

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: A RELAÇÃO ENTRE OS ESQUEMAS DESADAPTATIVOS INICIAIS E AS CRENÇAS IRRACIONAIS COM OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Nome dos autores: Estefânea Élide da Silva Gusmão, Lia Wagner Plutarco, Mariana Gonçalves Farias, Glysa de Oliveira Meneses, Mariana Costa Biermann

RESUMO

Os esquemas desadaptativos iniciais e as crenças irracionais são construtos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) que se encontram relacionados a diversas formas de psicopatologias e demandas psicológicas. O presente artigo objetiva conhecer a relação entre esses construtos e os transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão e estresse). Para tanto contou com uma amostra de 406 pessoas da população geral da cidade de Fortaleza-CE, que responderam um questionário contendo as medidas: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS); Versão Brasileira do Questionário de Esquemas de Young (forma breve); e Escala de Crenças Irracionais (BFI). Em seguida, por meio de análises descritivas e correlações r de Pearson foi possível averiguar a relação entre os construtos. De forma geral, todos mostraram-se correlacionados de forma significativa. Especificamente, os esquemas desadaptativos apresentaram valores de correlação superiores às crenças irracionais quando relacionados aos transtornos mentais comuns e a ansiedade foi a variável com os menores valores de correlação. Conclui-se que os construtos propostos pela TCC têm muito a contribuir com a área da psicopatologia, beneficiando-se desses tanto de forma teórica, quanto em intervenções que visem a melhoria da saúde mental.

Palavras-chave: Esquemas desadaptativos; Crenças Irracionais; Ansiedade; Depressão; Estresse.

1 Doutora em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco; estefanea@gmail.com

2 Mestranda em Psicologia na Universidade Federal do Ceará; liaplutarco@hotmail.com

3 Mestranda em Psicologia na Universidade Federal do Ceará; mariana_gfarias@hotmail.com

4 Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal do Ceará; meneses.glysa@gmail.com

5 Mestranda em Psicologia na Universidade Federal do Ceará; marianabiermann@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental vem demonstrando bons resultados no âmbito do tratamento de diversos transtornos psicológicos, como o transtorno ansioso de fobia social (HOFMANN; OTTO, 2018), o transtorno obsessivo-compulsivo (MCKAY *et al.*, 2015), os transtornos de personalidade (BECK *et al.*, 2015), entre outros. Além disso, também demonstra evidências na promoção de saúde em indivíduos com dor crônica (EHDE *et al.*, 2014) e insônia crônica (TRAUER *et al.*, 2015), entre outras queixas que podem ser tratadas e atenuadas por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Não obstante, a TCC tradicional, baseada no modelo de Aaron Beck, não se configura como a única opção eficaz de tratamento disponível. No que se refere ao tratamento de transtornos psicológicos crônicos, com especial destaque para os transtornos de personalidade, a TCC tradicional demonstra falhas em promover uma melhora ao longo prazo. Nesse sentido, a Terapia de Esquemas, proposta por Jeffrey Young, vem demonstrando ser uma opção mais efetiva (MALOGIANNIS *et al.*, 2014).

A Terapia de Esquemas é uma ampliação da TCC de Aaron Beck e postula que as necessidades emocionais não satisfeitas podem levar ao desenvolvimento de esquemas desadaptativos precoces/iniciais (YOUNG, 2003). Por outro lado, para que sejam desenvolvidos esquemas adaptativos é necessário que as necessidades emocionais, como vínculos seguros e previsibilidade, sejam satisfeitas (YOUNG *et al.*, 2008). Caso essas necessidades não sejam satisfeitas, formam-se os esquemas desadaptativos, que são padrões cognitivos, emocionais, interpessoais e comportamentais autodestrutivos e resistentes à mudanças (FALCONE, 2011).

Young (2003) propõe um modelo com 18 esquemas desadaptativos, divididos em cinco dimensões. Para exemplificar, um dos esquemas propostos é o esquema desadaptativo inicial (EDI) de *Fracasso*, o qual pertence à dimensão *Autonomia e Desempenho Prejudicados* e reúne crenças relacionadas à baixa inteligência e capacidade intelectual, inaptidão, falta de talentos e inferioridade em relação aos outros. Quanto à forma de lidar com esses esquemas, é importante ressaltar que costumam causar sofrimento e sua ativação tende a ser percebida como ameaçadora; na ocasião da ativação de um esquema disfuncional, as pessoas

normalmente fazem uso de estilos de enfrentamento desadaptativos, como a evitação, que acabam por reforçar o EDI (FALCONE, 2011; YOUNG, 2003).

Além dos esquemas desadaptativos iniciais propostos por Young (2003), outros construtos também podem colaborar com a intervenção clínica por se apresentarem teoricamente relacionados com diversas demandas psicológicas, como é o caso das crenças irracionais propostas por Albert Ellis, em sua Teoria Racional Emotiva Comportamental (TREC). A TREC propõe que os problemas psicológicos e os comportamentos autolesivos são causados pelas crenças das pessoas sobre os eventos externos (ELLIS, 1989).

Por definição, as crenças irracionais são processos cognitivos irrealistas por meio dos quais os eventos externos são interpretados e o estresse emocional é mediado (KOOPMANS *et al.*, 1994). Normalmente, são crenças ilógicas, absolutas e verdadeiras (para quem as tem), ainda que não sejam prováveis ou falseáveis e, portanto, são muito resistentes à mudanças (ELLIS, 1995).

Ademais, tais crenças encontram-se envolvidas em diversos comportamentos disfuncionais, perturbações psicológicas e emoções negativas (DAVIES, 2008). De fato, encontram-se na etiologia de diversas psicopatologias, como transtorno de estresse pós-traumático (HYLAND *et al.*, 2015), *workaholism* (vício em trabalho – VAN WIJHE *et al.*, 2013) e psicopatologias de modo geral (PETRIDES *et al.*, 2017).

Por compreender que demandas psicológicas clínicas, das mais simples às mais complexas, podem se beneficiar da intervenção realizada tanto em relação aos esquemas desadaptativos iniciais, quanto nas crenças irracionais, propõe-se aqui a investigação desses aspectos frente aos níveis de ansiedade, depressão e estresse. Ansiedade, depressão e estresse podem ser agrupados na categoria de transtornos mentais comuns (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION [APA], 2014) junto a demandas como insônia e fadiga e, são responsáveis pela incapacitação funcional de uma grande parte da população, de modo que geram custos para o governo, acarretam sofrimento psíquico importante e estão associados com comportamentos de risco, como o abuso de tabaco, álcool e outras drogas (KASPPER; SCHERMANN, 2014).

Atualmente, a prevalência de ansiedade na população global é de 3,6% e atinge mais de 18,6 milhões de brasileiros, o que se traduz em 9,3% da população do país (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2017). A ansiedade pode ser

definida, por meio de sua sintomatologia, como um transtorno psicológico que agrupa desde sintomas fisiológicos, como sensações de palpitação e sudorese, até cognitivos, como uma superestimação do perigo nas situações de medo (APA, 2014). No âmbito das terapias cognitivas, a ansiedade pode ser relacionada com algumas crenças e distorções cognitivas, a exemplo de metas e expectativas irrealistas quanto ao próprio desempenho social, da catastrofização, da ruminação, e das crenças de não ter controle sobre as próprias emoções, entre outros (CASTELLA *et al.*, 2014).

A prevalência de depressão entre os brasileiros também é expressiva, afetando cerca de 11,5 milhões de pessoas, o que representa 5,8% da população brasileira, já, em termos mundiais, a estimativa é de que 4,4% da população sofre com o transtorno (WHO, 2017). A depressão é conceituada nos manuais diagnósticos (APA, 2014) por meio de sintomas como humor deprimido na maior parte do dia, anedonia, insônia e sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva. Nas terapias cognitivas, costuma estar relacionada com distorções cognitivas e crenças disfuncionais, como pensamento dicotômico e visão de túnel (HUR *et al.*, 2018). Ainda, a depressão recebe um destaque especial na teoria proposta por Aaron Beck, dado que foi a partir de sua investigação do funcionamento psicológico de pessoas depressivas que o autor deu início ao que hoje conhecemos como TCC (RANGÉ, 2011).

Os sintomas depressivos, com frequência, apresentam-se associados aos sintomas de estresse. A Associação Internacional do Controle ao Estresse (ISMA-BR) aponta que, na atualidade, o Brasil é o segundo país em termos de níveis de estresse, perdendo somente para o Japão; de forma que 70% das pessoas acometidas pelo problema atribuem a principal causa ao trabalho (JORNAL DO COMMERCIO DE COMUNICAÇÃO, 2017). Um estudo recente aponta que os sintomas de estresse, como a dificuldade de relaxar e impaciência, encontram-se muito relacionados à depressão e à ansiedade (NARDI *et al.*, 2017).

Com base no exposto, no presente artigo tem como objetivo observar a relação existente entre os esquemas desadaptativos iniciais, as crenças irracionais e os transtornos mentais comuns, mais especificamente a ansiedade, a depressão e o estresse.

2 MÉTODO

2.1 Amostra

Participaram da pesquisa 406 pessoas da população de Fortaleza - CE, sendo a maioria do sexo feminino (59,9%), com idades variando entre 18 e 76 (M = 30,85; DP = 13,17), com ensino superior incompleto (43,6%), solteira (69%), católica (50,5%), e com renda familiar abaixo de dois salários mínimos (44,6%). No mais, a maioria afirmou não possuir nenhum filho (54,9%), apresentar bom estado de saúde atual (53,9%), ter hábitos alimentares e sono considerados regulares (44,6% e 36%, respectivamente) e, por fim, possuir boa qualidade de vida atual (58,6%).

2.2 Instrumentos

Além do questionário acerca dos dados sociodemográficos, como sexo, idade, status civil, etc., que foram coletados para fins de caracterização da amostra, os participantes também foram solicitados a responder uma série de escalas, descritas a seguir:

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS): É uma adaptação da *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*, desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), a qual apresentava 42 itens. De acordo com os autores, a escala foi desenvolvida inicialmente com base no consenso clínico acerca dos transtornos e, posteriormente, foi modificada a partir de dados empíricos e análises estatísticas, como as técnicas de análise fatorial. A EADS, por sua vez, é composta por 21 itens, organizados equitativamente em três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress (COVIC *et al.*, 2012 ; DAZA *et al.*, 2002). Os itens devem ser respondidos por meio de uma escala de resposta do tipo *Likert* de 4 pontos, variando de 0="não se aplicou nada a mim" à 3="aplicou-se a mim a maior parte das vezes". A subescala de ansiedade inclui itens relativos à ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade e excitação do sistema autônomo; a de depressão possui itens relacionados com desânimo, desvalorização da vida, falta de interesse ou envolvimento e anedonia; e a subescala de estresse reúne sintomas de tensão ou estresse, como dificuldade em relaxar, irritabilidade e impaciência (LOVIBOND;

LOVIBOND, 1995). Para o presente estudo, fez-se uso das três subescalas mencionadas, cujos alfas de *Cronbach*, na presente amostra, foram de 0,79 para a ansiedade, 0,89 para a depressão e 0,88 para o estresse.

Versão Brasileira do Questionário de Esquemas de Young (forma breve): O questionário avalia os Esquemas Iniciais Desadaptativos que, de acordo com Young (2003), se formam a partir de necessidades básicas que não foram satisfeitas na infância e se configuram como aspectos centrais na cognição humana devido à sua influência na vida adulta. Para tanto, faz uso de 75 afirmativas, as quais devem ser respondidas em uma escala do tipo *Likert* de 6 pontos, variando de “1 = Não me descreve de modo algum” a “6 = Me descreve perfeitamente”. A versão brasileira apresenta 17 fatores: Fracasso, Inibição emocional, Privação emocional, Autossacrifício, Abandono, Emaranhamento, Autocontrole e autodisciplina insuficientes, Vulnerabilidade a dores e doenças, Defectividade/vergonha, Dependência/incompetência, Padrões inflexíveis, Subjugação, Desconfiança/abuso, Isolamento social, Merecimento, Autocrítica insuficiente e Desconexão (CAZASSA, 2007). Na presente amostra, o valor do alfa de *Cronbach* para a escala total foi de 0,97; e todos os fatores apresentaram níveis satisfatórios de consistência interna (>0,70), variando de 0,73 a 0,92; com exceção dos fatores Merecimento e Desconexão que obtiveram alfas um pouco abaixo do esperado, mas ainda aceitáveis, a saber: 0,69 e 0,63, respectivamente.

Escala de Crenças Irracionais (Irrational Belief Scale - BFI): Essa escala foi originalmente desenvolvida por Malouff e Schutte (1986) e, anos mais tarde, foi adaptada para o contexto brasileiro por Yoshida e Colugnati (2002). A escala é composta pelos 16 itens que apresentaram maior representatividade do construto na validação para o contexto brasileiro e devem ser respondidos em uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, variando de “1 = discordo fortemente” a “5 = concordo fortemente”. Em termos de correção, quanto maior for o somatório dos itens, mais a pessoa apresenta crenças irracionais. Em estudos anteriores, a escala demonstrou parâmetros psicométricos adequados para a estrutura unifatorial, apresentando alfa de *Cronbach* de 0,73 (YOSHIDA; COLUGNATI, 2002). Na presente amostra, a escala total obteve alfa de 0,85.

2.3 Procedimento

A coleta de dados foi realizada em espaços públicos da cidade por meio de questionários impressos aplicados por voluntários treinados. O tempo total de resposta da pesquisa variou em torno de 20 a 35 minutos. Quanto aos procedimentos éticos, todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa, fizeram-no por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram avisados da participação voluntária e assegurados da possibilidade de desistir a qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer prejuízos. Atendendo a Resolução 512/16 do Conselho Nacional de Saúde, aponta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número CAAE 72113917.5.0000.5054.

2.4 Análise de Dados

O SPSS (versão 21) foi o software utilizado para a realização das análises estatísticas. Além das análises descritivas realizadas para as variáveis sociodemográficas, também foram realizadas análises de correlação (r de Pearson) para avaliar a relação entre os esquemas desadaptativos iniciais, as crenças irracionais e os transtornos de ansiedade, depressão e estresse.

3 RESULTADOS

Foram realizadas análises de correlações r de Pearson com a finalidade de observar se os esquemas desadaptativos e as crenças irracionais mantinham relação com os construtos de interesse – ansiedade, depressão e estresse. Os resultados demonstram que as correlações encontradas foram todas significativas a um $p < 0,001$ entre todos os construtos analisados, as quais podem ser observadas na Tabela 1. Especificamente, foram encontradas correlações fortes e positivas entre os níveis de ansiedade e os de estresse ($r = 0,77$), bem como entre os de depressão e os de estresse ($r = 0,72$). As demais correlações foram todas positivas e moderadas, indicando que quanto maior a pontuação em uma variável, maior também a pontuação nos demais; em outras palavras, quem apresenta maior pontuação na escala de crenças irracionais e esquemas desadaptativos, também pontua mais alto nas escalas de depressão, ansiedade e estresse. A correlação entre a ansiedade e as crenças irracionais foi a única que apresentou um valor abaixo de 0,40, mas ainda assim apresentou-se de forma significativa.

Tabela 1. Correlação entre os esquemas desadaptativos iniciais, as crenças irracionais, a ansiedade, a depressão e o estresse

	Esquemas desadaptativos	Crenças Irracionais	Ansiedade	Depressão
Crenças Irracionais	0,60*			
Ansiedade	0,45*	0,30*		
Depressão	0,66*	0,44*	0,69*	
Estresse	0,52*	0,46*	0,77*	0,72*

* $p < 0,001$

4 DISCUSSÃO

As crenças irracionais e os esquemas desadaptativos são elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental que vêm sendo estudados pela literatura nacional e internacional. Dentro desse escopo, almejou-se investigar a associação entre a presença de tais aspectos com os transtornos mentais comuns, a saber: ansiedade, depressão e estresse. A partir dos resultados obtidos, algumas discussões teóricas podem ser pontuadas.

Inicialmente, os resultados demonstraram que a correlação encontrada entre as crenças irracionais e os esquemas desadaptativos foi forte e significativa. De fato, ambos os construtos encontram-se relacionados com psicopatologias e demandas psicológicas clínicas de modo geral (MALOGIANNIS *et al.*, 2014; PETRIDES *et al.*, 2017) e, portanto, tais resultados vão na direção esperada, indicando que a presença de crenças irracionais estão associados a manifestação de mais esquemas desadaptativos iniciais. A própria definição teórica dada aos construtos pode explicar a força da correlação, visto que ambos são conceitualmente postulados como crenças rígidas, conjuntos de crenças, resistentes à mudança, entre outros aspectos (ELLIS, 1995; FALCONE, 2011).

Quanto aos transtornos mentais comuns, os resultados apontam que as crenças irracionais estão relacionadas de forma significativa com a depressão, o estresse e a ansiedade. Com efeito, Jasmine e Kumar (2017) encontraram uma correlação moderada e significativa entre as crenças irracionais e os sintomas depressivos em adolescentes dos Estados Unidos. Além disso, a partir de uma metanálise, Visla *et al.* (2016) mostraram que as crenças irracionais estão positivamente associadas a diversos sofrimentos psíquicos, incluindo a ansiedade, a depressão e o estresse; e que tais relações são moderadas por variáveis como idade do indivíduo.

Ainda que tais resultados estejam de acordo com o esperado, em comparação às crenças irracionais, os esquemas desadaptativos parecem estar mais associados aos transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão e estresse). Com efeito, os valores das correlações entre tais transtornos com os níveis de esquemas desadaptativos foram mais elevadas do que com os de crenças irracionais.

Segundo Balsamo *et al.* (2015) alguns processos cognitivos, como a co-ruminação, provocam a piora de sintomas depressivos devido à sua capacidade de ativar esquemas desadaptativos. De fato, Flink *et al.* (2018) mostram os esquemas desadaptativos iniciais aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos psicológicos, destacando-se o transtorno de personalidade borderline e a depressão crônica.

No que se refere à associação entre os esquemas desadaptativos e estresse, para Calvete *et al.* (2015), os primeiros operam de forma relativamente independente aos níveis de estresse ao que os indivíduos estão submetidos. No entanto, autores como Sundag *et al.* (2017) encontraram que os esquemas desadaptativos têm influência no estresse social e Mahboubeh *et al.* (2015) apontam que os EDIs estão relacionados com a síndrome de *burnout* (exaustão mental devido ao estresse relacionado com a atividade laboral), com a exaustão emocional e, ainda, com o baixo desempenho. Apesar de tais aspectos não terem sido avaliados no presente estudo, o resultado aqui encontrado mostra evidências que vão ao encontro dos achados de Sundag *et al.* (2017) e Mahboubeh *et al.* (2015), dando suporte para a existência de uma relação entre os dois construtos.

Finalmente, apesar de apresentar-se significativamente correlacionada às crenças irracionais e aos esquemas desadaptativos, a ansiedade obteve valores menores que aqueles obtidos para o estresse e a depressão. É possível que esse resultado tenha se dado pela grande variedade de transtornos ansiosos existentes, os quais apresentam diferentes formas de manifestação e podem possuir relações também distintas com os níveis das crenças irracionais e os tipos de esquemas desadaptativos. De fato, a literatura atual aponta alguns indícios nesse sentido, por exemplo, as publicações atuais parecem utilizar-se mais de transtornos ansiosos específicos para investigar sua associação com os construtos cognitivos, como a fobia social (CALVETE, 2014; CALVETE *et al.*, 2015). E estudos como Carlutti *et al.* (2018), que investigam a relação da ansiedade com os EDIs, demonstram que ela está fortemente associada apenas com alguns domínios específicos, a saber: Rejeição e Desconexão; Supervigilância e Inibição; e Autonomia Prejudicada.

5 CONCLUSÃO E DIRECIONAMENTOS FUTUROS

A partir do que foi discutido, acredita-se que os objetivos do estudo foram alcançados, conseguindo lançar luz, de forma empírica, sobre a relação das crenças irracionais e dos esquemas desadaptativos com os transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão e estresse). Desse modo, é possível dar início à compreensão de como esses construtos funcionam na população brasileira e contribuir com futuras intervenções clínicas. Ainda, os resultados demonstram a importância da Terapia Cognitivo-Comportamental e de seus pressupostos teóricos no tratamento de transtornos mentais comuns.

No mais, algumas limitações do estudo podem ser apontadas. Primeiramente, a amostra pesquisada não é representativa e não se configura como uma amostra clínica para os transtornos de interesse. Para as análises, foi utilizada a pontuação total da Versão Brasileira do Questionário de Esquemas de Young, e, por mais que faça sentido teórico a utilização dessa escala, é possível que os resultados encontrados possam ser mais aprofundados com o suporte da investigação dos fatores individuais desse instrumento.

Incentiva-se então que sejam realizados estudos futuros com amostras clínicas e, ainda, com uma investigação dos fatores individuais do Questionário de Esquemas. E, por fim, indica-se que estudos futuros sobre o tema considerem a possibilidade de utilizar análises estatísticas mais robustas, como regressões e análises multivariadas.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION [APA]. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.Ed. Washington: American Psychiatric Association, 2014.
- BALSAMO, M. *et al.* The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between co-rumination and depression in young adults. **PloS one**, v. 10, n. 10, p. 140-77, 2015.
- BECK, A. T. *et al.* **Cognitive therapy of personality disorders**. Guilford Publications, 2015.
- CALVETE, E. *et al.* A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 37, n. 1, p. 85-99, 2015.
- CALVETE, E. Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. **Child abuse & neglect**, v. 38, n. 4, p. 735-46, 2014.
- CARLUCCI, L *et al.* Co-rumination, anxiety, and maladaptive cognitive schemas: when friendship can hurt. **Psychology research and behavior management**, v. 11, p. 133-9, 2018.
- CASTELLA, K. *et al.* Emotion beliefs and cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder. **Cognitive behaviour therapy**, v. 44, n. 2, p. 128-141, 2015.
- CAZASSA, M. J. **Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do young schema questionnaire–short form**. Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil. 2007.
- COVIC, T. *et al.* Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). **BMC psychiatry**, v.12, n.1, p. 6-11, 2012.
- DAVIES, M. F. Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. II. Experimental evidence linking two key features of REBT. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, v.26, 89–100, 2008.
- DAZA, P. *et al.* The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v.24, n.3, p.195-205, 2002.

EHDE, D. M. *et al.* Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. **American Psychologist**, v. 69, n. 2, p. 153-168, 2014.

ELLIS, A. **Rational-emotive therapy**. In: R. J. CORSIN; D. WEDDING (Eds.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: FE Peacock Publishers. 1989.

ELLIS, A. Thinking processes involved in irrational beliefs and their disturbed consequences. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, v.9, p.105–116, 1995.

FALCONE, E. M. O. Terapia do Esquema. In: B. RANGÉ (Org). **Psicoterapias Cognitivas Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria**. Porto Alegre: Synopsys. 2011.

FLINK, N. *et al.* Comparison of early maladaptive schemas between borderline personality disorder and chronic depression. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, p. 1-8, 2018.

HOFMANN, S. G.; OTTO, M. W. **Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder Specific Treatment Techniques**. New York: Routledge, 2018.

HUR, J. *et al.* A Scenario-Based Cognitive Behavioral Therapy Mobile App to Reduce Dysfunctional Beliefs in Individuals with Depression: A Randomized Controlled Trial. **Telemedicine and e-Health**, v.24, n.10, p.1-7, 2018.

HYLAND, P. *et al.* Irrational beliefs in posttraumatic stress responses: A rational emotive behavior therapy approach. **Journal of Loss and Trauma**, v.20, p.171–188, 2015.

JASMINE, E.; KUMAR, G. V. Relationship between irrational beliefs and depression in late adolescence. **Artha-Journal of Social Sciences**, v. 9, n. 1, 2017.

JORNAL DO COMMERCIO DE COMUNICAÇÃO. Brasileiro é segundo mais estressado do mundo, aponta pesquisa. 2017. Disponível em: <<http://noticias.ne10.uol.com.br/saude/noticia/2017/01/11/brasileiro-e-segundo-mais-estressado-do-mundo-aponta-pesquisa-656538.php>>. Acesso em: 06 de mai de 2018.

KASPPER, L. da S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia**, v. 45, p. 168-176, 2014.

KOOPMANS *et al.* The Irrational Beliefs Inventory (IBI): Development and psychometric evaluation. **European Journal of Psychological Assessment**, v.10, p.15–27, 1994.

LOVIBOND, P. F. L.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: comparison of depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behav. Res. Ther.**, v. 33, p.335-343, 1995.

MAHBOUBEH, M. Q. *et al.* The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Esfahan Guidance School Teachers' Job Burnout. **The International Journal of Indian Psychology**, v. 3, n. 6, p. 68-73, 2015.

MALOGIANNIS, I. A. *et al.* Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry**, v.45, n. 3, p.319-329, 2014.

MALOUFF, J. M.; SCHUTTE, N. S. Development and validation of a measure of irrational belief. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 54, n. 6, p. 860-872, 1986.

MCKAY, D. *et al.* Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. **Psychiatry research**, v. 227, n. 1, p. 104-113, 2015.

NARDI, P. C. *et al.* PRHAVIDA Program preliminary outcomes in children with clinical scores of anxiety, depression and stress. **Contextos Clínicos**, v. 10, n. 1, p. 74-84, 2017.

PETRIDES, K. V. *et al.* Pathways into psychopathology: Modeling the effects of trait emotional intelligence, mindfulness, and irrational beliefs in a clinical sample. **Clinical psychology & psychotherapy**, v. 24, n. 5, p. 1130-1141, 2017.

RANGÉ, B. *et al.* Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 800p.

SUNDAG, J. *et al.* The predictive value of early maladaptive schemas in paranoid responses to social stress. **Clinical psychology & psychotherapy**, v. 25, n. 1, p. 65-75, 2018.

TRAUER, J. M. *et al.* Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. **Annals of internal medicine**, v. 163, n. 3, p. 191-204, 2015.

VAN WIJHE, C. *et al.* Irrational beliefs at work and their implications for workaholism. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 23, p. 336-346, 2013.

VÎSLĂ, A. *et al.* Irrational beliefs and psychological distress: A meta-analysis. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 85, n. 1, p. 8-15, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017.

YOSHIDA, E. M. P.; COLUGNATI, F. A. B. Questionário de crenças irracionais e escala de crenças irracionais: propriedades psicométricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 2, p. 437-445, 2002.

YOUNG, J. Terapia Cognitiva para Transtornos da Personalidade: uma abordagem focada no Esquema. Porto Alegre: Artmed. 2003.

YOUNG, J. E. *et al.* Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed. 2008.