes no desenvolvimento do esquema (ponto inicial C). Por exemplo, um paciente com um esquema de Subjugação pode identificar uma memória em que se sentiu intimidado e controlado quando criança (com o rescrito começando com esta imagem).

#### Etapa 1: terapeuta redefinindo a imagem histórica

Ao contrário das terapias de exposição, a reelaboração de imagens não exige que o paciente visualize os aspectos mais traumáticos da experiência. Em vez disso, o terapeuta visa reescrever a imagem no momento em que a criança precisa que a experiência corretiva ocorra. Como resultado, o terapeuta busca acessar parte da experiência do paciente na cena angustiante sem sobrecarregá-lo ou reviver

um evento altamente traumático. Para auxiliar na determinação desse ponto, os terapeutas podem se perguntar: 'Se fosse uma situação real envolvendo uma criança sob meus cuidados, quando eu interviria?' Esse processo requer um equilíbrio entre chegar muito cedo (e, como resultado, ter acesso limitado aos sentimentos e necessidades da criança na situação) e entrar muito tarde, fazendo com que o paciente se sinta oprimido e retraumatizado. Normalmente, o terapeuta entra na imagem um pouco antes do trauma acontecer na imagem e evita que ele ocorra.

Uma vez na imagem, o terapeuta faz o que for necessário para validar as necessidades básicas da criança. Isso pode significar abordar um antagonista da imagem, afastar a criança da situação, oferecer segurança, conforto ou expressar apreço e carinho. A reescrita do terapeuta pode ser guiada em parte por seu conhecimento dos esquemas do paciente. Por exemplo, se o paciente tem um esquema de subjugação forte, o terapeuta pode destacar a necessidade de empoderamento e autonomia: 'Está tudo bem em falar o que pensa, eu realmente quero ouvir como você está se sentindo e nada de ruim acontecerá se você expressar seus pensamentos e o que você precisa comigo.' Em contraste, se um esquema de defeito era dominante, o terapeuta pode destacar a necessidade de aceitação e apreciação: 'Acho que o que você está dizendo é excelente. Não há nada de errado com você por ter esses sentimentos. Qualquer pessoa nesta situação sentiria o mesmo. O que aconteceu aqui não foi sua culpa.'

O terapeuta pode avaliar regularmente como o paciente está se sentindo em resposta à sua reelaboração: 'Como é ter alguém lá para você?', 'Como é ter eu falando com a mãe assim?' Essas investigações oferecem um feedback valioso sobre a melhor forma de atender às necessidades da criança na imagem e permitem que o terapeuta adapte suas reparações para fazer com que a imagem pareça mais segura se o paciente estiver angustiado ou oprimido.

Depois que o terapeuta atender às necessidades da criança na imagem e o paciente relatar que se sente apoiado e seguro, o terapeuta pode perguntar à criança na imagem; 'O que você gostaria de fazer agora? O que seria bom para você? Podemos sair para brincar, dar uma caminhada ou apenas sentar juntos. O que seria certo para você?' Por exemplo, 'Que tal fazermos algo menos intenso, o que você gostaria de fazer agora em vez de ter que lidar com isso? Para onde você gostaria de ir agora? Talvez possamos ir brincar lá fora? Esse processo de conclusão ajuda o paciente a regular seu estado emocional, contrastando emoções intensas com atividades agradáveis e relaxadas. Além disso,

#### Etapa 2: o paciente reescreve a imagem histórica

Mais tarde no tratamento, quando o modo de Adulto Saudável do paciente é fortalecido, o terapeuta os encoraja a assumir um papel mais ativo na reescrita. Aqui,

o terapeuta convida o paciente, agora como um adulto, a reescrever a imagem e responder às necessidades da criança. Existem três fases para este estágio; (1) a configuração da imagem, (2) os rescritos do adulto saudável, (3) a criança vulnerável experimenta o rescrito.

Fase 1 - configuração do cenário (paciente na imagem como uma criança)

TERAPEUTA: O que está acontecendo com o Pequeno Pedro, quantos anos ele tem? PETER: Tenho sete anos, o pai voltou para casa e está zangado, está a gritar com a mãe,

perguntando onde estou.

TERAPEUTA: Onde você está? PETER: Estou na lavanderia, assustada, esperando que ele me encontre.

Depois que o paciente definiu o cenário e seus sentimentos e necessidades não atendidas estão "ativos" na imagem, o terapeuta passa para a Fase 2.

Fase 2 - o paciente reescreve a imagem (paciente na imagem como um adulto)

TERAPEUTA: Eu quero que você pause a imagem e quero trazer o seu forte Lado adulto saudável, você como um adulto, na imagem com o Pequeno Pedro. Seja o Adulto Saudável agora, talvez sente-se como um Adulto Saudável. Então agora é o Pequeno Peter, você como adulto e seu pai. Como adulto, como você se sente sobre o que está acontecendo? O que você, como adulto, quer fazer pelo Little Peterr?

PETER: Estou farto disso. Está errado! Eu sinto por aquele garoto, ele não merece isso. TERAPEUTA: O que você quer fazer ou dizer? PETER: Eu quero proteger o Pequeno Pedro. 'Pai, eu não vou deixar você tratar do pequeno Peter

assim, eu não estou agüentando mais isso. Você está lidando comigo agora! '

TERAPEUTA: Diga isso novamente para ele. PETER: 'Você está lidando comigo agora. O que você está fazendo é errado e eu estou  
não vou deixar você incomodá-lo mais. '

O paciente prossegue com a reescrita, respondendo às necessidades da criança e proporcionando segurança, cuidado, orientação e apoio e, em última instância, prevalecendo sobre a troca.

Fase 3 - perspectiva da criança do rescrito (paciente na imagem como uma criança)

TERAPEUTA: Agora quero que você rebobine a fita, para o início da imagem, quando adulto Pedro chega, e agora seja o Pequeno Pedro - o que você vê ...

PETER: Estou na lavanderia, estou com medo, me escondendo do papai, então me adulta entra.

TERAPEUTA: O que acontece agora?

PETER: Eu adulto está parado perto do pai dizendo que ele está cansado de como ele me trata, ele dizendo que não vai mais aguentar isso e que está lidando com ele agora.

TERAPEUTA: Como é a sensação de ouvir e ver isso?

PETER: Incrível, ninguém fala assim com ele.

O terapeuta continua a representar a imagem como antes, perguntando à criança o que ela precisa. Se a criança expressar necessidades adicionais (como cuidados, abraços, etc.), o terapeuta encoraja a pedir ao Adulto Saudável para atender às suas necessidades.

TERAPEUTA: O que você precisa agora? [como Pequeno Pedro]PETER: Eu preciso de um abraço.

TERAPEUTA: Você pode dizer isso a ele?PETER: 'Big Peter, posso dar um abraço?' Ele está me abraçando, dizendo que vai ser

Certo. Isso é tão bom.

Este tipo de imagem ajuda o modo Criança Vulnerável do paciente a se sentir capaz de "falar" com seu Adulto Saudável e pedir o que ele precisa nas situações do dia-a-dia.

### Reescrever imagens - tipos de antagonistas

Na reescrita, as necessidades emocionais da criança devem atuar como um princípio orientador na determinação do que acontece na imagem e o terapeuta e o Adulto Saudável do paciente são livres para fazer o que for necessário para atender às necessidades da criança. Em essência, a reescrita oferece uma oportunidade para a criança na imagem vivenciar o que deveria ter acontecido, mas não aconteceu. Normalmente, isso envolve o terapeuta ou o Adulto Saudável do paciente tendo um nível de força e influência que não é estritamente realista, no sentido literal, mas incorpora o que a criança precisava no momento e é, portanto, emocionalmente crível e geralmente apreciado pelos paciente. Por exemplo, o terapeuta ou o Adulto Saudável pode colocar uma figura abusiva sob custódia ou insistir para que um pai negligente ouça como a criança se sente.

No processo de reescrever, o terapeuta pode encontrar uma série de circunstâncias e "personagens" diferentes que estão associados ao desenvolvimento de um ou mais de seus esquemas.

#### Antagonistas punitivos

Antagonistas punitivos são culpados, abusivos e minadores, e o terapeuta precisa tomar uma ação forte e direta para fornecer segurança e cuidados à Criança Vulnerável. Ao trabalhar com tais antagonistas, o terapeuta "pausa" a imagem, se coloca entre a criança e o antagonista e faz o que for necessário para criar um sentimento de segurança, poder e gerar uma sensação de

reatribuição. Para que o reescrito seja crível, o terapeuta deve responder de uma forma determinada, confiante, firme e intransigente que mostre que ele é o responsável pelo que acontece, não o antagonista.

#### Exemplo de caso

Quando criança, Sandra foi vítima de um pai violento que frequentemente xingava e batia nela por seus erros e 'mau comportamento'. Durante a reformulação das imagens, Sandra descreve a seguinte imagem:

SANDRA: Estou com medo, com tanto medo; ele está parado na porta, ele está tão bravo, ele está dizendo que sou uma vadia estúpida porque dividi um pouco da minha bebida [paciente ficando chorosa e chateada].

TERAPEUTA: Sandra ... [Pausa] na imagem, eu quero que você me veja na imagem com você, de pé entre você e o pai, você pode me ver aí?

SANDRA: Sim, eu posso te ver lá ... Estou com medo, não quero que ele [pai] me machucue.

TERAPEUTA: Como é eu estar lá?SANDRA: É uma sensação boa, um pouco mais seguro ter você por perto quando o pai é assim.TERAPEUTA: Você se sente seguro comigo lidando com ele, ou você acha que eu preciso

ser maior ou precisa de algo extra para ajudar?

SANDRA: Sim, talvez um pouco maior, porque ele está tão zangado ...TERAPEUTA: Ok, então, estou maior, elevando-me sobre ele e estou falando com o pai

agora, pequena Sandra ... [Tom - forte, determinado, intransigente]. 'Greg [pai], você pode parar aí - você está assustando Sandra, ela é uma boa criança. É seu trabalho fazê-la se sentir segura e você não está fazendo seu trabalho, então estou assumindo agora para ter certeza de que é seguro. Eu quero que você saia agora. ' Como ele está respondendo?

SANDRA: Ele não acredita que alguém o esteja enfrentando.TERAPEUTA: [continuou tom forte e intransigente] 'Você está lidando comigo

agora e eu não vou deixar você descontar seus problemas em Sandra mais, você está dançando ao nosso ritmo agora - saia agora. (Estou tirando seu pai da imagem.) 'Agora estou me voltando para você, pequena Sandra. Você não merece tudo isso, é só uma lata de bebida. Você é um bom garoto e ele é o único com problemas.' Como é ter alguém ao seu lado, para protegê-lo?

SANDRA: Ninguém nunca fez isso antes, é bom [choroso].

#### Antagonistas exigentes

Antagonistas exigentes pressionam para executar e realizar além do que é realista, equilibrado ou dentro dos recursos do paciente. Não há tempo para relaxamento, eles devem trabalhar duro o tempo todo e ter sucesso no que fazem (por exemplo, 'Eu só quero que você seja a melhor versão de si mesmo'). Esses cuidadores desejam que seus filhos tenham sucesso na vida e sentem que um alto nível de realização é uma condição necessária para esse sucesso. Enfrentando

essas mensagens exigentes requerem uma abordagem diferente em comparação com o combate às mensagens punitivas. Aqui, o terapeuta adota uma abordagem mais orientada para a discussão e persuasiva, na qual serão apresentados argumentos sobre por que o relaxamento, a espontaneidade e o brincar são necessidades básicas necessárias para as crianças.

#### Exemplo de caso

Ben foi criado por pais amorosos, mas trabalhadores, que nunca tiveram tempo para descanso e relaxamento. Ben sentiu uma clara pressão para ter um bom desempenho. Durante um exercício de reescrever imagens, o pai de Ben está atrás de Ben, que tem 12 anos e está fazendo sua lição de casa. Ben está trabalhando há uma hora e gostaria muito de ir brincar lá fora, mas seu pai o pressiona para continuar trabalhando. O terapeuta se dirige ao pai na imagem, reconhecendo suas boas intenções ao mesmo tempo em que faz um forte argumento para permitir que Ben tenha tempo para relaxar e brincar: 'Embora eu entenda que você quer o melhor para seu filho, do jeito que você está tentando cuidar dele direito agora está deixando Ben exausto. Cada bateria precisa ser recarregada de vez em quando, para evitar que acabe. Acho que ambos queremos que Ben seja capaz de olhar para trás, daqui a alguns anos, de forma equilibrada, vida feliz cheia de experiências de amor, conexão e diversão. Não quero que ele olhe para trás, para uma vida que não era nada além de prazos e trabalho duro.'

#### Antagonistas indutores de culpa

Antagonistas indutores de culpa exibem decepção, tristeza, retraiimento ou outras formas de comunicação indireta. Isso é frequentemente usado como uma forma de desencorajar a autoexpressão, autonomia, brincadeira e espontaneidade ou como uma forma indireta de punir a criança. Essas mensagens costumam ser vistas como punitivas ("Não sou bom por deixar minha mãe triste em casa") e costumam ser transmitidas de forma indireta e que induz à culpa. Em alguns casos, quando o antagonista tem problemas de saúde mental ou está socialmente isolado, pode haver uma tentativa desesperada, mas equivocada, de fazer com que a criança satisfaça suas próprias necessidades emocionais e permaneça muito próxima às custas da necessidade de autonomia da criança.

Em seu desafio para os pais, o terapeuta deve identificar diretamente a comunicação indireta e sutil e chamar a atenção para o impacto na criança. Em seguida, a mensagem punitiva tácita deve ser claramente (embora com menos vigor do que com pais punitivos) refutada e desafiada. O paciente também pode receber educação psicológica sobre a diferença entre lealdade saudável e senso de responsabilidade. Além disso, o terapeuta pode precisar fornecer 'ajuda' e apoio ao antagonista (por exemplo, o terapeuta dizendo que terá acesso a apoio para cuidadores com doenças mentais).

#### Exemplo de caso

Elsa cresceu com uma mãe deprimida e exausta. Ela apresenta mau humor crônico e dificuldade em fazer com que suas necessidades sejam atendidas por outras pessoas.

ELSA: Estou em casa com a mãe.TERAPEUTA: O que você vê? Quantos anos você tem?

ELSA: Tenho cerca de oito anos. Estou no quarto dela. Eu vim porque quero ir

com meu amigo para a loja local ao virar da esquina para comprar alguns lanches - são as férias escolares.

TERAPEUTA: Como ela está na imagem?ELSA: Ela está deitada na cama. São cerca de três da tarde. Ela esta sem palavras,

aparência cansada e olhos tristes.

TERAPEUTA: Como você está se sentindo?ELSA: Estou triste [começando a chorar], sou um saco e não deveria incomodá-la.TERAPEUTA: Elsa, vou falar com a tua mãe ... 'Eu entendi aquilo

você se sente mal e eu sinto por você. No entanto, você ainda é a mãe de Elsa e deve cuidar de seu filho - e não o contrário. Sei que você não está se sentindo bem e precisa de ajuda, mas não é certo culpar Elsa. Posso providenciar a ajuda de um de meus colegas mais confiáveis, se você desejar. Mas não quero que você sobrecharge Elsa com sua dor dessa maneira. O terapeuta diz a Elsa: 'Quero que você olhe para mim agora, em vez de para sua mãe, porque cada vez que olha para ela, você se sente responsável e culpado. Fico feliz em organizar ajuda para ela, mas não é certo que você tenha que se preocupar com ela. Eu quero que você simplesmente aproveite a vida e seja uma criança, então você deveria comprar uma guloseima para si mesma agora. '

#### Cuidadores negligentes ou ausentes

Alguns pacientes cresceram em uma atmosfera de negligência emocional e solidão, onde os cuidadores estavam física e / ou emocionalmente ausentes. Embora os sentimentos de punição possam ser limitados, o paciente internalizou essas experiências de privação com a mensagem "Suas necessidades não importam e você não é importante ou adorável". Em tais situações, o terapeuta pode precisar se concentrar nas necessidades da criança sem a presença de um cuidador. Nesses diálogos, o terapeuta usa reparações limitadas para atender às necessidades da criança e validar seus sentimentos. Muitas vezes, a presença, envolvimento e desejo do terapeuta de passar um tempo com a criança da imagem fornecem um antídoto para sua solidão e a sensação de que não importam. Em situações com cuidadores fisicamente ausentes, o terapeuta também pode precisar 'trazer' o pai agressor, permitindo uma troca dentro das imagens. Nos diálogos com cuidadores privados, o terapeuta valoriza explicitamente a criança, destaca suas necessidades emocionais e aponta as responsabilidades do cuidador.

Exemplo de caso

John descreve uma imagem em que ele tem nove anos e está sentado sozinho em seu quarto. Seus pais estão fora; ele não sabe onde estão ou quando estarão em casa; ele teve que voltar da escola para casa e entrar. O terapeuta assume a imagem e conforta a criança triste e solitária. Ele então pede à mãe de John que se junte a eles e defende suas necessidades.

TERAPEUTA: Você pode me ver aí com você e sua mãe? João: Sim, eu posso ver vocês dois lá, vocês estão na minha frente e mamãe está para o lado.

TERAPEUTA: Estou me voltando para sua mãe. Mary, John é uma criança fantástica e ele precisa de você, ele precisa que você o observe, esteja lá para ele. Ele sente que não importa para você e isso não está bem. [Virando-se para John] Como ela está respondendo?

João: Ela parece confusa, dizendo que precisa trabalhar. TERAPEUTA: [para Mary]: Eu sei que você precisa trabalhar, mas você precisa pensar sobre John e diga a ele que você se preocupa com ele, esse é o seu trabalho ... [para John] Como ela está respondendo?

João: Ela está dizendo, 'Eu preciso ir trabalhar', ela é quase como um robô. TERAPEUTA: [para Mary]: Mary, eu sei que é difícil para você, mas ignorar seu filho como se isso o estivesse prejudicando. Não vou ficar parado e não fazer nada. Vou deixar John saber que ele é importante e que você tem sorte de tê-lo. [Para John] Como é eu estar lá, sabendo que você não está sozinho?

João: [choroso]: Bom ... TERAPEUTA: Estou tirando a mãe da imagem agora; você pode me ver lá com tu? Little John, eu me preocupo com você, você é muito importante para mim e você importa muito, sinto muito por você estar aqui sozinho... Estou reservando tempo para você. Como é eu estar lá?

João: Muito bom.

A reescrita não chega a manipular as reações emocionais do antagonista de alguma forma. No caso acima, um pai negligente não é considerado arrependido (a menos que seja assim que o paciente pensa que o pai reagiria). Em vez disso, o terapeuta e o Adulto Saudável fazem o que for necessário para reparar a criança na imagem. Isso é emocionalmente verossímil porque o paciente está ciente dos sentimentos de cuidado e compaixão que ele e o terapeuta têm pela criança da imagem.

Alguns eventos da infância podem estar inevitavelmente associados a uma grande perda ou tristeza (por exemplo, na morte de um ente querido) e pode não ser possível resolver completamente a situação para a criança. O terapeuta é capaz, no entanto, de validar e apoiar a criança e fornecer ajuda vital e uma presença profundamente carinhosa que muitas vezes estava ausente no momento do evento. Dessa forma, o terapeuta empatiza com a perda inevitável da situação, sem deixar a criança sozinha para enfrentar sua dor.

### Emoções no trabalho de imagens

A reformulação de imagens é projetada para acessar o componente emocional dos esquemas. Como resultado, o terapeuta visa desencadear uma resposta emocional na imaginação. No entanto, os terapeutas frequentemente se preocupam em inundar o paciente com afeto excessivo ou em não conseguir acessar emoção suficiente. Aqui, o modelo da Janela de Tolerância (Siegel, 2015) pode ser uma estrutura útil para o terapeuta entender o melhor nível de experiência emocional para o cliente. O modelo de janela de tolerância descreve uma zona de excitação emocional ideal para o trabalho psicoterapêutico, sugerindo que a excitação emocional pode variar entre um estado de hiperexcitação (experiência emocional excessiva ou opressora) e hipoexcitação (experiência emocional hipoativa 'entorpecimento'). Entre esses estados, existe uma 'janela' de experiência emocional que permite um processamento eficaz (Ogden, 2009). De acordo com esse modelo, os limites da janela são idiossincráticos para cada indivíduo, com alguns pacientes tendo maior capacidade e vontade de experimentar emoções do que outros. Os fatores que influenciam o alcance da 'janela' podem incluir experiências de traumas na infância, temperamento, crenças sobre emoções e fatores ambientais.

Como resultado, o terapeuta do esquema deve levar em consideração a Janela de Tolerância ao acessar o material emocional. Inundar e oprimir (e possivelmente traumatizar novamente) o paciente não é o objetivo da intervenção. Por sua vez, o terapeuta também precisa tomar medidas ativas para acessar o modo Criança Vulnerável quando o paciente está desconectado do material emocional.

As seguintes estratégias podem ser usadas para modificar o nível de intensidade emocional na imaginação.

#### Pacientes relembrando e não experimentando

Alguns pacientes descrevem o que está acontecendo na imagem de uma maneira um tanto distante, como se estivessem observando de longe, em vez de se sentirem parte da cena. Por exemplo, o paciente pode estar se lembrando de um evento da infância em vez de ter uma experiência visual / perceptiva ('Papai chegava em casa bêbado e gritava e gritava comigo por não estar indo bem na escola'). Aqui, o terapeuta encoraja o paciente a ficar na primeira pessoa no tempo presente ('Estou voltando da escola, estou um pouco atrasado, papai está bêbado no portão, tropeçando e gritando comigo ... dizendo que sou patético '). Além disso, o terapeuta enfoca os aspectos experienciais (particularmente visuais) da experiência (Terapeuta: 'O que você vê? O que você pode ouvir ao seu redor?'). Isso ajuda o paciente a vivenciar seus sentimentos e necessidades com mais intensidade na imagem, à medida que se sente "lá" e permite que a reescrita tenha um impacto mais poderoso.

#### O terapeuta usa sua influência ou fantasia em imagens para gerenciar o afeto (Janela de Tolerância)

Os pacientes frequentemente acessam emoções fortes e intensas durante a reelaboração de imagens e às vezes podem se sentir oprimidos. Nessas situações, o

O terapeuta pode manipular aspectos visuais da cena para ajudar o paciente a se sentir mais seguro, mais no controle e menos sobre carregado. Por exemplo, o terapeuta pode usar uma abordagem de 'controle remoto' para 'avançar' ou 'retróceder' em experiências específicas. Em alguns casos, os principais antagonistas podem precisar ser removidos ou dispositivos de segurança, como uma parede de vidro ou cela de prisão, usados para conter o caráter aversivo. O terapeuta também pode usar a fantasia para obter uma sensação de segurança para o paciente na imagem. Por exemplo, o terapeuta pode aumentar seu tamanho, entrar na imagem com uma ajuda extra (como a polícia ou protetores de crianças que se tornam figuras adultas imaginárias que são seguras, fortes e protetoras).

Em contraste, antagonistas específicos podem não estar na imagem e podem precisar ser "convocados" para um reescrito eficaz. Por exemplo, um paciente que tem um pai ausente pode não ter prontamente muitas lembranças de onde o pai estava interagindo ativamente com ele. Nesses casos, o terapeuta pode precisar trazer o antagonista à cena para permitir uma interação terapeuta-antagonista. Por exemplo, um pai que pode ter abandonado a família pode precisar ser 'trazido de volta' para que o terapeuta forneça um rescrito.

#### Em sintonia com a experiência do paciente

O terapeuta visa equilibrar a sintonia com a experiência do paciente e estruturar o processo para que as necessidades da criança sejam atendidas na imagem. O terapeuta visa "obter" e mostrar ao paciente sua compreensão das necessidades da criança, em vez de simplesmente prosseguir com o processo técnico de reescrever. O terapeuta visa sintonizar-se com o material emocional (como você está se sentindo, conforme ele diz isso?), Cognições relacionadas ('O que está acontecendo em sua mente agora?') E sensação física ('Onde você percebe isso em seu corpo?') Além disso, breves resumos e esclarecimentos nas imagens podem aumentar a intensidade da experiência do paciente ('Então, é como se não houvesse nada que você possa fazer certo? Você está tão assustado e tem a sensação de que simplesmente vai fazer ter sua cabeça arrancada por ele, não importa o que você faça?').

Para alguns pacientes, a reelaboração de imagens pode parecer muito desafiadora. Por exemplo, um paciente pode se sentir oprimido, com medo de ser controlado ou exposto, ou estar convencido de que a técnica não o ajudará. Se um paciente se recusa a completar o trabalho com imagens, o terapeuta precisa honrar e respeitar sua posição. O terapeuta pode perguntar sobre suas preocupações e encorajar o paciente a dar voz à parte deles que não está disposta a fazer imagens. Isso permite que o paciente pondere os prós e os contras de não se envolver com o trabalho de imagens. Os diálogos de modo também podem ser conduzidos para explorar e trabalhar a ambivalência do paciente. Por exemplo, o terapeuta pode ouvir sua criança vulnerável e adaptar as imagens para lidar com seus medos de não estar seguro,

## Conclusão

A reformulação de imagens oferece uma maneira criativa, envolvente e flexível de obter insights profundos sobre as origens dos principais esquemas e modos. Também oferece uma oportunidade única para o paciente receber experiências emocionais corretivas que estavam ausentes na infância e essenciais para seu crescimento e bem-estar. Além disso, o processo fornece um fórum para o Adulto Saudável se fortalecer e assumir um papel mais central, à medida que pratica o atendimento às necessidades de sua Criança Vulnerável em cada reescrita. Essas intervenções podem fornecer ao paciente experiências únicas, resultando em resultados poderosos.

O processo pode, no entanto, ser limitado pela vontade e capacidade do paciente de vivenciar o material emocional baseado em imagens. Dada sua intensidade emocional, alguns pacientes podem sentir medo ou desconfiar das imagens e procurar evitá-las. Nesses casos, os terapeutas devem perguntar sobre tais preocupações da "parte" deles que não deseja fazer imagens mentais. Freqüentemente, as preocupações do modo de enfrentamento podem ser compreendidas e acomodadas para permitir a reformulação das imagens, às vezes com adaptações criativas ao processo.

A reescrita de imagens pode ser um desafio. O terapeuta pode não saber necessariamente o que vai acontecer com o paciente, ou pode não estar ciente de experiências de infância altamente angustiantes que são reveladas de forma inesperada. Dois princípios orientadores que podem oferecer assistência ao terapeuta em tais circunstâncias desafiadoras são: 'O que um bom cuidador faria neste momento?' e 'O que a criança precisa e como posso atender diretamente a essa necessidade na imagem?' Dessa forma, o terapeuta se sintoniza com as necessidades essenciais do paciente e o paciente sente a oportunidade de experimentar algo diferente e mais positivo para o seu futuro eu.

### Dicas de terapeuta

- 1 Ganhe a troca tirando o antagonista da imagem. Os terapeutas freqüentemente enfrentam antagonistas hostis ou dominadores. O terapeuta pode, em última instância, "ganhar a troca" removendo o antagonista; por exemplo, 'Veja seu pai saindo da sala agora, então somos só você e eu. Ele não está mais no comando.'
- 2 Tom de terapeuta. Mude o tom e o idioma para ser consistente com o personagem que está sendo abordado. Por exemplo, quando o terapeuta está se dirigindo ao paciente como uma criança, é útil para o terapeuta usar a linguagem e o tom apropriados para a idade ('Ei, Jo, sinto muito por esses caras estarem dificultando tanto, você pode confiar em mim, Eu vou resolver isso'). Essas mudanças no tom acrescentam uma qualidade mais natural ao diálogo e ajudam o paciente a sentir a presença e sintonia do terapeuta.
- 3 Posição do terapeuta. Os pacientes podem sentir, inconscientemente, que as trocas combativas são dirigidas a eles mesmos. A fim de lidar com esses problemas, é útil para o terapeuta mudar a posição do corpo para ficar de frente para o

o paciente ao falar com o antagonista, voltando-se em pontos-chave para verificar como o paciente está se sentindo e do que ele precisa.

4 Ritmo. O ritmo é semelhante ao de andar de bicicleta: muito lento e a bicicleta / processo para, muito rápido e o participante não é capaz de absorver a experiência. É importante que a velocidade da reelaboração das imagens não seja muito lenta e prolongada, pois a descrição excessiva tem o efeito de desviar a atenção do material emocional. Se a cena se desenrolar muito rapidamente, isso não permitirá que o paciente experimente totalmente a imagem e faça contato com suas necessidades e emoções.

5 Instrução limitada. O terapeuta também deve limitar a quantidade de instrução em imagens e geralmente resistir a dizer diretamente ao paciente o que ele está vendo (por exemplo, 'Então, você pode me ver - estou entrando pela janela para ajudar' vs 'Traga-me para a imagem, onde você me parece, onde estou?') Uma orientação útil é que o terapeuta auxilie na criação de uma imagem com o mínimo de instrução possível, permitindo que o paciente conduza o processo.

6 Entre e saia da imagem. Prolongar o reescrito por muito tempo pode fazer com que o paciente reviva outras memórias relacionadas, deixando o terapeuta com um dilema sobre qual cena ele deve reescrever. Como orientação geral, uma vez que o terapeuta tenha atendido a necessidade, ele ou ela deve ter como objetivo concluir o processo de imaginação o mais rápido possível.

7. 'Tenho medo que eles me machuquem quando você sair da imagem ...' Os pacientes podem se sentir seguros com o terapeuta protegendo e advogando por eles e, em seguida, passar a se sentir vulneráveis e expostos quando a imaginação chega ao fim, temendo que o antagonista retorne ou retalhe. O terapeuta pode usar a imagem de alarmes pessoais ou pagers, dizendo que voltarão e cuidarão das coisas sempre que necessário.

## Referências

- Arntz, A. (2011). Reescrever imagens para transtornos de personalidade. *Cognitivo e Comportamental Prática*, 18 (4), 466–481.
- Arntz, A. (2014). Reescrita de imagens para transtornos de personalidade: cura precoce de desajustes esquemáticos. Em Thomas, N. & McKay, D. (Eds.). *Trabalhando com Emoção em Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental para a Prática Clínica* (pp. 203–2015). Nova York: Guilford Press.
- Arntz, A. & Jacob, G. (2012). *Terapia do esquema na prática: um guia introdutório ao Abordagem do modo de esquema*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2011). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Nova York: John Wiley & Sons.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Tratamento de memórias de infância: Teoria e prática. *Pesquisa e Terapia Comportamental*, 37 (8), 715–740.
- Brewin, CR (2006). Compreendendo a terapia cognitivo-comportamental: uma competição de recuperação conta de ciò. *Pesquisa e Terapia Comportamental*, 44 (6), 765–784.

- Brewin, CR, Gregory, JD, Lipton, M. & Burgess, N. (2010). Imagens intrusivas em psy-desordens ecológicas: características, mecanismos neurais e implicações do tratamento. *Revisão Psicológica*, 117 (1), 210.
- de Jongh, A., Ten Broeke, E. & Meijer, S. (2010). Abordagem de dois métodos: Um caso con modelo de ceptualização no contexto do EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4 (1), 12-21.
- Edwards, D. (2011). Da antiga cura xamânica à psicoterapia do século 21: O papel central dos métodos de visualização em efetuar mudanças psicológicas. Em Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, EA (Eds).*Guia Oxford de imagens em terapia cognitiva* (pp. XXIV – XLII). Oxford: Oxford University Press. Foa, EB & Rothbaum, BO (1998).*Tratando o Trauma de Estupro: Cognitivo-Comportamento Terapia para PTSD*. Nova York: Guilford Press. Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, EA (2011).*Guia Oxford de imagens em Terapia cognitiva*. Oxford: Oxford University Press.
- Holmes, EA, Arntz, A. & Smucker, MR (2007). Reescrever imagens em cognitivo terapia comportamental: Imagens, técnicas de tratamento e resultados. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38 (4), 297-305.
- Holmes, EA & Mathews, A. (2010). Imagens mentais em emoções e distúrbios emocionais. *Revisão de Psicologia Clínica*, 30 (3), 349-362. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.001>
- Johnson, JG, Cohen, P., Brown, J., Smailes, EM & Bernstein, DP (1999). Filhos-maus-tratos aumentam o risco de transtornos de personalidade durante o início da idade adulta. *Arquivos de Psiquiatria Geral*, 56 (7), 600-606.
- Morina, N., Lancee, J. & Arntz, A. (2017). Reescrever imagens como uma intervenção clínica para memórias aversivas: uma meta-análise. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- Ogden, P. (2009). Modulação, atenção plena e movimento no tratamento de depressão relacionada ao trauma. Em M. Kerman (Ed.).*Pérolas clínicas de sabedoria: 21 terapeutas oferecem seus principais insights* (pp. 1-13). Nova York: Norton Professional Books. Siegel, DJ (2015).A mente em desenvolvimento: como os relacionamentos e o cérebro interagem para moldar Quem nós somos (2ª ed.). Nova York: Guilford Press.
- Smucker, MR, Dancu, C., Foa, EB & Niederee, JL (1995). Reescrever imagens: Um novo tratamento para sobreviventes de abuso sexual na infância que sofrem de estresse pós-traumático. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 3-17.
- Young, JE (1996). Inventário de Paternidade Juvenil (YPI). Obtido em Nova York Centro de terapia cognitiva: [www.schematherapy.com](http://www.schematherapy.com)

# 7 Trabalhando com memórias de trauma e transtorno de estresse pós-traumático complexo

Christopher William Lee e Katrina Boterhoven de Haan

## Introdução

O transtorno de estresse pós-traumático complexo (PTSD) é entendido como o resultado de experiências traumáticas que são frequentemente prolongadas, repetidas e com início na infância. É tipicamente associado a traumas de natureza interpessoal, como abuso ou tortura na infância (Herman, 1992), enquanto o PTSD simples está associado a traumas de evento único, como acidente industrial ou agressão física isolada.

Embora o conceito de PTSD complexo tenha atraído muita discussão e debate (ver Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis, 2013), permanece uma falta de consenso em relação ao que é considerado o tratamento psicológico baseado em evidências 'padrão ouro'. Talvez sem surpresa, uma meta-análise recente de intervenções psicológicas para PTSD em pessoas que sofreram abuso na infância relatou que as intervenções individuais focadas no trauma (como terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC) e dessensibilização e reprocessamento do movimento ocular (EMDR)) foram mais eficazes do que as abordagens não focadas no trauma (como os tratamentos adaptados da TCC que se concentram no enfrentamento, segurança e controle da ansiedade) (Ehring et al., 2014). Assim, há subsídios para intervenções que abordem diretamente o processamento do trauma.

### Principais componentes das intervenções de processamento de traumas

Há mais debate sobre os componentes necessários dessas abordagens com foco no trauma. A International Society for Traumatic Stress Studies defendeu uma abordagem baseada em fases para trabalhar com traumas complexos que identifica a importância de uma fase inicial de estabilização para melhorar a tolerância do paciente ao estresse, antes de se envolver no processamento do trauma (Cloitre et al., 2012). No entanto, não está claro se esta abordagem em fases melhora os resultados e é um componente necessário da terapia focada no trauma (de Jongh et al., 2016).

O reescrito de imagens (RI) foi proposto como uma técnica eficaz no tratamento de traumas da infância ou apresentações mais complexas de PTSD. Há evidências crescentes para apoiar o RI como uma ferramenta eficaz

intervenção para o tratamento de apresentações complexas de PTSD (Morina, Lancee & Arntz, 2017). A RI envolve a reescrita das experiências aversivas do paciente na infância para fornecer uma experiência emocional corretiva onde as necessidades do paciente, como o próprio filho, são atendidas. O componente-chave da RI não é apenas que muda o significado do trauma, mas também que a natureza experencial do tratamento permite que os pacientes realmente vivenciem o novo significado conforme decretado na reelaboração, assim integrando ainda mais as mudanças às crenças centrais (Arntz & Weertman, 1999).

Modelos para o tratamento de PTSD há muito enfatizam a importância de abordar os processos cognitivos durante as intervenções (Brewin & Holmes, 2003) e uma série de estudos apóia uma possível ligação entre trauma, gravidade do esquema e PTSD. Os pesquisadores descobriram que níveis elevados de esquemas desadaptativos iniciais (EMS) estão associados a pontuações mais altas de PTSD para mulheres abusadas sexualmente quando crianças (Harding, Burns & Jackson, 2011). Da mesma forma, Ahmadian e colegas (2015) relataram a diferença na gravidade do esquema entre pacientes de PTSD agudo e crônico. Em particular, eles descobriram um aumento do prejuízo nos processos cognitivo-emocionais (esquemas) em indivíduos com PTSD crônico. Os esquemas também foram considerados mais agudos em veteranos de guerra com PTSD do que naqueles sem ele (Cockram, Drummond & Lee, 2010). Interessantemente, enquanto eventos adversos na infância foram encontrados em estudos prospectivos para aumentar o risco de PTSD para soldados entrando em zonas de guerra (Berntsen et al., 2012), EMS foram encontrados para mediar a relação entre eventos adversos na infância e se um veterano de guerra desenvolve PTSD (Cockram, 2009). Os programas de tratamento de PTSD que usam uma abordagem de esquema foram encontrados, em um estudo, para levar a mais redução de sintomas do que uma abordagem tradicional de TCC (Cockram, Drummond & Lee, 2010). Em conjunto, existem razões para aplicar o modelo de esquema ao trabalhar com indivíduos com formas complexas de PTSD. Descobriu-se que o EMS medeia a relação entre eventos adversos na infância e se um veterano de guerra desenvolve PTSD (Cockram, 2009). Os programas de tratamento de PTSD que usam uma abordagem de esquema foram encontrados, em um estudo, para levar a mais redução de sintomas do que uma abordagem tradicional de TCC (Cockram, Drummond & Lee, 2010). Em conjunto, existem razões para aplicar o modelo de esquema ao trabalhar com indivíduos com formas complexas de PTSD. Foi descoberto que EMS medeia a relação entre eventos adversos na infância e se um veterano de guerra desenvolve PTSD (Cockram, 2009). Os programas de tratamento de PTSD que usam uma abordagem de esquema foram encontrados, em um estudo, para levar a mais redução de sintomas do que uma abordagem tradicional de TCC (Cockram, Drummond & Lee, 2010). Em conjunto, existem razões para aplicar o modelo de esquema ao trabalhar com indivíduos com formas complexas de PTSD.

## O teste IREM

Neste capítulo, descrevemos os métodos usados em um ensaio clínico randomizado recentemente conduzido, incorporando algumas novas adaptações ao tratamento do PTSD complexo (Boterhoven de Haan et al., 2017). Os dados do ensaio devem ser publicados em outro lugar e, portanto, não são relatados neste capítulo. No entanto, existem pontos de aprendizagem clínica que foram capturados a partir da experiência experimental que compartilhamos aqui. No estudo, compararamos dois tipos de terapias focadas no trauma, RI e dessensibilização e reprocessamento do movimento ocular (EMDR), para pessoas com PTSD de experiências de trauma na infância. Ambos os tratamentos foram administrados sem estabilização prévia. Este ensaio, denominado IREM, recrutou participantes por meio de serviços especializados de saúde mental e traumas em toda a Austrália, Alemanha e Holanda que sofreram traumas na infância antes dos 16 anos e tiveram um diagnóstico primário de PTSD. Os participantes foram alocados aleatoriamente para o tratamento

condição em que compareceram a 12 sessões duas vezes por semana durante um período de seis a oito semanas. A maioria dos participantes tinha histórias extensas de trauma com diagnósticos co-mórbidos, como depressão e ansiedade. A avaliação foi realizada em vários pontos de tempo de pré-tratamento, meio e pós-tratamento, com duas avaliações de acompanhamento em oito semanas e um ano após o tratamento. O tratamento EMDR foi baseado no protocolo desenvolvido por Shapiro (2001) e o IR foi baseado no modelo proposto por Arntz e Weertman (1999). Os terapeutas foram avaliados quanto à adesão ao protocolo de tratamento. Entrevistas qualitativas foram realizadas com os terapeutas e participantes do estudo para investigar sua experiência com os tratamentos focados no trauma (Boterhoven de Haan, 2018). As entrevistas foram realizadas em cada um dos locais de tratamento e uma abordagem de análise temática foi usada para explorar os dados. Este capítulo se concentra na descrição e revisão de alguns dos principais métodos e técnicas clínicas usados com sucesso neste estudo para aprimorar o reprocessamento de traumas.

### Implicações clínicas do ensaio IREM

Sugerimos que o processamento de experiências traumáticas para PTSD complexo pode ser melhorado compartilhando um amplo modelo baseado em esquema com o paciente. Fornecer aos pacientes uma justificativa clara ajuda a facilitar o envolvimento no tratamento e a disposição para lidar com o material traumático. A pesquisa mostrou que quando os pacientes recebem uma justificativa de como os esquemas e estilos de enfrentamento relacionados contribuem para vários sintomas, eles têm maior probabilidade de sentir o terapeuta sintonizado com eles e de se sentir compreendido. Além disso, relatam uma maior sensação de serem capazes de se compreender. Essa maior autocompreensão estava relacionada a um otimismo melhorado que, por sua vez, estava associado a melhores resultados do tratamento (Hoffart, Versland & Sexton, 2002).

Neste capítulo, destacamos o uso de um mapa de trauma como uma forma de conceituação de caso que foi desenvolvida a partir de modelos de processamento de informações de trauma e informados pela teoria do esquema. Descrevemos a abordagem de IR para o tratamento de PTSD complexo, incluindo como preparar os pacientes e estratégias para melhorar o processamento do trauma. Essa abordagem é ilustrada com um exemplo de caso (Jane) que foi tratada com RI como parte do estudo IREM.

#### Exemplo de caso

Jane é uma caixa de banco de 54 anos, que se referiu a si mesma para terapia para tratar de seu histórico de abuso na infância. Jane apresentou mudanças de humor variando de baixo-astral a explosões de 'raiva extrema'. Ela se sentia distante dos outros e tinha dificuldade em confiar nas pessoas. Além disso, Jane relatou hipervigilância a ameaças e dificuldades para dormir. Jane reconheceu que havia sofrido esses sintomas por muito tempo; no entanto, eles aumentaram 18 meses atrás, quando seu marido a deixou depois de ter um caso. Ela descreveu forte negativo

crenças sobre si mesma e sobre o mundo, como "não tenho valor", "estou quebrada" e "não se pode confiar em ninguém".

Jane descreveu uma história significativa de trauma que começou quando ela foi colocada em um orfanato aos quatro anos. Os eventos de trauma incluíram abuso físico, sexual e emocional que ela sofreu quase diariamente e continuou até que ela fugiu aos 15 anos de idade.

Jane e Frank estavam casados há 36 anos e tinham um filho, Tanner, 34. Jane descreveu Frank como um apoiador; no entanto, ela sentiu que Frank e Tanner tinham 'ligado ela' desde a separação, em particular, Tanner culpando Jane por Frank ter um caso. Jane havia falado recentemente com Frank sobre a reconciliação, embora não tivesse certeza de como se sentia sobre isso e se era o que ela queria.

Jane tinha um grupo de amigos que ela veria socialmente, mas ela afirmou que eles não eram amigos íntimos porque ela não gostava de falar sobre si mesma porque a fazia se sentir exposta. Jane disse que não manteve contato próximo com ninguém desde sua separação, pois não queria incomodar ninguém.

#### Mapeando traumas: implicações dos modelos de processamento de informações de trauma para a conceituação de casos de esquema

Uma parte importante do processamento do trauma é compartilhar uma conceituação de caso com o paciente. Para isso, sugere-se a utilização de um mapa do trauma, que pode ser utilizado para auxiliar na identificação de memórias específicas do trauma. O mapa pode consistir em uma série de eventos que resultaram em PTSD; e / ou experiências emocionais que não resultariam, por si só, em PTSD, mas seu efeito cumulativo contribuiu para o desenvolvimento do SME, como ser continuamente reprimido por um dos pais. O processo de mapeamento ajuda a construir uma compreensão compartilhada de como as experiências de trauma moldaram os processos de pensamento e os padrões de comportamento do indivíduo. Ao desenhar o mapa do trauma, o paciente normalmente se senta ao lado do terapeuta e o diagrama é construído em um papel colocado sobre uma mesa de centro. O paciente está metafórica e literalmente trabalhando lado a lado com o terapeuta para compilar a lista dessas experiências centrais. Esse processo é necessariamente conduzido pela experiência do paciente; entretanto, às vezes o terapeuta é mais diretivo ao reconhecer traumas que podem ter sido minimizados ou descartados e os adicionará ao mapa; por exemplo, abuso sexual ou bullying na escola. Adicionar esses eventos ao mapa precisa ser cronometrado com sensibilidade e potencialmente revisitado quando o paciente tem uma noção maior de sua relevância.

Embora existam diferentes modelos de processamento de informações de traumas, eles também compartilham características comuns (Schubert & Lee, 2009). Uma característica comum de vários modelos é que cada memória é codificada com três componentes distintos: informações sobre o estímulo; informações sobre a resposta emocional associada, que inclui afeto, sensações fisiológicas e comportamentos, e informações sobre seu significado. O componente de significado para alguém com uma apresentação complexa de trauma será principalmente um EMS. Isto é

esses três componentes que precisam ser avaliados para cada memória que é a base do mapa do trauma.

No caso de Jane, apresentado acima, ela descreveu o abuso sexual por seu pai adotivo como a mais angustiante de suas experiências traumáticas. Jane foi capaz de identificar uma memória específica relacionada ao abuso sexual e a imagem associada a isso era a de estar no quarto principal de seu lar adotivo. Ao relembrar essa memória, Jane foi capaz de descrever os aspectos sensoriais, incluindo ver a luz pela fresta da porta e ouvir passos subindo as escadas. Ao descrever esse evento, ela relatou sentimentos de vergonha e nojo e um aperto no peito. Ela acrescentou que esses sentimentos de vergonha também acompanhavam a reação de querer se esconder. Quando questionada sobre seus pensamentos relacionados a esta cena e aqueles sentimentos, ela descreveu a sensação de inutilidade e de estar quebrada, o que é indicativo de um esquema de Defeição. Para ajudar Jane a entender sua experiência de trauma, desenhamos esse evento e seus componentes como pedaços de uma torta; a parte esquerda representa os detalhes do episódio, a parte inferior representa os sentimentos e as respostas e a parte direita representa o significado associado ao evento (veja o círculo do meio da Figura 7.1).

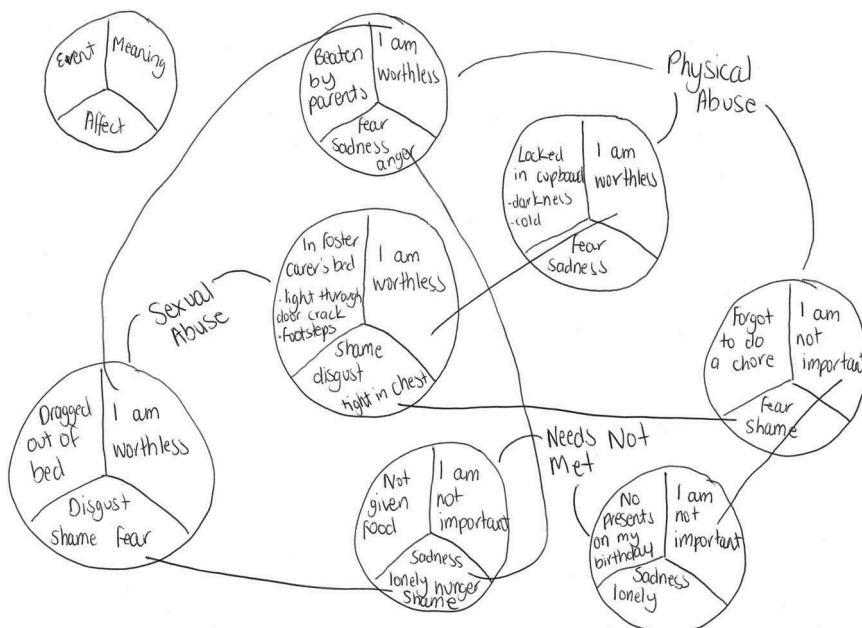


Figura 7.1 Um exemplo de mapeamento de trauma com linhas indicando semelhanças na composição dos componentes das experiências traumáticas de Jane.

Para apresentações complexas de PTSD, devido à natureza e gravidade das experiências de trauma, descobrimos que alguns pacientes têm dificuldade em identificar memórias específicas devido às semelhanças entre as experiências. Nessas situações, pedimos ao paciente que identifique as memórias que são mais angustiantes ou as imagens de suas memórias traumáticas que mais frequentemente se intrometem em sua vida cotidiana. Como tal, não é necessário que o paciente se lembre de todas as experiências de trauma; em vez disso, trata-se de identificar possíveis alvos representativos para processamento posterior no tratamento. Em alguns casos, descobrimos que, para pacientes que têm histórias de trauma, mas lutam para identificar memórias específicas de traumas importantes, o foco nas memórias de outras experiências reconhecidas relacionadas ao esquema que são menos angustiantes pode ser mais bem tolerado.

A segunda característica compartilhada dos modelos de processamento de informações do trauma é que as memórias do trauma são associativas e vinculadas a outras experiências na rede de memória. Durante o processo de mapeamento do trauma de um paciente, ilustramos as ligações entre as experiências traumáticas da pessoa, porque elas envolvem eventos semelhantes, estados de sentimento semelhantes ou significados semelhantes. Neste ponto, o terapeuta pode chamar a atenção para outras memórias no mapa que anteriormente o paciente pode não ter visto como relevantes. No caso de Jane, as ligações foram feitas entre memórias de natureza semelhante, como quando ela não tinha suas necessidades atendidas (ou seja, não recebendo comida ou presentes no seu aniversário), ou porque envolviam esquemas semelhantes, como acreditar que era defeituosa ou inútil. Esses links podem ser vistos pelas linhas de conexão na Figura 7.1.

Depois de fazer conexões entre o conteúdo das memórias de trauma, fazemos ligações entre os sintomas de um paciente e suas experiências de trauma. As experiências negativas acumuladas do paciente são o fundamento etiológico do esquema e, em teoria, supomos que os sintomas da pessoa resultam de uma interação entre seu estilo de enfrentamento e seu esquema (Figura 7.2).

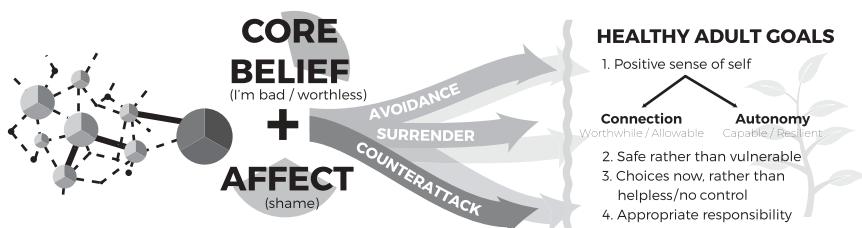


Figura 7.2 Um esquema informado modelo de processamento de informações de trauma mostrando como o A rede de memórias de trauma dá origem a esquemas que, por sua vez, são mantidos por estilos de enfrentamento que combinados interferem nos objetivos de um adulto saudável.

As perguntas que podem facilitar esse processo incluem: Como suas experiências afetaram a maneira como você pensava sobre si mesmo (ou sobre os outros, ou sobre o mundo)? A maneira como você pensa agora é influenciada pelo que aconteceu com você no passado? Como suas experiências moldaram a maneira como você vive sua vida agora? Esse tipo de vinculação é muito semelhante às declarações de impacto do trauma usadas na terapia de processamento cognitivo (Resick, Monson & Chard, 2017).

A medida em que o paciente responde aos estilos de enfrentamento de rendição, evitação ou supercompensação fortalece ainda mais essas crenças por meio de experiências contínuas (Figura 7.2). Isso, por sua vez, interfere no alcance do paciente de objetivos adultos saudáveis e de um senso positivo de si mesmo. Isso inclui que sejam competentes / capazes, tenham um senso de conexão estável (amável / simpático) e um senso básico de segurança. Portanto, no caso de Jane, ela tendia a se render ao seu esquema de defectividade, permitindo que o marido e o filho a abusassem e maltratassem verbalmente, incluindo o filho culpando-a por seu pai a ter traído e a separação conjugal. Ela também usou estratégias de evitação que a impediram de receber informações incompatíveis. Por exemplo, quando Jane escolheu sair socialmente, ela saiu para dançar com um grupo de pessoas onde poderia facilmente escapar sem falar, portanto não dando a ela a oportunidade de compartilhar qualquer informação pessoal e de saber que ela era valiosa e poderia ser ouvida. Um exemplo da supercompensação de Jane foi sua reação com extrema raiva quando se sentiu criticada ou rejeitada.

A subjulação era outro esquema relevante para Jane. Algumas de suas experiências consistentes com esse esquema incluíam ser espancada quando tentava falar por si mesma ou pelos outros filhos adotivos. Através de suas experiências em seu lar adotivo, Jane aprendeu que se ela se submetesse a seus agressores, ela poderia evitar mais punições ou espancamentos. Ao se render a esse esquema, Jane permitiu que seu marido tomasse todas as decisões em seu relacionamento. No caso da separação recente, foi seu marido quem a traiu e sua decisão de ir embora, embora recentemente ele tenha falado sobre a reconciliação. Jane relatou preocupação por não ser capaz de dizer não a ele. O fato de ela evitar o esquema de subjulação significava que Jane não atenderia chamadas ou se esconderia das pessoas para evitar conflito.

O efeito do esquema e dos estilos defensivos é que eles também interferem na obtenção de um senso positivo de identidade. Portanto, embora Jane continue a repetir qualquer um dos comportamentos acima, suas chances de se sentir verdadeiramente valiosa diminuem. Outro exemplo, no caso de Jane, é que ela continuou a falar com o marido regularmente, apesar de ter se separado dezoito meses antes. Durante esses telefonemas, ele costumava criticá-la e colocá-la no chão.

Um mapa de trauma é algo que implementamos na prática clínica fora do IREM. Acreditamos que o desenho das experiências associadas ajuda a preparar o indivíduo para a mudança de esquema. Em primeiro lugar, a criação de um mapa de trauma fornece reconhecimento visual das experiências de trauma de um paciente e como estas tiveram um impacto sobre elas. Em alguns casos, embora possa ser

desafiador para os pacientes, o mapa também parece ajudar os pacientes a se distanciarem de suas experiências e, portanto, facilita a compreensão das origens de seus esquemas. Além disso, ao fazer um mapa que mostra explicitamente as conexões entre os diferentes eventos, ele accidentalmente prepara o paciente para o processamento do trauma, já que a informação é mais facilmente acessível.

Freqüentemente, é útil concluir a sessão do mapa do trauma fazendo ligações entre as experiências passadas do indivíduo no trauma, o processo de terapia e suas formas atuais de pensar, sentir e estar no mundo. Ao explicar como os esquemas impulsionam as dificuldades atuais e lembrando ao indivíduo que os esquemas se desenvolvem por causa de eventos em grande parte na infância e além de seu controle, há uma justificativa normalizada e isenta de culpa para suas lutas atuais. Além disso, é instilada a esperança de que novos esquemas possam trazer novas formas de pensar, sentir e estar no mundo. 'Devido a essas experiências, você começou a acreditar que [inserir esquema] era verdade. Embora você possa saber que logicamente isso não é verdade, em um nível emocional, ainda pode parecer verdade. Embora não possamos mudar o que aconteceu, podemos mudar como essas experiências são armazenadas em sua mente e como você pensa sobre esses eventos. Isso, por sua vez, pode ajudar a mudar a forma como você se sente. Então, a ideia é que [insira a crença positiva oposta ao esquema] começará a parecer mais verdadeiro e, portanto, será mais fácil para você se comportar de forma a atender às suas necessidades.' (Em seguida, dê ao paciente um exemplo específico relevante para seu objetivo de saúde mental.)

### Preparação para o tratamento

Em qualquer tratamento com foco no trauma, a preparação é importante. Nossa impressão é que o processo de mapeamento do trauma ajuda a fornecer aos pacientes uma justificativa para o tratamento por meio da ligação de suas experiências passadas, auto-crenças negativas e comportamentos atuais. Assim, mesmo neste estágio inicial de conceituação, os pacientes são preparados para começar a abordar suas memórias de trauma. Sugerimos que o processo de mapeamento normalmente leve uma ou duas sessões, após as quais o trabalho do trauma começa.

Importante para a preparação também é fornecer uma justificativa para o uso de RI, como, por exemplo, este tratamento funciona para ajudar as pessoas a mudar o significado de suas experiências de trauma na infância, reescrevendo o evento com um final diferente para que aprendam a se sentir de forma diferente sobre si mesmas. No IREM, utilizamos o modelo proposto por Arntz e Weertman (1999), onde o terapeuta primeiro reescreve e depois o paciente reescreve. No primeiro estágio do reescrito, o terapeuta é capaz de modelar uma resposta corretiva para a parte infantil do paciente traumatizado. Freqüentemente, os pacientes com experiências de traumas na infância ou PTSD complexo vêm de contextos de privação, de modo que raramente tiveram suas necessidades atendidas e, portanto, (compreensivelmente) não sabem como fazer isso por si próprios quando adultos. O segundo estágio do reescrito é importante para a construção da autoeficácia. O terapeuta ajuda a direcionar o paciente para entrar na imagem como seu eu adulto e faz o que é necessário para atender às necessidades da criança naquela memória. Isso é seguido pelo paciente voltando para a imagem

como seu eu infantil, com seu eu adulto ao seu lado, respondendo de maneiras que atendam às suas necessidades. Esta terceira etapa ajuda a integrar as informações corretivas, permitindo ao paciente começar a atender às suas próprias necessidades no presente (Arntz, 2011).

### Reescrever imagens: reprocessando memórias de trauma

A fim de construir um senso de segurança e motivação para os métodos, um exercício inicial útil pode ser um reescrito piloto com uma memória menos aversiva. Sempre que possível, a memória piloto não deve estar relacionada ao trauma principal, para que não haja risco de ativação de material traumático por meio de redes de memória associadas antes que o paciente se sinta pronto.

Depois que as memórias de trauma foram mapeadas e o paciente está suficientemente preparado para o tratamento, uma formulação de esquema pode ajudar a determinar a memória alvo para processamento. Uma memória prototípica do esquema ou a mais angustiante são os melhores alvos. Em geral, também é melhor escolher memórias iniciais ligadas ao esquema, em vez de experiências posteriores em que o esquema foi reforçado. Isso às vezes é descrito como escolher a primeira ou a pior experiência de trauma. No caso de Jane, a pior memória que ela identificou foi a de abuso sexual retratada por uma imagem de estar na cama de seu pai adotivo. A crença que ela tinha ligado a essa memória era inútil. Jane foi solicitada a se concentrar em todos os aspectos da experiência para ativar a memória do trauma, que foi então reprocessada com RI.

Um ingrediente chave dos modelos de processamento de informações de intervenção no trauma é que o indivíduo está conectado com informações que são incompatíveis com o significado do trauma (Brewin & Holmes, 2003). Em RI, isso é feito sobrepondo o conteúdo do trauma com uma nova imagem relacional de suas necessidades sendo atendidas. Essas novas memórias relacionais são incompatíveis com as mensagens negativas codificadas no momento do trauma. Por exemplo, ao trabalhar com um paciente com um esquema de defeito, em uma cena em que a criança foi punida por ter cometido um erro, o terapeuta, em vez disso, entra em cena e mostra compaixão pela criança e, portanto, facilita o paciente desenvolver mais compaixão por seu modo Criança vulnerável. Este trabalho também inclui direcionar comportamentos relacionados ao esquema ou respostas de enfrentamento. Por exemplo, Jane, durante seu trabalho traumático, recebeu uma experiência emocional corretiva que reforçou a crença positiva de que ela valia a pena e era importante. Durante o processamento do trauma de Jane, ela queria fugir nas imagens. Para lidar com seu comportamento evasivo, Jane foi encorajada, durante a reelaboração, a confrontar os perpetradores e se defender, o que estava ligado a seus objetivos de tratamento de querer aprender a lidar com seus problemas de frente e não fugir das dificuldades situações.

Durante o tratamento, o terapeuta deve estar ciente de que a RI pode acionar o modo Pai Punitivo do paciente, onde mensagens punitivas internalizadas do abuso original ou trauma ressurgem. Este modo geralmente está relacionado a esquemas

como Deficiência e Punitividade, em que o paciente sente que é fundamentalmente defeituoso ou "ruim" e merece o que aconteceu na memória do trauma original. O terapeuta precisará se envolver com o modo, ou uma representação dele, para garantir que o paciente se sinta seguro e protegido e para retribuir quaisquer mensagens punitivas ao modo Pai Punitivo, em vez de ficar com essas mensagens como "fatos" negativos sobre seu caráter.

Se a percepção do paciente sobre seu modo de Pai Punitivo estiver intimamente associada ao pai ou agressor real, isso pode ser abordado na redefinição normal. Em outros casos, as imagens podem ser usadas para manipular o modo punitivo de uma maneira que reduz seu poder para o paciente. Isso poderia ser colocar um focinho em um cachorro ou, no caso de Jane, encolher o modo punitivo para o tamanho de uma formiga e soprá-lo para longe dela. Dependendo da gravidade do modo, o terapeuta pode ter que guiar o paciente para fora da imagem e usar outras técnicas, como trabalho na cadeira, reparação limitada ou psicoeducação como uma forma de ajudar o paciente a se tornar ciente de como esse modo punitivo se relaciona às suas dificuldades contínuas.

Uma vez que uma determinada memória tenha sido reprocessada, o terapeuta e o paciente revisam o mapa do trauma e o paciente é convidado a considerar quais das outras experiências continuam a estar associadas ao sofrimento. Essa memória então se torna o próximo alvo para o processamento do trauma. No estudo IREM, normalmente processamos quatro ou cinco memórias de trauma em um programa de 12 sessões. Muitas vezes não é possível processar todas as memórias no mapa, por isso é importante mirar nas que produzem mais sofrimento. Além disso, devido à natureza associada da rede de trauma, quatro ou cinco memórias direcionadas parecem suficientes para a mudança do esquema.

#### Exemplo de caso: progresso e resultado do tratamento

Jane pontuou 55 na Escala de Impacto de Eventos – Revisada (IES – R; Weiss & Marmar, 1997) antes de iniciar a terapia. As pontuações no IES – R variam de 0 a 88; uma pontuação de 55 estaria na faixa clínica grave para PTSD. Ela foi inicialmente difícil de se envolver no tratamento. Relatou dificuldades para agendar consultas e, muitas vezes, evitava se engajar no processo terapêutico. As dificuldades de Jane foram exploradas e ela reconheceu que temia errar, 'assim como tudo o mais'. Suas dificuldades foram explicadas no contexto da formulação do esquema, vinculando-as ao comportamento problemático e aos objetivos do tratamento. Jane também lutou para expressar seus sentimentos e necessidades ao reescrever: em particular, ela lutou para expressar raiva. Para ajudá-la a aprender a se expressar, Jane foi incentivada a pensar em todas as coisas que gostaria de incluir em uma declaração para explicar como suas experiências de trauma afetaram a ela e sua vida. Foi nesse ponto de seu tratamento que Jane recebeu a tarefa de intervir em sua própria reescrita da memória do trauma. Ela foi incentivada a pensar sobre a declaração que havia escrito e a imaginar o que diria ou faria aos pais adotivos para que soubessem o quanto a magoaram. Isto Ela foi incentivada a pensar sobre a declaração que havia escrito e a imaginar o que diria ou faria aos pais adotivos para que soubessem o quanto a magoaram. Isto Ela foi incentivada a pensar sobre a declaração que havia escrito e a imaginar o que diria ou faria aos pais adotivos para que soubessem o quanto a magoaram. Isto

Foi depois da sexta sessão, em que Jane se permitiu expressar sua raiva contra seus pais adotivos, que viu sua pontuação no IES-R cair para 39, o que indicaria que ela estaria na faixa moderada e ainda atenderia aos critérios para PTSD.

Durante o tratamento, Jane e o marido decidiram finalizar a separação; no entanto, semanas depois, ela relatou que seu marido havia ligado e queria se reconciliar. Durante essa conversa, Jane relatou raiva de seu marido por "tentar me forçar a mudar de ideia". Ela reconheceu que, no passado, teria se sentido pressionada e teria eventualmente atendido aos desejos do marido. No entanto, pela primeira vez em muito tempo, Jane se defendeu e colocou suas necessidades em primeiro lugar. Experiências como essa contribuíram diretamente para sua crescente sensação de que era importante e valia a pena. Essa experiência de falar por si mesma refletiu-se na pontuação IES-R de Jane de 14 na sessão 10, o que sugeriria que Jane estava na faixa moderada e não preenchia mais os critérios para PTSD. Seguindo isto, Jane percebeu que queria permanecer solteira e estava se sentindo livre pela primeira vez na vida. A pontuação de Jane em sua última sessão foi 5, o que significa que ela estava na faixa subclínica de PTSD. Embora ela tenha sido agendada para 12 sessões, Jane sentiu que depois de 11 sessões ela havia abordado adequadamente sua história de trauma. O terapeuta decidiu que, como parte da reparação de seu esquema de subjugação, era importante recompensá-la por expressar suas necessidades, portanto, concordou-se que o tratamento seria encerrado nesse ponto.

## Resumo

Estudos recentes demonstraram que é possível tratar o TEPT complexo com intervenções focadas no trauma (Ehring et al., 2014; Van Woudenberg et al., 2018). Simultaneamente, também tem havido um maior reconhecimento da importância de tratar o trauma como uma abordagem de intervenção de primeira linha. No IREM, entrevistamos 16 terapeutas que participaram do estudo. Um dos temas emergentes das entrevistas qualitativas foi que, desde o seu envolvimento no estudo, e independentemente da abordagem de tratamento, a maioria trataria primeiro o PTSD e depois abordaria outras questões conforme necessário.

Uma limitação da generalização do estudo foi que todos os participantes tiveram que relatar sintomas de PTSD desde a infância, concordar em tentar um tratamento para traumas e estar preparados para se comprometer com as 12 sessões. Descobrimos, em nossa prática clínica, que os pacientes que têm histórico de trauma, mas são vagos sobre se experimentam sintomas de PTSD e / ou não estão dispostos a se comprometer com o tratamento de suas memórias de trauma, não se beneficiam de uma abordagem de trauma inicialmente e precisam de mais ênfase no desenvolvimento a relação terapêutica e a capacidade de tolerar emoções negativas.

Apresentamos uma justificativa para a compreensão do impacto do trauma nos esquemas de um paciente usando um mapa de trauma e como isso pode facilitar seu envolvimento em um tratamento focado no trauma. Isso inclui links de desenho

entre as várias experiências traumáticas, esquemas, comportamentos atuais e estilos de enfrentamento de rendição, evitação e sobrecompensação de um paciente. Em seguida, identificamos esquemas positivos e os relacionamos aos objetivos de tratamento do paciente. Depois que todas essas informações são coletadas, a formulação do esquema é usada para ajudar a determinar a memória a ser direcionada para o tratamento.

Assim que o reprocessamento do trauma começar, recomendamos que a memória inicial alvo seja o fiprimeira memória relacionado ao esquema (por exemplo, a primeira vez que ocorreu o abuso) ou o pior memória (a memória associada ao maior sofrimento), ou a memória que é mais representante do esquema. A razão para usar essas memórias é que elas são as mais críticas para a rede do esquema e, portanto, uma vez tratadas, produzem a mudança mais emocional. Além disso, também aumentam a chance de que os efeitos do tratamento das sessões iniciais se generalizem para outras memórias relacionadas ao esquema. Ocasionalmente, a memória inicial escolhida pode não ser a primeira ou a pior, mas aquela que parece encapsular melhor o esquema. Após o processamento inicial de uma memória, o mapa é útil para guiar a terapia para a próxima memória de trauma mais relevante a ser processada. Isso pode aumentar a eficácia das intervenções focadas no trauma, como EMDR e IR.

Em suma, o mapa do trauma opera como uma estrutura para o paciente e o terapeuta compreenderem o impacto do trauma em muitas áreas da vida e do senso de identidade do paciente (seus esquemas, suas estratégias de enfrentamento e suas lutas atuais). O mapa ilustra por que o paciente é afetado de forma tão profunda e generalizada quanto ele e por que seus esquemas continuam a ser acionados e perpetuados em sua vida atual. Também faz sentido como a reescrita de imagens pode ajudar a curar os esquemas do paciente de maneira contida e proposital, permitindo que o paciente e o terapeuta se sintam mais corajosos em seus esforços para enfrentar, em vez de evitar, memórias dolorosas e angustiantes. Na reelaboração de imagens, inicialmente o terapeuta e depois o paciente têm a oportunidade de dar à criança traumatizada o que ela precisava, mas nunca teve e, como tal, iniciar um processo de cura do esquema muito necessário. O mapa então permite que o terapeuta e o paciente se reagrupem após cada reescrita e para o paciente integrar experiências emocionalmente corretivas em uma compreensão mais ampla de si mesmos e de seus esquemas. Uma vez que as principais experiências de desenvolvimento tenham sido reescritas, o paciente tem menos probabilidade de ser desencadeado e tem um Adulto Saudável internalizado mais forte para atender às suas necessidades da vida cotidiana.

#### Dicas de terapeuta

- Uma conceituação de caso de esquema fornece uma base inicial importante para preparar pacientes com traumas complexos para o trabalho de intervenção. Esta conceitualização de caso compartilhado identifica memórias de trauma que devem ser direcionadas e, assim, orienta o tratamento de forma eficaz.
- Recomenda-se que, em geral, a primeira memória, a pior memória ou a mais representativa do esquema seja usada como destino para o rescripting.

- No entanto, os terapeutas precisam ser sensíveis à Janela de Tolerância do paciente e relutância em abordar algumas memórias. As memórias não essenciais são, portanto, ocasionalmente escolhidas como alvos de prática, antes de abordar as memórias centrais do trauma.
- Nós encorajamos um modelo de desenvolvimento e escalonado para pacientes complexos. O terapeuta modela a resposta reparadora apropriada para os pacientes antes que eles usem seu eu adulto para atender às suas necessidades.
- Durante o processamento, os terapeutas devem estar atentos ao esquema que está sendo direcionado e às mensagens de antídoto que serão necessárias para fornecer a cura do esquema.

## Referências

- Ahmadian, A., Mirzaee, J., Omidbeygi, M., Holsboer-Trachsler, E. & Brand, S. (2015). Diferenças nos esquemas desadaptativos entre pacientes que sofrem de transtorno de estresse pós-traumático agudo e crônico e controles saudáveis. *Doença neuropsiquiátrica e tratamento*, 11, 1677–1684. doi: 10.2147 / NDT.S85959
- Arntz, A. (2011). Reescrever imagens para transtornos de personalidade. *Cognitivo e Comportamental Prática*, 18 (4), 466–481. doi: 10.1016 / j.cbpra.2011.04.006
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Tratamento de memórias de infância: Teoria e prática. *Pesquisa e Terapia Comportamental*, 37 (8), 715-740. doi: 10.1016 / S0005-7967 (98) 00173-9
- Berntsen, D., Johannessen, KB, Thomsen, YD, Bertelsen, M., Hoyle, RH & Rubin, DC (2012). Paz e guerra: trajetórias dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático antes, durante e depois do destacamento militar no Afeganistão. *Ciência Psicológica*, 23 (12), 1557–1565. doi: 10.1177 / 0956797612457389
- Bisson, JI, Roberts, NP, Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2013). Psicopata-terapias lógicas para transtorno de estresse pós-traumático crônico (PTSD) em adultos. *Revisões Sistemáticas do Banco de Dados Cochrane*, 12, CD003388. doi: 10.1002 / 14651858. CD003388.pub4
- Boterhoven de Haan, KL (2018). O que os terapeutas e pacientes adultos nos dizem sobre o tratamento ing seu PTSD de traumas de infância. Apresentação na 49ª Associação Europeia de Terapias Comportamentais e Cognitivas, Bulgária.
- Boterhoven de Haan, KL, Lee, CW, Fassbinder, E., Voncken, MJ, Meewisse, M., Van Es, SM ... Arntz, A. (2017). Reescrita de imagens e dessensibilização e reprocessamento do movimento dos olhos para o tratamento de adultos com transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao trauma na infância: desenho do estudo IREM. *BMC Psychiatry*, 17 (1), 165.
- Brewin, CR & Holmes, EA (2003). Teorias psicológicas do estresse pós-traumático transtorno. *Revisão de Psicologia Clínica*, 23 (3), 339-376. doi: 10.1016 / S0272 7358 (03) 00033-3
- Cloitre, M., Courtois, C., Ford, J., Green, B., Alexander, P., Briere, J. ... Spinazzola, J. (2012). As Diretrizes de Tratamento de Consenso de Especialistas do ISTSS para PTSD complexo em adultos. Obtido em [www.istss.org/](http://www.istss.org/)
- Cockram, D. (2009). Papel e tratamento de esquemas desadaptativos iniciais no Vietnã Veterans com PTSD. Do Repositório de Pesquisa da Murdoch University <http://researchrepository.murdoch.edu.au/id/eprint/1309>

- Cockram, DM, Drummond, PD & Lee, CW (2010). Papel e tratamento dos primeiros esquemas desadaptativos em veteranos do Vietnã com PTSD. *Psicologia Clínica e Psicoterapia*, 17 (3), 165-182.
- de Jongh, A., Resick, PA, Zoellner, LA, van Minnen, A., Lee, CW, Monson, C. M. ... Bicanic, IAE (2016). Análise crítica das diretrizes atuais de tratamento para PTSD complexo em adultos. *Depressão e ansiedade*, 00, 1-11. doi: 10.1002 / da.22469
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, JM, Freitag, J. & Emmelkamp, PMG (2014). Meta-análise de tratamentos psicológicos para transtorno de estresse pós-traumático em adultos sobreviventes de abuso infantil. *Revisão de Psicologia Clínica*, 34 (8), 645-657. doi: 10.1016 / j.cpr.2014.10.004
- Harding, HG, Burns, EE & Jackson, JL (2011). Identificação de abuso sexual infantil subgrupos de sobreviventes com base em esquemas desadaptativos iniciais: implicações para a compreensão das diferenças na gravidade dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático. *Terapia Cognitiva e Pesquisa*, 36 (5), 560-575. doi: 10.1007 / s10608-011-9385-8
- Herman, JL (1992). PTSD complexo: uma síndrome em sobreviventes de prolongada e trauma repetido. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), 377-391. doi: 10.1002 / jts.2490050305
- Hoffart, A., Versland, S. & Sexton, H. (2002). Autocompreensão, empatia, discovery, e crença de esquema na terapia cognitiva focada no esquema de problemas de personalidade: um estudo de resultado de processo. *Terapia Cognitiva e Pesquisa*, 26 (2), 199-219. doi: 10.1023 / a: 1014521819858
- Morina, N., Lancee, J. & Arntz, A. (2017). Reescrever imagens como uma intervenção clínica para memórias aversivas: uma meta-análise. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55 (Suplemento C), 6-15. doi: 10.1016 / j.jbtep.2016.11.003
- Resick, PA, Monson, CM & Chard, KM (2017). Terapia de processamento cognitivo para PTSD: A Comprehensive Manual. Nova York: Guilford Press.
- Schubert, S. & Lee, CW (2009). PTSD adulto e seu tratamento com EMDR: Uma revisão de controvérsias, evidências e conhecimento teórico. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3 (3), 117-132.
- Shapiro, F. (2001). Dessaensibilização e reprocessamento do movimento ocular: princípios básicos, protocols e Procedures (2<sup>a</sup> ed.). Nova York: Guilford Press.
- Van Woudenberg, C., Voorendonk, EM, Bongaerts, H., Zoet, HA, Verhagen, M., Lee, CW ... De Jongh, A. (2018). Eficácia de um programa de tratamento intensivo combinando exposição prolongada e dessensibilização do movimento dos olhos e reprocessamento para transtorno de estresse pós-traumático grave. *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1), 1487225. doi: 10.1080 / 20008198.2018.1487225
- Weiss, D. (1997). A escala de impacto do evento - revisada. Em J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Avaliando Trauma Psicológico e PTSD* (168-189). Nova York: Guilford Press.

# 8 imagens da vida atual

Oferecer Maurer e Eshkol Rafaeli

## Introdução

Este capítulo aborda uma variedade de técnicas de imagens focadas em cenas passadas, presentes ou futuras recentes, que podem ser pensadas como adaptações da reescrita de imagens clássicas (ImRs). O que é único sobre as técnicas apresentadas neste capítulo é que elas direcionam a atenção do paciente (e do terapeuta) para situações carregadas de emoção nos dias atuais, facilitando assim a compreensão, processamento, ensaio e / ou reescrita de 'ao vivo', às vezes ainda em desenvolvimento , situações.

Para a maioria dos pacientes, uma combinação de imagens da infância e da vida atual ao longo do curso da terapia é ideal. Enquanto as técnicas de imagens mentais com foco na infância ajudam os pacientes a compreender as origens de seus esquemas e necessidades não atendidas, as técnicas descritas a seguir oferecem aos pacientes a oportunidade de trabalhar seus esquemas e modos à medida que operam em sua vida atual.

O imediatismo, a vivacidade e a relevância das experiências atuais criam uma arena particularmente atraente para trabalhar e efetuar mudanças. Em particular, pode levar a um de vários benefícios, incluindo a conscientização sobre (e a diferenciação entre) modos, fortalecimento do modo Adulto Saudável do paciente (e, particularmente, a capacidade adaptativa deste modo para reparar os modos infantis) e ensaio de mudança de comportamento.

Até o momento, poucos estudos exploraram empiricamente o valor dos métodos focados no presente. No entanto, um estudo convincente de Weertman e Arntz (2007) sugeriu que a terapia cognitiva focada no esquema poderia progredir de um foco nas memórias do dia presente para as do passado, ou vice-versa, com benefícios iguais. Além disso, alguns métodos de imagens atuais demonstraram ser componentes produtivos de intervenções baseadas em evidências (incluindo técnicas de imagens positivas: Hackmann, Bennett-Levy & Holmes, 2011; protocolos de tratamento de ansiedade breves: por exemplo, Prinz, Bar-Kalifa, Rafaeli , Sened, Lutz, 2019; e redução do estresse baseada na atenção plena: Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004).

O capítulo está organizado em três seções, delineando técnicas de imagens relacionadas a cenas do passado recente, presente imediato e futuro. Ele conclui com algumas recomendações relevantes para todas essas técnicas.

## Reescrever imagens do passado recente

Muitos terapeutas familiarizados com os ImRs usam as experiências atuais como ponto de partida para acessar memórias muito anteriores. Em tais casos, o terapeuta pode dar um zoom em um evento recente com carga emocional relatado pelo paciente (por exemplo, um conflito com um membro da família ou colega; a experiência de uma perda ou rejeição, etc.) e convidar o paciente a encerrar sua olhos e trazer esta cena à mente tão vividamente quanto possível. Uma vez que a cena esteja vívida o suficiente, o terapeuta direciona a atenção do paciente para sua experiência emocional e sentido corporal nesta situação, e pede ao paciente que deixe os outros aspectos (mais externos) da cena se dissiparem. Por meio de um foco em suas emoções e sensações físicas, o paciente é solicitado a atravessar uma "ponte de afeto" (Watkins, 1971) ligando este evento recente a algum evento anterior por meio das emoções e sensações compartilhadas. Abaixo está uma vinheta exemplificando esse trabalho (clássico) de ImRs.

### Exemplo de caso

Adam, um paciente de 29 anos, entrou na sessão sentindo-se defeituoso, envergonhado e sem esperança, por ter perdido por pouco um acidente de carro por não conseguir localizar um sinal de pare. Na imagem do dia atual, ele se conectou com um sentimento de desânimo sobre sua capacidade de dirigir prejudicada e sobre o que isso significaria para seu trabalho e sua vida amorosa. O uso de uma ponte de afeto permitiu a Adam e seu terapeuta ver a semelhança emocional entre essa cena e muitos exemplos anteriores de humilhação. Uma memória saliente que se tornou o foco dos ImRs (clássicos, focados na infância) foi a experiência repetida de ser castigado por seu pai enquanto aprendia a andar de bicicleta aos 6-7 anos.

Uma adaptação simples do trabalho de ImRs envolve o uso dessa técnica para rescrever eventos recentes carregados de emoção, sem buscar um vínculo com um evento da infância anterior. Um terapeuta pode escolher essa estratégia por uma de várias razões. Em primeiro lugar, dada a retutância de muitos pacientes em se envolver com o material histórico, o terapeuta pode optar por buscar um trabalho focado no passado recente nos estágios iniciais da terapia como um trampolim para o trabalho de ImRs mais tradicional focado na infância mais tarde na terapia, uma vez que o paciente viu a utilidade do trabalho experencial / imagético e a relação de terapia em si parece mais segura. Um foco atual também pode ser indicado quando o evento recente é particularmente angustiante e o terapeuta determina que a regulação negativa da emoção, em vez da intensificação do afeto mais típico dos ImRs clássicos, é a prioridade. Finalmente, um foco em eventos passados recentes pode ser apropriado quando estes fornecem uma oportunidade boa o suficiente para fortalecer o Adulto Saudável, acessar a vulnerabilidade ou simplesmente diferenciar entre vários modos ativados dentro de uma cena. A seguir, ilustramos como Adam e seu terapeuta integram esse trabalho em uma sessão típica.

ADAM (A): Tive uma semana muito difícil - terça-feira foi a pior! Quando eu estava em trabalho eu estava saindo do elevador e o 'chefão' passou por mim, nem mesmo reconhecendo minha existência. Você acredita nisso? Na verdade, tentei murmurar algum tipo de saudação, 'bom dia' ou algo assim... mas foi realmente apenas um murmúrio. Seu rosto estava totalmente congelado, quase com raiva, olhando através de mim, morto nos olhos.

TERAPEUTA (T): Uau... Que experiência horrível. Você pode tentar me dizer - o que você estava sentindo? O que estava passando pela sua cabeça?

UMA: Por um momento, me senti magoado, chocado, furioso. Mas então eu fui inundado com ansiedade ... De repente, tive 100% de certeza de que serei demitida! E também, isso é tudominha culpa ...

T: Que situação dolorosa ... tais sentimentos difíceis. ... E também, eu acho-ing ... é muito relevante para tudo o que falamos recentemente, especialmente o esquema de Abandono. Você estaria disposto a fazer um trabalho de imagem usando esta cena que acabou de descrever? [usando a experiência recente como ponto de partida para imagens]

UMA: Certo. Foi tão intenso... Eu ainda posso sentir essa sensação de tremor que tive quando a coisa toda acabou.

T: Tenho certeza. Parece uma situação muito perturbadora. Você estaria disposto a feche os olhos por um minuto e tenha uma imagem do que viu ali mesmo, do lado de fora do elevador? [Adam fecha os olhos] Tente entender a situação e me diga o que está acontecendo...

UMA: Eu estava saindo do ... T: Você pode tentar me dizer como se estivesse acontecendo agora ... então, 'eu sou apenas saindo do elevador'?

UMA: Sim ... OK. Então, estou saindo do elevador no meu andar, e então ao virar da esquina vem o 'chefão' ... Estou tentando chamar a atenção dela - falar, dizer 'bom dia' ou algo assim ... Mas quando ela está passando por mim, minhas palavras se tornam um pouco arrastadas ou talvez se transformem em um murmúrio ... e eu fico tipo - este &% \$ ^ # está me ignorando totalmente!

T: eu entendo ... Vamos diminuir o ritmo dessa cena. Tente imaginar tudo em câmera lenta extrema, talvez começando com o momento em que você percebe que ela está te ignorando ... O que está acontecendo com você agora? O que você está sentindo?

UMA: Eu estou tão ferido! E estou furioso! Como ela ousa! Que tipo de comportamento é isto? Que pessoa horrível.

T: Você está ferido, você está com tanta raiva. UMA: sim ... mas ainda mais, estou preocupado ... Estou preocupado que ela está bravo com mim ...

Estou pensando comigo mesmo que devo ter feito algo para irritá-la e é por isso que ela não me olha nos olhos. E então, em uma fração de segundo, estou olhando para trás, para todas as minhas ações no trabalho e estou começando a ver tudo como um grande fracasso... Ela vai me despedir! Ela vai me despedir! O que vou fazer? Tenho contas a pagar, tenho uma hipoteca a pagar! Eu tenho compromissos.... O que vai acontecer a seguir?! Eu estou sozinho. É como 'Game Over'.

T: Vamos desacelerar as coisas um pouco mais, então. Eu quero te ajudar a encontrar um cofre lugar, algum lugar onde você possa estar sozinho por alguns momentos. ... Você consegue se imaginar entrando em seu escritório e fechando a porta atrás de você? Imagine sentar em sua mesa? [Tentar regular a emoção do paciente e também entrar em um espaço - embora imaginário - no qual o trabalho de reescrever pode ser realizado.]

UMA: Sim.

T: OK ... estaria tudo bem eu falar com alguns dos modos que parece estar chegando agora?

UMA: Sim claro.

T: Excelente. Eu gostaria de começar dizendo algo para a parte assustada de você, o modo com o qual você está tão em contato agora ...

UMA: Sim?

T: Ei ... Eu te vejo amigo... Posso sentir como você está abalado. Foi realmente uma situação bem desagradável lá fora ... Me diga como você está agora ...

UMA: Eu só estou apavorado que ela vá me despedir ... é isso. Eu não consigo ver além disso medo agora.

T: Eu ouço você, eu realmente entendo. Posso trazer outra peça agora? eu gostaria de tentar e entrar em contato com outra parte de você ...

UMA: sim ... qual deles? T: Eu estava pensando nesta parte zangada de você, a parte que foi ativada pela primeira vez quando

seu chefe não disse oi. ... Eu entendi certo?

UMA: sim ... mas, ummm ... Eu não estou muito em contato com ele agora, no entanto ... T: eu sei ... mas poderia você tentar retroceder um pouco e voltar a esses pensamentos e sentimentos que você teve direito como você percebeu que ela não está fazendo contato visual?

UMA: Ok, um pouco eu acho ... T: Você falaria deste lado de você? O que você acha? O que você faz

sentir?

UMA: Bem, ela é uma idiota, isso é certo. Quer dizer, tenho trabalhado como um louco para preparar tudo para a reunião de resumo do trimestre na semana passada. E agora ela nem mesmo me veja? Isso é então não é legal. Não é legal.

T: OK ... Boa ... Tenho a sensação de que você está um pouco mais neste modo agora, direito?

UMA: Pode apostar que eu sou ... Quem diabos ela pensa que é? Não mesmo! Eu estou perguntando para você!

T: Agora vamos trazer mais uma parte para o escritório. ... Mas espere ... Onde você colocaria cada um dos lados que falamos até agora na imagem que você tem em sua mente? Você pode olhar para a parte assustada e me dizer onde você o vê agora? E também, onde está a parte zangada?

UMA: O assustado está embaixo da mesa [rindo um pouco, parece confuso]. O zangado um está de pé perto da mesa.

T: Isto é incrível. Agora, por favor, traga seu eu adulto, a parte de você que vê o quadro geral também ... onde ele vai estar?

UMA: Eu acho que talvez ... Eu estaria sentado normalmente na mesa.

T: Excelente. Você poderia agoraser esta parte de você, sentada na mesa, olhando para o outros dois? Na parte assustada sob a mesa, e também no zangado parado perto dela? [acessando e fortalecendo o Adulto Saudável, ajudando o paciente a diferenciar os diversos modos]

UMA: sim ...

T: Tente ver se você pode dizer algo a cada um deles. ... Tente refletir sobre cada uma de suas reações e o que eles precisam ... vamos levar isso bem devagar.

Como esta vinheta ilustra, as imagens podem ser adaptadas para trabalhar através de eventos recentes carregados de emoção, sem necessariamente buscar um vínculo com eventos da infância anterior. Esta imagem também não exigiu 'reescrita' no sentido de mudar quaisquer eventos externos na cena; em vez disso, foi usado para convocar o Adulto Saudável do paciente para ajudá-lo em suas reações guiadas pelo esquema. Um benefício principal de tal trabalho é que ele fornece acesso vívido aos modos ativados em situações recentes e, assim, permite um modo de trabalho eficaz que parece "vivo" para o paciente, à medida que são levados de volta a toda a gama de emoções, pensamentos e sentimentos evocados nele. Freqüentemente, isso contorna as narrativas mais distantes ou controladas do paciente sobre a situação, que podem perder sua vulnerabilidade subjacente e necessidades essenciais.

### Técnicas de imagens focadas no presente

As técnicas de imagens mentais também podem ser usadas para focar na experiência imediata do paciente - isto é, no próprio momento presente. Tal enfoque muitas vezes assume a forma de convidar o paciente a fazer contato com uma sensação sentida de seu modo de Criança Vulnerável, para invocar uma consciência das qualidades e forças de seu modo de Adulto Saudável e para estabelecer um diálogo sintonizado, nutridor e reparador entre os dois.

Para se conectar com a Criança Vulnerável por meio da imaginação, um terapeuta pode simplesmente convidar o paciente a fechar os olhos e a retratar ou ser o seu lado mais jovem, seja no fíprimeiro pessoa (você pode ser aquele lado mais jovem de si mesmo agora?) ou no terceiro pessoa (você pode ver aquele seu lado mais jovem, talvez sentado ao seu lado?). O terapeuta pode aproveitar um momento oportuno em que haja tristeza, medo ou alguma outra angústia e perguntar ao paciente se ele gostaria de entrar nisso mais profundamente. O paciente então verbalizaria o que ele (como a parte mais jovem) está sentindo, sentindo e pensando. Por exemplo, o terapeuta de Adam pode dizer: 'Adam, você pode fechar os olhos e ser, por um momento, a parte de você que se sente mais vulnerável ou magoada agora? Seja a parte emocional de você, a parte que está se sentindo muito mais jovem, que não é necessariamente racional, que não tenta estar no controle. Como você está se sentindo agora?'

Alternativamente, o terapeuta pode pedir ao paciente para observar ou "ver" sua criança vulnerável e retransmitir suas observações, em vez de incorporar a própria criança. Isso pode ser útil quando o paciente é menos adepto de

expressar vulnerabilidade de uma forma direta - por exemplo, quando o paciente é novo na terapia, não se sente seguro o suficiente para chorar ou provavelmente ficará sobrecarregado neste caso específico. 'Eu posso sentir sua tristeza agora... você pode fechar os olhos e ver o pequeno Adam sentado ao seu lado? Como ele é? Como você se sente em relação a ele? Você pode descobrir o que está acontecendo dentro dele? Como ele está se sentindo? Há algo que ele queira nos dizer? O que ele precisa?'

Em ambos os casos (ou seja, imagens de primeira ou terceira pessoa), o foco está em fazer com que o paciente - e o terapeuta - obtenham uma sensação mais clara e pungente da dor central do paciente e do que eles precisam naquele momento. Isso tende a ajudar os pacientes a desenvolver compaixão por sua criança vulnerável, pois eles ouvem sua voz de uma forma mais crua e sem censura, bem diferente dos diálogos internos típicos em que essa voz tende a ser mascarada conforme o paciente alterna entre modos diferentes. Na verdade, os pacientes muitas vezes expressam pensamentos e sentimentos inesperados nesses momentos, que podem ter sido rejeitados ou dominados por outros modos. O paciente tem a chance de desvendar sentimentos e aprender qual (ou quais) soam verdadeiros em um nível "instintivo". Essa clareza pode ser uma meta em si mesma; como Greenberg (2015, p. 99) bem colocou, 'não podemos deixar um lugar [ou uma emoção] até que tenhamos chegado lá primeiro'; o trabalho de imagens mentais desse tipo nos ajuda a fazer isso - ou seja, "chegar" totalmente a esse ponto emocional.

Para ilustrar isso, considere Gabriella, uma paciente de trinta e poucos anos que entra em uma sessão e diz que se sente fraca e sem esperança. O terapeuta a convida a se concentrar nesse sentimento e localizá-lo em seu corpo. Gabriella nota a sensação de estar curvada, assim como ela se lembra de si mesma quando criança, com idades entre 8-10. Ela localiza a sensação de fraqueza em sua coluna - e, especificamente, em sua sensação de que não tem uma coluna forte própria e também sente que não tem um 'apoio' estável - nenhum apoio da família ou dos amigos.

Chegar à emoção mais profunda e desempacotá-la pode preparar o terreno para um trabalho reparador em imagens, no qual a terapeuta se oferece como uma figura reparadora ou convoca o próprio Adulto Saudável de Gabriella. O terapeuta pode falar diretamente com a criança vulnerável de Gabriella, perguntando o que ela mais precisa e / ou sugerindo algumas ações - por exemplo, imaginar que seu eu mais velho e mais forte está parado bem atrás da criança mais fraca, permitindo que ela se incline para trás e se sinta apoiada. Ela poderia pedir a Gabriella que alternasse entre as duas partes - relatando o que está fazendo e vendo como uma adulta saudável e, a seguir, o que sente e sente como criança vulnerável e assim por diante.

**TERAPEUTA (T):** Você sente que poderia entrar e fornecer esse 'retorno' para seu eu mais jovem - para a pequena Gabriella? ... Ou seria útil se eu também fizesse isso?

**GABRIELLA (G):** Sim, acho que preciso de você. Eu posso me imaginar em pé atrás de mim ... mas ajudaria se você também estivesse lá.

T: Claro! Acho que nós dois podemos ficar com a pequena Gabriella. O que você faz acha que iria ajudá-la mais?

G: Eu não sei. Parece muito físico, essa coisa de estar curvado. Pode ser Posso colocar as duas mãos nas costas dela?

T: Parece perfeito. De uma chance... tente realmente se ver fazendo naquela. ... Como é?

G: Muito bem, sinto que estamos realmente juntos, como se estivesse lá para ela. T: E podemos perguntar à pequena Gabriella como é para ela? G: Ela está gostando, é reconfortante para ela. T: Posso ouvir diretamente dela? Você pode ser a pequena Gabriella agora, nos contando

qual é a sensação?

Nessa situação, o Adulto Saudável do paciente é ativo e sintonizado no atendimento às necessidades da criança na imagem. Em outras situações, em que o paciente se sente mais inseguro ou inibido, o terapeuta pode oferecer alguma orientação ou treinamento para ajudá-lo a facilitar seu papel de Adulto Saudável na imagem. Por exemplo, na sessão de Gabriella descrita acima, se o Adulto Saudável inicialmente se mostrar incapaz de atender às necessidades da Pequena Gabriella, o terapeuta pode ser chamado para modelar uma postura compassiva em relação à Criança Vulnerável como um passo intermediário.

G: Eu não sei. Parece muito físico, essa coisa de estar curvado. Mas Não sei o que fazer com isso.

T: Isso é um começo ... você está percebendo que é realmente físico para ela. Podemos tentar algo? Talvez possamos perguntar à pequena Gabriella do que ela precisa?

G: Huh?

T: [falando com uma voz mais suave]: Estou falando com você agora, pequena Gabriella; estamos aqui juntos, seu eu mais velho e mais sábio, junto comigo, e realmente quero saber o que pode ajudar agora.

G: [respondendo espontaneamente como a criança vulnerável]: Eu realmente preciso de um abraço, ou para você ficar atrás de mim e me apoiar ... Eu me sinto como um macarrão molhado.

T: [falando em uma voz normal, voltado para o Adulto Saudável emergente]: OK ... Acho que ela pode ser nossa guia aqui, ela está nos dizendo o que ela mais precisa. Você acha que poderia tentar fazer isso?

A implementação de imagens focadas no presente desse tipo tende a ser relativamente breve e normalmente tem como objetivo acessar a Criança Vulnerável, recrutar o Adulto Saudável e criar um diálogo produtivo entre os dois. No entanto, as imagens focadas no presente também podem envolver a convocação de outros modos - incluindo a criança raivosa ou impulsiva, modos de enfrentamento ou críticos internos disfuncionais - conforme necessário. Por exemplo, no caso acima, Gabriella pode ser convidada a reconhecer o modo de rendição em que normalmente entra quando se sente fraca. Para fazer isso, ela seria solicitada a voltar sua atenção para dentro, para reconhecer os sentimentos e pensamentos desse modo de enfrentamento, para visualizar mentalmente a perspectiva desse modo e falar a partir dele.

T: Acho que estamos ouvindo esse lado que começamos a conhecer - o Desistir lado, ou Gabriella Desesperada. Posso pedir-lhe que pare um minuto e veja o que este lado está sentindo... e depois falar da perspectiva deste lado?

G: [depois de uma pausa]: Sim ...: [falando em um tom ligeiramente diferente, para marcar a mudança]: Então, estou falando

para você, este lado Desistir, e quero começar expressando meu respeito por você, minha gratidão pela maneira como você tem ajudado e protegido a pequena Gabriella do que muitas vezes parecia um destino muito pior ... de maior mágoa ou decepção ...

O terapeuta, então, passaria algum tempo na imaginação para conhecer este modo e responder a ele com empatia, para que pudesse finalmente ser persuadido a permitir que o Adulto Saudável do paciente intivesse e liderasse o caminho para fornecer respostas novas e diferentes ao seu próprio Vulnerável Criança ou para situações externas.

De forma mais ampla, as imagens atuais podem ser usadas para ajudar os pacientes a aprofundar sua capacidade de acessar e usar o modo Adulto Saudável. Por meio do processo de visualização, os pacientes têm a chance de "possuir" disposições ou inclinações que ocorrem naturalmente, bem como aquelas que são apresentadas ou modeladas pelo terapeuta. Estes podem assumir a forma de autocompaixão, autorregulação, comunicação interpessoal adaptativa, tolerância ao sofrimento e confronto assertivo de figuras externas ou vozes internas, para citar apenas alguns.

## Técnicas com foco no futuro

Outro grupo de intervenções ImRs são aquelas que se concentram em eventos ou cenas futuras. Estes envolvem imagens que ajudam o paciente a ensaiar para alcançar um objetivo desejado, se preparar para uma situação desafiadora (por exemplo, um encontro, uma entrevista de emprego ou um confronto necessário) ou desenvolver alternativas saudáveis para comportamentos arriscados ou problemáticos (por exemplo, automutilação, tentativas de suicídio, abuso de substâncias, etc.).

Às vezes, as imagens focadas no futuro podem ser usadas simplesmente para permitir que um paciente treine para um determinado comportamento ou ensaie uma habilidade específica. Como Kosslyn et al. (2001) notaram, as mesmas estruturas neurais são usadas quando alguém imagina uma habilidade e quando está realmente realizando essa habilidade. Assim, levar os pacientes através do processo de simular mentalmente aquela conversa difícil que eles estão atrasando, a atividade física que estão adiando ou as etapas específicas que os moverão em direção a algum objetivo de vida importante, aumenta a probabilidade de que realmente acontecem. Como todas as atividades relacionadas a objetivos, tal simulação tende a ser mais eficaz quanto mais específicos, realistas e concretos forem os objetivos / comportamentos / habilidades. É importante ressaltar que tanto como Beck (2011), bem como Hackmann et al. (2011) nota,

Por exemplo, considere Sophie, uma mulher de 50 anos que está quase concluindo um curso de terapia no qual ela tem lidado com um problema ao longo da vida

padrão de tentativa de exercer controle excessivo em situações que provocam ansiedade. Por exemplo, ela tendia a 'assumir' quando jantava fora com amigos, dominando o processo de pedir comida e fazendo os outros se sentirem incomodados. O terapeuta de Sophie pediu-lhe que imaginasse uma situação iminente em que toda a sua família se reunisse em um restaurante local para comemorar o aniversário de seu marido. Como ela havia ganhado consciência de (e queria mudar) sua resposta costumeira, o terapeuta pediu que ela experimentasse e descrevesse toda a cena em imagens - desde a saudação aos familiares no parque de estacionamento, passando pelos lugares e pela ordem da comida, que é quando habitualmente se sente mais ansiosa e tende a exercer um controlo excessivo. A terapeuta pediu a Sophie que se imaginasse nesses momentos, convidando outros membros da família a pedirem os itens que escolherem, sem fazer comentários sobre essas escolhas e sem fornecer instruções para compartilhar a comida ou dividir os pratos com alguém à mesa. Em vez de agir como antes, ela é convidada a simplesmente pedir suas próprias entradas e continuar conversando com a pessoa ao lado dela - ou até mesmo se imaginar dizendo em voz alta 'Não tenho certeza do que pedir; o que devo comprar?' O objetivo deste exercício era fazer com que Sophie realizasse a mudança comportamental desejada - primeiro na imaginação e depois (como lição de casa) na saída em família real.

Algum trabalho focado no futuro (por exemplo, o ensaio de Sophie da cena do restaurante) é simples de implementar e pode resultar em mudança de comportamento sem muita dificuldade. No entanto, muitos objetivos são mais difíceis de atingir e requerem uma abordagem mais envolvente. Dentro das 'imagens para quebra de padrões' de Young (Young, Klosko & Weishaar, 2003, p. 146), a terapeuta orienta seu paciente a imaginar um comportamento desejado, mas difícil de realizar (por exemplo, ir a uma festa de escritório; iniciar uma conversa com um estranho atraente). Ela então pedia ao paciente para realizar um diálogo entre os esquemas ou modos que bloqueiam o comportamento (por exemplo, um esquema de falha, um modo evitativo, um supercontrolador) por um lado, e o Adulto Saudável do paciente, o que o incentiva a entrar a situação ou permanecer nela, por outro lado.

Vamos ilustrar essa ideia voltando ao caso de Sophie. Como observamos anteriormente, Sophie tende a se tornar excessivamente controladora quando se sente estressada ou ansiosa em situações sociais (isto é, quando sua Criança Vulnerável e seus esquemas de Fracasso e Deficiência são ativados). Se essa resposta de enfrentamento for muito forte, ela pode não estar pronta a princípio para embarcar no ensaio comportamental descrito acima. Em vez disso, a sessão pode começar com um trabalho de imaginação com o objetivo de superar os esquemas ou modos disruptivos e fortalecer o modo Adulto Saudável. Após esse trabalho, uma vez que Sophie e seu terapeuta determinaram que os obstáculos para comportamentos mais adaptativos foram resolvidos, a sessão idealmente progrediria para o estágio de ensaio comportamental.

Tanto a teoria quanto a prática de imagens que quebram padrões são consistentes com a pesquisa sócio-cognitiva sobre autorregulação e com técnicas que se mostraram eficazes para perseguir objetivos ou comportamentos relacionados à saúde mais difíceis. Há fortes evidências para a hipótese de que a simulação mental detalhada (ou seja, imagens) de um resultado desejado e das etapas envolvidas em alcançar o resultado são eficazes para evocar emoção e desejo, motivar a ação e desenvolver soluções para objetivos múltiplos (para revisão, consulte Oettingen & Mayer, 2002; Oettingen & Reininger, 2016; Taylor, Pham, Rivkin & Armor, 1998). É importante ressaltar que esta pesquisa aponta para uma profunda diferença entre simples 'fantasias positivas' de resultados desejados, que podem sair pela culatra, e simulação imaginal eficaz, que normalmente leva a resultados mais eficazes.

A chave para uma simulação imaginal eficaz parece estar na combinação de dois processos. O primeiro processo, conhecido comocontraste mental (MC; por exemplo, Oettingen & Reininger, 2016), envolve convidar o paciente a justapor fantasias positivas sobre o futuro com os possíveis obstáculos realistas para a realização dessas fantasias. O segundo processo, conhecido comointenção de implementação(II; por exemplo, Gollwitzer, 1999), envolve encorajar o paciente a considerar passos comportamentais específicos que ele tomaria se topasse com os obstáculos identificados por meio do contraste mental.

Como o exemplo de caso a seguir ilustra, os processos de MC e II são fáceis de traduzir em termos de terapia do esquema. David, um homem deprimido e evasivo de 35 anos, concordou em princípio que matricular-se em algumas aulas de arte em um centro comunitário seria de seu interesse, mas continuou adiando. Para ajudar nesse processo, sua terapeuta (Anna) iniciou um exercício de imaginação ativa que começou imaginando vividamente o resultado desejado (fazer um ou dois novos amigos; ter um motivo para sair de casa nos fins de semana). Enquanto David se imaginava participando da aula de arte, Anna perguntou se ele sentia ou notava alguma coisa, e David notou que se sentia um pouco energizado pela camaradagem de sentar-se em frente a um cavalete ao lado de outros pintores e talvez conversar um pouco com eles. Anna então orientou David a imaginar a realização de ações específicas necessárias para atingir esse estado final desejado (por exemplo, consultar o site do centro comunitário; ligar para perguntar sobre a disponibilidade de aulas). Invariavelmente, imaginar essas etapas de ação levou David a antecipar vários obstáculos externos e internos. Primeiro, ele se imaginou encontrando uma resposta impaciente ou des cortês da secretária do centro e se sentiu despreparado para lidar com isso. Então, ele notou um sentimento emergente de pessimismo e deflação sobre o resultado final ("Não vou gostar da aula de arte de qualquer maneira"). ele se imaginou encontrando uma resposta impaciente ou des cortês da secretária do centro e se sentiu despreparado para lidar com isso. Então, ele notou um sentimento emergente de pessimismo e deflação sobre o resultado final ("Não vou gostar da aula de arte de qualquer maneira"). ele se imaginou encontrando uma resposta impaciente ou des cortês da secretária do centro e se sentiu despreparado para lidar com isso. Então, ele notou um sentimento emergente de pessimismo e deflação sobre o resultado final ("Não vou gostar da aula de arte de qualquer maneira").

Anna identificou esse sentimento como uma expressão do Protetor Desesperado / Esquivo de David e o convidou a assumir esse modo de enfrentamento na imagem. Ela convidou o Protetor a expor suas preocupações e receios e a falar sobre os obstáculos previstos. Ela respondeu com empatia a isso, e então pediu ao Protetor para articular seus objetivos; como o Protetor, Davi foi capaz de dizer 'Estou apenas tentando evitar que ele se sinta decepcionado novamente'. Isso permitiu que Anna continuasse com um processo de confronto empático, no qual ela

encorajou o Protetor a se agarrar ao objetivo emocional de proteger David, mas a considerar os benefícios de fazê-lo por outros meios - como permitir que David pergesisse o objetivo desejado de se matricular em aulas de arte.

Notavelmente, esse confronto empático pode ser realizado de várias maneiras. Se possível, Anna poderia ter pedido ao Adulto Saudável de David para falar com o Protetor Desesperado, enquanto ela escuta e dá algumas dicas. Alternativamente, ela poderia ter falado com a própria Protetora, modelando este papel para o modo Adulto Saudável. Finalmente, se nenhum modo Adulto Saudável estiver acessível neste momento, Anna poderia ter pedido permissão a David para entrar na imagem e conduzir o diálogo como um participante dentro da cena imaginada, que seria então localizada em um determinado tempo e lugar. Devido à tenaz evitação de Davi e ao alto nível de ansiedade nessa situação, essa foi a abordagem escolhida aqui.

Anna explorou com o lado Desesperado outras maneiras pelas quais eles, em conjunto, poderiam proteger David, e concordou em dar um passo para o lado para experimentá-los. Então, Anna novamente convidou David a imaginar as etapas comportamentais envolvidas em fazer a mudança desejada (ou seja, telefonar para o centro comunitário, ter uma conversa com a secretária grosseira, etc.). Ela também o ajudou a formular frases do tipo 'se-então' nas quais ele antecipou o ressurgimento de obstáculos (e, especificamente, do Protetor) e apresentou respostas específicas. Por exemplo, eles formaram em colaboração a seguinte frase, que pareceu certa para David: 'Se Começo a sentir desesperança e futilidade em relação às aulas de arte, então eu vou pego minha velha paleta de tinta e olhe para ela, para me lembrar do quanto eu realmente gosto dessas aulas de arte'.

### Resumo, reflexão e conclusões

As técnicas revisadas neste capítulo podem ser consideradas adaptações de ImRs clássicos com foco no passado. Portanto, com algumas exceções, usá-los envolve aderir às diretrizes habituais para o trabalho de imagens. Por exemplo, assim como nos ImRs habituais, imagens de lugares seguros podem, às vezes, ser garantidas nos ImRs dos dias atuais, a fim de ativar uma sensação de segurança ou equanimidade emocional antes ou depois do trabalho na cena principal. Além disso, assim como nos ImRs focados no passado, um terapeuta iniciando os ImRs dos dias atuais convidaria o paciente a imaginar a cena o mais vividamente possível, a fim de aprofundar a emoção experimentada nela. Para fazer isso, o terapeuta normalmente instruiria o paciente a adotar uma perspectiva de primeira pessoa no tempo presente, em vez de uma perspectiva externa mais distante do observador. Além disso, como em ImRs focados no passado,

Além dessas recomendações gerais, algumas considerações adicionais merecem atenção especial ao implementar técnicas que abordam questões da vida atual. Uma delas é a necessidade de cuidados especiais ao trabalhar com imagens em cenas que estão próximas do presente, o que pode muito facilmente (e, às vezes,

muito facilmente) se traduzem em ação no mundo real. A liberdade proporcionada pelo trabalho com imagens frequentemente permite que nós (pacientes e terapeutas) vamos muito longe na expressão de fortes emoções e comportamentos - mesmo aqueles contendo reações socialmente inaceitáveis, como retaliação ou vingança. Como regra geral, isso não é motivo de preocupação. Na verdade, como Arntz et al. (2007) observou, descobriu-se que ImRs realmente reduzir raiva e para aumentar a raiva ao controle (comparada, por exemplo, à simples exposição prolongada no tratamento de PTSD). No entanto, a proximidade temporal (e muitas vezes física) de outras pessoas emocionalmente significativas - que podem estar presentes tanto na realidade quanto nas imagens de pacientes raivosos - exige cuidado adicional.

Por exemplo, ao conduzir um trabalho recente de imagens focadas no passado, um paciente pode trazer à tona um confronto com um colega de trabalho ou chefe. No decorrer da imaginação, o paciente pode se conectar com emoções profundas e difíceis e pode sentir como se o melhor curso de ação (imaginada) fosse atacar ou revidar a pessoa que a tratou injustamente. Na realidade, esse comportamento pode ser imprudente, ilegal ou mesmo perigoso. O terapeuta desse paciente precisará garantir que o paciente possa distinguir entre as ações que são mais bem imaginadas e as que são realisticamente de seu interesse. Uma maneira possível de fazer isso envolveria repetir a imagem duas vezes: primeiro, com o modo Criança Irritada do paciente atacando ou retaliando, e então, uma vez devidamente questionado, com o Adulto Saudável assumindo e ensaiando uma resposta mais moderada.

Para resumir, as técnicas discutidas neste capítulo enriquecem a caixa de ferramentas dos terapeutas do esquema e têm o potencial de aumentar a consciência do modo, facilitar a cura do esquema e promover a mudança comportamental. Eles visam estender (ao invés de substituir) as técnicas clássicas de ImRs focadas no passado e têm o potencial de ser particularmente úteis para o estabelecimento de metas, desenvolvimento de habilidades e solução de problemas. Além disso, eles podem servir como um ponto de entrada para a introdução de técnicas de imagens mentais com alguns pacientes, que podem inicialmente recusar o trabalho clássico de ImRs com seu foco inerente em aspectos dolorosos de seu passado. Por fim, esse tipo de imagem permite que os pacientes experimentem e explorem mudanças que muitas vezes os iludiram, fazendo com que sua Criança Vulnerável fosse ouvida, seu Adulto Saudável mais forte e seus modos de enfrentamento compreendidos. Por meio desse trabalho,

#### Dicas de terapeuta

1. As imagens da vida atual podem aumentar a consciência (e a diferenciação) dos modos, fortalecer o modo Adulto Saudável do paciente (e particularmente a capacidade adaptativa desse modo de reparar os modos da criança) e ensaiar a mudança de comportamento.

2. Você pode escolher usar esta abordagem como uma primeira etapa no trabalho de imagens se o seu paciente estiver relutante em se envolver com o material histórico ou se o evento recente for particularmente angustiante e exigir uma nova redação.
3. Como em outras formas de imaginação, quando os pacientes lutam para expressar vulnerabilidade, os terapeutas podem pedir-lhes que observem ou "vejam" sua criança vulnerável e retransmitam suas observações, em vez de personificarem eles próprios essa criança. Isso pode dar uma sensação mais clara e pungente da dor central dos pacientes e do que eles precisam naquele momento.
4. Um grande ponto forte do uso de trabalho com imagens focadas no presente ou no futuro é a capacidade de aproveitar o poder do modo de trabalho para afetar a mudança comportamental na vida presente de maneiras que ecoem as recomendações recentes da psicologia motivacional. Com efeito, o modo de trabalho que ocorre dentro das imagens segue a lógica do contraste mental.

**Observação**

1 Como em outros tipos de imagens, o terapeuta guia Sophie para o campo da primeira pessoa perspectiva no presente: 'Vou entrar no restaurante e vejo que está lotado, estou ansioso ... '

## Referências

- Arntz, A., Tiesema, M. & Kindt, M. (2007). Tratamento de PTSD: uma comparação de exposição imaginal com e sem reescrita de imagens. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38 (4), 345-370.
- Beck, JS (2011). Terapia cognitiva para problemas desafiadores: o que fazer quando o básico não trabalhar. Nova York: Guilford Press.
- Gollwitzer, PM (1999). Intenções de implementação: Efeitos fortes de planos simples. *Psicólogo americano*, 54 (7), 493-503.
- Greenberg, LS (2015). Terapia focada na emoção: treinando os pacientes para trabalharem seus sentimentos ings, 2<sup>a</sup> ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Estresse baseado em atenção plena redução e benefícios para a saúde: uma meta-análise. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (1), 35-43.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, EA (2011). Guia de Oxford para imagens em cognição nitiva. Oxford: Oxford University Press.
- Kosslyn, SM, Ganis, G. & Thompson, WL (2001). Fundamentos neurais da imagem. *Nature Reviews Neuroscience*, 2 (9), 635-642.
- Oettingen, G. & Mayer, D. (2002). A função motivadora de pensar sobre o futuro: expectativas versus fantasias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (5), 1198-1212.
- Oettingen, G. & Reininger, KM (2016). O poder da prospecção: con mental degustação e mudança de comportamento. *Bússola de psicologia social e da personalidade*, 10 (11), 591-604.
- Prinz, JN, Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., Sened, H. & Lutz, W. (2019). Baseado em imagens tratamento para ansiedade de teste: um estudo aberto de base múltipla. *Journal of Affective Disorders*, 244, 187-195.

- Taylor, SE, Pham, LB, Rivkin, ID & Armor, DA (1998). Aproveitando a imaginação ação: simulação mental, autorregulação e enfrentamento. *Psicólogo americano*, 53 (4), 429-439.
- Watkins, JG (1971). A ponte de afeto: uma técnica hipnoanalítica. *Jornal Internacional of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.
- Weertman, A. & Arntz, A. (2007). Eficácia do tratamento de memórias de infância em terapia cognitiva para transtornos de personalidade: um estudo controlado que compara métodos com foco no presente e métodos com foco em memórias de infância. *Pesquisa e Terapia Comportamental*, 45 (9), 2133-2143.
- Young, JE, Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). *Terapia do esquema: um guia do médico*. Nova York: Guilford Press.



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

## Parte III

# Métodos criativos usando cadeira trabalho, modo diálogos e brincadeiras



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

# 9 Uso criativo de diálogos de modo com os modos Criança Vulnerável e Crítico Disfuncional

Joan Farrell e Ida Shaw

## Introdução

Este capítulo descreve o uso de diálogos de modo na Terapia do Esquema (ST) para fornecer experiências emocionais corretivas para o modo Criança Vulnerável e para diminuir o controle dos modos Crítico Disfuncional. No ST, o modo Criança Vulnerável é definido como a parte de si mesmo que sente a dor das necessidades básicas da infância não satisfeitas (Young et al., 2003). A experiência emocional do modo Criança Vulnerável pode ser principalmente triste, com medo ou solitária, acompanhada por memórias de infância e sensações físicas relacionadas. Os modos de crítico disfuncional (também conhecidos como modos de pais disfuncionais) são definidos como a internalização de experiências negativas relacionadas às necessidades da infância não satisfeitas, que assumem a forma principalmente de mensagens negativas sobre si mesmo ou regras disfuncionais sobre necessidades e sentimentos (Young et al., 2003). Neste capítulo, nos concentramos em dois tipos principais: Punitivo, concentrando-se em como as regras são aplicadas, e Exigente, concentrando-se nos próprios padrões e regras, não em sua aplicação. Os modos Crítico Disfuncional podem ser Punitivos, Exigentes ou podem combinar os dois elementos.

Seja conduzido em ST individual ou em grupo, o uso criativo de diálogos de modo pode aumentar a consciência dos efeitos dos modos disfuncionais no modo Criança vulnerável e fornecer experiências emocionais corretivas significativas para pacientes de qualquer diagnóstico. Descrevemos o uso de vários tipos de diálogos de modo individual e de grupo que têm como alvo o modo Criança vulnerável e os modos Crítico disfuncional. Duas advertências são necessárias para este capítulo: (1) Os diálogos no modo ST não são a intervenção do "trabalho da cadeira" da psicoterapia da Gestalt. Ocasionalmente, usamos cadeiras como marcadores para os modos, mas poderíamos facilmente fazer com que os pacientes ficassem em posições. (2) Substituímos a palavra 'Pai' por Crítico para descrever com mais precisão a internalização de mensagens derivadas de experiências de infância nas quais as necessidades básicas não foram atendidas por uma série de figuras significativas além dos pais - por exemplo, treinadores, professores, valentões. Esse rótulo mais amplo evita o desencadeamento de respostas de lealdade familiar em nossos pacientes que interferem no trabalho para diminuir esses modos disfuncionais.

## 156 Joan Farrell e Ida Shaw

### Diálogos de modo padrão

Os diálogos de modo são conversas entre os vários modos de uma pessoa. A versão padrão desta intervenção foi desenvolvida por Young (Young et al., 2003) para TS individual. Nos diálogos de modo, um paciente é solicitado a passar para seus vários modos e falar a partir dessa parte. Exemplo: quando um paciente em uma sessão descreve uma situação no presente em que os modos foram acionados, ele / ela seria solicitado a se conectar a, em seguida, expressar verbalmente os modos Crítico Disfuncional relacionados à situação. Em seguida, ele / ela seria solicitado a passar para uma segunda posição para se conectar com o modo Adulto Saudável e desafiar a precisão e utilidade do modo Crítico. O terapeuta neste exercício pode apoiar, encorajar ou mesmo falar pelo modo de Adulto Saudável do paciente, dependendo de sua força (por exemplo, 'Não queremos ouvir mais nada de você, você não é útil'). Freqüentemente, uma terceira etapa é fazer com que o paciente se conecte ao modo Criança vulnerável para expressar as necessidades presentes. O terapeuta também pode falar pelo modo Criança Vulnerável (por exemplo, 'Estou com medo, preciso de ajuda'). Finalmente, o paciente mudaria para o modo Adulto Saudável e falaria ou agiria para atender à necessidade expressa no modo Criança Vulnerável. A teoria é que este exercício facilita a consciência dos modos não adaptativos, suas mensagens disfuncionais e interferência com as necessidades do modo Criança Vulnerável sendo atendidas. Como o trabalho com imagens, pode fornecer ao paciente no modo Criança Vulnerável uma experiência emocional corretiva de ter suas necessidades atendidas. Esta experiência corretiva permite que uma nova mensagem saudável seja desenvolvida: por exemplo, 'Minhas necessidades são normais e posso atendê-las'. O trabalho preparatório para usar os diálogos de modo inclui a compreensão do conceito de modo, a capacidade de identificar seus modos, permitir a experiência do modo e ser capaz de expressá-los verbalmente. É necessária segurança suficiente na relação de terapia para que o paciente acesse seu modo Criança vulnerável e tenha a confiança de que o terapeuta será capaz de proteger o modo Criança vulnerável dos modos Crítico disfuncional. No inicio do processo de uso de diálogos de modo, o paciente pode querer que o terapeuta se sente ao lado, ou mesmo na frente deles, quando o modo crítico disfuncional for abordado. Uma imagem de lugar seguro ou bolha de segurança pode ser usada para proteção adicional (Farrell e Shaw, 2012), permitir a vivência do modo e ser capaz de expressá-los verbalmente. É necessária segurança suficiente na relação de terapia para que o paciente acesse seu modo Criança vulnerável e tenha a confiança de que o terapeuta será capaz de proteger o modo Criança vulnerável dos modos Crítico disfuncional. No inicio do processo de uso de diálogos de modo, o paciente pode querer que o terapeuta se sente ao lado, ou mesmo na frente deles, quando o modo crítico disfuncional for abordado. Uma imagem de lugar seguro ou bolha de segurança pode ser usada para proteção adicional (Farrell e Shaw, 2012). É necessária segurança suficiente na relação de terapia para que o paciente acesse seu modo Criança vulnerável e tenha a confiança de que o terapeuta será capaz de proteger o modo Criança vulnerável dos modos Crítico disfuncional. No inicio do processo de uso de diálogos de modo, o paciente pode querer que o terapeuta se sente ao lado, ou mesmo na frente deles, quando o modo crítico disfuncional for abordado. Uma imagem de lugar seguro ou bolha de segurança pode ser usada para proteção adicional (Farrell e Shaw, 2012). É necessária segurança suficiente na relação de terapia para que o paciente acesse seu modo Criança vulnerável e tenha a confiança de que o terapeuta será capaz de proteger o modo Criança vulnerável dos modos Crítico disfuncional. No inicio do processo de uso de diálogos de modo, o paciente pode querer que o terapeuta se sente ao lado, ou mesmo na frente deles, quando o modo crítico disfuncional for abordado. Uma imagem de lugar seguro ou bolha de segurança pode ser usada para proteção adicional (Farrell e Shaw, 2012).

### Variantes criativas de diálogos de modo

#### Fazendo os modos parecerem mais 'reais': efígies para representar o modo Crítico Disfuncional

Em resposta aos relatos dos pacientes de se sentirem tolos quando solicitados a dialogar com uma cadeira vazia ou nos dizer que a experiência não parecia real, criamos efígies dos modos (Farrell et al., 2014). Usando um pedaço retangular de musselina ou outro tecido barato de cerca de 4 por 6, criamos com o paciente (ou pacientes no grupo ST) um desenho do modo crítico disfuncional com

marcadores. A relutância inicial em participar se dissolve quando o terapeuta se envolve no processo. Em todas as culturas, descobrimos que os pacientes não desenham seus pais, mas sim alguma forma de monstro ou demônio. Essa caracterização é útil porque a figura não parece humana, sublinhando que esses modos são a internalização seletiva apenas dos aspectos negativos dos cuidadores, não da pessoa inteira. A efígie é usada como uma tela para os pacientes escreverem suas mensagens no modo de crítico disfuncional. O terapeuta participa com pelo menos uma mensagem do modo Crítico Disfuncional. As mensagens escritas na efígie tornam-se o script do modo Crítico Disfuncional no diálogo. Em diálogos individuais no modo ST, a efígie é colocada sobre uma cadeira para adicionar realismo. No grupo ST,

As efígies do modo Crítico Disfuncional evocam muita emoção, medo, raiva e tristeza, o que achamos que intensifica a experiência emocional corretiva dos diálogos do modo. Ter essa representação concreta dos modos do Crítico Disfuncional oferece a oportunidade de jogá-los fora da sala no trabalho experiencial. Depois que o diálogo termina, a efígie pode ser estampada, rasgada ou trancada em um arquivo. Nós o mantemos disponível para trabalho adicional, mas fora de vista. Essas ações demonstram e sublinham a falta de presença real dos modos de Crítico Disfuncional hoje e o papel da escolha em manter vivas as suas mensagens.

### Diálogos de modo múltiplo

No grupo ST, os diálogos de modo múltiplo são uma intervenção particularmente poderosa para reduzir a intensidade ou frequência dos modos Crítico Disfuncional. Todo um grupo de adultos saudáveis pode ser mais desafiador para os modos críticos do que um paciente que se sente como uma criança pequena e seu terapeuta. No grupo ST, existem pacientes adicionais para assumir os papéis dos vários modos de um único membro, em vez de usar cadeiras vazias. Desempenhar a relação entre os modos de um indivíduo permite que todos os membros do grupo sintam e vejam os papéis dos vários modos em relação uns aos outros. Além disso, os membros são convidados a refletir sobre sua experiência nos vários modos. A experiência tangível da força coletiva do grupo, combatendo e diminuindo efetivamente o poder do modo Crítico Disfuncional, pode ter efeitos poderosos.

Descobrimos que os pacientes estão mais dispostos a dialogar com outras pessoas do que com uma cadeira vazia e relatam que isso parece mais "real" para eles. Evitamos que qualquer um dos terapeutas desempenhe o papel do modo Crítico Punitivo e só o fazemos se não houver outra opção. Como muitos pacientes com transtornos de personalidade estão no nível operacional concreto de desenvolvimento emocional, eles

são mais capazes de se beneficiar de experiências que são tangíveis e concretas, em oposição a intervenções mais abstratas.

### O nascimento dos modos

Desenvolvemos um diálogo de modos múltiplos denominado “nascimento dos modos” (Farrell et al., 2014), que demonstra experientialmente a origem dos modos não adaptativos e como funcionam no presente. Pacientes e terapeutas desempenham os papéis de modos, tendo, assim, uma experiência do modo que interpretam e como é interagir com os outros modos em um formato de diálogo. O grupo ou paciente individual desenvolve roteiros curtos para cada modo. Os pacientes são convidados a representar os vários grupos de modo. Um terapeuta de grupo representa o modo Adulto Saudável e direciona a ação para enfatizar que o modo Adulto Saudável é, na verdade, responsável pelas ações do modo. O outro terapeuta desempenha o papel de Bom Pai do modo Adulto Saudável, que está tentando alcançar o modo Criança Vulnerável para protegê-lo, tranquilizá-lo e acalmá-lo. Dependendo do tamanho do seu grupo, outros pacientes assumem os papéis de ajudantes dos terapeutas ou recebem papéis específicos de observadores. (Consulte Farrell et al., 2014 para scripts de terapeuta, instruções mais detalhadas e diagramas deste exercício.)

Damos aos atores do modo Crítico Disfuncional uma efígie para se cobrir ao dizerem seu roteiro, de modo que não sejam vistos como seu papel. Os pacientes nas funções do modo Crítico Disfuncional geralmente não relatam dificuldade em jogá-lo, pois é familiar para eles, mas nos dizem que pode ser doloroso quando veem o efeito no modo Criança Vulnerável. Esta experiência ajuda a construir compaixão pelo modo Criança Vulnerável. Todos têm um papel, mesmo que seja observacional, com uma tarefa específica para que fiquem ligados ao grupo.

Começamos com uma demonstração das etapas em que os modos se desenvolvem:

1. As necessidades básicas da infância não são satisfeitas, os primeiros esquemas mal-adaptativos se formam e o modo Criança Vulnerável experimenta dor, ansiedade e sofrimento. O modo Criança vulnerável diz suas falas sobre suas necessidades e sentimentos centrais - não há resposta.
2. O modo Criança Irritada se desenvolve como uma resposta inata a necessidades não atendidas. O modo Criança Irritada diz suas falas - não há resposta
3. A criança internaliza a reação negativa de outras pessoas significativas às suas necessidades, abuso ou negligência, avaliações e interpretações negativas do significado das necessidades não atendidas (por exemplo, "Estou muito carente", "minhas necessidades estão erradas", 'Eu não importa') levando ao desenvolvimento dos modos de Crítico Disfuncional. O modo Criança vulnerável, o modo Criança irritada e os modos Crítico disfuncional dizem suas falas ao mesmo tempo.
4. Para sobreviver, as necessidades não são atendidas, desenvolvem-se modos de enfrentamento desadaptativos. Seu grupo escolherá uma variante. Agora, a modess Coping Maladaptive diz suas falas ao mesmo tempo que as outras.

Após cada etapa do diálogo, o modo Criança vulnerável é questionado se suas necessidades foram atendidas. Quando todos os modos falam ao mesmo tempo, ninguém é ouvido e nenhuma das necessidades do modo Criança vulnerável é atendida. O modo Adulto Saudável e o Bom Pai não são ouvidos por causa do barulho. Deixe o caos que se seguiu por alguns minutos, então pare a ação e discuta o que aconteceu. A discussão se concentra nas seguintes questões:

1. A necessidade do modo Criança vulnerável foi atendida?
- 2. O modo Angry Child foi ouvido?**
3. Como os modos de enfrentamento desadaptativos afetaram o modo Criança vulnerável?
4. O bom pai conseguiu alcançar o modo criança vulnerável?

A resposta a todas as perguntas é 'não'. O ponto é que é assim que os modos surgiram e é assim que eles operam agora. O resultado hoje é que as necessidades do modo Criança vulnerável não são atendidas e os modos saudáveis não podem alcançar o modo Criança vulnerável.

O diálogo de modo múltiplo continua:

5. O modo Adulto Saudável tira a efígie dos modos Crítico Disfuncional dizendo:  
'Você não está ativo agora - você pertence ao passado. No entanto, você deixou essas mensagens negativas para trás. ' [Os modos de Crítico Disfuncional saem de cena e a efígie é deixada para trás no chão.]
6. O modo adulto saudável explica aos modos de enfrentamento desadaptativos que eles fizeram um excelente trabalho de sobrevivência na infância, mas agora, com o poder dos modos críticos disfuncionais diminuídos, eles não precisam trabalhar tanto e agora estão mantendo os terapeutas e membros do grupo seguro longe de ajudar o modo Criança vulnerável e modo Criança irritada. Eles se afastam com o entendimento de que estarão disponíveis para emergências.
7. Agora, o modo Criança vulnerável, modo Criança irritada e Bom pai dizem suas falas de script. O Bom Pai se aproxima e inicia um diálogo com o modo Criança Irritada, ouvindo, validando a raiva e encorajando a desabafar.
8. Quando o modo Criança Irritada é ouvido, o Bom Pai passa para o modo Criança Vulnerável. O modo Adulto Saudável pede a todos os pacientes que se conectem com o modo Criança Vulnerável para entender o que o Bom Pai vai dizer. O Bom Pai tranquiliza e conforta o modo Criança Vulnerável, valida seu medo e desconfiança, identifica necessidades e as atende em reparação limitada.

Nossa observação é que o diálogo de modo múltiplo tem efeitos poderosos sobre os pacientes. Ele permite que os pacientes experimentem o papel original dos vários modos, seu impacto na vida atual e como os modos não adaptativos limitam sua capacidade de fazer uso do ST. Eles costumam observar que agora eles "entendem"

alguns dos modos que eles não haviam entendido anteriormente. Eles experimentam a contribuição do Bom Pai, proporcionando uma experiência emocional corretiva para o modo Criança Vulnerável. Este exercício pode ser adaptado ao trabalho individual usando gravações de voz dos vários modos, com o paciente jogando o modo Criança vulnerável.

### Diálogos de modos múltiplos históricos

Neste tipo de diálogo de modo, o foco começa com uma experiência de infância fundamental relacionada aos esquemas de um paciente. O evento é descrito e os modos envolvidos são identificados. Outros pacientes são atribuídos ou selecionam os vários modos de jogar, e os scripts para eles são desenvolvidos. O paciente protagonista desempenha seu modo Adulto Saudável com o treinamento de um dos terapeutas. O diálogo se desenvolve como na infância do paciente. Os prós e os contras dos vários modos são discutidos conforme se relacionam com as necessidades do protagonista que estão sendo atendidas. O diálogo é encenado novamente, mas desta vez o protagonista, como modo Adulto Saudável, interage com cada um dos modos para atender às necessidades do modo infantil, afastar os modos de Enfrentamento Maladaptativo e limitar os modos Crítico Disfuncional. O objetivo do modo Adulto Saudável é atender às necessidades do modo Criança Vulnerável. Este diálogo termina com o protagonista-paciente sentado no centro, e cada um dos outros caminha até ele, coloca a mão em seu ombro e transmite ao modo Criança Vulnerável uma mensagem de Bom Pai.

Uma versão abreviada enfoca um diálogo entre um protagonista-paciente (Cl.1) em seu modo Adulto Saudável e seu modo Crítico Disfuncional, interpretado por outro paciente (Cl.2) usando a efígie como máscara. Este diálogo é cuidadosamente organizado para que todos os pacientes se sintam seguros. Cl.1 é questionado sobre o apoio que eles desejam do terapeuta, desde o modo Adulto Saudável assumindo esse papel de modo até o modo de espera. Cl.1 também é questionado sobre qual apoio eles desejam de outros membros do grupo. O modo Adulto Saudável apoiado e protagonista são arranjados à distância que desejam do Cl.2. Cl.2 também recebe o apoio de um ou dois membros do grupo, não para fortalecer o modo Crítico Disfuncional, mas para apoiar emocionalmente o Cl.2, conforme necessário. Outros membros do grupo recebem funções de observadores com tarefas específicas (por exemplo,

### Exemplo

Karen, em uma sessão de grupo, perguntou se ela poderia banir seu modo de Crítico Punitivo, que ela identificou como sua mãe. Com a efígie do modo Crítico Punitivo do grupo no lugar, outra paciente jogou seu modo Crítico Punitivo com o apoio de um segundo membro do grupo. Estabelecemos o suporte que Karen desejava e colocamos outro paciente de cada lado dela para suporte e orientação. Karen fez um ótimo trabalho de seu bom pai ao dizer a seu modo de crítica punitiva (mãe) que ela estava errada em culpá-la pelo abuso infantil de seu padrasto, que ela deveria tê-la protegido, que

ela não precisava mais dela, etc. No final desse diálogo, o terapeuta tirou a efígie da paciente que brincava no modo Crítico Punitivo e a entregou a Karen para que ela fizesse o que quisesse. Karen amassou e jogou pela porta da sala de grupo. Ela parecia aliviada e Joan comentou sobre isso. Karen disse que pela primeira vez se sentiu livre de sua 'mãe má'. Ela também disse que, pela primeira vez, sentiu que o abuso sexual que sofreu quando tinha 12 anos não era sua culpa.

Um efeito posterior desse modo de diálogo foi que Karen não estava mais incomodada pela voz que ouvia, que a repreendia e culpava. Ela não havia identificado isso como a voz de sua mãe, mas depois do diálogo em grupo ela se deu conta disso e, em um flash de percepção, Karen e o grupo perceberam que se livrar do modo de Crítico Punitivo havia eliminado aquela voz. Sua voz de 'mãe malvada' não havia retornado quando fizemos a última verificação, nove meses depois. Este exemplo demonstra o impacto na mudança de modo que o trabalho experiential de ST pode ter.

### Diálogos de modo múltiplo em ST individual

Um limite potencial para a gama de diálogos de modo a serem usados em TS individual é nossa relutância, como terapeutas, em jogar o modo crítico disfuncional de um paciente. Na reparação limitada, trabalhamos para ser vistos como bons pais, portanto, jogar o crítico disfuncional tem o potencial de ser muito confuso para os pacientes quando no modo infantil. Pode haver uma ocasião em que faríamos o papel de Crítico Exigente, mas não o Crítico Punitivo. Uma forma de contornar essa limitação é fazer com que o paciente registre seu modo de crítico disfuncional, de preferência em vídeo (por exemplo, em seu telefone) e coloque-o na posição designada para o crítico disfuncional e reproduza a gravação. O paciente pode então ter a experiência de estar no modo Criança vulnerável e ouvir seu modo crítico disfuncional em sua voz. Essa mesma abordagem pode ser estendida para permitir que outras categorias de modo estejam presentes por meio de gravações adicionais de um paciente nesses modos. Pode ser particularmente útil gravar um paciente no modo Criança vulnerável e, em seguida, reproduzir a gravação para ele quando ele estiver no modo crítico disfuncional. Ver o modo Criança Vulnerável dessa forma também pode afetar o modo Adulto Saudável e encorajar sua proteção e combate aos modos Crítico Disfuncional.

### Possibilidades de aprendizagem vicária em diálogos de modo múltiplo

Muitos pacientes, em particular aqueles que sofreram abuso, têm pavor de seu modo de crítico disfuncional, mas precisam desesperadamente reduzir o poder desse modo em sua vida adulta. Diálogos de modo múltiplo podem criar oportunidades de aprendizagem vicária progressiva para contornar o que pode ser um medo paralisante. Um paciente com um modo adulto saudável subdesenvolvido com muito medo de confrontar seu ainda poderoso modo crítico disfuncional internalizado, mesmo que simbolicamente, pode iniciar o processo de diálogos de modo apenas observando um diálogo como o descrito no

exemplo de Karen, acima. Dependendo de seu medo, os pacientes podem se posicionar atrás do terapeuta por segurança, fazer parte do grupo de apoio ao paciente no modo Adulito Saudável ou podem ficar diretamente com o paciente no papel do modo Adulito Saudável. Enquanto observa, a paciente deve estar em qualquer grau de segurança de que necessita - por exemplo, uma bolha de segurança, coberta, segurando a mão do co-terapeuta ou de outro membro, etc. Em um grupo, a experiência de força coletiva efetivamente combatendo e eventualmente expulsando o disfuncional O modo crítico tem efeitos potentes em diminuir a intensidade e a força desse modo. Vimos pacientes começarem com medo, assimilarem a força do grupo e, na mesma sessão, passarem a confrontar seu modo de crítico disfuncional em um diálogo de seu modo de adulto saudável.

### Aprendizagem vicária para aumentar a consciência do modo de crítica punitiva

Uma de nossas pacientes era muito resistente à ideia de ter um modo de crítico disfuncional, apesar do terrível abuso por parte de seus pais adotivos. Seu estilo de enfrentamento era minimizar as experiências negativas da infância, manter os outros afastados com um modo de protetor irritado e evitar qualquer contato com seu modo de criança vulnerável. O grupo fez um diálogo de modo no qual outra paciente representou seu modo de crítica punitiva e Joan representou o bom pai defendendo o modo de criança vulnerável. Depois de uma interação curta e intensa, Joan disse: 'É hora de você ir embora, sua vadia velha. Saia daqui e deixe Diana em paz!' (esta linguagem abordagem foram apropriadas para a experiência da paciente e o abuso severo de sua mãe adotiva). O resto do grupo aplaudiu, e a paciente, jogando seu modo de Crítico Punitivo, assentiu, sorrindo. Ida perguntou a ela, - O que você mais gostou do que Joan disse em sua defesa? Jane, que estava sentada na ponta da cadeira enquanto o diálogo estava acontecendo, entrou imediatamente. 'Eu adorei quando você disse,' saiu daqui, sua puta velha '. Em seguida, ela falou sobre como gostaria de fazer isso com sua mãe, mas estava com medo. Diana disse: 'Eu posso entender isso; Eu estava com medo no começo. Gostei de tudo que a Joan falava para ela, e a "cadela velha" era a melhor porque é isso que elas realmente são. Estou farto de viver com ela na minha cabeça; Eu quero que ela saia para sempre.' À medida que a sessão continuava, Jane compartilhou mais algumas informações sobre seu abuso na infância que nem o grupo nem os terapeutas tinham ouvido antes e foram capazes de reconhecer a existência de seu modo de Crítico Punitivo, que estava sentado na ponta da cadeira enquanto o diálogo estava acontecendo. Gostei de tudo que a Joan falava para ela, e a "cadela velha" era a melhor porque é isso que elas realmente são. Estou farto de viver com ela na minha cabeça; Eu quero que ela saia para sempre.' À medida que a sessão continuava, Jane compartilhou mais algumas informações sobre seu abuso na infância que nem o grupo nem os terapeutas tinham ouvido antes e foram capazes de reconhecer a existência de seu modo de crítica punitiva. - Em seguida, ela falou sobre como gostaria de fazer isso com a mãe, mas estava com medo. Diana disse: 'Eu posso entender isso; Eu estava com medo no começo. Gostei de tudo que a Joan falava para ela, e a "cadela velha" era a melhor porque é isso que elas realmente são. Estou farto de viver com ela na minha cabeça; Eu quero que ela saia para sempre.' À medida que a sessão continuava, Jane compartilhou mais algumas informações sobre seu abuso na infância que nem o grupo nem os terapeutas tinham ouvido antes e foram capazes de reconhecer a existência de seu modo de crítica punitiva. - Em seguida, ela falou sobre como gostaria de fazer isso com a mãe, mas estava com medo. Diana disse: 'Eu posso entender isso; Eu estava com medo no começo. Gostei de tudo que a Joan falava para ela, e a "cadela velha" era a melhor porque é isso que elas realmente são. Estou farto de viver com ela na minha cabeça; Eu quero que ela saia para sempre.' À medida que a sessão continuava, Jane compartilhou mais algumas informações sobre seu abuso na infância que nem o grupo nem os terapeutas tinham ouvido antes e foram capazes de reconhecer a existência de seu modo de crítica punitiva. - Em seguida, ela falou sobre como gostaria de fazer isso com a mãe, mas estava com medo. Diana disse: 'Eu posso entender isso; Eu estava com medo no começo. Gostei de tudo que a Joan falava para ela, e a "cadela velha" era a melhor porque é isso que elas realmente são. Estou farto de viver com ela na minha cabeça; Eu quero que ela saia para sempre.'

### Aprendizagem vicária 2: uma paciente observa um diálogo histórico de modos múltiplos de sua vida

#### Exemplo

Sara, uma paciente que evita muito e é dependente de álcool, se apresentou como voluntária em uma discussão sobre mensagens aos pais de que ouvira 'você nunca será feliz'.

Ela teve uma infância de abusos sexuais e abandono extremo e, consequentemente, não foi uma criança muito feliz. Em vez de ver isso como uma indicação de que algo estava errado, sua mãe atribuiu a infelicidade a ela. Sarah estava disposta a permitir que outros membros do grupo e terapeutas interpretassem seus modos em um diálogo entre seu modo de Crítico Punitivo e o Bom Pai de seu modo Adulto Saudável, mas não se sentia capaz de jogar nenhum dos modos ela mesma. Ela queria sentar-se com um colega de cada lado dela, longe do diálogo durante ele. A terapeuta, como um bom pai, disse muitas coisas positivas sobre Sara e explicou ao modo crítico punitivo (sua mãe era proeminente aqui) que seria um problema se ela não estivesse feliz agora - algo estava errado, suas necessidades não estavam sendo atendidas, e ela merecia ser feliz no futuro. Ela disse ao crítico que estava fazendo um péssimo trabalho ao proteger e nutrir Sara. Quando o Crítico reclamou do que o Bom Pai estava dizendo, o Bom Pai a fez sair e disse para não mandar esse veneno para Sara.

No final do diálogo, Sara parecia muito emocionada e disse, com muita emoção: 'Não sei onde estaria ou como me sentiria hoje se tivesse ouvido aquelas mensagens de bons pais enquanto crescia'.

Respostas como a de Sara sugerem os efeitos terapêuticos de até mesmo observar diálogos de modo.

Um próximo passo poderia ser uma versão dos diálogos múltiplos históricos descritos anteriormente com a adaptação de que o evento vem da vida de um paciente que observa ao invés de jogar o modo Adulto Saudável. O paciente-observador pode absorver os efeitos do estabelecimento de limites de seus colegas no modo Adulto Saudável e seu incentivo e conforto para o modo Criança Vulnerável.

#### Aprendizagem vicária por meio de diálogos de modo em ST individual

Pacientes com transtornos de personalidade graves ou traumas complexos geralmente apresentam um modo de Criança Vulnerável muito amedrontador, modos de Enfrentamento Desadaptativos fortes e modos de Adulto Saudável subdesenvolvido com pouca influência acessível de Bons Pais. Eles têm dificuldade em se conectar com o modo Criança vulnerável ou o modo Adulto saudável usando diálogos de modo. Descobrimos que as oportunidades de aprendizagem indireta da posição de um observador podem ajudá-los a iniciar esse processo de trabalho de mudança de modo.

Oportunidades de aprendizagem vicária em TS individuais podem ser construídas pelo terapeuta inicialmente interpretando os modos do paciente. Young (2003) inclui essa opção nos diálogos de modo padrão e nós a expandimos. Com o modo Criança vulnerável abusada ou com medo, o terapeuta pode precisar fornecer distância física e proteção dos modos Crítico Disfuncional. Quando um paciente sente que não pode acessar seu modo Criança vulnerável ou rejeita essa parte e não tem compaixão por ela, ou tem muito medo de seu modo crítico disfuncional para dialogar com ele, estabelecemos um diálogo em que o terapeuta desempenha o modo Criança vulnerável do paciente.

Exemplo de “Susie Resistente”

Susie é uma paciente com transtorno de personalidade limítrofe que tem um histórico de abuso severo, pouca consciência de seu modo Criança vulnerável e modos robustos de Protetor de raiva e Enfrentamento de ataque de valentão. Ela era muito adepta de seu modo de Crítico Punitivo e tinha um fraco modo de Adulto Saudável. Decidi tentar alcançar seu modo de criança vulnerável, jogando esse modo em um diálogo com ela falando de seu modo de crítica punitiva.

TERAPEUTA COMO MODO INFANTIL VULNERÁVEL: Estou tão assustado, você é tão mau, e não há ninguém aqui para conversar.

SUSIE COMO MODO CRÍTICO PUNITIVO: Pare de choramingar, cale a boca, seu pirralho.

MODO CRIANÇA VULNERÁVEL DO TERAPEUTA: [fazendo barulho de choro e gemidos]: Eu estou só uma garotinha, não fiz nada de errado, não posso evitar que você não goste de mim.

MODO CRÍTICO SUSIE-PUNITIVO: Não me sinto bem dizendo essas coisas para você.

Você provavelmente era uma boa menina, não como eu.

Nesse ponto, o terapeuta interrompe a ação para discutir como Susie era uma garotinha normal, exatamente como o modo Criança Vulnerável que ela estava jogando, e Susie merece compaixão e apoio também. Ela pede a Susie que mude de posição para o Bom Pai (parte do modo Adulto Saudável) e fale com o terapeuta como modo Criança Vulnerável.

SUSIE-BONS PAIS: Não sei o que fazer com ela. Ela está muito triste. Eu não assim.

TERAPEUTA: Deixe-me vir e me juntar a você do meu bom pai e falar com Pequena Susie. Susie, você é uma garotinha adorável, deixe-me embalar e protegê-la. Eu estarei aqui para você - você não fez nada de errado. Você é uma menina saudável com necessidades regulares - você é muito jovem para cuidar de si mesma.

SUSIE: Gosto do que você está dizendo, nunca ouvi nada parecido quando criança. Iata Pego a cadeira do modo Criança Vulnerável por um minuto - você vai dizer essas coisas de novo para mim?

Experimentar o papel da terapeuta como a pequena Susie aumentou a consciência e a compaixão de Susie por essa parte de si mesma. Em essência, ela sentiu compaixão pelo terapeuta no papel do modo Criança Vulnerável e transferiu isso para o seu próprio modo Criança Vulnerável. Ela também começou a desenvolver habilidades de bons pais para cuidar de seu modo de criança vulnerável.

Diálogo de modo que inclui uma tarefa

Às vezes, os pacientes têm a ideia de que os modos Crítico Disfuncional e até a punição são necessários ou não fariam nada, como

é o que eles disseram enquanto cresciam. Nesse caso, precisamos demonstrar os efeitos do modo Crítico Disfuncional de uma forma experiential por meio de um diálogo de modo modificado. Este é um momento em que o terapeuta joga o modo crítico disfuncional brevemente. Este exercício também é usado no grupo ST. Dizemos ao paciente que vamos alternar o modo de jogar o modo Crítico Disfuncional e o modo Bom Pai do Adulto Saudável apenas para explorar como os diálogos de cada um afetam seu desempenho em uma tarefa simples. A tarefa é equilibrar uma haste de madeira na palma da mão. Usamos um passador que é largo o suficiente para que a tarefa possa ser realizada, mas é um tanto difícil. Primeiro, jogamos o modo de Crítico Disfuncional, repreendemos o paciente e prevemos que ele não conseguirá realizar a tarefa enquanto a estiver tentando. Inevitavelmente, eles não conseguem. Eles relatam que tudo o que podiam ouvir era o modo de crítico disfuncional e era muito perturbador. Eles também dizem que pensam que a tarefa é impossível. Em seguida, pedimos que repitam a tarefa e assumimos o papel de bons pais. Nós os encorajamos que eles estão indo bem, dizemos que sabemos que eles podem fazer isso, etc. Eles frequentemente podem e, se estiverem, nós os elogiamos. Se eles não puderem fazer isso, damos-lhes mais tentativas até terem sucesso ou dizemos a eles o quanto próximos eram, como sabemos que eles só precisam de prática como qualquer um faria, etc. Claro, o diálogo de bons pais é muito melhor e mais eficaz em aumentar sua motivação para continuar tentando e ter sucesso. Discutimos a aplicação dessa experiência à sua visão da função do modo Crítico Disfuncional. Eles também dizem que pensam que a tarefa é impossível. Em seguida, pedimos que repitam a tarefa e assumimos o papel de bons pais. Nós os encorajamos que eles estão indo bem, dizemos que sabemos que eles podem fazer isso, etc. Eles frequentemente podem e, se estiverem, nós os elogiamos. Se eles não puderem fazer isso, damos-lhes mais tentativas até terem sucesso ou dizemos a eles o quanto próximos eram, como sabemos que eles só precisam de prática como qualquer um faria, etc. Claro, o diálogo de bons pais é muito melhor e mais eficaz em aumentar sua motivação para continuar tentando e ter sucesso. Discutimos a aplicação dessa experiência à sua visão da função do modo Crítico Disfuncional. Eles também dizem que pensam que a tarefa é impossível. Em seguida, pedimos que repitam a tarefa e assumimos o papel de bons pais. Nós os encorajamos que eles estão indo bem, dizemos que sabemos que eles podem fazer isso, etc. Eles frequentemente podem e, se estiverem, nós os elogiamos. Se eles não puderem fazer isso, damos-lhes mais tentativas até que tenham sucesso ou dizemos a eles o quanto próximos eles eram, como sabemos que eles só precisam de prática como qualquer um faria, etc. Claro, o diálogo de bons pais é muito melhor e mais eficaz em aumentar sua motivação para continuar tentando e ter sucesso. Discutimos a aplicação dessa experiência à sua visão da função do modo Crítico Disfuncional. etc. Muitas vezes eles podem e, se assim for, nós os elogiamos. Se eles não puderem fazer isso, damos-lhes mais tentativas até terem sucesso ou dizemos a eles o quanto próximos eram, como sabemos que eles só precisam de prática como qualquer um faria, etc. Claro, o diálogo de bons pais é muito melhor e mais eficaz em aumentar sua motivação para continuar tentando e ter sucesso. Discutimos a aplicação dessa experiência à sua visão da função do modo Crítico Disfuncional. etc. Muitas vezes eles podem e, se assim for, nós os elogiamos. Se eles não puderem fazer isso, damos-lhes mais tentativas

## Resumo

Adaptamos o formato padrão para atender às necessidades dos pacientes com modos vulneráveis de criança fraca ou crítico disfuncional forte, adicionamos efigies de modo para tornar o diálogo mais real e desenvolvemos diálogos de modo múltiplo para o grupo ST. Assim como em outras intervenções experienciais, é essencial que as demandas e o ritmo correspondam à capacidade do paciente de se sentir seguro e conectado a você. A flexibilidade em relação a quem desempenha as funções de modo pode produzir etapas menores e mais gerenciáveis para o paciente executar.

O diálogo de modo padrão desenvolvido por Young pode ser ampliado em diálogos de modo múltiplo para o grupo ST. Os diálogos de modos múltiplos permitem que os pacientes experimentem uma variedade de modos de ação e comecem este trabalho observando os outros jogarem seus modos. Esse uso de aprendizagem indireta pode ter efeitos poderosos sobre a mudança de atitude para o modo Criança vulnerável e uma compreensão diferente das desvantagens do modo crítico disfuncional. No TS individual, uma forma de aprendizagem vicária pode ser implementada, com o terapeuta interpretando diferentes modos do paciente.

O uso de uma efígie para representar o modo Crítico Disfuncional pode fazer com que os diálogos em ST individual pareçam mais reais e verossímeis, e a efígie pode atuar como uma máscara para o paciente que joga o modo Crítico Disfuncional em diálogos de grupo ST. O terapeuta em sintonia com o paciente é flexível e criativo na implementação de diálogos de modo levando a promover os objetivos de ST.

para alcançar e curar o modo Criança Vulnerável e diminuir o poder do modo Crítico Disfuncional.

#### Dicas de terapeuta

1. Certifique-se de verificar a prontidão, segurança e conexão dos pacientes para realizar o trabalho no modo Criança vulnerável ou no modo Crítico disfuncional antes de sair da sessão. Crie planos de segurança de contingência se houver preocupações com a segurança. Termine a sessão com um retorno à imagem do Lugar Seguro ou Balão de Segurança que inclui a instrução de que os modos Crítico Disfuncional estão bloqueados com segurança.
2. Permita as etapas para confrontar os modos de crítico disfuncional que correspondam à força do modo de adulto saudável do paciente. Logo no início, adicione o apoio do seu Bom Pai ao modo Adulto Saudável.
3. Não jogue no modo Crítico Punitivo. Você sempre pode usar uma gravação do paciente nesse modo. Seja flexível com outros modos, pode ser útil para você jogar (por exemplo, modo Criança vulnerável).
4. Ancorar os aspectos experientiais do trabalho com alguma quebra de padrão comportamental - por exemplo, lembrete da experiência em flashcard, declarações de bons pais.
5. Nos diálogos de modo múltiplo do grupo, dê a todos uma função. Inclua em suas instruções um lembrete para que os pacientes refletem sobre o que podem aprender com sua experiência no modo de outra pessoa e, para seu modo de criança vulnerável, qualquer coisa que o bom pai diga no exercício.
6. Permita que os pacientes saiam do medo em seu próprio ritmo, identificando etapas gerenciáveis para eles tomarem na construção de diálogos modais. Considere a possibilidade de estabelecer experiências de aprendizagem vicárias no início do TS.

#### Referências

- Farrell, JM, Reiss, N. e Shaw, IA (2014) O Guia do clínico da terapia do esquema: Um recurso completo para construir e entregar programas de tratamento de modo de esquema individual, de grupo e integrado. Oxford: Wiley-Blackwell. Farrell, JM e Shaw, IA (2012).Terapia de esquema de grupo para doenças de personalidade límítrofe pedido: Manual de tratamento passo a passo com pasta de trabalho do paciente. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Young, JE, Klosko, JS e Weishaar, ME (2003) Terapia do esquema: um praticante Guia. Nova York: Guilford Press.

# 10 Espontaneidade e jogo no Schema Terapia

Ida Shaw

## A importância do jogo

Muito se tem escrito sobre a importância do brincar na infância e como ele contribui para o desenvolvimento da criança. Na Terapia do Esquema, a brincadeira é uma ferramenta poderosa e um aspecto de reparação limitada que ajuda o paciente abusado e emocionalmente privado a romper os bloqueios de desconfiança e medo, proporcionando experiências seguras onde eles podem sentir algo além da dor emocional e aprender a confiar (Lockwood & Shaw , 2012). Muitas habilidades são adquiridas através da brincadeira, que são vitais para a saúde mental e psicológica de uma pessoa. Brincar é "trabalho" no sentido do papel que desempenha no desenvolvimento. Tem muitas funções importantes: nos desafia a ser criativos, nela aprendemos a ser espontâneos, nos ensina a resolver problemas e nela aprendemos a comunicar desejos e necessidades. Todas essas são habilidades importantes para a vida. Wadley (nd)

Quando você me pergunta o que fiz na escola hoje, E eu  
digo: 'Acabei de jogar'.

Por favor, não me entenda mal. Pois, você vê,  
estou aprendendo enquanto jogo.

Estou aprendendo a curtir e ter sucesso no meu trabalho, estou  
me preparando para o amanhã.

Hoje sou criança e meu trabalho é brincar.

As implicações da privação de brincar são substanciais, pois brincar é essencial para o bem-estar social, emocional, cognitivo e físico das crianças, desde a primeira infância. Mesmo antes de o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos citar o brincar como um direito de toda criança, filósofos e psicólogos, como Platão, Piaget e Friedrich Froebel, reconheceram a importância do brincar no desenvolvimento infantil saudável (Milteer & Ginsburg, 2012). Normalmente, nosso paciente não teve um ambiente de infância que os apoiasse para serem felizes ou brincalhões. Isso pode ser devido à negligência, um ambiente emocional empobrecido ou um em que a realização e o trabalho são priorizados e as brincadeiras são identificadas como frívolas e

sem propósito. Esses ambientes podem levar a adultos que não sabem o que gostam de fazer ou não têm tempo para o prazer e podem não ter desenvolvido nenhum passatempo ou atividades recreativas. Brincar também é uma oportunidade para desenvolver e explorar o lado criativo das crianças. Brincar é nossa primeira experiência de conexão, negociação, reunião e formação de amizade com outras pessoas. Quando o jogo é proibido ou subdesenvolvido, as pessoas perdem essa experiência fundamental de desenvolvimento.

### Jogo e estágio de desenvolvimento

Parten foi o primeiro a descrever a importância da brincadeira para os estágios de desenvolvimento da infância. Ela afirma que o brincar das crianças muda à medida que se desenvolve, passando por seis fases distintas que geralmente, mas nem sempre, correspondem às idades das crianças. Esses estágios também dependem do humor e do ambiente social. Eles são, em ordem de desenvolvimento: jogo desocupado (0-2 - este é um estágio importante para a exploração e desenvolvimento de jogos futuros); brincadeira solitária (2-3 - brincadeira solitária é comum em uma idade jovem porque as habilidades cognitivas, físicas e sociais ainda não se desenvolveram completamente. Este tipo de brincadeira é importante porque ensina as crianças a se divertir); brincadeira do espectador (comum entre 2,5-3,5, ocorre em qualquer idade); jogo paralelo (comum em 2,5-3,5 - jogo paralelo é importante como um estágio transitório para o desenvolvimento da maturidade social, que é a chave para as fases posteriores do jogo); brincadeira associativa (este tipo de brincadeira começa tipicamente por volta dos 3 ou 4 anos, estendendo-se até a idade pré-escolar. Esta é uma fase importante da brincadeira porque desenvolve habilidades necessárias como cooperação, resolução de problemas e desenvolvimento da linguagem); e o jogo cooperativo (pré-escolar tardio, entre os quatro e os seis anos, que reúne em ação todas as habilidades aprendidas nas etapas anteriores, dando à criança as habilidades necessárias para as interações sociais e grupais). As dificuldades que nossos pacientes adultos têm para incluir as brincadeiras em suas vidas são provavelmente devido a experiências perdidas ou incompletas nesses estágios da brincadeira durante a infância, que resultam em lacunas de desenvolvimento. Essas lacunas cognitivas e emocionais podem ser corrigidas em psicoterapia, introduzindo-se a importância do brincar, e depois se envolver em uma brincadeira com o terapeuta nas sessões. Pacientes adultos com pouca experiência com brincadeiras desde a infância têm dificuldade em brincar. Sem brincar, nossa alegria é limitada.

Brincar, por definição, deve ser divertido, mas, para muitos pacientes adultos, até mesmo a ideia de brincar pode gerar ansiedade. Esquemas desadaptativos precoces (EMSSs), crenças centrais e estilos de enfrentamento podem ser acionados quando convidamos os pacientes para brincar. Por exemplo, podemos ouvir o modo Crítico Punitivo em afirmações de pacientes como: 'Isso é estúpido, é uma perda de tempo', ou 'Não mereço me divertir e, além disso, brincar é para bebês'. Eles reviram os olhos para os outros, balançam a cabeça com um olhar de nojo ou fazem comentários de desaprovação como 'Você está agindo de forma muito imatura, se pudesse ver como você parece bobo, não estaria fazendo isso'. Alguns pacientes nos dizem que inicialmente tinham medo de se envolver em atividades lúdicas porque temiam que outros veriam isso

eles não sabiam jogar e então seriam julgados e se sentiriam um fracasso, aumentando a sensação de defeito. É imperativo discutir a importância e o valor da brincadeira com o grupo, confrontar e trabalhar com os EMSs envolvidos e encorajar e celebrar seu crescimento na descoberta da alegria e dos benefícios da brincadeira. Para a maioria dos pacientes, essa conversa diminui a interferência do modo Crítico Punitivo, pois a brincadeira também tem muito apelo intrínseco para todos nós. Para alguns, não há liberdade suficiente dos modos de Crítico Disfuncional para permitir sua participação no jogo por meses. Paciência, aceitação de onde estão e sugerir que tentem imaginar (de seu lugar seguro) participando sem que seu Crítico Disfuncional grite com eles.

Acessar a alegria do modo Criança Feliz pode destruir a crença dos pacientes de que eles são "todos maus", o esquema Defeito / Vergonha. Brincar é uma experiência agradável para o terapeuta e para o paciente, pois é uma forma segura de atender às necessidades da Criança Vulnerável, da Criança Irritada e da Criança Feliz. Quando nos conectamos ao nosso modo de Criança Feliz, sentimos versões de ser amado, contente, conectado, satisfeitos, realizados, protegidos, elogiados, valiosos, nutritivos, orientados, compreendidos, validados, autoconfiantes, competentes, apropriadamente autônomo ou autossuficiente, seguros, resilientes, fortes, no controle, adaptáveis, otimistas e espontâneos. Se estivermos nesse modo, nossas necessidades emocionais básicas serão atendidas. Young rotulou este modo de Criança satisfeita (Young, Klosko e Weishaar, 2003), mas preferimos nos concentrar nos aspectos lúdicos e alegres desse modo, portanto, chame-o de modo Criança Feliz. Aprender mais sobre e desenvolver o modo Criança Feliz proporcionará ao seu Adulto Saudável a sensação necessária de brincadeira e diversão.

Um objetivo central da brincadeira na Terapia do Esquema é a ampliação do afeto positivo para evocar o modo Criança Feliz. O jogo abrange uma variabilidade infinita. A forma que a peça assume e seu conteúdo, em vez de ser de forma livre e aberta, são determinados pelas necessidades do paciente. Brincar em uma sessão pode acabar sendo uma forma livre e aberta se a necessidade do paciente for de liberdade e espontaneidade. Alternativamente, com base nas necessidades de apego, pode ser sobre proteção, calor, amor, mutualidade e autenticidade ou sobre sentir competência (por exemplo, o exemplo de construir uma casa de boneca). Um objetivo secundário é contornar os modos de enfrentamento desadaptativos (por exemplo, o modo Protetor Destacado). Freqüentemente, o jogo pode passar pelos modos de enfrentamento mais rapidamente do que trabalhar diretamente com esses modos. Contudo, quase sempre levará a um modo Maladaptive Coping ou modo Maladaptive Critic sendo acionado. Conseqüentemente, é importante estar atento e / ou verificar diretamente o modo acionado.

Exemplos de como trazer diversão para a sessão de terapia do esquema

### Lego

Brincar com Lego em sessões de terapia foi um grande avanço para meu paciente de 19 anos com depressão severa. Eu estava atrasado e não tive tempo de pegar o Lego da sessão anterior. Assim que Danny entrou no

sala e vi o Lego sobre a mesa, seu rosto iluminou-se de empolgação, notei uma mudança positiva em sua energia, seus olhos estavam brilhando e o início de um sorriso estava presente. Assim que se sentou, no entanto, ele voltou ao seu eu retraído, derrotado, sem contato visual e não comunicativo. Eu rapidamente perguntei se ele já havia jogado com Lego antes e novamente seu rosto se iluminou e o sorriso voltou. Ele respondeu que sim. Eu perguntei: 'Você poderia me mostrar o que você pode fazer com o Lego?' Seu sorriso cresceu ainda mais e, sem mais estímulos, ele fez um trem, vagão e trilhos notáveis. O mais emocionante foi que, enquanto brincava com o Lego, ele começou a falar e compartilhar coisas e até mesmo fez contato visual ocasional comigo. Depois do meu elogio genuíno à sua criação, ele recostou-se e, durante o resto da sessão, falou sobre o seu amor por Lego, as coisas que ele poderia criar e como ele se sentiu bem quando as estava construindo. Ele falou sobre a dor quando tinha 12 anos, e sua mãe jogou fora todos os seus brinquedos, incluindo o Lego, dizendo que ele estava 'muito velho para brinquedos'. Esta sessão foi fundamental para construir confiança, segurança e conexão. Pelos próximos meses, ele iria começar cada sessão criando algo novo com o Lego enquanto compartilhava coisas sobre sua semana. Depois de dez minutos de "jogo de Lego", ele passava ao trabalho de terapia relaxado e presente. Passei a ver isso como uma forma de se reconectar comigo, regular sua ansiedade inicial e estar presente. Passamos a nos referir a esse processo como 'pouso'. Um dia, ele entrou no escritório animado e orgulhoso, contando que havia comprado um conjunto de Lego. Quando ele disse: 'Agora posso recriar os sentimentos de felicidade que experimento aqui, em casa. 'Abrir espaço para brincar nas sessões de terapia contribuiu para a cura de seu modo Criança Vulnerável e no fortalecimento de seu Adulto Saudável. Em sua última sessão, Danny me deu um cardeal incrível que ele fez de Lego e disse que ele estava 'agora livre para voar alto e aproveitar a vida'.

#### Fantoches de dedo para todas as idades

Eu uso fantoches de dedo com crianças e adolescentes para explicar o modelo de moda. Eles se divertem escolhendo fantoches que representam seus diferentes lados. Por exemplo, Billy de oito anos de idade escolheu, Sad Billy (criança vulnerável), ou desligou Willy (protetor independente), Wise William (modo saudável), punindo Bill (modo crítico) e Billy feliz (criança feliz). Usar os fantoches com Billy foi uma maneira eficaz de trabalhar com seus modos de lidar com sentimentos e necessidades.

Christine, de 12 anos, foi capaz de escolher rapidamente seus lados / peças. Primeiro, ela agarrou a marionete da rainha e disse, 'Este é o meu' modo Diva ', eu ando e falo como uma estrela de cinema e quero muitos elogios' (modo de enfrentamento autoagregante). Em seguida, ela escolheu a garota fantoche pirata, declarando, 'Esta é a minha parte "Mean Mad Missy" [Angry Child]. Eu grito e grito porque as coisas não são justas, e aí minha mãe grita e diz "Vá para o seu quarto mocinha". Esta é a minha "triste e solitária Christine" [a fofa boneca filhote de leão]. Às vezes me sinto assustada e sozinha ', (modo Criança vulnerável). Ela escolheu o fantoche de dragão para seu modo de Crítico Disfuncional e o nomeou

'Seja melhor ou outra coisa'. Para o modo Criança Feliz, ela escolheu o pequeno boneco de sapo, porque ele pula de empolgação. E para seu modo Wise Mind Healthy, ela escolheu a coruja. Durante uma das sessões familiares, ela mostrou a seus pais como o uso de fantoches a ajudou a identificar seus sentimentos e necessidades, e contou a eles sobre o que ela ainda precisava de ajuda, especialmente se ela travasse. Depois de sua apresentação, seu pai pegou três bonecos, sua menina pirata, um menino pirata e o pai fantoche e disse: 'Quando você me mostra este lado seu, eu entro no meu pirata e grito e grito mais alto, mas o que eu realmente preciso o que fazer é entrar nisso, o boneco do pai, que pode ajudá-lo, não gritar com você.' Christine estava ouvindo e observando o pai com muita atenção e, quando ele terminou, disse: 'Uau! Você também tem peças. E você, mãe, venha me mostrar o seu lado.'

### Imagens lúdicas de regulação: a mochila

Os pacientes frequentemente entram na sessão parecendo estar carregando o mundo nos ombros: suas preocupações, preocupações, sentimentos de desesperança, desamparo e frustração. Após a saudação inicial, pergunto ao paciente qual é sua cor favorita. Então, peço que fechem os olhos ou olhem para baixo e obtenham uma imagem apenas da cor. (Para muitos pacientes, sua cor favorita lhes dá uma sensação de segurança e paz). Então eu digo: 'Imagine que estou lhe dando uma mochila nova em sua cor favorita. Veja todos os compartimentos de diferentes tamanhos que possui. Agora preencha-o com todas as preocupações, preocupações, sentimentos e frustrações que você carregou durante toda a semana. Você precisa de uma pausa de tudo isso. Continue enchendo a mochila. Sinta o peso da sua mochila, que fardo ela é. Coloque sua mochila cheia debaixo da cadeira e respire fundo. Sinta a liberação da tensão quando a carga for removida. Agora respire fundo outra vez e volte para a sala.'

As respostas de fazer este exercício são frequentemente, 'Sinto-me mais leve, relaxado', 'exausto, quieto e calmo', 'inteiro, confortável', 'com medo, inseguro', 'sem dor, esperançoso', etc. O objetivo geral aqui é Reforçar a mensagem de Bom Pai de que eles nem sempre precisam trabalhar em questões pesadas, mas precisam ter atividades que equilibrem sua dor. Eles precisarão de orientação e estratégias para desacelerar, respirar algumas vezes e maneiras de se reconectar ao modo Adulto Saudável que os ajudará a fazer uma pausa, até mesmo para se envolver em uma atividade lúdica, para se reenergizar e sentir mais do que dor. Depois que o equilíbrio for restaurado, você pode tirar algo da mochila e explorar os sentimentos e necessidades relacionados ao item selecionado. Com a ajuda do modo Adulto Saudável,

## Jogo 'Journey Through the Modes Valley'

Jogos de tabuleiro, jogos de cartas, esportes, hobbies, viagens, leitura, fantoches, colorir, a lista é interminável e tudo pode ser usado para alcançar e curar o modo Criança Vulnerável e fortalecer o modo Adulto Saudável. Um novo jogo de tabuleiro para crianças por Galimzyanova, Kasyanik e Romanova (2019), 'Journey Through the Modes Valley', traz diversão para a educação da terapia do esquema. No jogo, você pode pousar no 'Deserto do Desapego' ou na 'Caverna da Autocrítica', ou aprender maneiras de se desvincilar do 'Vulcão da Raiva'. Ela teceu os conceitos, a teoria e os objetivos da Terapia do Esquema de uma forma compreensível e eficaz neste jogo de tabuleiro que é divertido, mas também educa as crianças sobre sentimentos, necessidades, modos, esquemas e escolhas. Uma versão adulta deste jogo está em andamento.

### Jogue com supervisão: o dragão negro feio, escamoso, assustador

Ao fazer supervisão no Skype com novos supervisionados, não é incomum ouvir o modo Punitivo ou Crítico Exigente quando eles descrevem a sessão do paciente. "Eu deveria ter feito isso ou dito algo diferente. Eu fiz tudo errado, eu estraguei tudo aqui, tenho medo de não poder fazer terapia do esquema", etc. Eu gentilmente aponto que seu crítico é duro e exigente e ficar preso neste modo pode interferir em sua conexão com o paciente e estar presente. Às vezes, palavras ou explicações não são suficientes para lidar com essa paralisação. Nessas situações, pego meu grande fantoche de mão de dragão negro. O dragão tem uma envergadura de asas de três pés, uma grande boca com dentes afiados e uma saliente, pontiaguda, língua vermelha de fogo, e todo o corpo é coberto por escamas que terminam em sua grossa cauda pontiaguda. Quando um supervisionado muda para o modo crítico, Coloco a marionete e preencho a tela com o dragão preto, feio, escamoso e assustador. Isso evoca muitas reações diferentes dos supervisionados: risos nervosos, gritos e olhares de medo ou nojo. Com o tempo, eles sorriem ao ver o dragão e fazem comentários como 'É tão feio que é fofo'. Adicionar este elemento visual de jogo, bem como gestos lúdicos, ou humor leve, ajuda-os a estar cientes de que seu Crítico Exigente e / ou Punitivo está sendo acionado e, eventualmente, funciona para diminuí-lo (Farrell & Shaw, 2018).

### Exemplos de atividades lúdicas para grupos de terapia do esquema

#### O jogo cara

Cada membro do grupo recebe um balão para encher e canetas de feltro macias. Eles são instruídos a desenhar um rosto no balão mostrando como se sentem. Antes de dizerem como se sentem, os outros membros do grupo tentam adivinhar. Esta é uma maneira divertida e segura de começar a falar sobre sentimentos, por que os temos e como podemos atender às necessidades que estão por trás deles.

#### Construindo uma casa segura

Após uma discussão em grupo sobre maneiras de cuidar do modo Criança Vulnerável, um membro do grupo disse ao grupo que ela tinha a imagem de uma casa segura cheia de amor para onde ela leva seu filho. Vários membros gostaram muito da ideia de uma casa segura e comentaram como seria bom ter um lugar assim. 'Todos nós poderíamos construir um em nossa imaginação e então compartilhar como o decoramos', disse um. 'Ei, por que não construímos uma casa de boneca juntos e chamamos de nossa casa segura', disse outro. Essa ideia se transformou na própria construção de uma casa de boneca e foi um aprendizado maravilhoso para todos. As mulheres aprenderam a trabalhar juntas, usar ferramentas, seguir um plano, lidar com questões de design, aprender a lidar com gostos e desgostos, delegar tarefas como lixar e pintar e decidir que cômodo elas iriam decorar.

#### Trazendo o jogo para uma unidade de internação hospitalar: as Olimpíadas

Certa noite, na unidade de internação fechada onde tínhamos um programa de terapia do esquema para pacientes com transtorno de personalidade límitrofe, os pacientes reclamaram de estar entediados porque nada passava na televisão além das Olimpíadas. Eu disse: 'Vamos fazer nossas próprias Olimpíadas'. Logo a emoção se espalhou, surgiram ideias e planos foram feitos para fazermos nossos próprios jogos para o público espectador (a equipe de enfermagem). Depois de trabalharmos juntos por duas noites na construção de estandartes, bandeiras e fantasias, estávamos prontos para começar nossa cerimônia de abertura. Um terapeuta agiu como o mestre de cerimônias, anunciando cada país (representado por um paciente) conforme eles entravam no salão. 'Lá vem Canadá, usando um lindo chapéu de alce, acenando com sua bandeira de folha de bordo; a seguir está a Itália, vestindo uma linda jaqueta em branco, laranja e verde, espere um minuto, o que é isso na cabeça - sim, é um prato de espaguete.' Cada país foi apresentado dessa maneira e recebeu muitos aplausos e aclamações. O hino 'Children of the World' foi cantado e os jogos foram declarados abertos. Os países competiram no esqui alpino, usando caixas de sapato nos pés e carregando um ovo na colher, os participantes tiveram que manobrar em torno de vários obstáculos até a linha de chegada. O mesmo curso foi usado para o luge; deitar no chão em caixas de papelão rasgadas usando as mãos e os pés para impulsioná-los era uma coisa incrível de se ver. Muitos jogos foram disputados ao longo da noite e cada um foi recebido com risos compartilhados, alegria e um sentimento de pertença. As cerimônias de encerramento foram encerradas com chocolate quente e donuts. Os pacientes falaram sobre essa experiência compartilhada muitas vezes e sempre com grandes sorrisos, sorrisos e olhos cintilantes. 'Cada país foi apresentado desta maneira e recebeu muitos aplausos e aclamações. O hino 'Children of the World' foi cantado e os jogos foram declarados abertos. Os países competiram no esqui alpino, usando caixas de sapato nos pés e carregando um ovo na colher, os participantes tiveram que manobrar em torno de vários obstáculos até a linha de chegada. O mesmo curso foi usado para o luge; deitar no chão em caixas de papelão rasgadas usando as mãos e os pés para impulsioná-los era uma coisa incrível de se ver. Muitos jogos foram disputados ao longo da noite e cada um foi recebido com risos compartilhados, alegria e um sentimento de pertença. As cerimônias de encerramento foram encerradas com chocolate quente e donuts. Os pacientes falaram sobre essa experiência compartilhada muitas vezes e sempre com grandes sorrisos, sorrisos e olhos cintilantes.'

## Atividades lúdicas para crianças vulneráveis

### Lembranças, caixas de memória e conexão

Tivemos a ideia de fazer uma caixa do modo Criança vulnerável que os pacientes pudessem usar em casa, especialmente durante os momentos em que o modo Criança vulnerável fosse acionado. Usamos caixas de sapatos e as decoramos com papéis coloridos e decorativos. Adesivos, recortes, botões, fitas e vários outros materiais também foram usados para enfeitar essas caixas. Os pacientes foram encorajados a coletar coisas que os lembrassem de que sua criança vulnerável estava segura e cuidada e que eles eram importantes. Coisas como uma pequena pedra lisa da praia, ou giz de cera, chiclete, fotos, etc. O terapeuta escreveu afirmações positivas em cartões. Os pacientes faziam coisas uns para os outros, como fitas de música relaxante e marcadores de página, todos funcionavam como objetos de transição. Os pacientes relataram que nunca souberam como confortar sua criança vulnerável antes, mas agora eles abrem sua caixa e lêem para a criança, dizem a ela de onde os objetos vieram, lêem as mensagens, ouvem fitas, sopram bolhas, etc. Eles descobriram que fazendo essas coisas eles estavam se tornando um Adulto Saudável cuidando de seus Criança vulnerável. Essa atividade também visa o esquema de privação emocional.

### Bonecos

Tivemos um efeito terapêutico dramático com um paciente internado com transtorno dissociativo de identidade. Ann, como um de seus jovens alters, falou sobre sua mãe destruindo sua boneca como punição. Decidi dar uma boneca para Ann como presente de aniversário. Ela ficou muito emocionada e valorizou muito a boneca. Nós o mantivemos em meu escritório, pois Ann temia não poder mantê-la segura na enfermaria. Nas sessões de terapia, seu jovem alter (que interpretamos como seu modo de criança vulnerável) pedia para tirar a boneca e brincar com ela. Meu apoio por ela ter a boneca e brincar com ela foi um avanço para ela permitir que seu modo de criança vulnerável estivesse em sessões. A confiança e a segurança aumentaram porque mantive a boneca segura. Sua boneca desempenhou um papel importante em algumas reescritões de imagens posteriores,

### Jogue com imagens

#### A loja de brinquedos

Usamos essas imagens principalmente no grupo ST, mas pode ser adaptado para trabalho individual.

"Todos respirem fundo e ouçam minha história com atenção. Permita-se fazer parte da atividade como se fosse uma criança de seis anos. Pagar

preste atenção às minhas instruções e aos seus sentimentos durante a participação. Comece o exercício: "Oh, é tão bom ver todos vocês hoje. Tenho uma surpresa muito grande para todos vocês. Estamos indo em uma aventura para uma enorme loja de brinquedos, a maior do mundo. Uau! Eu posso ver o quão animado isso o deixou. Eu também estou animado Assim que chegarmos à loja, cada um de vocês terá três minutos para escolher dois brinquedos que sempre quis. Você não precisa se preocupar em pagar porque ganhei na loteria e quero dar um presente a todos vocês. Ok, o tempo começa agora, e a primeira sala em que entramos é a sala dos animais de pelúcia. Oh meu! Olha o tamanho daquele urso panda, quase parece real! Ursos de pelúcia em todos os tamanhos e eles são tão macios, girafas, cachorros e gatinhos, existem tantos tipos e tamanhos diferentes de animais macios aqui. Só faltam mais dois minutos para escolher seus brinquedos. Eu vejo alguns de vocês correndo para a sala de jogos e posso ouvir muitas risadas e risos. Veja! Há uma sala de bonecas com bonecas grandes e pequenas - Barbies, bonecas de porcelana em trajes antigos, Madame Alexander - algumas de todos os tipos. Há uma sala de transformadores, carros movidos a bateria, aviões e caminhões, kits de ciência, truques de mágica e tantos livros. Alguém correu para a sala da Disney. Falta um minuto. Rápido, rápido! Uau! Parece que todos tiveram sucesso ao selecionar dois brinquedos. Vamos voltar para a nossa sala de grupo e conversar sobre o que você escolheu, por que e quais sentimentos você percebeu. Alguma mudança de modo ocorre?" bonecas de porcelana em trajes antigos, Madame Alexander - algumas de todos os tipos. Há uma sala de transformadores, carros movidos a bateria, aviões e caminhões, kits de ciência, truques de mágica e tantos livros. Alguém correu para a sala da Disney. Falta um minuto. Rápido, rápido! Uau! Parece que todos tiveram sucesso ao selecionar dois brinquedos. Vamos voltar para a nossa sala de grupo e conversar sobre o que você escolheu, por que e quais sentimentos você percebeu. Alguma mudança de modo ocorre?" Voltemos à nossa sala de grupo e falemos sobre o que você escolheu, por que e quais sentimentos você percebeu. Alguma mudança de modo ocorre?" Vamos voltar para a nossa sala de grupo e conversar sobre o que você escolheu, por que e quais sentimentos você percebeu. Alguma mudança de modo ocorre?"

Você pode adicionar quantas aventuras divertidas em imagens quiser seguindo o formato acima. Incluímos um exercício de imagens em cada uma das sessões de Criança Feliz. Queremos que os pacientes tenham imagens positivas para evocar quando precisarem para equilibrar memórias dolorosas. Damos a eles a tarefa terapêutica de praticar a evocação de imagens positivas.

### Brincando com raiva

A raiva é muito assustadora para muitos pacientes, especialmente aqueles com esquema de desconfiança / abuso. Eles associam trauma, abuso, dor e medo à simples menção de raiva. Freqüentemente, eles estão pouco cientes de seu modo de criança zangada. Pedir que eles se envolvam em uma brincadeira para lidar com a raiva é recebido com grande hesitação, medo e ceticismo. No entanto, jogos como cabo de guerra, pisar e estourar balões são uma forma segura e eficaz de liberar a raiva. Os pacientes começam a perceber que o movimento e a brincadeira são uma boa ferramenta para liberar a raiva e é muito melhor do que empurrá-la para baixo e entorpecê-la. Fazer sons como quem consegue fazer o melhor som de vaca ou os barulhos de porco mais altos é um jogo seguro e divertido. Pode ser o passo inicial para os pacientes reivindicarem sua voz. Ser capaz de dizer 'pare' e 'não' quando eles estiverem sentindo raiva pode ser ensinado por meio de brincadeiras.

Em resumo, o uso da brincadeira para acessar o modo Criança Feliz na Terapia do Esquema tem muitos benefícios terapêuticos. Pode ser uma maneira segura de começar a sentir, conectar-se aos modos de criança e atender à necessidade de espontaneidade e brincadeira do modo Criança Vulnerável ou Irritada. Brinque com o terapeuta pode

começam a romper os bloqueios de evasão, desconfiança e medo. Ele fornece experiências nas quais os pacientes podem começar a sentir e aprender a confiar com segurança. Brincar é uma experiência agradável tanto para o terapeuta quanto para o paciente. A alegria e o prazer compartilhados de brincar no relacionamento terapêutico podem fornecer evidências perceptíveis contra a crença de que eles são indignos. Pode ser uma maneira eficaz de começar a banir o Crítico Punitivo (o exercício do Dragão). Brincar pode se tornar uma das maneiras pelas quais a parte Bom Pai do modo Adulto Saudável atende às necessidades do modo Criança Vulnerável.

#### Dicas de terapeutas

- Engajar os benefícios potenciais da brincadeira para os objetivos da Terapia do Esquema requer a capacidade do terapeuta de ser alegre, espontâneo e brincalhão enquanto, ao mesmo tempo, acompanha e responde aos esquemas ativados e modos que são acionados. Isso requer que o modo Criança Feliz e o modo Adulto Saudável do terapeuta estejam acessíveis. Desfrute da sua própria espontaneidade, brinque e compartilhe os benefícios de se envolver no jogo.
- Ao contar uma história ou brincar, o entusiasmo do terapeuta é importante. Os pacientes tendem a se envolver na história, apesar de si mesmos. A palavraentusiasmo é importante observar. Como terapeutas, quando podemos ser abertos e genuínos ao compartilhar nosso prazer e alegria do modo Criança Feliz em um exercício que conduzimos, é mais fácil para os pacientes serem capturados pela emoção também. É como se tivéssemos chamado sua parte Criança Feliz para brincar e o 'jogo' parecer divertido.
- Ser capaz e querer investir nossa própria emoção em nossas interações como terapeutas é crucial para um jogo eficaz. Assim como os terapeutas do esquema têm muitas diferenças de personalidade, temperamento e perfil do esquema, há muitas maneiras diferentes de interagir com os pacientes. O importante é que você seja genuíno e verdadeiro consigo mesmo. Obviamente, você também deve estar ciente dos momentos em que seus esquemas e modos são acionados.
- Às vezes, um paciente diz que não merece participar da brincadeira. A resposta é que o terapeuta pensa assim ou não o teria convidado. A questão é que rolamos com quaisquer respostas negativas e não paramos ou tentamos convencer o paciente de algo que ele ou ela não sente.
- Os pacientes podem ter tanta dificuldade em se divertir quanto em outros exercícios experenciais. Modos críticos disfuncionais podem ser acionados ou modos de enfrentamento desadaptativos. Quando isso acontece, é importante discutir e intervir para banir o Crítico desta sessão ou contornar o modo de Enfrentamento Maladaptativo. O trabalho do Happy Child pode envolver lidar com modos de interferência e também criar diversão.
- Aproveite as oportunidades para incluir brincadeiras nas sessões e para acessar o seu modo Criança Feliz e do paciente.
- Mantenha alguns fantoches ou bichos de pelúcia que podem representar modos (por exemplo, dragões, piratas) e jogos em seu escritório.

- Esteja ciente da força do seu modo Criança Feliz. Se estiver fraco, trabalhe nisso procurando oportunidades de jogar para você mesmo.
- Paciência e aceitação de onde os modos infantis de um paciente estão desenvolvendo é crítica. Jogar com imagens pode funcionar como um primeiro passo. Eles podem se imaginar jogando com você em sua imagem de lugar seguro e tirar o modo Crítico Exigente da imagem e até mesmo enviá-lo em uma bolha. Nossos grupos geralmente faziam placas para a porta da sala de grupo que anunciamavam 'Não são permitidos críticos - crianças brincando'.

## Referências

- Farrell, JM & Shaw, IA (2018) Experimentando a terapia do esquema de dentro para fora: um self-Apostila de prática / auto-reflexão para terapeutas. Nova York: Guilford Press.
- Galimzyanova, M., Kasyanik, P. & Romanova, P. (2019). Viagem pelos modos vale: jogo de tabuleiro de terapia do esquema para crianças e adolescentes. São Petersburgo, Rússia: Schema Therapy Institute.
- Lockwood, G. & Shaw, IA (2012). Terapia do esquema e o papel da alegria e da diversão. No M. Van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds), The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy (pp. 209-229). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Milteer, RM & Ginsburg, KR (2012). A importância do jogo no apoio à saúde desenvolvimento infantil e manutenção de um vínculo forte entre pais e filhos: enfoque nas crianças que vivem na pobreza. *Pediatria*, 129 (1), e204 – e213. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2953>
- Wadley, A. (nd). Só jogando. Um poema.
- Young, JE, Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). Terapia do esquema: um praticante Guia. Nova York: Guilford Press.

# 11 métodos criativos com coping modos e trabalho na cadeira

Gillian Heath e Helen Startup

## Introdução

O trabalho na cadeira é uma técnica terapêutica centenária originada nas idéias radicais do psicanalista Moreno (1889–1974), posteriormente desenvolvida por George Kelly e sua Teoria de Construção Pessoal e posteriormente elaborada para adoção na Gestalt Terapia individual por Perls (1969). Mais recentemente, por meio do trabalho de Greenberg, os mecanismos terapêuticos propostos para o trabalho da cadeira foram operacionalizados e submetidos ao escrutínio empírico (Rice & Elliott, 1996, para uma revisão). Até o momento, o trabalho na cadeira é uma ferramenta terapêutica adotada pela maioria das terapias experenciais e agora é um avanço recente na Terapia Cognitivo-Comportamental (Pugh, 2019). Para uma visão geral sucinta, mas informativa, da história do trabalho da cadeira, os leitores devem consultar Pugh (2019) ou, para um relato detalhado, Kellogg (2014).

## Princípios fundamentais de trabalho com modos de enfrentamento

Quando utilizadas em um contexto terapêutico, as cadeiras são o símbolo que objetiva uma relação, seja aquela relação entre partes de si mesmo (técnica de múltiplas cadeiras) ou entre o self e o outro (técnica de duas cadeiras). Ao objetivar partes do self, um novo potencial relacional emerge. Isso pode acontecer por meio do processo de "olhar" para um lado do self de uma nova maneira, proporcionando uma nova perspectiva, ou por meio do desafio direto às antigas relações self-to-self (como acalmar o Crítico para dar mais voz a o Pequeno Eu). Uma cadeira vazia pode ser usada para simbolizar uma pessoa do passado ou alguém com quem temos "negócios inacabados" (ver Kellogg, 2014), uma técnica que também é comumente usada na Terapia Focada em Emoção (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). A segurança da natureza simbólica do exercício, ao lado da presença reconfortante ou de apoio do terapeuta, pode encorajar diálogos entre o eu e o "outro" que talvez nunca tenham sido possíveis antes. Um objetivo do trabalho da cadeira em ST é conduzir o esquema e

mudança comportamental, mudando as respostas emocionais entre as diferentes partes do self para apoiar nossos pacientes a fim de que suas necessidades sejam satisfeitas de maneiras adaptativas.

Os modos, em geral, podem ser definidos como os esquemas ou operações de esquema (adaptativos ou não adaptativos) que estão atualmente ativos para o indivíduo (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Acredita-se que os modos de enfrentamento, em particular, se desenvolvam à medida que a criança lida com necessidades essenciais cronicamente insatisfeitas, juntamente com interações com seu temperamento, modelagem parental e quaisquer contingências de reforço em jogo, incluindo fatores culturais. Como tal, ao trabalhar com modos de enfrentamento, também estamos interessados nos esquemas que eles contêm e no contexto biopsicossocial em que evoluíram.

#### Usando a cadeira de trabalho com modos de enfrentamento

De acordo com o modelo de ST do self, os modos de enfrentamento visam proteger contra vários tipos de ameaças e também refletem frequentemente as forças naturais de uma pessoa. Assim, um modo de enfrentamento pode abranger uma sensibilidade às necessidades de outras pessoas (Compliant Surrenderer), uma capacidade de detectar ameaças potenciais (Paranoid Overcontroller), a força para lutar (Bully Attack), a capacidade de continuar (Detached Protector), para ser organizado (Supercontrolador perfeccionista), para se esforçar e vencer (Auto-engrandecimento) ou para recuar e reagrupar (Protetor Esquivo). De muitas maneiras, os modos de enfrentamento incorporam uma ampla gama de capacidades humanas que simplesmente foram longe demais, levadas ao ponto em que nossa consciência foi perdida e entramos no piloto automático com o modo de enfrentamento oferecendo uma solução que pode ser um ajuste inadequado para a situação.

Os modos de enfrentamento evoluem em parte da adversidade e do trauma da infância e, como tal, contêm um viés de esquema que normalmente prevê resultados negativos ou extremos (van Genderen, Rijkeboer & Arntz, 2015). À medida que o paciente se comporta como se o esquema fosse "certo", o padrão se firma. Os modos de enfrentamento também podem conter memórias e associações da dor central do paciente e traumas anteriores. Por exemplo, o modo cauteloso de um paciente (uma variante de um supercontrolador paranóico) pode estar vigilante para ser sutilmente ridicularizado, com uma sensação sentida de anos de intimidação infantil e isolamento social. Um entregador complacente pode "lembrar" que a única maneira de receber afeto era avaliando o humor de seus pais. Ou um Auto-engrandecimento pode sentir o brilho de ganhar um prêmio na escola, sabendo que nada mais seria notado.

Neste capítulo, enfocamos a aplicação clínica do trabalho da cadeira aos modos de enfrentamento dentro do ST. Descreveremos como a cadeira funciona, os diálogos dos modos e o mapeamento dos modos podem ser usados para ajudar os pacientes a superar os aspectos prejudiciais de seus modos de enfrentamento, bem como chamar sua atenção para as necessidades básicas que esses modos estão tentando satisfazer desajeitadamente. Métodos de trabalhar com modos de enfrentamento são descritos. Estes incluem: conscientização, modos de entrevista para maior compreensão, uso do desenho para o modo de 'expressão', geração de agência e motivação, uso do relacionamento terapêutico para mudança,

confrontação empática de modos, empoderando o Adulto Saudável e, por fim, utilizando diálogos de modo para promover a integração de 'todas as partes'.

Os métodos descritos neste capítulo podem ser aplicados em todos os três estilos de enfrentamento (evitação, rendição e sobrecompensação); no entanto, o terapeuta também pode se concentrar nas necessidades centrais mais específicas embutidas em cada tipo de modo. Os modos de esquiva visam evitar ameaças baseadas no esquema e, portanto, há um foco em enfrentar os medos subjacentes do paciente. Os modos de rendição submetem-se a esquemas básicos e, normalmente, há uma necessidade não atendida de algum tipo de empoderamento. Os modos supercompensatórios buscam a dominância e / ou controle às custas de outras necessidades e há um foco em permitir e atender à dor central do paciente, muitas vezes anteriormente oculta ou negada sob esses modos mais vigorosos.

#### Aumentar a consciência dos modos de enfrentamento

Um importante precursor para o trabalho da cadeira é o desenvolvimento de uma formulação de modo compartilhado (ver Capítulo 1 para mais detalhes de mapeamento de modo) em que as relações de modo do paciente são prolongadas. Uma forma de mapear essas relações é ter o 'Pequeno Eu' posicionado na parte inferior do diagrama, cercado pelos modos de enfrentamento (Figura 11.1.). O crítico pode ser posicionado em algum lugar

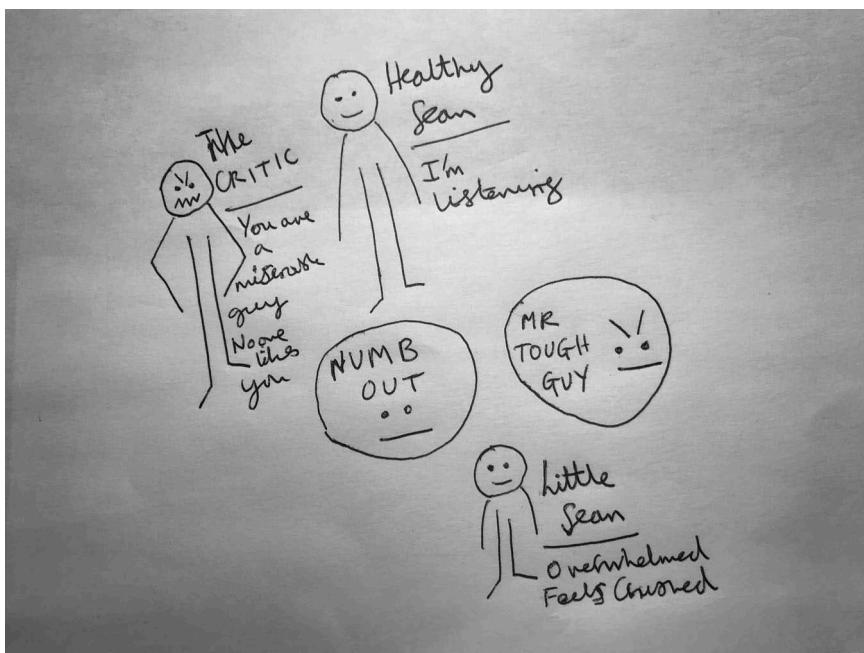


Figura 11.1 Um exemplo de um mapa de modo.

acima, caindo sobre o resto do eu, com o Adulto Saudável posicionado longe dele, lutando por espaço para crescer. Ao organizar o mapa de modos dessa maneira, é possível ter uma discussão de validação sobre a função de desenvolvimento de autoproteção e os motivos dos modos de enfrentamento. É importante ressaltar que todos nós temos modos de enfrentamento, eles são de fato fundamentais para o gerenciamento na vida. No entanto, quando o terreno de nossas vidas anteriores era tal que as necessidades não eram atendidas, nossas maneiras de lidar com essas falhas tiveram que se "envolver" em torno dessas falhas e "melhorar seu jogo" para administrar o mundo daquela época. Agora que o terreno de nossa vida mudou, o desafio é aprender a modificar ou "diminuir" a facilidade e a intensidade com que nossos modos de enfrentamento entram em ação.

Para dar vida a essas ideias de forma dinâmica, pode ser inestimável representar algumas dessas relações de modo central por meio de cadeiras durante a fase de formulação. Isso pode envolver um par de cadeiras, para representar um relacionamento de modo-chave, mas mais cadeiras seriam usadas para ajudar a elaborar a percepção de um paciente de seu self completo.

Por exemplo, Sean<sup>1</sup> estava apenas ciente de estar com raiva e irritado; ele estava constantemente recebendo feedback do mundo de que era uma "pessoa raivosa" e precisava "se resolver". Como resultado, Sean tinha uma noção limitada de si mesmo como "apenas esse cara miserável e zangado" de quem ninguém gostava. Sem surpresa, ele sofria de depressão e estava socialmente isolado. No entanto, seu terapeuta estava ciente de que Sean havia muito mais coisas. Ela tinha ouvido falar que, quando criança, ele era frequentemente ridicularizado pelo pai de uma forma imprevisível e agressiva. Para sobreviver ao início de sua vida familiar, Sean descreveu como aprendeu a projetar um 'lado difícil' para o mundo que geralmente se manifestava como 'atacar os outros antes que eles me ataquem' (modo Bully Attack, BA). Para conhecer esse modo, o terapeuta de Sean simplesmente o orientou para mover as cadeiras cada vez que ele se virava para um local de ataque. Seu objetivo era aumentar sua consciência e curiosidade em relação a este lado de si mesmo. Durante as sessões posteriores, o terapeuta de Sean o orientou a trocar de cadeira quando seu BA, Little Side e Critic começaram a falar. Quando seu Lado Pequeno começou a sentir dor e o Ataque de Intimidação começou, seu terapeuta moveu a cadeira BA para que ficasse ligeiramente voltada para a porta, acalmando sua influência e criando espaço para outras partes falarem. Sean's Little Side foi capaz de afirmar que se sentiu oprimido e esmagado pela presença do BA. Em uma sessão posterior, seu terapeuta também convidou o Adulto Saudável de Sean para se envolver e encontrar sua perspectiva e voz. Sean também foi apoiado para aumentar a consciência e, portanto, reduzir a automaticidade da mudança para o BA, rastreando os sinais corporais, como uma sensação de estômago embotado e um aperto de punhos,<sup>2</sup> que atuam como uma 'bandeira' para detectar que o modo foi ativado. O objetivo aqui não é desafiar o modo diretamente, mas, ao contrário, aumentar a consciência do paciente sobre as maneiras pelas quais as diferentes partes do self estão se relacionando, a fim de dar maior flexibilidade.

Outro uso valioso de cadeiras durante a formulação é quando um paciente é visto rapidamente 'mudando de modo', como pode ser o caso de indivíduos com transtorno de personalidade limitrofe (Arntz & Van Genderen, 2011). O processo de pausa

e colocar as partes de si mesmo em cadeiras diminui a velocidade a sessão e encoraja a promoção da meta-consciência e mentalização, processos que são lutas centrais para este grupo de pacientes (Bateman & Fonagy, 2004). Novamente, o objetivo não é desafiar os modos, mas desacelerar a inversão do modo, para chamar a atenção para os relacionamentos do self total e parcial. Manter um diário de modo para o dever de casa pode aumentar ainda mais essa autoconsciência em desenvolvimento.

### Trabalhando com evasão

É apenas humano evitar a dor. Os modos de enfrentamento evitativos visam nos proteger, evitando emoções fortes (Protetor independente), situações desafiadoras (Protetor evitativo) e ameaças interpessoais (Protetor com raiva), ou usando distração para acalmar ou estimular (Auto-sufocamento independente ou Autoestimulador independente) No fundo, quando evitamos algo, muitas vezes temos medo disso (ou das emoções que isso pode ativar) e os métodos descritos aqui visam ajudar a enfrentar e trabalhar com esses medos para apoiar nossos pacientes a melhor atender às suas necessidades.

### Modos de enfrentamento e a relação terapêutica

Rachel entra na sala da clínica em silêncio e quase sem expressão. Ela se senta e olha para seu terapeuta com um olhar fixo e levemente anormal e um meio sorriso educado. Sua terapeuta se sente instantaneamente envergonhada, nervosa e insegura de si mesma. Ela presume que Rachel provavelmente está zangada com ela por causa de uma carta que ela enviou na semana anterior. Na carta, ela explicou a Rachel que era política do serviço dar alta a um paciente se ela não conseguisse fazer contato após uma série de consultas perdidas e pediu que ela fizesse o contato. O terapeuta havia discutido sobre como formular a carta e temeu que parecesse oficioso. Agora, a raiva silenciosa de Rachel confirmava que ela havia de fato cometido um 'grande erro' e a decepcionado.

A relação terapêutica tem a capacidade de desencadear os nossos próprios esquemas e os do nosso paciente desde o primeiro encontro em diante. Isso oferece uma rica oportunidade de compreender os ciclos do modo 'no momento' que muitas vezes caracterizam o mundo interpessoal do paciente. Isso pode ser um trabalho emocionalmente desafiador e o conceito de modo ajuda a manter o paciente e o terapeuta dentro de sua Janela de Tolerância (Ogden et al., 2006; Siegel, 1999, 2011), proporcionando contenção e distância no trabalho com uma parte, não com todos, do paciente ou do terapeuta. Isso permite que ambos se afastem das rupturas (ou outros momentos relacionais importantes) e compreendam juntos o que aconteceu a uma distância mais segura.

### Nomeando a ruptura e modos relevantes

O terapeuta pode notar uma ruptura e fazer uma pausa para compartilhar sua sensação de que algo "aconteceu" em termos interpessoais. Então, muitas vezes há um momento emocionalmente carregado, mas profundamente importante de tentar malhar

juntos o que está acontecendo. Tanto o paciente quanto o terapeuta podem ser intensamente desencadeados nesses momentos e, muitas vezes, é necessário um certo tipo de coragem terapêutica para falar sobre, ao invés de evitar, a ruptura. Explorando com nossos pacientes como nossos modos de enfrentamento podem estar reagindo, difundimos a toxicidade relacional potencial, pois há uma suposição implícita de que eles estão, à sua maneira, tentando ajudar. No próximo extrato, o terapeuta (T) explora se Rachel (R) silêncio hostil pode estar vindo em parte de seu protetor cauteloso (um tipo de modo protetor irritado):

T: Rachel, o que está acontecendo? Você parece irritado.R: Não, está bem. No que devemos trabalhar hoje?T: Mesmo que você diga que está tudo bem, não se sente assim. Algo aconteceu

escrito? Você parece zangado.

R: Não, já passei disso. Não adianta, não quero falar sobre isso.T: Eu não sei, mas estou me perguntando se isso pode ser em parte sobre a carta

Eu envio?

R: [Não responde e parece incrédulo com o que o terapeuta está dizendo.]T: [Gesticulando para outra parte da sala] Eu me pergunto se o seu Protetor Cauteloso surgiu e não confia em mim o suficiente para falar?

R: [Acena com a cabeça, mas permanece zangado e em silêncio.]

Ouvir a visão do modo de enfrentamento do incidente relacional

Tendo criado um espaço simbólico para o modo mais relevante, o terapeuta pode perguntar sobre os pensamentos e sentimentos deste lado sobre a ruptura. Essa técnica é especialmente útil quando o paciente reluta em reconhecer ou compartilhar seus sentimentos de maneira mais direta. O terapeuta se concentra no momento presente e nos gatilhos de esquema recentes / imediatos para tentar entender o que acabou de acontecer entre eles:

T: Acho que pode haver boas razões para você ficar com raiva agora e

Eu quero ouvi-los. [Gesticulando novamente para o mesmo local de 'Protetor Cauteloso'.] O que o seu lado Cauteloso está dizendo sobre falar comigo agora?

R: Está dizendo que você não liga, não adianta e não entende o porquê  
Eu vim hoje.

T: [Gesticulando novamente para o mesmo lugar.] O que você achou quando leu o  
carta que enviei?

R: Isso - e, para ser honesto, tudo de mim - não podia acreditar. Foi tão formal.  
Não acredito que você sugeriu que terminássemos porque perdi algumas  
sessões!

T: O que passou pela sua cabeça sobre mim e sobre nós? O que te irritou  
maioria?

R: Achei que você simplesmente não se importava - não entendi por que escreveria isso.

T: [De novo gesticulando para o mesmo lugar.] E o que esse lado disse sobre falar para mim?

R: Que as venezianas estavam fechadas agora. Que se você fosse me criticar assim por não vir, estamos fora.

T: Havia mais alguma coisa que fez o lado cauteloso sentir que eu não era confiável? R:  
Acho que você não falou comigo - mas percebo que não estive aqui. Eu só  
me senti realmente perdido.

O terapeuta faz perguntas ao modo de enfrentamento (O que ele disse então? Como você se sentiu quando ...) para tentar entender suas preocupações sobre ela e seu relacionamento. O paciente pode apenas raramente ter experimentado alguém atendendo com sensibilidade a uma ruptura dessa maneira. No caso de Rachel, o terapeuta querendo ouvir adequadamente o modo de enfrentamento permite que ele dê um passo para o lado um pouco e para que outros sentimentos, mais vulneráveis, apareçam. Rachel explicou que sentia que não importava para seu terapeuta e expressou um sentimento mais desesperado sobre a terapia não durar para sempre e uma falta de prontidão para lidar com ela sozinha. A terapeuta sentiu uma forte conexão com Rachel. Ela reconheceu que estava, de fato, muito preocupada em perder a confiança ao escrever a carta, e achou difícil dizer. Ela disse que sabia que tinha saído errado e que lamentava ter causado tanto sofrimento.

### Entrando no ciclo modal

Nesse ponto, há uma oportunidade importante para o terapeuta entrar no processo de maneira mais completa, falando sobre quais modos ou reações foram atraídos para eles e como isso pode acontecer com outras pessoas na vida do paciente também. A terapeuta perguntou se não haveria problema em compartilhar como ela se sentiu no início da sessão, quando o Lado Cauteloso estava forte. Rachel concordou. Ela disse, naquele momento, quando Rachel não quis falar e parecia tão hostil, ela se pegou querendo se retirar - e ela se perguntou se isso acontecia com outras pessoas também? Rachel falou sobre como uma coisa semelhante aconteceu com uma amiga próxima, que desde então havia interrompido o contato.

Vinculando às necessidades básicas

A terapeuta de Rachel perguntou do que ela poderia precisar quando se sentisse decepcionada com ela, em situações como com a carta - havia algo que ela pudesse dizer ao Protetor Cauteloso? Rachel (olhando para o local do Protetor Cauteloso) disse que ela poderia dizer que seu terapeuta havia mostrado que ela se importava muitas vezes, e que não importava o quanto ruim as coisas parecessem, ela precisava tentar falar com ela. A terapeuta disse que isso significava muito para ela, e realmente a ajudaria se Rachel pudesse fazer isso ou falar com ela sobre suas lutas. Ela também tentaria ser aberta sobre sua parte nas coisas, em vez de escrever cartas formais, para que pudessem descobrir o que estava acontecendo juntos.

Nesse tipo de modo de trabalho, o terapeuta separa simbolicamente a parte desencadeada do paciente e convida-os a dar-lhe voz, compreendendo juntos, à distância, como vê o incidente relacional. Localizando o modo em um espaço longe de si e do paciente, o terapeuta fornece alguma segurança e contenção para uma situação potencialmente altamente carregada. O terapeuta é autêntico ao compartilhar sua parte no ciclo modal, o que muitas vezes tem um efeito desarmante, pois o paciente sente a intenção do terapeuta de dar sentido ao que acabou de acontecer entre eles (não como um especialista em observação, mas como parte do relacionamento) no serviço de permanecer conectado e progredir.

### Modos de separação e confronto empático

Em outras ocasiões, o terapeuta pode escolher empaticamente confrontar um modo mais diretamente, pedindo permissão para 'fale para aquele lado', novamente usando um gesto para localizar o modo longe do paciente. O terapeuta mostra empatia pelo modo, mas também afirma clara e especificamente seu impacto, naquele momento, e pede a ajuda do paciente para fazer algo diferente, seja para o relacionamento ou para ajudar a fazer as coisas avançarem na terapia de forma mais geral.

T: Asma, você parece desligada e desligada de mim agora e me pergunto ...  
se o Lado Protetor surgiu? [Paciente está sem resposta, silenciosa e enrolada em sua cadeira por vários minutos.]

UMA: Sim [olhando rapidamente do chão para o terapeuta]. T:  
Posso falar com esse lado? UMA: sim.

T: [usa um gesto para localizar o modo longe do paciente] Lado protetor,  
Estou muito feliz por você estar aqui por Asma quando ela mais precisava de você.  
Quando as coisas estavam tão ruins quando ela era criança, quando não era  
seguro falar. Mas agora, preciso ouvir como Asma está se sentindo. Eu sei que ela  
teve uma semana muito difícil, mas não posso ajudá-la se você a mantiver em  
silêncio e longe de mim tão completamente. Prometo que daremos a você  
bastante tempo para voltar, se necessário, antes do final da sessão. [Olhando para  
Asma.] Asma, você pode tentar me contar um pouco sobre como está se sentindo  
agora? Como você está indo?

UMA: Eu tive uma semana tão ruim. Eu simplesmente não consigo mais hackear. Eu sinto que quero  
jogar a toalha, é demais para mim.

Aumentando nossa compreensão dos modos de enfrentamento: a técnica de 'entrevista'

À medida que encontramos um padrão dominante de enfrentamento, nossa primeira tarefa é explorar como e por que o paciente lida da maneira que o faz. Os modos de entrevista são uma abordagem útil aqui, pois permitem uma expressão completa de cada lado. Você pode perguntar sobre como o modo evoluiu, suas principais preocupações, como ele opera

atualmente e as consequências para o paciente. Nessa técnica, o terapeuta usa uma característica central do trabalho da cadeira: para o paciente ocupar um lado de si e aprender mais profundamente, sem intromissão de outros lados ou pressão social para ser construtivo (Kellogg, 2014). O terapeuta pode pedir ao paciente para sentar em uma cadeira separada e 'ser o modo', ou, se isso parecer muito desconfortável (por exemplo, se o paciente for ambivalente sobre a presença do modo), o paciente pode fornecer palavras para o modo de enfrentamento , que tem sua própria cadeira vazia. Assim, as principais tarefas aqui são essencialmente cognitivas e se concentram em permitir que o paciente articule (1) a origem do modo (ou seja, por que e quando se desenvolveu), (2) a função do modo (ou seja, o que o faz fazer para o resto do self, de que forma é protetor?), (3) os prós e os contras de administrar dessa maneira nos dias atuais. A realização dessas tarefas gera compaixão, pois fica claro que o modo de enfrentamento é 'apenas tentar ajudar'. Além disso, uma nova perspectiva é oferecida ao vincular a principal preocupação protetora do modo a um contexto histórico. Além disso, ao olhar para as desvantagens de manter a confiança neste modo nos dias atuais, 'espaço de manobra' é criado para novas maneiras de ser o mundo.

#### Agência geradora e motivação: diálogos de modo múltiplo

Os modos de enfrentamento costumam se autoperpetuar, pois evitam a desconfirmação de um viés de esquema e reduzem o senso de agência e a confiança do paciente para lidar com as situações de maneira diferente. No caso de modos fortemente evitativos, o confronto empático sozinho pode sair pela culatra, pois o paciente pode se sentir sob pressão do terapeuta enquanto se sente incapaz de enfrentar seus medos intensos. Então, uma sensação de,'Devo, mas não posso' pode tornar-se mais intenso e aumentar o desejo de evitar a situação como uma saída do aperto.

A formulação é central aqui, pois normalmente há mais de um modo em jogo subjacente ao medo intenso do paciente. Onde a evitação é forte, normalmente há um Crítico Disfuncional no fundo, minando a confiança do paciente e aumentando sua sensação de inadequação. A Criança Vulnerável está assustada e o Adulto Saudável offline com um alto senso de ameaça e baixo senso de agência. O modo evasivo oferece alívio instantâneo, pois o desafio não precisa ser enfrentado; pode ser adiado ou descartado como desnecessário.

#### Modos de nomeação e localização

Os diálogos de modo múltiplo podem ser usados para reverter o círculo vicioso com terapeuta e paciente fornecendo proteção contra o Crítico, conectando-se com as necessidades da Criança Vulnerável e moderando o modo evasivo para permitir que o paciente comece a enfrentar seus medos. O exemplo de caso abaixo também integra o uso de imagens breves para ajudar o paciente a "convocá-lo"

## Adulto Saudável, conscientizando-a de seu potencial de força nessa situação.

Shona expressou sua deceção por mais uma vez ter falhado em seus esforços para encontrar algum trabalho voluntário. Uma loja de caridade havia deixado uma mensagem de voz para ela alguns dias atrás. Embora soubesse que deveria ligar de volta, ela estava se sentindo tentada a abandonar; talvez ela não estivesse pronta para esse tipo de trabalho, afinal. Sua terapeuta perguntou que outros pensamentos vinham com a sensação de 'não estar pronta' e Shona disse que não conseguia lidar com a proximidade de pessoas. Seu terapeuta se perguntou em voz alta se o Crítico estava por perto; Shona concordou que sim.

Localizando o Crítico perto da porta (usando um gesto com a mão e olhando para a porta), a terapeuta perguntou o que ele estava dizendo sobre Shona não ser capaz de realizar o trabalho. Também olhando para o 'ponto' da crítica, Shona retrucou que se envergonharia, ficaria paralisada e não conseguiria falar, todo mundo pensaria que ela era esquisita, ela se humilharia. A terapeuta perguntou como foi a sensação do Pequeno Shona ouvir tudo isso. Shona disse que se sentia muito pequena. A terapeuta perguntou se Shona podia sentir seu Pequeno Eu próximo a ela; Shona disse que sim e que estava com muito medo.

Gesticulando para outra parte da sala, a terapeuta perguntou a Shona se ela poderia trazer o Lado Escondido (seu Protetor Esquivo), a parte que dizia que talvez ela não estivesse pronta e talvez desse sair e não ligar de volta. Shona disse que o Lado Escondido achava que ela estava sendo gentil consigo mesma ao não ligar de volta, que ela realmente não precisava e era melhor não forçar as coisas. Olhando para trás em direção a Shona, a terapeuta perguntou o que ela achava do plano do Lado Escondido. Com um sorriso irônico, Shona disse que se sentiu aliviada. A terapeuta, também com um tom brincalhão, concordou que deve ser um alívio, excelente notícia, ela não precisava fazer isso! Shona então disse espontaneamente que não se sentia bem com isso, mas também não se sentia pronta para ligar de volta. A terapeuta perguntou como a pequena Shona estava se sentindo - eles poderiam ouvir dela? Ao colocar a pequena Shona em uma cadeira, ela foi capaz de expressar que realmente ansiava por alguém que a quisesse o suficiente para lhe dar uma chance, mas ela estava apavorada com a rejeição e a sensação de fracasso que viria de ligar e receber um 'não'. Ela foi capaz de expressar um pouco da dor por trás do enfrentamento que tão raramente foi ouvido. Seu terapeuta poderia atender a isso com compaixão e um leve empurrão em direção à autoconfiança, incutindo em sua paciente as sementes de que ela tinha o potencial de administrar essa situação e progredir no sentido de ter suas necessidades atendidas. Ela foi capaz de expressar um pouco da dor por trás do enfrentamento que tão raramente foi ouvido. Seu terapeuta poderia atender a isso com compaixão e um leve empurrão em direção à autoconfiança, incutindo em sua paciente as sementes de que ela tinha o potencial de administrar essa situação e progredir no sentido de ter suas necessidades atendidas.

Este tipo de trabalho na cadeira pode então progredir por meio de imagens, por exemplo, para trazer o Adulto Saudável, ou o lado 'forte' e 'determinado' de Shona para apoiá-la a confiar cada vez menos em seu modo de enfrentamento Esquivo. A dramatização de duas cadeiras foi então usada para desenvolver habilidades para apoiar Shona na prática de ligar para a loja de caridade da perspectiva de seu Adulto Saudável, com o conhecimento de que seus modos de enfrentamento estariam lá para ela caso ela precisasse deles. O terapeuta de Shona também usou a dramatização para preparar Shona para possivelmente não

obtendo a resposta que ela esperava, para permanecer dentro de sua Janela de Tolerância e usar seu Adulto Saudável para se acalmar em vez de se refugiar em um modo de enfrentamento ou espiralar em uma situação de autocritica.

### Trabalhando com rendição

A rendição é uma estratégia adaptativa diante de situações inevitáveis e intransponíveis. Há momentos em que a maioria de nós, em algum grau, aceita e se entrega a coisas que acha que não podemos mudar. A literatura ST até o momento tem se concentrado em um modo desse tipo, o Compliant Surrenderer (Van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein, 2011); o paciente "se rende" apaziguando os outros e colocando suas necessidades ou pontos de vista à frente de seus próprios para manter a conexão ou evitar críticas ou punições de algum tipo. O paciente se rende a esquemas como privação emocional, auto-sacrifício e subjugação, por meio dos quais sente que suas necessidades são invisíveis ou sem importância e não tem escolha a não ser colocar a outra pessoa em primeiro lugar.

O pessimismo e a desesperança (por exemplo, um preditor pessimista ou um modo do tipo protetor sem esperança) também caem neste estilo de enfrentamento, pois, ao se render ao pior cenário, o paciente se sente protegido do desapontamento e, até certo ponto, autorizado a 'dar em face do que parece ser um fracasso inevitável. Nesses modos, o paciente se rende a esquemas como Fracasso, Defectividade e Pessimismo, muitas vezes com a sensação de tornar sua vida mais previsível, no sentido de que pelo menos eles 'sabem onde estão' e estão enfrentando 'como as coisas são' para eles.

A criança vulnerável aqui pode sentir que não importa, suas necessidades não são importantes e há opções muito limitadas para ela, determinadas por outros ou por suas circunstâncias. Freqüentemente, há necessidades não satisfeitas de se sentir compreendido, importante e capacitado: para que o paciente possa se expressar, sentir que suas necessidades são importantes e um senso de agência de que ele pode trabalhar para o que deseja.

### Diálogos para empoderamento: Criança Vulnerável para Adulto Saudável

Os diálogos entre a Criança Vulnerável e o Adulto Saudável podem ser usados para empoderar o paciente, à medida que os sentimentos e necessidades do paciente são expressos e colocados no centro do palco para seu Adulto Saudável. Tendo recebido a oportunidade inicial de compartilhar suas preocupações, o modo de enfrentamento pode ser solicitado a observar de lado, proporcionando uma oportunidade de "ver" o potencial de uma maneira diferente de lidar com a situação. Isso pode ter um efeito surpreendentemente fortalecedor. A rendição costuma ser motivada por uma sensação de derrota inevitável, na qual as necessidades de outras pessoas (em Conformidade) ou circunstâncias difíceis (em Desesperança) irão presidir, não importa o que aconteça. À medida que o paciente desvia sua atenção dessas previsões para ouvir os sentimentos e necessidades de sua criança vulnerável, há uma dinâmica diferente de agência e mudança, como sua

**Little Self pede que eles ouçam, se importem e movam as coisas em uma direção melhor.**

John entra na sessão parecendo tenso e envergonhado. Ele concordou em namorar um amigo, mas se sente coagido. Sua única razão para fazer isso é porque esse amigo já havia usado seus contatos para ajudar John a conseguir um emprego. O terapeuta pede que ele move as cadeiras e fale da parte dele que sente que deve fazer o que o amigo quer, seu lado "Apaziguar para sobreviver" (uma forma de rendição complacente). Esta parte diz que ele não tem escolha e ele não deveria ter aceitado sua ajuda em primeiro lugar - agora ele precisa apenas lidar com isso - esse homem pode ser desagradável, não vai te matar, apenas vá em frente. A terapeuta então pede à paciente que se mova para uma cadeira para o João Pequeno, ela também coloca uma cadeira vazia para o João Saudável ao lado da sua e move a cadeira complacente ligeiramente para um lado, para que ela possa observar. Ela pede a John para ser seu Pequeno Eu por um minuto e dizer como ele está se sentindo e o que está acontecendo com ele. João, como seu Ladozinho, diz (mais zangado do que assustado) que odeia esse homem, não o quer perto dele, quer que ele vá embora. O terapeuta então pede a John que se mova para seu Adulto Saudável, gesticulando para o assento ao lado dela, e seja essa parte forte e carinhosa dele. Ela pergunta como ele se sente em relação a seu Little Side e John diz que está orgulhoso dele - orgulhoso do fato de que ele pode ver este homem pelo que ele é. A terapeuta pede que ele diga isso ao João Pequeno, para que ele possa sentir - ele o faz e ela acrescenta que se sente mal por ele ter passado por isso. Agora fortalecido pelas necessidades de seu Pequeno Eu, embora ainda apreensivo sobre como lidar com a situação, John e sua terapeuta foram capazes de bolar um plano.

#### Modos de desenho para expressão e foco

Os modos de desenho podem ser esclarecedores, pois o paciente freqüentemente expressa aspectos inesperados de si mesmo que estão um pouco além da linguagem. Este processo não requer habilidade artística; representações simples, como figuras e formas de palitos, podem ser notavelmente expressivas. Paciente e terapeuta têm a oportunidade de brincar com diferentes possibilidades. Os exemplos incluem um modo de lidar com a situação, tirando férias merecidas à beira-mar, um crítico recebendo seu próprio teatro de palestras à prova de som ou um Adulto Saudável e uma Criança Vulnerável retratados em silêncio sentados juntos em um banco de parque. Tal como acontece com muitos outros símbolos de modo, o desenho permite ao paciente alterar as ações e a influência do modo, criando maior flexibilidade. Ao desenhar, o paciente está interagindo com o modo em vez de ser consumido por ele.

Em outras ocasiões, particularmente em face de mudanças rápidas de modo, extrair e escrever para cada elemento em uma situação de gatilho pode ajudar tanto o terapeuta quanto o paciente a desacelerar, descentrar e chegar ao que o paciente precisa. A Figura 11.2 mostra um exemplo de onde a imperfeição e a vergonha de um paciente foram desencadeadas por um ataque de pânico no ônibus. Nesta situação, o terapeuta começa perguntando o que o Crítico estava dizendo na situação de gatilho (com base em sua hipótese de que o Crítico estava conduzindo o ciclo modal), então

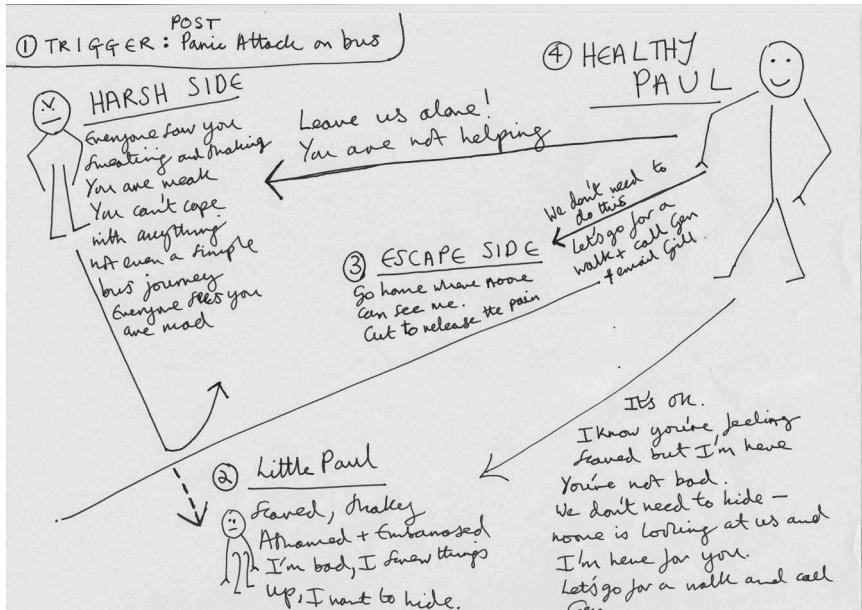


Figura 11.2 Mapa da ativação do modo de Paul após um ataque de pânico.

como a Criança Vulnerável se sentiu ao ouvir isso e, por último, como o paciente lidou com isso. Finalmente, o paciente e o terapeuta podem trabalhar em equipe para se conectar com as necessidades do paciente e registrar seu plano no mapa.

O mapeamento de modo também pode ser eficaz para trabalhar com modos de enfrentamento rígidos e dominantes. Esses modos podem visivelmente e inicialmente "dar a sua opinião" no mapa, mas depois não podem esmagar ou assumir o controle do processo, com os sentimentos e necessidades da Criança Vulnerável e do Adulto Saudável sendo expressos por último, proporcionando, portanto, espaço adequado para eles e, em certo sentido, a última palavra (na formação de um plano com maior equilíbrio).

### Trabalhando com sobrecompensação

Os modos hipercompensatórios tentam tomar a posição oposta em relação ao senso de vulnerabilidade subjacente do paciente para ajudá-lo a se sentir mais importante (Auto- Aggrandiser), poderoso (Bully Attack) ou no controle (Overcontroller). Eles têm um estilo ativo e podem representar aspectos altamente valorizados do caráter de um paciente. Como acontece com muitos modos de enfrentamento, o terapeuta encoraja um senso crescente de consciência do modo, moderação e redirecionamento pelo Adulto Saudável, em vez de o modo ser necessariamente rejeitado de imediato, pois isso geralmente é irreal e desencoraja um canal importante de comunicação com o modo de enfrentamento.

Mesmo com modos mais obviamente destrutivos, como o Ataque Intimidador, a energia e a força do modo de enfrentamento precisam ser apreciadas e, se possível, aproveitadas pelo Adulto Saudável.

Os modos de sobrecompensação geralmente evoluem em situações em que a vulnerabilidade da criança era inaceitável ou insegura; eles aprendem a confiar em medidas ativas (impressionar, ser durão, estar no controle) para sobreviver emocionalmente e desviar a atenção deles e dos outros para longe de sua dor central. Os pacientes (com razão) sentem um alto risco de experimentar vulnerabilidade no relacionamento terapêutico e isso freqüentemente ativa seus modos de sobrecompensação. Uma gama de reações pode ser puxada pelo terapeuta, que pode então ser explorada no momento, em termos de moda.

#### Diálogos para integração: modo de enfrentamento para Adulto Saudável

Este tipo de diálogo de modo pode ser particularmente eficaz mais tarde na terapia para conseguir uma integração dos pontos fortes dos modos de enfrentamento enquanto desenvolve alternativas onde o modo é muito dominante, inflexível ou generalizado demais. Nesta variante particular, o terapeuta (T) joga o modo de enfrentamento e o paciente (P) o Adulto Saudável.

T: Yusef, você parece realmente ciente do Monitor agora, mas ainda parece demorar mais do que você gostaria. Poderíamos tentar dialogar com ele, para que você possa praticar a reação do seu Adulto Saudável a ele com mais força?

P: Ok, você quer dizer a coisa da cadeira? T: Eu estava pensando que desta vez eu poderia jogar o Monitor e você poderia jogar seu

Lado saudável e poderíamos ter uma conversa sobre nossos diferentes pontos de vista. Como isso soa?

P: Sim, parece bom - você quer começar? T: Certo ... Então, eu vou ser o monitor da melhor maneira que puder, mas me corrija se eu conseguir algo errado ou parece estranho.

P: Certo.

T: [jogando seu modo Monitor, uma forma de Controlador Paranoico] Eu não gosto a direção que temos seguido na terapia. Não gosto de ser impedido de verificar a conta de e-mail do meu chefe. Não gosto que me peçam para desistir de escrever notas detalhadas sobre o que ela diz e faz. Acho que não temos mais cobertura para as coisas. Eu me sinto no fim de minhas amarras.

P: Bem, eu estava no fim de minhas amarras. Precisávamos fazer uma mudança. Geral, Eu me sinto melhor quando não verificamos.

T: Mas o que acontece se as coisas começarem a dar errado e eu for demitido? eu entendo você nem vai notar que está chegando a este ritmo. Estou com medo de sermos rejeitados novamente.

P: É assustador, você está certo. Mas acho que vamos perceber se algo estiver acontecendo errado e ela deve me dizer se houver um problema sério.

T: Mas não me sinto no controle. P: Bem, talvez não estejamos completamente - talvez isso não seja possível. T: Mas não sei se posso lidar com isso - sem saber.

P: Acho que não temos escolha e teremos sérios problemas se conseguirmos capturado.

T: Mas não há como ela descobrir, eu encobri meus rastros. E o que fazer você espera que eu faça quando eu quiser verificar?

P: Não sabemos se não seremos pegos, não com certeza. Se tivermos o saco, eu sei que ficaríamos arrasados, é verdade, mas não há nada que possamos fazer sobre isso agora. Acho que descobriríamos então. Se quiser verificar, você precisa fazer uma pausa e dar uma caminhada - precisamos cavalgar.

O terapeuta, jogando o modo de enfrentamento, esclarece contra o que o paciente está "lutando" entre as sessões, o que pode ser altamente validador. O processo também destaca a preocupação central do modo de enfrentamento e faz com que o paciente responda (da melhor maneira possível) com seu Adulto Saudável. O paciente ouve o modo de forma concentrada, mas à distância, permitindo-lhe formar e "experimentar" uma visão alternativa e mais equilibrada. O paciente normalmente estará à altura da ocasião, pois descobrirá que não concorda totalmente com o modo de enfrentamento, afinal. Às vezes, é claro, o paciente pode ter dificuldade em responder ao modo de enfrentamento - pode parecer muito convincente ou, mais frequentemente, pode sentir que falta uma alternativa confiável. Nesses casos, o terapeuta pode convidar a Criança Vulnerável para o diálogo, perguntando sobre sua visão e o que ela gostaria de ser diferente. Então, por exemplo, no caso acima, a Criança Vulnerável do paciente disse que estava exausta e se sentiu assustada com toda a verificação - que precisava de uma pausa. Isso aconteceu, e o Adulto Saudável prometeu dar-lhes algum descanso.

## Resumo

É muito raro que os pacientes se sintam seguros o suficiente no início da terapia para expressar abertamente e voltar a atenção para sua dor central. Geralmente, são os modos de enfrentamento de nossos pacientes que encontramos pela primeira vez: os lados do self que funcionam para proteger contra a dor central. Um objetivo inicial da terapia é, portanto, ajudar nossos pacientes a se tornarem conscientes dessas formas de enfrentamento e dos efeitos que elas têm ao permitir que tenham suas necessidades atendidas nos dias atuais. Acreditamos que uma maneira poderosa e evocativa de apresentar essa perspectiva é por meio do trabalho com a cadeira. Nos estágios iniciais, particularmente durante a avaliação e formulação, os modos são trazidos à atenção consciente quando começamos a 'mapear' simbolicamente as relações dos modos usando cadeiras e rastrear suavemente as 'mudanças de modos' à medida que são experimentadas na sessão. Para alguns de nossos pacientes (como aqueles com transtorno de personalidade límitrofe), essa intervenção simples marca o início da integração psicológica. Uma outra função das cadeiras é de natureza mais cognitiva e pode ser sobre "conhecer" os modos de enfrentamento, sua função no passado e no presente, sua trajetória de desenvolvimento e motivos. Isso pode produzir novas perspectivas poderosas, mudanças na intensidade do esquema e, às vezes, uma sensação de pesar ou alívio na consciência de que as velhas formas de lidar com a situação, antes invocadas, agora não sustentam o bem-estar. sua trajetória de desenvolvimento e motivos. Isso pode produzir novas perspectivas poderosas, mudanças na intensidade do esquema e, às vezes, uma sensação de pesar ou alívio na consciência de que as velhas formas de lidar com a situação, antes invocadas, agora não sustentam o bem-estar.

As cadeiras também podem definir o cenário para desafiar diretamente o domínio de um modo de enfrentamento, ou para encorajar suavemente uma parte do self, geralmente esmagada (Little Side, por exemplo), para encontrar uma posição e uma voz. É nossa experiência que o trabalho da cadeira é uma ferramenta clínica poderosa com o potencial de promover a integração psicológica e a mudança de esquema, bem como profundas mudanças emocionais e relacionais, tanto dentro do encontro terapêutico quanto além dele.

#### Dicas de terapeuta

- O trabalho da cadeira pode ser uma maneira poderosa de delinear e 'mapear' relacionamentos de modo e dar vida à sua formulação.
- Quando um paciente é visto 'invertendo o modo', use as cadeiras para devagar este processo diminui e aumenta a meta-consciência e o potencial de integração.
- Abra espaço para, e conheça, um lado anteriormente negligenciado do eu por voltando para em um modo via cadeira de trabalho.
- O trabalho da cadeira pode apoiar a mudança de esquema por meio da técnica de 'entrevistar' um modo de enfrentamento ou explorar os prós e contras de suas funções, no passado e no presente.
- O trabalho da cadeira, em sua essência, trata de mudança relacional e emocional. Faça o seu melhor para não fugir para seus próprios modos de lidar com a situação; em vez disso, permita-se um espaço curioso, aberto e compassivo para as reações emocionais do seu paciente e suas próprias ao trabalhar com cadeiras.
- Quando você começar, não pegue muitas cadeiras!

#### Notas

1 O material apresentado é escrito de forma a proteger a confidencialidade do paciente, e os exemplos de ação são compostos de diálogos terapêuticos com vários pacientes. 2 Veja a Parte I, Capítulo 3 para trabalhar com uma perspectiva somática na Terapia do Esquema.

#### Referências

- Arntz, A. & Van Genderen, H. (2011). *Terapia do esquema para transtorno de personalidade limítrofe*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Bateman, AW & Fonagy, P. (2004). Tratamento do DBP baseado na mentalização. *Diário de Transtornos de Personalidade*, 18 (1), 36–51.
- Elliott, R., Watson, JC, Goldman, RN & Greenberg, LS (2004). *Aprendendo a emoção terapia focada: a abordagem experiencial do processo para a mudança*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kellogg, S. (2014). Cadeira transformacional: usando diálogos psicoterapêuticos na clínica prática. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Kellogg, S. (2018). Cadeira de rodas transformacional: cinco maneiras de usar a terapêutica diálogos. *Notebook NYSPA*, 19, 8–9.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma e o corpo: uma abordagem sensório-motora à psicoterapia*. Nova York: WW Norton.
- Perls, FS (1969). *Gestalt terapia literalmente*. Lafeyette, CA: Real People.

## 194 Gillian Heath e Helen Startup

- Pugh, M. (2019). Trabalho cognitivo-comportamental na cadeira: características distintivas. Abingdon: Routledge.
- Rice, LN & Elliott, R. (1996). Facilitando a mudança emocional: O momento a momento processo Nova York: Guilford Press. Siegel, D. (1999). A mente em desenvolvimento: em direção a uma neurobiologia da experiência interpessoal. Nova York: Guilford Press. Siegel, D. (2011). Mindsight: a nova ciência da transformação pessoal. Nova York: Bantam Books.
- Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M. e Bernstein, DP (2011). Terapias artísticas e terapia focada no esquema: um estudo piloto. *As Artes em Psicoterapia*, 38 (5), 325-332.
- van Genderen, H. & Rijkeboer, AA modelo teórico: esquemas, estilos de enfrentamento e modos. Em M. Van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (2015). O manual de terapia do esquema Wiley-Blackwell: Teoria, pesquisa e prática. Chichester: John Wiley & Sons.
- Young, J., Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). Terapia do esquema: um guia do médico. Nova York: Guilford Press.

## 12 Construindo uma ponte sobre a lacuna entre o forense e prática clínica geral

Trabalhando no 'aqui e agora' com  
modos de esquema difíceis

David Bernstein e Limor Navot

Em sua primeira sessão de terapia do esquema, o paciente se recusou a fazer contato visual com seu terapeuta. Ele respondeu a todas as perguntas com respostas de uma ou duas palavras, deixando seu terapeuta cada vez mais frustrado, em busca de tópicos produtivos para discutir. O comportamento do paciente era taciturno, retraído e hostil. Perto do final da sessão, o terapeuta perguntou: 'Qual é o seu objetivo com esta terapia?' O paciente respondeu: 'Meu objetivo é que, ao final da terapia, você saiba tão pouco sobre mim quanto sabe agora!'

Introdução

No entanto, os modos de esquema "forense" também aparecem em pacientes com transtorno de personalidade em ambientes não forenses, embora de forma um pouco diferente ou atenuada. Em ambientes não forenses, os pacientes geralmente têm autocontrole relativamente maior, problemas de apego menos graves, transtornos ou traços de personalidade menos graves e envolvimento legal mais limitado (ou seja, sem ofensas ou ofensas menos graves) do que os pacientes forenses. No entanto, eles ainda podem exibir os chamados transtornos de personalidade do Cluster B (por exemplo, transtornos de personalidade narcisistas, limítrofes ou anti-sociais), ou traços do Cluster B que estão associados a problemas de comportamento de externalização, como bullying, assédio ou perseguição, raiva e impulsividade, problemas de regulação emocional, comportamentos viciantes, mentiras e engano. Assim,

Unfortunately, most therapists in general clinical practice receive little or no training in how to work with the emotional states that are more prevalent and severe in forensic populations. They may not know how to recognise these modes or intervene with them. This can be particularly problematic when it comes to the therapy relationship, when schema modes involve behaviours that cross therapists' boundaries and disrupt the treatment. In forensic settings and in general clinical practice, these schema modes can push therapists out of their comfort zone. For example, patients can put the therapist under pressure through intimidating (Bully and Attack mode), dominating (Self-Aggrandiser mode), or manipulating behaviour (Conning and Manipulative mode). They can keep her at a distance by detaching from emotions (Detached Protector mode) or showing indirect hostility (Angry Protector), or catch her off-guard through sudden displays of anger (Impulsive and Angry Child modes) or reactive aggression (Bully and Attack mode). These modes, occurring in the 'here and now' of the therapy session, often leave therapists feeling helpless and ineffective.

A partir de nossas experiências com pacientes forenses, desenvolvemos uma estrutura sistemática para trabalhar no 'aqui e agora' com modos difíceis, da qual os terapeutas na prática clínica geral também podem se beneficiar. Escrevemos este capítulo para preencher a lacuna entre a prática forense e clínica geral, fornecendo orientação para terapeutas em todos os ambientes no trabalho com seus pacientes mais difíceis.

Propomos que muitos dos impasses que ocorrem no trabalho com pacientes com modos de esquema difíceis são atribuíveis às seguintes três questões:

1. O terapeuta reconhece erroneamente os modos do paciente no "aqui e agora" da relação terapêutica
2. O terapeuta escolhe a intervenção errada ou não sabe como conduzi-la e
3. Os modos do paciente acionam os modos do terapeuta

Discutimos cada uma dessas questões, damos exemplos de pacientes forenses e não forenses e fornecemos uma abordagem sistemática de como os terapeutas podem superá-los.

## O terapeuta não reconhece os modos do paciente no "aqui e agora" da relação terapêutica

O trabalho do modo de esquema é baseado na suposição de que o terapeuta pode reconhecer os modos do paciente que ocorrem em tempo real e ajustar suas intervenções de acordo. O objetivo do terapeuta é transformar ou mudar os pacientes de modos de esquema desadaptativos para modos mais produtivos, ou seja, modos que envolvem emoções vulneráveis (por exemplo, Criança Abandonada, Criança Solitária) ou o modo Adulto Saudável.

No modo Adulto Saudável, o paciente é capaz de refletir sobre seu estado emocional. Em vez de representar seu estado emocional no comportamento, ele consegue ter uma perspectiva saudável a respeito. Nos modos de criança vulnerável, o paciente experimenta diretamente suas emoções dolorosas, relacionadas às suas necessidades emocionais não satisfeitas. Quando o paciente entra no modo Criança Vulnerável, o terapeuta inicia uma reparação limitada, provendo algumas de suas necessidades emocionais não satisfeitas dentro de limites e fronteiras realistas.

Para realizar o trabalho do modo de esquema, o terapeuta precisa identificar os modos do paciente em tempo real e, dependendo de qual está ativo na sessão, escolhe uma intervenção diferente (consulte a seção intitulada 'O terapeuta escolhe a intervenção errada, ou não sabe como conduzir a intervenção', abaixo). No entanto, um problema comum é quando o terapeuta falha em reconhecer ou identifica erroneamente os modos que ocorrem no "aqui e agora" da sessão de terapia.

Muitos terapeutas fora dos ambientes forenses não estão familiarizados com os modos de esquema forense, que envolvem formas de sobrecompensação: modos Auto-Aggrandiser, Paranóico Supercontrolador, Intimidador e Ataque, Manipulador Conning e modos Predador. Embora esses modos também estejam presentes em ambientes não forenses, eles costumam se manifestar de maneiras mais sutis, o que pode dificultar sua identificação. Na Tabela 12.1, apresentamos descrições de como esses modos de esquema costumam aparecer quando vistos em pacientes forenses versus não forenses.

Na prática clínica geral, a maioria dos pacientes tem modos de adulto saudável relativamente mais fortes do que em ambientes forenses, resultando em formas menos graves dos mesmos modos de esquema. No entanto, manifestações mais sutis podem ser mais difíceis de identificar e distinguir de outros modos de enfrentamento. Damos dois exemplos no Quadro 12.1, junto com intervenções eficazes, quando o modo é especificado de maneira adequada.

O reconhecimento dos modos do esquema é um processo de observação de pistas verbais e não-verbais, a primeira envolvendo o conteúdo da fala do paciente, e a última, seu tom de voz, expressões faciais e linguagem corporal. O terapeuta observa as emoções, pensamentos e comportamento de enfrentamento do paciente e faz inferências sobre quais modos de esquema podem estar presentes. Existem várias perguntas que o terapeuta pode fazer a si mesmo para determinar qual modo de esquema está ativo no momento. Naturalmente, na prática, ele não fará todas essas perguntas cada vez que vir um modo de esquema. No entanto, pensando em modos neste

Tabela 12.1 Modos de sobrecompensação comuns à medida que se manifestam no forense versus configurações não forenses

	Forense	Não forense
Auto- Aggrandiser	Tenta dominar ou controlar, impor sua vontade a outras pessoas. Age como se fosse "o chefe", o macho ou fêmea alfa que está no comando e no controle de todos e sempre consegue o que quer.	Age de forma arrogante ou superior, ou precisa de admiração e atenção. Este modo também pode envolver dominância em ambientes não forenses, mas geralmente em um grau menor.
Valentão e Ataque	Ameaça e intimide, faz ameaças explícitas de prejudicar outras pessoas ou íntimos de que o fará, usa gestos intimidantes e linguagem corporal para conseguir o que deseja.	Faz comentários desagradáveis, usa rebatidas para colocar outras pessoas na defensiva ou como vingança.
Conning Manipulativo	Desempenha o papel de conseguir algo que deseja indiretamente, tem uma agenda secreta ou vida dupla, usa o charme e a manipulação para atingir fins instrumentais, mente fácil e suavemente, trata a verdade como fungível.	Usa bajulação, flerte, 'beijos' para pessoas em posições especiais de quem deseja algo (por exemplo, promoção), desempenha um papel (por exemplo, o bom filho ou filha) para ganhar lealdade ou confiança, faz favores para recebê-los de volta. As alianças são feitas com objetivos estratégicos e são dispensadas quando não são mais necessárias.
Paranóico Overcontroller	Sempre em alerta máximo para perigos ou ameaças, senta-se de costas para a parede para examinar a sala, localizar problemas, constantemente procurando pequenos sinais que provam que outros estão conspirando contra ele. A suposição básica é que ninguém é confiável.	Constantemente examinando a competição para ver quem está tentando ganhar vantagem sobre ele, prejudicá-lo ou humilhá-lo. Não tenho certeza se o que outras pessoas dizem pode ser aceito pelo valor de face, ou quem é um amigo e quem é um inimigo em potencial ou concorrente.
Predator	Pode ferir, matar ou destruir para alcançar um fim instrumental ou por vingança. É indiferente ao dano ou sofrimento que causa, vê-o como 'apenas negócio'. Pode planejar atos predatórios com semanas ou meses de antecedência, preparando-os em segredo e realizando-os de maneira fria e metódica.	Pode magoar deliberadamente alguém que ele percebe que o magoou, arruinar a carreira ou a reputação de alguém, manchar o nome de alguém, justificar ou racionalizar sem uma apreciação genuína da mágoa que causou.

A maneira sintoniza o terapeuta com as distinções importantes entre os modos, permitindo-lhe identificá-los rapidamente à medida que ganha experiência com eles.

1. O que você está percebendo no 'aqui e agora' com o paciente? Existe algum modo presente que está causando um impasse ou interrupção terapêutica?
2. O que você observa sobre o estado emocional do paciente (por exemplo, não mostra nenhuma emoção visível, parece tenso, zangado, triste ou com medo de seu rosto

### Caixa 12.1 Reconhecer modos e distinguir entre eles

Exemplo 1: Em sua segunda sessão, o paciente disse ao seu terapeuta que queria ser transferido para uma de suas colegas na mesma instituição. Ele citou algumas das terapeutas que trabalharam no instituto, elogiando sua inteligência, percepção, cordialidade e empatia. Ele disse ao seu terapeuta que não era nada pessoal. Os terapeutas femininos eram melhores em nutrir do que os masculinos. Identificação incorreta: O terapeuta acreditava que o paciente estava em um modo de criança vulnerável. Ele disse ao paciente que entendia sua necessidade de calor e nutrição e que faria o possível para fornecê-los, mesmo que fosse um terapeuta. O terapeuta tentou fornecer reparação limitada, certificando-se de se comportar em relação ao paciente de uma maneira calorosa, disponível e atenciosa. Nas sessões seguintes, o paciente criticou as muitas supostas deficiências do terapeuta e continuou a solicitar a transferência para uma colega.

Identificação precisa do modo: O paciente provavelmente estava em modo de auto-engrandecimento. O objetivo do modo era colocar-se na posição "um para cima" e colocar seu terapeuta na posição "um para baixo".

Intervenção eficaz de acordo com o modo: A intervenção adequada com um modo de auto-engrandecimento é geralmente o confronto empático. O terapeuta cria um momento de autorreflexão no paciente, trazendo sua atenção para o modo de esquema que está atualmente ativo na sessão. A maneira mais simples de fazer isso é nomear ou descrever o modo que o terapeuta observa, usando a linguagem de "um lado seu" ou "uma parte de você" para se referir ao modo.

Terapeuta: 'John, eu sei que é muito importante para você ter um terapeuta que o cuide. Eu concordo que isso é muito importante para você. Ao mesmo tempo, vejo um lado seu que tem dificuldade em aceitar minha nutrição. Tenho tentado fornecer o que você precisa, mas, quando o faço, esse lado o rejeita, encontra um motivo para encontrar uma falha nisso. Não acho que você esteja fazendo isso deliberadamente. Acho que esse lado protege você. Ele faz isso automaticamente quando alguém tenta se aproximar de você. Acho que é um lado antigo que você desenvolveu para evitar que se machuque. Também acho que isso aconteceria com outros terapeutas, mesmo aqueles que você considera mais nutritivos do que eu. Pode levar algum tempo para confiar que alguém realmente se preocupa com você e o entende. Estou disposto a passar esse tempo com você.'

Exemplo 2: A paciente estava muito zangada com os maus-tratos por parte de seu terapeuta anterior na mesma clínica. Depois de ser transferida para um novo terapeuta, ela reclamou alto e frequentemente sobre como estava sendo maltratada. Ela gritava e praguejava, levantando a voz tão alto que alguns dos colegas do terapeuta ficaram alarmados com o que estava acontecendo no consultório do terapeuta. Em uma ocasião, ela pegou sua caneca de café de plástico (vazia) e a jogou contra a parede. As tiradas raivosas do paciente eram tão incômodas que os outros pacientes reclamaram delas.

Identificação incorreta: O terapeuta acreditava que o paciente estava em um modo de criança zangada. Ela encorajou o paciente a expressar sua emoção e empatia com os sentimentos de injustiça percebidos do paciente. Em vez de expressar suas emoções, essa intervenção pareceu alimentar a raiva da paciente, levando a mais intensidades de raiva.

Identificação precisa do modo: O paciente estava mais provavelmente no modo de Intimidação e Ataque. Embora suas explosões parecessem envolver a ventilação da raiva, eram tão extremas e incessantes que deixavam todos na clínica intimidados, 'pisando em cascas de ovo' cada vez que a viam.

Intervenção eficaz com correspondência de modo: A intervenção mais eficaz com os modos de Intimidação e Ataque é geralmente a configuração de limites. O terapeuta impõe limites ao modo que cruza os limites do terapeuta, violando seus direitos, como o direito de se sentir seguro e ser tratado com respeito. O estabelecimento de limites do terapeuta é firme e consequente, mas não punitivo. Ela define os limites de uma forma pessoal, referindo-se aos direitos ou necessidades que se aplicam igualmente ao terapeuta e ao paciente e formam a base do relacionamento terapêutico. Na 'técnica de parada', o terapeuta primeiro diz a palavra 'pare', de forma clara e firme, muitas vezes acompanhada por um gesto com as mãos (mãos levantadas para cima com as palmas voltadas para a frente) e, em seguida, realiza o resto da intervenção.

Terapeuta: Susan, pare! Aceito sua raiva, mas gritar e berrar é demais. É perturbador para mim. Eu preciso que você expresse sua raiva de uma forma que eu possa ouvi-la.

Susan: Esse é o seu problema se você não conseguir lidar com isso! [continua gritando]Terapeuta: Susan, pare! A maneira como você está expressando sua raiva está tornando impossível para mim trabalhar com você agora. Você e eu temos o direito de nos sentirmos seguros aqui e de sermos tratados com respeito. Prometo que farei tudo o que puder para que se sinta segura e respeitada. Mas preciso da mesma coisa de você.

expressão ou postura)? Qual é a emoção primária do modo (por exemplo, entorpecimento, raiva, tristeza, medo)?

3. O que pode ter desencadeado o modo (por exemplo, o terapeuta atrasou o início da sessão; o terapeuta questionou a veracidade de algo que o paciente lhe disse)?
4. O que o paciente pode estar pensando (por exemplo, 'Você me traiu!', 'Eu sou o chefe aqui, não você!')?
5. Qual é o estilo de enfrentamento do paciente? Ela cria distância na sessão (ou seja, evasão), se coloca acima ou tenta dominar o terapeuta (ou seja, supercompensação), ou se comporta de maneiras submissas, dependentes, desesperançadas ou desamparadas (ou seja, rendição)?
6. Como você se sente quando a paciente está nesse estado (por exemplo, ansiosa ou inferior, irritada ou ressentida, distante, precisando dar à paciente algo que ela deseja)? Em que modo você pode estar, que foi acionado pelo modo do paciente?

Recomendamos começar observando as emoções do paciente, porque os modos do esquema envolvem a ativação de fortes respostas emocionais. Identificar corretamente as emoções do paciente restringe rapidamente a busca pelo modo de esquema correto. Por exemplo, se a emoção primária do paciente é a raiva, então os modos possíveis do esquema são: (1) Modo Criança Irritada, (2) Modo Protetor Irritado, (3) Modo Intimidador e Ataque e (4) Modo Predador. O terapeuta pode então diferenciar entre essas quatro opções respondendo ao restante das perguntas acima. Se, por exemplo, a raiva do paciente é aberta, em vez de controlada, o modo do esquema provavelmente será a Criança Zangada, em vez do Protetor Zangado. O modo Criança Irritada envolve demonstrações abertas de raiva, em que o paciente expõe seus sentimentos de injustiça ou frustração. O modo Angry Protector, por outro lado, envolve expressões encobertas de raiva, com pistas não-verbais hostis e comportamento retraído e distanciador. A função ou propósito do modo Criança Irritada é 'tirar a raiva' e protestar contra os sentimentos de injustiça percebidos. A função ou propósito do modo Angry Protector é criar uma 'parede' de hostilidade dissimulada, mantendo outras pessoas, que são percebidas como ameaçadoras ou prejudiciais, a uma distância segura.

A diferenciação entre os modos Criança Irritada e Intimidador e Ataque depende principalmente de a agressão estar ausente (modo Criança Irritada) ou presente (Modo Intimidador e Ataque). O objetivo ou função do modo Bully e Ataque é ameaçar ou intimidar, enquanto, no modo Criança Irritada, o objetivo é simplesmente descarregar a raiva e sinalizar sentimentos de injustiça ou frustração. A distinção entre o modo Bully e Ataque e o modo Predator depende de várias distinções. No modo Bully e Attack, a agressão do paciente é "quente" e reativa (ou seja, desencadeada emocionalmente), enquanto no modo Predator, é "fria" e geralmente instrumental (ou seja, com a intenção de atingir um determinado objetivo, como eliminar uma ameaça, obstáculo ou rival). No modo de intimidação e ataque, o paciente reage rapidamente, movendo-se em direção ao alvo de sua agressão de forma ameaçadora e intimidadora. No modo Predator, o paciente

a agressão é contida e controlada, e muitas vezes é pré-mediada. Ele age de forma 'profissional' ou 'robótica' para executar seu plano, desprovido de emoções aparentes.

O terapeuta escolhe a intervenção errada ou não sabe como conduzi-la

Para realizar o trabalho do modo de esquema no 'aqui e agora' com sucesso, o terapeuta precisa observar o modo que está atualmente ativo e escolher uma intervenção de 'correspondência' que leve em consideração a função do modo de enfrentamento (por exemplo, descarregar a raiva, no caso de um modo Criança Irritada) e promove a mudança de modo para melhor atender às necessidades do paciente. As estratégias para atingir esse fim variam significativamente entre os modos. Mostramos a correspondência entre os modos de esquema e as intervenções efetivas 'aqui e agora' na Tabela 12.2.

**Os modos de esquema do paciente acionam os modos do terapeuta: modo de esquema congruência, complementaridade e batalhas**

Um terceiro problema muito comum ocorre quando as próprias reações emocionais do terapeuta aos modos de esquema do paciente fazem com que ele próprio entre em um modo de esquema. Quando os modos de esquema do terapeuta estão ativos, ele pode perder a perspectiva da situação. Seus modos de esquema e os primeiros esquemas desadaptativos subjacentes a eles colorem a maneira como ele interpreta os eventos,

**Tabela 12.2 Correspondência entre modos de esquema e intervenções eficazes no 'aqui e agora' relação de terapia, com explicações e exemplos**

Modos de esquema	Intervenções
Criança Vulnerável (abandonado, abusado, criança humilhada) ou Criança solitária	Reparação limitada: o terapeuta provê algumas das necessidades emocionais não satisfeitas do paciente dentro de limites e limites apropriados. O terapeuta ajusta sua reparação de acordo com a necessidade que está presente em um determinado momento. Isso é realizado mais diretamente quando o paciente está em um dos modos infantis, onde suas emoções e necessidades são mais acessíveis e abertas para serem atendidas diretamente pela reparação do terapeuta. Por exemplo, reparar o modo Criança abandonada envolve atender às necessidades de segurança, estabilidade e conexão; o modo Criança Impulsiva envolve a necessidade de limites; e assim por diante.
Criança zangada	Processo de três etapas: (1) ouvir, dar espaço para a paciente expressar suas emoções raivas; (2) mostrar empatia, reconhecer quaisquer aspectos realistas das reações do paciente (mostrando compreensão do cerne de sua raiva) e validar suas emoções; (3) mudar o paciente para o modo Adulto Saudável ou Criança Vulnerável. No modo Adulto Saudável, o paciente pode ser convidado a refletir de uma maneira mais equilibrada sobre os aspectos realistas e distorcidos ou desproporcionais de suas reações. No modo Criança Vulnerável, o terapeuta pode fornecer reparação limitada para as necessidades emocionais não satisfeitas do paciente (veja acima).
Impulsivo ou não Modos de criança ciplinados	Confronto empático ou definição de limites. Confronto empático: nomeie ou descreva o modo que você observa. Isso pode ser na forma de uma afirmação ou pergunta: 'Eu vejo um lado seu que... [descreva o modo]', ou 'De que lado seu é que ...[descreva o modo]'? Você também pode nomear ou descrever dois modos, o que implica uma relação entre eles ou tornar a relação entre eles explícita.  Exemplo de confronto empático com um modo de criança impulsiva (um modo único): 'Jill, vejo um lado seu que está realmente empolgado agora, que parece ter tanta energia que você tem dificuldade em ficar parado e ouvir [modo criança impulsiva]. De que lado você é esse?' Ou com dois modos, os modos Criança impulsiva e Adulto saudável: 'Jill, vejo um lado seu que está realmente empolgado agora [modo Criança impulsiva]. O que podemos fazer para ajudar o seu lado adulto saudável, para que você possa se acalmar e ouvir?'

(Contínuo )

Tabela 12.2 (Cont.)

Modos de esquema	Intervenções
Pai internalizado modos	<p>Como podemos ajudar seu lado Adulto Saudável a garantir que você chegue à terapia na hora certa? '</p> <p>Fale de volta para os modos: o paciente e / ou terapeuta fala de volta para o modo Pai Exigente ou Pai Punitivo do paciente. Isso às vezes é feito em exercícios de dramatização, em que o terapeuta ou paciente fala com o modo Pai Exigente ou Punitivo do paciente, que é colocado em uma cadeira vazia (a técnica da cadeira vazia). O paciente fornece a voz para o modo.</p> <p>Exemplo com o modo pai punitivo: Terapeuta: O que o lado punitivo diz sobre John? Paciente: Ele diz que John é um perdedor, que estraga tudo o que faz.</p> <p>Terapeuta: Lado punitivo de John, quero que você pare de rebaixar John. Eu conheço John bem, e ele é uma ótima pessoa com muitas boas qualidades. A maneira como você o rebaixou é injusta e o machuca. Você deve apoiá-lo, em vez de derrubá-lo.</p>
Esquia ou rendição modos de enfrentamento	<p>Confronto empático ou definição de limites</p> <p>Exemplo de confronto empático com os modos Protetor Destacado e Criança Solitária: 'Vejo um lado seu que o mantém a uma distância segura [Protetor Destacado]. E eu entendo isso, mas também sinto pelo lado solitário que precisa de menos distância e mais conexão [Criança Solitária]. ' Exemplo de confronto empático com um modo de protetor zangado: 'Vejo um lado seu que é como um porco-espinho. Se eu chegar muito perto, vou levar uma picada. De que lado você é esse?</p> <p>'Eu sei que você não está acostumado a expressar sua raiva. Tudo bem. Mas se você está com raiva de mim ou se eu fiz algo que o aborreceu, gostaria de saber. Você merece isso.'</p>
Supercompensando modos de enfrentamento ('forense') modos sic '	<p>Confronto empático ou definição de limites</p> <p>Exemplo de configuração de limite usando a técnica de parada com um modo de Intimidação e Ataque: 'Karen, pare! Este lado de você que está exigindo que Escrevo-lhe uma carta para que seu oficial de condicional esteja me colocando sob pressão. Não posso ajudá-lo se sinto que estou encerrado. Você e Ambos preciso sentir que a terapia é um lugar onde nos sentimos seguros e somos tratados com respeito. Para ajudá-lo, preciso sentir que podemos ter uma discussão sobre se devo escrever a carta ou não, sem que você tente me forçar a ceder. '</p> <p>Exemplo de confronto empático com um modo manipulador de trapaça: 'Há um lado seu que às vezes me deixa pensando se você está tramando alguma coisa, se está sendo totalmente sincero comigo. Realmente procuro lhe dar o benefício da dúvida, porque acho que você merece minha confiança. Eu sei que existe um lado seu, um lado saudável, que está tentando fazer a coisa certa na terapia. Também acho que há um outro lado seu que às vezes tenta conseguir o que quer de maneiras indiretas. Eu quero acreditar no que você me diz, mas é importante que eu diga quando estou tendo dúvidas. Se você não está sendo totalmente sincero comigo, presumo que haja uma razão para isso e quero saber por que está acontecendo.'</p>

produzindo fortes reações emocionais e respostas de enfrentamento mal-adaptativas que interferem em seu funcionamento eficaz. O próprio passado do terapeuta, representado por seus modos de esquema, quando acionado pelos modos do paciente, torna difícil lidar com a relação terapêutica "aqui e agora".

Observamos três padrões básicos de modos de acionamento de modos, que denominamos 'congruência do modo de esquema', 'complementaridade do modo de esquema' e 'batalhas do modo de esquema' (ver Quadro 12.2 para exemplos). Compreender como essas interações ocorrem pode ajudar os terapeutas a reconhecer os padrões em seu próprio trabalho com os pacientes, iniciando o processo de obtenção de uma perspectiva saudável sobre eles.

**Congruência do modo de esquema.** O paciente e o terapeuta estão ambos no mesmo modo, um padrão que, se perdurar por muito tempo, produz um impasse na terapia. Um exemplo muito comum é quando o paciente e o terapeuta estão no modo Protetor Destacado. Eles "conspiraram", por assim dizer, para evitar lidar com emoções ou tópicos difíceis, ou para fazer contato genuíno um com o outro. Outra variação desse padrão ocorre quando o paciente e o terapeuta têm um estilo excessivamente intelectual ou racional de se relacionar. Eles compartilham uma forma intelectualizante ou racionalizadora do modo Detached Protector.

**Complementaridade do modo de esquema** (um para cima e um para baixo). O segundo padrão é quando os modos do paciente e do terapeuta estão em um relacionamento complementar um para cima e um para baixo. Normalmente, uma pessoa está no modo supercompensatório, como o modo Auto-Aggrandiser ou Intimidador e Ataque, enquanto a outra está no modo Criança Vulnerável (por exemplo, modo Criança Humilhada) ou no modo Rendição Complacente.

**Batalha do modo de esquema.** A terceira situação é uma batalha de controle entre dois modos dominantes, geralmente modos supercompensatórios. Por exemplo, quando um paciente está em um modo de auto-engrandecimento, tentando rebaixar o terapeuta, e o terapeuta, como uma resposta, também entra em um modo de auto-engrandecimento, tentando reforçar sua autoimagem tratando com condescendência o paciente ou colocando ele em seu lugar.

**Quadro 12.2 Exemplos de congruência, complementaridade e batalha do modo de esquema**

**Congruência:** Um paciente entra em uma sala e começa a falar sobre suas experiências durante a semana. Em um tom monótono ou chato, ele diz: 'Tudo estava bem, nada de especial aconteceu. Eu tive uma visita. Foi agradável. Lutei um pouco com meus colegas de quarto, mas acabou dando certo.' O paciente está em um modo de Protetor Desapegado, o que entorpece seus sentimentos e evita tópicos difíceis ou contato emocional com o terapeuta. Como resposta, o terapeuta freqüentemente entra em um modo de Protetor Desanexado. O terapeuta fica entediado ou cansado. Ele pode até sentir vontade de adormecer. Ele pode ficar distraído, pensando em coisas irrelevantes como o seu

planos de férias ou o que precisa buscar no supermercado após a sessão.

Complementaridade: Um paciente diz: 'Estudei psicologia uma vez e, com todo o respeito, sou mais velho do que você e tenho mais experiência de vida do que você. Então, eu realmente não acho que essa terapia possa ir a lugar nenhum.' Aqui, o paciente está em um modo de auto-engrandecimento, que é motivado pela supercompensação por sentimentos de inferioridade. Nesse momento, o terapeuta pode inconscientemente assumir a posição para a qual o paciente o está conduzindo, ou seja, a posição de um para baixo. O terapeuta pode entrar no modo de criança humilhada, sentindo-se inferior, ou entrar no modo de rendição complacente, tentando apaziguar o paciente, por exemplo, expressando o compromisso de aprender com a experiência de vida mais ampla do paciente. A situação também pode ocorrer ao contrário, quando o terapeuta assume a posição de cima para baixo e o paciente a posição de baixo para cima. Batalha: Um exemplo comum no contexto forense é quando o paciente está em um modo manipulativo de trapaça e o terapeuta, em resposta, sente a necessidade de 'desmascarar' o paciente. - Você não vai me fazer de idiota! diz o terapeuta, implicitamente dizendo ao paciente: 'Eu sei o que você está fazendo!' Assim, o terapeuta também entra em um modo de supercompensação, um modo de supercontrolador paranóico, tentando "desmascarar" o modo manipulativo manipulador do paciente.

### Recrutando o modo Adulto Saudável do terapeuta, quando o terapeuta é emocionalmente acionado

É inevitável que os terapeutas às vezes se tornem emocionalmente estimulados quando lidam com pacientes com modos de esquema difíceis, que os empurram para fora de suas zonas de conforto. No entanto, a capacidade do terapeuta de reconhecer aqueles momentos em que ele entra em um modo de esquema é uma função do modo de Adulto Saudável. Eventualmente, essa função permite ao terapeuta aceitar suas próprias reações, se recuperar e seguir em frente com suas intervenções. Para se recuperar nessas situações, o terapeuta precisa recrutar seu modo de Adulto Saudável para retornar a um estado de equilíbrio psicológico.

Recomendamos a abordagem a seguir, que combina elementos da Terapia do Esquema, Atenção Plena e Autocompaixão, para recrutar o modo Adulto Saudável do terapeuta.

1. Observe suas reações ao paciente. Aceite-os. Você tem permissão para ser humano.
2. De que lado você (isto é, modo de esquema) é esse? Você reconhece esse lado de outras situações? O que desencadeou este lado?

3. O que seu modo Adulto Saudável tem a dizer a este lado?
4. Você pode 'estacionar' seus modos de esquema de lado por enquanto?
5. Concentre-se em sua respiração para se ancorar no momento presente.
6. Volte sua atenção para o paciente.
7. O que sua reação revela sobre os modos de esquema do paciente?
8. Escolha sua intervenção com o paciente, que corresponda ao seu modo de esquema.

É claro que não podemos esperar que o terapeuta execute todas essas etapas no calor do momento. No entanto, ele pode aprender a desacelerar um pouco o processo, tendo tempo para recuperar seu funcionamento adulto saudável. No momento em que o terapeuta percebe suas próprias emoções, ele começa a retornar ao modo de adulto saudável. Simplesmente se permitindo tomar consciência de sua experiência naquele momento - percebendo suas sensações corporais, sentimentos, pensamentos e tendências de ação (isto é, tendência a lutar, congelar ou fugir) - o terapeuta se firma no momento presente. Focar a atenção na respiração também pode servir de âncora, enraizando-se na consciência de estar vivo. Essa atitude de atenção plena ajuda o terapeuta a retornar ao seu modo de Adulto Saudável, percebendo e aceitando suas reações, quaisquer que sejam.

Os terapeutas muitas vezes percebem suas reações durante as sessões como indesejáveis e indesejáveis. Sentir-se desconfortável com o paciente pode desencadear pensamentos e sentimentos autopunitivos (modo Pai Punitivo) sobre si mesmo como terapeuta e uma pessoa. Os terapeutas muitas vezes experimentam sentimentos dolorosos de inadequação em tais situações, imaginando, por exemplo, que um de seus colegas seria capaz de lidar com a situação com mais sucesso. Os terapeutas podem ser muito implacáveis consigo mesmos quando deixam de corresponder às suas próprias expectativas (modo de Pai Exigente). Em vez de ter uma visão equilibrada e realista de seu trabalho, o que pode ser extremamente desafiador com pacientes com transtorno de personalidade grave, eles experimentam reveses como fracassos pessoais. Essas experiências dolorosas de crítica autodirigida apenas aumentam suas dificuldades, tornando mais difícil aceitar suas reações aos pacientes. Na verdade, os terapeutas têm todos os tipos de reações aos pacientes: sentir-se zangado, entediado, atraído, intimidado, solitário, distraído e assim por diante. Esses tipos de reações são esperados, ao lidar com pacientes desafiadores. Eles simplesmente significam que os terapeutas são humanos, assim como todos os outros. O terapeuta pode abraçar suas próprias reações muito humanas, incluindo o lado autopunitivo ou exigente de si mesmo.

Uma vez que o terapeuta tome consciência de seus modos de esquema e os aceite, recomendamos que ele os "deixe de lado". Assim, o terapeuta não rejeita seus modos, mas os move para a periferia de sua consciência, deixando seu modo Adulto Saudável à frente e no centro, para que possa redirecionar sua atenção para o paciente. O terapeuta então se pergunta: 'Em que modo o paciente está agora? Quais são suas necessidades emocionais? Quais intervenções posso usar

## 208 David Bernstein e Limor Navot

para colocá-lo em um estado de auto-reflexão (modo Adulto Saudável) ou vulnerabilidade emocional (modo Criança Vulnerável)?'

### Resumo

Neste capítulo, discutimos três tipos de questões que podem resultar em impasses terapêuticos tanto na prática forense quanto na clínica geral: (1) o terapeuta não reconhece os modos do paciente no "aqui e agora" da relação terapêutica; (2) o terapeuta escolher a intervenção errada, ou não saber como conduzi-la; e (3) os modos do paciente desencadeando os modos do terapeuta. Revisamos três tipos de padrões disfuncionais de modos de desencadeamento de modos que podem levar a impasses terapêuticos: (1) congruência do modo de esquema, (2) complementaridade do modo de esquema e (3) batalha pelo domínio do modo. Finalmente, discutimos como o terapeuta pode recrutar seu modo de Adulto Saudável, aceitando suas próprias reações emocionais, "deixando-as de lado" e voltando sua atenção para o paciente. Esses conceitos e técnicas podem ajudar os terapeutas a superar obstáculos no relacionamento de terapia 'aqui e agora', criando espaço emocional para realizar intervenções de maneira mais eficaz em ambientes forenses e não forenses.

### Dicas de terapeuta

- Tenha em mente que os fenômenos vistos em ambientes forenses e não forenses formam um continuum de gravidade, com modos anti-sociais sendo vistos em ambas as populações. Na prática clínica geral, a maioria dos pacientes tem modos de adulto saudável relativamente mais fortes do que em ambientes forenses, resultando em formas menos graves dos mesmos modos de esquema.
- Na terapia, um dos objetivos do terapeuta é transformar os pacientes de modos de esquema desadaptativos em modos mais produtivos, ou seja, modos que envolvem emoções vulneráveis (por exemplo, Criança Abandonada, Criança Solitária) ou o modo Adulto Saudável.
- Considere seis fatores na identificação de um modo desadaptativo ativo: a presença de um impasse / ruptura terapêutico, observações do estado emocional, gatilhos potenciais, cognições e estilo de enfrentamento e sua própria reação emocional ao paciente.
- Para realizar o trabalho do modo de esquema no aqui e agora com sucesso, o terapeuta precisa observar o modo que está atualmente ativo e escolher uma intervenção de 'correspondência' que leve em consideração a função do modo de enfrentamento (por exemplo, ventilação de raiva, no caso de um Modo Criança Irritada) e promove a mudança de modo para melhor atender às necessidades do paciente.
- Para modos forenses supercompensados, o confronto empático e a definição de limites são geralmente indicados. A escolha entre esses dois tipos de intervenção é principalmente uma questão de gravidade do modo do esquema e do grau em que ele está causando um impasse terapêutico ou transgredindo os limites do terapeuta.

- Existem três padrões básicos de modos de açãoamento de modos no relacionamento de terapia: congruência do modo de esquema, complementaridade do modo de esquema e batalhas do modo de esquema. Compreender como essas interações ocorrem pode ajudar os terapeutas a reconhecer os padrões em seu próprio trabalho com os pacientes, iniciando o processo de obtenção de uma perspectiva saudável sobre eles e maximizando o progresso terapêutico.

## Referências

- Bernstein, D., Arntz, A. & de Vos, M. (2007). Terapia focada em esquema em conjunto forense tings: Modelo teórico e recomendações para as melhores práticas clínicas. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 169–183.
- Bernstein, DP, Keulen-de Vos, M., Clercx, M., de Vogel, V., Kersten, G., Lancel, M., Jonkers, P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N., Deenen, T. & Arntz, A. (submetido). Eficácia da psicoterapia hospitalar de longo prazo para reabilitar agressores violentos com transtornos de personalidade: Um ensaio clínico randomizado de terapia do esquema versus tratamento usual.
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, DP & Arntz, A. (2014). Terapia do esquema para agressivos agressores com transtornos de personalidade. Em RC Tafrate & D. Mitchell. (Eds.),*Forensic CBT: A Handbook for Clinical Practice*, 66–83. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, DP, Vanstipelen, S., de Vogel, V., Lucke, T., Slaats, M., Hartkoorn, M. & Arntz, A. (2016). Modos de esquema no comportamento criminoso e violento de pacientes forenses com DP do cluster B: Um estudo retrospectivo e prospectivo. *Psicología Legal e Criminológica*, 21, 56–76. Rafaeli, E., Bernstein, DP & Young, J. (2011). *Terapia do esquema: características distintivas*. Nova York: Routledge.
- Young, JE, Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Nova York: Guilford Press.

# 13 Terapia do esquema para casais

## Intervenções para promover conexões seguras

Travis Atkinson e Poul Perris

### Introdução

Em relacionamentos amorosos angustiados, a Terapia do Esquema (TS) postula que os Esquemas Desadaptativos Iniciais (EMS) primam as interações negativas entre os parceiros, influenciando como cada parceiro experimenta o outro, criando ciclos de autoperpetuação de ameaça ou dano percebido. Em conjunto com o temperamento, o EMS se desenvolve a partir de experiências iniciais de vida com cuidadores importantes e pode impactar adversamente os relacionamentos atuais, levando a ameaças relacionais essenciais, como ser privado, abandonado, controlado, criticado ou abusado (Young et al., 2003). Os estados mentais, ou modos, evoluem a partir de grupos de EMS. Eles incluem modos de enfrentamento disfuncionais, junto com modos de filho e pai. Provocando comportamentos disfuncionais entre parceiros, os modos derivam de pontos de vista orientados para o esquema (Arntz & Jacob, 2013). O preconceito, o domínio e a inflexibilidade dos modos bloqueiam a curiosidade, abertura e aceitação necessárias em um relacionamento amoroso saudável (Siegel, 2012). Quando uma série de modos de enfrentamento colidem repetidamente entre os parceiros, um ciclo modal emerge como um padrão padrão de relacionamento interpessoal angustiante. Este tipo de ciclo modal frustra a capacidade de cada parceiro de ter suas necessidades relacionais básicas atendidas (Atkinson, 2012) e, gradualmente, leva à discórdia no relacionamento, resultando em resultados ruins para a satisfação e longevidade do casal (Mikulincer & Shaver, 2016).

O objetivo da Terapia do Esquema para Casais (ST-C) é promover um padrão consistente de conexão segura e estável entre os parceiros. O terapeuta orquestra e apóia novas experiências dentro do casal enquanto codifica um novo significado para essas experiências, desmascarando o SME de cada parceiro e fortalecendo seu modo Adulto Saudável. Um elemento central envolve o terapeuta e o casal descobrindo juntos como cada parceiro enfrenta quando seus EMS são acionados no relacionamento, discernindo como seus modos de enfrentamento tentam atender às suas necessidades em face de uma ameaça relacional por meio de comportamentos de rendição, evitação ou supercompensação. Os modos costumam desencadear os esquemas de um parceiro, criando distância e tensão, ao mesmo tempo que reforçam as crenças centrais do esquema em jogo. Os ciclos de modo geralmente operam fora da percepção consciente,

À medida que o casal se torna consciente e comprehende seu ciclo modal, eles têm a oportunidade de atender às necessidades essenciais um do outro de maneiras mais conectadas emocionalmente, equilibradas, flexíveis e adaptativas. O casal gradualmente substitui as interações de modos de enfrentamento disfuncionais por uma sinergia positiva entre os modos Adulto Saudável, Criança Vulnerável e Criança Feliz, que melhoram o relacionamento: uma tríade de modos saudáveis. O Adulto Saudável identifica e convida as necessidades básicas de relacionamento dos modos Criança Vulnerável e Criança Feliz. Um novo padrão de interação se desenvolve envolvendo a autorrevelação recíproca de vulnerabilidade que convida a responsividade mútua para atender às necessidades essenciais de ambos os parceiros (Mikulincer & Shaver, 2016). A tríade do modo saudável honra e diferencia dois 'eus' individuais dentro do casal, integrando ambos os parceiros em um 'nós' que define toda a relação de amor (Siegel, 2012). Os casais são capazes de reparar conflitos de forma eficaz, curar ferimentos do passado e evitar futuras rupturas de relacionamento (Gottman, 1999).

ST foi desenvolvido especificamente para atingir os modos arraigados e destrutivos comuns com pacientes que experimentam traços ou atendem aos critérios de transtornos de personalidade (Young et al., 2003). Existe suporte empírico para seu uso com uma gama de transtornos de personalidade usando modalidades individuais e de grupo (Giesen-Bloo et al., 2006; Farrell et al., 2009; Bamelis et al., 2014). O ST-C adapta o ST aos casais, oferecendo um tratamento personalizado para interações de casais mais angustiados. A maioria dos modelos existentes de terapia de casal não aborda explicitamente os traços de transtorno de personalidade, possivelmente contribuindo para um grande subconjunto de casais que não conseguem fazer um progresso significativo no tratamento (Simeone-DiFrancesco et al., 2015). Por exemplo, dissecando 27-30% dos casais que não respondem recebendo terapia focada na emoção,

EMS mais graves comuns em transtornos de personalidade são facilmente ativados e discerníveis em relacionamentos por meio de padrões intensos de caos ou rigidez, muitas vezes expressos por meio de modos de enfrentamento que envolvem raiva severa ou dormência distanciada que diminuem a satisfação no relacionamento e ameaçam a estabilidade dos relacionamentos (Siegel, 2010). Este capítulo descreve como trabalhar efetivamente com esses ciclos de modo em ST-C, com foco em seis princípios básicos, ilustrados por uma vinheta clínica com um casal:

1. Foco duplo: a relação terapêutica e tarefas / objetivos
2. Estabelecendo segurança: curiosidade empática, validação e proteção
3. Conceituando o ciclo modal
4. Fortalecimento da tríade de modo saudável
5. Diálogos de conexão: vulnerabilidade convidativa e necessidades de atendimento
6. Reescrever imagens para casais: preparando o palco e reparando

O casal da vinheta, Ariana e Hari, estão juntos há dois anos. Eles começaram a terapia após a dor esmagadora que Ariana experimentou quando Hari não conseguiu se casar durante suas últimas férias,

superando suas expectativas. Para ilustrar o processo com profundidade suficiente, a vinheta concentra-se mais fortemente em Ariana. Em uma sessão completa, os mesmos princípios e tipos de intervenções seriam usados com seu parceiro, Hari, para atender às necessidades dele. A vinheta abre durante a décima sessão do casal com seu terapeuta do esquema (T), Eva. Ariana (A) e Hari (H) estão descrevendo um exemplo recente de seu ciclo de modo.

### Foco duplo: a relação terapêutica e tarefas / objetivos

No ST-C, os terapeutas trabalham em direção a tarefas duplas, criando uma aliança com ambos os parceiros usando técnicas de reparação limitada para ajudá-los a se sentirem igualmente compreendidos e cuidados, ao mesmo tempo que os orienta para lidar com tarefas e objetivos centrais do ST-C, incluindo confrontar empaticamente com EMS e ciclos de modo disfuncional que podem atrapalhar o progresso. Os terapeutas cuidam do relacionamento terapêutico com ambos os parceiros, enquanto também exploram exaustivamente as experiências e modos de cada parceiro.

Uma vez que um parceiro raramente é a única causa da disfunção de um casal (Gottman, 1999), os terapeutas reforçam a ideia de que os SME são a fonte do ciclo modal, que é o culpado da angústia no relacionamento. Os terapeutas enquadram cada parceiro no relacionamento como antídotos para o ciclo modal, agentes de mudança e cura para o SME. Ao contrário do ST individual, quando o terapeuta é a fonte primária de reparação, no ST-C os terapeutas orientam cada parceiro a reparar um ao outro. As principais intervenções em ST-C são coreografadas para ajudar cada parceiro a se beneficiar totalmente da influência corretiva do outro. Recursos adicionais podem ser necessários, incluindo sessões suplementares individuais ou em grupo com um ou ambos os parceiros para auxiliar na reparação ativa.

No segmento seguinte, a terapeuta explora a experiência de Ariana de um conflito protótipico, com o objetivo de avaliar sua parte no ciclo modal. No entanto, ela é repentinamente interrompida por Hari, cuja desconfiança é desencadeada pelo fato de ele sentir que ela está interpretando mal o argumento. O terapeuta muda de forma flexível da avaliação dos modos de Ariana (uma tarefa central do ST-C) para o uso do confronto empático para reconhecer a reação emocional de Hari (uma estratégia relacional). Ao validar a reação emocional de Hari, o terapeuta diminui sua resposta de enfrentamento, permitindo que ela continue com a tarefa de avaliar a experiência de Ariana e sua parte no ciclo modal.

T: Ariana, por favor me ajude a entender o que aconteceu quando você estava dirigindo com Hari?

UMA: Hari estava no banco do passageiro, folheando seu telefone, obcecado por ele como sempre. Eu esperava que tivéssemos a chance de conversar durante a viagem para fazer planos de férias.

H: Diga a verdade, Ariana. Você não está deixando de fora a parte sobre como você começou a gritar comigo!

T: Espere aí, Hari [terapeuta se inclina]. Podemos deixar Ariana terminar e depois vir De volta para você?

H: Qual é o ponto se ela não está dizendo a verdade? O que ela disse não foi o que aconteceu escrito. Eu sei onde ela quer chegar com isso.

T: Eu te ouço, Hari. Eu sei que é difícil ouvir uma história da qual você se lembra muito diferente-ently. Talvez também seja um desafio agora, porque não estou impedindo Ariana. Não estou aqui para tomar partido. Quero entender como vocês dois se lembram do que aconteceu no carro. Quero descobrir como foi o seu ciclo de modo. Claro, todos nós nos lembramos das coisas de maneira diferente. Você pode ficar conosco, Hari, para que eu possa ouvir o resto do que Ariana se lembra? Vou pegar o seu lado logo depois disso.

### Estabelecendo segurança: curiosidade empática, validação e proteção

Avaliar padrões negativos de interação entre parceiros requer um alto nível de curiosidade empática. Empatia envolve identificar-se com, ou imaginar, os sentimentos, pensamentos ou atitudes de outra pessoa e, para terapeutas e casais, é uma das ferramentas relacionais mais valiosas. Praticar a empatia pode convidar a Criança Vulnerável do paciente a se levantar, o que pode, por sua vez, eliciar um conjunto complexo de respostas do Pai Disfuncional e do modo de enfrentamento. Por exemplo, quando os terapeutas contornam um modo de enfrentamento e se conectam com a Criança Vulnerável, o modo dos Pais Críticos do paciente pode responder atacando-os por expressar seus sentimentos. Essa reação modal é intensificada pelo medo de como seu parceiro reagirá à sua vulnerabilidade - eles podem temer que seu parceiro veja sua vulnerabilidade de uma postura semelhante à de seu pai crítico - por exemplo, enquadrando-os como fracos ou fracassados. Alternativamente, eles podem antecipar que seu parceiro os desapontará de outras maneiras, como mal-entendidos ou invalidando sua angústia. Finalmente, eles podem temer que expressar vulnerabilidade desencadeie conflito, antecipando seu ciclo de modo padrão, fazendo com que pareça inseguro ou fútil.

Os terapeutas validam os sentimentos da Criança Vulnerável e protegem contra o modo Pai Disfuncional, comunicando aceitação e fortalecendo o vínculo terapêutico. Uma resposta aberta e afirmativa à vulnerabilidade por parte dos terapeutas geralmente provoca empatia e validação do parceiro de escuta. No entanto, se o parceiro de escuta muda para um modo crítico ou invalidador, os terapeutas estão preparados para confrontar o ataque com empatia, enquanto permanecem focados em cuidar do parceiro vulnerável.

O próximo passo é ajudar os pacientes a acalmar e regular suas emoções no modo Criança Vulnerável, uma habilidade essencial para o modo Adulto Saudável quando ativado em geral e fundamental para permanecer emocionalmente regulado na sessão. As estratégias centrais que os terapeutas empregam para estabelecer a segurança são ilustradas na vinheta a seguir.

UMA: É a mesma velha história com ele.T:  
Como assim, Ariana? Ajude-me a entender.  
UMA: Parece tão inútil.

T: Ariana, você pode me ajudar a entender o que está acontecendo com você agora quando você diz: 'Parece tão inútil?'

UMA: Eu realmente não sei. É como um vazio dentro de mim.T: Direito. Vamos olhar para esse vazio por um momento.UMA: Cada vez que tento dizer o que penso, quando tento compartilhar o que é importante para

mim, Hari me ataca e me exclui.

T: Semelhante ao que começou há pouco?UMA:

Exatamente.

T: Quando Hari pula, é quando esse vazio surge para você?UMA: sim. Talvez haja uma parte de mim que se fecha por dentro. É mais fácil deixá-lo

tem o seu caminho. Sempre que luto, como fiz durante a viagem, Hari fica com muita raiva de mim e sempre acaba sendo minha culpa. É uma situação sem saída para mim porque se eu disser alguma coisa, sou o pirralho, sempre pedindo muito. Então começo a chorar e realmente me odeio por dizer qualquer coisa. Por que não posso simplesmente lidar com isso sozinha, em vez de contar a ele? O que há de errado comigo?

T: Essa é uma voz muito áspera atacando você agora, Ariana.UMA: Claro, mas tenho que crescer. Quem quer ficar com um chorão? Como atrair

Eu sou se tudo o que faço é chorar?

T: Olhe para mim, Ariana. [Ariana faz uma pausa e olha para a terapeuta.] Ótimo.

Respire fundo comigo e expire lentamente. Excelente. [O terapeuta faz uma pausa e olha para Hari.] Ainda está conosco, Hari?

H: Estou ouvindo.

T: Obrigado, Hari, por sua paciência. Eu voltarei direto para você.

## Conceituando o ciclo modal

Uma terapia de casal eficaz requer terapeutas e ambos os parceiros para desenvolver uma compreensão precisa do ciclo do modo padrão. Os terapeutas identificam o conteúdo típico e os gatilhos que ativam o EMS com cada parceiro e exploram os padrões de interação modal (por exemplo, comportamento de ataque ou retirada) que definem o ciclo modal. A conceitualização do modo é informada pelos mesmos princípios teóricos usados durante o TS individual. No entanto, em sessões de casais, os terapeutas são testemunhas oculares de interações rápidas e intensas que podem ser difíceis de avaliar totalmente a partir das descrições dos pacientes durante as sessões individuais. Compreender as origens dos esquemas de ambos os parceiros também ajuda o terapeuta (e o casal) a identificar as sensibilidades relacionais e os padrões prototípicos de cada parceiro durante um ciclo modal.

Na próxima vinheta, a terapeuta avalia o ciclo modal de Ariana e Hari que irrompe quando ele a interrompe sobre o que aconteceu no carro. A terapeuta identifica a presença do SME e dos modos de Ariana, começando com a privação emocional ('Eu nunca terei minhas necessidades atendidas') que ela enfrentou mudando para um modo de protetor independente. O esquema Defectiveness de Ariana ('Eu sou falha por ter necessidades') foi reforçado por seu modo de pai punitivo.

Finalmente, seu esquema de Abandono ('Sempre estarei sozinha') apareceu como um 'nó' em seu estômago, deixando a Pequena Ariana (seu modo de Criança Vulnerável) com medo, tristeza e vergonha.

T: Ariana, um momento atrás, você disse que há um vazio dentro de você que surge depois que Hari entrou. Você pode me ajudar a entender como é para você estar nesse vazio?

UMA: O que você quer dizer? T: Reserve um momento para se colocar de volta naquele lugar, quando lhe foi dito -

me pedindo para falar com Hari sobre seus planos de férias no carro. Hari interrompeu, dizendo que você não estava dizendo a verdade. Naquele momento, você disse que um vazio surgiu dentro de você. Você pode me ajudar a entender o que aconteceu com você quando entrou naquele vazio?

UMA: Havia uma pressão incrível no meu peito, um aperto, como se eu estivesse sufocante.

T: Ótimo, Ariana. Imagine-se naquele momento agora. Observe a presença clara, o aperto, aquela parte de você que parece que ela está sufocando. Onde você sente isso em seu corpo agora?

UMA: Bem aqui [Ariana coloca a mão no peito, em seguida, move-se para baixo em direção seu estômago].

T: Ótimo, Ariana. Que sensação é essa no seu estômago agora? UMA: É como um nó na boca do estômago. T: Boa. Fique nesse lugar e sintonize-se com o nó em seu estômago. Você pode

dar voz àquele nó, a sensação que surgiu depois que o Hari pulou, quando sentiu um aperto no peito, como se estivesse sufocando? O que esse nó está tentando dizer?

UMA: É aquela parte de mim que está apavorada. Estou com tanto medo de ser eliminado. Isso é como se eu não existisse, não importa. O que eu quero e quem eu sou, não importa.

T: Entendo. [O terapeuta monitora Hari, garantindo que ele esteja presente com a experiência de Ariana

ence]. É aquela parte de você que parece que você não conta e pode simplesmente ser eliminada. Isso está certo?

UMA: Sim, não importa. Estou sozinho. T: Certo, Ariana, aquele nó em seu estômago surge quando você se sente como se

não importa, e você se sente sozinho. Esse é um lugar muito assustador para se estar.

UMA: Sim, é tudo o que sei. T: E então o que acontece, Ariana, quando essa parte de você se sente afastada, e sozinho?

UMA: Eu fico muito triste. Isso é tudo minha culpa e eu sou um pirralho. É quando eu sinto o vazio.

T: E quando você sente que não aguenta mais, você se afasta, para proteger da dor, e esse vazio aparece. Isso está certo?

UMA: Eu tenho que me esconder. Não há outra maneira. T: Você pode me ajudar, Ariana, para ver se eu entendi? Quando Hari pula, você sente

esse aperto no peito, um nó no estômago e você começa a sentir

muito triste e sozinho. De repente, uma voz culpada entra, dizendo que é tudo culpa sua porque você é demais. Você sente vontade de recuar, para se proteger de sentir mais dor e fica com um vazio profundo por dentro, um vazio. Isso está certo?

UMA: Sim, isso é exatamente correto. Ele está vazio. Estou sozinho porque não sou adorável.

### Fortalecendo a tríade do modo saudável

Romper um ciclo de modos prejudiciais exige que o casal desenvolva padrões mais flexíveis de interação entre a tríade de modos saudáveis de Adulto Saudável, Criança Vulnerável e Criança Feliz. Vinhetas anteriores ilustram como a terapeuta orienta Ariana para identificar seu EMS e modos, com foco no desenvolvimento de consciência e empatia por sua criança vulnerável. Em seguida, o terapeuta ajuda o Adulto Saudável de Ariana a cultivar a assertividade e a expressar vulnerabilidade, convidando Hari a atender às suas principais necessidades não atendidas.

Na próxima vineta, o terapeuta ajuda Ariana a desenvolver habilidades adaptativas, orientando-a a pedir a ajuda de Hari para atender às suas necessidades em vez de fazer uma acusação, substituindo 'pare de me atacar' por 'ajude a me proteger'. A terapeuta orienta Ariana a identificar seus medos e a convida a imaginar como seria se Hari satisfizesse suas necessidades. Ariana é incentivada a articular a Hari como ele poderia responder da melhor forma às necessidades dela. A validação do terapeuta das necessidades de Ariana fortalece seu Adulto Saudável, ajudando-a a defender sua Criança Vulnerável emocionalmente privada.

T: Ótimo trabalho, Ariana. Se ficarmos com o nó um pouco mais, a parte de você tem medo de que ela fique sozinha e não seja digna de amor, o que essa parte de você precisa de Hari? O que Hari poderia fazer ou dizer que ajudaria a afrouxar o nó?

UMA: Pare de me atacar. Escute-me. Diga-me que não sou louco apenas por ser eu.

T: Você precisa de Hari para protegê-lo de ataques e ouvi-lo. Você precisa saber que ele te aceita e te ama. Isso está certo?

UMA: Isso mesmo. Mas eu não acho que ele poderia me aceitar de verdade. Parece que Estou destinado a ficar sozinho.

T: Existe aquela parte de você, o nó dentro, que teme que ela nunca será boa o suficiente, e sempre estará sozinho.

UMA: É difícil pensar que poderia ser diferente.T: E se imaginássemos como seria para Hari ouvir você, e

para aceitar você?

UMA: Ele seria paciente comigo. Ele fica ao meu lado quando estou com medo. Ele iria me mostrar que ele se preocupa comigo. Ele gostaria de saber o que penso e sinto. Luto para ajudar Hari a me entender e preciso de sua paciência para melhorar.

T: Muito bem dito, Ariana. Uma parte de você se sente como se ela estivesse amarrada em um nó, com medo de ser golpeado porque há algo errado com você. Esse

parte quer que você se afaste para se proteger. Para afrouxar esse nó, você precisa de Hari para ouvi-lo pacientemente quando você está lutando, para aceitá-lo incondicionalmente e para mostrar consistentemente que ele se preocupa com você. É isso?

UMA: Exatamente.

## Diálogos de conexão

Parte 1: expressando vulnerabilidade e necessidades convidativas

Teorias recentes de apego adulto sugerem que, ao compartilhar vulnerabilidades e necessidades convidativas, os casais desenvolvem uma capacidade de resposta mútua que forma um vínculo amoroso seguro (Mikulincer & Shaver, 2016). Segundo linhas semelhantes em ST-C, em nossa experiência, casais que regularmente se envolvem em diálogos de conexão são mais propensos a relatar satisfação no relacionamento e longevidade. O componente inicial da técnica dos diálogos de conexão incorpora três elementos-chave. Em primeiro lugar, ambos os parceiros identificam e expressam emoções vulneráveis relacionadas ao seu filho vulnerável. Os terapeutas trabalham para contornar os modos de enfrentamento a fim de acessar a Criança Vulnerável e proteger os parceiros contra os modos dos pais disfuncionais, conforme necessário. Em segundo lugar, ambos os parceiros identificam e compartilham os 'impulsos' do modo de enfrentamento que surgem quando eles experimentam uma ameaça relacional, ajudando ambos os parceiros a assumir a responsabilidade por seus modos de enfrentamento e a compreender seu ciclo de modos. Terceiro, os terapeutas orientam cada parceiro a convidar o outro a atender às suas necessidades essenciais. Os terapeutas trabalham progressivamente para ajudar os parceiros a contornar os modos de enfrentamento e se tornar proficientes em cada elemento antes de avançar para o próximo componente.

Na vinheta a seguir, o terapeuta combina todos os três elementos do primeiro componente com Ariana. Ela a convida a recontar a história do conflito no carro com Hari, entrelaçando seus modos Adulto Saudável e Criança Vulnerável. Ariana identifica suas emoções vulneráveis, conecta-as às suas necessidades e convida Hari a atendê-las. Inicialmente, ela luta com o risco de compartilhar sua vulnerabilidade com Hari e muda para um modo de Protetor Esquivo. Empregando sintonia empática consistente e validação, o terapeuta guia Ariana para superar os bloqueios estabelecidos por seu Protetor Esquivo.

A terapeuta orienta Ariana a expressar seus sentimentos e necessidades de criança vulnerável para Hari. Ela também ajuda Ariana a identificar o significado de sua experiência, um aspecto crucial de 'nomeie para domar' ao confrontar experiências de medo (Siegel & Bryson, 2011). Expressar sua compreensão de sua luta fortalece o vínculo entre os modos Adulto Saudável e Criança Vulnerável de Ariana. O terapeuta enfatiza a importância de Hari para Arianna como um antídoto para o esquema de defeito de Hari, um impulsor dominante de sua parte no ciclo modal. Por fim, a terapeuta pede a Arianna que avalie o nível de dificuldade de mostrar sua vulnerabilidade a Hari. Embora provoque moderadamente ansiedade,

ela reconhece que era tolerável para ela, aumentando a probabilidade de usar diálogos de conexão fora da sessão.

T: Ariana, por favor, olhe diretamente para Hari e diga a ele como é assustador quando você sente que está sendo empurrado para longe, como esse nó surge dentro do seu estômago e como você sente vontade de recuar? Você pode deixá-lo saber que o que você realmente precisa é que ele fique com você, ouça e entenda você?

UMA: Vou tentar. [Ariana lentamente olha diretamente para Hari.] Quando você pulou, parecia como se eu estivesse sendo empurrado para longe e realmente fiquei com medo. Achei que estava sendo rejeitado, então tive vontade de me desligar, mas o que realmente preciso é que você se abra, se importe comigo.

T: Ótimo, Ariana. Agora, por favor, adicione a parte sobre o que você precisa do Hari.

UMA: Quando me sinto empurrado, fico com medo, e então me desligo, mas o que Eu realmente preciso é ... [pausas] ... isso é muito difícil.

T: Eu sei, e você está quase lá. Por mais assustador que seja, você pode adicionar a parte sobre o que você precisa?

UMA: Eu preciso que você seja paciente comigo. Fique comigo e me mostre que você se importa sobre mim. Mostre-me que você está interessado no que tenho a dizer.

T: Excelente, Ariana. Por fim, compartilhe com Hari o quanto é importante para você para que ele seja o único a mostrar que ele se importa.

UMA: Seria a melhor sensação do mundo, Hari, saber que você realmente se importa comigo. Você é mais importante do que qualquer pessoa para mim.

T: Excelente trabalho, Ariana. Como foi para você compartilhar seus medos e o quanto você precisa que Hari saiba que ele se preocupa com você?

UMA: Difícil. Eu me senti como se estivesse caindo em um galho. T:

Foi muito corajoso da sua parte.

## Parte 2: respondendo à criança vulnerável

O segundo componente da intervenção de diálogos de conexão envolve terapeutas orientando o parceiro de escuta para atender às necessidades centrais do parceiro convidativo. Isso envolve três elementos principais. Primeiro, os terapeutas resumem brevemente o conteúdo emocional compartilhado pelo parceiro convidativo que expressou sua vulnerabilidade e necessidades. Em segundo lugar, os terapeutas fazem perguntas ao parceiro que escuta para ajudá-lo a identificar seu modo de enfrentamento nessa situação, permitindo maior empatia por eles próprios e pela Criança Vulnerável de seu parceiro. Finalmente, os terapeutas auxiliam o parceiro que escuta enquanto expressa uma resposta às necessidades do parceiro que o convida.

Na vinheta a seguir, a terapeuta explora a reação inicial de Hari à criança vulnerável de Ariana. Acessando seu Adulto Saudável, Hari usa seu conhecimento da história de Ariana e a relaciona ao seu ciclo modal. O 'nó' de Ariana o lembra de seu medo de seu pai, aumentando sua empatia enquanto ele responde a sua necessidade central de uma forma genuína e carinhosa. Já que Ariana não é

acostumada com a resposta carinhosa de Hari, ela está confusa. Além disso, seu filho vulnerável é atacado por seu modo de pai punitivo por deixar Hari desconfortável. O pai punitivo pode envergonhar uma criança vulnerável por causar desconforto ao cuidador.

T: Podemos fazer o check-in, Ariana, com Hari agora? UMA:

Sim por favor.

T: Hari, como é para você ouvir Ariana compartilhar essa parte dela que parece um nó em seu estômago, e tem medo de ser golpeada? Você ouve Ariana dizer que ela se afasta para se proteger. Outra parte dela sabe que você é mais importante para ela do que qualquer pessoa. Ela precisa saber que você se preocupa com ela, que deseja compreendê-la e que a aceita. O que você acha disso, Hari?

H: É fácil responder ao que ela está pedindo. Eu sinto muito amor por Ariana. Quando você pediu a ela para desfazer o nó, imaginei Ariana com seu pai. Ele tem sido um valentão com ela. Ela lutou com ele. Nunca pensei nisso antes, mas agora percebo que às vezes provavelmente lembro a Ariana de como seu pai a faz se sentir. Eu nunca quero fazer ela se sentir assim. Eu quero protegê-la dele, ajudá-la a se sentir segura para que ela nunca sinta esse nó.

T: É fácil para você dizer a Ariana que a ama e deseja protegê-la. Também estou curioso, Hari, o que você percebe agora quando diz que às vezes pode lembrar Ariana de seu pai?

H: Eu não quero ser o cara mau como o pai dela, então, quando ouço Ariana contando uma história que me deixa mal, quero impedi-la.

T: Para cortar sua própria dor, talvez a parte de você que nem sempre se sente assim ótimo sobre si mesmo?

H: Sim, exatamente. A última coisa que quero fazer é machucar Ariana, decepcioná-la, então quando ela começa a trilhar o caminho de quão decepcionada está comigo, eu a interrompo.

T: Certo, Hari. Eu ouço você dizer que ama Ariana e quer entendê-la dor. Quando você a ouve dizer que talvez você tenha ficado aquém e poderia estar causando dor, você tenta impedi-la porque é tão perturbador imaginar que está machucando-a ... Estou entendendo?

H: Sim, não suporto ser a causa de sua dor.

Tendo compreendido a função pretendida do modo de enfrentamento do parceiro nessa situação, o terapeuta então muda para ajudar Hari a expressar sua necessidade central subjacente, neste caso, de aceitação em face de cometer erros, um antídoto para seu esquema de defectividade.

T: Isso mesmo. Você vai compartilhar isso com Ariana agora, Hari? Você vai olhar diretamente para ela, e diga que é porque você a ama tanto que nunca quer desapontá-la. Você vai contar a ela que tenta impedi-la de expressar desapontamento com você porque isso te machuca muito

Muito de? Você pode pedir a Ariana para aceitá-lo, mesmo quando às vezes você a decepciona? Você vai dizer isso a ela?

H: Ariana, eu sei que não foi fácil para você me dizer o que você precisa de mim. Eu vejo o quanto dói quando eu fico com raiva de você e o excluo. Não quero te mandar de volta para aquela dor que você teve com seu pai. Quero que você se orgulhe de mim e saiba que quero protegê-lo dessa dor.

T: Excelente, Hari. Como foi compartilhar com Ariana que você vê o impacto que você pode ter com ela, e que você realmente a ama e deseja protegê-la?

H: Foi ótimo, embora seja difícil admitir que às vezes a magoo. Eu quero desatar aquele nó em seu estômago, para que ela não tenha que sentir mais medo de mim.

T: [Olhando para Ariana, que começa a chorar]. Ariana, eu vejo suas lágrimas. Como é para você ouvir Hari compartilhar seu amor por você, e ouvir que ele realmente quer que você se orgulhe dele?

UMA: Eu não tinha ideia de que Hari estava me excluindo porque ele se preocupa muito com o que eu penso dele. Isso é incrível, mas é difícil de acreditar. Há um outro lado meu que começa a se sentir mal, como se eu estivesse dando muita importância a isso, e deveria simplesmente deixá-lo em paz.

T: É difícil para você, Ariana, imaginar que Hari a ama tanto, e não quer te decepcionar? Você percebe essa voz crítica ou punitiva que surge dentro de você e que o coloca para baixo. De quem essa voz te lembra?

UMA: É meu pai. É tão difícil tirá-lo da minha cabeça.

## Reescrever imagens para casais

Parte 1: preparando o cenário

A reescrita de imagens para casais (IRC) é uma intervenção central para curar EMS e é especialmente útil quando um ou ambos os parceiros têm histórico de trauma. Ao realizar imagens da infância com cada parceiro, permite que o casal tenha uma noção das necessidades infantis não satisfeitas, tanto para si quanto para seus parceiros. Eles entendem as origens de seu SME e são capazes de se tornar uma figura reparadora para o outro. Os terapeutas conduzem a imaginação de maneira semelhante à do TS individual, com a exceção significativa de que os terapeutas convidam progressivamente o parceiro para o processo de reparação. O objetivo é substituir gradativamente o terapeuta no imaginário pelo parceiro, à medida que ele aprende a se sintonizar e a atender às necessidades do parceiro.

Para se preparar para o IRC, os terapeutas exploram detalhes da infância de um parceiro quando suas necessidades não eram satisfeitas, semelhante à avaliação de imagens durante o TS individual (consulte o Capítulo 6 deste volume). Além disso, no ST-C os terapeutas identificam quaisquer lesões significativas de relacionamento passado que podem reforçar

seu EMS e ciclo de modo de relacionamento atual. Os terapeutas convidam o parceiro que escuta a permanecer continuamente envolvido, perguntando sobre suas reações em pontos-chave da imagem, aumentando a empatia juntamente com uma validação explícita da dor central do parceiro, quando suas necessidades de infância não foram atendidas. Isso prepara o terreno para respostas reparadoras eficazes por parte do parceiro de escuta.

Na próxima vinheta, o terapeuta aproveita o momento de cura da intervenção dos diálogos de conexão, conduzindo um IRC que visa o esquema de privação emocional de Ariana, a parte dela que acredita que ninguém jamais atenderá às suas necessidades, junto com o modo Pai punitivo que diz ela é uma 'pirralha' por ser muito emocional. A terapeuta guia Ariana por uma memória tóxica quando ela tinha seis anos, envolvendo seu pai. Na cena, a pequena Ariana estava com medo e precisava de proteção e conforto. Ela retransmite, e expande, alguns dos aspectos emocionais, sensoriais e cognitivos em sua cena inicial, semelhante ao processo de imaginação em TS individual. A terapeuta então a orienta a identificar o que a Pequena Ariana precisava, mas não recebeu, fornecendo a base para as respostas reparadoras de Hari que são antídotos cuidadosos para o esquema de privação emocional de Ariana. Esse processo também ajuda o esquema de defeituosos de Hari, encorajando-o a se sentir importante e forte em cuidar da pequena Ariana.

T: Ariana, sugiro que nos concentremos na voz punitiva de seu pai. Que possamos fazer um exercício de reescrever imagens juntos, com a ajuda de Hari?

UMA: sim.

T: Hari, avisarei quando entrar em cena, ok? H:  
Certo.

T: Ariana, por favor, feche os olhos. Você disse que tem uma voz que mantém a batida irritando você, chamando-o de chorão e fazendo você se sentir mal consigo mesmo. Veja se consegue obter uma imagem da sua infância, quando está com o seu pai, vivenciando os mesmos sentimentos. Deixe a imagem emergir, tentando não pensar muito.

UMA: Eu tenho um. Estou na nossa casa onde cresci. É tarde da noite. Eu não sei porque, mas acordei e fiquei com muito medo. Eu estava sozinho no meu quarto.

T: Quantos anos você tem nesta cena? UMA: Talvez cerca de seis anos. Estou usando meu pijama verde com rosa ele-

fantasias nelas que minha avó me deu quando eu tinha seis anos.

T: Você está em seu quarto e algo o despertou. Você está com medo.  
O que está acontecendo agora?

UMA: Estou deitada totalmente imóvel na minha cama, com muito medo. Eu ouço a TV. Meu pai normalmente adormece no sofá com a TV ligada. Eu me envolvo em meu cobertor. Eu lentamente me movo em direção à porta e a abro. Com certeza, meu pai está no sofá, mas não está dormindo. Estou tentando ficar bem quieto. Decido que quero deitar no chão e ouvir TV, esperando que meu pai não me note.

T: E o que está acontecendo agora?

UMA: Meu pai me vê, ele está se levantando do sofá, ele está gritando comigo, dizendo eu voltar para a cama. Ele está gritando: 'O que diabos há de errado com você!' Estou com tanto medo que comecei a fazer xixi. Meu pai vê o chão ficar molhado. Ele está muito zangado, gritando comigo: 'O que há de errado com você? Que tipo de criança faz xixi no chão?' Meu coração está apertado e não consigo falar. Eu me sinto congelada.

T: Que experiência terrível para a pequena Ariana.

#### Reescrever imagens para casais, parte 2: reparenting

Enquanto o IRC continua, o terapeuta muda para trazer Hari à cena para ajudar a reparadora Pequena Ariana. A terapeuta orienta Hari cuidadosamente sobre como atender às necessidades básicas da criança de seis anos, apavorada com o pai. O IRC normalmente provoca uma forte resposta reparadora nos parceiros, pois eles sentem compaixão pela criança na imagem. Os terapeutas podem enfocar o sentimento protetor do parceiro em relação à criança na cena, permitindo-lhes expressar seu cuidado e ajudar seu ente querido na imagem, conforme necessário.

T: Hari, qual é a sua reação ao que está acontecendo com a pequena Ariana e ela pai?

H: Ela não merece ser tratada assim. Eu me sinto tão triste por ela, e quero pular e protegê-la dele. Ele a está assustando.

T: Você poderia entrar na imagem como o adulto que você é agora? H:

Com certeza!

T: Ariana, Hari tem sua permissão para entrar em cena com a pequena Ariana e seu pai?

UMA: Absolutamente.

T: Imagine Hari parado ao seu lado na imagem, de frente para seu pai. UMA: É assustador imaginar. Meu pai pode ser tão mau. T: Eu ouço você, Ariana. Hari, como você está ao lado da pequena Ariana, como pode você a protege de seu pai?

H: Eu diria ao pai dela para parar de machucar a pequena Ariana, e ver o quanto aterrorizado ela é. Eu diria que ele tem que parar de tratá-la assim.

T: Vá em frente e enfrente o pai em voz alta. H: Você tem que parar, agora! Você é

aterrorizante, pequena Ariana. Eu não vou deixar você con-

tinuado a assustá-la assim. Ela acordou com medo e precisava de consolo. Em vez disso, você gritou com ela, assustando-a tanto que ela entrou em pânico e fez xixi no pijama.

T: Sim, Hari, você está no caminho certo. Agora diga ao pai de Ariana como você se sente sobre a pequena Ariana.

H: Ariana é uma pessoa incrivelmente maravilhosa e eu a amo. Ela merece o seu amor e proteção. Ariana nunca merece ser aterrorizada, especialmente por seu pai. Não vou deixar você tratá-la assim de novo.

T: Exatamente. [Virando-se para Ariana.] O que a pequena Ariana está experimentando agora, ao ouvir Hari enfrentando seu pai para protegê-la?

UMA: Estou impressionado. Meu pai parece surpreso. Ninguém jamais o confrontou antes.  
T: Como é isso para a pequena Ariana agora?  
UMA: Eu me sinto aliviado. É estranho. É uma sensação ótima. Eu tinha apenas seis anos e não faça qualquer coisa errada. Foi tão bom, Hari, ter você ao meu lado para me proteger.

T: [Virando-se para Hari.] Como foi para você, Hari, confrontar a pequena Ariana pai e para protegê-la?

H: Foi fácil. Eu nunca deixaria Ariana ser tratada assim por ninguém. eu sou sempre aqui para você, Ariana, para proteger a pequena Ariana e a Ariana adulta.

## Conclusão

Os EMS são frequentemente ativados pelas pessoas que mais amamos. Compreensivelmente, os casais podem lutar para identificar e atender adequadamente às necessidades subjacentes ao SME de um parceiro, caindo em uma armadilha interpessoal que reforça a dor relacional central. A terapia do esquema para casais fornece um modelo para apoiar os casais a compreender seus ciclos de modo padrão e suas necessidades relacionais essenciais. Os parceiros compartilham vulnerabilidades, identificam necessidades essenciais e convidam interações entre si que promovem a cura do esquema. Usando uma gama de estratégias ST-C, incluindo diálogos de conexão, IRC, confrontação reparadora e empática, os terapeutas orientam os parceiros para desenvolver uma tríade de modo saudável, consistindo em seu Adulto Saudável convidando seus modos Criança Vulnerável e Feliz a responder de forma que satisfaça ambos os parceiros 'necessidades relacionais. Como uma abordagem relativamente nova e inovadora,

### Dicas de terapeuta

1. Em relacionamentos amorosos angustiados, a Terapia do Esquema postula que os Esquemas Desadaptativos Iniciais primam as interações negativas entre os parceiros, influenciando como cada parceiro experimenta o outro, criando ciclos de autopropagação de ameaça ou dano percebido.
2. Um elemento-chave envolve o terapeuta e o casal descobrindo juntos como cada parceiro lida com quando seu EMS é acionado no relacionamento, discernindo como seus modos de enfrentamento tentam atender às suas necessidades em face de uma ameaça relacional percebida por meio de rendição, evitação ou supercompensação comportamentais.
3. Uma tarefa terapêutica importante é ajudar os pacientes a acalmar e regular suas emoções no modo Criança Vulnerável, uma habilidade essencial para o modo Adulto Saudável quando ativado em geral e fundamental para permanecer emocionalmente regulado na sessão.

4. Ao contrário da Terapia do Esquema individual, quando o terapeuta é a fonte primária de reparação, em ST-C os terapeutas inicialmente modelam a reparação para os parceiros, e então orientam cada parceiro para reparar um ao outro.
5. As intervenções terapêuticas ajudam os parceiros a desenvolver uma tríade robusta de modos saudáveis, que consiste nos modos Adulto Saudável, Criança Vulnerável e Criança Feliz. Os parceiros criam segurança suficiente no relacionamento para revelar vulnerabilidade e convidar um ao outro a responder de maneiras que atendam às suas necessidades essenciais.
6. Os terapeutas podem usar toda a gama de estratégias ST-C para promover a mudança, incluindo diálogos de conexão, reescrita de imagens para casais, reparação e confronto empático.

## Referências

- Arntz, A. & Jacob, G. (2013). *Terapia do esquema na prática: um guia introdutório ao esquema abordagem de modo*. Chichester, Reino Unido: Wiley-Blackwell. Atkinson, T. (2012) *Terapia do esquema para casais: parceiros de cura em um relacionamento*. Em M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *O manual de terapia do esquema Wiley-Blackwell: Teoria, pesquisa e prática* (pp. 323–335). Chichester, Reino Unido: Wiley-Blackwell. Bamelis, LLM, Evers, SMAA, Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Resultados de um ensaio clínico randomizado controlado multicêntrico da eficácia clínica da terapia do esquema para transtornos de personalidade. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305–322.
- Farrell, JM, Shaw, IA & Webber, MA (2009). Uma abordagem de grupo focada no esquema psicoterapia para pacientes ambulatoriais com transtorno de personalidade limítrofe: um ensaio clínico randomizado. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40 (2), 317–328.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilbureg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. & Arntz, A. (2006). Psicoterapia ambulatorial para transtorno de personalidade limítrofe. Ensaio randomizado de terapia focada no esquema versus psicoterapia focada na transferência. *Arquivos de Psiquiatria Geral*, 63, 649–658. Gottman, JM (1999). *A clínica do casamento*. Nova York: Norton.
- Makinen, J. & Johnson, S. (2006). Resolvendo lesões de apego em casais usando emoções terapia focalizada: passos em direção ao perdão e à reconciliação. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1055–1064. Mikulincer, M. & Shaver, PR (2016). *Apego na idade adulta: Estrutura, dinâmica e mudança* (2<sup>a</sup> edição). Nova York: Guilford Press. Siegel, DJ (2010). *Mindsight*. Nova York: Bantam Books. Siegel, DJ (2012). *A mente em desenvolvimento* (2<sup>a</sup> edição). Nova York: Guilford Press. Siegel, DJ & Bryson, TP (2011). *A criança com todo o cérebro*. Nova York: Delacorte Press. Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E. & Stevens, BA (2015). *Terapia de esquema com casais: um guia do profissional para relacionamentos de cura*. Chichester, Reino Unido: Wiley-Blackwell. Young, JE, Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). *Terapia do esquema: um guia do médico*. Nova York: Guilford Press.

## Parte IV

# Confrontação empática e a terapia relação



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

# 14 A arte do confronto empático e definição de limites

Wendy Behary

Quando envolvemos os pacientes com uma postura adulta robusta, ficamos mais bem posicionados para enfrentar seus problemas de maneira eficaz com empatia e cuidado. Podemos precisar desafiar sua profunda evitação do trabalho focado na emoção ou estabelecer limites com um paciente que se tornou desafiador, desrespeitoso, depreciativo ou exigente. Alguns de nossos pacientes ansiosos / medrosos tentarão nos distrair e a nós do trabalho mais profundo de envolver emoções por meio do uso de narrativa tangencial, verborragia intelectual e amnésia relatada, ou simplesmente afirmando que são incapazes de consciência emocional e sensorial. Outros pacientes (especialmente os tipos narcisistas) podem evitar material emocional doloroso e o risco de vulnerabilidade exposta por meio de atrasos crônicos (passivo-assertivos) para as sessões ou cancelamentos de última hora, ou por explosões (ativas-assertivas) de raiva e crítica quando solicitados a se comprometerem a ser pontuais, a pagar respeitosamente pelo tempo perdido e a cumprir o processo terapêutico. Todas essas estratégias de enfrentamento oferecem a oportunidade de mergulhar mais fundo em seu mundo emocional usando nossa curiosidade, empatia, sintonia e autenticidade. Este capítulo descreve o significado de empatia e de ser um cuidador autêntico e robusto em TS, como pré-requisitos necessários para qualquer uma das estratégias. Em seguida, exploro diferentes elementos de confronto empático, incluindo; nosso léxico empático, elevando-se acima do incidente, fazendo ligações com o passado, suposição implícita, auto-revelação e o preâmbulo empático. Todas essas estratégias de enfrentamento oferecem a oportunidade de mergulhar mais fundo em seu mundo emocional usando nossa curiosidade, empatia, sintonia e autenticidade. Este capítulo descreve o significado de empatia e de ser um cuidador autêntico e robusto em TS, como pré-requisitos necessários para qualquer uma das estratégias. Em seguida, exploro diferentes elementos de confronto empático, incluindo; nosso léxico empático, elevando-se acima do incidente, fazendo ligações com o passado, suposição implícita, auto-revelação e o preâmbulo empático. Todas essas estratégias de enfrentamento oferecem a oportunidade de mergulhar mais fundo em seu mundo emocional usando nossa curiosidade, empatia, sintonia e autenticidade. Este capítulo descreve o significado de empatia e de ser um cuidador autêntico e robusto em TS, como pré-requisitos necessários para qualquer uma das estratégias. Em seguida, exploro diferentes elementos de confronto empático, incluindo; nosso léxico empático, elevando-se acima do incidente, fazendo ligações com o passado, suposição implícita, auto-revelação e o preâmbulo empático.

## Um cuidador robusto e autêntico

Para confrontar e nos conectar com nossos pacientes, garantindo o vínculo para uma cura eficaz e mudança adaptativa, precisamos trabalhar a partir de uma postura firme de autenticidade e curiosidade persistente; dar sentido às suas reações excessivamente intelectuais, submissas, hipervigilantes, defensivas, raivosas e, às vezes, críticas intensas aos nossos esforços para nos envolvermos com as emoções. Em outras palavras, tentamos entrar com empatia na pele do paciente, para tentar compreender (de uma forma sentida) suas reações emocionais e comportamentos vis-à-vis o pano de fundo de suas narrativas pessoais. Essas narrativas incluem suas primeiras experiências de vida, necessidades emocionais não atendidas, o início da ativação de

esquemas desadaptativos (temas de vida) e as condições prevalecentes que continuam a desencadear seus esquemas e modos. Conforme postulado pelo pesquisador de neurônios espelho Marco Iacoboni (2009), 'Parece que nosso cérebro foi construído para espelhar, e que somente por meio do espelhamento - por meio da simulação em nosso cérebro da experiência sentida de outras mentes - entendemos profundamente o que outras pessoas estão sentindo.'

Empatia não é simpatia, nem é compaixão. Empatia é a experiência ressonante de ouvir com a intenção de tentar entender completamente como o falante se sente; além de compreender suas idéias, pergunte-se: 'Como é ser aquela pessoa sentada à minha frente?' Mostrar empatia envolve identificar e entender os pensamentos, comportamentos e reações emocionais de uma pessoa em uma determinada situação, mesmo que você discorde dela. "Coisas maravilhosas acontecem quando as pessoas se sentem sentidas, quando sentem que suas mentes estão retidas na mente de outra pessoa" (Siegel, 2010).

### Empatia faz sentido

A partir de uma postura empaticamente sintonizada, identificamos padrões como evitação ou agressão como modo de esquema, vinculando-o a uma conceituação cuidadosamente construída da constituição do paciente, ou seja, seu preparo biopsicossocial para viver no mundo. Rastreamos links para medos ao longo da vida de exposição de vergonha ou inadequação, medo de ser controlado ou medo de ser rejeitado, por exemplo. Sentimos compaixão inevitável pela criança sofredora da história antiga, aquela que pode ter suportado mensagens confusas de manipulação, negligência e aceitação condicional, e nos tornamos mais conscientes em sentir como as inseguranças de muito tempo atrás levaram a máscaras de proteção (por exemplo, atitudes e ações indiferentes ou excessivamente compensatórias) no aqui e agora. Dando sentido à sua tempestuosa, evasiva, charmosa, arrogante, furiosa, culpada, Eu sou incompetente ... muito sensível ... Eu sou um fracasso ... Eu não tento o suficiente ... Eu não sou forte o suficiente ... Eu deveria ter vergonha ... Eu não tenho valor ... e mais. Não é de admirar que os estudos sugiram que 'a empatia é um preditor moderadamente forte do resultado da terapia' (Elliott et al., 2011). É difícil, senão impossível, estar verdadeiramente presente quando você está preocupado com a tarefa (naturalmente reflexiva) de se proteger e se defender contra um modo de paciente irado ou crítico. Com roupas de um adulto robusto, somos capazes de manter uma presença empática. Vou compartilhar um exemplo de como lidar com nossos próprios gatilhos mais tarde.

### Confrontação empática

Nesta postura de criação de sentido colaborativa das reações do paciente guiadas pelo esquema e identificando os gatilhos que ocorrem na relação de terapia,

nós nos preparamos para aplicar o confronto empático. O uso da empatia pode promover uma conexão e um senso de compreensão compartilhada que atrai a atenção do paciente para você, em oposição à ativação de suas reações defensivas, como distanciamento ou contra-ataques agressivos e interruptivos. Os terapeutas do esquema trabalham a partir de um ponto de "realidade", o que significa que viemos de um autêntico senso de identidade e um desejo de estar sintonizados. Respondemos com afirmações empáticas como: 'É claro que você está chateado por se sentir forçado a vir para a terapia e culpado por todos os conflitos em seu relacionamento; parece a história da sua vida e posso sentir a verdade nesse sentimento, mas...' ou 'Eu sei o quanto você valoriza a privacidade, você foi ensinado a manter os segredos de família trancados e a sempre manter a lealdade, mas...' ou 'Eu entendo que isso é uma coisa difícil de ouvir, especialmente considerando o quanto duro você está tentando provar que é digno de confiança novamente, mas...' ou 'Eu sinto plenamente que você não teve a intenção de magoar, mas...'. Quando nos sintonizamos dessa forma, de modo que o paciente se sinta profundamente envolvido e compreendido, abrimos uma janela de oportunidade para uma conexão real. Deste local, o paciente é mais capaz de 'ouvir' e tolerar o desafio.

Aqui está um exemplo de confronto empático no meio de uma reação acalorada de um paciente narcisista: você está prestes a confrontar 'Peter', que traiu um parceiro com atos de infidelidade e está (muito rapidamente) ficando cansado de sua desconfiança, sua chateação e o que parecem julgamentos dele, incluindo agora a percepção dele de seu julgamento. Ele expressa desgosto e raiva de você (e de seu parceiro) pelo que também parece ser 'suspeitas injustas' e um 'processo tedioso e ridículo demais'. Ele está desesperado para ser libertado da vergonha, e você sabe disso porque está começando a entender o garoto do passado que nunca conseguia acertar o suficiente para ninguém e se sentia inferior se seu desempenho fosse algo abaixo de extraordinário.

## Léxico para empatia

Mostrar sua sintonia com a vulnerabilidade dele pode começar com uma frase de ligação empática com o passado, por exemplo, 'Deve ser difícil, Peter, quando você sente aquele holofote familiar sobre você como o "fracasso" ou o "bandido". Isso tem raízes na sua infância, certo? Muitas vezes você sentiu a injustiça de ter que se enquadrar em padrões impossíveis e nunca se sentir bem o suficiente, mesmo quando atingiu a fasquia elevada. Você foi notado e advertido principalmente pelo que seu pai via como suas fraquezas. E quando seu parceiro está com raiva de você agora (porque leva tempo para restaurar a confiança), você se sente como se estivesse sendo transformado no vilão novamente.... E você quer enfrentar isso afirmindo que tem direito a distrações particulares e prazerosas porque trabalhou muito e está se sentindo cansado e pouco valorizado. Mas o problema é que esse modo (a parte que às vezes chamamos de modo "autorizado"), embora útil quando você era jovem porque permitia que você se afastasse de demandas e angústias intoleráveis, agora só serve para produzir dor e sofrimento (não intencionais) para aqueles que você ama, e leva você de volta à sensação de que você tem que defender o chamado bandido. É você

sequestrado por uma dor profunda e familiar, Peter, mas a parte mais sábia de você sabe que a cura de uma traição não é uma solução fácil e você precisará exercer mais tolerância e confiança para reparar esse relacionamento. Isso é difícil de fazer quando você está no "modo de combate", onde está ocupado lutando como se tivesse que defender uma criança indesejável.'

Essa é a natureza perpetuadora do esquema dos modos de enfrentamento mal-adaptativos. Peter evita seus sentimentos de vulnerabilidade, vazio e insegurança e opta por uma 'distração prazerosa' - com direito ao que quiser como uma forma de se sentir especial e extraordinário, um meio de lutar contra seus esquemas de Deficiência e Privação Emocional. O problema é que esse tipo de distração não é gerado pelo modo de Adulto Saudável - que o guiaria cuidadosamente para expressar com precisão seus aborrecimentos para sua parceira e procurar maneiras de se acalmar sem prejudicar a si mesmo e aos outros. Em vez disso, é dirigido pelos modos Detached Self-Stimulating e overcompensating construídos há muito tempo (os modos Escape Artist, Entitled e Combat,

O terapeuta mostra empatia e compreensão de como a situação atual do paciente (a raiva de seu parceiro) está desencadeando um tema muito antigo (de se sentir exposto e defeituoso) e como ele é atraído por um mecanismo de enfrentamento estabelecido há muito tempo, que é defender ferozmente seu esquema (de seu modo de combate), apesar de seu 'lado sábio' (ou adulto saudável) saber melhor. Ao compartilhar sua observação do padrão com empatia, elevando-se acima do aqui e agora do incidente atual, o terapeuta simultaneamente ajuda o paciente a se sentir profundamente compreendido e a se distanciar de seus modos de enfrentamento. Ela também compartilha com ele como ela pensa sobre o modo de lidar com ele perpetua seu esquema central e a dor de seu modo Criança Vulnerável - neste caso, como seu modo de combate supercompensatório opera na suposição de que ele é fundamentalmente mau e desagradável (ligado à sua privação emocional e defectividade), ambos reforçando seu esquema e afastando as pessoas.

### A mensagem se perde na entrega

Outra forma de confronto empático diferencia entre intenção e impacto. Oferecemos ao paciente o benefício da dúvida em termos de suas intenções, ao mesmo tempo em que fortalecemos a responsabilidade e estabelecemos limites: 'Sua opinião pode ser um recurso valioso para sua equipe, Dena, mas quando você assume sem discussão ou colaboração, suas boas intenções ser ofuscadas por aquela velha necessidade persistente de controle.'

Observe como o uso da palavra "mas" pelo terapeuta se torna a essência do confronto e também prevê a trajetória de temas de vida autodestrutivos. O prelúdio empático dilui o impulso de defender ou contra-atacar quando os esquemas são ativados, enquanto ombras visa o problema e seu efeito indesejável - os modos reativos desadaptativos, ou seja, o impacto da ofensiva

comportamentos nos outros, os obstáculos que "nós" enfrentamos juntos no processo de cura. Então, quando Dale é acionado na sessão, sentindo que está sendo esquecido (esquema de privação emocional), colocado de lado (esquema de crítica exigente e defeituoso internalizado), não é competente o suficiente (esquema de falha) ou usado e controlado (subjulação, desconfiança e implacável Esquemas de padrões), ele facilmente inicia seu modo de Intimidação e Ataque com uma ferocidade que pode ser, na pior das hipóteses, assustadora e, na melhor das hipóteses, ainda profundamente perturbadora, isto é, sentimos momentaneamente a ira intimidante e insultuosa que outros podem experimentar quando Dale está neste modo. Nesses momentos, é provável que experimentemos o (razoável) impulso de nos proteger do ataque violento de críticas, declarações cínicas, gestos e agressões crescentes. Por exemplo, esta orquestra de esquemas e padrões de modo pré-coreografados podem ser facilmente chamados ao centro do palco depois que um colega de trabalho corajosamente aponta o padrão de Dale de evitar a responsabilidade por qualquer um dos conflitos em sua vida e parece apenas culpar os outros por seus problemas no trabalho (inferindo que provavelmente este é o caso em casa). Dale entra na sala de tratamento furioso, esperando que você, seu terapeuta, seja solidário com uma torrente de insultos e castigos contra seu colega, começando com 'Como ele ousa... Quem ele pensa que é? ... Esses idiotas da minha equipe executiva precisam tirar a cabeça da bunda! ' Você tenta validar a angústia subjacente à raiva sem o (obrigatório) acordo inabalável com o conteúdo e, previsivelmente, ele volta seu ataque contra você, cinicamente afirmado que você 'não é diferente dos outros com quem tenho que lidar.... Talvez você simplesmente não seja competente o suficiente para entender meu mundo. ... A terapia é uma perda de tempo e dinheiro. ... Isso é uma piada 'etc., etc. Você sente o ai, respire fundo e peça a Dale por um momento para descobrir o que está sendo acionado para você naquele momento,' Apenas me dê um momento Dale, isso deve ser algo importante porque até eu me sinto desencadeado, e sou alguém que te conhece de verdade '(fecha os olhos e levanta a mão, indicando um pedido de paciência e silêncio por um momento).

Este momento de estabelecimento de limites é crítico para permitir que você se restaure ao seu modo de cuidar de um Adulto Saudável e exemplifica para Dale como uma pausa pode ser uma estratégia eficaz para comunicar sentimentos importantes, já que uma de suas necessidades centrais não satisfeitas é a tolerância à frustração quando ele não o faz não consegue o que quer. Com os olhos fechados e respirações profundas, você rapidamente evoca uma imagem do seu pequeno eu vulnerável e um lugar imaginário seguro e calmo, grato a ela (ou a ele) por lembrá-lo de como a vida no mundo de Dale pode ser, protegendo o seu pequeno naquele lugar seguro com a garantia de que você (o Adulto Saudável e profissional treinado) pode cuidar de Dale, seu pequeno eu não precisa suportar esse fardo e não precisa recorrer aos seus modos de enfrentamento para protegê-lo - aqueles que podem fazer com que você evite os comportamentos de Dale, renda-se a eles ou defenda-se deles. Você garante a si mesmo com 'Eu tenho isso, e não precisa ser perfeito, apenas real'.

Com os olhos agora abertos e Dale olhando para você (ou olhando para longe), você compartilha os detalhes mais relevantes de sua pausa, 'Quando eu sinto

desencadeada assim, corro o risco de ceder, desistir ou ficar na defensiva, e nenhuma dessas reações seria útil para você, Dale, apesar do fato de que pode parecer extremamente satisfatório para a parte de você que precisa ser certo, para afirmar o que parece ser a única verdade, sem levar em conta os sentimentos da outra pessoa. Isso é o que os outros fazem quando confrontados com sua raiva ou seus insultos; pessoas que não são treinadas para entender sua constituição e seu sofrimento subjacente e também não são responsáveis por fazê-lo. Sei que não é sua intenção magoar [o benefício empático da dúvida], mas [o confronto] é desagradável e doloroso e pode deixar o receptor se sentindo chateado e potencialmente na defensiva ou, pior ainda, ele se entrega a seu acesso de raiva e, em seguida, sentir-se ressentido com você. Triste também, porque havia uma mensagem importante [o uso da palavra "importante" chama a atenção de Dale, deixando claro que o que ele está falhando em expressar] mensagem que você estava tentando transmitir e ela se perdeu na entrega. 'Você pode então sugerir que Dale tenha outra chance para expressar o que ele estava sentindo de seu lado vulnerável. Com alguma ajuda e persistência, ele pode ser capaz de compartilhar que se sentiu 'muito sozinho... como se não houvesse ninguém com quem contar ... ninguém que me entende ... um sentimento antigo ... não acostumado a não levar vantagem ... é difícil'. Podemos trabalhar com isso, reparar, reescrever e modificar gradualmente comportamentos que têm sido autodestrutivos por muitos anos.

#### Franqueza empática - estabelecendo um limite

Nem todos os nossos confrontos empáticos precisam ser repletos de linguagem, especialmente ao estabelecer um limite em que as palavras ou comportamentos agressivos do paciente ultrapassam os limites e representam uma ameaça. Às vezes, pode ser dito simplesmente: 'Eu sei que você pode não querer ser ameaçador, mas agora estou me sentindo desconfortável e isso é inaceitável. Eu tenho direitos e você tem direitos. E isso parece uma violação do meu direito de me sentir segura e respeitada.' O terapeuta pode estabelecer um limite sugerindo: 'Então, você pode parar alguns minutos para fazer uma pausa e respirar e se conectar com o seu pequeno Joe vulnerável, ou você pode dar uma caminhada, respirar um pouco, beber água e voltar para que podemos explorar o que provavelmente é uma mensagem muito importante e uma experiência significativa que você está tendo por trás de toda essa raiva perturbadora.'

Alguns pacientes optarão pela pausa (especialmente aqueles com problemas de abandono) e alguns farão uma caminhada e quase sempre retornarão - mesmo que seja apenas para dar a última palavra - mas o desescalonamento permite uma melhor representação da Criança Vulnerável, sentimentos reais por trás da raiva e crítica, a mensagem "importante".

#### Ignorando modos separados

O uso de imagens na terapia do esquema tem se mostrado uma estratégia altamente eficaz para atender às necessidades emocionais não satisfeitas e instalar mudanças comportamentais adaptativas. Outra variante de evitação que frequentemente encontramos quando

tentar usar imagens no tratamento de pacientes desafiadores é o modo desafiadoramente Protetor Destacado. Nesse modo, um paciente pode usar uma fraseologia fortemente insistente, como: 'Quantas vezes eu já disse que simplesmente não vejo imagens.... Não me lembro de nada. ... Isso é bobagem, o passado acabou e isso não está me ajudando a encontrar um emprego ou salvar meu casamento. ... Já fiz isso antes e não adianta, na verdade me faz sentir pior.'

Sabemos que, para os pacientes nesse modo de proteção, geralmente há uma motivação oculta responsável pelo desafio, como (1) medo de ser mal compreendido, (2) medo de expor a maldade ou fraqueza (3) medo de ser abandonado, (4) medo de não ser capaz de fazer as imagens e falhar, (5) medo de perder o controle ou desmoronar e não ser capaz de funcionar, (6) medo de enfrentar a culpa ou punição por revelar segredos / quebrar lealdades, (7) medo de ser controlado e ter que se render, (8) medo de perder sua vantagem, seu especialismo e muito mais.

Quanto mais persistimos em compreender o modo Desanexado, fazendo perguntas sobre seu papel, suas origens e sua função primária, e identificando o risco negativo de permanecer neste modo agora (embora seja útil nos primeiros anos como uma fonte de sobrevivência para uma criança impotente), maior será a chance de reforçar nossa apreciação do driver oculto e iniciar o processo de empregar o confronto empático para enfraquecer e, eventualmente, contornar esse modo. Usando a estratégia de suposição implícita, uma forma de confronto empático que desenvolvi para tratar narcisistas, mas pode ser expandida para trabalhar com muitos tipos de pacientes difíceis, presume que há algo implicitamente (lembra sem perceber que se está lembrando) motivando o impulso para se separar e desconectar de uma experiência emocional dolorosa.

Uma vez retirados dos arquivos e tornados explícitos, somos capazes de executar o trabalho de reparação e reescrita necessário para curar ou modificar velhas crenças e padrões disfuncionais duradouros enquanto adotamos e fortalecemos padrões saudáveis novos e sustentáveis. Por exemplo, podemos propor algo como o seguinte: 'Eu me pergunto o quanto assustador deve ser agora para a pequena Dena enquanto eu olho para o modo "fortaleza" sentado naquela cadeira [este é um rótulo criado de forma colaborativa para a sensação quando ela está no modo de protetor destacado]? Encaro o "guarda" no portão [aspecto desafiador do modo] que proíbe qualquer pessoa de entrar para ver a pequena Dena e a impede de sair e eu sei que deve ser muito assustador porque aquele guarda é formidável e furioso. E posso entender que, com base no que descobrimos juntos sobre como expor o passado, os segredos, e permitir-se perceber que você tem direitos, parece uma traição contra sua mãe, que vai te prejudicar. [Dena acena com a cabeça e abaixa a cabeça.] E se eu pudesse falar com o guarda no portão desta fortaleza, gostaria de agradecer por seus esforços em proteger a pequena Dena porque, é claro, ela estava indefesa uma vez e não tinha ninguém para

protegê-la ['claro'] é um termo empático que indica um certo conhecimento, uma compreensão]. Você a ensinou como seguir regras e como usar sua sensibilidade inata para ser uma criança muito boa - embora saibamos que ela não deveria ser tão perfeita - e como manter a paz para que ela pudesse se sentir segura. Mas ela pagou um alto preço por continuar a levar adiante em sua vida adulta a ideia de que ainda não tem o direito de fazer valer suas idéias, preferências, opiniões ou estabelecer limites quando está sendo negligenciada ou magoada. Ela sofreu muito e pagou um preço alto e agora tem a chance e o direito de se livrar desse fardo. Ela não está mais desamparada, nem é uma artista para sua mãe ganhar a aprovação dos outros. Ela me tem agora, e eu me importo muito com ela e gostaria de ajudá-la, mas preciso poder acessá-la de dentro daquela fortaleza, porque agora só serve para sufocá-la e fazê-la se sentir solitária e ressentida. Ela merece ter uma voz e ela merece saber o quanto adorável ela é, sem ter que provar nada. E ela tem um Adulto Saudável em si mesma e em mim que pode defendê-la. Talvez você possa se afastar por alguns minutos para que Dena Adulto Saudável e eu possamos nos conectar com a Pequena Dena?

Negociar com modos desafiadores de Protetor Desapegado usando confronto empático pode ser um passo significativo na derrubada das paredes da fortaleza para reparar, reescrever e aliviar Dena do cansaço da batalha e da solidão que vem de isolar sua realidade, cedendo (aprendido) demandas auto-impostas e expectativas de submissão, apenas para ficar com raiva e ressentimento e cortar as pessoas de sua vida ou aliená-las com seu distanciamento temperamental, para reduzir e eventualmente abolir sua crítica exigente internalizada e para fortalecer sua assertividade e seu senso de saúde direito e auto-estima.

### Preâmbulo empático

Essa ilustração final de confronto empático é o que chamo de medida preventiva para o confronto empático ou, simplesmente, o preâmbulo empático para o confronto. Isso significa que você está levando em consideração o que "sabe" (empatia) sobre as sensibilidades do paciente para antecipar suas prováveis reações guiadas pelo esquema. Essas sensibilidades podem ser para certas palavras, gestos e expressões faciais que são imediatamente transcritas por experiências memorizadas em experiências guiadas por esquemas. Por exemplo, Joe (que tem transtorno de personalidade narcisista) é extremamente sensível a se sentir usado, inferior e envergonhado. Ele muda facilmente para um modo defensivo e crítico quando acionado e ameaça encerrar a terapia, seguido por um modo distraído e desapegado. Tanto é assim que quando você tenta interromper um fluxo tangencial de contar histórias em busca de aprovação e apontar a possibilidade de sua evasão, e talvez muito 'se provar' (bem como lembrá-lo de que ele não tem que fazer isso com você) ele pigarreia e muda para sua postura arrogantemente defensiva, 'Ok, tanto faz, eu estava tentando compartilhar um ponto importante, mas acho que é o seu show', acusando você de ser talvez muito míope e muito controlador, algo que ele também sente em relação aos seus parceiros. Uma maneira de acusando você de ser talvez muito míope e controlador, algo que ele também sente por sua parceira. Uma maneira de acusando você de ser talvez muito míope e controlador, algo que ele também sente por sua parceira. Uma maneira de

evitar que isso ocorra ou repará-lo imediatamente quando ocorrer é usar o preâmbulo empático. Pode soar assim: 'Joe, lamento interromper. Sei que isso faz você sentir que não estou interessado no que você tem a compartilhar e que sou igual a todas as outras pessoas em quem você deveria confiar - que é meu programa, minha agenda, minhas expectativas em relação a você. Por favor, olhe para mim, Joe - sou eu, Wendy, aquela que se preocupa com você e quer que você tenha relacionamentos satisfatórios com os outros, para que eles vejam você completamente do seu precioso lado vulnerável ao seu lado brilhante, talentoso e espirituoso, o verdadeiro você , sem nada para provar. Eu não sou seu pai ou seu irmão mais velho competitivo...aqueles que fizeram você se sentir usado e que sabotaram seus esforços, enquanto almejavam sua grandeza. Olha aqui Joe, sou eu. Não tenho nenhuma agenda exceto sua felicidade e suas necessidades sendo atendidas para que você possa amar e ser amado com mais liberdade, algo que você não teve quando era criança. Agora, vamos ver se podemos descobrir o que ativou essa mudança em seu modo 'divertido' [busca de aprovação] e então vamos ver se podemos contornar isso juntos e cuidar de Little Joey, você e eu como uma equipe. '

## Resumo

O confronto empático promove uma diferenciação necessária entre experiências passadas e presentes, permitindo-nos nos conectar com as mágoas ocultas, vergonha e desesperança que residem por trás de modos de barricada fortes, originalmente concebidos como a única fonte de proteção e sobrevivência. Essa estratégia também nos permite estabelecer limites saudáveis e garantir padrões adaptativos para aqueles que sofrem com a necessidade não atendida de flexibilidade, tolerância à frustração, reciprocidade, respeito permanente pelos outros, controle de impulso e capacidade de aderir a regras razoáveis - tudo parte do desenvolvimento de uma criança preparação necessária para viver com sucesso no mundo interpessoal da alteridade.

A terapia do esquema oferece uma conceituação robusta e abrangente, como parte da fase de avaliação do tratamento, que informa nosso sistema de navegação na sala de tratamento, tornando possível confrontar alguns dos impasses mais imóveis da terapia articulando com precisão declarações empáticas cuidadosamente elaboradas e questões que promovem a conexão e a cura do sofrimento interno. O papel fundamental de um clínico eficaz começa com uma conexão sensorial, ressonante e conhedora com o outro e, a partir dessa postura, temos o privilégio de testemunhar a coragem dos humanos em sua busca pelas transformações emocionais mais difíceis e significativas.

### Dicas de terapeuta

1. Use sua empatia natural, é sua maior força como terapeuta do esquema. Empatia é a experiência ressonante de ouvir com a intenção de tentar entender completamente como o falante se sente; além de compreender suas idéias, pergunte-se: 'Como é ser aquela pessoa sentada à minha frente?'

2. Compreenda os momentos mais desagradáveis do seu paciente em termos de sua história sendo representada no presente (um sentimento antigo, uma velha maneira de sobreviver sob circunstâncias emocionais impossíveis) enquanto eles tentam desesperadamente se proteger e mantê-lo à distância, longe de sua vulnerabilidade central.
3. Use a sua rica conceitualização de esquema para "ver" e articular o que está acontecendo entre vocês e para navegar pelos impasses mais imóveis da terapia.
4. Aterre e acalme seu próprio Ladozinho ('Eu tenho isso e não precisa ser perfeito, apenas real') para permitir que você se levante acima do incidente, enfrente empaticamente e estabeleça limites com seu paciente.
5. Lembre-se de que a criança vulnerável de seu paciente está lá (embora oculta e aparentemente invisível por trás de uma parede de estratégias de enfrentamento altamente desagradáveis) e sua conexão autêntica, mesmo quando desafiadora, oferece o potencial para transformação emocional.

## Referências

- Elliott, R., Bohart, AC, Watson, JC & Greenberg, LS Empathy (2011). Psychotherapy (chique), 48 (1), 43–49. 10.1037/a0022187
- Greenberg, L. Terapia focada na emoção: treinando os clientes para lidar com seus sentimentos 2ª edição. Washington, DC: American Psychological Association (APA) (2015). Iacoboni, M. Espelhando pessoas: a ciência da empatia e como nos relacionamos com os outros. Nova York: Picador (2009). Siegel, D. Mindsight, The New Science of Personal Transformation. Nova York: Bantam Livros (2010).

# 15 Autenticidade e abertura pessoal na relação de terapia

Michiel van Vreeswijk

O que queremos dizer com autenticidade no contexto de uma relação terapêutica e quão importante é para o bem-estar de nossos pacientes? Autenticidade pode ser definida como 'a qualidade de ser real ou verdadeiro' (Cambridge Dictionary, 2017) e diz respeito a experiências relacionais, como veracidade, compromisso, sinceridade, devoção e intenção positiva (Wikipedia, 2017). A autenticidade se mostra por meio da autoexpressão, da linguagem corporal e de outras comunicações não verbais e, no contexto da terapia, envolve o compartilhamento de nossos pensamentos, sentimentos e experiências a serviço de nosso relacionamento terapêutico e dos objetivos de nossos pacientes.

Como nos orientamos para a autenticidade depende em parte de nossos objetivos terapêuticos. Ao oferecer reparação limitada à Criança Vulnerável, uma conexão autêntica pode centrar-se, por exemplo, no terapeuta sendo nutridor, apreciativo e encorajador, ignorando deliberadamente comportamentos desanimadores de um modo de enfrentamento. Como tal, uma conexão autêntica aqui é sobre ver além do modo de enfrentamento para os sentimentos e necessidades centrais do paciente. Em outras ocasiões, ao chegar ao Adulto Saudável do paciente, a autenticidade pode envolver o terapeuta compartilhando suas reações pessoais a um modo de enfrentamento ou comportamento desagradável muito mais diretamente, atendendo à necessidade de ser "real" e fornecendo um ponto de partida para compreender um ciclo modal na relação de terapia. Além disso, é claro, os terapeutas cometem erros e experimentam reações guiadas pelo esquema aos pacientes que podem ser percebidas pelo paciente (mesmo que nada seja dito), apresentando outro dilema sobre a melhor forma de nomear autenticamente (ou não) 'o elefante na sala'.

Pode-se argumentar que, ao ser autêntico, o terapeuta é guiado pela necessidade abrangente de seu paciente por um nível de honestidade e abertura (para que o terapeuta seja "real" com eles) no contexto de reflexão cuidadosa dos esquemas de seus pacientes e de forma mais ampla necessidades terapêuticas.

Este é um trabalho desafiador, pois podemos ser "puxados" por nossos próprios esquemas e aqueles dos sistemas em que trabalhamos. Também pode haver algo semelhante ao desvio terapêutico, pelo qual podemos ser silenciosamente atraídos para o caminho de menor resistência emocional com nossos pacientes e durante a supervisão - optando pela opção "mais suave" por um lado (por exemplo, sendo principalmente nutrir,

compreensão e aceitação) ou proficiência técnica do outro (por exemplo, atenção detalhada ao trabalho na cadeira, imagens etc.) como formas de evitar a tarefa mais desafiadora de nos envolvermos mais plenamente no relacionamento terapêutico.

Este capítulo tem como objetivo aumentar a consciência sobre os padrões que podem nos afastar de ser totalmente autênticos com nossos pacientes e nos ajudar a retroceder com curiosidade e compaixão, de modo que nos movamos em direção a um compromisso renovado de nos reconectarmos com nossos pacientes.

### A experiência de autenticidade do paciente

Você já teve um paciente que lhe disse: 'Você só está dizendo isso porque é terapeuta, porque é o seu trabalho.' Ou 'Esta é apenas uma das técnicas que você usa'.

O que o paciente pode estar perguntando é: 'Você está sendo autêntico comigo?' Em um nível, sua pergunta pode ser motivada por seus esquemas e modos: pode ser que seu esquema de desconfiança / abuso esteja dizendo: 'Cuidado, isso é apenas uma configuração para atrair você para dentro.' Ou seu esquema de privação emocional pode dizer: 'Não posso acreditar que essa pessoa seja genuína e seja capaz de ver e se conectar com o que sinto.' Ou o esquema de Abandono / Instabilidade deles pode dizer: 'Se você começar a se conectar com esse terapeuta, mais cedo ou mais tarde ele sairá e você ficará sozinho, então vale a pena investir nisso?'

Mas e se deixarmos os esquemas do paciente de lado por um momento e nos perguntarmos: 'Estamos sendo autênticos com esse paciente neste momento?' Provavelmente a maioria de nós dirá sim e tente prová-lo ou diga algo como: 'Eu me pergunto o que o levou a acreditar que meu cuidado por você é apenas uma técnica? Existe um esquema ou modo ativado?' Mas seja honesto. Você foi realmente autêntico naquele momento específico? Ou você estava desconectado, com medo ou até com raiva de seu paciente? Talvez você tenha revelado isso sem saber, verbal ou verbalmente, embora tenha feito o possível para estar presente e sintonizado com as necessidades deles. Sei que já tive muitas ocasiões em que fui menos autêntico do que gostaria de ser, muitas vezes sem saber e por uma série de razões diferentes. Por exemplo, porque estava preocupado com um problema pessoal ou porque não sabia ao certo para onde ir em seguida na terapia. Ou porque estava em dúvida sobre a melhor forma de expressar meus pensamentos sobre nosso relacionamento. E sim,

Embora eu gostaria de dizer que esses momentos diminuíram com o tempo, provavelmente é mais correto dizer que estou mais ciente de uma sensação de dúvida sobre minha autenticidade naquele momento. Tento alimentar essa dúvida, principalmente nos momentos que são mais incômodos para mim, quando parte de mim prefere descartá-los e seguir em frente. Este capítulo tem como objetivo nos ajudar a enfrentar a tarefa de como ser autênticos e abertos em tal

uma forma que otimiza o relacionamento terapêutico, para formar a base para novas experiências de apego e reparações limitadas.

#### Exercício 1 Até que ponto sou autêntico?

Você sabe qual é sua posição quanto à autenticidade? Como seus pacientes responderiam a esta pergunta sobre você, como eles classificariam sua autenticidade? Qual seria a resposta mais difícil de ouvir? O que seria agradável de ouvir?

Quando sou mais autêntico com meus pacientes? Quando sou pelo menos autêntico? O que me impede de ser mais autêntico? O que me ajuda a ser mais consciente, honesto e aberto, mesmo quando minha mensagem é delicada ou indesejável?

#### Qualidades de um autêntico terapeuta

Um terapeuta autêntico busca um relacionamento honesto com seu paciente em todos os momentos, sendo comprometido e genuíno, mas não necessariamente sempre compartilhando tudo, especialmente se não estiver a serviço do processo terapêutico. O julgamento clínico envolvido em quando e o que compartilhar é complexo e envolve considerar as necessidades e a capacidade do paciente e do terapeuta de lidar com interações frequentemente emotivas, em um determinado momento.

Um terapeuta autêntico se esforça para compartilhar reações positivas e negativas com seu paciente e está aberto às reações de seu paciente a ele, mesmo que sejam difíceis de ouvir ou apresentem dilemas difíceis quanto ao melhor caminho a seguir. Além disso, postulo que ser autêntico como terapeuta significa que você tem que ser (a) honesto consigo mesmo sobre seus sentimentos em relação ao paciente e como a terapia está progredindo, (b) capaz de questionar suas reações intrapessoais e interpessoais, (c) ser estar disposto e ser capaz de compartilhar seu pensamento e algumas de suas experiências com seu paciente e (d) estar disposto e ser capaz de compartilhar seu pensamento e experiências com seus colegas (por exemplo, na supervisão).

Para alcançar todos os itens acima, você precisa ter um autoconceito positivo e bem estabelecido; no entanto, como terapeutas do esquema, sabemos que este não é um estado estático, pois todos nós temos o potencial de sermos desviados por nossos esquemas e modos. A supervisão e a terapia pessoal têm um papel central a desempenhar na compreensão de nossas próprias reações, curando nossos esquemas e desenvolvendo um autoconceito positivo e equilibrado.

Em minha opinião, a autenticidade é um ingrediente necessário na construção de uma boa aliança de trabalho na qual uma reparação limitada é possível, as rupturas são tratadas de forma adequada e a chance de abandono é minimizada. Esconder e mascarar continuamente nossos sentimentos de nossos pacientes pode ser estressante e antinatural. Além disso, uma postura autêntica reduz o risco de traumatismo secundário e burnout. Este capítulo tem como objetivo ajudá-lo a: a) tornar-se

mais sintonizado com a qualidade de sua própria autenticidade, b) rastrear como seus esquemas e modos interagem com sua autenticidade, c) trabalhar para aproveitar e promover a autenticidade, d) usar a autenticidade em caso de rupturas da terapia e e) tomar consciência das possíveis armadilhas de ser autêntico.

## Ser um terapeuta autêntico e o papel dos esquemas e modos

### O caso da terapeuta Quinn: parte 1

Quinn é uma psicoterapeuta de 58 anos que se formou principalmente em TCC e EMDR. Seu pai era sargento do exército e sua mãe era dona de casa. O irmão de Quinn é membro do Parlamento e sua irmã é professora de psicologia clínica. Quando criança, havia regras estritas em sua família que todos seguiam sem questionar. Seu pai era um homem dominante e quieto que mostrava sua raiva, mas não mostrava quaisquer outras emoções. Sua mãe era uma esposa 'obediente' que escondia seus sentimentos do marido e dos filhos. Quinn, seu irmão e sua irmã foram educados em escolas particulares internacionais e universidades de prestígio. Os principais esquemas de Quinn são Defectividade / Vergonha, Padrões implacáveis e Fracasso. Seus modos mais importantes são Detached Protector, Compliant Surrender e Punituve Parent.

### O caso do casal co-terapeuta Yara e Roy: parte 1

Yara é uma psicoterapeuta de 38 anos com formação em psicanálise e terapia baseada na mentalização. Ela passou recentemente pelo treinamento de ST, pois ela e Roy logo trabalharão como co-terapeutas em um ensaio clínico randomizado no grupo ST. Roy é um psicólogo clínico de 32 anos que foi treinado em DBT, terapia de grupo e TS. Yara vem de uma família em que falar sobre emoções não era a coisa certa. Manter as aparências era mais importante do que compartilhar seus pensamentos e emoções íntimos. Seus principais esquemas são Inibição Emocional, Padrões Implacáveis e Auto-Sacrifício e seus modos principais são Adulto Saudável, Criança Feliz e Pai Exigente. Roy, por outro lado, vem de uma família em que nunca houve compartilhamento suficiente de emoções, sua mãe com transtorno de personalidade límítrofe e seu pai e irmã com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Os principais esquemas de Roy são Abandono / Instabilidade, Isolamento Social / Alieniação e Fracasso. Seus modos principais são Pai Exigente, Adulto Saudável e Auto-engrandecimento.

No caso de Quinn (Figura 15.1), você pode ver como vários esquemas e modos são executados na árvore genealógica, às vezes pulando uma geração, às vezes passando na primeira linha. Você também pode ver que o nível de autenticidade é baixo na família de Quinn, especialmente do lado do pai. Se você preenchesse um genograma de Yara e Roy, usando sua imaginação para preencher as lacunas, como seria? Quais seriam os diferentes membros do

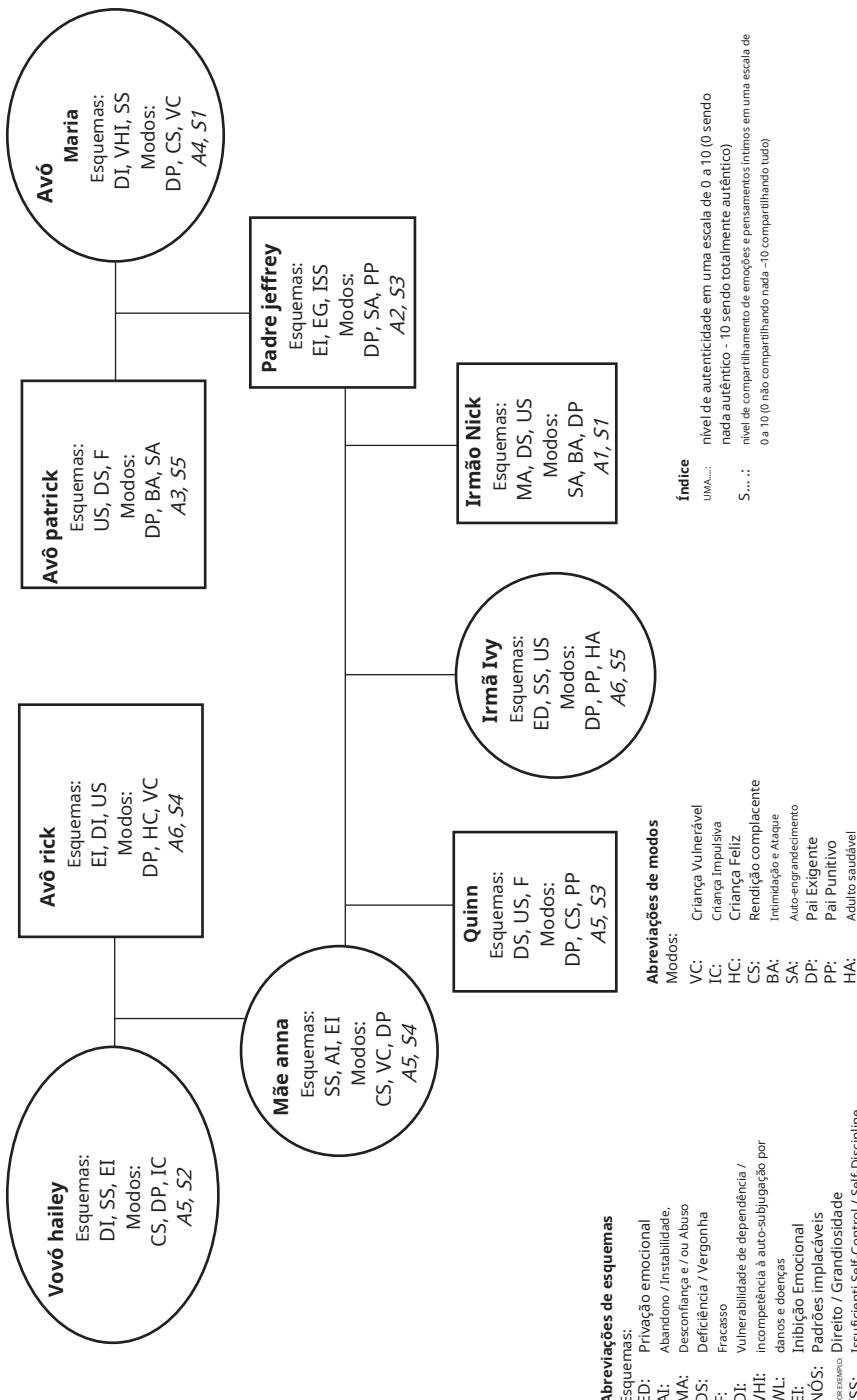


Figura 15.1 Esboço do genograma de Quiim. Este é um exemplo de como você pode se tornar mais consciente das origens de seus esquemas, modos, self-divulgação e autenticidade nos relacionamentos.

sua família fala sobre compartilhar sentimentos ou ser autêntico? Que ideias eles podem ter sobre a boa educação dos pais? Que esquemas e modos você acha que cada membro da família tem?

**Exercício 2 Do presente ao passado, criando seu próprio genograma de autenticidade**

Use o formato da Figura 15.1 para mapear as suas próprias atitudes e as de sua família e a abordagem de auto-revelação, abertura e autenticidade. Ao fazer isso, pergunte-se:

1. Quais esquemas e modos eu tenho? (Como uma ferramenta, você pode preencher o esquema e questionários de modo YSQ e SMI.)
2. Onde devo compartilhar minhas emoções e pensamentos íntimos?
3. Quais são meus valores pessoais?
4. Quais são minhas necessidades?
5. Qual é a minha posição para ser autêntico nos relacionamentos?
6. Onde eu gostaria de estar sobre autenticidade daqui a dez anos?

Agora faça essas perguntas também para seus irmãos, pais e avós. Talvez seja até possível fazer as perguntas diretamente. Você vê algum padrão emergindo?

Além de ficar ciente de seus esquemas e modos, também é bom perceber que os esquemas são desenvolvidos (parcialmente) como resultado de necessidades essenciais não atendidas. Lockwood e Perris (2012) descrevem por esquema a necessidade não atendida proposta. De sua perspectiva, as necessidades não satisfeitas de Quinn seriam aceitação e amor incondicional (Defectividade / Vergonha), orientação em padrões e ideais apropriados (Padrões implacáveis) e apoio e orientação no desenvolvimento de maestria (Fracasso). Yara provavelmente tinha necessidades não satisfeitas de um ambiente estimulante, lúdico e espontâneo (Inibição Emocional), orientação em padrões e ideais adequados (Padrões Implacáveis) e equilíbrio na importância das necessidades de cada pessoa (Auto-sacrifício). Para Roy, seria uma figura de apego estável (Abandono / Instabilidade),

Em cada caso, suas necessidades não atendidas, esquemas e estilos de enfrentamento predominantes foram altamente relevantes para sua relação com a autenticidade naquele momento. Nos exemplos acima, quando seus esquemas foram acionados, os terapeutas tipicamente tentaram esconder seus sentimentos ou compensar, deixando o paciente com a sensação de que algo importante está faltando ou não foi dito.

A autoconsciência do terapeuta adquirida através da experiência de vida, terapia pessoal e supervisão clínica contínua formam as bases para encontros clínicos autênticos. Por exemplo, se você sabe que tem um esquema de inibição emocional, pode ser importante encontrar familiares, amigos e colegas mais expressivos, espontâneos e brincalhões, que o inspirem a soltar os cabelos e se abrir um pouco. Ou, se você tiver Padrões implacáveis, é importante encontrar um local de trabalho onde os padrões e ideais sejam valorizados ao lado de um equilíbrio saudável entre vida profissional e pessoal. Sem isso, há um alto risco de esgotamento para terapeutas com padrões implacáveis (Keading et al., 2017; Simpson et al., 2018), o que será um obstáculo para ser autêntico.

### Exercício 3 Imagens para aproximar você de sua autenticidade, necessidades e valores pessoais

Você pode concluir este exercício com um colega / amigo ou fazer uma gravação de áudio das instruções em seu telefone e, em seguida, reproduzir a gravação com os olhos fechados.

1. Por favor, feche seus olhos e deixe sua atenção ir para sua respiração, para aquele lugar em seu corpo onde você está mais consciente de sua respiração aqui e agora, sem ter que mudá-la.
2. Vá para aquele lugar em seu corpo onde você está mais ciente de suas emoções, onde você está mais ciente de sua criança vulnerável. O que esse lado seu precisa? Precisa sentir conexão e aceitação? Precisa se sentir mais autônomo, mais forte, mais confiante? Precisa de ajuda para encontrar um equilíbrio? Precisa de ajuda para encontrar limites adequados?
3. Não se apresse e ouça abertamente o que seu filho vulnerável está dizendo a você. Quando perceber que está se afastando (talvez porque preveja algumas emoções difíceis surgindo para você), traga-se gentilmente de volta ao seu filho vulnerável. Quando você perceber que está começando a se julgar a si mesmo ou a este exercício, mande embora essa parte crítica e punitiva, pois isso não o ajudará a se tornar mais consciente do que você realmente precisa. Se quiser, pode sempre usar a respiração para se tornar mais consciente do aqui e agora.
4. Permita-se vagar até aquele lugar em seu corpo onde você tem mais consciência da felicidade. Onde você sente a energia flutuando livremente. Onde você está sorrindo. Onde você está com um humor brincalhão. O que seu filho feliz está gostando? O que faz o seu

Criança feliz gosta? Existe alguma coisa que faz com que essa parte de você se sinta feliz, divertida ou cheia de energia? Sinta-se à vontade para tê-lo. Aproveite.

5. Quando estiver pronto, vá para a parte do corpo onde se sente capaz de aceitar, ser gentil e sábio. O que esta parte de você adulto saudável está dizendo? O que você valoriza? O que o ajuda a sentir orgulho de si mesmo? Para se sentir seguro e ligado? Você consegue ouvir o que outras pessoas pensam sobre seus valores? Você está aberto e curioso em ouvir suas opiniões? Deixe que outras pessoas importantes falem com você. O que eles dizem? Como você se sente assim? Sinta-se à vontade para interagir com eles de uma forma sábia, gentil e receptiva. Aprenda com eles o que você pode e deseja aprender.
6. Agora volte para sua respiração novamente, para aquele lugar em seu corpo onde você está mais ciente da respiração aqui e agora, sem ter que mudá-la.
7. Conte até três e abra os olhos lentamente. Reserve algum tempo para vivenciar o que você experimentou sem ter que fazer nada.

Pode ser útil fazer um desenho do que você experimentou. Compartilhe com alguém que você ama e confia.

### Influências externas em nossa autenticidade

Os esquemas e modos estão ativos dentro e entre cada subsistema e, igualmente, têm um impacto na autenticidade. Por exemplo, na terapia do esquema de grupo pode haver um esquema, modo ou estilo de enfrentamento compartilhado que domina a dinâmica do grupo. Assim, por exemplo, quando a maioria dos pacientes em um grupo tem um esquema de isolamento social, é provável que eles se retraiam quando se sentem ameaçados, em vez de compartilhar suas preocupações com o grupo. Quando o modo Pai Exigente é dominante, o grupo tende a se concentrar em soluções e resultados, em vez de "perder tempo" expressando e compartilhando emoções.

Na terapia individual, você pode tentar mandar embora o Pai Exigente, por exemplo, mas se o paciente for para casa com um parceiro exigente, o modo pode muito bem ser preservado. Em certo sentido, é necessário ajudá-los a atender às expectativas do parceiro. Por que isso é tão importante no caso de abertura e autenticidade, você pode se perguntar? Em muitos casos, as pessoas que têm um pai exigente lutam com o conceito de abertura e autenticidade, pois tendem a ver isso, da perspectiva do pai exigente, como um sinal de fraqueza. Nesses casos, você está trabalhando com os modos deles próprios e, indiretamente, com os modos Pais Exigentes do parceiro, explorando as opções em torno da abertura e da autenticidade.

### O caso da terapeuta Quinn: parte 2

Quinn hesitadamente começou a frequentar workshops e supervisão de ST três anos atrás porque alguns colegas mais jovens em seu instituto de saúde mental foram treinados em TS e estavam muito entusiasmados com isso. Com seu jeito jovem e enérgico, eles descreveram o TS como o novo 'padrão ouro' em psicoterapia que poderia ser aplicado em qualquer apresentação. Em particular, eles gostaram do foco no relacionamento terapêutico e zombaram de Quinn sobre sua visão "antiquada" de que o relacionamento terapêutico era principalmente um obstáculo e que a ênfase na técnica era o caminho a seguir. Quinn buscou apoio para seus pontos de vista em seus grupos de supervisão de pares em TCC e EMDR e em alguns de seus gerentes, que foram originalmente treinados como terapeutas de TCC.

### O caso do casal co-terapeuta Yara e Roy: parte 2

Yara fica um pouco nervosa quando percebe que terá a supervisão da Terapia do Esquema junto com Roy. Ela já ouviu histórias sobre o supervisor, que aparentemente é muito experiente, aberto e desafiador. Ela também ouviu que o supervisor dá grande ênfase ao compartilhamento de seu próprio esquema e modo de acionamento na supervisão e com os pacientes. Ela acha que vai ser fácil para Roy, pois ele é sempre tão expressivo. Na primeira sessão de supervisão, eles são solicitados a compartilhar algo sobre seus próprios esquemas e modos e possíveis armadilhas em seu relacionamento terapêutico. Roy imediatamente começa a compartilhar, em um estilo quase blasé, sobre seus esquemas e modos. O supervisor vê como Yara se fecha e se retira. O supervisor para Roy e pergunta a Yara o que está acontecendo. Yara consegue dizer que está um pouco nervosa em compartilhar. Que ela não está acostumada a fazer isso. O supervisor pergunta a Roy se ele sabia disso e diz a Roy que seu estilo blasé pode ter acionado Yara. Roy explica que não estava ciente disso e pensou que estava fazendo um 'bom trabalho' ao modelar, pois achava fácil falar sobre seus esquemas e modos. Seu esquema de fracasso é então ativado e o supervisor o tranquiliza de que é normal que os co-terapeutas se ativem às vezes e que é bom poder falar sobre isso. O supervisor destaca a importância de compartilhar um com o outro e estar presente para o seu co-terapeuta. O supervisor facilita uma conversa entre Yara e Roy sobre como eles podem desencadear um ao outro e o que eles precisam quando isso acontecer. Embora a conversa tenha sido estranha em alguns pontos, tanto Yara quanto Roy parecem aliviados e próximos como resultado.

Pode acontecer que nos esqueçamos de perguntar aos nossos colegas o que precisamos deles. Em alguns locais de trabalho, é até tabu e considerado pouco profissional. Em tais ambientes de trabalho, o esquema de Padrões Implacáveis e o modo Pai Exigente tendem a ser dominantes e ativos na maior parte do tempo. Tendo visto muitos terapeutas para terapia pessoal de Grupo do Esquema, percebi que muitos deles aprenderam a lidar com as emoções no local de trabalho, fingindo que estão em um Adulto Saudável ou

Modo Criança Feliz enquanto, na verdade, estão vivendo com o Pai Exigente (o seu próprio e o do sistema) ao seu lado. Mostrar vulnerabilidade nesses contextos é frequentemente visto como fraqueza, então suas outras reações e emoções são suprimidas.

Para alguns, vindos de contextos onde seus pais tiveram uma doença psiquiátrica ou se foram vítimas de bullying ou reprovaram na escola, às vezes podem sentir uma sensação adicional de vergonha por serem vulneráveis no local de trabalho. Esquemas como isolamento social e defectividade / vergonha são mais propensos a serem ativados em locais de trabalho onde há um forte modo de pais exigentes em jogo, às vezes fazendo com que o terapeuta se retrai ou se distancie, às vezes para compensar, mostrando apenas seu lado competente.

Outros locais de trabalho possuem uma cultura onde a equipe precisa ser como uma família feliz, na qual sentimentos positivos e um certo tipo de vulnerabilidade (geralmente não relacionados à equipe) são compartilhados rotineiramente e há um alto nível de envolvimento emocional. No entanto, por causa da pressão para ser uma 'família feliz', sentimentos mais complexos em relação ao outro, como frustração, competição e desconfiança, são cuidadosamente ignorados. Obviamente, ambos os tipos de ambientes de trabalho podem ser tóxicos e agir como uma barreira para a autenticidade saudável entre colegas e entre pacientes e terapeutas. Encontrar um equilíbrio saudável é uma tarefa difícil que às vezes se beneficia de um facilitador externo, mas parece que isso é algo que raramente fazemos na área de saúde mental.

#### Exercício 4 Autenticidade e abertura em um contexto mais amplo

##### No caso de terapia individual

1. Experimente perguntar ao seu paciente o que outras pessoas em sua vida diriam sobre uma questão ou padrão importante. Qual seria a sua perspectiva? Convide parentes ou amigos, especialmente em tratamentos de longa duração e / ou casos em que haja muitos problemas interpessoais.
2. Use uma cadeira vazia para representar os diferentes elementos do mundo exterior. Pergunte ao paciente o que esta cadeira vazia diria se fosse honesto e genuíno. Incentive o paciente a ser autêntico em sua resposta. Ajude o paciente usando sua própria autenticidade; por exemplo, compartilhando algo contra o qual você lutou, algo que abalou sua vulnerabilidade.

##### No caso de terapia de grupo

1. Esteja ciente dos esquemas dominantes, modos e estilos de enfrentamento entre o grupo e como eles têm um impacto na capacidade do grupo de

seja aberto e autêntico. Incentive o grupo a discutir seus esquemas coletivos e estilos de enfrentamento do grupo. Perguntas úteis podem ser: Se o grupo fosse uma pessoa, qual seria seu esquema ou modo mais dominante? Qual é o estilo de enfrentamento dominante deste grupo?

2. Faça dramatizações (históricas), envolvendo os membros do grupo representando uma pessoa importante na vida de um membro do grupo em particular, para descobrir quais mensagens foram transmitidas sobre ser vulnerável e a capacidade de se abrir em relação aos sentimentos.

No caso do seu ambiente de trabalho

1. Comece testando suavemente com os colegas se há capacidade de compartilhar de maneiras abertas e genuínas.
2. Tente envolver um facilitador externo para apoiar o desenvolvimento relacional de sua equipe.

### Trabalhando em sua autenticidade

Tendo lido até agora, qual é a sua perspectiva sobre a sua autenticidade? Existe alguma coisa que você deseja alterar? Como seria se você fizesse alguns ajustes em seu nível de abertura? Como isso pode mudar seu relacionamento com seus pacientes, colegas ou em sua vida privada?

### O caso da terapeuta Quinn: parte 3a

Quinn foi convidado por seus colegas mais jovens a participar de um grupo de supervisão de pares da Terapia do Esquema. Como parte da supervisão, o grupo praticou expressar algumas de suas necessidades uns aos outros. Isso contrastava fortemente com a abordagem mais técnica a que Quinn estava acostumado; entretanto, neste contexto, ele descobriu que se sentia bem em compartilhar e mostrar algo de seu lado vulnerável, que na verdade era mais reconfortante e útil em algumas situações quando ele recebia suporte emocional em vez de dicas técnicas. Isso permitiu que ele se abrisse mais no trabalho com colegas e pacientes e em sua vida privada.

### O caso do terapeuta Quinn: parte 3b

Quinn conhece um novo cliente, Roger, de 23 anos. Roger cheira a suor ao entrar na sala e sua mão fica pegajosa quando eles se cumprimentam. Quinn se sente enjoado por causa do cheiro, mas tenta não mostrar para Roger. Roger olha para ele hesitadamente e diz: 'Você tem filhos porque me parece um velho solteiro? Eu pergunto porque estou me perguntando se você sabe'

qualquer coisa sobre como é ser jovem hoje em dia e definitivamente não estou procurando por um velho terapeuta que vai me dar conselhos dos anos 1960 e 1970'.

O impulso automático de Quinn é se distanciar e pensar em uma técnica que ele possa usar para ajudar 'o menino' a entender que esse tipo de narcisismo não o ajudará na vida. Sentindo essa necessidade, ele se lembra de algo de sua última supervisão de pares na Terapia do Esquema: a importância de compartilhar. Quinn leva um momento para se conscientizar do que está sentindo, dos esquemas e modos vivificados nele. Ele então diz a Roger: 'Roger, noto que me sinto ofendido e estou tentando descobrir o porquê. Acho que é porque parecia que você estava me desvalorizando ao dizer as coisas que acabou de dizer. Gostaria que nos conhecêssemos melhor, em vez de sermos críticos. Não gosto de começar assim. Podemos, por favor, começar de novo?'

Roger fica surpreso. Ele não está acostumado com as pessoas sendo tão abertas e diretas e ele pode ver que Quinn é sincero no que diz.

### O caso do casal co-terapeuta Yara e Roy: parte 3

Na supervisão, Yara praticava ser mais aberta e mostrar lados diferentes de si mesma. Ela aprendeu a falar com a criança vulnerável em Roy e revelar algo de sua criança vulnerável para ele. Roy aprendeu a ouvir mais profundamente a experiência de Yara e não se escondeu mais atrás de seu Auto-engrandecimento. Eles descobriram como era útil compartilhar um com o outro o que precisavam e como, como 'pais', formavam um casal saudável para os membros do grupo. Por estar certo em compartilhar algumas vulnerabilidades e diferenças de opinião como um 'casal' no grupo, Yara e Roy tornaram mais fácil e seguro para os membros do grupo serem mais autênticos, mesmo em torno de tópicos delicados que haviam sido evitados anteriormente.

Lendo esses casos, o que você precisaria de um colega para ajudá-lo a enfrentar e trabalhar com suas reações emocionais com esses pacientes?

#### Exercício 5 Um futuro, mais autêntico você

1. Peça feedback aos pacientes, colegas e amigos sobre sua autenticidade e veja o que você acha disso. Existe alguma coisa que você deseja alterar?
2. Se você quiser fazer uma mudança, faça um plano com metas. O que você notaria se mudasse dessa forma? Decida como e quando você avaliaria as mudanças. Seja o mais específico possível. Compartilhe seu plano com alguém próximo a você.
3. Faça um desenho do seu futuro eu autêntico ou faça um exercício de imaginação em que você faz contato com o seu futuro eu autêntico, imagine como é esse lado e como se sente.

4. Coloque um espelho grande em uma cadeira e posicione-o de frente para você. Imagine que você está enfrentando e falando com um futuro, mais autêntico você sobre suas esperanças e medos. O que você precisa deste lado de você para iniciar o processo de mudança?

## Os limites de divulgação e autenticidade

Um erro comum pode estar no momento em que compartilhamos nossos pensamentos e sentimentos com nossos pacientes. Às vezes, nosso Pai Exigente nos impele a agir precipitadamente, exigindo soluções ou querendo ser o 'bom terapeuta' que pode reparar compartilhando material pessoal. Ou, em nosso modo Detached Protector, perdemos pistas vitais sobre as necessidades de nosso paciente naquele momento. É sempre bom verificar conosco mesmos o que estamos compartilhando, por que e como planejamos transmitir a mensagem. Nossas próprias necessidades (por exemplo, nossa necessidade de uma conexão emocional com o paciente) e esquemas estão sendo ativados? Nesse caso, devemos fazer uma pausa e talvez abordar essa necessidade em nós mesmos antes de pensar em compartilhar, que é outra forma de ser genuíno.

Também precisamos entender que cometer erros está certo, desde que estejamos preparados para reconhecer isso ao nosso paciente de maneira adequada. Não dizer nada quando uma ruptura ou sentimento forte está presente em seu relacionamento é muitas vezes a pior coisa a fazer, pois o paciente fica com a sensação de que algo é profundamente irreal ou ausente em sua conexão terapêutica. Um exemplo do meu próprio trabalho: uma paciente me envia um longo e-mail pessoal sobre algumas coisas que ela não ousou dizer na sessão porque se sentia muito envergonhada. Foi no final do meu dia de trabalho e eu respondi brevemente, fazendo algumas perguntas a ela, mas não mencionando por que estava respondendo brevemente ou, mais importante, reconhecendo explicitamente a profundidade de suas emoções. Essencialmente, houve uma ausência crítica de mim enquanto meu paciente estava angustiado. O paciente me mandou um e-mail de volta, furioso, dizendo que se eu não tivesse tempo ou estivesse cansado demais para responder direito, não deveria ter me dado ao trabalho de mandar um e-mail. Embora sua resposta tenha sido em parte motivada pelo esquema, ela também foi preciso no papel que desempenhei em sua aflição. Quando reconheci meu papel em sua angústia, ela se suavizou e tivemos uma bela conversa sobre como cuidar do lado de nossa Criança Vulnerável. Isso aprofundou nosso relacionamento terapêutico.

Compartilhar nossos sentimentos pode certamente abalar as coisas e provavelmente desencadear esquemas; entretanto, geralmente permite algo que o paciente raramente pode ter experimentado antes: uma partilha sincera, aberta, de sentimentos, totalmente a serviço de seu relacionamento e uma conexão autêntica, porque eles são importantes para você. Sem surpresa, isso muitas vezes desbloqueia padrões paralisados em outros relacionamentos também, à medida que aumentam sua capacidade de absorver feedback,

sem se desvendar ou se perder. Nesse processo, muitas vezes o terapeuta cresce e aprende tanto com seu paciente quanto o contrário.

#### O caso da terapeuta Quinn: parte 4

A paciente de Quinn, Sara, diz a ele que está sentindo falta de seu pai, que morreu há quatro anos. Quinn sente por ela e compartilha um pouco sobre a perda de sua própria mãe, que morreu no ano passado, mencionando que sabe como isso pode ser doloroso. Ao fazê-lo, ele vê que Sara parece inquieta e percebe que talvez não seja isso que ela estava procurando. Ele expressa seus pensamentos em voz alta e Sara, sentindo-se um pouco envergonhada, admite que ela só precisava que ele ouvisse e estivesse lá para ela.

#### O caso do casal co-terapeuta Yara e Roy: parte 4

No final de uma sessão de grupo de Terapia do Esquema, Yara e Roy mencionam ao grupo que não acharam o grupo 'ativo' hoje e sentiram que o grupo estava evitando abordar várias irritações entre si. Um membro do grupo os ataca, dizendo que não entende por que eles estão dizendo isso agora, bem no final da sessão. Ela sente que os terapeutas estão jogando uma bomba no grupo e depois indo embora. Embora Yara e Roy tenham uma tendência geral de supercompensar, nesta ocasião eles reconhecem o mau momento de suas reflexões, mas não ultrapassam, terminando o grupo a tempo. Eles pedem desculpas ao grupo com sentimento real e juram voltar ao seu erro e ao que aconteceu na próxima vez. Eles reconhecem que é difícil deixar isso aí, mas também que é importante seguir um limite de tempo.

O que Quinn fez certo? O que Yara e Roy fizeram certo? O que você aprende com isso?

No caso de Quinn, Sara pode responder não se abrindo mais com Quinn para protegê-lo, já que ele também perdeu um dos pais (desencadeando seu esquema de auto-sacrifício). Ou ela pode ficar com raiva dele por não estar emocionalmente sintonizada com suas necessidades (desencadeamento de privação emocional e / ou padrões implacáveis). Se Quinn não tratasse disso como o fez, era provável que houvesse uma ruptura. Agora ele tem a chance de explorar com sua paciente o que ela precisa e sente em relação a ele (por exemplo, a necessidade de uma figura paterna).

Yara e Roy fizeram bem em não compensar prolongando o tempo da sessão em grupo e, ao fazê-lo, aderindo a uma regra-chave de terapia de grupo que cria estrutura, previsibilidade e, portanto, segurança. Além disso, ao reconhecer seu erro e assumir o compromisso de retornar aos problemas na próxima sessão, eles deram o exemplo de que os erros são administráveis (contanto que você assuma a responsabilidade por eles) e também que o grupo é forte o suficiente para que o reparo ocorra gradualmente, em vez de precisar de uma correção imediata. É um desafio para a maioria dos terapeutas e pacientes não tentar resolver este tipo de

conflito imediatamente. No curto prazo, parece muito mais fácil e seguro prolongar uma sessão de terapia ou oferecer uma sessão individual extra com o membro do grupo que atacou, mas isso corre o risco de transmitir a mensagem de que o conflito precisa ser resolvido imediatamente para sobreviver. A longo prazo, você pode ser um bom modelo quando não cede aos seus estilos de enfrentamento evasivos ou supercompensadores.

**Perguntas a se fazer se você está evitando ser autêntico com um paciente:**

Estou com medo de quê? Qual é o custo de ficar quieto? O que eu preciso para ser mais autêntico?

**Perguntas a se fazer em seus esforços para ser mais autêntico com seus pacientes:**

Por que estou pensando em compartilhar meus pensamentos, sentimentos ou experiências? Como essa oportunidade pode servir ao meu paciente e ao nosso relacionamento? Minhas necessidades, esquemas e modos estão envolvidos? Existe um equilíbrio entre meu Adulto Saudável, Criança Vulnerável e quaisquer outros modos de intervenção que irei fazer?

## Reflexões

Ser autêntico com nossos pacientes e colegas nem sempre é o caminho mais fácil. No entanto, quando bem considerada e oportuna, acredito que uma resposta autêntica pode fornecer um caminho para uma conexão profunda e genuína com as pessoas de quem gostamos. Autenticidade raramente é algo que aprendemos explicitamente em nosso treinamento principal. Em vez disso, os programas tendem a se concentrar na patologia e na técnica do paciente em detrimento dos processos relacionais, como se a autenticidade fosse um encontro natural e relativamente fácil, uma vez que você comprehende seu paciente e tem o 'kit de ferramentas' certo para tratá-lo. E, no entanto, quando a terapia não está indo tão bem ou há algo que seu paciente precisa, mas não pode expressar, muitas vezes os terapeutas recorrem ao seu "kit de ferramentas" em vez do que já existe entre eles e seu paciente, aquela vozinha que pode oferecer algo real e genuíno. Esperamos que este capítulo o tenha estimulado a refletire agir de acordo com o conceito de si mesmo como um autêntico terapeuta.

### Dicas de terapeuta

1. Invista tempo para tomar consciência de seus próprios esquemas, modos, necessidades e valores pessoais. Quem você deseja que seja no relacionamento com seus pacientes, colegas, familiares e amigos?
2. Peça feedback sobre a autenticidade de seus pacientes, colegas, familiares e amigos.

3. Use supervisão ou terapia pessoal para trabalhar em sua própria autenticidade.

## Referências

- Dicionário Cambridge. (2017). <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/authenticidade>
- Keating, A., Sougleris, C., van Vreeswijk, MF, Hayes, C., Dorrian, J. & Simpson, S. (2017). Esgotamento profissional, esquemas desadaptativos precoces e saúde física em estagiários de psicologia clínica e de aconselhamento. *Journal of Clinical Psychology*, 73 (12), 1782–1796. Lockwood, G. & Perris, P. Um novo olhar sobre as necessidades emocionais centrais. Em MF van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy. Teoria, Pesquisa e Prática*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp. 42-66. Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, MF, Hayes, C. & Reid, C. (2018). Burnout entre psicólogos clínicos e de aconselhamento: o papel dos esquemas desadaptativos iniciais e dos modos de enfrentamento como fatores de vulnerabilidade. *Psicologia Clínica e Psicoterapia*. doi: 10.1002 / cpp.2328
- Wikipedia (2017). <https://en.wikipedia.org/wiki/Authenticity>

# 16 Ativação do esquema do terapeuta e

cuidados pessoais

Christina Vallianatou e Tijana Mirović

Como terapeutas, nosso objetivo é cuidar dos outros. Na melhor das hipóteses, somos empáticos e hábeis em maneiras que ajudam nossos pacientes a processar experiências de vida difíceis, às vezes traumáticas. Nosso objetivo é entrar em sintonia com suas necessidades não atendidas e oferecer uma postura reparadora. Podemos nos sentir culpados quando damos "muito pouco" e exaustos quando damos "muito". Muitos de nós temos um temperamento sensível, uma história pessoal de cuidar dos outros, crescemos como filhos 'parentificados' ou em uma família que não priorizou nossas necessidades. Alguns de nós podem ter sofrido privações emocionais ou traumatizados, carregando consigo a própria dor. Como adultos, às vezes lutamos para atender às nossas próprias necessidades, ao mesmo tempo em que estamos emocionalmente sintonizados com as necessidades dos outros. No relacionamento da terapia, nossos esquemas podem ser acionados pelo paciente e a "química do esquema" resultante pode agravar os padrões disfuncionais de ambos.

Estudos mostram que o burnout entre psicoterapeutas é alto e tem diferentes contribuintes, como sobrecarga de trabalho, descontrole, recompensa insuficiente e problemas no ambiente organizacional (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Poucos estudos exploraram o papel de fatores pessoais (como esquemas) nos níveis de estresse e burnout. Faz sentido que não cuidar adequadamente de nós mesmos, de nossas necessidades não satisfeitas ou de traumas passados pode aumentar nossos níveis de exaustão emocional e, potencialmente, desencadear modos de enfrentamento inúteis. Nessas situações, é provável que nossos esquemas se intensifiquem e nosso pequeno eu ferido não tenha chance de se curar. Torna-se claro que equilibrar o cuidado do outro e o autocuidado é muito importante.

Quando as circunstâncias de nossa vida são complicadas, nossa capacidade de autocuidado e cura de esquemas costuma ficar comprometida. Como terapeutas do esquema, não estamos separados do ambiente social mais amplo e das forças sociopolíticas que atuam nele. Na verdade, estamos tipicamente expostos a circunstâncias socioculturais e eventos nacionais semelhantes ou iguais aos de nossos pacientes, que podemos trazer sem saber para o relacionamento terapêutico. A forma como fatores culturais, históricos ou políticos podem contribuir para o desenvolvimento de nossa

esquemas, nossa capacidade de atender às necessidades emocionais essenciais e nosso autocuidado, não são compreendidos de forma adequada e, muitas vezes, são apenas levados em consideração.

Este capítulo explora o papel de nossos esquemas no relacionamento terapêutico e como eles afetam nosso autocuidado. Também nos aprofundaremos em alguns padrões de esquema específicos de cada cultura e como eles podem atuar no processo de terapia. Baseando-se principalmente em nossas experiências como treinadores e supervisores, oferecemos recomendações específicas que promovem o autocuidado criativo e compassivo. Nossa interesse neste tópico surgiu ao viver e trabalhar em países que passaram por sérios problemas econômicos, grandes mudanças políticas e traumas sociais.

### Esquema do terapeuta e ativação do modo

Os resultados da pesquisa indicam que uma proporção significativa de profissionais de saúde mental relata circunstâncias adversas na infância (por exemplo, Simpson et al., 2018). Os profissionais que sofreram traumas ou negligência ao crescer podem ter maior capacidade de empatia, mas também podem ter maior risco de desenvolver crenças desadaptativas, mecanismos de enfrentamento e sofrimento psicológico associado (Simpson et al., 2018). Estudos indicam que três dos esquemas mais comuns entre profissionais de saúde mental são Autossacrifício (SS), Privação Emocional (DE) e Padrões Implacáveis (EUA) (por exemplo, Haarhoff, 2006; Saddichha, Kumar & Pradhan, 2012). Reconhecer e abordar esses e outros esquemas desadaptativos é essencial, uma vez que podem enviesar o raciocínio clínico e afetar negativamente a relação terapêutica (Saddichha, Kumar & Pradhan, 2012).

### Auto-sacrifício e privação emocional

O esquema de auto-sacrifício é um dos esquemas mais comuns entre os terapeutas (Haarhoff, 2006; Saddichha, Kumar & Pradhan, 2012). Os terapeutas com esse esquema são extremamente sensíveis às reações de seus pacientes a eles e podem temer o abandono ou sentir culpa por não terem feito o suficiente para ajudar. Se um terapeuta se rende a um esquema SS, ele / ela pode se envolver em uma série de comportamentos autodestrutivos, indo "ao mar" para atender às necessidades dos pacientes, enquanto ignora os sinais de fadiga e exaustão. Nossa esquema SS pode ser desencadeado especialmente em face de pacientes exigentes (como aqueles com transtorno de personalidade limítrofe (TPB) ou transtorno de personalidade narcisista (TPN)) que pressionam por mais tempo ou mais envolvimento. Ao mesmo tempo, um terapeuta com um esquema SS pode lutar para agir de forma assertiva e estabelecer limites apropriados, resultando em prolongamento excessivo do horário de terapia, redução de honorários, tolerância a consultas perdidas, etc. (Haarhoff, 2006). Além disso, quando a SS está presente, o terapeuta pode sentir um impulso para evitar técnicas (como imagens, confronto empático ou estabelecimento de limites) que eles antecipam que podem perturbar o paciente ou causar conflito. Um de nossos trainees disse assim:

Tenho dificuldade em praticar essas novas técnicas de esquema em pacientes. Sinto como se os estivesse usando para meu próprio treinamento e para meu próprio bem. Como se eu os pressionasse a sentir dor apenas para que eu pudesse praticar.

O auto-sacrifício está frequentemente relacionado com a DE, pois o terapeuta pode ter aprendido a atender às necessidades dos outros a fim de manter uma conexão emocional. Esses esquemas (especialmente se combinados) levam os terapeutas a dar muito, enquanto negligenciam suas próprias necessidades. Isso pode chegar a esquecer, ou não ter tempo para comer e dormir adequadamente, ou trabalhar demais, sem tempo para socialização ou diversão. Estando "acostumados" com a disfunção erétil, os terapeutas geralmente não percebem que suas necessidades não estão sendo atendidas ou sentem uma enorme culpa se estiverem. Embora, em um nível racional, a maioria dos trainees reconheça a importância do autocuidado, eles podem estar pensando: 'Vou descansar / comer / socializar assim que terminar com meus pacientes / projetos, etc.' Porém, assim que isso é feito, eles aceitam novos pacientes e novos projetos.

Lidar com os esquemas SS e ED requer atenção ao nosso pequeno eu. Nossa moda saudável mantém em mente nossa tendência de auto-sacrifício ou privação emocional de nós mesmos e, gradualmente, aprende a priorizar nossos desejos e a cuidar de nossa necessidade não atendida de conexão. É essencial lembrar que nosso pequenino é importante e ser proativo no que diz respeito ao tempo que cuida de si mesmo. Podemos debater maneiras úteis de acalmar nosso pequeno eu, como criar uma lista de reprodução de autocuidado ou manter uma imagem de nosso lugar seguro à mão. Podemos praticar regularmente um exercício calmante de imagens mentais, no qual oferecemos à nossa pequenina conexão, nossa auto-escuta compassiva e saudável e em sintonia com suas necessidades e sentimentos. Em outros exercícios de imaginação ativa de autocuidado, nosso pequeno eu pode se sentir tranquilo em uma cena com animais ou pessoas seguras. Podemos falar com nosso pequeno eu, pergunte o que ele precisa e faça disso uma prioridade. Também é importante que adaptemosativamente nossa vida pessoal para que relacionamentos e experiências pessoais significativas aumentem os sentimentos positivos e proporcionem a cura do esquema. Em nossos grupos de supervisão, exploramosativamente maneiras de cuidar de nosso pequeno eu. Também encorajamos nossos trainees a pensar sobre suas necessidades e comunicá-las ao grupo. Com a ajuda do grupo, muitos trainees com SS e ED são capazes de experimentar uma profunda sensação de alívio e um levantamento da vergonha ao expressar e priorizar suas necessidades, fornecendo um antídoto direto para mensagens de esquema anteriores. exploramosativamente maneiras de cuidar de nosso pequeno eu. Também encorajamos nossos trainees a pensar sobre suas necessidades e comunicá-las ao grupo. Com a ajuda do grupo, muitos trainees com SS e ED são capazes de experimentar uma profunda sensação de alívio e um levantamento da vergonha ao expressar e priorizar suas necessidades, fornecendo um antídoto direto para mensagens de esquema anteriores. exploramosativamente maneiras de cuidar de nosso pequeno eu. Também encorajamos nossos trainees a pensar sobre suas necessidades e comunicá-las ao grupo. Com a ajuda do grupo, muitos trainees com SS e ED são capazes de experimentar uma profunda sensação de alívio e um levantamento da vergonha ao expressar e priorizar suas necessidades, fornecendo um antídoto direto para mensagens de esquema anteriores.

### **Padrões implacáveis**

Padrões implacáveis é outro esquema muito comum em terapeutas e também foi associado ao esgotamento (Simpson et al., 2018). A US dos terapeutas costuma ser acionada quando seus pacientes não progridem "rápido o suficiente" ou se o paciente critica sua abordagem. Na supervisão, um terapeuta com US pode se sentir relutante em experimentar coisas novas, fornecer sessões gravadas, usar experiências

técnicas ou se envolver em dramatizações, temendo que o supervisor pense menos dele, se seu fracasso em cumprir um alto padrão for exposto.

Como no caso da SS, quando nos rendemos ao esquema dos Estados Unidos, podemos nos esforçar demais, negligenciando seriamente nossas necessidades de descanso, espontaneidade e diversão. Aqui, entretanto, há um impulso para a perfeição ou um padrão irrealista alto, em vez de necessariamente ser excessivamente sensível aos sentimentos do paciente. Podemos trabalhar muitas horas, ver muitos pacientes ou deixar de fazer pausas. Além disso, podemos usar os fins de semana para fazer treinamentos ou estudos adicionais porque 'não sabemos o suficiente e há muito mais para aprender'. Render-se ao esquema dos EUA é como render-se ao modo exigente / crítico interno. Este modo pode privar o terapeuta da satisfação no trabalho, levar à frustração desnecessária com o progresso ou duração da terapia e minar a confiança do terapeuta (Perris, Fretwell & Shaw, 2012). Um de nossos trainees explicou assim:

Costumo ter um grande número de pacientes durante o dia ... Trabalho sem descanso e sem opções para relaxar. Eu sei que meu corpo e minha mente sofrem, mas eu ainda sofro. Eu mesmo causei isso porque não reduzo o número de horas que trabalho e também não recuso novos pacientes. Se eu fizesse, eu me sentiria culpado... então me sinto culpado por não ser capaz de dar aos meus pacientes o meu máximo ... por não conseguir se preparar melhor para as sessões.

Precisamos tanto de nosso modo de saúde compassivo quanto de nosso filho feliz para equilibrar e neutralizar nossos EUA, que muitas vezes é ouvido como uma forma de um modo crítico exigente. Nessa situação, precisamos ser capazes de aceitar erros e contratempos, praticar a autocompaixão e incorporar mais equilíbrio e atividades divertidas em nossas vidas. Embora possa não ser fácil escapar no momento de nosso modo exigente / crítico, a fim de nos concentrarmos em nossas necessidades não satisfeitas, os desejos mais amplos de nosso pequeno eu e nossas metas de vida podem nos manter no caminho certo com um plano de autocuidado nutritivo . Lutar contra nossos Estados Unidos e nosso crítico interno não é fácil e podemos ter dificuldade em fazer isso sozinhos. Portanto, pode ser necessário abordar isso por meio de compartilhamento de pares, supervisão ou terapia pessoal. É especialmente poderoso quando um supervisor compartilha os erros e erros de avaliação que cometeu.

#### Química do esquema terapeuta-paciente

Os esquemas de terapeutas e pacientes trabalham em interação, em um ciclo que se autopropaga (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Um exemplo comum é quando o esquema SS de um terapeuta entra em contato com o esquema de Direitos ou Dependência de um paciente. Aqui, o paciente pode esperar mais, ao lado de um terapeuta que se sente compelido a acomodar isso, mesmo que seja em

enorme custo pessoal. O terapeuta negligencia suas próprias necessidades, é incapaz de estabelecer limites (ou exigir independência) e, consequentemente, falha em reparar as necessidades essenciais não satisfeitas do paciente. Outro exemplo comum é quando um paciente desvinculado / evasivo aciona nosso esquema de US. O paciente pode não estar apresentando o progresso desejado e, assim, o terapeuta começa a sentir que está tendo um desempenho insatisfatório e desperdiçando tempo e dinheiro do paciente. Para lidar com isso, o terapeuta pode encaminhar o paciente, potencialmente desencadeando os esquemas de Deficiência, Privação Emocional ou Abandono do paciente, promovendo a ideia pré-existente de que eles são uma pessoa "difícil" que ninguém (nem mesmo um terapeuta) pode aceitar e cuidar. Em situações como essa, a supervisão pode facilitar uma melhor compreensão da química do esquema e fornecer um espaço de cura. Em nossos grupos de supervisão, usamos exercícios experenciais, como reescrever imagens, trabalho na cadeira e diálogos modais, que enfocam o crítico interno. Como tal, o grupo fornece um antídoto reparador para o Crítico e o terapeuta é encorajado a praticar o uso de seu modo de saúde compassivo em face de gatilhos prototípicos.

Problemas adicionais ocorrem quando os terapeutas mudam para um de seus modos de enfrentamento, como o Protetor Destacado, quando seu paciente está sobrecarregado ou quando sua própria Criança Vulnerável é acionada. Exemplos típicos de distanciamento dos terapeutas incluem intelectualização e minimização, uso excessivo de técnicas cognitivas, falha em fornecer conforto e reparação, encaminhamento de pacientes para outro terapeuta, evitação de técnicas novas / experenciais / de confronto, etc. uma falta de sintonia ou conexão emocional, de forma que seus esquemas "levem isso para o lado pessoal". Por exemplo, um paciente com um esquema de defeito pode interpretar o distanciamento de seu terapeuta como o resultado de ele não ser "um bom paciente, interessante ou amável o suficiente", etc. Dependendo de seu estilo de enfrentamento nesta situação,

Às vezes, um terapeuta compensa seus esquemas de Defeito ou Fracasso quando o paciente não está progredindo, reagindo com raiva e impaciência (empurrando os pacientes para a mudança prematuramente), tornando-se muito confrontador ou culpando o paciente ('Você não quer obter Melhor'). Isso também pode retrauamar o paciente, minando sua fé na terapia e em si mesmo. A pesquisa (Haarhoff, 2006) sugere que cerca de três quartos dos terapeutas tinham o que denominaram um esquema de "pessoa superior especial" em algum grau. Quando esse esquema é ativado, a situação terapêutica torna-se uma oportunidade para atingir a excelência e o terapeuta pode ter expectativas grandiosas para seu próprio desempenho. Se a terapia estiver indo bem, pode haver uma tendência a idealizar o paciente ou, inversamente,

Como terapeutas, precisamos explorar em supervisão quando e por que caímos no desapego ou na sobrecompensação. Discutir nossos momentos de 'terapeuta especial' pode parecer estranho, mas podemos gentilmente nos lembrar que isso

tipo de sobrecompensação não é incomum e é compreensível no contexto dos altos níveis de incerteza e responsabilidade inerentes ao nosso papel. Além disso, podemos ter vindo de famílias em que ter sucesso ou ser o melhor era muito importante. Às vezes, podemos não perceber nossa sobrecompensação e precisar do apoio de nosso supervisor para desfazê-la. Muitos terapeutas com forte sobrecompensação podem se sentir sob pressão e solitários, sem necessariamente saber por que, e uma boa supervisão (e terapia pessoal) pode fornecer uma oportunidade de se conectar com ser "bom o suficiente" (sem necessariamente ser excepcional), de admitir erros e aceitar ajuda. Pode ser útil trabalhar com o manual de auto-reflexão para terapeutas do esquema (Farrell & Shaw, 2018) ou escrever sua própria conceituação de caso.

A terapia do esquema potencialmente envolve um risco maior de burnout devido ao nível de empatia necessário e à alta prevalência de trauma em nossos pacientes (Perris, Fretwell & Shaw, 2012). Além disso, alguns terapeutas do esquema trabalham em sociedades onde há alta incidência de traumas na população em geral por guerra, pobreza e outros eventos adversos. Portanto, precisamos estar atentos aos estressores culturais e sociais e seu impacto sobre os terapeutas e seus pacientes. Abordaremos essas questões a seguir.

### Esquemas, cultura e sociedade do terapeuta

Uma das formas mais óbvias pelas quais a sociedade afeta a todos nós é por meio do sistema de valores e das normas que são transmitidas por meio de nossa educação. A sociedade, em suas várias formas, transmite toda uma série de normas culturais aos nossos cuidadores e professores, que posteriormente as transmitem a nós e continuamos a transmiti-las aos nossos filhos. Embora muitos de nós nos esforcemos para estar cientes, resistir e até nos rebelar contra certas normas culturais, elas têm um impacto muitas vezes inconsciente em nossos esquemas e respostas de enfrentamento. Assim, por exemplo, as mulheres ocidentais frequentemente desafiam fortemente a pressão da mídia para serem classicamente bonitas, enquanto, ao mesmo tempo, investem muito tempo e energia na tentativa de cumprir essa norma cultural em particular. Alguns esquemas (por exemplo, Enredamento, Inibição Emocional,

A relação entre fatores socioculturais ou políticos, tensões pessoais, reparações e autocuidado costuma ser complicada. Tomemos o exemplo de um terapeuta e de um paciente que têm um esquema de enredamento e foram criados em uma cultura que incentiva o enredamento e desencoraja a autonomia entre os membros da família. Por meio da supervisão, o terapeuta percebe que mantém crenças arraigadas sobre o papel da família, que são muito comuns em sua formação e na cultura do paciente. Isso afeta sua capacidade de satisfazer sua própria necessidade de autonomia e reparar a necessidade emocional de seu paciente. Trabalhando em sociedades coletivistas, como Grécia e Sérvia,

frequentemente vemos como o enredamento impede que os filhos adultos se diferenciem e se separem de seus pais. A culpa por colocar alguma distância entre os filhos adultos e seus pais (que induzem a culpa) continua sendo um dos tópicos predominantes em nosso trabalho.

Fica ainda mais complicado quando um paciente quer se distanciar ou se separar de uma família abusiva. Toda a sociedade envia a mensagem de que é errado porque 'ninguém te ama mais ou quer coisas melhores para você do que sua família'. Tendo sido educados com essas mensagens também, os terapeutas muitas vezes se veem presos entre a necessidade de apoiar a autonomia do paciente e uma espécie de culpa social pelo fato de o paciente se separar de sua família. Freqüentemente, os terapeutas lutam contra a culpa ou ambivalência enquanto confrontam a figura parental em exercícios experenciais, ou correm para diminuir a raiva que os pacientes expressam em relação aos pais. Muitos dos nossos estagiários trouxeram essas questões para supervisão, expressando o quanto isso os deixava sobrecarregados, confusos e estressados.

A culpa culturalmente induzida também pode desencorajar os terapeutas de se envolverem no autocuidado. Em um grupo de supervisão baseado em uma sociedade que valoriza muito mais as necessidades coletivas do que as individuais, mais da metade do grupo expressou culpa quanto ao autocuidado. Eles nos disseram: 'Eu me sinto culpado quando faço algo para mim mesmo, porque todos nós fomos ensinados a pensar que é egoísta e errado.... Mesmo quando você diz não, você é considerado egoísta e rude'; 'Se você se cuidar, se você se colocar em primeiro lugar, você é fraco, narcisista e deveria ter vergonha de si mesmo... esta é a mensagem que recebemos.'

Nossos supervisionados de outras culturas (ocidentais) falaram sobre se sentir pressionados por um tipo diferente de sistema de valores, com maior ênfase em realizações, aparência e status. Aqui está um comentário típico: 'Sinto uma enorme pressão para ter sucesso no que faço... todo o nosso país é competitivo e "nunca é bom o suficiente".' Em outros casos, o problema pode ser que a cultura dominante supervaloriza a inibição / controle emocional, o desapego e a intelectualização em detrimento da conexão e do apoio emocional, tornando mais difícil para os terapeutas do esquema serem mais abertos e espontâneos em seu trabalho.

Esquemas e modos se desenvolvem não apenas por meio da transferência de valores, mas também por meio de experiências compartilhadas e traumas compartilhados dentro de uma determinada região. No contexto da terapia, o trauma compartilhado é definido como as respostas afetivas, comportamentais, cognitivas, espirituais e multimodais que os médicos experimentam como resultado da dupla exposição ao mesmo trauma coletivo que seus pacientes (Tosone, Nuttman-Shwartz & Stephens, 2012). Pesquisa realizada na ex-Iugoslávia (Hadžeuć & Mirović, 2016), sugere que os esquemas também podem se desenvolver como resultado de condições sociais adversas e traumas sociais, como pobreza, exílio, guerra, exposição à violência e corrupção. Esses tipos de experiências adversas parecem cultivar e fortalecer esquemas de Vulnerabilidade a Danos e Desconfiança / Abuso (*ibid.*).

Esquemas do terapeuta e crise econômica: exemplo de caso 1

Na Grécia, pesquisas sugerem que a crise econômica de 2008 teve graves consequências na saúde mental e geral da população, com aumento significativo nas taxas de suicídio (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Além disso, tem havido uma escalada acentuada de sentimentos de incerteza e desesperança para grandes segmentos da população (*ibid.*). Desemprego, cortes de austeridade, aumento da criminalidade e a convulsão social e política que emergiu freqüentemente afetam a vida do terapeuta e do paciente. A situação influencia o terapeuta e a relação terapêutica de diferentes maneiras (Vallianatou & Koliri, 2013). Os pacientes falam abertamente sobre as consequências da crise econômica em suas vidas e os terapeutas muitas vezes estão passando por experiências muito semelhantes. Um supervisionado falou ao grupo sobre como ela se sentia insegura e ansiosa, como a crise estava reforçando seu esquema de Vulnerabilidade a Dano ("a economia entrará em colapso completamente e nós perderemos tudo") e como ela se viu perdendo o controle e trabalhando no piloto automático. Outros supervisionados concordaram. Um exercício experencial em grupo revelou algumas das origens infantis de sua Vulnerabilidade a Danos: sua mãe era freqüentemente catastrofizante e seu pai não estava em posição de tranquilizá-la ou fazê-la se sentir segura. Pacientes falando sobre a crise econômica freqüentemente acionavam seu pequeno eu vulnerável nas sessões e seu piloto automático parecia a única maneira de lidar com a situação. Seu esquema de auto-sacrifício também foi acionado quando Outros supervisionados concordaram. Um exercício experencial em grupo revelou algumas das origens infantis de sua Vulnerabilidade a Danos: sua mãe era freqüentemente catastrofizante e seu pai não estava em posição de tranquilizá-la ou fazê-la se sentir segura. Pacientes falando sobre a crise econômica freqüentemente acionavam seu pequeno eu vulnerável nas sessões e seu piloto automático parecia a única maneira de lidar com a situação. Seu esquema de auto-sacrifício também foi acionado quando Outros supervisionados concordaram. Um exercício experencial em grupo revelou algumas das origens infantis de sua Vulnerabilidade a Danos: sua mãe era freqüentemente catastrofizante e seu pai não estava em posição de tranquilizá-la ou fazê-la se sentir segura. Pacientes falando sobre a crise econômica freqüentemente acionavam seu pequeno eu vulnerável nas sessões e seu piloto automático parecia a única maneira de lidar com a situação.

pacientes complexos ou pobres precisavam de mais tratamento e ela sabia que não obteriam a ajuda necessária devido aos cortes de austeridade nos cuidados de saúde. Durante esse tempo, nossa supervisão se concentrou em identificar maneiras de cuidar de seu pequeno eu. Embora inicialmente a ideia de autocuidado fosse difícil para ela aceitar (seu esquema de autossacrifício dizendo que os outros estavam em situação muito pior), a terapeuta gradualmente aprendeu a sustentar seu pequeno eu sem precisar se separar e seu Adulto Saudável se tornou mais forte. Em nossa experiência, quando um país passa por uma crise ou trauma coletivo, é muito importante que o supervisor inicie discussões em torno do efeito da crise ou do trauma no terapeuta e na relação terapêutica. Observamos que conversar com outros colegas com experiências semelhantes teve um efeito tranquilizador,

#### Esquemas do terapeuta, guerra e deslocamento: exemplo de caso 2

No período de 1991 a 1999, a Sérvia esteve envolvida em quatro conflitos armados e exposta aos bombardeios da OTAN. O país sofreu dificuldades econômicas extremas (exacerbadas por sanções internacionais e a pior hiperinflação já registrada) combinada com um enorme fluxo de refugiados e pessoas deslocadas internamente (Mirović, 2014). A maioria de nossos terapeutas e estagiários cresceu neste contexto e, uma vez que as dificuldades econômicas e sociais só aumentaram, a maioria dos terapeutas teve pouco tempo para "respirar" ou processar os eventos que ocorrem ao seu redor. Trabalhando como terapeutas na Sérvia, encontramos diariamente pacientes que compartilham as mesmas experiências traumáticas.

Para muitos de nós, tendo aprendido que devemos ser os "fortes" e que as necessidades do paciente estão em primeiro lugar, há uma atração inevitável para nos desligarmos e desviarmos o olhar de nosso filho pequeno traumatizado. Isso foi ainda mais intensificado com um imperativo cultural que é forte na Sérvia, ao longo das linhas de: 'Você tem que ser duro e deixar tudo para trás sem olhar para trás. Qualquer outra coisa é fraqueza!' Então, muitos terapeutas se desligaram, fingindo que isso nunca aconteceu. Quando levantamos essa questão em uma de nossas supervisões de grupo, um estagiário disse: 'Em [todos os] anos de meu treinamento e minha terapia pessoal, falei sobre tudo, exceto o fato de que era um refugiado... muitas pessoas nem sabem disso sobre mim.' Um colega acrescentou: 'É o mesmo comigo, fui convocado e passei meses na linha de frente... nunca falei sobre isso.' I (TM) recentemente abriu sobre flashbacks e memórias traumáticas relacionadas a bombardeios. Nem é preciso dizer que todos nós atendemos pacientes que falam sobre essas experiências diariamente.

Essa tendência de nos forçar a agir de maneira "mais dura" do que somos também foi documentada em psicoterapeutas de outras culturas. Trabalhadores de saúde mental têm uma tendência a minimizar sua própria vulnerabilidade enquanto continuam a se expor a pressões de trabalho excessivas (Simpson et al., 2018). Esta vulnerabilidade é, entre outras coisas, caracterizada pela autoculpa por mostrar sinais de estresse ou vulnerabilidade, esforçando-se para alcançar padrões mais elevados enquanto nega necessidades e emoções pessoais, e

uma relutância em estabelecer limites e pedir apoio devido ao medo de decepcionar os outros (*ibid.*). Claramente, esta não é a melhor forma de autocuidado, especialmente porque existe um alto risco de traumatismo vicário entre aqueles que são altamente empáticos e têm histórias pessoais de trauma (Perris, Fretwell & Shaw, 2012). Então, qual a melhor forma de prevenir isso e o autocuidado? Abordaremos esse problema a seguir.

#### Autocuidado do terapeuta

Vários estudos indicam que não cuidar de nós mesmos de forma adequada, combinado com padrões de enfrentamento inúteis, intensifica a possibilidade de experimentarmos esgotamento, fadiga da compaixão ou trauma vicário (por exemplo, Thomas & Morris, 2017; Simpson et al., 2018). Parece que muitos de nós não praticamos automaticamente o autocuidado quando nos tornamos psicoterapeutas. Em vez disso, isso pode ser algo que temos que aprender e continuar a implementar ativamente ao longo de nossas vidas profissionais. Abaixo, oferecemos recomendações específicas sobre o esquema e ativação de modo e autocuidado.

#### Consciência de esquema

Em primeiro lugar, é necessário desenvolver a consciência de nossos próprios esquemas, modos e padrões não adaptativos. Isso poderia ocorrer de maneira útil durante o treinamento em psicoterapia ou psicologia, bem como durante a terapia pessoal. Em nosso ambiente clínico, começamos construindo nossas próprias conceitualizações de caso. Usando isso como um guia, ensinamos nosso adulto saudável a observar quando nossos esquemas e modos são acionados, especialmente durante as sessões com pacientes. Com a ajuda de nossos treinadores ou supervisores, delineamos estratégias para antecipar e abordar a química do esquema na relação terapêutica. Podemos usar imagens para estabelecer uma compreensão mais profunda de nossos padrões. Como fazemos com nossos pacientes,

#### Criação de um programa de autocuidado

A conscientização por si só não se traduz em um plano de autocuidado. É importante que recuemos e reservemos um tempo para criar um programa de autocuidado que seja adequadamente personalizado para enfocar nossas necessidades não atendidas, que seja estimulante e energizante e não seja experimentado como outra tarefa em nossa lista de afazeres. Ao fazer isso, precisamos estar atentos aos nossos EUA e ao crítico interno e nos engajar em um diálogo moderado, se necessário. Conforme descrito acima, precisamos aprender a aceitar erros e contratempos, praticar a autocompaixão e incorporar atividades mais divertidas em nossas vidas. Precisamos nos concentrar em nossas necessidades não atendidas e manter o controle de nosso plano de autocuidado.

#### Esquemas culturalmente compartilhados

Os esquemas culturalmente definidos podem ser mais difíceis de identificar, pois são mais prováveis de serem amplamente compartilhados pela sociedade de origem e, portanto, normalizados. Nosso eu saudável pode dar um passo para trás e se envolver em conversas sobre as características particulares de nossa cultura e história. Isso aprofundará nossa compreensão de nossa experiência compartilhada e nos permitirá nomear nossos esquemas relacionados à cultura. Recomenda-se também que programas de treinamento e supervisão iniciem e facilitem as discussões sobre este tópico. Em um nível pessoal, explorar nossas necessidades e valores não atendidos significa que nosso eu saudável e compassivo pode tomar decisões conscientes sobre até que ponto estamos em conformidade com as normas culturalmente definidas. Se, por exemplo, Enmeshment é um de nossos esquemas específicos da cultura, pode ser importante para nós decidir o quanto intimamente ligados queremos estar com nossa família imediata, parentes e outras pessoas em nosso grupo comunitário. Se nosso país passou por muitos distúrbios e, portanto, a desconfiança / abuso é um de nossos esquemas específicos da cultura, podemos precisar aprender em quem podemos confiar quando as circunstâncias são difíceis. Se nosso país passou por guerras, problemas financeiros ou outras transições sérias e desenvolvemos um esquema de Vulnerabilidade a Danos, direcionar nossa atenção para estar presente de forma confiável e acalmar nosso pequeno eu (não importa o que esteja acontecendo externamente) pode ser curativo. talvez precisemos aprender em quem podemos confiar quando as circunstâncias forem difíceis. Se nosso país passou por guerras, problemas financeiros ou outras transições sérias e desenvolvemos um esquema de Vulnerabilidade a Danos, direcionar nossa atenção para estar presente de forma confiável e acalmar nosso pequeno eu (não importa o que esteja acontecendo externamente) pode ser curativo.

#### Trauma e cura compartilhados

O autocuidado quando ocorre um trauma compartilhado pode ser um desafio para nós. Sugerimos que o trauma compartilhado pode ser tratado com a cura compartilhada. Grupos de supervisão de pares gerenciados com segurança parecem oferecer uma excelente oportunidade para lidar com traumas compartilhados (Tosone, Nuttman-Shwartz & Stephens, 2012). Nesses grupos, podemos explorar maneiras de gerenciar o estresse pessoal, nossas reações emocionais durante as sessões, as áreas cinzentas da prática profissional e resolver problemas quando necessário. Nosso eu adulto e pequeno provavelmente se sentirá mais seguro e menos solitário. O grupo também pode organizar atividades relaxantes que promovam o bem-estar, como a prática de mindfulness, caminhadas e outras atividades nutritivas. Recomendações usuais de autocuidado, como exercícios, hobbies, terapia pessoal e treinamento adicional,

A literatura sobre autocuidado em psicoterapia enfatiza a importância do equilíbrio entre vida pessoal e profissional (Simpson et al., 2018). Propomos que nosso plano de autocuidado seja guiado por uma postura compassiva de Adulto Saudável. Um Adulto Saudável compassivo, primeiro, busca encontrar o equilíbrio entre sua vida pessoal e profissional. No que diz respeito à vida profissional, frequentar a supervisão, a procura de formação contínua e grupos de apoio pode constituir uma base adequada. Em nossa vida pessoal, é importante buscar a satisfação com a vida, a conexão e encontrar maneiras saudáveis de gerenciar o estresse e a ansiedade. Finalmente, um indivíduo compassivo reconhece seu próprio sofrimento e se compromete a priorizar o bem-estar para si mesmo.

## Resumo

Como terapeutas, tentamos compreender e ajudar nossos pacientes. Muitas vezes, esse é um processo altamente complexo e desafiador e pode haver uma tendência natural de nos concentrarmos no paciente, fugindo de nossas próprias emoções, necessidades e esquemas. Os fatores culturais também influenciam nossas reações, às vezes criando, sem saber, uma tensão entre as normas sociais e as necessidades do indivíduo. Freqüentemente, entramos em um ciclo modal com nossos pacientes, em que seus modos de enfrentamento ativam nossos esquemas e há o risco de perpetuação do esquema tanto para o paciente quanto para o terapeuta. Outra camada é adicionada quando os terapeutas estão trabalhando com traumas sociais ou nacionais comuns, como conflito armado e / ou crise econômica. Aqui, o terapeuta pode lutar para encontrar o espaço e os recursos para cuidar de seu próprio pequeno eu traumatizado. Em geral, como um grupo, os terapeutas tendem a subestimar sua própria vulnerabilidade e necessidade de autocuidado (Simpson et al., 2018). Argumentamos que é uma tarefa profissional central explorar como nossos esquemas são ativados com nossos pacientes, como somos afetados por normas culturais e por traumas que podemos ter em comum com nossos pacientes. Como parte integrante desse processo, há uma necessidade de nos conectarmos com nossos pequenos eus e criar maneiras de cuidar de nós mesmos que nos permitam, assim como aos nossos pacientes, curar e prosperar da melhor maneira possível.

### Dicas de terapeuta

1. Esteja atento, curioso e compassivo com seus esquemas e modos.
2. Auto-sacrifício, privação emocional e padrões implacáveis são particularmente comuns em terapeutas. Se você tem um desses esquemas, é muito importante cuidar de suas necessidades de conexão, bondade própria e limites realistas.
3. Desenvolva sua prática reflexiva. Explore seus valores / crenças culturais e o papel que eles podem desempenhar em seus esquemas e modos e em seu trabalho.
4. Formule um plano de autocuidado que se ajuste às suas necessidades e circunstâncias de vida.
5. Procure oportunidades para a cura do esquema compartilhado: encontre colegas ou grupos para falar sobre suas experiências / traumas compartilhados. Outros terapeutas do esquema podem se beneficiar de sua abertura e sabedoria.
6. Cuide do seu pequeno eu! Lembre-se de participar de atividades de Criança Feliz para ajudá-lo a relaxar, rir e se sentir bem.

## Referências

- Farrell, JM & Shaw, IA (2018). Experimentando a terapia do esquema de dentro para fora: A Self-Practice / Self-Reflection Workbook for Therapists. Nova York: Guilford Press.
- Haarhoff, BA (2006). A importância de identificar e compreender o terapeuta esquema de treinamento e supervisão em terapia cognitiva. New Zealand Journal of Psychology, 35 (3), 126-131.

- Tinhažeuć, A. e Mirović, T. (2016). Afektivna vezanost, Rane maladaptivne sheme i stresna iskustva. Banja Luka: Filozofski fakultet.
- Mirović, T. (2014). Crescendo em meio à turbulência política e econômica: os efeitos na idade adulta. Em MT Garrett (Ed.) Juventude e Adversidade - Psicologia e Influências da Resiliência e Enfrentamento da Criança e do Adolescente (pp. 117-132). Nova York: Nova Biomedical, Nova Science.
- Perris, P., Fretwell, H. & Shaw, I. (2012). Autocuidado do terapeuta no contexto de reparenting. Em M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.) The Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy (pp. 473-492). Chichester: John Wiley & Sons.
- Saddichha, S., Kumar, A. & Pradhan, N. (2012). Esquemas cognitivos entre mentais Profissionais de saúde: Adaptativos ou desadaptativos? *Journal of Research in Medical Sciences*, 17 (6), 523-526.
- Simou, E. & Koutsogeorgou, E. (2014). Efeitos da crise econômica na saúde e cuidados de saúde na Grécia na literatura de 2009 a 2013: uma revisão sistemática. *Polícia da saúde*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>
- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M., Hayes, C., Sougleris, C. & Reid, C. (2018). Burnout entre psicólogos clínicos e de aconselhamento: o papel dos esquemas desadaptativos iniciais e dos modos de enfrentamento como fatores de vulnerabilidade. *Psicologia Clínica e Psicoterapia*. 10.1002 / ccpp.2328
- Skovholt, TM e Trotter-Mathison, M. (2016). O praticante resiliente. *Burnout e Prevenção da fadiga por compaixão e estratégias de autocuidado para as profissões que ajudam*. Londres: Routledge.
- Thomas, DA & Morris, MH (2017). Autocuidado do conselheiro criativo. *Ideias e pesquisa sobre você Pode usar: VISTAS Online*. <https://pdfs.semanticscholar.org/ca07/bc9628a8d1f26cb5fe02f6934c0bcf8b1608.pdf>
- Tosone, C., Nuttman-Shwartz, O. & Stephens, T. (2012). Trauma compartilhado: quando o profissional é pessoal. *Revista Clínica de Trabalho Social*, 40, 231-239.
- Vallianatou, C. & Koliri, ME (2013). A crise econômica e suas implicações na identidades de mesma cultura e a relação terapêutica. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 15 (4), 346-360. <http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2013.85524>
- Young, JE, Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). *Terapia do esquema: um praticante Guia*. Nova York: Guilford Press.



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

## Parte V

Desenvolvendo o que é saudável  
Adulto e terminações na  
terapia do esquema



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

# 17 Desenvolvendo uma mente compassiva para fortalecer o Adulto Saudável

Olivia Thrift e Chris Irons

## Introdução

Um dos principais fundamentos teóricos da Terapia do Esquema (ST) e da Terapia Focada na Compaixão (CFT) é que o self é composto de várias partes. No ST, as múltiplas partes são organizadas em torno dos modos filho, pai e enfrentamento (Arntz e Jacob, 2013). No CFT, esses múltiplos, entre outros, são organizados em torno de diferentes emoções (por exemplo, raiva, tristeza) e motivos (por exemplo, compassivo, competitivo) (Gilbert, 2010). Um princípio central em ambas as abordagens é desenvolver uma parte resiliente e robusta do self, uma parte que tem uma forte metaconsciência e, portanto, atua como um observador para todas as outras partes do self. Esta é uma parte que se assemelha ao capitão do navio, estável no leme, mantendo o curso mesmo nos mares mais agitados e uma parte que pode se envolver com todas as outras partes do eu com empatia, compreensão e sabedoria. Em ST, esta parte é conhecida como o modo Adulto Saudável e, no CFT, é chamada de Eu Compassivo. Isso não significa que os dois conceitos sejam iguais; no entanto, acreditamos que haja muita sobreposição. Por exemplo, tanto o Adulto Saudável quanto o Eu Compassivo observam, respondem e firmam as outras partes do eu, ajudando os pacientes a permanecerem dentro de sua janela de tolerância e se moverem em direção à integração do eu, levando a um maior potencial de saúde e crescimento.

Tem havido discussão dentro do ST sobre os benefícios potenciais da integração de ideias de outras abordagens terapêuticas (por exemplo, Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)). Neste capítulo, exploramos como o TS - e, em particular, o modo Adulto Saudável - pode se beneficiar da integração de ideias do CFT (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert, 2009). O CFT foi proposto para uso como terapia multimodal em vez de pertencer a uma única 'escola de terapia' e foi fundado por Paul Gilbert (Gilbert & Irons, 2005). Ele foi inicialmente desenvolvido em resposta às necessidades de pacientes com grande vergonha e autocrítica. Gilbert descobriu que muitos de seus pacientes se engajaram em intervenções terapêuticas (como desafios de pensamento) com tons de voz internos raivosos, hostis ou fingidos. Ao tentar ajudar os pacientes a criar tons mais calorosos, mais carinhosos e de apoio, muitos lutaram para fazer isso e, de fato, poderiam achar isso aversivo. Gilbert percebeu que para ajudar os pacientes a superar seus

dificuldades que eles precisavam para desenvolver uma maneira diferente de se relacionar com eles mesmos, o que levou ao desenvolvimento do CFT. Embora em sua infância, o CFT tem uma base de evidências emergente que demonstra sua utilidade no trabalho com uma variedade de problemas de saúde mental, incluindo depressão, transtornos alimentares, transtorno de personalidade e psicose (Gale et al., 2012; Gilbert & Procter, 2006; Laithwaite et al., 2009; Lucre & Corten, 2012). Está além do escopo deste capítulo revisar completamente os fundamentos teóricos e a base de evidências para CFT; os leitores interessados são direcionados ao seguinte resumo (por exemplo, Gilbert, 2010, 2014). O CFT extrai-se da psicologia evolutiva, teoria do apego, psicologia social e do desenvolvimento, neurociência e pesquisa fisiológica, bem como ideias e intervenções de outras abordagens psicoterapêuticas (por exemplo, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)). Também é influenciado por idéias e práticas do budismo.

Neste capítulo, nos concentramos em quatro habilidades principais de CFT que acreditamos podem aprimorar o trabalho de Adultos Saudáveis em TS: atenção plena, estabilização da fisiologia, imaginação e cultivo de uma autoidentidade compassiva. Acreditamos que a integração dessas habilidades de CFT ajudará o modo Adulto Saudável de um paciente a ter um contra-diálogo mais forte e sábio com seus modos pais punitivos e exigentes, equipará melhor o modo Adulto Saudável para regular e tolerar emocionalmente o sofrimento dos modos Criança Vulnerável e Irritada e, finalmente, oferecerá suporte aos modos de proteção e suavizará sua função de autoproteção.

## Conceitos básicos de CFT

O CFT está enraizado em uma série de 'verificações da realidade' sobre como e por que sofremos (ver Gilbert, 2009, 2010, para obter mais detalhes). Por exemplo, temos um conjunto de genes que não escolhemos, um corpo e cérebro que está envelhecendo, decaindo e sujeito a doenças e, em última instância, à morte; recebemos uma variedade de emoções que, embora cruciais para nossa sobrevivência, podem ser muito dolorosas e levar a muito sofrimento em nossa vida; somos moldados por circunstâncias sociais, muitas das quais (por exemplo, bullying, abuso) sobre as quais temos pouco controle. Ao cultivar as habilidades de uma mente compassiva, desenvolvemos a sabedoria para entender isso, descentrar os desafios (ou seja, que isso "não é nossa culpa") e, crucialmente, aprender a aceitar responsabilidade por trazer mudança. Os principais conceitos do modelo CFT estão listados abaixo.

### 1 Temos cérebros complicados

Nos últimos milhões de anos ou mais, nossos ancestrais evoluíram ao longo de uma linha que levou à rápida expansão das competências cognitivas. Este 'novo cérebro' levou à nossa capacidade de imaginação, planejamento, ruminação e autorreflexão / monitoramento e forneceu vantagens evolutivas para nossa sobrevivência e prosperidade. No entanto, mudanças evolutivas benéficas comumente trazem desvantagens, e nossas mentes freqüentemente operam em heurísticas não racionais (Gilbert, 1998). Assim, nossas novas habilidades cerebrais podem estimular motivos antigos (cérebro antigo) (por exemplo, buscar segurança e evitar o perigo, para competir), emoções (por exemplo, raiva, ansiedade e repulsa) e

comportamentos (por exemplo, lutar, fugir, congelar e submissão). Estes, por sua vez, influenciam o foco, o conteúdo e o processo de nossas novas habilidades cerebrais e criam as condições para que se formem "voltas na mente", o que pode causar muito sofrimento.

Um exemplo comum que usamos para elaborar este ponto é imaginar que se uma zebra pastando for perseguida por um leão e então escapar, relativamente logo depois disso ela começará a se acalmar e voltará a comer novamente. No entanto, se estivermos em um café almoçando e conseguirmos fugir ao ver um leão correndo em nossa direção, é improvável que nos acalmemos rapidamente. Em vez disso, sob o efeito de poderosas emoções antigas do cérebro (por exemplo, ansiedade) e motivos (por exemplo, evitar danos), nossos novos cérebros são orientados a se concentrar na ameaça; é provável que nos preocupemos com o que poderia ter acontecido se o leão nos tivesse apanhado, ou ficamos preocupados com a possibilidade de eles aparecerem novamente amanhã. Podemos até começar a imaginar qual teria sido o impacto de nossa morte para outras pessoas em nossa vida. Esses novos padrões cerebrais de pensamento e imaginação enviam sinais de volta ao nosso antigo cérebro, e pode manter as emoções estimuladas, mesmo que a ameaça (o leão) não esteja mais presente. Embora não seja nossa culpa, é importante ajudar as pessoas a aprender como perceber e trabalhar com esses loops de uma maneira sábia e útil. Voltaremos a isso a seguir.

Com base em uma variedade de teorias científicas (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; LeDoux, 1998; Panksepp, 1998), o CFT sugere que temos três sistemas principais de regulação da emoção, chamados de ameaça, impulso e calmante, cada um dos quais organiza nossa mente e o corpo de maneiras particulares (Figura 17.1).



Figura 17.1 O modelo de três sistemas.

O sistema de ameaças e suas emoções de raiva, ansiedade e repulsa evoluíram para nos fazer prestar atenção e responder às ameaças. Ao reconhecer uma ameaça, uma variedade de mudanças fisiológicas no cérebro e no corpo irão ocorrer, freqüentemente ligadas ao sistema nervoso simpático e ao eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA). Esses sistemas fisiológicos nos preparam para responder às ameaças de maneiras específicas (por exemplo, lutar, fugir, desligar e assim por diante), orientar a atenção (por exemplo, estreitar e focar na ameaça) e pensar (por exemplo, é melhor prevenir do que remediar). Embora biologicamente enraizado, esse sistema é moldado por processos de condicionamento (por exemplo, operante e clássico), bem como por experiências sócio-relacionais.

O sistema de acionamento está ligado a emoções de excitação, alegria e expectativa e evoluiu para nos fazer prestar atenção e buscar recursos (por exemplo, comida, status e oportunidades sexuais) que são benéficos para nós. Quando temos sucesso nessas buscas, podemos sentir a ativação de emoções positivas (associadas ao sistema nervoso simpático e neurotransmissores como a dopamina) que são prazerosas e reforçadoras.

O sistema de afiliação calmante não é apenas a ausência de ameaça ou impulso, mas está ligada a alterações cerebrais e corporais ligadas ao sistema nervoso parassimpático e à liberação de neurotransmissores, como as endorfinas, que dão origem a sentimentos de contentamento, calma e tranquilidade. Esse processo às vezes é chamado de 'descanso e digestão' e, dada sua fisiologia, esse sistema ajuda a equilibrar os dois sistemas.

A evolução - particularmente com o surgimento de mamíferos, apego e cuidado prolongado - moldou o sistema calmante para ser altamente sensível aos sinais de cuidado, afeto e bondade dos outros. Portanto, esse sistema também pode ser ativado quando outras pessoas (ou internamente, por meio da conversa interna e da imaginação) são atenciosas, gentis e tranquilizadoras para nós. Visto que muitos de nossos pacientes tiveram experiências de apego e relacionamento que não incluíram cuidado e afeto regulares, consistentes ou apropriados, parte do CFT envolve ajudar os pacientes a fortalecer seu sistema calmante e de afiliação. Isso é conseguido através da criação de estados (fisiológicos) do cérebro e do corpo que evoluíram para desempenhar um papel poderoso na regulação dos estados de ameaça (por exemplo, fisiologia, emoções e assim por diante). Exploraremos isso na seção abaixo.

## 1 A natureza da compaixão

O CFT usa uma definição de compaixão enraizada na motivação e na intenção, considerando-a uma sensibilidade ao sofrimento em si mesmo e nos outros com uma firme intenção de aliviar e, se possível, preveni-lo (Gilbert, 2014).

Esta definição contém duas psicologias:

eu. A capacidade de prestar atenção, voltar-se e se envolver com a angústia (um tipo de psicologia do engajamento). Isso envolve seis competências-chave que podem ser direcionadas a si mesmo ou a outros: cuidado com o bem-estar, sensibilidade ao sofrimento, simpatia, tolerância ao sofrimento, empatia e não julgamento

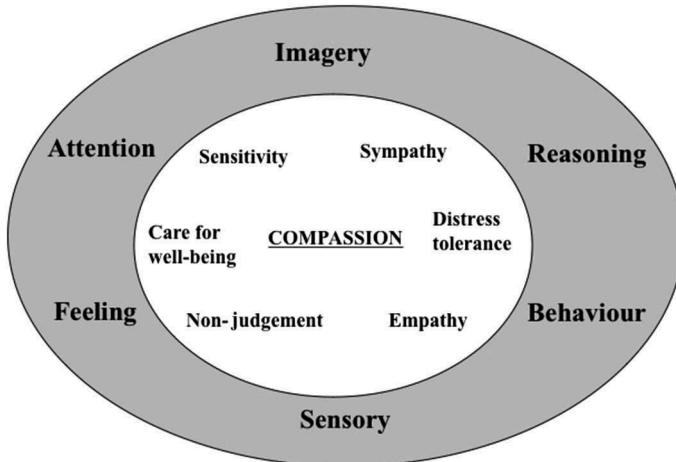


Figura 17.2 De Gilbert, A Mente Compassiva (2009), reimpresso com permissão de Constable & Robinson Ltd.

(círculo interno da Figura 17.2, consulte Gilbert, 2009, 2010 para saber como eles são desenvolvidos).

- ii. Um tipo de psicologia da ação, ligada à motivação e sabedoria para saber como aliviar o sofrimento (uma psicologia da ação). Isso pode envolver ajudar os pacientes a desenvolver habilidades multimodais (veja o anel externo da Figura 17.2) que, uma vez praticadas e desenvolvidas, podem ajudar a aliviar seu próprio sofrimento e o dos outros. Isso inclui o desenvolvimento de atenção compassiva, imagens, raciocínio, comportamento, foco sensorial e sentimentos. Voltaremos a alguns deles a seguir.

### Técnicas terapêuticas para desenvolver uma mente compassiva

Além de ajudar os pacientes a desenvolver um senso de vergonha de suas dificuldades, com uma apreciação de que "isso não é minha culpa", também é importante desenvolver sua capacidade de se conscientizar e regular ameaças inúteis e impulsionar processos do sistema. Vamos ilustrar quatro estratégias CFT para conseguir isso (atenção plena, fisiologia estabilizadora, imaginação e cultivando uma auto-identidade compassiva) usando o exemplo de Leon, um paciente que experimenta ansiedade e depressão. Usamos a linguagem ST com termos CFT entre parênteses.

Leon tinha quase 30 anos e começou a fazer terapia porque se sentia incapaz de deixar Donna, que encerrou abruptamente o relacionamento três meses antes do casamento. Isso foi dois anos antes de ele procurar terapia, mas durante esse período ele foi se sentindo cada vez mais ansioso e deprimido (sistema de ameaças hiperativo e sistema de propulsão bloqueado).

O terapeuta de Leon o ajudou a compreender sua ansiedade e depressão, desenvolvendo uma formulação de esquema, incluindo um mapa de modo representado na Figura 17.3.

A ansiedade e a depressão de Leon foram parcialmente perpetuadas por um modo crítico cruel, que ele chamou de "O Desprez". O Desprezador o considerava totalmente responsável pelo rompimento do relacionamento, dizia-lhe diariamente como ele era patético por se sentir tão chateado e estava cheio de desprezo por ser solteiro quando se aproximava dos 40 anos. Essa parte dele (que freqüentemente acionava seu sistema de ameaças) fora internalizada por seus pais emocionalmente invalidantes (que não haviam atendido suas necessidades básicas de amor e apoio) e ridicularizava qualquer tipo de expressão ou luta emocional.

O modo de pai exigente de Leon, que ele batizou de The Perfecting Pressuriser, alimentou The Despiser constantemente lembrando-o de que ele deveria comprar uma casa, se casar e começar uma família (Leon frequentemente ficava preso em um sistema de propulsão hiperativo). Ele sentiu uma pressão implacável para mostrar a si mesmo e ao mundo que, além de ter sucesso em sua vida profissional, também era "bem-sucedido" em sua vida pessoal. O modo Pressurizador Aperfeiçoador de Leon internalizou muitos dos valores e mensagens de seus pais, que não eram capazes de atender às suas necessidades de expectativas realistas e aceitação incondicional. Quando ele não vivia de acordo com os ideais de seus pais, eles se tornavam muito críticos, da mesma forma que quando Leon agora não vive de acordo com os padrões implacáveis do modo Pressurizador Aperfeiçoador, O Desprezador

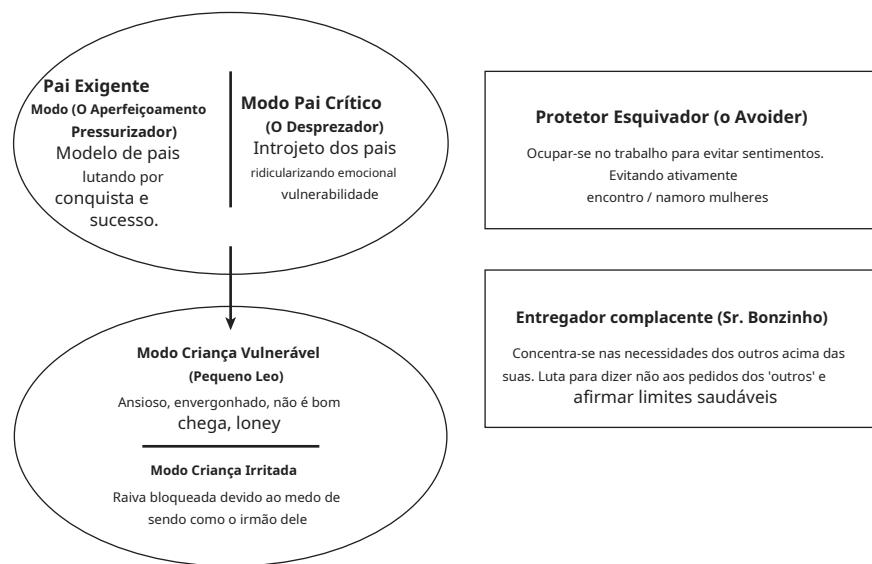


Figura 17.3 Mapa de modo de Leon.

modo é rápido na cena. Seu modo de Aperfeiçoar o Pressurizador está constantemente tentando provar aos outros e a si mesmo que ele não é inútil e inútil (um medo fundamental para Leon) com a consequência indesejada de que ele sente sob constante pressão para provar a si mesmo.

A vergonha de 'não ter sucesso' em sua vida pessoal era opressora e pesava tanto sobre Leon (Leon se referia ao seu modo Criança vulnerável como Pequeno Leon) que ele mal saía de casa a não ser para trabalhar. Seu sistema de ameaças estava aumentando e, antes de iniciar a terapia, ele não estava ciente da necessidade de se engajar em seu sistema de afiliação re confortante (e certamente não sabia como engajar esse sistema, devido à privação emocional quando criança) para se sustentar melhor. O rompimento havia desencadeado esquemas (ou 'ameaças / medos principais no CFT) no domínio da rejeição / desconexão, incluindo Abandono, Privação Emocional e Deficiência / Vergonha e o Pequeno Leon estava se sentindo dominado pela solidão e pela vergonha. No início da terapia, a raiva não fazia parte do repertório emocional de Leon, pois seu modo de criança zangada foi bloqueado, o que fazia sentido, visto que seu irmão mais velho era emocionalmente instável e agressivo. Leon aprendeu que não era seguro se conectar com a raiva (um de seus principais medos era se tornar como o irmão, 'perder o controle' e machucar os outros e lidou com esse medo bloqueando sua raiva, o que levou à consequência negativa não intencional de não estar totalmente conectado emocionalmente consigo mesmo ou ser capaz de impor limites apropriados quando necessário). O modo de criança zangada ainda estava desenhado em seu mapa de modos, pois sua raiva bloqueada seria importante para trabalhar na terapia e era algo que ele precisaria de seu Adulto Saudável (Ser Compassivo) para ajudá-lo. 'perder o controle' e magoar os outros e enfrentou esse medo bloqueando sua raiva, o que levou à consequência negativa não intencional de não estar totalmente conectado emocionalmente a si mesmo ou ser capaz de impor limites apropriados quando necessário). O modo de criança zangada ainda estava desenhado em seu mapa de modos, pois sua raiva bloqueada seria importante para trabalhar na terapia e era algo que ele precisaria de seu Adulto Saudável (Ser Compassivo) para ajudá-lo. 'perder o controle' e magoar os outros e enfrentou esse medo bloqueando sua raiva, o que levou à consequência negativa não intencional de não estar totalmente conectado emocionalmente a si mesmo ou ser capaz de impor limites apropriados quando necessário). O modo de criança zangada ainda estava desenhado em seu mapa de modos, pois sua raiva bloqueada seria importante para trabalhar na terapia e era algo que ele precisaria de seu Adulto Saudável (Ser Compassivo) para ajudá-lo.

Leon lidou com seus sentimentos em grande parte por meio de seu modo de enfrentamento Protetor Esquivo (ele chamou isso de O Aventureiro), que normalmente se manifestava suprimindo seus sentimentos por excesso de trabalho, mas também aparecia em sua evitação de voltar ao cenário de namoro (ambos esses tipos de comportamento evasivo seriam vistos como estratégias de enfrentamento em CFT em resposta aos principais medos de ser emocionalmente oprimido e rejeitado). Ele também tinha um forte modo de rendição complacente (chamado de Sr. Bonzinho); sendo extremamente sensível ao conflito interpessoal, Leon se sentia mais seguro suprimindo suas necessidades do que arriscando a tensão em seus relacionamentos (no CFT, isso seria visto como se baseando no comportamento submisso como uma estratégia de enfrentamento desenvolvida para gerenciar o conflito, com a consequência indesejada de deixá-lo subjugado e incapaz de formar relacionamentos recíprocos saudáveis). O modo do Sr. Bonzinho também o levou ao excesso de trabalho, pois ele tinha grande dificuldade em estabelecer limites em torno dos pedidos dos outros a ele (uma estratégia de enfrentamento em resposta aos temores de rejeição com a consequência negativa não intencional do risco de esgotamento). Outras pessoas achavam que Leon estava confiante e relaxado, visto que tinha um bom emprego e socializava-se superficialmente com os colegas; no entanto, essa era em grande parte uma competência aparente que mascarava o quanto difícil ele estava realmente encontrando para funcionar e sentir qualquer sensação de prazer em sua vida.

### Atenção plena

Leon foi apresentado à atenção plena a fim de cultivar uma maior consciência de sua mente e, em particular, os tipos de 'loops na mente' com os quais ele regularmente se envolvia e como se estabelecer no 'aqui-e-agora'. Com o tempo e com a prática, Leon se tornou mais consciente de quanto seus pensamentos eram guiados por The Despiser (pensamento do sistema de ameaças) e passou a ver como esse pensamento baseado em ameaças desencadeou suas antigas emoções cerebrais de vergonha e ansiedade (emoções baseadas em ameaças) o que o transformou no modo de Little Leon.

Leon e seu terapeuta exploraram as ligações entre seu modo Desprezador e seu sistema de ameaça e Leon reconheceu como sua autocritica ativou seu sistema de ameaça, inundando-o com hormônios do estresse, deixando o Pequeno Leon sentindo-se envergonhado e ansioso, alimentando ainda mais autocritica. Ele também percebeu como o inverso poderia acontecer, que quando o Pequeno Leon estava se sentindo muito deprimido ou ansioso (ativação do sistema de ameaça do velho cérebro), seu modo Desprezador assumia mais facilmente seu pensamento (novo cérebro), perpetuando sua angústia. Por meio da psicoeducação, Leon veio a entender que a razão pela qual era tão difícil para ele ter um pensamento equilibrado quando estava no modo Little Leon era porque o sistema de ameaças influencia e influencia novas competências cerebrais, como mentalização, empatia e autorreflexão e que sob essas condições, a atenção atua como um holofote,

O terapeuta de Leon o apresentou a várias práticas de mindfulness de "atenção concentrada" (por exemplo, sons, varredura corporal e respiração) para ilustrar como a atenção pode ser dirigida conscientemente. Ele também foi encorajado a desenvolver uma prática regular de atenção plena formal em casa, para que pudesse praticar a manutenção da atenção em um único ponto de foco (por exemplo, a respiração), desviar a atenção por conta própria (por exemplo, movendo-se entre os pontos de foco) e deixá-la ir de julgamento (por exemplo, quando sua mente começou a divagar). Depois de vários meses se engajando em uma prática formal de mindfulness, Leon começou a notar quando estava sendo pego no enredo de seus pensamentos e redirecionando sua atenção.

### Fisiologia estabilizadora

Há evidências crescentes de que uma série de práticas baseadas no corpo, como respiração controlada e ioga, podem permitir que o córtex frontal atue como um regulador da amígdala e do sistema do eixo HPA, que é fundamental para o desenvolvimento da mente compassiva e saudável Funcionamento adulto (Schmalzl et al., 2015)

A postura ajuda 'o corpo a sustentar a mente' e pode desenvolver a capacidade de tolerar o sofrimento. Nos estágios iniciais da terapia, o terapeuta de Leon modelou para Leon's Healthy Adult (Compassionate Self) como apoiar o Little Leon usando técnicas de baixo para cima, como incorporar uma postura que reflete força, arredondamento e confiança. Ela o instruiria primeiro a ancorar os pés no chão, levantar e alongar a coluna, relaxar os ombros e segurar o corpo de uma forma que refletisse confiança, estabilidade e abertura. Ela então o encorajou a imaginar que estava olhando para alguém com quem se importava profundamente e manter essa expressão facial (ver Irons & Beaumont, 2017, para mais detalhes). Depois que Leon incorporou uma postura digna e alerta, seu terapeuta aumentou sua coerência fisiológica, guiando-o em um ritmo respiratório calmante. Hora extra, O Adulto Saudável de Leon (Self Compassionate) sentia-se confiante em saber o que precisava fazer para ajudar a estabilizar sua fisiologia e não precisava mais da orientação de seu terapeuta. Seu senso de agência ajudou a reduzir seus medos de ficar emocionalmente sobrecarregado e ter fé em si mesmo de que tinha a sabedoria e as habilidades para intervir e ajudar a regular sua excitação emocional quando necessário.

Antes de qualquer habilidade prática ser introduzida, o terapeuta de Leon explicou a ciência por trás da respiração, incluindo o impacto da respiração no sistema nervoso autônomo, no nervo vago e na variabilidade da frequência cardíaca. Compreender a ciência da respiração aumentou a motivação de Leon para se envolver em práticas respiratórias regulares entre as sessões. Ele se concentrou no ritmo e na suavidade quando estava praticando a respiração e, com o tempo, reduziu sua taxa de respiração para entre cinco e seis respirações por minuto (ver Lin et al., 2014).

O olfato, o som e o toque também podem ser usados para estabilizar a fisiologia e apoiar a capacidade de compaixão. Certos sons e cheiros podem estimular nosso sistema de ameaças (por exemplo, sirene da polícia, cheiro de queimado) e outros sons / cheiros podem estimular nosso sistema calmante. Leon e seu terapeuta passaram um tempo explorando quais sons e cheiros aumentavam seu senso de aterrramento e podiam, assim, apoiar o pequeno Leon e trazê-lo para a sala de terapia: por exemplo, queimar neroli em um difusor de óleo e tocar o som de um fogo crepitante quando engajar-se em uma prática de respiração. Fora das sessões, Leon explorou como o toque de diferentes texturas poderia ajudar na estimulação de seu sistema calmante, o que traria conforto ao Pequeno Leon em momentos de angústia, e ele começou a acariciar seu cachorro no ritmo de sua respiração,

Desenvolver um kitbag, por exemplo, com flashcards de instruções de respiração, objetos para tocar, sons para ouvir e cheiros para inalar, pode ajudar os pacientes a acessar seu sistema calmante. Quando o sistema baseado na ameaça do paciente é ativado (e a flexibilidade cognitiva temporariamente se estreita), eles podem ser encorajados a usar esses recursos, o que pode aumentar a capacidade de funcionamento do Adulto Saudável.

### Imagens baseadas na compaixão

Ambos ST e CFT usam imagens como uma intervenção terapêutica. Uma das funções principais da CMT é estimular o sistema afiliativo calmante (por exemplo, parassimpático, sistema vago), regular a fisiologia da ameaça e ajudar os pacientes a acessar qualidades de compaixão (por exemplo, empatia, tolerância ao sofrimento). Em TS, gostaríamos que o modo Adulto Saudável entendesse esses propósitos para poder apoiar melhor a criança vulnerável e, portanto, encorajamos os terapeutas a explicar isso a seus pacientes de uma forma muito direta.

Existem vários exercícios de imaginação ativa que podemos usar para ativar o sistema de afiliação reconfortante e criar compaixão. Os terapeutas do esquema estarão familiarizados com as imagens de lugares seguros; no entanto, uma adição útil às instruções regulares é pedir aos pacientes que imaginem que seu lugar seguro tem uma consciência atenciosa, apreciativa e amigável deles - que o 'lugar' os acolhe e quer que eles estejam lá para que possa apoiá-los e confortá-los. Nesse aspecto, a imaginação do lugar seguro no CFT visa estimular os aspectos fisiológicos e emocionais do sistema calmante, ao mesmo tempo em que desenvolve os aspectos afiliativo, atencioso e relacionais (sistema de apego) aos quais esse sistema também está associado.

Para ajudar Leon a se conectar com a sensação de ser cuidado e apoiado (e para colocar seu sistema afiliativo relaxante online, que pode ter um benefício adicional de combater seu esquema de privação emocional), seu terapeuta o apresentou à prática do "outro compassivo ideal", ajudando ele deve desenvolver uma imagem de uma pessoa (ou ser) que tem certos aspectos-chave de compaixão (aqueles relacionados à Figura 17.3 anteriormente neste capítulo), mas também, de forma mais ampla, sabedoria, força e compromisso (ver Gilbert, 2009). Para ajudar Leon a desenvolver seu outro compassivo ideal, ele foi convidado a lembrar de alguém que havia sido compassivo com ele no passado e a pensar sobre suas qualidades. Embora fosse uma luta, ele se lembrava de um professor do Nono Ano que fora paciente e gentil quando, devido à dislexia, ele se esforçou nas aulas de inglês. Ao lado dessas qualidades, Leon foi encorajado a imaginar seu outro compassivo ideal como possuidor de grande sabedoria. Ele entendia tudo o que Leon havia passado, o que significa ser humano e como suas dificuldades não eram culpa dele. Além disso, esse outro compassivo ideal tinha uma aura de força e autoridade com a confiança em sua capacidade de ajudar, mesmo quando Leon estava lutando mais. Por fim, ele tinha uma profunda motivação para cuidar e apoiar Leon, independentemente do modo em que estivesse.

O outro compassivo ideal tem muitas das mesmas qualidades do bom pai, fornecido na reparação limitada. Essa técnica de visualização pode ser uma forma adicional de ajudar os pacientes a sentir que suas necessidades de apego estão sendo satisfeitas e a se sentirem seguros em momentos de angústia, reduzindo assim o seu sistema de ameaças. Uma vez que o terapeuta guiou o paciente no desenvolvimento e acesso ao seu outro compassivo, então é importante que ele ajude o paciente a fazer isso por si mesmo para garantir que esteja continuamente expandindo o repertório de regulação emocional e habilidades de tolerância ao sofrimento do Adulto Saudável do paciente.

pode recorrer. Por exemplo, o Adulto Saudável pode ver a solidão de sua Criança Vulnerável e trazer à mente seu outro compassivo, a fim de dar à criança algum apoio extra além de falar afetuosamente e gentilmente com o modo infantil.

#### Desenvolvendo uma identidade própria compassiva

Auto-identidade compassiva está enraizada em uma mente compassiva e está ligada ao desenvolvimento de uma "parte" de si mesmo que é sábio, forte e comprometido (Gilbert, 2009, 2014). Ele se sobrepõe ao conceito budista de Bodhichita e Bodhisatva e está enraizado na motivação para desenvolver habilidades que podem facilitar as duas psicologias da compaixão - engajamento e alívio habilidoso do sofrimento. Diante disso, é provável que apóie o desenvolvimento do modo Adulto Saudável e permita que o Adulto Saudável encontre e reduza a angústia da Criança Vulnerável e, empaticamente, ainda que assertivamente, se envolva com os modos dos pais. Isso pode ser feito de várias maneiras, uma das quais é através da utilização de habilidades e técnicas comumente usadas por atores - por exemplo, usando memória, empatia, imaginação, observação e incorporação para entrar na mente e no corpo de uma parte deles (ou personagem) que tem sabedoria, força e compromisso com o cuidado.

A primeira dimensão do eu compassivo é wisdom. Aqui, sabedoria é entender as causas do sofrimento e saber como aliviá-lo e preveni-lo (ligado às duas psicologias da compaixão). O Eu Compassivo de Leon aprendeu a reconhecer que ele (como todo mundo) se encontra aqui com um cérebro complicado, projetado para nós, não por nós, que ele (como todo mundo) pode facilmente ficar preso em loops no cérebro e que ele (como todo mundo) teve experiências que o moldaram: por exemplo, a frustração das necessidades básicas que levaram ao desenvolvimento de seus esquemas e modos (ou, usando a linguagem CFT, Leon reconheceu que teve experiências que não escolheu que moldaram seu sistema de ameaças e lideraram aos principais medos internos e externos com os quais ele lidou desenvolvendo estratégias de proteção que levaram a consequências não intencionais, nenhuma das quais foi sua culpa). Além disso, a sabedoria permitiu que o Eu Compassivo de Leon reconhecesse que o sofrimento faz parte da vida, e ele é parte de toda a raça humana que sofre por coisas como doença, tristeza, rejeição, decepções e morte (às vezes referida como 'a verificação da realidade'; ver Gilbert , 2009). Esses grãos de sabedoria ajudaram a aprofundar a apreciação do Adulto Saudável de Leon de que o sofrimento não é culpa dele. Quando o Adulto Saudável consegue manter essa sabedoria em mente, é uma resposta muito poderosa ao julgamento do modo crítico punitivo e pode diminuir a vergonha da Criança Vulnerável. Além disso, quando os clientes se sentem menos envergonhados, muitas vezes podem assumir com mais facilidade a responsabilidade pelas dificuldades vividas na vida. Por exemplo, porque Leon se sentia menos envergonhado de suas emoções,

A segunda qualidade de uma identidade compassiva é força. Se Leon's Healthy Adult iria enfrentar o sofrimento do Little Leon, então qualidades como firmeza, estabilidade, determinação, resiliência, assertividade e confiança eram essenciais para permanecer ancorado. A força pode ser incorporada, então Leon foi encorajado a prestar atenção à sua postura e ritmo respiratório. Seu terapeuta também forneceu exemplos (por exemplo, o mergulhador ou ginasta, que entra em ação a partir de uma posição de estabilidade e arredondamento) e imagens que representam aterrramento ou força (por exemplo, uma árvore com raízes profundas ou uma montanha). É essencial que o modo Adulfo Saudável do paciente (Self Compassivo) incorpore força a fim de lutar contra os modos dos pais e ganhar a confiança da criança e dos modos de enfrentamento do protetor.

Sabedoria e força, no entanto, precisam ser integradas com compromisso - ser atencioso, útil, solidário. O Ser Compassivo deseja aliviar a angústia e promover o bem-estar e o florescimento - tanto nos outros quanto em si mesmo. Essas mesmas motivações devem estar no centro do Adulfo Saudável. Leon lutou para trazer esse compromisso para si mesmo. Isso é comum em CFT e constitui um aspecto importante do trabalho terapêutico, que é identificar e trabalhar com medos, bloqueios e resistências à compaixão (ver Gilbert, 2010; Irons & Beaumont, 2017 para uma discussão mais aprofundada). O terapeuta de Leon ajudou-o a entrar em contato com o sentimento de comprometimento com o cuidado, envolvendo um 'fluxo' de compaixão (CFT sugere que existem três fluxos de compaixão: para os outros, dos outros e para si mesmo) com os quais Leon estava mais familiarizado e confortável - para outros. Com orientação,

Embora explicar as três qualidades do self compassivo seja importante, os terapeutas devem ajudar os pacientes a se conectar com o self compassivo por meio de imagens guiadas, a fim de garantir que esta seja uma intervenção experiencial, não cognitiva, e para permitir que seu Adulfo Saudável tenha uma noção dessas qualidades. Assim como você precisa se molhar para aprender a nadar, as qualidades do Eu Compassivo precisam ser experimentadas e desenvolvidas de maneiras criativas e por meio de métodos e práticas diferentes (ver Irons & Beaumont, 2017).

Trazendo o eu compassivo para as principais estratégias de mudança  
Uma vez que os terapeutas do esquema tenham apresentado a CMT a seus pacientes, o próximo estágio é ajudar os pacientes a se conectar com seu eu compassivo para fortalecer seu modo Adulfo Saudável (Self Compassivo) e apoia-los no trabalho terapêutico, incluindo intervenções experenciais, cognitivas e comportamentais.

## Cadeira de trabalho

O trabalho da cadeira se presta muito bem para integrar o trabalho individual múltiplo do CFT, pois tanto o ST quanto o CFT procuram explorar como as diferentes partes de um paciente pensam e sentem sobre uma situação e o que cada parte precisa e deseja fazer. Conforme explicado no início do capítulo, no CFT, o trabalho individual múltiplo pode assumir muitas formas, incluindo focalizá-las em diferentes partes emocionais do eu (por exemplo, ansioso, zangado, triste, envergonhado) e / ou motivos (por exemplo, competitivo, cuidadoso). Nesse sentido, o CFT usa este exercício para explorar completamente os modos Criança Vulnerável e Criança Zangada, e os terapeutas do esquema podem se beneficiar, às vezes, separando o modo Criança Vulnerável em cadeiras que representam as diferentes emoções presentes nesse modo. Isso permite que o terapeuta e o cliente percebam se há experiências emocionais excessivamente dominantes ou não exploradas (ver Irons & Beaumont, 2017). Isso foi muito útil para Leon, cujo eu ansioso e envergonhado tendia a dominar quando falava da cadeira do Pequeno Leon (especialmente ao explorar seus sentimentos sobre o rompimento de seu relacionamento) e seu eu triste foi empurrado para o lado e seu filho zangado (referido como Self com raiva em CFT) negado.

O trabalho na cadeira era uma característica comum do trabalho em que Leon e seu terapeuta se engajavam, e foi usado muitas vezes para explorar seus sentimentos sobre o abandono de Donna. O pequeno Leon costumava ficar ansioso (isso é chamado de Eu Ansioso no CFT) e temia nunca mais encontrar ninguém. Seu modo de Desprezador o fez acreditar que ele era o culpado pela saída de Donna e seu Pressurizador Aperfeiçoador estava constantemente lembrando-o de como sua vida deveria ser (por exemplo, como ele deveria estar em um relacionamento), o que desencadeou muita vergonha (conhecido como Shamed Self em CFT). Leon achou muito mais difícil entrar em seu estado de tristeza e raiva e teve que praticar incorporar e se conectar com eles ao longo do tempo.

Por meio de perguntas socráticas e com a ajuda de seu Eu Compassivo, Leon foi capaz de se envolver com seu modo de Adulto Saudável e usar isso para apreciar suas lutas com suas partes emocionais, especialmente à luz de suas primeiras experiências. Por exemplo, ele reconheceu que a tristeza era uma emoção difícil, já que seu pai costumava lhe dizer 'meninos grandes não choram' e que, para ele, a tristeza o deixava vulnerável e exposto. Em termos de raiva, Leon reconheceu que via a raiva como algo muito perigoso e destrutivo, e tinha memórias relacionadas ao fato de seu irmão ser verbalmente e, às vezes, fisicamente violento. Durante o curso da terapia, Leon percebeu que internalizar, em vez de externar a raiva, era um padrão vitalício para ele, já que seu eu raivoso costumava desencadear o Pequeno Leon (e, mais especificamente, seu Eu Ansioso),

Durante o trabalho na cadeira, Leon usou seu Adulto Saudável (Self Compassionate) para apoiar as diferentes partes emocionais de Little Leon, incluindo partes que estavam sub e excessivamente reguladas. Além disso, seu Adulto Saudável (Eu Compassivo) o ajudou a aceitar todas as partes de si mesmo, inclusive facilitando que seu Eu Ansioso aceitasse seu Eu Furioso. Com o

Self compassivo (agindo como um porto seguro / base segura) apoiando-o para explorar todas as suas emoções relacionadas ao rompimento, Leon começou a reconhecer que ele havia ficado preso ao término de seu relacionamento em parte porque sua tristeza e raiva haviam sido bloqueadas. Com a crescente capacidade de agora explorar toda a gama de emoções humanas através de seu Adulto Saudável (Eu Compassivo), Leon foi melhor capaz de experimentar, processar e expressar suas emoções de maneiras que foram valiosas para guiá-lo através das dificuldades da vida.

Com a ajuda de seu terapeuta, Leon aprendeu a incorporar seu eu compassivo; ele fazia uma pausa, envolvendo-se em sua respiração suave e passava alguns momentos imaginando e incorporando as qualidades de seu eu compassivo (sabedoria, força e comprometimento). Ele se conectou com sua sabedoria, lembrando a si mesmo que todos os humanos lutam e que as dificuldades que ele estava tendo na vida não eram sua culpa. Em seguida, ele incorporou a força ao envolver seu ritmo respiratório calmante, apoiando os pés no chão, erguendo a coluna e adotando uma expressão facial de calma e confiança. Finalmente, ele olhou para as cadeiras que representam as diferentes partes emocionais de seus modos de criança (Eu Ansioso, Eu Triste, Eu Envergonhado e Eu Com Raiva) e conectado a um estado de compromisso de cuidado (ajudado por trazer sua atenção para seu coração e intestino, quais eram as áreas de seu corpo onde ele sentia um senso de compromisso de cuidar mais fortemente) para apoiar todas as partes de si mesmo. Isso o ajudou a regular a fisiologia de seu sistema de ameaças e a se engajar em auto-empatia. Isso o capacitou a responder habilmente às diferentes partes emocionais dele e ver os problemas que estava enfrentando de uma perspectiva mais equilibrada.

Leon descobriu que, quando se envolveu em seu Eu Compassivo e se voltou para o rompimento do relacionamento, ficou bastante chocado com o que surgiu. Seu Adulto Saudável (Eu Compassivo) percebeu que, embora Donna o tratasse muito mal da maneira como havia encerrado o relacionamento, ele também havia ficado infeliz durante o tempo que passaram juntos. No entanto, ele não tinha sido capaz de expressar isso a Donna devido ao seu modo de Cara Bonzinho (ou estratégia protetora de suprimir a raiva / insatisfação) e ele não conseguia nem reconhecer para si mesmo como Pequeno Leão (e especificamente Ansioso e Solitário) porque ele estava com tanto medo de ficar sozinho (medo fundamental do abandono). Seu Adulto Saudável (Self Compassionate) foi capaz de reconhecer que Donna tinha suas próprias dificuldades na vida e lutou para compartilhar seus sentimentos, até mesmo com sua família e amigos. Nesse sentido, ele podia ver que havia razões compreensíveis pelas quais ela havia terminado as coisas daquela maneira. Paralelamente a isso, o Adulto Saudável (Self Compassivo) de Leon se sentiu motivado (em parte porque passou algum tempo explorando o que seu Self Irritado pensava e sentia) a entrar em contato com Donna e comunicar de forma assertiva que a maneira como ela havia encerrado as coisas não o ajudara em nada.

#### Reescrever imagens

Leon também se sentiu melhor colocado para apoiar Little Leon durante a reelaboração de imagens. O trabalho que ele fez em torno do compromisso com seu bem-estar - e, em

particular, sabedoria - permitiu-lhe ser mais aberto e sensível ao sofrimento do pequeno Leon. Além disso, ele agora podia incorporar a figura paterna forte e sábia que o pequeno Leon nunca experimentou e começou a confiar menos em seu terapeuta para reparar o pequeno Leon. O Adulto Saudável de Leon - ligado diretamente ao seu eu compassivo - também tinha mais confiança em como ajudar o Pequeno Leon em tempos de angústia opressora e freqüentemente treinava o Pequeno Leon para controlar sua respiração e respirava com ele com palavras de gentileza e apoio. Ele foi capaz de dizer ao Pequeno Leon que suas lutas não eram culpa dele.

#### Trabalho cognitivo

Quando Leon começou a terapia, ele se identificou demais com seus pensamentos. No entanto, durante o CMT, seu Adulto Saudável (Self Compassionate) veio a entender que a evolução preparou todos nós para ter pensamentos tendenciosos para o foco baseado em ameaças para garantir a sobrevivência. Desenvolver sabedoria para compreender a natureza evoluída do pensamento foi o primeiro passo de que Leon precisou para cultivar o pensamento compassivo e equilibrado.

Durante o curso de ST, Leon também percebeu que o modo Despiser prosperou com foco baseado em ameaças, que também foi perpetuado por ser incapaz de satisfazer as demandas implacáveis de seu modo Pressurizador Aperfeiçoador. Além disso, muitos de seus esquemas (medos "internos" essenciais na linguagem CFT), como imperfeição / vergonha, negatividade e pessimismo, também perpetuaram esse tipo de atenção baseada em ameaças. A capacidade de pensamento equilibrado aumentou quando Leon conseguiu se conectar com seu eu compassivo para ajudá-lo a regular sua fisiologia com seu ritmo respiratório calmante, colocando assim seu córtex pré-frontal online. Isso permitiu que o foco de seu pensamento fosse aberto e amplo, além de menos repetitivo e ruminativo. Quando ele se conectou ao seu Eu Compassivo, o conteúdo de seus pensamentos também começou a mudar de pensamentos negativos baseados em ameaças para pensamentos sustentados por cuidado, calor e compaixão. Finalmente, sua intenção mudou de punição (modo Desprezador) para suporte (modo Adulto Saudável).

Leon frequentemente era puxado de volta para o pensamento baseado em ameaças inúteis, mas, usando suas habilidades de atenção plena, regulação fisiológica e Eu Compassivo, ele agora tinha uma maneira de sair disso. Com o tempo, ele começou a notar que estava ruminando menos e passando menos tempo no modo Avoider. Ele refletiu que era mais capaz de tolerar ficar quieto e atribuiu isso a se tornar menos temeroso e, portanto, menos evasivo de sua própria mente.

#### O Eu Compassivo e o trabalho comportamental

Fortalecer o modo Adulto Saudável, estabelecendo comportamentos que permitam aos pacientes ter suas necessidades atendidas, já é um elemento importante do TS, especialmente na fase posterior do trabalho.

O comportamento compassivo tem muitas faces, mas uma que muitas vezes é esquecida é a coragem de enfrentar algo difícil. O terapeuta de Leon enfatizou o

A importância da coragem, refletindo que um bom pai apóia seu filho para enfrentar o mundo, mesmo quando pode parecer assustador fazê-lo, e uma forte identidade de compaixão funciona da mesma maneira. Leon usou seu self compassivo para se envolver em exposição gradual a situações que ele achava que provocavam ansiedade, como se afirmar em situações interpessoais (diminuindo assim a força de The Evider e de Mr Nice Guy) e ficar atento a seu desejo de relacionamentos e conexão (as necessidades do Pequeno Leon e seu Adulto Saudável).

Talvez o passo mais significativo para Leon tenha sido convidar Lucy, uma mulher de quem ele havia se tornado amigo por meio de seu clube do livro, para sair para um encontro. O trabalho individual múltiplo que Leon fez em torno de seu rompimento com Donna o ajudou a lamentar aquele relacionamento e permitiu que ele se abrisse para a possibilidade de namorar novamente. Ainda assim, convidar Lucy para um encontro exigia que Leon usasse a coragem e a força (qualidades de compaixão que ele estava integrando em seu modo de Adulto Saudável) para ser vulnerável e correr o risco de rejeição, pois, embora isso o assustasse, ele reconheceu que o medo era um ponto central parte de ser humano, ao invés de ser algo vergonhoso ou fraco sobre ele. Além disso, seu Adulto Saudável (Self Compassivo) foi capaz de regular suas emoções baseadas em ameaças (por meio da atenção plena, ritmo de respiração e imagens calmantes) para que ele não ficasse paralisado pela ansiedade e / ou mudasse para o modo The Avoider (estratégia protetora de se distanciar de seus sentimentos). Ele reconheceu que, à medida que o Pequeno Leão se sentia menos desestabilizado por emoções intensas, ele se sentia mais seguro em seu próprio corpo e mente e isso lhe deu a base de que precisava para ser corajoso. O relacionamento com Lucy não deu certo, mas, no ponto em que a terapia terminou, Leon estava em dois outros encontros e estava se sentindo muito mais esperançoso de que seu futuro encontraria o amor novamente.

## Resumo

Fortalecer o modo Adulto Saudável é um dos objetivos mais importantes do TS. Ajudar os pacientes a desenvolver uma mente compassiva pode ser visto como uma (entre muitas) maneiras potenciais de fazer isso. O ST é uma abordagem integrativa e, à medida que o ST e o CFT / CMT continuam a evoluir, os terapeutas do esquema têm uma oportunidade rica e estimulante de explorar como o CMT pode aprimorar seu trabalho, especialmente ao promover um modo de Adulto Saudável forte, resiliente e compassivo.

### Dicas de terapeuta

1. Apresente a psicoeducação desde o início, especialmente os testes de realidade sobre como e por que sofremos para fortalecer a sabedoria.
2. Introduzir a regulação fisiológica durante os estágios iniciais da terapia para ajudar a desenvolver a capacidade de funcionamento de um Adulto Saudável.
3. Divirta-se criando um kit de sistema relaxante.
4. Não importa se os pacientes pensam que não possuem qualidades compassivas, concentre-se em encorajá-los a imaginar como seria se eles as tivessem.

5. Dê tanto peso à coragem e força quanto à gentileza e cordialidade ao discutir a compaixão.
6. Durante vários exercícios para si mesmo, reserve um tempo para explorar cada emoção dentro do modo Criança vulnerável, mesmo se uma ou mais emoções não forem imediatamente óbvias. Além disso, explore a relação que cada emoção tem com as outras.
7. Durante o trabalho na cadeira, incentive o paciente a dedicar alguns minutos para praticar seu ritmo respiratório relaxante e conectar-se com a sabedoria, a força e o compromisso de seu eu compassivo ao se sentar pela primeira vez na cadeira de Adulto Saudável.

#### Observação

1 Para uma descrição abrangente das habilidades de Treinamento da Mente Compassiva, consulte Gilbert (2009); Irons e Beaumont (2017).

### Referências

- Arntz, A. & Jacob, G. (2013). Terapia do esquema na prática: um guia introdutório ao Abordagem do modo de esquema. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Depue, RA & Morrone-Strupinsky, JV (2005). Um modelo neurocomportamental de afiliação ligação ativa. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313-395.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N. & Goss, K. (2012). Uma avaliação do impacto da introdução levando a terapia com foco na compaixão a um programa de tratamento padrão para pessoas com transtornos alimentares. *Psicologia Clínica e Psicoterapia* publicação online avançada DOI: 10.1002 / cpp.1806.
- Gilbert, P. (1998). A base evoluída e as funções adaptativas das distorções cognitivas. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 447-463. Gilbert, P. (2009).A mente compassiva. Londres: Constable & Robinson. Gilbert, P. (2010).Terapia com foco na compaixão: características distintivas. Londres: Routledge. Gilbert, P. (2014). As origens e a natureza da terapia com foco na compaixão.British Journal de Psicologia Clínica, 53 (1), 6-41.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Terapias focadas e treinamento da mente compassiva para vergonha e auto-ataque. In: P. Gilbert (Eds),*Compaixão: conceitualizações, pesquisa e uso em psicoterapia* (pp. 263-325). Hove: Routledge.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Treinamento da mente compassiva para pessoas com alta vergonha e autocritica: um estudo piloto de uma abordagem de terapia de grupo. *Psicologia Clínica e Psicoterapia*, 13, 353-379. Irons, C. & Beaumont, E. (2017).A apostila da mente compassiva. Um passo a passo Guia para desenvolver seu eu compassivo. Londres: Robinson.
- Laithwaite, H., Gumley, A., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L. & Porter, S. (2009). Recuperação após psicose (RAP): um programa focado na compaixão para indivíduos que residem em ambientes de alta segurança.Psicoterapia Comportamental e Cognitiva, 37, 511-526.
- LeDoux, J. (1998). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Nova York: Simon e Schuster.

- Lin, IM, Tai, LY & Fan, SY (2014). Respirando a uma taxa de 5,5 respirações por minuto com a mesma proporção de inspiração para expiração, aumenta a variabilidade da frequência cardíaca. International Journal of Psychophysiology, 91 (3), 206-211.
- Lucre, K. & Corten, N. (2012). Uma exploração da terapia de grupo com foco na compaixão para transtorno de personalidade. Psicologia e Psicoterapia: Teoria, Pesquisa e Prática, 86 (4), 387-400.
- Panksepp, J. (1998). Neurociência Afetiva. Nova York: Oxford University Press.
- Schmalzl, L., Powers, C. & Blom, EH (2015). Neurofisiológico e neurocognitivo mecanismos subjacentes aos efeitos das práticas baseadas em ioga: em direção a um quadro teórico abrangente. Frontiers in Human Neuroscience, 9, 1-19.

# 18 Construindo um Adulto Saudável em distúrbios alimentares

Um modo de esquema e abordagem de terapia focada na emoção para anorexia nervosa

Anna Oldershaw e Helen Startup

## Antecedentes da anorexia nervosa

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar (DE) caracterizado por auto-inanição motivada por peso, forma e preocupações alimentares e pavor extremo de comer, comer e peso corporal normal (American Psychological Association (APA), 2013). O baixo peso é obtido por meio da adoção de hábitos alimentares anormais para restringir severamente a ingestão de alimentos, geralmente incluindo a restrição das quantidades e tipos de alimentos consumidos. Isso pode ocorrer junto com exercícios excessivos e extremos ou comportamentos purgativos (por exemplo, vomitar ou tomar laxantes).

A incidência anual de AN no Reino Unido é de aproximadamente 14 casos por 100.000 para mulheres (Micali et al., 2013). Ao longo da vida, até 4% das mulheres e 0,24% dos homens são afetados por AN amplamente definida (Smink et al., 2013). Para as meninas, a idade máxima de início é de 15 a 25 anos; para os meninos é de 10 a 14 anos (Micali et al., 2013). AN é relatado como tendo as taxas de mortalidade mais altas de todos os transtornos psiquiátricos (Smink et al., 2013) e está associada a comorbidades significativas. Aproximadamente três quartos dos adultos com AN têm transtornos comórbidos do Eixo I (Herzog et al., 1992), e cerca de um terço apresenta transtornos de personalidade comórbidos, associados a resultados de tratamento mais pobres (Link et al., 2017). Os sintomas de disfunção erétil estão particularmente relacionados aos sintomas de transtorno de personalidade, incluindo relacionamentos instáveis, instabilidade afetiva, vazio, distúrbio de identidade,

## Tratamento de AN

No Reino Unido, o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE, 2017) sugere que o tratamento de escolha para adultos com AN é a terapia da fala. AN é notoriamente considerada 'difícil de tratar', no entanto, e ensaios clínicos randomizados indicam que os tratamentos ambulatoriais especializados em adultos não se superam ou controlam as comparações pós-terapia ou no acompanhamento, com apenas pequenos tamanhos de efeito não significativos de mudança (Watson & Bulik, 2013). Evidências emergentes sugerem que

intervenção melhora os resultados (McClelland et al. 2018); no entanto, isso pode ter aplicação limitada para aqueles com comorbidade significativa ou doença de longa duração. Assim, as intervenções que facilitam uma maior mudança são cruciais (Bulik, 2014; Startup et al., 2015).

### Redefinindo o foco clínico: dificuldades emocionais e esquema para pessoas com AN

Entre a complexidade e o risco físico inerentes ao trabalho com alguém com AN, pode ser difícil manter uma intervenção psicológica focada, resultando em encontros terapêuticos prolongados com focos mutantes. Acredita-se que as intervenções psicológicas aprimoradas para outras apresentações complexas sejam alcançadas focalizando um modelo central e claramente definido com um processo de manutenção putativo-chave, hipotetizado, portanto, ter um impacto subsequente mais amplo na sintomatologia primária dentro de um período de tempo razoável (cf. direcionamento preocupação, sono, autoestima para efetuar mudanças nos sintomas de psicose; Freeman et al., 2015). Propomos um redirecionamento semelhante de atenção ao trabalhar com AN, especificamente em direção a um 'eu emocional', conforme descrito abaixo em nossa conceitualização SPEAKS (Specialist Psychotherapy with Emotion for Anorexia in Kent and Sussex).

### Um mecanismo psicológico central em AN

#### Dificuldades emocionais

Um desenvolvimento importante e promissor para os modelos de TA é a inclusão de dificuldades com emoções (Sala et al., 2016). Na verdade, a evitação emocional e os comportamentos submissos são preditores promissores de resultados clínicos pós-tratamento (Oldershaw et al., 2018). Em FALA, entendemos as emoções como respostas aprendidas ou instintivas aos nossos estímulos externos ou internos, informando sobre nossos ambientes imediatos, nossos relacionamentos e nossas necessidades. As emoções têm sido descritas como o regente de uma orquestra interna do self, dirigindo funções cognitivas, comportamentais, fisiológicas e sociais (Oldershaw et al., 2015). As dificuldades no processamento e regulação da emoção são relevantes para muitos transtornos psicológicos, incluindo TAs (Aldao et al., 2010) e são significativas no desenvolvimento e manutenção de AN (Treasure & Schmidt, 2013). As revisões sistemáticas indicam que as pessoas com AN têm dificuldades de consciência emocional, incluindo alexitimia e pouca clareza emocional (Oldershaw et al., 2015). Existe um padrão de super-regulação da emoção, baseando-se predominantemente em estratégias inúteis (Oldershaw et al., 2015), incluindo extrema evitação de gatilhos de emoção e supressão de emoção, particularmente para evitar conflito interpessoal.

Emoção e esquemas em AN

Em AN, sugerimos que as experiências da infância moldam o desenvolvimento de esquemas que deixam o paciente vulnerável a experimentar emoções tão avassaladoras e confusas. Em termos de ST, os esquemas desadaptativos se desenvolvem quando as necessidades básicas não são atendidas cronicamente. Pessoas com AN se avaliam significativamente mais altas do que os controles em todas as subescalas do esquema, com maiores diferenças para Deficiência, Isolamento Social, Subjugação, Dependência / Incompetência e Inibição Emocional. Os esquemas afetam os relacionamentos adultos na medida em que são as 'lentes' por meio das quais se dá sentido às motivações e intenções dos outros, organizando o comportamento subsequente (Lavender & Startup, 2018). Se as experiências do início da vida incluiram estar emocionalmente oprimido e sobrecarregado pelas necessidades de um pai, por exemplo, então será quase impossível sintonizar e expressar livremente, as próprias emoções e experiências internas. Pode ter sido adaptativo sintonizar-se com as flutuações emocionais dos pais para 'ficar seguro' ou 'ser aceito', com a exigência resultante de lidar com a própria emoção avassaladora 'entorpecente' a experiência emocional, rendendo-se à crença de que as emoções não são 't' necessário 'ou' de valor '(possivelmente por meio de uma fuga para um lado' intelectual 'do self), ou esmagar a emoção por meio de estilos de enfrentamento supercompensatórios, como perfeccionismo, preocupação e procrastinação (Startup et al., 2013). Essas estratégias de enfrentamento se distanciam ainda mais de um senso claro do 'eu emocional', favorecendo a visão dos outros, e esquemas como defectividade, subjugação, isolamento social, dependência / incompetência são perpetuados. Pode ter sido adaptativo se sintonizar com as flutuações emocionais dos pais para "ficar seguro" ou "ser aceito", com a exigência resultante de lidar com a própria emoção opressora por "entorpecer" a experiência emocional, entregando-se à crença de que as emoções não são 't' necessário 'ou' de valor '(possivelmente por meio de uma fuga para um lado' intelectual 'do self), ou esmagar a emoção por meio de estilos de enfrentamento supercompensatórios, como perfeccionismo, preocupação e procrastinação (Startup et al., 2013). Essas estratégias de enfrentamento se distanciam ainda mais de um senso claro do 'eu emocional', favorecendo a visão dos outros, e esquemas como defectividade, subjugação, isolamento social, dependência / incompetência são perpetuados. Pode ter sido adaptativo sintonizar-se com as flutuações emocionais dos pais para 'ficar seguro' ou 'ser aceito', com a exigência resultante de lidar com a própria emoção avassaladora 'entorpecente' a experiência emocional, rendendo-se à crença de que as emoções não são 't' necessário 'ou' de valor '(possivelmente por meio de uma fuga para um lado' intelectual 'do self), ou esmagar a emoção por meio de estilos de enfrentamento supercompensatórios, como perfeccionismo, preocupação e procrastinação (Startup et al., 2013). Essas estratégias de enfrentamento se distanciam ainda mais de um senso claro do 'eu emocional', favorecendo a visão dos outros, e esquemas como defectividade, subjugação, isolamento social, dependência / incompetência são perpetuados. com a exigência resultante de lidar com a própria emoção avassaladora 'entorpecendo' a experiência emocional, rendendo-se à crença de que as emoções não são 'necessárias' ou 'valiosas' (possivelmente por meio de uma fuga para um lado 'intelectual' do self) , ou esmagar a emoção por meio de estilos de enfrentamento supercompensatórios, como perfeccionismo, preocupação e procrastinação (Startup et al., 2013). Essas estratégias de enfrentamento se distanciam ainda mais de um senso claro do 'eu emocional', favorecendo a visão dos outros, e esquemas como defectividade, subjugação, isolamento social, dependência / incompetência são perpetuados.

## O modelo teórico SPEAKS de AN

SPEAKS argumenta que o ciclo de evitação emocional e seu impacto sobre o desenvolvimento e a consciência de um "eu emocional" central são cruciais para o tratamento. Se não podemos acessar nossas experiências emocionais de baixo para cima porque procuramos evitar experiências emocionais ou baseamo-nos, ou privilegiamos, a experiência de outros, lutamos para navegar no mundo, em nós mesmos e nos relacionamentos. Não podemos nos conectar com informações e necessidades emocionais importantes. Em suma, não temos um condutor emocional interno para nos quiar (nossa senso emocional de identidade (Oldershaw et al., 2019)).

## O modelo integrativo de mudança FALA

A conceitualização de mudança do SPEAKS baseia-se na teoria e na prática terapêutica de TS ao lado de EFT. EFT é baseado na premissa de que a emoção é fundamental para a autoconstrução e deve ser articulada em narrativas com nossas 'partes do self' para promover a mudança (Angus & Greenberg, 2011). Da mesma forma, ST baseia-se no princípio da auto-multiplicidade, com o eu sendo

composto de uma série de 'partes' interativas (Pugh, 2020). No cerne do self em termos de ST está a vulnerabilidade central (a criança vulnerável (VC)) e esquemas desadaptativos associados e necessidades não satisfeitas, com outras partes do self tentando em grande parte expressar angústia (como a criança com raiva) ou controlar essa dor (como por meio de modos de enfrentamento). É claro desde o início, portanto, que EFT e ST traçam paralelos em termos de sua abordagem à terapia como uma que considera a pessoa como um todo e valoriza a compreensão de como o self é construído, incluindo como partes do self (ou modos) pode interagir.

As emoções em EFT e ST são entendidas como significativas para informar um indivíduo sobre uma necessidade, valor ou objetivo importante que pode ser promovido ou prejudicado em uma situação. Portanto, sua relevância para a conceituação de AN em SPEAKS é clara. ST adota uma postura relacional reparadora limitada para apoiar isso, que é simplesmente o envolvimento do relacionamento terapêutico como um veículo ativo para a mudança, indo de alguma forma (portanto, o "limitado") para atender às necessidades não atendidas do paciente no momento presente . EFT utiliza a relação terapêutica para facilitar os princípios-chave da mudança emocional (consciência, regulação da expressão, reflexão, transformação e experiência emocional corretiva), entendendo que 'a única saída é através' (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). EFT entende as emoções como representando diferentes 'níveis' de experiência. As pessoas costumam recorrer à terapia com "emoções secundárias", difusas, vagas ou secundárias às questões centrais; eles não estão diretamente ligados a uma necessidade básica não atendida. A emoção secundária é importante porque representa o estado emocional atual do paciente e requer sintonia e validação, mas conectar-se com essa emoção é visto como um meio de ir além dela. As emoções primárias são mais centrais para a mudança terapêutica e representam uma oportunidade de se conectar com necessidades não satisfeitas, geralmente com origens de desenvolvimento. Eles assumem uma de duas formas: representando padrões emocionais presos (talvez útil no passado, mas agora perturbador) relacionados a modos de enfrentamento que interferem nos relacionamentos e objetivos de vida,

Ambas as abordagens buscam compreender como um indivíduo aprendeu a lidar com sua 'dor central' e os custos dessa forma de enfrentamento. No ST, isso pode ser por meio da rendição, evitação ou supercompensação em relação aos esquemas centrais desadaptativos. Em EFT, isso é conceituado como ' bloqueios' para a experiência emocional central e necessidades pelas partes do self que atuam como treinadores, críticos ou guardas.

#### Uma conceituação do mapa do modo SPEAKS

O modelo de tratamento SPEAKS captura o princípio central da auto-multiplicidade por meio de um mapa de modo AN idiossincrático (Talbot et al., 2015). Os modos AN típicos incluem: eu emocional ou VC, que, em AN, é

frequentemente parcialmente dissociado e às vezes não verbal. Isso é normalmente silenciado ou condenado por um modo Crítico (muitas vezes com características de ser exigente e crítico), ou 'gerenciado' por meio de alguns dos principais modos de enfrentamento do esquema ED, como um 'Super-controlador' mantendo um controle comportamental rígido (como via perfeccionismo) ou cognitivamente (como via preocupação, ruminação, obsessionalidade), um 'Protetor Desapegado' que entorpece ou esmaga a emoção em um nível superficial, ou um 'Auto-Suavizante Desapegado' que transforma a emoção manifesta em algo diferente (como por compulsão alimentar e vômito, uso de drogas, álcool ou outras atividades perseverativas). A heterogeneidade de AN é tal que pode haver diversos modos de esquema de relevância, que seriam nomeados e integrados na conceituação. Na verdade, em EFT, as partes do self são consideradas emergentes por meio da orientação e do acompanhamento do paciente em seus processos emocionais e são idiossincráticas para o indivíduo. No modelo SPEAKS, reconhecemos que existem 'partes' ou modos comuns que irão surgir.

O Adulto Saudável (HA), embora subdesenvolvido e não integrado, é considerado absolutamente chave para o modelo de mudança SPEAKS e é nomeado e trabalhado desde o início. Uma premissa central dessa forma de trabalhar é que acessar a dor central por meio do processo de remover bloqueios à emoção e fazer contato com a experiência emocional leva a uma subsequente auto-reorganização do indivíduo; há um senso emergente de self que aprende gradualmente a "absorver" e ser guiado por esse novo material emocional com auto-ação - o maestro da orquestra (HA).

Muitas vezes, pensa-se que as pessoas com AN têm problemas para se expressar ou falta de compreensão imaginal. Portanto, SPEAKS busca atrairativamente a atenção do paciente e a compreensão dessas partes dentro do mapa de modos. Além disso, SPEAKS procura encorajar a própria exploração e conceptualização do self "de baixo para cima" do paciente. Por esse motivo, os brinquedos são usados para permitir que o paciente 'construa' seu mapa. Os brinquedos são escolhidos pelo paciente e as escolhas exploradas com o terapeuta. Os terapeutas questionam e comentam sobre a natureza dos brinquedos e suas qualidades para aprofundar a compreensão do paciente sobre os atributos associados às suas partes e convidá-las a construir os juntos da maneira que escolherem. A Figura 18.1 é um exemplo de um mapa de modos construído pelo paciente usando brinquedos. O self / VC da experiência é um pequeno brinquedo de borracha que é maleável e não pode sentar ou ficar em pé. O self crítico é um dragão e foi colocado pelo paciente diante do VC, com a boca aberta, perpetuamente crítico. Existe um modo de enfrentamento de 'rendição complacente' na forma de um cão com olhos de corça, submisso às necessidades dos outros, e um macaco 'Protetor Independente' que pode esmagar a emoção com seu punho cerrado. A Auto-Suavização Desapegada parece divertida e, portanto, sedutora, mas facilita maneiras comportamentais inúteis de distrair e bloquear as emoções. Finalmente, a figura escolhida para o AASI representa força, agência e raiva assertiva, mas foi colocada o mais longe possível porque ela se sente distante e fora de alcance, atualmente indisponível para o paciente. O self crítico é um dragão e foi colocado pelo paciente diante do VC, com a boca aberta, perpetuamente crítico. Existe um modo de enfrentamento 'Submissa Conciliável' na forma de um cão com olhos de corça, submisso às necessidades dos outros, e um macaco 'Protetor Independente' que pode esmagar a emoção com seu punho cerrado. A Auto-Suavização Independente parece divertida e, portanto, sedutora, mas facilita maneiras comportamentais inúteis de distrair e bloquear as emoções. Por fim, a figura escolhida para o AASI representa força, agência e raiva assertiva, mas foi colocada o mais longe possível porque ela se sente distante e fora de alcance, atualmente indisponível para o paciente. O self crítico é um dragão e foi colocado pelo paciente diante do VC, com a boca aberta, perpetuamente crítico. Existe um modo de enfrentamento 'Submissa Conciliável' na forma de um cão com olhos de corça, submisso às necessidades dos outros, e um macaco 'Protetor Independente' que pode esmagar a emoção com seu punho cerrado. A Auto-Suavização Independente parece divertida e, portanto, sedutora, mas facilita maneiras comportamentais inúteis de distrair e bloquear as emoções. Por fim, a figura escolhida para o AASI representa força, agência e raiva assertiva, mas foi colocada o mais longe possível porque ela se sente distante e fora de alcance, atualmente indisponível para o paciente. submisso às necessidades dos outros, e um macaco 'Protetor Destacado' que pode esmagar as emoções com seu punho cerrado. A Auto-Suavização Independente parece divertida e, portanto, sedutora, mas facilita maneiras comportamentais inúteis de distrair e bloquear as emoções. Por fim, a figura escolhida para o AASI representa força, agência e raiva assertiva, mas foi colocada o mais longe possível porque ela se sente distante e fora de alcance, atualmente indisponível para o paciente. submisso às necessidades dos outros, e um macaco 'Protetor Destacado' que pode esmagar as emoções com seu punho cerrado. A Auto-Suavização Independente parece divertida e, portanto, sedutora, mas facilita maneiras comportamentais inúteis de distrair e bloquear as emoções. Por fim, a figura escolhida para o AASI representa força, agência e raiva assertiva, mas foi colocada o mais longe possível porque ela se sente distante e fora de alcance, atualmente indisponível para o paciente.

## 292 Anna Oldershaw e Helen Startup

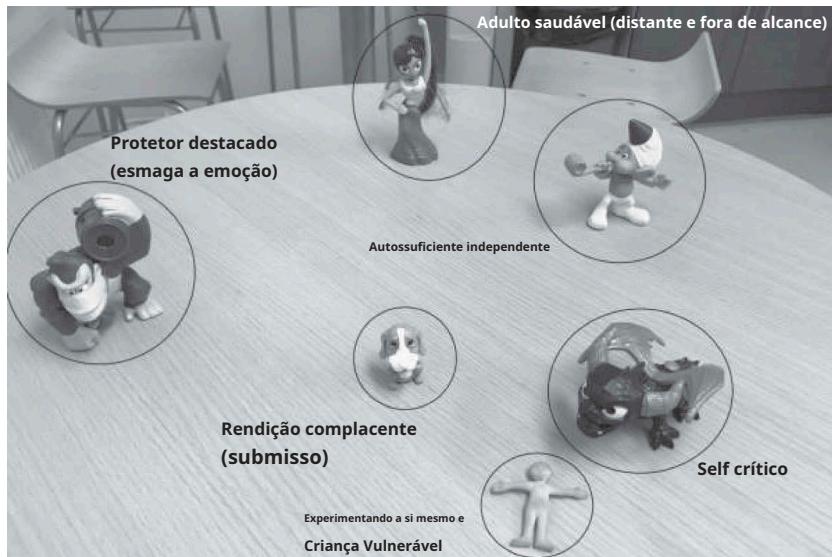


Figura 18.1 Mapa de modos representado usando brinquedos selecionados pelo paciente para ilustrar os modos

### Mecanismos de mudança na construção do adulto saudável

A abordagem de tratamento SPEAKS é um modelo baseado em processo, dividido em cinco fases dispostas em um 'guia' para terapeutas. Cada fase é descrita em termos de seus objetivos do estágio de tratamento e o mecanismo hipotético de mudança (ou seja, os processos de mudança pelos quais esse objetivo pode ser alcançado). Existem 'tarefas' terapêuticas destinadas a facilitar os mecanismos de mudança, cada uma com 'marcadores' de sessão associados para destacar sua relevância. Os indicadores clínicos descrevem para os terapeutas se uma fase foi totalmente trabalhada, mas reconhece que os pacientes podem avançar e retroceder nas fases. A abordagem do guia foi adotada para respeitar a habilidade clínica e as experiências trazidas pelos terapeutas e oferecer-lhes flexibilidade na forma como abordam o material com cada paciente individual,

No cerne da abordagem está o acesso e a ativação da emoção dentro de uma relação terapêutica segura, validadora e, em última instância, transformando-a por meio de uma conexão com a emoção adaptativa e necessidades de construção e fortalecimento do AASI. Em resumo, isso é conseguido trabalhando com: (1) bloqueios para a vulnerabilidade / emoção central para facilitar a expressão e o processamento destes, e (2) a integração deste material emocional em uma auto-reorganização emergente para gerar um senso central de self - o Adulto Saudável. A Figura 18.2 ilustra o processo de mudança da hipótese SPEAKS.

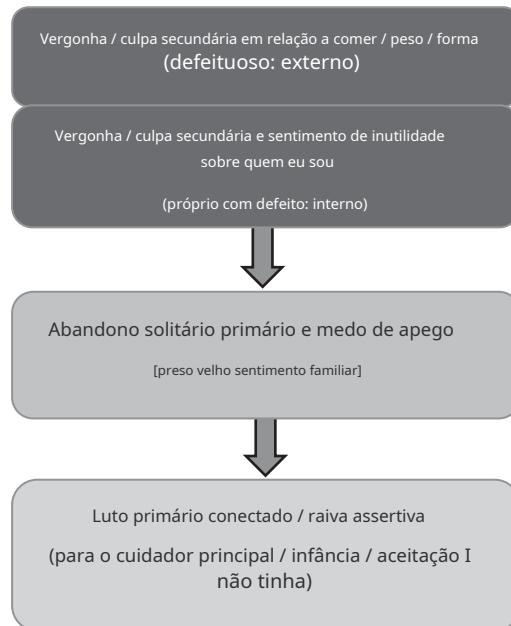


Figura 18.2 O processo hipotetizado de SPEAKS de mudança emocional

Abaixo, descrevemos um curso completo de FALA para uma paciente chamada Jemma.<sup>1</sup> Apenas uma ou duas tarefas pertinentes são descritas em cada fase, mas a intervenção geral envolveria várias tarefas para direcionar um mecanismo de mudança e / ou a repetição da mesma tarefa com aprofundamento da experiência emocional e conexão com as necessidades. O modelo teórico SPEAKS é baseado em evidências (Oldershaw et al., 2019), e a tradução clínica preliminar descrita está sob investigação empírica por meio de um ensaio de viabilidade.

## Fase 1

A fase inicial de SPEAKS centra-se na construção de uma relação terapêutica na qual as emoções temidas possam emergir com segurança. Procura, provisoriamente, ajudar a pessoa a construir uma narrativa longe de comer, peso e forma como questões centrais e considerar contextos mais amplos e emoções associadas. O terapeuta demonstra desde o início a prática de 'seguir' (seguir a dor para revelar o processo emocional do paciente) e 'guiar' (aprofundar o contato emocional ao orientar para emoções não ditas 'apontadas' pelo paciente). Conforme descrito, um objetivo central do SPEAKS é 'seguir a dor' para construir uma conexão com um mundo emocional e aprofundar essa compreensão (Pos & Greenberg, 2007).

O terapeuta está constantemente ouvindo tanto as emoções quanto as partes do self à medida que emergem. Formas de voz crítica surgem precocemente, como a voz do transtorno alimentar que provoca culpa e vergonha em torno da imagem corporal e dos alimentos. Outras partes podem incluir modos de enfrentamento: um Protetor Destacado ou um modo Compatível bloqueando o acesso à emoção vulnerável central. Eles podem ser nomeados e conceitualizados. As cisões de ansiedade são comuns, pelas quais a ansiedade (como um processo emocional secundário) está bloqueando outras formas de processos emocionais. Para aqueles com AN, muitas vezes vemos uma cisão motivacional, na qual parte do self quer mudar, mas outras partes não querem ou estão com muito medo, e estas se cancelam, deixando a pessoa se sentindo muito presa. Gradualmente, por meio da exploração e da resposta empática, o terapeuta ajuda o paciente a mapear essas partes do self, atraiendo a atenção do paciente para elas à medida que surgem. Isso pode então ser 'ilustrado' para o paciente usando um mapa de modos e cadeiras para representar essas partes / modos ou convidando o paciente a escolher e organizar os brinquedos (veja o mapa de modos de Jemma na Figura 18.1). O terapeuta responde às emoções do paciente com empatia e compreensão, vinculando-se de volta à sua nova narrativa. Isso é essencial para a construção de relacionamento e confiança, especialmente devido aos altos níveis de vergonha prevalentes nesse grupo de pacientes. Uma relação de validação e fortemente empática oferece o início de uma "experiência emocional corretiva" que estabelece as bases para o restante da terapia. Isso pode então ser 'ilustrado' para o paciente usando um mapa de modos e cadeiras para representar essas partes / modos ou convidando o paciente a escolher e organizar os brinquedos (veja o mapa de modos de Jemma na Figura 18.1). O terapeuta responde às emoções do paciente com empatia e compreensão, vinculando-se de volta à sua nova narrativa. Isso é essencial para a construção de relacionamento e confiança, especialmente devido aos altos níveis de vergonha prevalentes nesse grupo de pacientes. Uma relação de validação e fortemente empática oferece o início de uma "experiência emocional corretiva" que estabelece as bases para o restante da terapia. Isso é essencial para a construção de relacionamento e confiança, especialmente devido aos altos níveis de vergonha prevalentes nesse grupo de pacientes. Uma relação de validação e fortemente empática oferece o início de uma "experiência emocional corretiva" que estabelece as bases para o restante da terapia. Isso é essencial para a construção de relacionamento e confiança, especialmente devido aos altos níveis de vergonha prevalentes nesse grupo de pacientes.

## Fase 2

Jemma estava ansiosa quando a terapia começou e consumida pela culpa pela quantidade de comida que comia. Seu crítico de ED disse que ela era gorda, preguiçosa e não merecia comer ou ficar boa. Ela falou sobre ter que colocar as necessidades dos outros (sua mãe e irmã) em primeiro lugar (rendição complacente) e que não havia espaço para ela (ou seus sentimentos). Em uma sessão, Jemma descreveu o que aconteceu quando ela tentou seguir seu novo plano alimentar, e a parte de DE tornou-se muito ativa e vívida. O terapeuta primeiro usou cadeiras para desacelerar as coisas e aumentar sua meta-consciência da relação entre essas partes do self. Ela convidou Jemma a usar a cadeira para diferenciar essa parte ED do self e iniciar um diálogo, permitindo assim a exploração do impacto emocional disso. Quando Jemma voltou para a cadeira de 'experiência' (a parte dela que está recebendo essas emoções, colaborativamente chamada de 'Pequeno Eu'), ela inicialmente concordou com a voz do transtorno alimentar e as coisas críticas que ela dizia a ela. Ao chamar a atenção dela para o impacto emocional de ouvir essas declarações críticas, Jemma foi capaz de começar a descrever mais completamente a culpa e a vergonha que ela experimentou e como isso a impediu de fazer mudanças.

A conexão com essas emoções iniciais não foi uma tarefa fácil ou breve. Conforme descrito acima, esse grupo de pacientes acha particularmente difícil, opressor e ameaçador se conectar com a experiência emocional e, portanto, é "superregulado" em sua experiência emocional. É crucial que o terapeuta apoie a conexão do paciente com a experiência emocional e os evite

experimentar um nível de experiência "cognitivo" ou apenas mental (indicando uma mudança para um modo de enfrentamento) que pode fazer com que a tarefa pare. Nesse caso, o terapeuta ofereceu validação empática e gentilmente ajudou Jemma a explorar a experiência corporal de vergonha e culpa, aprofundando sua experiência emocional (ver Parte I, Capítulo 3). A terapeuta entendeu essa culpa e vergonha sobre comida, comer e seu peso como muito reais para Jemma e que precisam de validação, mas secundárias à dor profunda da qual ela acreditava que Jemma estava se protegendo por meio do uso de sua DE e outros modos de enfrentamento .

### Fase 3

A fase 3 é inserida quando o paciente começa a se mover além das emoções secundárias e o foco do ED, para se diferenciar em emoções primárias mais profundas. No início, essas emoções geralmente refletem velhos sentimentos presos, ligados ao esquema central e aos padrões relacionais (por exemplo, vergonha, culpa e inutilidade de si mesmo e abandono solitário; veja a Figura 18.2). Conforme descrito, em termos de FALA, é por meio da conexão com essas experiências emocionais primárias, e necessidades associadas, que o AASI pode emergir, facilitando uma mudança nas experiências comportamentais e relacionais.

Gradualmente, trabalhando com a parte ED de si mesma, Jemma começou a revelar uma Crítica mais ampla, que dizia que ela nunca era boa o suficiente para os outros, sempre decepcionaria os outros e nunca alcançaria nada. A terapeuta viu isso como um sinal de que a experiência emocional de seu Pequeno Eu havia se aprofundado e a paciente estava começando a acessar mais experiências emocionais primárias refletindo o esquema central. Nesse caso, isso significava emoções relacionadas a uma sensação de inutilidade, sentimento de não ser valorizado ou aceito pela família. Isso foi muito útil para Jemma e equiparado a uma sensação de sentimento diferente da mãe e de sua irmã, mas desesperada para ser verdadeiramente aceita por elas. Novamente, o terapeuta usou o trabalho em duas cadeiras para explorar a experiência emocional provocada por essa parte crítica. Quando Jemma mudou para a cadeira de experiência, o Pequeno Eu começou a verbalizar uma sensação de abandono solitário e temores de ser rejeitada pelos outros. Nesse estágio, outro lado emergiu, a rendição complacente, que colocava as necessidades dos outros em primeiro lugar e suprimia suas próprias emoções por medo de perder outras pessoas. Isso foi entendido como um bloqueio para permitir e aprofundar emoções e acessar processos emocionais "saudáveis", o que poderia ajudar a transformar esses velhos padrões emocionais e interpessoais travados. A terapeuta novamente usou cadeiras, desta vez com a rendição complacente bloqueando suas necessidades emocionais ao dizer a Jemma: 'Você deve sempre fazer o que os outros querem, caso contrário, eles não vão te amar'. Gradualmente, eles começaram a compreender a parte experencial de si mesmo (Pequeno Eu) como uma Criança Vulnerável, que tinha pouca voz e um mundo emocional pouco desenvolvido. O terapeuta respondeu em um tom reparador, empático e calmante, de acordo com a jovem idade de desenvolvimento do self vulnerável nesse ponto. O terapeuta demonstrou compromisso em se conectar com este lado do self de uma maneira sensível e não intrusiva,

permitindo que os medos de abandono e apego sejam profundamente sentidos e expressos.

Para aprofundar ainda mais os sentimentos de abandono solitário, enquanto Jemma se sentava em sua cadeira de criança vulnerável, ela foi gentilmente guiada a fechar os olhos e elaborar a experiência dessas emoções através de seu corpo com sondagens suaves como: 'Onde você sente essa solidão? seu corpo?'; 'Qual a sua aparência?' e então 'você pode aumentar os sentimentos... Eu sei que é difícil... mas você pode ficar e ter os sentimentos de solidão e tristeza enchendo seu corpo.' A técnica de 'flutuar para trás' (ver Parte I, Capítulo 2) foi usada para apoiar Jemma a 'deixar ir' quaisquer pensamentos atuais e deixar sua mente vagar até que ela se deparou com uma memória anterior em sua vida com um sabor emocional semelhante'. Jemma descreveu vividamente e com emoção poderosa a memória de ter sido deixada ao lado da estrada assistindo enquanto seus pais remavam agressivamente no centro da cidade. Anteriormente, ela apenas expressava vergonha por esse acontecimento, mas agora surgiram sentimentos de abandono e desespero, associados a ter que acalmar e confortar sua própria mãe após a briga. Jemma descreveu um profundo desespero e perda, que ninguém estava lá para ela, que ninguém podia ver suas necessidades. A terapeuta pediu gentilmente permissão para "entrar" na imagem (uma maneira de trabalhar comum às sessões com a qual Jemma se sentia confortável), e Jemma pediu que ela ficasse na imagem entre ela e a mãe. Como pode ser o caso com esse tipo de trauma relacional, pode ser demais perguntar à criança na imagem o que ela precisava no momento; pode parecer muito desafiador para o relacionamento pai-filho que, claro, era considerado na época. Em vez disso, a chave é ter as necessidades do paciente satisfeitas em imagens. Nesse caso, com a orientação de Jemma e sugestões da terapeuta, Jemma foi retirada da situação pela terapeuta e para a casa de sua tia, um lugar onde muitas vezes se sentia ouvida, segura e cuidada. Como pode ser o caso com esse tipo de trauma relacional, pode ser demais perguntar à criança na imagem o que ela precisava no momento; pode parecer muito desafiador para o relacionamento pai-filho que, claro, era considerado na época. Em vez disso, a chave é ter as necessidades do paciente satisfeitas em imagens. Nesse caso, com a orientação de Jemma e sugestões da terapeuta, Jemma foi retirada da situação pela terapeuta e para a casa de sua tia, um lugar onde muitas vezes se sentia ouvida, segura e cuidada. Como pode ser o caso com esse tipo de trauma relacional, pode ser demais perguntar à criança na imagem o que ela precisava no momento; pode parecer muito desafiador para o relacionamento pai-filho que, claro, era considerado na época. Em vez disso, a chave é ter as necessidades do paciente satisfeitas em imagens. Nesse caso, com a orientação de Jemma e sugestões da terapeuta, Jemma foi retirada da situação pela terapeuta e para a casa de sua tia, um lugar onde muitas vezes se sentia ouvida, segura e cuidada.

Em uma sessão de esclarecimento posterior, Jemma identificou este trabalho como sendo fundamental para colocá-la em contato com a emoção / dor (desolação, desespero, abandono, tristeza) por trás da vergonha, para vincular isso a uma necessidade não atendida (ser mãe e tudo isso envolve, em vez de ser pai) e aprender que essa dor central pode ser respondida com validação, gentileza e calmante. Ficou claro, portanto, do flutuador de volta que o abandono solitário da Criança Vulnerável era mais fortemente sentido em relação à mãe e suas necessidades não satisfeitas de individualização, validação emocional e cuidado. O terapeuta procurou ajudar Jemma a compreender essas ligações e, em seguida, sugeriu gentilmente o uso do trabalho da cadeira vazia para se conectar e transformar essa dor central. Por meio da experiência de imaginar a mãe na cadeira à sua frente e descrever a falta de vínculo e aceitação que sentia, Jemma pôde vivenciar sua vergonha e abandono no contexto da relação materna, onde ela se originou. Uma vez que as emoções foram ativadas, a terapeuta encorajou Jemma a dizer a sua mãe o que ela precisava. A expressão de necessidades de aceitação, proteção e amor incondicional à mãe introjetada imaginada na cadeira vazia imediatamente desencadeou um sentimento de luto; um profundo sentimento de perda para o a proteção e o amor incondicional à mãe introjetada, imaginada na cadeira vazia, imediatamente desencadeou uma sensação de luto; um profundo sentimento de perda para o a proteção e o amor incondicional à mãe introjetada, imaginada na cadeira vazia, imediatamente desencadearam uma sensação de luto; um profundo sentimento de perda para o

infância e maternidade que ela desejou, mas nunca teve. Ela começou a reconhecer e processar seu profundo desejo por esse relacionamento. Na época, representando sua mãe, Jemma explorou sua resposta de surpresa e também sua indignação, sua réplica de que ela havia tentado o seu melhor. Jemma foi capaz de responder à sua mãe com um sentimento de raiva assertiva por ela ter sido a criança e ela merecer mais, representando assim o início do AASI no contexto desta relação de desenvolvimento chave.

## Fase 4

Na Fase 4, o paciente chegou e trabalhou para transformar sua dor central. Eles agora estão começando a conectar sua experiência emocional transformada a formas alternativas intra e interpessoais de responder que refletem um senso de self mais resiliente e integrado (Pos & Greenberg, 2007), isto é, dirigido pelo AASI. Isso pode envolver o estabelecimento de limites de relacionamento, como a expressão ou afirmação saudável de suas próprias necessidades. A experiência intrapessoal de autocompaixão muitas vezes surge aqui. Anteriormente, Jemma não sentia que merecia compaixão, que seus sentimentos e necessidades não mereciam ser ouvidos. Através do processo de conexão com sua dor central e necessidades não satisfeitas, Jemma começou a considerar que ela poderia merecer compaixão. A menos que surja naturalmente antes, a autocompaixão é abordada diretamente mais tarde no processo terapêutico de FALA do que em algumas outras terapias. Para este grupo de pacientes em particular, que demonstram modos de enfrentamento fortes de Rendição Complacente e Protetores Desapegados, esses bloqueios à autocompaixão devem ser pelo menos parcialmente superados antes que o paciente possa realmente começar a acreditar e 'sentir' que pode merecer compaixão. Uma vez que a paciente tenha acessado a sensação sentida da dor central de sua Criança Vulnerável, ela é capaz de começar a mostrar compaixão pela dor, mesmo que não esteja pronta para mostrá-la a si mesma de forma mais completa ou em termos mais gerais. Além disso, a autocompaixão é dirigida do HA; portanto, essa parte do eu deve estar emergindo para que a compaixão seja autenticamente expressa de uma forma que se conecte em um "sentido sentido" pelo paciente. Tão explícito,

O trabalho de autocompaixão, neste caso, foi integrado ao trabalho da cadeira vazia com o pai, descrito na Fase 3. A tarefa foi concluída mais de uma vez. Assim que a emoção foi ativada, o AH compassivo foi introduzido para confortar a criança enlutada em uma tarefa de duas cadeiras. A experiência desse auto-apaziguamento e compaixão aprofundou sua conexão com suas necessidades emocionais, pois elas se sentiam validadas e merecidas. Isso deu mais voz e, portanto, fortaleceu o HA.

## Fase 5

No final da terapia (cerca de nove meses desde o início), Jemma estava em um relacionamento estável com um novo namorado. Ela tinha procurado uma mudança de

localização em seu trabalho para reduzir seu deslocamento diário; algo há muito desejado, mas não buscado por medo do que seu gerente possa pensar. Jemma relatou que foi capaz de mostrar compaixão genuína por sua mãe, não uma compaixão ansiosa por 'dever', que é como ela refletiu sobre seus sentimentos anteriores. Essa visão mais equilibrada também significava que ela era capaz de dar um passo para trás e construir suas próprias necessidades e limites no relacionamento.

Esta fase final da terapia SPEAKS concentra-se no relacionamento terapêutico chegando ao fim. Tanto o terapeuta quanto o paciente falam sobre os sentimentos que isso traz, o que foi ganho por meio dessa conexão nutritiva, bem como a tristeza e a perda na aproximação perto do trabalho. É comum que velhas formas de enfrentamento ressurgam neste estágio, quando a ansiedade da separação é enfrentada. Isso é normalizado e a dor emocional subjacente é comentada, validada e recebida com compaixão. Às vezes, o final é diminuído ou estendido e às vezes os pacientes voltam para um trabalho de 'complemento'. Podemos também dar um objeto transicional ou uma lembrança do tempo que passamos juntos - como todos os relacionamentos são diferentes, todos os finais precisam ser administrados individualmente, com flexibilidade, pensamento e cuidado. Uma tarefa fundamental é escrever cartas, de terapeuta para paciente e também de paciente para terapeuta. Estes são lidos uns para os outros na sessão e oferecem um resumo do processo de ambas as perspectivas. Do ponto de vista do terapeuta, não é uma carta clínica, mas uma das últimas formas de se conectar com seu paciente de um ser humano a outro. Eles são incentivados a refletir sobre seus próprios processos emocionais e expressar seus próprios sentimentos primários saudáveis e autênticos em resposta ao final, como sua tristeza por não mais verem o paciente e / ou sua alegria por ter tido este tempo e por ter suportado testemunhar o processo e a mudança. mas uma das últimas maneiras pelas quais eles podem se conectar com seu paciente de um ser humano para outro. Eles são incentivados a refletir sobre seus próprios processos emocionais e a expressar seus próprios sentimentos primários saudáveis e autênticos em resposta ao final, como a tristeza por não mais verem o paciente e / ou a alegria de ter passado por este tempo e de ter suportado testemunhar o processo e a mudança. mas uma das últimas maneiras pelas quais eles podem se conectar com seu paciente de um ser humano para outro. Eles são incentivados a refletir sobre seus próprios processos emocionais e a expressar seus próprios sentimentos primários saudáveis e autênticos em resposta ao final, como a tristeza por não mais verem o paciente e / ou a alegria de ter passado por este tempo e de ter suportado testemunhar o processo e a mudança.

## Conclusão

Em conclusão, SPEAKS é um modelo baseado em processo integrativo baseado em técnicas de EFT e ST. A integração de EFT fornece SPEAKS um foco central na emoção e na diferenciação de camadas de emoções, do secundário ao primário, para acessar a dor central. Os modos de enfrentamento contribuem para a conceitualização de cada caso e a compreensão do padrão de enfrentamento de um indivíduo. Os modos de enfrentamento são vistos em grande parte como "bloqueios" à experiência emocional, desenvolvendo-se por razões compreensíveis, mas, em última análise, negando a oportunidade de resolver a dor central. SPEAKS procura compreender de forma colaborativa e gradualmente moderar esses modos de enfrentamento, de modo que a dor central do paciente possa ser sentida e, em última instância, cuidada por seu AASI. SPEAKS considera o AASI não como um modo distinto, mas, sim, uma sensação psicologicamente saudável de um self central, emergindo durante a terapia, que funciona para ouvir e compreender todos os outros modos em jogo. Na verdade, uma premissa central é que acessar a dor central leva a uma auto-reorganização subsequente do indivíduo, de modo que um senso emergente de self pode "absorver", ser guiado por e agir com base em boas informações emocionais e necessidades associadas saudáveis.

### Dicas de terapeuta

- O ponto central do SPEAKS, extraído de EFT e ST, é que os terapeutas devem 'seguir a dor'. Isso significa acompanhar de perto a experiência emocional, orientando para a dor central. É útil manter isso em mente ao observar e esperar pelo foco da sessão; também, tente pousar no trabalho mais saliente emocionalmente.
- No trabalho da cadeira, tente se concentrar no processo e na emoção, e não se deixe levar pelo conteúdo da narrativa.
- Esteja atento aos bloqueios às emoções e ao progresso em geral. Considere que isso pode incluir bloqueios do próprio terapeuta relacionados à sua experiência emocional, esquemas e modos enquanto eles lutam para acompanhar a dor central do paciente.
- O trabalho requer um elemento de ser "corajoso", às vezes dizendo um palpite intuitivo ou usando a emoção experimentada pelo terapeuta para sugerir o que o paciente pode estar sentindo. Feito de forma questionadora e experimental no contexto de um forte relacionamento terapêutico, os pacientes relatam que isso é útil. Mesmo que o terapeuta esteja errado, pode ajudar o paciente a lembrar-se de verificar e "pousar" no sentimento real e criar um senso de conexão à medida que o terapeuta e o paciente aprendem a ouvir e sentir suas necessidades essenciais.

### Observação

1 O material apresentado é escrito de forma a proteger a confidencialidade do paciente, e exemplos de sessões são composições de diálogos terapêuticos com uma série de pacientes

### Referências

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Estratégias de regulação emocional através da psicopatologia: uma revisão meta-analítica. Revisão de Psicologia Clínica, 30, 217–237.
- American Psychological Association (APA). (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Desordem Mental. Washington, DC: APA. Angus, LE e Greenberg, LS (2011).
- Trabalhando com a narrativa na terapia focada na emoção:
- Mudando histórias, curando vidas. Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., Watson, JC, Goldman, RN & Greenberg, LS (2004). Emoção de aprendizagem Terapia Focada: A Abordagem Experiencial de Processo para Mudança. Washington, DC: American Psychological Association.
- Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H. ...
- Kingdon, D. (2015). Efeitos da terapia cognitivo-comportamental para preocupação em delírios persecutórios em pacientes com psicose (WIT): Um estudo paralelo, simples-cego, randomizado e controlado com uma análise de mediação. The Lancet Psychiatry, 2 (4), 305–313.
- Herzog, DB, Keller, MB, Sacks, NR, Yeh, CJ & Lavori, PW (1992). Psiquiátrico comorbidade em anoréxicos e bulímicos em busca de tratamento. Jornal da Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente, 31 (5), 810-818.
- Lavender, A. & Startup, H. (2018). Transtornos de personalidade. Em S. Moorey e A. Lavender Eds .. A relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental. Londres: SAGE.
- Micali, N., Hagberg, KW, Petersen, I. & Treasure, JL (2013). A incidência de transtornos alimentares no Reino Unido em 2000-2009: Conclusões do banco de dados de pesquisa de prática geral. British Medical Journal Open, 3, e002646.

### 300 Anna Oldershaw e Helen Startup

- Miller, AE, Racine, SE & Klonsky, ED (2019). Sintomas de anorexia nervosa e a bulimia nervosa tem relações diferenciais com os sintomas de transtorno de personalidade límitrofe. Distúrbios alimentares, 1-14.
- Instituto Nacional de Saúde e Excelência em Cuidados [NICE]. (2017). Distúrbios alimentares: Reconhecimento e tratamento: NICE Guideline [NG69]. Londres: Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados.
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D. & Schmidt, U. (2015). Emotion geração e regulação na anorexia nervosa: uma revisão sistemática e meta-análise de dados de autorrelato. Revisão de Psicologia Clínica, 39, 83–95.
- Oldershaw, A., Lavender, T. & Schmidt, U. (2018). São socioemocionais e neuro-preditores de funcionamento cognitivo de resultados terapêuticos para adultos com anorexia nervosa? European Eating Disorders Review, 26, 346–359.
- Oldershaw, AV, Startup, H. & Lavender, T. (2019). Anorexia nervosa e uma emoção perdida self profissional: Uma conceituação clínica do desenvolvimento, manutenção e tratamento psicológico da anorexia nervosa. Fronteiras em Psicologia, 10, 219.
- Pos, AE & Greenberg, LS (2007). Terapia focada na emoção: a transformação poder de afeto. Journal of Contemporary Psychotherapy, 37 (1), 25–31.
- Pugh, M. (2020). Cadeira cognitivo-comportamental. Abingdon: Routledge.
- Sala, M., Heard, A. & Black, EA (2016). Tratamentos focados em emoção para anorexia nervosa: Uma revisão sistemática da literatura. Transtornos alimentares e de peso, 21, 147–164.
- Smink, FR, van Hoeken, D. & Hoek, HW (2013). Epidemiologia, curso e forá vêm de transtornos alimentares. Opinião Atual em Psiquiatria, 26, 543–548.
- Startup, H., Lavender, A., Oldershaw, A., Stott, R., Tchanturia, K., Treasure, J. & Schmidt, U. (2013). Preocupação e ruminação na anorexia nervosa. Psicoterapia Comportamental e Cognitiva, 41 (3), 301–316.
- Startup, H., Mountford, V., Lavender, A. & Schmidt, U. (2015). Comportamental cognitivo formulação de casos em transtornos alimentares complexos. Em NJ Tarrier Ed., Formulação de casos em terapia cognitivo-comportamental: o tratamento de casos complexos e desafiadores. Hove: Routledge), 239–264.
- Talbot, D., Smith, E., Tomkins, A., Brockman, R. & Simpson, S. (2015). Esquema modos em transtornos alimentares em comparação com uma amostra da comunidade. Journal of Eating Disorders, 3 (1), 41.
- Treasure, J. & Schmidt, U. (2013). O modelo de manutenção cognitivo-interpessoal de anorexia nervosa revisitada: um resumo das evidências de fatores de predisposição e perpetuação cognitivos, socioemocionais e interpessoais. Journal of Eating Disorders, 1 (1), 13.
- Watson, HJ & Bulik, CM (2013). Atualização sobre o tratamento da anorexia nervosa: Revisão de ensaios clínicos, diretrizes práticas e intervenções emergentes. Medicina Psicológica, 43, 2477–2500.

O estudo de viabilidade e desenvolvimento da intervenção SPEAKS é uma pesquisa independente originada de uma bolsa de estudos clínica acadêmica integrada concedida a AO (ICA-CL-2015-01-005) apoiada pelo Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde e Educação em Saúde da Inglaterra. As opiniões expressas nesta publicação são dos autores e não necessariamente do NHS, do National Institute for Health Research, da Health Education England ou do Department of Health.

## 19 Breve trabalho

### Esquema informado CBT

Stirling Moorey, Suzanne Byrne e Florian Ruths

#### Visão geral do capítulo

Este capítulo destina-se principalmente a terapeutas cognitivo-comportamentais (TCC) que buscam integrar idéias e técnicas da terapia do esquema em seu trabalho para aumentar a eficácia do tratamento. Primeiramente, ele explora algumas maneiras pelas quais os métodos da terapia do esquema, como o trabalho da cadeira, usando o 'modo de diálogo', podem ajudar a superar obstáculos na TCC padrão. Em seguida, considera como a compreensão das necessidades emocionais não satisfeitas do paciente pode enriquecer a conceituação de casos crônicos e resistentes ao tratamento e orientar a terapia. Uma formulação informada sobre o esquema pode permitir que o terapeuta introduza a reelaboração de imagens, reparações limitadas e confrontação empática dentro da estrutura da TCC. Essa abordagem é ilustrada por meio de uma descrição de caso de terapia com um paciente deprimido.

#### Esquemas em TCC e terapia de esquema

Os esquemas têm sido um componente central da teoria da TCC desde que Beck formulou pela primeira vez seu modelo cognitivo de depressão (Beck, 1963, 1964). No modelo de Beck, um esquema é uma estrutura hipotética para dar sentido ao mundo, para 'selecionar, codificar e avaliar estímulos de impacto' (Beck, 1964, p. 562). Os esquemas costumam ser resumidos como regras ou crenças (por exemplo, se eu cometer um erro, sou um inútil; devo ser sempre amado). Quando essas regras são aplicadas de maneira inflexível e generalizada, elas predispõem a dificuldades psicológicas. Jeffrey Young trabalhou com Beck, mas ficou insatisfeito com a aplicabilidade da terapia cognitiva aos transtornos de personalidade, em parte porque sua forte ênfase nas crenças não parecia fazer justiça à complexidade emocional dos pacientes que ele estava tratando. Seus primeiros esquemas desadaptativos (EMS) diferem dos esquemas beckianos de várias maneiras. Primeiro, há uma descrição mais explícita de desenvolvimento e etiologia do que leva a um SME: um esquema mal-adaptativo é formado quando as necessidades emocionais fundamentais da infância não são satisfeitas. Por exemplo, a falta de validação e a crítica constante dos pais levam a um Esquema de defeitos, enquanto a separação forçada pode

afetam o apego e levam a um Esquema de abandono. Em segundo lugar, os EMS são vistos como abrangendo não apenas cognições, mas também emoções, memórias e sensações corporais. Tudo isso normalmente vem 'online' como uma 'inundação' de experiência, o que explica os altos níveis de excitação frequentemente associados à ativação do esquema. Young destaca algumas maneiras pelas quais o EMS pode sabotar a TCC tradicional (Young et al., 2003, pp. 23-24).

1. Uma aliança terapêutica positiva pode ser difícil de construir se os pacientes tiverem esquemas no domínio Desconexão e Rejeição, por exemplo, Abandono, Desconfiança / Abuso.
2. Pode ser difícil identificar objetivos específicos se os pacientes tiverem esquemas no domínio de Autonomia e Desempenho Prejudicados, por exemplo, Dependência, Enredamento / Auto não desenvolvido).
3. Os pacientes podem achar difícil acessar e verbalizar cognições e emoções se tiverem esquemas no domínio Outra direção, por exemplo, Subjugação, Autossacrifício.
4. Os pacientes podem ter dificuldade em cumprir os deveres de casa se tiverem esquemas no domínio Limites prejudicados, por exemplo, Direitos, Controle insuficiente.

Pode-se acrescentar a esta lista a desconexão cabeça-coração comumente encontrada, em que os pacientes podem ver a irracionalidade de suas crenças, mas não podem evitar que se sintam mal, não amados ou desamparados. O modelo de Young argumentaria que essa incompatibilidade surge porque os componentes emocionais, somáticos e de memória dos esquemas não são suficientemente tratados na TCC tradicional. As técnicas da terapia do esquema podem ser usadas para lidar com alguns desses problemas que levam ao impasse ou à ruptura da aliança na TCC.

Um desenvolvimento importante na terapia do esquema foi o conceito de modos do esquema. Como foi descrito na Introdução, um modo de esquema é um termo de organização para entender os vários esquemas que podem estar ativos em um determinado momento. Em pessoas com transtorno de personalidade emocionalmente instável, certos esquemas tendem a se aglutinar em modos que ocorrem repetidamente: o Criança vulnerável, criança zangada, pai punitivo e Protetor destacado. Os indivíduos podem alternar entre esses estados de self e isso explica as rápidas mudanças no afeto e no comportamento em relação ao terapeuta durante a sessão. Pessoas com transtorno de personalidade carecem de um Adulto saudável modo, que representa a internalização da regulação emocional e calmante necessária para equilibrar os outros modos. A formulação de modo adiciona uma compreensão dinâmica à conceituação cognitiva mais estática do modelo de desenvolvimento de Beck, que funciona melhor para transtornos de personalidade do Tipo C, em vez do Tipo B. Esses estados de self separados são apenas uma forma extrema do que todos nós experimentamos: todos nós temos um modo de criança vulnerável em que nos sentimos inadequados, defeituosos, abandonados, não amados, etc., e todos nós empregamos modos de enfrentamento onde compensamos ou evitamos proteger nosso eu vulnerável. Abordar esses modos pode ajudar a desbloquear obstáculos na terapia.

Embora a terapia do esquema de longo prazo tenha se mostrado eficaz com transtornos de personalidade (ver Jacob & Arntz, 2013), a TCC continua sendo o tratamento de escolha para transtornos de ansiedade, depressão e transtornos alimentares (NICE, 2004a, b, c, 2005a, b, 2013). É muito cedo para dizer que uma forma pura de terapia do esquema para esses transtornos é tão eficaz (ver, por exemplo, a revisão de Taylor et al., 2017). No entanto, alguns dos princípios da terapia do esquema podem aumentar a TCC nos casos que não estão respondendo ao tratamento padrão.

## Aplicações dos princípios da terapia do esquema na TCC

### Superando obstáculos no CBT

A estrutura da terapia e da colaboração na TCC ajudam muito na prevenção da ativação do esquema em pacientes que não têm patologia de personalidade significativa. Há uma agenda clara, objetivos claros e o paciente é um parceiro ativo no processo de mudança (Moorey, 2014 pp. 128-129). Isso reduz as chances de má interpretação e permite que a terapia seja focada no problema, e não no relacionamento. Por exemplo, a postura colaborativa aberta da TCC pode aumentar a confiança em alguém com um esquema de desconfiança / abuso, onde o foco na interpretação e na associação livre pelo terapeuta psicodinâmico pode aumentar a suspeita. Apesar disso, os esquemas ainda são acionados e às vezes pode haver resistência às técnicas de mudança usadas na TCC. Um exemplo comum é o não cumprimento das tarefas de casa. Em transtornos de ansiedade,

Existem várias maneiras pelas quais a CBT negocia essas rupturas de aliança (ver Moorey & Lavender, 2018), mas os métodos de esquema nos permitem ir além deles para trabalhar em um nível mais emocionalmente vívido. Conceituando isso em termos de modos, por exemplo, podemos dizer que a falha em fazer o dever de casa vem do modo Protetor Desanexado atuando para proteger o modo Criança Vulnerável (que contém esquemas como defeitos, falha, vulnerabilidade a danos ou dependência / incompetência) Por meio do trabalho na cadeira, o terapeuta pede ao paciente para representar o seu lado que está dizendo que a mudança é muito arriscada. O terapeuta então se envolve em um diálogo com o modo Protetor Destacado, validando compassivamente (reconhecendo que o modo está fazendo o seu melhor para manter a Criança Vulnerável segura) e perguntando ao protetor o que a criança teme. Uma das suposições aqui é que a Criança Vulnerável está 'ouvindo'. No diálogo, o terapeuta utiliza o material da análise de custo-benefício mais cognitiva para dissipar os medos e reforçar as razões positivas para fazer o dever de casa. Por meio dessa discussão mais carregada de emoção, o terapeuta tranquiliza a Criança Vulnerável e combate os medos específicos. Um exemplo de caso é descrito abaixo.

Exemplo de caso de um diálogo de modo: Anna

Anna era uma mulher de quase 30 anos que apresentava depressão recorrente e dificuldades de relacionamento. Ela havia passado por episódios de transtorno do pânico e consumo excessivo de álcool. Sua mãe tinha sido emocionalmente negligente e seu pai era o cuidador principal, mas ele morreu quando ela tinha dez anos. Anna se descreveu como "sabotando" relacionamentos íntimos: ela mantinha seus sentimentos reprimidos e não expressava suas necessidades, mas isso a faria sentir-se frustrada e ressentida, e ela explodiria de raiva. Ela tinha alguns amigos próximos, mas achava difícil administrar qualquer crítica percebida. Como consequência, ela se retraía e ruminava. A terapia consistia em TCC padrão para depressão com programação de atividades e reestruturação cognitiva. À medida que os temas surgiram no início da terapia,

Anna fez algumas melhorias, mas a terapia travou e ela se esforçou para avaliar pensamentos automáticos negativos. Anna foi capaz de ver esses pensamentos de uma perspectiva racional, mas não sentiu nenhuma mudança emocional. Suas crenças principais eram 'Eu sou estúpida', 'Eu não valho nada' e 'Se os outros se aproximarem, vão me machucar ou me rejeitar'. A terapeuta introduziu o conceito de modos e o vinculou à sua formulação. O obstáculo para o progresso na terapia parecia ser um modo de protetor zangado, que dizia a ela: 'Não chegue muito perto porque você vai se machucar (porque você não é digno de amor e não vale a pena)' e 'Se os outros chegarem perto, eles vão se machucar e rejeitar você'. Isso a protegeu da rejeição externa e também de sua voz crítica interna (modo Pai punitivo), que disse a ela que 'Isso é tudo que você merece porque você é estúpido e inútil'. O trabalho da cadeira ajudou a ilustrar os modos dominantes e seus efeitos. Anna se moveu de cadeira em cadeira conforme os modos falavam. Um momento chave durante este trabalho foi o diálogo com o modo Angry Protector de Anna. Os prós e contras do modo Angry Protector foram explorados. Anna reconheceu seu valor para ela quando criança, mas começou a questionar seu lugar em sua vida adulta. Seu Adulto Saudável olhou para os prós e contras da mudança - os riscos e benefícios de ser mais gentil consigo mesma, assumindo riscos nos relacionamentos baixando a guarda e expressando suas necessidades. Anna começou a experimentar a redução de comportamentos ligados ao seu modo de Protetor irritado, usando um flashcard de esquema (modo) para lembrá-la de que ela não precisava mais desse tipo de proteção. Ela experimentou 'rebaixar o muro', expressando suas necessidades e houve uma melhora significativa em muitos relacionamentos. Anna permaneceu com medo de uma intimidade mais próxima e logo após iniciar um novo relacionamento chegou a uma sessão chateada, pois ela podia reconhecer 'antigos padrões de comportamento' e seu modo 'padrão' sendo 'ativado'. Ela relatou sentir ciúme de seu novo parceiro e ser crítica e retraída. Outros trabalhos na cadeira foram usados com base em um incidente recente. Um diálogo entre o modo Adulto Saudável de Anna e o modo Protetor Zangado foi criado e é descrito abaixo. Anna decidiu ligar para ela. Ela relatou sentir ciúme de seu novo parceiro e ser crítica e retraída. Outros trabalhos na cadeira foram usados com base em um incidente recente. Um diálogo entre o modo Adulto Saudável de Anna e o modo Protetor Zangado foi criado e é descrito abaixo. Anna decidiu ligar para ela.

O modo Angry Protector é uma 'Velha' que parece ajudar a descentrar o modo.

VELHA: Você é estúpido por confiar nele, você precisa estar em guarda, ele vai só machucar você. Você não merece felicidade - é melhor sair agora.

ANNA SAUDÁVEL: Você precisa parar de se comportar dessa maneira comigo, me dizendo nada dura para sempre e estar em guarda. Eu entendo por que você está lá, mas na verdade está piorando as coisas.

VELHA: [chocado por ser questionado] Você vai se machucar e você está estúpido por não ver isso. Você não merece a felicidade e precisa estar em guarda.

ANNA SAUDÁVEL: Olha, eu sei que você acha que tem meus melhores interesses no coração e você saiu do tempo terrível que passamos em casa. Você tentou me proteger quando eu era uma garotinha, mas não preciso de sua proteção agora. Na verdade, você está piorando as coisas. Você me deixa ansioso e deprimido e afasta as pessoas. Vale a pena amar, tenho muitos bons amigos e sou forte o suficiente para correr o risco de me machucar. Eu quero que você abaixe o volume e me deixe aproveitar minha vida.

VELHA: Estou preocupado que você se machuque. ANNA SAUDÁVEL: Posso me machucar, mas tudo bem. Já me machuquei antes e tenho sobreviveu. Sou forte o suficiente para lidar com isso.

VELHA: [desapareceu].

#### Melhorar a TCC para casos resistentes ao tratamento

Há evidências de que as pessoas com depressão crônica têm maior probabilidade de ter experimentado adversidades significativas na infância, incluindo vínculo parental pobre, do que aquelas com depressão aguda (Lizardi et al., 1995), apego mais inseguro (Fonagy et al., 1996) e adverso ambientes domésticos iniciais (Durbin et al., 2000). Essa adversidade pode significar que há uma falta de evidências convincentes para contrariar as crenças negativas básicas do paciente. Por exemplo, alguém com um esquema de defeito pode ter ouvido repetidamente que era estúpido e, por causa de sua falta de confiança, passou a se dar mal na escola. Alguém que foi cuidado desde cedo pode ter um esquema de Abandono baseado em muitas mudanças de pais adotivos. Um paciente com um esquema de emaranhamento pode não ter tido a experiência de ter permissão para funcionar de maneira autônoma. Nesses casos, necessidades importantes da infância não foram atendidas. As técnicas cognitivas promovem a mudança intelectual, mas a defasagem cabeça-coração significa que os sentimentos de vergonha, abandono ou dependência têm precedência sobre o pensamento racional.

Na TCC tradicional, o paciente pode ficar preso em um ciclo ruminativo em que o lado racional está debatendo sem sucesso com o lado emocional. Em outras ocasiões, a ativação do esquema pode oprimir o eu racional. Quando um esquema de abandono é ativado, pode parecer que você tem seis anos de idade novamente,

experienciar a morte de sua mãe ou, quando ficar na frente de seu chefe que está gritando com você desencadeia um esquema de defeito, pode parecer como se você fosse um garotinho sendo repreendido por seu pai. O Adulto Saudável não é forte o suficiente para lidar com esse 'ataque de esquema'. As técnicas mais experenciais da Terapia do Esquema têm algo a oferecer aos pacientes com dificuldades crônicas. No trabalho de imaginação, o Adulto Saudável do paciente, ou, se for muito subdesenvolvido, o terapeuta, entra em cena como um salvador ou chupador. No trabalho da cadeira, o terapeuta mostra como responder ao pai punitivo.

#### Reescrever imagens

O trabalho com imagens tem sido usado há muito tempo na TCC padrão: por exemplo, Beck et al. (1979) descreve o uso de ensaio de imagens na depressão. A reescrita de imagens é uma intervenção fundamental na Terapia do Esquema, conforme descrito na Parte II. Essa abordagem foi adaptada para uso em TCC para transtornos de ansiedade - por exemplo, para direcionar as memórias iniciais ligadas a autoimagens negativas na ansiedade social (Wild et al., 2008). A maneira como a reescrita de imagens é usada varia de acordo com o caso e a natureza da apresentação. Alguns exemplos são descritos abaixo de nossa prática clínica:

1. Imagens de lugar seguro (Young et al., 2003 p. 113) foram usadas no início e no final das sessões de imagens com John, um homem de 45 anos que experimentou PTSD com dissociação no contexto de abuso sexual na infância por seu tio. John usou imagens de lugares seguros para gerenciar altos níveis de emoção. Isso ajudou a desenvolver seu modo de adulto saudável e a reduzir a dependência de seu modo de protetor independente (que estava associado ao uso de drogas e álcool). John progrediu na terapia e suas imagens de lugar seguro foram adaptadas para ajudá-lo a controlar o desejo de usar cannabis e álcool; quando angustiado, ele trouxe uma voz suave que o lembrou de que ele poderia lidar com isso, os sentimentos se dissipariam com o tempo e não era culpa dele.
2. Ruth, de 55 anos, apresentava depressão crônica e histórico de bulimia nervosa. Ao longo de sua infância, ela e seus irmãos sofreram abusos físicos de seu pai. Sua mãe foi cúmplice nisso e disse-lhes que isso era 'o que eles mereciam e deveriam esperar de suas vidas'. Ruth progrediu na terapia, mas os sentimentos de inutilidade e vergonha permaneceram proeminentes, junto com a crença de que ela "precisava estar em guarda o tempo todo ou algo ruim aconteceria". Imagens de ligação foram usadas a partir de um evento perturbador recente: a terapeuta pediu a Ruth para segurar os sentimentos, mas deixar a imagem ir e ver se uma imagem de sua infância lhe veio à mente (Arntz, 2012; Arntz & Weertman, 1999). A imagem de infância de Ruth era de ter oito anos, sozinha na cozinha com seu pai, sentindo medo e sabendo pela expressão em seu rosto que ele iria bater nela. Como Ruth havia sofrido abusos físicos prolongados e não recebeu cuidados parentais adequados, a terapeuta ajudou

seu adulto saudável. A Ruth adulta ficou com muito medo de falar com o pai, mas conseguiu ficar na porta da cozinha dando instruções ao terapeuta. A terapeuta ficou na frente da pequena Ruth e de seu pai e disse a ele que ele não deveria bater em Ruth, que ele deveria ter vergonha de si mesmo por bater nela, 'Ruth é apenas uma criança e precisa ser protegida e amada'. A pequena Ruth queria sair da cozinha e foi informada de que ela não era a culpada e que o serviço social não permitiria que seu pai batesse nela novamente. A pequena Ruth ainda estava com medo e queria sair de casa e ir ao parque local e sentar-se ao sol no colo da Ruth mais velha e ter o terapeuta sentado ao lado delas. Ela queria que eles se sentassem perto dos balanços, onde se sentisse segura e confortada e quisesse jogar nos balanços.

### Reparação limitada

Um bom terapeuta de TCC será adepto de ajustar seu estilo dependendo da natureza da apresentação do paciente: por exemplo, ajustando o contato visual no início da terapia com um paciente socialmente ansioso, modelando compaixão para um paciente autocrítico ou imperfeição para um paciente perfeccionista. Ao trabalhar com pacientes mais complexos, as qualidades relacionais essenciais de cordialidade, empatia e consideração positiva muitas vezes não são suficientes em si mesmas: por exemplo, um paciente com um esquema de desconfiança / abuso como resultado de abuso parental pode esperar e experimentar o terapeuta como permitindo eliminá-los, mesmo quando o terapeuta é confiável. A reparação limitada oferece ao terapeuta de TCC alguns princípios orientadores para gerenciar o relacionamento com casos complexos em TCC de curto prazo (ver também, Lavender & Startup, 2018). O objetivo da reparação limitada é ajudar o paciente a desenvolver e fortalecer seu Adulto Saudável. O paciente internaliza suas experiências do terapeuta e do relacionamento da terapia. A reparação limitada será guiada por uma formulação individual das necessidades não atendidas do paciente; os terapeutas são aconselhados a pensar no que um bom pai faria por cada paciente individualmente. Ser flexível é fundamental, com o objetivo de "atender parcialmente às necessidades não atendidas da criança dentro dos limites do relacionamento terapêutico" (Young et al., 2003, p. 183). O terapeuta precisa ser confiável, confiável e comunicar ao paciente que está interessado, se preocupa e aceita por ele. Como a TCC é geralmente mais curta do que a terapia do esquema, pode ser mais apropriado ver este trabalho como "promoção limitada" em vez de reparação limitada (Nick Gray,<sup>1</sup>

É essencial formular as necessidades não atendidas de um paciente, de modo que a reparação limitada possa ser adaptada às necessidades específicas em pontos-chave durante a terapia. As adaptações podem incluir o contato entre as sessões, como comunicação por e-mail ou telefone. Ruth valorizou a oportunidade de entrar em contato com o terapeuta entre as sessões; embora raramente o fizesse, ela descobriu que isso era válido e contido. É importante considerar a preparação para ausências, particularmente

para pacientes com esquemas de abandono. Alguns terapeutas darão a seus pacientes um objeto transicional, como uma caneta usada na sessão, uma gravação de áudio com a voz do terapeuta ou um objeto que simboliza uma mensagem-chave. Ruth e sua terapeuta haviam discutido como todas as crianças tinham o direito fundamental de ser protegidas e Ruth falou sobre como ela admirava a bravura, força e dedicação de uma leoa protegendo seus filhotes. Em uma sessão subsequente, pouco antes de um feriado planejado, o terapeuta de Ruth deu a ela um chaveiro com uma leoa de brinquedo nele, o que lembrou a Ruth que ela estava "segura agora e poderia se proteger". Isso ajudou Ruth a desenvolver seu senso de autoeficácia e competência (o modo de adulto saudável).

Algumas intervenções de TCC padrão podem ser entendidas como uma forma de reparação limitada em si mesmas, como quando os terapeutas apoiam os pacientes para fazer experiências com a alteração de crenças e comportamentos desadaptativos - por exemplo, encorajando um paciente deprimido a se esforçar para dar uma caminhada quando se sente desanimado humor, ou levar em consideração seus sintomas ao avaliar uma sensação de domínio e prazer. Como um pai, o terapeuta fornece um andaime onde o paciente pratica algo na segurança da terapia para que ele ou ela possa passar a fazer isso sozinho (semelhante à Zona de Desenvolvimento Proximal de Vygotsky: Vygotsky, 1978). Os terapeutas de TCC encorajam a autonomia e, assim, abordam indiretamente os esquemas de dependência / incompetência. Com pacientes com apresentações mais complexas, pode ser útil identificar necessidades específicas não atendidas nesta área,

#### Confrontação empática

O confronto empático também pode ser adaptado para uso na TCC. Joan, de 30 anos, estava se entorpecendo com Diazepam depois de ser despedida; ela se esqueceria de ir aos compromissos. Seu terapeuta demonstrou empatia com a função de seu comportamento e relacionou isso às suas crenças subjacentes originadas de experiências de negligência dos pais. Ela encorajou Joan a experimentar maneiras mais adaptáveis de controlar sua dor. Além do trabalho da cadeira, Joan foi incentivada a desenvolver estratégias alternativas para reconhecer e gerenciar seu sofrimento, incluindo ligar para o terapeuta entre as consultas.

#### Esquema informado CBT em ação

Apresentamos um exemplo de caso de um paciente com depressão recorrente e necessidades emocionais básicas da infância não atendidas.

Jag era um jornalista britânico-asiático de 38 anos. Ela era casada e tinha duas filhas de cinco e sete anos. Jag estava afastado do trabalho há seis meses devido a uma depressão severa. Sua depressão foi caracterizada por culpa significativa por desapontar seus colegas, ruminações críticas sobre ser incapaz de trabalhar, ansiedade sobre seu futuro no jornalismo e irritabilidade com seus filhos e

marido. Jag recebeu um curso de 15 sessões de TCC para depressão. Sua mãe tinha sido muito crítica e ligada ao fato de ela ser uma 'boa menina', o que criou uma crença central: 'No fundo, eu sou má'. Sua amabilidade estava ligada a agradar a mãe. Ela desenvolveu as crenças intermediárias: 'Se eu não der o meu melhor, decepcionarei os outros', 'As necessidades dos outros são mais importantes' e 'Faça o que fizer, nunca serei bom ou suficiente'. Suas estratégias compensatórias antes de seu colapso incluíam trabalhar horas excessivas e trabalhar no computador durante a noite. O tratamento incluiu ativação comportamental, higiene do sono, teste de suas crenças perfeccionistas e coleta de dados de seu histórico de vida para apoiar as crenças básicas alternativas: 'Eu sou boa no que faço', 'No geral, sou uma boa pessoa com boas intenções' e 'Mereço ser amada pelos amigos e pela família'. Jag voltou ao trabalho em tempo integral. e recebeu alta.

Jag voltou 18 meses depois com depressão e automutilação, usando cortes superficiais e batidas de cabeça para ajudá-la a controlar um profundo sentimento de culpa. Suas crenças negativas foram reativadas. Ela sentiu que não deveria estar aqui e precisava ser punida. Após uma revisão psiquiátrica, a quetiapina foi adicionada para aumentar o efeito dos antidepressivos. Sua ansiedade e agitação diminuíram e sua automutilação parou. O tamanho de suas necessidades infantis não satisfeitas era mais significativo do que se pensava anteriormente. A educação da mãe de Jag foi às vezes cruel: ela tinha acessos de raiva imprevisíveis e impulsivamente batia nas crianças por ofensas que elas nem mesmo cometeram. Jag se lembrou de ter que consertar a fivela do cinto de segurança do irmão mais novo no carro. Quando ela falhou porque era complicada, sua mãe gritou e delirou e bateu no rosto dela. Se Jag chorou, sua mãe disse para ela parar de chorar, caso contrário ela iria bater de novo por chorar. Boas notas e comportamento complacente deixariam minha mãe de bom humor, com menos socos e gritos.

#### Apresentando elementos informados sobre o esquema na terapia de TCC

Jag concordou em se envolver no esquema CBT informado. Depois que o modelo de esquema foi compartilhado, o Young Schema Questionnaire (YSQ) indicou crenças de esquema na faixa leve a moderada em 11 domínios. A terapeuta decidiu que ela se beneficiaria de uma abordagem de modelo de modo. Jag entendeu o conceito de necessidades emocionais básicas da infância e identificou necessidades não atendidas em todos os domínios. Por exemplo, no domínio Desconexão e Rejeição, ela perdeu segurança, previsibilidade, validação e confiança, enquanto no domínio Autonomia faltou orientação e um firme senso de identidade. Ela ressoou fortemente com a necessidade de expressar emoções válidas. Brincadeira e espontaneidade quase não existiam em sua infância, e ela lutou para trazer à tona qualquer lembrança daquele domínio. Jag lembrava-se dos limites fortes, senão excessivos, de seus pais, especialmente de sua mãe. Um mapa de modo foi desenvolvido. Ela ressoou fortemente com os modos Pai Exigente e Punitivo. Em um exercício de cadeira, ela entendeu como os modos de enfrentamento desadaptativos 'People Pleaser' (Compliant Surrender), 'Cutter' (Avoidant Self-Soother) e 'Hard Worker' (Overcompensator)

manifestaram-se constantemente. Ela lutou para chegar perto de seu pequeno e solitário Jaguar abusado. Ela ficou com raiva ao assumir a cadeira do modo Punitivo - 'Este sou eu constantemente, esta maldita cadeira nunca para de falar!' Quando de volta à sua cadeira de terapia usual, Jag tinha pouca noção de como um Adulto Saudável poderia equilibrar as necessidades de trabalho, necessidades familiares e a necessidade de relaxamento e diversão.

#### Trabalho imagético

Sessão por sessão, os modos foram explorados e compreendidos. Quando emoções mais fortes surgiram, quando Jag percebeu tristeza, medo ou raiva mais intensos, isso foi conectado de volta às memórias de sua infância. Por exemplo, ao relatar um momento de medo enquanto verificava e-mails em seu computador de trabalho, ela foi convidada a fazer um exercício de imagens mentais com uma 'ponte de afeto' para sua infância. Fechando os olhos e verificando as sensações corporais e o tom emocional, Jag lembrou-se de sua mãe ficar zangada com o irmão mais novo de Jag porque ele não estava com os sapatos, pronto para a escola. Mamãe já estava atrasada e bateu na cabeça das crianças, culpando Jag por não ajudar o irmão. A terapeuta pediu a Jag para descrever as reações da mãe vividamente e na primeira pessoa tensa "como se estivesse acontecendo agora": a expressão no rosto da mãe, os ruídos que ela estava fazendo, etc. Pouco antes de minha mãe bater nas crianças, a terapeuta pediu a Jag que congelasse a imagem. A terapeuta então pediu permissão para entrar na imagem e se colocou em uma posição que protegeu as duas crianças. A necessidade central não atendida na imagem era de segurança e proteção. Em um ato de reparação parcial, o terapeuta incorporou a boa figura parental e protegeu os dois filhos, limitando a raiva da mãe e respondendo aos pedidos de Jag para mantê-la completamente segura. Quando Jag disse que sentia pena de sua mãe, o terapeuta disse que sua mãe seria enviada para aulas de pais para se tornar uma mãe melhor e mais amorosa. Até então, a terapeuta protegeria os filhos, trazendo figuras de confiança, como a avó paterna, para assumir até que a mãe melhorasse. A terapeuta assegurou à criança que a mãe nunca mais ficaria com raiva, e não seria capaz de retaliar mais tarde. Uma vez que Jag se sentiu completamente seguro e calmo, a imagem foi eliminada. Sessões alternadas foram usadas para reestruturação cognitiva e mudança de padrão de comportamento. A reestruturação cognitiva focou nas mensagens exigentes que vinham do modo Crítico Punitivo. O terapeuta desenvolveu mensagens alternativas e mais saudáveis. Jag aprendeu que esse modo é uma forma de intimidação interna e foi encorajada a se levantar de sua cadeira de Adulto Saudável e lutar contra o agressor de forma assertiva, banindo-o para o passado e ridicularizando sua posição. O terapeuta desenvolveu mensagens alternativas e mais saudáveis. Jag aprendeu que esse modo é uma forma de intimidação interna e foi encorajada a se levantar de sua cadeira de Adulto Saudável e lutar contra o agressor de forma assertiva, banindo-o para o passado e ridicularizando sua posição.

#### Modo de trabalho

Os modos de enfrentamento foram colocados em cadeiras que bloqueavam o acesso do modo Adulto Saudável à cadeira de Criança Vulnerável e Abusada. A história e o valor dos modos de enfrentamento durante a infância foram reconhecidos: 'Eu te conheço'

foram úteis quando eu era criança, mas agora você não está ajudando mais. Você precisa se afastar! ' O coping desadaptativo foi analisado com mais detalhes: Jag entendeu a automutilação como uma forma de autopunição para cumprir a parte punitiva. Ela percebeu que sua sobrecompensação por meio do trabalho duro não atendia à necessidade de elogios, segurança e empatia pelo sofrimento de seu filho vulnerável. Ele precisava se afastar. A cadeira de criança vulnerável foi então trazida para perto de sua cadeira de adulto saudável. Ela agora poderia acalmar a Criança Vulnerável diretamente e dizer a ela: 'Estou aqui para mantê-la segura. Nada de ruim vai acontecer mais, deixe-me lidar com o valentão! ' - Estou tão orgulhoso de você por me deixar estar aqui com você, posso ver seu medo. Tudo bem que você esteja ansioso!

Jag gradualmente viu como suas necessidades de infância não atendidas deixaram memórias emocionais que impulsionaram seu comportamento adulto. Os modos ainda estavam ativos, mas Jag se assegurou de que o modo Adulto Saudável estava crescendo lentamente em força. O terapeuta modelou a compaixão ao tranquilizar Jag e apoiá-la em sua jornada. O funcionamento social de Jag melhorou; ela voltou ao trabalho e recebeu um bom feedback de seu gerente. No entanto, Jag achou difícil lidar com conflitos no trabalho. O terapeuta representou situações complicadas e carregadas de conflito com ela e ambos testaram maneiras diferentes de afirmar a preferência de Jag, expressando seus sentimentos autênticos com mais clareza e evitando o desencadeamento de modos de enfrentamento. Jag desenvolveu uma rotina comportamental para responder com compaixão e conter sua criança vulnerável: ela ouviu flashcards gravados na voz do terapeuta, trazia a imagem de um lugar seguro e mandava uma mensagem de texto para o marido, que mandava um emoticon para lembrá-la de que estava presente para ela. Jag tinha um velo macio especial que ela seguraria como um estímulo sensorial auto-calmante. Essa combinação de técnicas ajudou a curar os esquemas e a dar a Jag habilidades cognitivas, comportamentais e focadas na emoção para gerenciar seus modos de maneira mais eficaz. Os escores de ansiedade e depressão de Jag diminuíram ainda mais, ela precisou de menos dias de folga do trabalho e começou a baixar a quetiapina após seis meses. Habilidades comportamentais e focadas na emoção para gerenciar seus modos de maneira mais eficaz. Os escores de ansiedade e depressão de Jag diminuíram ainda mais, ela precisou de menos dias de folga do trabalho e começou a baixar a quetiapina após seis meses. Habilidades comportamentais e focadas na emoção para gerenciar seus modos de maneira mais eficaz. Os escores de ansiedade e depressão de Jag diminuíram ainda mais, ela precisou de menos dias de folga do trabalho e começou a baixar a quetiapina após seis meses.

As sessões foram então eliminadas: passando de semanais para quinzenais e depois mensais para ajudar Jag a lidar com a separação de seu terapeuta ao longo do tempo, sem se sentir extremamente dependente. As mensagens de texto entre as sessões chegavam a cerca de uma por mês. Jag começou a reconhecer esquemas em colegas e amigos e se ofereceu como voluntário na Mind para ajudar outras pessoas com necessidades infantis não atendidas. O terapeuta e Jag mantiveram contato e agora se encontram "se e quando necessário". Mensagens de texto ainda são trocadas ocasionalmente.

## Considerações de serviço

Em muitos países, a TCC é a principal modalidade usada nos serviços de saúde mental com financiamento público, refletindo sua forte base de evidências em uma série de transtornos.

Na Inglaterra, a maior parte da TCC é fornecida em serviços de terapia psicológica dedicados, com vínculos estreitos com a atenção primária: a melhoria do acesso a

Serviços de Terapias Psicológicas (IAPT). Eles tratam ostensivamente os transtornos mentais comuns de ansiedade e depressão, mas os casos vistos são frequentemente complexos e há uma comorbidade considerável. Por exemplo, Hepgul et al. (2016) descobriram que 72% dos pacientes atendidos nos serviços do IAPT preencheram os critérios para dois ou mais transtornos psiquiátricos, enquanto 69% demonstraram traços de transtorno de personalidade e 16% preencheram os critérios para transtorno de personalidade limítrofe. Usar os métodos informados sobre o esquema descritos neste capítulo pode ajudar a superar obstáculos à TCC de curto prazo e aumentar sua eficácia, mas como essas técnicas podem ser aplicadas no IAPT e em serviços de TCC semelhantes em outros países? O IAPT é usado como exemplo aqui, mas uma abordagem semelhante poderia ser adotada com outros serviços de CBT com tempo limitado.

Os serviços IAPT variam no tempo disponível para um curso de terapia, mas 12 sessões parece ser o período médio de tempo. Certamente, é possível usar métodos de esquema, como o diálogo de modo, em um breve curso de terapia quando um impasse é alcançado, e isso muitas vezes será suficiente para colocar a terapia de volta nos trilhos. No entanto, pode ser difícil aplicar as técnicas que descrevemos para casos mais resistentes ao tratamento em muito menos de 20 sessões. Em nossa experiência, os serviços devem considerar a flexibilidade ao oferecer terapia para casos mais complexos. Muitos serviços IAPT têm um sistema para revisar a terapia quando os pacientes não estão se recuperando, a fim de tomar uma decisão informada sobre a oferta de terapia além do contrato normal. O terapeuta IAPT, junto com seu supervisor, pode formular as necessidades emocionais não satisfeitas do paciente e, em seguida, considerar uma tentativa de intervenções baseadas na experiência, como reescrever imagens, para atender a essas necessidades. Às vezes, entre três e cinco sessões podem ser suficientes para levar a terapia adiante. Os serviços de atenção secundária geralmente têm mais flexibilidade do que o IAPT no número de sessões que podem oferecer, e esses podem ser os serviços onde a TCC informada por esquema para casos crônicos resistentes ao tratamento tem mais a oferecer. Uma compreensão e um conjunto de habilidades no trabalho com base em esquemas podem dar aos terapeutas confiança para oferecer ajuda direcionada, em vez de apenas mais do mesmo. Se os terapeutas estiverem usando intervenções da Terapia do Esquema, incluindo reparação limitada, a duração das sessões oferecidas deve ser considerada e o término da terapia deve ser considerado cuidadosamente. Isso é mais importante do que na terapia do esquema de longo prazo, porque há menos tempo para se preparar para o final. É importante considerar a preparação diminuindo / escalonando as sessões e tendo sessões de reforço ou alguma forma de comunicação (por exemplo, e-mail ou contato de texto por um tempo limitado, como no Jag acima) após o término da terapia formal face a face.

Os terapeutas não devem empreender esse trabalho sem algum treinamento: vários cursos estão agora se tornando disponíveis tanto em Terapia do Esquema formal quanto no trabalho informado sobre o esquema. A supervisão clínica é vital no tratamento de casos complexos porque a interação entre os esquemas do paciente e do terapeuta (ou seja, transferência e contratransferência) pode muitas vezes ter um impacto no relacionamento colaborativo (Moorey & Byrne, 2018). A supervisão fornece um espaço no qual as crenças e os esquemas do terapeuta podem ser discutidos. A disponibilidade de terapeutas de esquema treinados para fornecer supervisão

é limitado, então os serviços podem considerar a supervisão de pares entre terapeutas que receberam algum treinamento de esquema quando casos complexos estão envolvidos.

## Resumo

Os métodos de esquema oferecem uma adição excitante ao arsenal do terapeuta de TCC. As ideias de esquema podem ser integradas na TCC padrão sem prejudicar o poder da formulação cognitivo-comportamental focada no problema, que é a grande força do modelo. Duas maneiras pelas quais essa integração pode ser alcançada foram descritas aqui. As técnicas podem ser usadas para superar obstáculos na terapia e as técnicas podem ser usadas para melhorar o resultado em casos crônicos. Compreender as necessidades não atendidas da infância pode enriquecer a formulação da TCC e ajudar os terapeutas a direcionar intervenções mais baseadas na experiência, como reparação limitada, trabalho na cadeira e reescrita de imagens.

### Dicas de terapeuta

1. Uma formulação informada sobre o esquema pode fornecer uma conceituação do self como parte de uma estrutura de TCC.
2. A reparação limitada oferece ao terapeuta de TCC alguns princípios orientadores para gerenciar o relacionamento com casos complexos em TCC de curto prazo.
3. Todas as técnicas padrão de mudança da Terapia do Esquema (imagens, trabalho na cadeira, confrontação empática e definição de limites) podem ser integradas à TCC de tempo limitado.
4. A supervisão clínica é vital ao tratar casos complexos porque a interação entre o paciente e os esquemas do terapeuta (isto é, transferência e contratransferência) pode freqüentemente ter um impacto no relacionamento colaborativo.

### Observação

1 Alguns trabalho piloto encorajador na aplicação de terapia do esquema de grupo breve de 20 sessões em transtornos de personalidade mista foi relatado por Skewes et al. (2015).

## Leitura adicional

Boersen, J. & van Vreeswijk, M. (2015). Terapia do esquema em grupos: um proto de TCC de curto prazo col. Em van Vreeswijk et al. (ed.)*The Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy. Teoria, Pesquisa e Prática*.Wiley Blackwell.

## Referências

Arntz, A. (2012). Reescrever imagens como uma técnica terapêutica: revisão da clínica ensaios, estudos básicos e agenda de pesquisa. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3 (2), 189–208.

- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Tratamento de memórias de infância: Teoria e prática. *Pesquisa e Terapia Comportamental*, 37 (8), 715-740.
- Beck, AT (1963). Pensamento e depressão: I. Conteúdo idiosincrático e cognitivo distorções. *Arquivos de Psiquiatria Geral*, 9 (4), 324-333.
- Beck, AT (1964) Pensamento e depressão II: Teoria e terapia. *Arquivos Gerais Psiquiatria*, 10, 561-571.
- Beck, AT, Rush, AJ, Shaw, BF & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva para depressão*. Nova York: Guilford Press.
- Durbin, CE, Klein, DN & Schwartz, JE (2000). Prevendo o resultado de 2 anos e meio de transtorno distímico: os papéis da adversidade na infância e a história familiar de psicopatologia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (1), 57-63.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. ... Gerber, A. (1996). A relação do estado de apego, classificação psiquiátrica e resposta à psicoterapia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 22-31.
- Hepgul, N., King, S., Amarasinghe, M., Breen, G., Grant, N., Gray, N. .... Wingrove, J. (2016). Características clínicas dos pacientes avaliados em um serviço de Melhoria do Acesso às Terapias Psicológicas (IAPT): Resultados de um estudo de coorte naturalístico (Predição do Resultado Após a Terapia Psicológica; PROMPT). *BMC Psychiatry*, 16 (52). doi: 10.1186 / s12888-016-0736-6
- Jacob, GA & Arntz, A. (2013). Terapia do esquema para transtornos de personalidade - uma revisão. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6 (2), 171-185.
- Lavender, A. & Startup, H. (2018). Transtornos de personalidade. Em S. Moorey e A. Lavender (eds.) *A relação terapêutica na TCC*. Londres: SAGE, pp. 174-188.
- Lizardi, H., Klein, DN, Ouimette, PC, Riso, LP, Anderson, RL & Donaldson, S. K. (1995). Relatos do ambiente doméstico da infância na distimia de início precoce e na depressão maior episódica. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 132-139.
- Moorey (2014). - São eles ou sou eu? Em A. Whittington & N. Gray (eds.). *Como Torne-se um terapeuta CBT mais eficaz: Dominando a Metacompetência na Prática Clínica* (Primeira ed. Chichester: John Wiley & Sons, pp. 132-143. Moorey, S. & Lavender, A. (eds.) (2018). *A relação terapêutica na TCC*. Londres: SÁBIO.
- Moorey e Byrne. (2018) *Supervisão em S. Moorey & A. Lavender (eds.)The Therapista Relacionamento pediátrico em CBT*. Londres: SAGE, pp. 256-270.
- LEGAIS. (2004a). Ansiedade: gestão da ansiedade (transtorno do pânico, com e sem agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada) em adultos em cuidados primários, secundários e comunitários. *Clinical Guideline 22*, National Institute for Clinical Excellence.
- LEGAIS. (2004b). Depressão: Gestão da depressão na atenção primária e secundária. *Clinical Guideline 23*, National Institute for Clinical Excellence.
- LEGAIS. (2004c). Transtornos alimentares: reconhecimento e tratamento. *Diretrizes clínicas 9*. Instituto Nacional de Excelência Clínica.
- LEGAIS. (2005a). Transtorno obsessivo-compulsivo: principais intervenções no tratamento de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal. *Clinical Guideline 31*, National Institute for Clinical Excellence.
- LEGAIS. (2005b). Transtorno de estresse pós-traumático (PTSD): O manejo do PTSD em adultos e crianças na atenção primária e secundária. *Clinical Guideline 26*, National Institute for Clinical Excellence.
- LEGAIS. (2013). Transtorno de ansiedade social: reconhecimento, avaliação e tratamento. *Clínico Diretriz 159*, Instituto Nacional de Excelência Clínica.

- Skewes, SA, Samson, RA, Simpson, SG & van Vreeswijk, M. (2015). Curto prazo terapia de esquema de grupo para transtornos de personalidade mista: um estudo piloto. *Fronteiras em psicologia*, 5, 1592.
- Taylor, CDJ, Bee, P. & Haddock, G. (2017). A terapia do esquema muda os esquemas e sintomas? Uma revisão sistemática em transtornos de saúde mental. *Psicologia e psicoterapia*, 90, 456–479.
- Vygotsky, LS (1978). *Mente na sociedade: o desenvolvimento de processos psicológicos superiores*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wild, J., Hackmann, A. & Clark, DM (2008). Reescrever as primeiras memórias ligadas a imagens negativas na fobia social: um estudo piloto. *Terapia Comportamental*, 39 (1), 47–56.
- Young, JE, Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). *Terapia do esquema: um praticante Guia*. Nova York: Guilford Press.

# 20 Finais e a terapia relação

Tünde Vanko e Dan Roberts

A relação terapêutica constitui a base para a mudança na Terapia do Esquema (ST) - é a arena na qual o paciente e o terapeuta aprendem juntos sobre os esquemas e modos que surgem entre eles, é onde a reparação limitada ocorre e também é onde os esquemas e os modos são desafiados empaticamente e começam a mudar. Paciente e terapeuta crescem (e freqüentemente lutam) juntos neste processo e as qualidades e desafios de seu relacionamento terapêutico assumem um significado extra à medida que seu trabalho chega ao fim. Se você perguntar a um paciente sobre sua experiência de uma terapia anterior, é mais do que provável que ele fale sobre o relacionamento e isso geralmente parece fundamental para o que ele internalizou e tirou do trabalho.

O término reacende todos os elementos-chave e o material do ST: padrões de apego, esquema central (Abandono, Isolamento), necessidades não atendidas (de presença, envolvimento, calor e amor) e formas básicas de enfrentamento (Evitação, Entrega, Supercompensação), todos que se desenrolam a sério à medida que a separação se aproxima. Obviamente, a esperança é que, após o final das sessões face a face, o vínculo terapêutico, de certo modo, continue, já que tanto o terapeuta quanto o paciente mantêm um ao outro e seu relacionamento "em mente". No entanto, o grau de trauma da infância e a força dos modos do paciente podem afetar sua capacidade de recorrer a esse tipo de internalização. Os modos do terapeuta também podem dificultar ou complicar o apego. Assim, terminações no contexto de ST são provavelmente um saco misturado;

A relação terapêutica também é única no sentido de que paciente e terapeuta têm trabalhado para um fim desde o início. Até este ponto, o paciente e o terapeuta provavelmente estiveram focados em objetivos razoavelmente específicos, geralmente com um período de tempo acordado em mente. Idealmente, a fase final ocorre quando os pacientes alcançaram esses objetivos e fizeram progresso suficiente em termos de cura do esquema, um afrouxamento da confiança em modos de enfrentamento mal-adaptativos e mudanças desejadas em áreas-chave de sua vida, mas nem sempre é esse o caso. As terminações também podem surgir no contexto de uma terapia que não está funcionando

, levando a sentimentos de decepção e pesar, pois as mudanças esperadas não se concretizaram.

Este capítulo considera as maneiras pelas quais a qualidade do relacionamento da terapia influencia a fase final da terapia e o que o paciente leva consigo após o término das sessões presenciais. Ele considera como a teoria do apego pode informar nossa compreensão das terminações e como podemos adaptar nossa postura terapêutica para ajudar a promover o crescimento e a autorregulação, mesmo após o término da terapia. Também discutimos maneiras de gerenciar rupturas terapêuticas e finais complicados. Compartilhamos algumas idéias práticas e experiências pessoais sobre terminações com uma variedade de pacientes, incluindo aqueles com transtorno de personalidade limítrofe (TPB), que podem apresentar desafios específicos quando se trata de terminações. Finalmente, exploraremos como a reparação limitada de ST e seu "resultado", a internalização parcial de aspectos do cuidado do terapeuta,

### Teoria do apego e a relação terapêutica

A teoria do apego ajuda o terapeuta a compreender e fazer previsões com relação aos fins terapêuticos. Bowlby (1969/1982) propôs que, quando uma criança está em perigo, seu "sistema comportamental de apego" é ativado, produzindo um conjunto de impulsos fortes para buscar a proximidade do cuidador principal. Se o cuidador estiver disponível de maneira confiável e consistente nos momentos de necessidade, e responder à criança de maneira sintonizada e suave, ele se tornará uma 'base segura' para a criança. Tendo experimentado a ativação repetida de seu sistema comportamental de apego, a criança forma uma 'representação mental' da disponibilidade do cuidador, incluindo sua própria eficácia em termos de ter suas necessidades atendidas. Bowlby (1969/1982) chamou essas representações mentais de "modelos internos de funcionamento" e as distinguiu do "modelo dos outros". As duas entidades são complementares - se a figura de apego estiver disponível e afetuosa, isso dará forma não apenas às representações sobre a outra, mas também ao modelo do eu. Todos nós temos um sistema comportamental de apego que fica 'online' quando acionado. No entanto, a diferença entre crianças e adultos com apego seguro é que a presença física da figura de apego não é necessariamente necessária para adultos - pode ser suficiente para ativar uma representação mental da (s) figura (s) de apego a fim de promover a autoconsolação.

A capacidade de se auto-acalmar e alcançar a autonomia maturacional baseia-se principalmente no desenvolvimento dessas experiências positivas internalizadas com figuras de apego na infância. Quando, no início da vida, conforto consistente foi fornecido por cuidadores nutridores, "... os modelos do self passam a incluir traços introjetados da figura de apego" (Mikulincer & Shaver, 2007). Quando as experiências iniciais não foram tão positivas, as crianças formam modelos de trabalho inseguros.

## Aapego e esquemas desadaptativos iniciais

A noção de modelos de funcionamento interno se sobrepõe à ideia dos primeiros esquemas desadaptativos (EMS) de Young. Ambos são formados por meio de experiências de infância com cuidadores e outras pessoas significativas. Os modelos de trabalho são, em certo sentido, EMS relacional, refletindo o que a criança espera dos outros em relação à satisfação de suas necessidades. Uma vez formados, os modelos de trabalho, como esquemas, influenciam sistematicamente nossa percepção e "... atenção direta e processamento de informações "(Young, 2003). Em face da indisponibilidade generalizada do cuidador ou maus tratos, os modelos internos de trabalho tornam-se restritos e desempenham um papel central na saúde mental e nas dificuldades de relacionamento (Mikulincer & Shaver, 2007).

Bowlby (1988) argumentou que obter insights e revisar modelos de trabalho inseguros é a chave para um resultado terapêutico bem-sucedido. No ST, o mecanismo central para alcançar essa experiência emocional corretiva é através da reparação limitada, que começa no primeiro contato com o paciente e continua até o final da terapia. O conceito central da ST de reparação limitada incorpora a ideia da base segura de Bowlby. Esta forma única de utilizar a relação terapêutica é o veículo através do qual os pacientes - às vezes pela primeira vez na vida - têm a experiência de que suas necessidades essenciais estão sendo atendidas. O terapeuta se torna uma importante figura de apego para os pacientes. Eles podem então recorrer a essa base segura em momentos de angústia e também explorar e confrontar memórias associadas a modelos de trabalho anteriores de maneira segura.

Embora o paralelo entre o relacionamento mãe-filho de Bowlby e o relacionamento paciente-terapeuta seja claro, no caso do último, a reparação é "limitada". O terapeuta atende às necessidades da criança vulnerável dentro dos limites do relacionamento terapêutico e também ao considerar suas próprias necessidades.

A natureza limitada dessa relação pode se tornar especialmente evidente no final da terapia. Assim, por exemplo, em ST - ao contrário da maioria das outras abordagens de terapia - é considerado adequado permitir que os pacientes ocasionalmente permaneçam em contato após o término de um curso de terapia (por exemplo, com uma atualização de um evento importante da vida ou com um pedido de uma sessão de reforço). São principalmente os pacientes cujos esquemas essenciais estão no domínio Desconexão e Rejeição que mais se beneficiam com isso e, muitas vezes, apreciam profundamente um senso contínuo de conexão e cuidado após o final da terapia. No entanto, em muitos ambientes de saúde pública, isso não é viável e nem é necessário para garantir o término bem-sucedido da terapia.

### Exemplo de caso (Amina): reparação e fim da terapia

Estava terminando um curso de terapia no Serviço Nacional de Saúde (SNS) com uma jovem paciente, Amina, de 20 anos. Nela

na vida anterior, Amina havia suportado uma educação severa e crítica tanto de sua mãe quanto de seu pai. Como resultado, seu esquema central era Defectividade / Vergonha. Amina achava quase impossível confiar em seu próprio julgamento em situações interpessoais em que houvesse qualquer tipo de divergência de opinião ou conflito. Seu Pai Punitivo usou esses gatilhos para instigar um fluxo interno de auto-ataque, chamando-a de estúpida ou difícil por pensar que ela 'poderia saber mais'. Normalmente, o ataque violento dos ataques dos Pais Punitivos terminaria com Amina se perdendo no que ela descreveu como "um poço de vergonha e culpa". Tanto a paciente quanto a terapeuta concordaram que ela precisaria de ferramentas para ajudá-la a controlar seu modo de pais punitivos de maneiras que diminuíssem a culpa e a vergonha.

Durante a terapia, o trabalho na cadeira foi usado para ajudar Amina a se descentrar de seu Pai Punitivo e praticar se defender. Isso foi primeiro modelado por seu terapeuta e então encorajado a partir da posição de seu modo adulto saudável em evolução. Com o tempo, ela foi capaz de encontrar palavras e convicções para validar suas próprias opiniões e pontos de vista. Seu Adulto Saudável começou a florescer, mas, como costuma ser o caso, o final foi doloroso para Amina, que ousou confiar e se conectar com seu terapeuta em um nível emocional. À medida que o final se aproximava, houve um ressurgimento da 'dor central' (vergonha / culpa) e alguns auto-ataques aumentados por ser 'patético' por sentir tanta perda. Sua angústia foi validada de acordo com a crescente sensação de Amina de que ela tinha o direito de ter sentimentos e reações. Sua terapeuta também compartilhou algo de seu próprio sentimento de perda no final do contato cara a cara. Na penúltima sessão, a terapeuta entregou a Amina uma pequena pedra. A pedra estava longe de ser perfeita - sua superfície não era polida ou lisa, mas tinha uma beleza e força únicas. A terapeuta pediu à paciente que guardasse a pedra no bolso. Sempre que ouvia críticas duras de seu pai punitivo, ela podia tocar a pedra e lembrar as palavras do terapeuta de que ela não precisava ser perfeita, que era adorável do jeito que era e que ela, como sua própria pessoa maravilhosa, tinha o direito para ter seus próprios pontos de vista e opiniões. Este é um exemplo útil de como o relacionamento terapêutico por meio da doação de um objeto transicional pode perdurar muito além do contato direto face a face. Na penúltima sessão, a terapeuta entregou a Amina uma pequena pedra. A pedra estava longe de ser perfeita - sua superfície não era polida ou lisa, mas tinha uma beleza e força únicas. A terapeuta pediu à paciente que guardasse a pedra no bolso. Sempre que ouvia críticas duras de seu pai punitivo, ela podia tocar a pedra e lembrar as palavras do terapeuta de que ela não precisava ser perfeita, que era adorável do jeito que era e que ela, como sua própria pessoa maravilhosa, tinha o direito para ter seus próprios pontos de vista e opiniões. Este é um exemplo útil de como o relacionamento terapêutico por meio da doação de um objeto transicional pode perdurar muito além do contato direto face a face. A terapeuta pediu à paciente que guardasse a pedra no bolso. Sempre que ouvia críticas duras de seu pai punitivo, ela podia tocar a pedra e lembrar as palavras do terapeuta de que ela não precisava ser perfeita, que era adorável do jeito que era e que ela, como sua própria pessoa maravilhosa, tinha o direito para ter seus próprios pontos de vista e opiniões. Este é um exemplo útil de como o relacionamento terapêutico por meio da doação de um objeto transicional pode perdurar muito além do contato direto face a face. A terapeuta pediu à paciente que guardasse a pedra no bolso. Sempre que ouvia críticas duras de seu pai punitivo, ela podia tocar a pedra e lembrar as palavras do terapeuta de q

**Internar o apego "bom o suficiente" ao terapeuta permite que os pacientes formem representações internas do "outro", às quais podem recorrer em momentos de angústia.** Knox et al. (1999) argumentam que essas representações internas combinam informações auditivas e visuais, bem como a 'presença sentida' do terapeuta. Essa memória de uma experiência emocional corretiva por meio da reparação permite que os pacientes continuem com sua própria nutrição muito depois do final da terapia.

### Exemplo de caso (Rebecca): convocando seu terapeuta à mente

Quando uma paciente, Rebecca, com DBP, começou a terapia, seu principal problema era que ela não conseguia manter um emprego. Ela descreveu se sentir como uma 'garotinha assustada' quando estava no trabalho. Rebecca revelou que ela

sentia-se incapaz de falar nas reuniões e duvidava constantemente de sua própria competência. No entanto, no centro de suas lutas estava uma história de relacionamentos iniciais abusivos. Ela tinha poucos modelos positivos e seguros para se basear. Durante o curso da terapia, Rebecca foi inicialmente resistente aos impulsos de seu terapeuta por conexão, mas com o tempo ela abandonou a confiança em um modo pronunciado de Protetor Destacado e se permitiu ser vulnerável com seu terapeuta e ser confortada. No entanto, sempre que havia uma pausa na terapia, Rebecca voltava a se sentir sozinha e recorría à automutilação, cortando-se para se matar. Com o tempo, seu terapeuta usou técnicas de imagens mentais para ajudá-la a aprender a se acalmar por meio de imagens compassivas. Rebecca começou a responder com maior calma às interrupções da terapia. Sempre que seu modo de criança vulnerável emergia, ela descreveu ser capaz de se sintonizar com o tom e o reconfortante "sentido" que experimentaria na presença de seu terapeuta. A paciente descreveu como ela não apenas ouviu as palavras gentis e reparadoras do terapeuta e a voz tranquilizadora, mas também sentiu a mão do terapeuta em seu ombro. Ela sentiu uma pressão firme, mas amorosa, enquanto o terapeuta oferecia orientação concreta sobre como convocar seu Adulto Saudável mais compassivo. Isso envolveu uma mudança de postura para que ela se sentisse mais forte e com os pés no chão. Perto do final da terapia, Rebecca e seu terapeuta praticaram essa habilidade em uma série de situações potencialmente desafiadoras para ajudá-la a sentir um senso contínuo de agência, conexão e apoio. A paciente descreveu como ela não apenas ouviu as palavras gentis e reparadoras do terapeuta e a voz tranquilizadora, mas também sentiu a mão do terapeuta em seu ombro. Ela sentiu uma pressão firme, mas amorosa, enquanto o terapeuta oferecia orientação concreta sobre como convocar seu Adulto Saudável mais compassivo. Isso envolveu uma mudança de postura para que ela se sentisse mais forte e com os pés no chão. Perto do final da terapia, Rebecca e seu terapeuta praticaram essa habilidade em uma série de situações potencialmente desafiadoras para ajudá-la a sentir um senso contínuo de agência, conexão e apoio. A paciente descreveu como ela não apenas ouviu as palavras gentis e reparadoras do terapeuta e a voz tranquilizadora, mas também sentiu a mão do terapeuta em seu ombro. Ela sentiu uma pressão firme, mas amorosa, enquanto o terapeuta oferecia orientação concreta sobre como convocar seu Adulto Saudável mais compassivo. Isso envolveu uma mudança de postura para que ela se sentisse mais forte e com os pés no chão. Perto do final da terapia, Rebecca e seu terapeuta praticaram essa habilidade em uma série de situações potencialmente desafiadoras para ajudá-la a sentir um senso contínuo de agência, conexão e apoio. Isso envolveu uma mudança de postura para que ela se sentisse mais forte e com os pés no chão. Perto do final da terapia, Rebecca e seu terapeuta praticaram essa habilidade em uma série de situações potencialmente desafiadoras para ajudá-la a sentir um senso contínuo de agência, conexão e apoio.

### Exemplo de caso (Tony): retornando aos rescritos de imagens

Outro paciente, Tony, no final da terapia, começou a ruminar sobre o fim de seu casamento, sentindo-se solitário, abandonado e sem esperança quanto ao futuro. A fim de conter sua ruminação, ele se lembrou de um rescrito de imagem particularmente comovente em que ele era uma criança de dez anos e seu terapeuta oferecia gentileza, companhia e alguém com quem conversar em face de um conflito familiar altamente perturbador. Como a separação do casamento desencadeou seu esquema de abandono e o lembrou de ter sido deixado sozinho quando criança, a lembrança dessa experiência de cura com seu terapeuta o ajudou a se sentir menos sozinho e sua ruminação diminuiu.

Esses são bons exemplos de pacientes internalizando a presença carinhosa de seu terapeuta, de modo que se sintam menos sozinhos e acalmados em momentos de desafio ou crise, mesmo após o término da terapia.

### Apego e o Adulto Saudável

Internar a relação de apego com o terapeuta também ajuda a construir o modo de Adulto Saudável do paciente. Um final ideal em TS é quando podemos ver um adulto saudável bem estabelecido e sustentável. O Adulto Saudável desempenha uma função executiva em relação aos outros modos (Arntz & van Genderen, 2009) e o terapeuta visa encorajar este lado do paciente a nutrir

a Criança Vulnerável, enfraquece os modos dos pais mal-adaptativos e modera os modos de enfrentamento disfuncionais.

Durante os estágios finais da terapia, os pacientes são encorajados a permanecer cientes de suas necessidades não atendidas e a aprender a pedir ajuda e nutrição a outras pessoas significativas. O terapeuta continua a se sintonizar e a oferecer cuidado e validação, mas também encoraja o paciente a verificar com seu Adulto Saudável o que ele precisa fazer para ajudar a Criança Vulnerável, moderar um modo de enfrentamento ou atender a uma necessidade básica. Nesta fase da terapia, os pacientes estão crescendo em autonomia e estão mais em sintonia com suas emoções e se sentem no direito de expressar vulnerabilidade em seus relacionamentos íntimos e confidenciais.

Em alguns contextos, particularmente onde o número de sessões é muito limitado, esse processo está longe de ser concluído no final da terapia. Nesses casos, o terapeuta precisa ser aberto sobre as restrições externas de seu trabalho e tentar limitar os aspectos mais disfuncionais e prejudiciais dos modos do paciente. Frequentemente, quando o paciente está ciente de que a restrição é externa e não porque o terapeuta deseja encerrar a terapia, ainda é possível ter um final bom o suficiente para o paciente apreciar e valorizar seu progresso. Em outras situações, o terapeuta pode estar transferindo o trabalho terapêutico para outro terapeuta ou serviço, portanto, há uma 'retenção' coletiva e reparação. Isso demonstra que a reparação limitada não precisa ser realizada por um único cuidador, assim como uma família extensa pode ajudar na criação de um filho.

### Reescrever imagens e terminações

A reparação limitada está entrelaçada em todos os exercícios de reescrita de imagens da infância, ajudando o paciente a "sentir" e internalizar a sintonização de seu terapeuta e cuidar de sua criança vulnerável. No final da terapia, também podemos querer empregar exercícios de imaginação ativa para ensaiar situações futuras desafiadoras. Por exemplo, um paciente embarcou em um curso acadêmico que continuaria após o término da terapia. Ele achou isso muito estressante, pois desencadeou seu esquema de defeito e o lembrou de experiências negativas durante a escola. Ele fez vários exercícios de imaginação ativa com o terapeuta, onde imaginou seu Adulto Saudável e o terapeuta sentados de cada lado dele em sua mesa, lembrando-o de respirar, que ele era perfeitamente capaz de fazer o trabalho e que estariam lá para ele durante todo o tempo o curso. Isso o ajudou a se sentir mais calmo e a não enfrentar esses desafios sozinho. Essas imagens permaneceram com ele após o término da terapia e o ajudaram a permanecer no curso, em vez de desistir.

### Finais e auto-revelação do terapeuta

Uma parte fundamental da reparação limitada é também o uso apropriado da autorrevelação do terapeuta. Novick (1997) argumenta que, para que os finais sejam construtivos, o terapeuta não deve se abster de expressar suas próprias reações, ao mesmo tempo em que mantém habilmente em mente as necessidades do paciente. O terapeuta pode compartilhar genuínos

sentimentos sobre sua jornada juntos e expressam alguns de seus sentimentos sobre o final, potencialmente incluindo tópicos mais difíceis, como a perda. Existem maneiras criativas de fazer isso. Por exemplo, com um paciente de longo prazo, Adam, na sessão final, tanto o terapeuta quanto o paciente escreveram uma carta um para o outro na qual compartilharam o que apreciaram e aprenderam um com o outro - era importante que isso fosse autêntico em ambos os lados, já que o paciente poderia então ler isso de volta e receber reparações, tanto em termos de calor e celebração quanto de honestidade sobre áreas que ainda precisavam ser trabalhadas. Isso destaca o fato de que boa reparação não é apenas validar e ser gentil, mas também estabelecer limites, manter limites e encorajar os pacientes a fazerem as coisas de que podem precisar, mas não querem fazer.

#### Fim da terapia com pacientes com DBP

Em nossa experiência, pacientes com estilos de apego inseguros, cujos esquemas centrais estão no domínio Desconexão e Rejeição, como pacientes com DBP, parecem encontrar finais particularmente desafiadores. Isso pode ser devido ao seu esquema de Abandono caracteristicamente forte e por terem tido experiências negativas de outras terminações ou interrupções, seja na terapia ou em seus relacionamentos pessoais. Portanto, encerrar a terapia com esse grupo de pacientes - especialmente se prematuro - pode resultar na hiperativação do sistema de comportamento de apego; ou seja, querer estar em contato constante com o terapeuta e sentir-se inconsolável com a perda (Mikulincer & Shaver, 2007). Nesses casos, é útil explorar os sentimentos sobre o final, validar o sentimento natural de perda e honrar o que o terapeuta e o paciente passaram juntos.

Além disso,

O ponto crítico para lidar com a finalização com pacientes com DBP é ter em mente que você pode ter sido um entre um número muito pequeno de pessoas a quem o paciente ousou se apegar. Isso exigiu bravura e coragem e requer uma gestão respeitosa e um pouco de 'ir acima e além' quando o sofrimento é alto. Um sinal é que, no momento do término, o paciente internalizou o terapeuta como uma base segura (Bowlby, 1988) e, espera-se, desenvolveu um pequeno número de ligações seguras com outras pessoas fora da terapia. Outra dica que pode sinalizar uma prontidão para encerrar a terapia pode ser que seu esquema de Abandono diminuiu em intensidade e prontidão para ativação e é mais prontamente acalmado por seu Adulto Saudável. O incentivo à autonomia com este grupo de pacientes vulneráveis é duplo:

Nesta fase final da TS com pacientes com DBP, ainda precisamos prestar atenção aos modos de jogo. O modo Pai Punitivo pode culpar o paciente pelo final por não ser um "paciente bom o suficiente" e presumir que o terapeuta está "cansado de vê-los". O terapeuta também pode ter empatia com o vulnerável

Os medos ou a sensação de perda da criança, mas também apontam empaticamente que ela não será capaz de atender a todas as necessidades do paciente, como a necessidade da amizade do dia a dia ou de um parceiro.

Uma armadilha comum com pacientes com DBP é quando os terapeutas não têm curiosidade suficiente para investigar os modos ativos relacionados ao término. Isso pode levá-los a confundir um protetor independente com um adulto saudável; em que, por exemplo, o terapeuta pode aceitar pelo valor de face a afirmação do paciente de que eles são 'fíNem sobre o final, faltando pistas vitais de que o paciente pode estar experimentando uma série de outras reações mais complexas e dolorosas (por exemplo, abandono, rejeição, vergonha e raiva). Em particular, os pacientes de TPB podem não oferecer esses sentimentos por causa de seu esquema de Subjugação, dizendo-lhes que precisam fazer seu terapeuta se sentir bem sobre o final. Na verdade, muitos terapeutas sentem alguma culpa ao terminar a terapia, especialmente se o paciente ainda está lutando, tornando-se tentador conspirar com o Protetor Independente, dizendo: 'Está tudo bem - estou bem.'

Exemplo de caso (Christine): encerrando a terapia com um paciente com DBP

A importância de cuidar do relacionamento quando alguém tem DBP ficou clara com uma jovem paciente, Christine. Seu principal problema no início da terapia era uma dificuldade persistente de relacionamento, tanto com o namorado quanto com amigos íntimos. Freqüentemente, ela sentia que ninguém estava prestando atenção em sua vida ou que a culpavam injustificadamente por coisas que não eram sua culpa. Nesses casos, ela ficava incontrolavelmente zangada, quebrando objetos próximos ou batendo na parede com o punho (em seu modo Criança Zangada).

Na fase inicial da terapia, Christine costumava comentar com seu terapeuta: 'Gostaria que você fosse minha mãe. Eu nunca quero perder você.' Seu terapeuta validou esses sentimentos, pois a pequena Christine nunca teve ninguém para alimentá-la. O vínculo entre eles era muito forte desde o início da terapia: Christine procurava o terapeuta sempre que sentia que não conseguia suportar. Embora seu terapeuta nem sempre fosse capaz de responder imediatamente, ela forneceu um objeto transicional (uma pequena caixa especial) e gravou flashcards de áudio contendo mensagens reparadoras limitadas que a paciente poderia usar para se acalmar. Christine foi capaz de imaginar como a terapeuta confortaria a pequena Christine, que palavras e que tom ela usaria. Ela achou isso muito reconfortante. Sua mãe era alcoólatra, então ela nunca teve um cuidador consistente e carinhoso quando criança. Isso ilustra como o terapeuta se torna uma base segura por meio da internalização deles como uma boa figura de apego. Por fim, a paciente começou a formar relacionamentos seguros fora da terapia, o que ampliou sua base segura.

A paciente foi atendida em consultório particular e seu seguro-saúde cobria apenas 18 meses de terapia, o que lhe pareceu um tempo muito curto. Na última sessão, tanto a terapeuta quanto a paciente escreveram um cartão de despedida e resumiram todas as técnicas que ela poderia usar para lidar com cada modo.

Isso mais uma vez ajudou a paciente a internalizar o terapeuta como uma figura de apego segura que estaria "lá" para ela muito depois do término da terapia.

Poucos meses após a alta, a paciente solicitou algumas sessões de reposição - mostrando sua busca por proximidade com o terapeuta durante uma crise. Ela tinha ficado grávida e estava com medo de que seu modo de Criança Irritada pudesse machucar o bebê. O terapeuta validou o pedido compreensível do paciente por apoio neste momento desafiador. A terapeuta e a paciente trabalharam de maneira focada ao longo de seis sessões, com medo de machucar o bebê. Muito do trabalho não era novo; envolvia apoiar a paciente para acessar as habilidades que ela já havia aprendido, mas recorrer a elas sob essa nova condição de alta ansiedade relacionada à gravidez. O terapeuta também trabalhou com o paciente para promover um modo de 'pai positivo', em que a paciente podia ser vista integrando criativamente aspectos da reparação que recebeu de seu terapeuta para pensar sobre o tipo de mãe que ela gostaria de ser. Dois anos se passaram desde então. A paciente ainda mantém contato por mensagem de texto e atualiza a terapeuta sobre sua vida, que está indo bem.

### Finais difíceis e prematuros

Bender e Messner (2003) distinguem entre terminações maduras e prematuras. Um final maduro envolve revisar os objetivos de alguém e o desenvolvimento pessoal que foi alcançado durante a terapia, e trabalhar os sentimentos relacionados ao relacionamento da terapia chegando ao fim (Vasquez et al., 2008). Esse processo ajuda o paciente a integrar os sentimentos de perda e abandono, ao mesmo tempo que permite alegria e celebração compartilhadas.

No entanto, nem todas as terminações são oportunas ou em sintonia com as necessidades do paciente. Por exemplo, consideramos o término inútil nos casos em que há indicadores claros de que o paciente tem se beneficiado da terapia e se beneficiaria de sua continuação para atingir seus objetivos - ou seja, o trabalho está incompleto, mas o terapeuta, por qualquer motivo, o faz não ou não pode permitir que o tratamento continue. Esse final mal planejado e mal sintonizado pode desencadear intensos sentimentos de abandono, desconfiança ou fracasso, dependendo dos esquemas do paciente, e desencadear modos de enfrentamento disfuncionais. Esse tipo de finalização também pode desencadear a raiva compreensível do Adulto Saudável em um paciente que fez progresso suficiente. Existem muitas razões pelas quais esse tipo de final insatisfatório pode ocorrer e a cegueira do terapeuta em relação aos seus próprios gatilhos de esquema geralmente é um ingrediente-chave.

Também consideramos um final prematuro quando o terapeuta precisa terminar o tratamento devido às mudanças nas circunstâncias de sua vida; quando terapeuta e paciente não parecem um bom ajuste; ou quando o paciente comete suicídio. É importante notar que, mesmo nas duas primeiras situações, as terminações ainda podem ser tratadas de maneira saudável, com reparação e autenticidade do terapeuta limitadas.

## Finais e a relação de terapia 325

### Gerenciando finais difíceis e prematuros

Infelizmente, no início de nossos encontros com um paciente, como no estágio de avaliação, podemos não estar cientes da química do esquema entre nós e nosso novo paciente e podemos inconscientemente agir de maneiras que desencorajam o paciente de se envolver. Por exemplo, um terapeuta pode reagendar o paciente várias vezes ou atrasar o contato com ele. Eles também podem se tornar mais formais / distantes ou inflexíveis, afastando o paciente e tornando mais provável que ele desista.

Essas reações são compreensíveis quando o terapeuta se sente perdido de alguma forma, e a supervisão e a terapia pessoal são inestimáveis para trabalhar nossos esquemas quando somos acionados. Em alguns casos, nossas reações são motivadas por um sentimento genuíno de que não somos capazes de atender adequadamente às necessidades de um paciente, portanto, podemos precisar de alguma ajuda para descobrir a melhor maneira de gerenciar o encaminhamento.

#### Finais prematuros devido à mudança das circunstâncias de vida do terapeuta

Às vezes, apesar de suas melhores intenções, o terapeuta precisa encerrar a terapia prematuramente devido a mudanças nas circunstâncias de vida. Isso pode acontecer devido a licença maternidade, doença ou mudança. O terapeuta deve compartilhar com o paciente de boa fé o motivo de ter que terminar a terapia. Não é necessário entrar em detalhes sobre a vida pessoal, mas é importante dar uma explicação adequada ao paciente. Dessa forma, o paciente saberá que o terapeuta não está se livrando deles deliberadamente, mas não tem outra escolha a não ser encerrar a terapia. A autenticidade do terapeuta pode ajudar a controlar o final prematuro.

É imperativo validar a sensação natural de perda do paciente e trabalhar com os modos que se manifestam no tempo restante. Por exemplo, o modo Pai Punitivo pode ser ativado, dizendo ao paciente que ele não será cuidado por outra pessoa porque não é bom o suficiente. O Protetor Zangado pode dizer que não pode confiar em mais ninguém, por isso não quer ser encaminhado para outro terapeuta ou serviço. Também ajuda - se o terapeuta puder retomar as sessões em um futuro previsível - preparar um objeto transicional, como uma foto do terapeuta ou um cartão contendo mensagens calorosas que ele pode guardar durante a pausa na terapia.

Durante a fase de avaliação com uma paciente com DBP, a terapeuta descobriu que ela estava grávida. Ela compartilhou a notícia de sua gravidez com a paciente em sua próxima sessão. Ela explicou que, como o relacionamento deles seria muito importante na terapia, não era aconselhável que continuassem, devido à sua licença maternidade em breve. Ela reconheceu que isso pode ser difícil, dadas as experiências anteriores do paciente de se sentir decepcionado e abandonado. O paciente ainda ficava estimulado, dizendo 'Esta é apenas minha sorte!' e 'Estou sendo punido - nada funciona para mim.' A terapeuta validou o quanto isso era difícil para ela e confortou a paciente, tendo o cuidado de encaminhá-la a um colega que ela considerou adequado. É importante lembrar que mesmo um bom pai nem sempre pode cumprir as promessas, pois às vezes a vida atrapalha.

de caso: culpa do terapeuta

Três anos depois de terminar a terapia, o terapeuta descobriu que um ex-paciente havia cometido suicídio. Embora a paciente tenha progressivamente retirado o contato, de forma que o terapeuta não tivesse ideia de que ela estava tendo uma recaída, seu suicídio desencadeou intensos sentimentos de tristeza, vergonha e autoculpa para o terapeuta, o que exigiu muito trabalho de supervisão e apoio de sua rede pessoal superar. Por fim, o terapeuta percebeu que a morte do paciente não era culpa dele, que ele havia feito todo o possível para ajudá-la e que o risco de suicídio era, infelizmente, uma parte inevitável do trabalho com o esquema populacional de pacientes altamente complexo que os terapeutas enfrentam. Isso ajudou José a processar a tragédia e permitiu que ele se concentrasse novamente em seu número de casos atual.

## Resumo

ST é, em sua essência, um modelo relacional. Trabalhamos com pacientes complexos, muitos dos quais experimentaram poucos ou nenhum modelo positivo durante suas vidas. Outros terão sofrido abandono, rejeição, negligência ou abuso significativos. Terminar com esses pacientes não é algo que 'fazemos' - é um processo entre duas (ou mais) pessoas que envolve ambas as nossas histórias de apego interagindo, uma miríade de emoções complexas, bem como uma gama de padrões de enfrentamento potencialmente reaparecendo. Se você, como terapeuta, estiver devidamente sintonizado e apegado ao seu paciente e se tiver experimentado cuidados parentais positivos o suficiente em sua vida anterior (ou terapia pessoal para apoiar seu filho vulnerável), você encontrará uma maneira de passar por este processo que tem o potencial de curar seu paciente e fornecer-lhe um novo interno, modelo de trabalho saudável de segurança e proteção interpessoal. A internalização de um apego seguro ao terapeuta é, acreditamos, o ingrediente-chave que ajudará o paciente a se acalmar e permanecer bem, mesmo após o término da terapia. Mesmo diante da complexidade ou do desafio da terapia, o terapeuta pode se tornar uma base segura para seu paciente, o que significa que a influência do TS continua mesmo após o término do trabalho face a face.

## Dicas de terapeuta

- Os terapeutas precisam estar cientes de seus estilos de apego, esquemas e modos de gerenciar terminações, sejam elas maduras ou prematuras. Cada um desses fatores afetará o estilo de terminação.
- Troque cartões ou cartas finais nas quais vocês expressem seus sentimentos sobre o trabalho conjunto e o final da terapia.
- Grave um flashcard de áudio contendo mensagens de reparação.

- Convide atualizações sobre a vida deles de tempos em tempos (se apropriado em seu ambiente).
- Incentive-os a convocar você ou outra figura carinhosa em sua vida, por exemplo, em uma minimagem em momentos difíceis: 'O que meu terapeuta me diria nesta situação?'
- Se nos deparamos com um paciente que desencadeia nossos esquemas, pode ser uma oportunidade para aceitarmos o desafio e crescemos, com a ajuda de nosso supervisor (Behary, 2018, comunicação pessoal)

## Referências

- Arntz, A. & van Genderen, H. (2009). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bender, S. & Messner, E. (2003). Tornando-se um terapeuta: o que eu digo e por quê? Nova York: Guildford Press.
- Bowlby, J. (1969/1982). Apego e perda: vol. 1. Anexo. Nova York: Básico
- Livros
- Bowlby, J. (1988). Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Oxford: Routledge.
- Knox, S., Goldberg, JL, Woodhouse, SS & Hill, CE (1999). Representante interno do cliente opiniões de seus terapeutas. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (2), 244-256.
- Mikulincer, M. & Shaver, PR (2007). Apego na Idade Adulta: Estrutura, Dinâmica e Mudar. Nova York: Guilford Press.
- Novick, J. (1997). Rescisão concebível e inconcebível. *Psicologia Psicanalítica*, 14 (2), 145-162.
- Vasquez, MJT, Bingham, RP & Barnett, JE (2008). Término da psicoterapia: Responsabilidades clínicas e éticas. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64 (5), 653-665  
doi: 10.1002/jclp
- Young, JE, Klosko, JS & Weishaar, ME (2003). Terapia do esquema: um praticante Guia. Nova York: Guilford Press.

# Índice

afetar a técnica de ponte 51-3

Ahmadian, A. 125

uso indevido de álcool 20

modos de raiva 310, 323-4; avaliação 22, 30, 65, 85; autenticidade 240; trabalho da cadeira 157, 159, 182, 195-6, 200-2, 208, 211; mente compassiva 269-70, 272, 275, 281-2; transtornos alimentares 287, 291, 297; confrontação empática 227, 229-32; imagens 93, 95-7, 104, 126, 130, 133-4, 146, 149; jogar 172, 175; ativação do esquema do terapeuta 257, 259

modos de criança zangada 10, 149, 158-9, 290, 302, 323-4; avaliação 28, 35, 38, 67-8; preenchendo a lacuna 195-6, 200-2, 208; mente compassiva 270, 275, 281; tocar 169-70, 175

Anorexia Nervosa (AN): núcleo

mecanismo psicológico 288-9; SPEAKS modelo integrativo 289-90; FALA mecanismos de mudança 292-8; Conceptualização do mapa do modo SPEAKS 290-2; FALA modelo teórico 289; dicas de terapeuta 299; tratamento 287-8

Arntz, A. 10, 54, 99, 108, 138, 149; trauma 126, 131

avaliação 19; história da família e educação 28-9; recursos 22-5; apresentar TS aos pacientes 30-1; mapas rodoviários 20-1; Inventário do modo de esquema (SMI) 28; espiritualidade, cultura e diversidade 32; adequação 19-20; temperamento 31-2; dicas do terapeuta 43; relação terapêutica 32-4; Young Parenting Inventory 29-30; Questionário de Young Schema 25-7 avaliação, técnicas experenciais 48; trabalho da cadeira 53-8; imagens 48-53; dicas do terapeuta 58-9

anexo 317-21

autenticidade 237-8; divulgação e autenticidade 249-51; influências externas 244-7; experiência do paciente de 238-9; reflexões 251; dicas do terapeuta 251-2; qualidades dos terapeutas 239-40; terapeutas, esquemas e modos 240-4; trabalhando em sua autenticidade 247-9

autonomia 77; concessão 85-6; Apoio, suporte 83-5

evasão: agência e motivação 186-8; modos de desenho 189-90; empoderamento 188-9; técnica de entrevista 185-6; separando modos e empático confronto 185; rendição 188; relações de terapia 182-5

consciência, esquema 262

Beck, AT 301, 306

Beck, JS 145

trabalho comportamental 283-4

Belsky, J. 79

Bender, S. 324

corpos, papel de Vejo perspectiva somática representações corporais 42-3

Transtorno de Personalidade Borderline (BPD) 3, 10, 78, 181, 254

Bowlby, J. 317, 318

Boyce, WT 79

Quebrando padrões de pensamento negativo 23, 28, 30

Castonguay, LG 13

trabalho da cadeira 9-10, 41-2, 53-8, 281-2; múltiplo 69; Veja também modos de enfrentamento

trauma de infância 62, 65, 98, 119, 124-5, 131, 316

- Terapia cognitivo-comportamental (TCC) 3, 20, 96; na ação 308-11; aplicativos 303-8; visão geral 301; e Schema Therapy 301-3; considerações de serviço 311-13; dicas de terapeuta 313
- compaixão 7, 38, 132, 186-7, 222, 238; Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT) 303, 307, 311; transtornos alimentares 297-8; imagens 98, 102, 110, 118, 132, 145; diálogos de modo 158, 163-4, 272-3; autocuidado, terapeutas 254-6
- Terapia Focada na Compaixão (CFT): eu compassivo nas estratégias centrais para a mudança 280-4; conceitos básicos 270-3; introdução 269-70; resumo 284; técnicas terapêuticas 273-80; dicas do terapeuta 284-5
- modos de rendição compatíveis 4, 205-6, 240, 274-5, 309; avaliação 25, 32-3, 37-8, 42, 57, 69; trabalho da cadeira 179, 188-9; transtornos alimentares 291, 294-5, 297
- conceituação Vejo caixas de conexão de formulação 174
- modos de enfrentamento 6-7, 9-10, 19, 23, 29, 33, 37, 39, 41-2, 103, 108, 144, 147, 149, 197, 202, 237, 275, 280; avaliação 48-58; corpo, papel de 62, 68-9, 73; cadeira de trabalho 179-80; Terapia cognitivo-comportamental (TCC) 309-11; princípios fundamentais 178-9; casais 210-11, 213, 217-19; disfuncional 3, 20, 321, 324; transtornos alimentares 290-1, 294-295, 297; confrontação empática 230-1; terminações 316, 321; introdução 178; sobrecompensação 190-2; aumentar a conscientização 180-2; dicas do terapeuta 193; trabalhando com prevenção 182-90
- organizadores principais 61, 67-9
- cultura 32, 258-62
- curiosidade, empatia 213-14 imagens da vida atual: focado no futuro técnicas 145-8; introdução 138; técnicas focadas no presente 142-5; reescrever o passado recente 139-42; dicas do terapeuta 149-50
- Depressão 94, 270, 303, 305
- modos de protetor destacado 4, 7; avaliação 24, 28, 33, 41, 52; trabalho da cadeira 169-70, 179, 182, 196, 205, 214; Terapia Cognitiva Comportamental (CBT) 302-3, 306; transtornos alimentares 291, 294, 297; confrontação empática 233-4, 240, 249, 257; formulação 62, 83-4; relações de terapia 320, 323 susceptibilidade diferencial 2; temperamental sensibilidade 78-80
- diversidade 32
- bonecos (figuras) 42, 174; Veja também Anorexia Nervosa (AN)
- modos de desenho 189-90
- uso indevido de drogas 20
- Enfrentamento Disfuncional Vejo modos de enfrentamento, disfuncional
- Modos críticos disfuncionais 155-6, 169-70; nascimento dos modos 158-60; diálogos de modos múltiplos históricos 160-1; fazendo com que os modos pareçam mais 'reais' 156-7; diálogos de modo múltiplo 157-8; possibilidades de aprendizagem vicárias 161-5; Veja também diálogos de modo Modos pais disfuncionais 3-4; Veja também Modos críticos disfuncionais
- Esquemas desadaptativos iniciais (EMSs) 1-2, 11, 125, 301-2, 318-320; imagens 93, 96, 98-9
- transtornos alimentares 11, 94, 270, 303; Veja também Anorexia Nervosa (AN)
- Edwards, D. 4, 10
- Terapia Focada em Emoção 178; Veja também Anorexia Nervosa (AN)
- nutrição emocional 77, 80-2
- abertura emocional 77, 82-3
- Confronto empático 6-8, 147-8, 180, 185-6, 199, 202, 208, 212, 227-9, 301, 308; ignorando os modos desconectados 232-4; franqueza empática e limites 232; préambulo empático 234-5; léxico 229-30; mensagens perdidas 230-2; dicas do terapeuta 235-6
- terminações 316-17; apego e EMS 318-20; apego e Saúde Adulto 320-1; teoria do apego e relacionamento terapêutico 317; Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline 322-4; difícil e prematuro 324-326; Rescripting de imagens (IR) 321; resumo 326; autorrevelação do terapeuta 321-2; dicas do terapeuta 326-7; Veja também Transtorno de personalidade narcisista (NPD)
- etnia 32
- Dessensibilização do movimento ocular
- Reprocessamento (EMDR) 97, 110; IREM trial 125-7

## 330 Índice

- jogo facial, terapia de esquema em grupo 172  
flashbacks, uso de imagens 96  
**Técnica Float Back 51-3**  
modos de esquema forense: introdução 195-6; recrutamento do modo Adulto  
Saudável do terapeuta 206-8; congruência do modo de esquema, complementaridade e batalhas 202-6; dicas do terapeuta 208-9; terapeuta reconhecendo mal o modo do paciente 197-202  
formulação 19; representações corporais 42-3; edifício 34-9; cadeiras, uso de 41-2; mapas de modo 39-41; imagens, símbolos e bonecos 42; mapas rodoviários 20-1; dicas de terapeuta 43  
técnicas focadas no futuro 142-8
- Gilbert, Paul** 269-70  
Imagens do Google, método de avaliação memórias 110  
**Greenberg, LS** 143  
culpa, terapeuta 326
- Hackmann, A.** 145  
criança feliz modos 3-4, 163, 264; autenticidade 240, 243-4, 246; casais 211, 216, 223-4; ativação do esquema do terapeuta 256; Veja também Toque  
Modos de adulto saudável 3-4, 6, 8-10, 76, 197, 206-8, 213, 216-18, 223-4, 302, 304, 306-8, 310-11, 319-24; avaliação 23-4, 28, 32-3, 41-2, 54, 56-7; trabalho da cadeira 180-1, 186-92; casais 210-11; empático confronto 230-1, 234, 237, 240, 245, 261-3; imagens 99-103, 110, 112-14, 118, 120-1, 135, 138-9, 142-6, 148-9; perspectiva somática 69-74; Veja também Terapia Focada na Compaixão (CFT); Modos críticos disfuncionais; distúrbios alimentares; Toque; modos de criança vulneráveis  
**Hepgul, N.** 312
- Iacoboni, Marco** 228  
exercício de sorvete, imagens 50  
Reprogramação de imagens (IR) 8-9, 70-1, 93, 282-3, 306-7, 310, 320-1; antagonistas 114-18; aplicativos 98-103; para avaliação 48-53; teoria de fundo 94-7; memórias de infância 108-9; 278-9 baseado na compaixão; essencial principais 109; para casais (IRC) 220-3; emoções 119-20; processo 110-14; dicas do terapeuta 103-4, 121-2; técnicas de terapia 97-8; natureza transdiagnóstica 93-4; Veja também REM trial  
Reescrever imagens e movimentos oculares Ensaio de dessensibilização (ensaio REM) 125-127  
Exposição imaginal (IE) 96, 108  
Intenção de implementação (II), uso de imagens da vida atual 147  
conhecimento implicacional 95-6  
Melhorando o acesso ao psicológico Terapias (IAPT) 311-12  
modos infantis 65-7  
Sub-sistemas cognitivos interativos (ICSSs) 95  
modelos internos de trabalho (IWMs) 12 técnica de entrevista, modo de enfrentamento 185-6
- Jacob, G.** 11, 54
- lembraças, jogar 174  
**Kellogg, SH** 9, 54, 178  
**Kelly, George** 178  
**Knox, S.** 319  
**Kosslyn, SM** 145  
**Kurtz, R.** 60
- reparação limitada 5-9, 167, 233, 278, 316-24; avaliação 20, 22, 33-5, 53, 73, 76, 79-80, 86; autenticidade 237, 239; preencher a lacuna 197, 199; Terapia cognitivo-comportamental (CBT) 301, 307-8, 310, 312; casais 211-12, 220-4; transtornos alimentares 290, 293, 295; imagens 98, 109, 112, 117, 133-4; diálogos de modo 159, 161; ativação do esquema do terapeuta 253, 257-8  
configuração de limite 10, 81, 102, 104, 230, 232; Veja também Empathic Confrontation  
**Lobbestael, J.** 4  
**Lockwood, George** 76, 83, 242  
**Louis, JP** 85  
amor, incondicional 77, 80-2
- mapeamento de traumas 97, 99, 100, 127-31, 174  
Contraste mental (MC) 147  
**Messner, E.** 324  
atenção plena 138, 206, 263; compassivo mente 270, 273, 276, 283-4; perspectiva somática 61, 63, 73

- reconhecimento incorreto dos modos 197-202  
 modo de diálogos 9; nascimento dos modos 158-60;  
   trabalho da cadeira 179-80, 186, 191; efígies 156-7; formulação 84, 88; múltiplo histórico 160-1; imagens 102, 120, 149; incluindo tarefas 164-5; diálogos de modo múltiplo 157-8; diálogos de modo padrão 156; dicas do terapeuta 166; relações de terapia 257, 262;  
   possibilidades de aprendizagem vicária 161-4  
 mapas de modo 39-41, 291-2; Veja também cadeira  
   trabalhar; modos de enfrentamento
- Moreno, Jacob L.** 178
- motivação** 186-8
- Transtorno da Personalidade Narcisista (NPD)** 3, 5, 254; Veja também Confronto empático;  
 modos de esquema forense; configuração de limite
- Instituto Nacional de Saúde e Cuidados Excelência (NICE)** 287
- necessidades, núcleo emocional 76, 109, 169, 254;  
 concessão de autonomia 85-6; apoio à autonomia 83-5; confiança e competência 87; confiabilidade 86-7; nutrição emocional e amor incondicional 80-2; valor intrínseco 87; ludicidade e abertura emocional 82-3; Padrões parentais positivos 76-8; temperamento 78-9; dicas de terapeuta 88
- Novick, J.** 321
- Transtorno obsessivo-compulsivo (OCD)** 94
- abertura, pessoal Vejo autenticidade sobre os modos de controlador 37, 45, 179, 291  
 sobrecompensação 2-3, 26-7, 135, 257-8, 289-90, 316; autenticidade 242, 246, 250-1; preenchendo a lacuna 197, 201-2, 205-6; trabalho da cadeira 180, 190-2; Terapia Cognitiva Comportamental (CBT) 302, 310-311; casais 210, 223; confronto empático 228, 230
- Perls, FS** 178
- Perris, P.** 242
- Teoria de construção pessoal 178 abertura pessoal Vejo transtornos de personalidade de autenticidade 20, 195-6, 211, 270, 303  
 brincar: atividades 172-3; fantoches de dedo 170-1; em imagens 174-5; importância de 167-8; Viagem pelo Vale dos Modos 172; Lego 169-70; regulação de imagens 171; estágios de desenvolvimento 168-9; na supervisão 172; crianças vulneráveis 174
- ludicidade** 77, 82-3
- Pluess, M.** 79
- Padrões parentais positivos (PPPs)** 76-8; concessão de autonomia 85-6;  
 apoio à autonomia 83-5; confiança e competência 87; confiabilidade 86-7; nutrição emocional e amor incondicional 80-2; valor intrínseco 87; ludicidade e abertura emocional 82-3; temperamento 78-9; dicas de terapeuta 88
- Transtorno de estresse pós-traumático (PTSD)** 11, 93, 97; reescrita de imagens (IR) 132-4; introdução 124; Ensaio IREM 125-7; componentes principais 124-5; mapeamento de traumas 127-31; preparação para o tratamento 131-2; dicas do terapeuta 135-6
- terminações prematuras** 324-6
- sondas** 71-3
- psicose** 20, 94, 270
- Pugh, M.** 54, 178
- Ensaios controlados randomizados (RCTs)** 10, 19-20
- esquemas recal, visualmente codificados** 95Reinventando sua vida 27, 30
- relacionamentos, terapia Vejo**
- terminações Renner, F.** 11
- reescrever, imagens Vejo Rescrito de imagens - ing (IR)**
- mapas de estradas, plano de tratamento** 20-1
- bloqueios de estradas na terapia** 303-5
- Roediger, E.** 10
- Escalas Ryff de Psicologia**  
**Bem-estar** 85
- imagens de lugar seguro** 50-1, 63, 148, 278, 306
- Química do esquema, terapeuta-paciente**  
**esquema** 256-8
- manutenção de esquema** 76
- ciclos de modo de esquema** 202-6 Inventário de modo de esquema (SMI) 28 modelo de modo de esquema, definição 3-4 Conceito de caso de terapia de esquema

- Terapia do esquema para casais (ST-C): conceituar o ciclo modal 214-16; diálogos de conexões 217-20; foco duplo 212-13; estabelecimento de segurança 213-14; Reescrever imagens para casais (IRC) 220-3; introdução 210-12; fortalecimento da tríade do modo saudável 216-17; dicas do terapeuta 223-4 significado esquemático, uso de imagens 98 Técnica do Search Engine 110
- modos de auto-engrandecimento 7; avaliação 37-8, 42; autenticidade 240, 248; preenchendo a lacuna 196-7, 199, 202, 205-206; trabalho da cadeira 179, 190
- auto-revelação, limites de 249-51
- auto-identidade, compassivo 279-80
- Sempertigui, GA 11-12
- modos de separação, empático confronto 185
- sexualidade 32
- Shapiro, F. 126
- Shaw, I. 83
- perspectiva somática 60; recurso de construção caixa de ferramentas 64-7; organizadores principais 67-9; técnicas de aprimoramento 69-73; princípios gerais 60-4; dicas do terapeuta 74 recursos somáticos 64-7, 101
- rastreamento somático 60-1
- Especialista em psicoterapia com emoção para Anorexia em Kent e Sussex (SPEAKS) 288; modelo integrativo de mudança 289-90; mecanismo de mudança 292-8; conceitualização de mapa de modo 290-2; modelo teórico de Anorexia Nervosa 289
- espiritualidade 32
- espontaneidade: fantoches 170-1; importância do jogo 167-8; Viagem pelo Vale dos Modos 172; Lego 169-70; atividades lúdicas 172-3; atividades lúdicas para crianças vulneráveis 174; jogo e estágio de desenvolvimento 168-9; brincar nas imagens 174-5; jogar em supervisão 172; regulando o armazenamento de imagens 171, esquemas codificados visualmente 95
- adequação, para Schema Therapy 19-20 Suomi, S. 79
- rendição 2-4, 7, 69, 231-3, 240, 275, 309, 316; avaliação 24-5, 32-3, 37-9, 42, 57; preencher a lacuna 201-2, 205-6; trabalho da cadeira 179-80, 188-9; casais 210, 223; transtornos alimentares 289-91, 294-5, 297; imagens 130, 135, 144; ativação do esquema do terapeuta 254, 256 símbolos 42
- tarefas 164-5, 212-13
- temperamento 2, 4, 176, 179, 210, 253; avaliação 28, 31-2, 34, 41, 44; formulação 76, 78-9, 81, 83-7; imagens 108, 119
- relações terapêuticas 5, 13, 74, 76, 80, 88, 134, 212, 254, 307, 316; autenticidade 237, 239, 245, 249; transtornos alimentares 290, 292-3, 298-9
- ativação do esquema do terapeuta 253-4; cultura e sociedade 258-62; ativação de modo 254-8; autocuidado 262-3; dicas de terapeuta 264
- esquemas do terapeuta: cultura e sociedade 258-62; autocuidado 262-3; auto-sacrifício 254-5; química terapeuta-paciente 256-8; padrões implacáveis 255-6 loja de brinquedos, imagens 174-5
- tratamento, resistência 305-8
- crianças vulneráveis modos 6, 9-10, 155-6, 158-66, 257; avaliação 23, 28, 37-8, 41-2, 52-7, 67-8; autenticidade 237, 243, 248-9, 251; preencher a lacuna 195, 197, 199, 205, 208; trabalho da cadeira 179, 186, 188-90, 192; Cognitivo Behavioral Therapy (CBT) 302-3, 311; mente compassiva 275, 278-9, 281; casais 211, 213, 215-19; transtornos alimentares 290, 292, 295-7; confrontação empática 230, 232; imagens 101, 113-14, 119-21, 132, 142-6, 149-50; tocar 169-70, 172-4, 176; relações de terapia 318, 320-1
- Weertman, A. 99, 108, 126, 131, 138
- Window of Tolerance (WoT) 61-3, 119-20, 182
- Young, Jeffrey 1-4, 10, 25, 31, 76, 301-2; mode dialogues 156, 163, 165
- Young Parenting Inventory (YPI) 28-30, 110
- Questionário de Esquema Jovem (YSQ) 2, 25-7, 77, 309