

## A Terapia do Esquema (TE) no tratamento dos transtornos de personalidade do Cluster B

Schema Therapy (ST) in the Treatment of Cluster B personality disorders

Terapia de Esquemas (TE) en el tratamiento de los trastornos de la personalidad del Cluster B

Recebido: 30/10/2021 | Revisado: 07/11/2021 | Aceito: 11/11/2021 | Publicado: 21/11/2021

**Luiza Bastiani Soares**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8702-6865>  
Universidade Franciscana, Brasil  
E-mail: [luibastiani@gmail.com](mailto:luibastiani@gmail.com)

**Janáina Pereira Pretto Carlesso**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8488-1906>  
Universidade Franciscana, Brasil  
E-mail: [janaina.carlesso@ufn.edu.br](mailto:janaina.carlesso@ufn.edu.br)

### Resumo

O presente estudo aborda a temática da Terapia do Esquema (TE) no tratamento dos transtornos de personalidade (TP) do Cluster B, tendo como objetivo verificar a eficácia da TE no tratamento dos referidos transtornos, identificando, na literatura científica sobre o assunto, as principais técnicas utilizadas na TE para o tratamento dos Transtornos de Personalidade Narcisista, Antissocial, Borderline e Histriônica. A pesquisa realizada foi uma revisão de literatura de caráter qualitativo. A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2021. O material bibliográfico utilizado foram livros e artigos nacionais e internacionais encontrados nas bases de dados *Bireme (Biblioteca virtual em saúde)*, *Scielo*, *Pepsic*, *Web of Science*, *Pubmed* e *Google Acadêmico*. Os principais resultados obtidos foram por meio de estudos com base em evidências científicas que apontam que a TE apresenta resultados importantes para os transtornos abordados. Tal qual as técnicas utilizadas por esta linha, ressalta-se que a TE proporciona maior funcionalidade e qualidade de vida ao sujeito. Com base nos estudos analisados, conclui-se que o tratamento de pacientes com transtornos de personalidade do Cluster B no contexto clínico pode apresentar significativa evolução nos aspectos cognitivos, emocionais e relacionais de suas vidas, apontando indícios positivos da efetividade da TE em casos refratários.

**Palavras-chave:** Efetividade; Terapia do Esquema; Transtornos da personalidade.

### Abstract

The present study approaches the theme of the Scheme Therapy (ST) in the treatment of cluster B personality disorders, having as objective to verify the effectiveness of the Scheme Therapy (ST) in the treatment of Cluster B personality disorders, identifying in the scientific literature on the subject the main techniques used in the Scheme Therapy for the treatment of the Narcissistic, Antisocial, Borderline, and Histrionic personality disorders. The type of research conducted was a qualitative literature review. Data collection was carried out from March to May 2021. The bibliographic material used was national and international books and articles found in the databases *Bireme (Virtual Health Library)*, *Scielo*, *Pepsic*, *Web of Science*, *Pubmed*, and *Google Academic*. The main results obtained were through studies based on scientific evidence that point out that the ST presents important results for the disorders addressed, just like the techniques used by this line, it is also emphasized that the ST provides greater functionality and quality of life to the subject. Based on the studies analyzed, we conclude that the treatment in the clinical context of patients with Cluster B personality disorders can present significant evolution in the cognitive, emotional and relational aspects of their lives, pointing to positive indications of the effectiveness of Scheme Therapy in refractory cases.

**Keywords:** Effectiveness; Schema Therapy; Personality disorders.

### Resumen

El presente estudio aborda el tema de la Terapia de Esquema (TE) en el tratamiento de los trastornos de la personalidad (TP) del cluster B, teniendo como objetivo verificar la eficacia de la Terapia de Esquema (TE) en el tratamiento de los trastornos de la personalidad del Cluster B, identificando en la literatura científica sobre el tema las principales técnicas utilizadas en la Terapia de Esquema para el tratamiento de los Trastornos de la Personalidad Narcisista, Antisocial, Límite e Histriónico. El tipo de investigación realizada fue una revisión bibliográfica cualitativa. La recogida de datos se llevó a cabo de marzo a mayo de 2021. El material bibliográfico utilizado fue libros y artículos nacionales e internacionales encontrados en las bases de datos *Bireme (Biblioteca Virtual de Salud)*, *Scielo*, *Pepsic*, *Web of Science*, *Pubmed* y *Google Académico*. Los principales resultados obtenidos fueron a través

de estudos basados en la evidencia científica que señalan que la TE presenta importantes resultados para los trastornos abordados, al igual que las técnicas utilizadas por esta línea, también se destaca que la TE proporciona mayor funcionalidad y calidad de vida para el sujeto. Concluimos con base en los estudios analizados que el tratamiento en el contexto clínico de pacientes con trastornos de la personalidad del clúster B puede presentar una evolución significativa en los aspectos cognitivos, emocionales y relacionales de sus vidas, señalando indicios positivos de la eficacia de la Terapia de Esquemas en casos refractarios.

**Palabras clave:** Eficacia; Terapia de Esquemas; Trastornos de la personalidad.

## 1. Introdução

O presente estudo aborda a Terapia do Esquema (TE) no tratamento dos transtornos de personalidade do Cluster B. Segundo Wainer & Rijo (2016) a Terapia do Esquema (TE) nasceu como uma forma revolucionária, como abordagem inicial para favorecer mediações mais focadas em tratamentos mais severos, munida de um sistema psicoterápico privilegiado, por ser modelo conceitual completo e agregado, para compreensão da gênese e evolução da personalidade humana, adaptado em critérios iniciais e pontuais nas estratégias. Tem como ferramenta, “elucidar os esquemas e modos do indivíduo, e como esses se desenvolvem através de emoções e comportamentos” (p. 47). Acerca dos transtornos de personalidade, observa-se no contexto da saúde mental que aumenta a necessidade e a disposição de especialistas da área de Psicologia e da sociedade em geral de compreender e intervir nesses quadros psicopatológicos, como apontado por Cazassa et al. (2008). Análises da literatura científica sobre os transtornos de personalidade (Perugula, Narang & Lippmann, 2017; Tan et al, 2018; Bilotta, 2018; DeLisi, Drury & Elbert, 2019; Mezei et al, 2020) possibilitam um conhecimento maior e cada vez mais profundo sobre o ser humano acometido por essa psicopatologia.

Os transtornos de personalidade apontados por Soares (2010) são divididos de acordo com o DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais – em três grupos (A, B e C), também denominados de Clusters. O DSM foi elaborado em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria como uma variação ao CID (Classificação Internacional das Doenças). Possui como propósito estruturar a classificação psiquiátrica (Miranda, 2015). Ao tratar dos transtornos de personalidade, apoiado em fundamentos de Campos et al. (2010), possui duas medidas diagnósticas: a categorial, na Seção II – Critérios diagnósticos e Códigos, intitulado Transtornos de Personalidade; e a medida dimensional, na Seção III – Mensurações emergentes e Modelos, intitulado “Modelo alternativo do DSM-5 para Transtornos de Personalidade”.

A primeira medida não apresenta diferenças na classificação se comparada à edição anterior (DSM-IV-TR), que codifica os TP no eixo II e os demais transtornos de ordem mental no eixo I. Os transtornos de personalidade são divididos conforme o DSM-5 em três classes/clusters de acordo com suas semelhanças. Conforme organizadas por Skodol (2019), são elas: *Cluster A* - Características de aspecto estranho ou excêntrico, sendo eles: transtornos de personalidade paranoide (marcado por desconfiança e suspeita, as atitudes de outrem são interpretados como maldosos), esquizoide (marcado pela falta de interesse nas demais pessoas e nas relações sociais, restringe suas emoções), esquizotípica (marcado por comportamentos e ideias excêntricos, desconforto frente a relações interpessoais e distorções cognitivas). *Cluster B* - Características de aspecto dramático, emotivo, sendo eles: transtorno de personalidade histriônico (marcado pela procura por atenção e ser muito emotivo), narcisista (marcado por desequilíbrio e fragilidade na autoestima e postura de grandiosidade, há falta de empatia e a necessidade de admiração), borderline (marcado por desregulação emocional e receio em ficar sozinho/ser abandonado, instável em seus relacionamentos interpessoais e impulsivo) e antissocial (marcado por desrespeitar e ser irresponsável para com as demais pessoas, ser manipulador e falso para obter benefícios em visão de si próprio). *Cluster C* - Características de aspecto ansioso, medroso, sendo eles: TP evitativo (marcado pela evitação a relações interpessoais pelo sentimento de inadequação, possui hipersensibilidade a julgamentos negativos), obsessivo compulsivo (marcado pelo perfeccionismo excessivo, ser inflexível e ter o controle) e o transtorno de personalidade dependente (marcado pela sua submissão e a necessidade de receber cuidado).

Neste estudo, pretendeu-se dar enfoque aos transtornos de personalidade pertencentes ao cluster B, que incluem Personalidade Borderline, Antissocial, Histriônica e Narcisista por serem mais frequentes e desafiantes nos contextos de saúde mental. Conforme os estudos de Cazassa et al. (2008), inicialmente a terapia que se mostrou de maior importância nesse aspecto foi a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), por utilizar modelos que enriquecem e propiciam o desenvolver do indivíduo. Porém, segundo investigações de Jeffrey Young (2008), essa terapia, com o passar dos anos, apresentou algumas limitações para tratar de transtornos de personalidade, pois os pacientes acometidos por tal psicopatologia não vem apresentando resultados significativos no tratamento. Isso porque pode haver uma contínua inaptidão de identificar problemas e falta de motivação para efetuar deveres e trabalhar técnicas de autocontrole, entre outros aspectos importantes como uma resistência para criação de uma boa relação terapêutica, e para reconhecer o motivo que os levou á terapia (Pagio & Assumpção, 2018).

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), como mencionado por Santos et al. (2015), originou-se a partir do neobehaviorismo e da análise do comportamento. Desde sua origem, possui uma forma lógica e apoio científico para que se realizem estudos e análises de como o comportamento se rege, com a criação também de paradigmas. Assim, estabeleceu-se o objetivo de, através de observações, prognósticos, e mudanças no comportamento, proporcionar saúde mental aos indivíduos. Acerca dessas análises, e tendo a necessidade de ampliar o cuidado em saúde mental surgem dentro da TCC, as terapias de terceira onda. Abordando brevemente os aspectos históricos em sua primeira geração, a TCC surgiu a partir de um movimento contra as ideias clínicas que predominavam no início do século XX, por serem pouco comprovadas cientificamente e apresentarem poucos resultados efetivos. As gerações que vieram posteriormente, a segunda e a terceira, referiam-se às técnicas da terapia cognitivo comportamental, com trabalhos e fins em comum. Assim, as terapias de terceira geração ganharam seu início em 1990 a partir das gerações prévias, mas com a apresentação de resultados cada vez melhores. Técnicas e intervenções como aceitação, *mindfulness* (Mehlum, 2021; Jain & Fonagy, 2020; Duarte et al, 2019) e defusão cognitiva tangeram estratégias de modificações dessa abordagem.

Entre as principais abordagens da terceira onda listadas por Santos et al. (2015), estão: Terapia de Aceitação e Compromisso, Terapia Comportamental Dialética, Ativação Comportamental, Terapia Cognitivo baseada em *Mindfulness*, Programa de Redução de Estresse Baseada em *Mindfulness*, Terapia Comportamental Integrativa de Casais, Psicoterapia Analítico Funcional e Terapia Focada na Compaixão. Dessa forma, com a finalidade de suprir as limitações reconhecidas em relação ao tratamento dos transtornos de personalidade das primeiras gerações da TCC, surge a Terapia Focada em Esquemas (TE), cujo principal pioneiro foi Jeffrey E. Young. O autor aperfeiçoou técnicas psicoterápicas advindas do padrão cognitivo de Aaron Beck, ao trabalhar na cognição o Esquema Inicial Desadaptativo (EID), que são alicerces da personalidade que se desenvolve ao longo da vida do indivíduo e se liga a numerosas patologias que perpassam a maneira com que o sujeito interpreta suas vivências e interage com elas.

Segundo Young, Klosko, & Weishaar (2008) os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) são padrões emocionais e cognitivos responsáveis por processos de funcionamento da personalidade, definidos como crenças e sentimentos tomados como verdades sobre si e sobre o mundo. O autor aponta que a origem dos EIDs ocorre a partir de necessidades emocionais fundamentais não atendidas na infância e adolescência, situações repetitivas e/ou eventos traumáticos em relação a demandas que necessitavam serem supridas pelos pais ou cuidadores. Segundo (Pessoa, 2020; Lim & Barlas, 2019) a TE propõe que todos têm, em graus diferentes, cinco necessidades emocionais fundamentais: vínculos seguros com outros indivíduos; autonomia, competência e sentido de identidade; liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas; espontaneidade e lazer; e limites realistas e autocontrole. Uma combinação das primeiras experiências de vida e o temperamento da criança pode levar ao não atendimento, em maior ou menor grau, das suas necessidades emocionais fundamentais, que, por sua vez, predispõe ao desenvolvimento de esquemas iniciais desadaptativos.

Uma vez que os EIDs são reconhecidos no contexto clínico, eles podem ser trabalhados pelo terapeuta com a utilização de técnicas singulares, próprias para que os sintomas do paciente se atenuem juntamente de suas distorções cognitivas. Logo, quando fatores da personalidade ocasionam impasses de habituação e causam padecimentos ao paciente e/ou às pessoas de seu convívio, suspeita-se de algum transtorno de personalidade. Os sujeitos acometidos por esse transtorno usualmente manifestam esquemas desadaptativos, e sua cognição trabalha a partir de distorções cognitivas, como estudado por Beck (1979 citado por Young et al., 2008). Por essa razão, em concordância com estudos de Soares (2010), a Terapia dos Esquemas (TE), ao aceitar o sujeito em suas dificuldades, utilizar técnicas e manejo para que os comportamentos inadequados diminuam e se ajustem alterar a regulação afetiva, a compreensão do estresse e a capacidade de manter relacionamentos interpessoais, é a mais indicada para tratar os pacientes acometidos por transtornos de personalidade, apresentando altos níveis de efetividade.

A TE expõe todo um sistema explicativo da personalidade – muito embora seja possível perceber que os trabalhos de Young não tinham como premissa esse objetivo de uma teoria geral da personalidade dentro do cognitivismo, mas gerar um novo conjunto de técnicas e conceitos para lidar com esses pacientes graves. De forma indireta, a TE atingiu uma formulação nunca antes obtida dos fatores envolvidos na gênese da personalidade, assim como dos processos mentais mantenedores de sua homeostase (Wainer et al. 2016).

O presente estudo surgiu a partir do seguinte questionamento: qual a eficácia da Terapia do Esquema (TE) no tratamento dos transtornos de personalidade do Cluster B? As intervenções e técnicas psicológicas para a população acometida pelos transtornos de personalidade são desafios recorrentes e estudados na clínica psicológica, visto que têm se tornado mais constante ao longo dos anos. Por essa razão, o presente artigo surge da necessidade de ampliar e despertar o conhecimento do público acadêmico, tal qual dos profissionais que se dedicam a investigações nesse âmbito, a fim de aumentar as possibilidades de planos para ações em saúde mental dentro de consultórios e também aos demais serviços de saúde mentais externos. Para isso, é necessário entender a demanda de cada transtorno, considerando as particularidades de cada patologia.

Dessa forma, torna-se importante, neste artigo, apontar a importância da TE com enfoque nos Transtornos de Personalidade do Cluster B, abordando seu manejo e sua eficácia na atenuação dos sintomas dos sujeitos acometidos por tal transtorno, como a melhora na qualidade das relações familiares e das relações de seu convívio, a fim de desenvolver uma convivência mais funcional para com a sociedade. É um conteúdo delicado e complexo, visto que envolve as tendências de comportamento, da cognição, do afeto e da motivação que sofreram efeitos do ambiente através de aprendizagens constantes no decorrer do ciclo vital (Wainer et al. 2016).

A partir de tais considerações, o objetivo do presente estudo foi verificar a eficácia da Terapia do Esquema (TE) no tratamento dos transtornos de personalidade do Cluster B com base na literatura científica, além de identificar as principais técnicas utilizadas na TE para o tratamento dos Transtornos de Personalidade Narcisista, Antissocial, Borderline e Histriônica.

A seguir, será apresentado um breve referencial teórico referente os aspectos do desenvolvimento da personalidade, o temperamento emocional, a neurobiologia dos esquemas e o modelo teórico da Terapia do Esquema (TE). As principais técnicas da TE serão apresentadas e discutidas na seção de resultados e discussões.

### **Desenvolvimento da Personalidade, temperamento emocional e neurobiologia dos esquemas**

Assuntos englobando os transtornos de personalidade (TP) têm obtido cada vez mais espaço cultural, através de livros, séries, e também nos consultórios, com diagnósticos que apontam cada vez uma maior incidência destes transtornos, segundo estudos apontados em diferentes territórios, o predomínio é de 14,79% entre adultos americanos, o que vale a 30.8 milhões da população; no Reino Unido, uma grande parcela de especialistas da atenção primária, chegando a 30%, apresentam transtornos de personalidade; pesquisas mostram existência da relação entre diagnóstico de transtornos de personalidade e neurose, com

40% desta comprovação para pacientes ambulatoriais; ainda, em pacientes da atenção terciária da ala psiquiátrica, a porcentagem aumenta para 92% entre estes indivíduos; e para 65% quando se trata da população penitenciária. Embora estas pesquisas relatem diferentes sistemas de saúde, que não o do Brasil, faz-se fundamental atentar aos altos índices que atingem, e dados importantes referentes a epidemiologia, desde a atenção primária até a terciária; um objetivo de reformulação de sistemas de saúde, segundo orientações de reforma sanitária da OMS (Miranda, 2015). Ademais, no quesito mundial, entre os adultos a prevalência de no mínimo um dos transtornos de personalidade esta entre 9 e 15%, com pesquisas epidemiológicas destacando que 4 até 12% da população possui diagnóstico alusivo a esta psicopatologia (Mazer, Macedo & Jurueña 2017).

Conforme a APA (2013) a personalidade é composta, portanto, por traços persistentes de comportamento e pensamentos, sobre si e o mundo, que tange uma ampla gama de contextos sociais e pessoais. Estes traços são considerados disfuncionais somente quando são inflexíveis, desadaptativos e causam certo grau de prejuízo ou sofrimento ao sujeito. Em sua origem, a palavra “personalidade” vem de “máscara”, pois, no teatro de antigamente, as máscaras eram fixadas em definitivo no ator durante sua performance. A ideia de personalidade no âmbito da ciência médico-psicológica se dirige à consideração de um eu único e imutável, ênfase do sujeito para além dos valores sociais e culturais. Jaspers (1973) a precisou como totalidade dos relacionamentos coerentes e individuais da vida psíquica (Campos et al., 2010).

Ainda, sobre a personalidade, a mesma é formada desde a infância a partir de estímulos e internalizações de pensamentos e ações, consolida-se na adolescência e se mostra como forte influência diante de resultados de variadas alternativas interventivas de tratamento para transtornos mentais. Sendo assim, os estudos neste campo (Costa et al, 2019; 2020) ampliam-se cada vez mais Relacionam-se os caracterizantes do temperamento e do caráter com os transtornos de personalidade. Conforme Cloninger (1993), a personalidade é integrada pelo temperamento e pelo caráter, os quais são capazes de sinalizar uma inclinação ou uma proteção a alguns estados clínicos e a Transtornos de Personalidade (Finkler et al., 2016).

O temperamento concebe elementos da personalidade concernentes à hereditariedade; já o caráter abarca perspectivas da personalidade alusivas ao senso de identidade e conceitos do sujeito sobre si construídos durante o seu desenvolvimento e que advêm de aprendizagens vivenciadas (Costa et al., 2019). As fontes de temperamento integram a procura por coisas novas, reconhecendo o despertar e o começo de certos comportamentos por novos incentivos e a predisposição do comportamento ligado ao ambiente. A evitação de algum prejuízo é uma resposta à disposição de parar ou impedir atos frente a estímulos perigosos para que não resulte em consequências negativas. Já a necessidade de ser recompensado leva a reagir a diferentes indicadores de que poderá ser recompensado novamente e, através disso, expor a submissão ligada à confirmação diante dos demais. Já a insistência é agir de certa maneira com base em desconsiderações interruptas (Costa et al, 2019; 2020); (Cloninger et al., 1993; Finkler et al., 2016).

O caráter engloba autodirecionamento, que faz o papel de reconhecer a si mesmo como um ser independente e livre. A cooperação é quando um sujeito se vê como parte da sociedade, com ética, e flexibilidade nos relacionamentos. Ocorre um bem-estar de existir e ter um propósito de vida, força interior, dando margem à imaginação e ao religioso (Cloninger et al., 1993). Pelos pontos citados, observa-se que predisposições ao ambiente e alta evitação se associam a pacientes com Transtornos de personalidade (Finkler et al., 2016). Com base nas pesquisas do autor, tanto temperamento quanto o caráter se influenciam e impulsionam o comportamento. Os resultados são automáticos ao dar início a uma conversa ou descontinuar um ato e são dados, em primeiro lugar, por razões de temperamento. Porém, essas ações conseguem passar por uma transformação quando o significado de seu estímulo é mudado e, para tal, recebe influência de elementos do caráter.

Dessa forma, de acordo com Cloninger (1993), entende-se que o temperamento é diretamente ligado a essências biológicas – capazes de serem mudadas com fármacos e terapia, por exemplo –, o que com o caráter não é passível de acontecer. Mostraram-se evidências de que, com tratamento de Terapia Cognitivo Comportamental, os pacientes começam a ressignificar incentivos internos e externos com opções novas de comportamento. Assim, torna-se viável que os traços de



caráter de menor intensidade tenham peso na intensidade dos sintomas (Finkler et al., 2016).

Essas diferentes informações que os sujeitos carregam formam a aprendizagem emocional, que dispõe de duas organizações: uma consciente, conectada a áreas corticais e ao hipocampo; e uma organização inconsciente, conectada à amígdala. Os EIDs fornecem retornos emocionais inconscientes, desprovidos de racionalidade e consciência. Por esse motivo, a TE visa amparar o paciente até que ele reconheça seus esquemas e traga suas memórias, emoções, cognições, sensações e estilos de enfrentamento à consciência. E o fato de o paciente conhecer os esquemas que possui e seus estilos de enfrentamento proporciona que ele empregue controle em relação a suas reações, ampliando suas escolhas conscientes (Callegaro, 2005).

A neurociência, por meio de pesquisas, evidencia que há vários sistemas emocionais responsáveis pelos meios de sobrevivência que se aprimoraram ao longo do tempo para que o homem se adapte à evolução, como responder ao perigo, se alimentar, encontrar conjuge e reproduzir, criar o filho e ter laços com o social. Young et al. (2008) estudam as notas de Joseph Le Doux (1996) – um neurocientista que foi pioneiro na descoberta de como as emoções se iniciam. Com base em estudos sobre memórias de trauma na infância, eles adotam as anotações de Le Doux a respeito do funcionamento cerebral ligado ao condicionamento de medo e trauma, considerando-o o principal centro para TE (Wainer et al. 2016).

Segundo Le Doux (1996); Gewirtz & Davis (1997), duas organizações guardam informações que influenciam a aprendizagem do medo: o consciente, que provém de uma representatividade explícita, ocorrendo no hipocampo e nas áreas corticais; e o inconsciente, ocorrendo na amígdala, com memórias implícitas. As duas memórias retornam em situações em que o indivíduo recebe um estímulo que se relaciona com a experiência de trauma. A memória consciente se liga a recordações de acontecimentos aos quais o indivíduo tem alcance; por outro lado, a memória inconsciente dirige-se para a manifestação corpórea, que vai premeditar o indivíduo para uma situação de perigo, pois atinge a amígdala antes de atingir o córtex. Há a memória emocional e a cognitiva da situação de trauma, e os efeitos da segunda podem vir à tona sem que haja o processo neural implicado no pensar consciente e na racionalidade (Callegaro, 2005). Portanto, em eventos de estresse e medo, por exemplo, emoções antes ocultas são plausíveis de recuperação; em contradição às memórias, que são conscientes sobre o trauma e permanecem armazenadas no córtex (hipocampo), as áreas límbicas trazem as memórias emocionais, não tendo a capacidade para inibi-las, como descrito por (Wainer et al. 2016).

O sistema límbico apresenta função regulatória neuroendócrina por meio do circuito hipotálamo-hipofise-suprarrenal (HHA), que sofre variações de acordo com estímulos internos e externos, visando a manutenção da homeostase. O hipotálamo participa da regulação hormonal de diversos órgãos, como glândulas tireoide e suprarrenal e órgãos sexuais. A literatura científica descreve dois sistemas de resposta orgânica ao estresse: o neurovegetativo, que libera adrenalina através da medula da glândula suprarrenal, e o neuroendócrino, que se caracteriza pela liberação de glicocorticoides, produzidos pelo córtex da suprarrenal. Quando surge a reação de estresse, a glândula suprarrenal, com o objetivo de manter a homeostase, secreta maior quantidade de cortisol, que coloca o corpo em estado de alerta para enfrentar o perigo. no entanto, se o estresse for prolongado ou permanente, esse hormônio passa a ter efeito tóxico para o organismo (McEwen, 2002). Portanto a identificação dos fatores de estresse precoce é fundamental para prevenção e tratamento das consequências desse estado orgânico-psicológico (Wainer et al., 2016, p. 31)

### **Terapia do Esquema (TE): Modelo Teórico**

A partir das contribuições de Jeffrey Young, a Terapia Cognitiva Comportamental, que antes se via como a terapia mais indicada para tratar dos Transtornos de Personalidade, mostrou-se, ao longo do tempo, insuficiente para que os sujeitos acometidos por esses transtornos mostrassem melhora efetiva. Isso porque eles não conseguiam se engajar na terapia, ter acesso a seus próprios sentimentos e pensamentos, visualizar problemas, entre outros (Schütz et al., 2021).

Dessa maneira, desenvolveu-se a Terapia Focada em Esquemas, criada por Jeffrey E. Young, Janet Klosko e Marjorie Weishaar. Ela mescla ensinamentos da Terapia Cognitivo Comportamental, do apego, da Gestalt, de relações objetivas, construtivista e da psicanálise; e o termo *esquema*, nesta terapia, refere-se a uma estrutura. Pode-se dizer que é um

melhoramento do modelo de Aaron Beck, por tratar de um conhecimento maior sobre a cognição que recebe o nome de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), que são estruturas duráveis, com marco no início da infância e/ou adolescência e baseados na representação que a criança tem sobre o ambiente apoiado na realidade. Até então, dezoito esquemas foram identificados que, ao longo do desenvolvimento do sujeito, aderem-se à formação de sua personalidade e ligam-se a várias psicopatologias. Para que fosse possível listar e distinguir os EIDs, Young produziu o Questionário de Esquemas de Young, com uma versão mais longa (205 questões) e outras duas mais curtas (75 e 90 questões), a fim de poder tornar o trabalho com esquemas mais estruturado e de maior compreensão tanto para terapeutas quanto para os pacientes (Cazassa et al., 2008).

Ainda, listam-se os conceitos de Domínios Esquemáticos (DEs), Processos Esquemáticos (PEs) e os estilos de enfrentamento. Os períodos que vão da infância à adolescência, em que existem necessidades psicológicas a serem supridas pelo meio e pelos cuidadores para que a criança se desenvolva de maneira saudável, denominam-se Domínios Esquemáticos. Eles são o alicerce do desenvolvimento dos esquemas dentro da figura pessoal e social que o indivíduo pauta sua vida e são cinco. O primeiro DE é de Desconexão e Rejeição; o segundo é de Autonomia e Desempenho Prejudicados; o terceiro diz respeito aos Limites Prejudicados; já o quarto volta-se à Orientação para o outro; por fim, o quinto domínio é de Supervigilância e Inibição. No Quadro 1, podemos visualizar como esses domínios são caracterizados e quais EIDs são associados a eles (Young et al., 2008):

**Quadro 1 – Domínios Esquemáticos.**

<b>Domínios Esquemáticos</b>	<b>Características</b>	<b>EIDs Associados</b>
<b>1º Desconexão e Rejeição</b>	Pessoas com esquemas neste domínio creem que suas necessidades de cuidados foram negligenciadas, como proteção e empatia;	Abandono/instabilidade, privação emocional, isolamento social/alienação, indesejabilidade social, defectividade/vergonha, e desconfiança/abuso.
<b>2º Autonomia e Desempenho Prejudicados</b>	Pessoas com esquemas neste domínio podem apresentar adversidades para viverem suas vidas de maneira autônoma e funcional;	Vulnerabilidade, fracasso, emaranhamento, e dependência/incompetência.
<b>3º Limites Prejudicados</b>	Pessoas com esquemas neste domínio apresentam obstáculos para respeitar o direito de outras pessoas e realizar propósitos e combinações;	Autocontrole e autodisciplina insuficientes, e merecimento/grandiosidade.
<b>4º Orientação para o outro</b>	Pessoas com esquemas neste domínio apresentam grande preocupação para com as demais pessoas, deixando as suas próprias necessidades/vontades de lado.	Autossacrifício, subjugação, e busca de aprovação/ de reconhecimento.
<b>5º Supervigilância e Inibição</b>	Pessoas com esquemas neste domínio apresentam a omissão de sentimentos, vontades e impulsos, pois estes fazem com que o indivíduo tenha um grande esforço para sentir-se encaixado em normas rígidas e pouco flexíveis quanto ao desempenho pessoal.	Inibição emocional, postura punitiva, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada, inibição emocional, e negativismo/pessimismo.

Fonte: Young et al. (2008).

Outrossim, de acordo com Wainer et al. (2016), os Processos Esquemáticos são ações internas que sustentam e prolongam os esquemas iniciais e agregam os estilos de enfrentamento do paciente. Em um momento anterior da vida do indivíduo, eles se originaram para que ele vivesse bem naquele determinado ambiente da infância; mas, ao decorrer da vida, não foram mais úteis nos diferentes contextos que se sucederam e se tornaram desadaptativos.

Os PEs classificam-se em três: manutenção, evitação e hipercompensação. A manutenção são as cognições e os comportamentos que são disfuncionais e alimentam o esquema, ou seja: as pessoas que o usam (dado que os enfrentamentos são processos automáticos e inconscientes) podem interpretar situações e informações de forma distorcida, de forma que seu esquema seja apoiado. A evitação é uma forma com que os EIDs se propagam a fim de evitar que pessoas, vivências e informações sejam, de alguma forma, capazes de ir contra as crenças do esquema. Ela ocorre para que não se tenha relação direta com o esquema, uma vez que isso causaria desconforto devido à grande carga de afeto que contém. Acerca disso, as evitações podem se dar no âmbito do afeto (quando há bloqueio dos sentimentos), no âmbito cognitivo (quando, por exemplo, pacientes resistem a falar sobre assuntos ligados ao esquema) ou no âmbito comportamental (quando, por exemplo, pacientes se isolam). Por fim, a compensação ou hipercompensação consiste em uma experimentação para compensar os EIDs, o que vai resultar em comportamentos e cognições contrárias ao esperado no esquema – como uma tentativa de camuflagem do EID. Como exemplo, podemos citar que um paciente com atos de superioridade frente às pessoas apenas parece dispor de uma grande autoestima, mas quando algo vinculado a isso acontece, como o rompimento de um namoro, ele não sabe lidar com essa situação, podendo cometer atos que ofereçam perigo ao cônjuge ou a si. Por essas e outras questões, a psicoeducação é de suma importância na TE, a fim de que o paciente reconheça seus EIDs e seus Processos Esquemáticos, para, então, ser possível mudar seu estilo de enfrentamento e obter uma melhora em sua qualidade de vida e seus relacionamentos com a sociedade.

Logo, pode-se perceber que, uma vez identificados, os EIDs podem ser tratados com cada uma de suas particularidades e distorções cognitivas, a fim de diminuir os sintomas trazidos pelo paciente e o comprometimento de suas funções no quesito social e subjetivo. Esses esquemas, em suma, são concretizados pela falta de atenção e de suprimento das necessidades básicas na infância (como segurança, apoio, livre expressão, formação de uma identidade própria, limites, etc.), podendo-se repetir ao longo do crescimento do sujeito. Mesmo que alguns esquemas não sejam consequências de um mau atendimento de necessidades básicas na infância, ainda assim causam dor e prejuízo ao indivíduo e seu funcionamento (Wainer et al., 2016).

Ademais, os comportamentos vistos como desadaptativos são resultados desses esquemas, e não de sua composição, sendo que os padrões dos EIDs causam reações desadaptativas. Em sua organicidade, as memórias de vivências de trauma ficam armazenadas em localidades cerebrais distintas – sistema límbico e o neocórtex. Essa é uma razão pela qual a alteração do comportamento unicamente por técnicas cognitivas é complexa e trabalhosa. Outra concepção dentro da TE é a categorização de esquemas em primários/nucleares (o problema principal da vida do paciente que o compromete a um maior grau de angústia e difícil mudança, que teve seu início prematuramente), secundário (prejudicam menos o paciente) e vinculados (que se ligam aos esquemas primários. Após tratados os EIDs nucleares, os secundários se tornam o novo ponto do tratamento (Cazassa et al., 2008).

Os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), como citado anteriormente, são padrões na emoção e na cognição encarregados dos meios pelos quais a personalidade se mostra e se forma; são estruturas que guardam crenças, regras, memórias e suposições que o sujeito vê como uma verdade sobre o mundo e sobre si mesmo. Segundo Young (2008), a origem desses esquemas parte de necessidades emocionais que não foram cuidadas durante a infância/adolescência, acontecimentos recorrentes e traumas em referência a essas necessidades que precisavam ser satisfeitas pelos pais/cuidadores. O autor também destaca que nem todos os EIDs advêm de maus tratos ou traumas. Os EIDs que ativados mais fortemente e originados mais cedo surgem por meio de experiências decorrentes e não adequadas em meio a família. Os 18 EIDs identificados são



organizados dentro dos cinco domínios esquemáticos (categorias de necessidades emocionais que não foram satisfeitas) apresentados previamente. Com base nos estudos de Young et al. (2008), eles se organizaram da seguinte maneira: o 1º domínio é o de Desconexão e Rejeição, tendo como tarefa evolutiva a aceitação e o pertencimento, e os esquemas que dele fazem parte são:

Abandono/instabilidade: O sujeito enxerga as demais pessoas com quem se relaciona como instáveis e indignos de sua confiança; sente que pessoas importantes são incapazes de lhe oferecer apoio emocional, força, ligação, ou proteção pois na sua concepção, são instáveis emocionalmente e imprevisíveis; não merecedores de confiança e só participariam da vida do sujeito de maneira errônea, pois a qualquer momento podem morrer ou o abandonar por alguém melhor.

Desconfiança/abuso: O sujeito espera que as demais pessoas o machuquem, abusem, humilhem, enganem, mintam, manipulem, ou se aproveitem; pensa que os danos que os outros podem lhe causar são intencionais, pode se sentir constantemente enganado ou no pior lado das situações.

Privação Emocional: O sujeito espera que suas necessidades emocionais de apoio não sejam atendidas pelas demais pessoas, e as formas de privação podem ser de a) cuidados, falta de afeto, atenção, carinho, companheirismo; b) empatia, falta de escuta, de compreensão, de dividir os sentimentos; e c) proteção, falta de orientação de outrem, e de força.

Defectividade/vergonha: O sujeito sente que é defeituoso, mau, indesejado, inferior, falho ou inválido. Também sente que não merece o amor de pessoas importantes quando está em meio à presença delas; é possível que se mostrem hipersensíveis a críticas, acusações, rejeição, constrangimento, comparações, vergonha e insegurança em meio a outras pessoas. Suas falhas podem ser públicas, como aparência física indesejável ou inadequação social, ou privadas, como raiva, egoísmo e desejo sexual inaceitável.

Isolamento social/alienação: O sujeito sente-se isolado, que é diferente das demais pessoas, e de que não faz parte de grupos/comunidades.

O 2º domínio, de Autonomia e Desempenho Prejudicados, possui como tarefa evolutiva o senso de autonomia e desempenho adequados, e os esquemas que dele fazem parte são:

Dependência/incompetência: O sujeito acredita que não é capaz de lidar com as responsabilidades do dia a dia sem precisar de alguma ajuda (exemplo: cumprir tarefas novas e tomar decisões adequadas). Pode ser apresentado como desamparo.

Vulnerabilidade ao dano ou a doença: O sujeito tem grande medo de que uma catástrofe iminente aconteça com ele a qualquer instante, a qual ele não tem como impedir. O medo pode ser em âmbito de a) saúde, a exemplo: ataque do coração; b) emocional, a exemplo: enlouquecer; c) externo, a exemplo: terremoto, queda de elevador.

Emaranhamento/self subdesenvolvido: O sujeito pode se envolver muito emocionalmente e ter muita intimidade com uma ou mais pessoas importantes, a exemplo dos pais; assim, dificulta, a individualização e o desenvolver normal no social. Pode abarcar a crença de que uma das pessoas emaranhadas não consegue viver ou ser feliz sem o outro. Pode também apresentar o sentimento de não ter uma identidade própria ou de estar sufocado; os sentimentos de vazio e fracasso, assim como o ato de questionar a própria existência, também ocorrem.

Fracasso: O sujeito pode acreditar que fracassou, e fracassará de novo, como algo inevitável; também possui a crença de que é inadequado comparado a outras pessoas (no trabalho, na escola, etc.). Por vezes, envolve a crença de que é burro, sem talento, incapaz, inferior, entre outros.

O 3º domínio, de Limites Prejudicados, possui como tarefa evolutiva limites realistas, e os esquemas que dele fazem parte são:

Arrogo/grandiosidade: O sujeito possui a crença de que é superior às demais pessoas, com direitos e privilégios, e que não está sujeito às regras que regem a sociedade. Foca-se em sua superioridade a fim de obter controle, independente da realidade; o exemplo, controlar as pessoas, impor sempre sua palavra sem apresentar empatia para com os outros.

Autocontrole/autodisciplina insuficientes: O sujeito apresenta dificuldade ou se recusa a ter autocontrole e tolerância à frustração frente a objetivos próprios, ou limitar expressar-se excessivamente em questão de emoções e impulsos. Quando se apresenta mais levemente, o sujeito tenta de forma exagerada evitar o desconforto, ao evitar dor, conflito, responsabilidade, à custa de seu comprometimento, integridade ou realizações pessoais.

O 4º domínio, de Direcionamento para o outro – possui como tarefa evolutiva respeito aos seus desejos e aspirações, e os esquemas que dele fazem parte são:

Subjugação: O sujeito apresenta alta submissão às demais pessoas, por sentir-se coagidos e para evitar raiva, abandono e retaliação; a subjugação pode ser de duas formas: a) de necessidade, quando o sujeito suprime suas próprias decisões e desejos; e b) de emoções, quando suprime o que sente, em especial a raiva. Pode sentir como se seus desejos, sentimentos e emoções não fossem válidos nem tivesse importância para outras pessoas. O sujeito pode demonstrar hipersensibilidade ou alta obediência. Este esquema costuma levar o sujeito a comportar-se de forma passivo-agressiva, pois aumenta a raiva, leva à diminuição de afeto, sintomas psicossomáticos e ao uso de álcool e outras drogas.

Autossacrifício: O sujeito apresenta o atendimento voluntário às necessidades das outras pessoas em seu dia a dia a custo da própria gratificação; visando não causar sofrimento a outrem, mantém conexão com outras pessoas (mais carentes ao seu olhar) e evita sentir culpa por sentir-se egoísta. Geralmente, estes sujeitos têm alta sensibilidade aos sofrimentos dos outros, podendo sentir que suas próprias necessidades não são atendidas por aqueles de quem cuidam.

Busca de aprovação/busca de reconhecimento: O sujeito apresenta uma busca em excesso por aprovação, reconhecimento ou atenção alheia, à custa de demonstrar um *self* verdadeiro e seguro; por isso, tem como consequência a tomada de decisões que não são autênticas, nem satisfatórias, ou demonstrar ser hipersensível à rejeição.

O 5º domínio, de Supervigilância e Inibição, tem tarefa evolutiva de expressão emocional legítima, e os esquemas que dele fazem parte são:

Negativismo/pessimismo: O sujeito foca-se, durante sua vida, nos aspectos negativos, como morte, decepção, perdas, sofrimento, conflitos, culpa, traição, etc. e minimizam os aspectos positivos. Costuma apresentar uma alta expectativa, em âmbito do trabalho, interpessoal, financeiro, de que algo dará errado. Mostra ter medo de cometer erros, muito preocupado, vigilante, queixoso ou com indecisão crônica.

Inibição emocional: O sujeito apresenta alta inibição de ações, sentimentos ou espontaneidade em comunicar-se, a fim de evitar vergonha, perda de controle dos impulsos e desaprovação dos demais. Inclui inibição de a) raiva e agressão; b) impulsos positivos, a exemplo afetos ou alegrias; c) vulnerabilidade ou comunicar o que sente; d) foco em ser racional, ao mesmo tempo em que não leva em conta o que está sentindo.

Padrões inflexíveis/ postura crítica exagerada: O sujeito possui como crença subjacente que deve se esforçar para atingir altos padrões internalizados de desempenho e comportamento, a fim de evitar ser criticado. Pode se sentir pressionado, não conseguir relaxar e ser crítico consigo e com os demais. Apresenta dificuldade em ter prazer, de autoestima, de realização ou de ter relacionamentos que o satisfaçam. Esses padrões podem se mostrar como: a) perfeccionismo, foco em demasia aos detalhes, ou subestimar seu desempenho relacionado a normas; b) regras rígidas e idealização de como as coisas deveriam ser, em questão ética, moral, etc.; c) preocupar-se com eficiência e tempo de fazer sempre mais do que faz.

Postura punitiva: O sujeito possui a crença de que as pessoas merecem ser punidas ao cometerem erros. Indivíduos com este esquema tendem a sentir raiva e intolerância, serem punitivos e terem falta de paciência frente a quem (incluindo a si mesmo) não atende as suas expectativas. Apresentam dificuldade em perdoar seus próprios erros, bem como os das demais pessoas, pois resistem em levar em conta as circunstâncias, ter empatia com o sentimento de outrem e aceitar/permitir que o ser humano seja imperfeito.

Tais esquemas podem se perpetuar por três meios: a) as distorções cognitivas (quando o sujeito interpreta de forma errônea a circunstância, a ponto de confirmar seu esquema, de modo a reforçá-lo); b) comportamentos de vida autoderrotistas (quando o sujeito escolhe, de maneira inconsciente, circunstâncias e relações que fazem com que o esquema se ative, causando, assim, sua perpetuação); e c) os estilos de enfrentamento dos esquemas (que podem se dar de três formas: hipercompensação, evitação e resignação) (Young et al.2008).

Este último, os Estilos de Enfrentamento dos Esquemas (também chamados de Processos Esquemáticos – PEs), começou a atuar e se desenvolver desde cedo na vida do paciente (passando a agir de forma automática) a fim de que ele, em sua infância, se adequasse aos seus esquemas e não precisasse sentir emoções desconfortáveis, as quais os esquemas traziam. Os estilos de enfrentamento, então, ajudam o indivíduo a evitar o esquema, mas sem curá-lo. Por essa razão, os PEs fazem parte do perpetuamento dos esquemas (Wainer et al., 2016). Os Estilos são caracterizados a seguir, no Quadro 2, de acordo com Young et al. (2008):

**Quadro 2** – Estilos de Enfrentamento.

<b>Estilos de Enfrentamento</b>	<b>Características</b>
<b>Hipercompensação</b>	Esforço para compensar os EIDs, que resulta em comportamentos, sentimentos e pensamentos opostos aos seus esquemas, é uma investida para que o sujeito consiga ser o mais diferente do que era quando criança (quando obteve o esquema).
<b>Evitação</b>	Evitar pessoas/relações, situações, e informações/imagens que contrariem a crença do esquema, de maneira que os EIDs não sejam ativados.
<b>Resignação</b>	Os sujeitos consentirem com a ideia do esquema, sem evitá-lo ou combatê-lo, e geralmente acreditam fielmente nele, o sentem (seus desconfortos emocionais) e permanecem a consistir com ele, possuem cognições e agem de forma a reforçá-lo.

Fonte: Young et al. (2008).

A partir de uma união de EIDs e PEs, formam-se os modos, que englobam os adaptativos e os desadaptativos. Os modos constroem padrões nos quais os indivíduos basearão suas condutas, incluindo ações e pensamentos/sentimentos, que são ativados por acontecimentos específicos que se ligam às necessidades básicas do indivíduo que não foram atendidas (Salgó, Bajzát, & Unoka, 2021). A ideia de modo partiu do trabalho com pacientes borderline e narcisista, pois eles possuem grande número de esquema e respostas de enfrentamento, resultando em fortes oscilações de humor – o que tornava difícil para o terapeuta trabalhar com todos simultaneamente –; então, foi criada a unidade de análise de Modo. A condição em que um indivíduo se encontra em um dado momento é chamado de “modo de esquema”, o qual pode ser disfuncional quando é ativado por esquemas desadaptativos ou respostas de enfrentamento. Surgem na forma de emoções desconfortáveis, respostas de evitação ou atitudes autoderrotistas. Salienta-se que o sujeito pode passar de um modo de esquema disfuncional a outro. Quando essa troca acontece, respostas de enfrentamento e esquemas diferenciados que antes não apareciam podem ser ativados e virem à tona (Young et al., 2008).

Um dos focos da Terapia do Esquema é fazer com que o paciente se conecte com seu modo criança vulnerável e entenda o início de suas necessidades básicas que não foram atendidas e, dessa forma, ligue-se ao seu modo de criança vulnerável para que torne válida sua necessidade emocional – os MEs criança necessitam sempre de validação e entendimento para que, a partir dessa compreensão, aprimore-se um modo mais saudável e mais adaptativo. Outro foco importante é ensinar o paciente a tornar mais forte seu modo adulto saudável, a fim de que desenvolva melhores formas de lidar com seus modos disfuncionais (Wainer et al., 2016). No Quadro 3, a seguir, são apresentados os modos, suas descrições e os EIDs relacionados:

**Quadro 3-** Caracterização dos Modos esquemáticos e EIDs relacionados.

<b>MODOS ESQUEMÁTICOS: CRIANÇA</b>		
<b>Modo</b>	<b>Descrição</b>	<b>EIDs relacionados</b>
<b>Criança vulnerável</b>	O sujeito experiência sentimentos de ansiedade/disforia, como medo, tristeza, e desamparo, quando entra em contato com esquemas relacionados	Abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade, isolamento social, dependência/incompetência, vulnerabilidade, emaranhamento, negatividade- pessimismo.
<b>Criança zangada</b>	O sujeito mostra o sentimento de raiva em retorno a necessidades básicas não satisfeitas ou por ter sido tratado injustamente com relação a esquema nuclear – toma atitudes em momentos de raiva sem medir as consequências.	Abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, subjugação
<b>Criança impulsiva/indisciplinada</b>	O sujeito age de forma impulsiva, baseado em desejos prazerosos imediatos, desconsiderando limites e sentimentos e necessidades dos outros	Arrogo, autocontrole insuficientes
<b>Criança feliz</b>	O sujeito se sente amado, satisfeito, conectado e contente – as necessidades emocionais básicas se veem como atendidas	Nenhum
<b>MODOS PAIS DISFUNCIONAIS</b>		
<b>Modo</b>	<b>Descrição</b>	<b>EIDs associados</b>
<b>Pai/ mãe punitivo-critico</b>	O sujeito critica, restringe, ou pune aos outros e a si mesmo – pune os modos criança por mau comportamento.	Subjugação, postura punitiva, defectividade, desconfiança/abuso
<b>Pai/mãe exigente</b>	O sujeito impõe expectativas e altas responsabilidades relacionados aos outros e se exige a cumpri-los.	Padrões inflexíveis, autossacrifício
<b>MODOS DE ENFRENTAMENTO DISFUNCIONAL</b>		
<b>Modo</b>	<b>Descrição</b>	
<b>Capitulador complacente</b>	O sujeito possui enfrentamento com base em obediência e dependência, submetendo-se ao esquema, com o intuito de evitar ser maltratado	
<b>Protetor desligado</b>	O sujeito possui um estilo de se retrair emocionalmente, de desconexão, isolamento e evitação no comportamento, assim, se desliga do sofrimento. Por esta razão, por vezes, age de forma automática, com o intuito de escapar de ter sentimentos desconfortáveis/negativos	
<b>Hipercompensador</b>	O sujeito o utiliza como enfrentamento a fim de obter controle e contra-ataque, reagindo ao esquema – a hipercompensação pode vir por meios de trabalho em excesso, a exemplo; com o intuito de escapar de ter sentimentos desconfortáveis/negativos	
<b>MODO ADULTO</b>		
<b>Modo</b>	<b>Descrição</b>	
<b>Adulto saudável</b>	O sujeito percebe frente a que se torna vulnerável e suas necessidades, e procura supri-las, tendo em base o meio em que vive, e é capaz de deixar sua gratificação de lado temporariamente	
<b>MODOS HIPERCOMPENSADORES</b>		
<b>Modo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Condutas</b>
<b>Autoengrandecedor</b>	O sujeito crê ser diferente, e ter direitos especiais.	O sujeito insiste em ter o que quer e é capaz de alcançar os desafios que se impõe; tem postura arrogante, egoísta e pode abusar dos outros; quando lhe criticam, tem postura irônica e

		agressiva, humilhando aos demais
<b>Provocativo e ataque</b>	O sujeito tem medo em ser controlado ou ferido e, por esta razão, toma atitudes antecipadas, a fim de controlar o comportamento dos outros através de ameaça ou agressão.	O sujeito usa de ameaças, intimidação, e agressões de vários tipos para ter controle; por vezes, demonstra um sádico prazer em estar no lugar de dominância
<b>Obsessivo supercontrolador</b>	O sujeito tenta controlar possíveis ameaças do ambiente através da tentativa de controle dos eventos que ocorrem no ambiente	O sujeito possui rituais e demonstra-se prolixo, utiliza-se de repetições e verificação
<b>Paranoide</b>	O sujeito observa em comportamentos de outrem as intenções que há, para se proteger de ameaças.	O sujeito apresenta muita desconfiança, que permeia seus relacionamentos interpessoais, o que o torna não espontâneo e não conseguir falar mais intimamente.
<b>Enganador e manipulador</b>	O sujeito com este modo procura se esquivar de responsabilidades e repreensão através de brigas, mentiras e manipulação.	O sujeito apresenta ser muito sedutor, visando enganar e fazer o outro de vítima na relação, a fim de sempre alcançar seus interesses pessoais.
<b>Predador</b>	Este modo aparece presente em psicopatas, visa eliminar as ameaças, oponentes, obstáculos e inimigos.	O sujeito tem atitudes frias e é calculista, não demonstrando remorso ou arrependimento.

Fonte: Young et al. (2008); Wainer et al (2016).

Segundo Young et al. (2008), o sujeito que é saudável psicologicamente também possui modos, mas seu *self* é sentido como unificado, o que o faz continuar íntegro. As mudanças de humor que esse sujeito sente são explicadas pelo momento vivencial em que está. Assim, modos normais são mais flexíveis e receptivos a alterações, marco importante que também o difere dos modos de pacientes mais crônicos, juntamente com a capacidade de ter uma melhor resposta e força no modo adulto saudável – pois se mostra com mais incidência e potência em sujeitos saudáveis psicologicamente.

Ademais, a relação terapêutica se faz fundamental durante todo o processo de psicoterapia, esta conexão é imprescindível para que avaliações sejam feitas, e para que aconteça a mudança dos esquemas iniciais desadaptativos, uma vez que é a partir destes movimentos que o paciente pode expressar para o psicólogo como ele se percebe, qual o lugar que ocupa no mundo, como pensa, sente, toma atitudes, e como percebe e se relaciona com as demais pessoas (Wainer et al., 2016).

Baseado nos escritos dos autores, destaca-se a importância da atenção sobre os aspectos relacionais para com o paciente, a saber que uma das maiores dificuldades de tratamento de transtornos de personalidade encontram-se no âmbito interpessoal - é pensado que essas dificuldades necessitam ser trabalhadas, em uma forma de reprodução, na própria relação entre o paciente e o terapeuta, na qual os modos desadaptativos do sujeito serão despertados no decorrer da relação terapêutica, e onde poderão ser percebidos e reparados. As técnicas mais utilizadas nesse processo são a reparentalização limitada, e a confrontação empática (Schütz et al., 2021).

A reparentalização limitada possui como foco diminuir a força dos EID'S, conforme o terapeuta se envolve com o paciente (dentro dos limites profissionais desse relacionamento, e por esta razão chama-se "limitada"), e o proporciona uma segurança, ao ponto que experiências disfuncionais do passado poderão ser reparadas, pois o terapeuta através do vínculo saudável atenderá as necessidades não atendidas do paciente e ajudará seu modo criança por meio desta relação, a formar o modo adulto saudável. Frente a um ambiente terapêutico seguro, que valida e empatiza com o paciente, serão avaliados os modos e EID'S que o mesmo traz (pode-se fazer uso de questionários, além da relação terapêutica em si fornecer esses dados). Acompanha a reparentalização o uso de técnicas vivenciais, como o uso de imagens mentais usados na TE, mas quando aplicada com ênfase na reparentalização o terapeuta pede ao paciente que o inclua na imagem em questão, para que possa fazer a reparação – ao apoiar a criança vulnerável com as necessidades que ela necessita – os diálogos na imagem mental nesse



contexto acontecem no presente, para que os sentimentos sentidos na época possam ser novamente experienciados, e assim corrigidos; também recebem atenção a forma com que o paciente se auto denomina nesses momentos, e o diálogo entre o terapeuta e o cuidador na cena. (Wainer et al., 2016).

Ainda, segundo os autores, inicialmente o terapeuta pode tomar o papel de adulto saudável, para depois o paciente internalizar em si e o reproduzir, posteriormente o profissional ensinará a criança no caminho de se tornar adulto saudável, e ao final o paciente terá propriedade de representar esse papel nas imagens seguintes. Quando os modos do paciente (principalmente os de criança) estão ativados na sessão a reparentalização limitada é muito recomendada, tanto durante o uso de técnicas vivenciais, quanto nas sessões de rotina. Autorrevelação por parte do terapeuta, uso de cartões de enfrentamento, e gravar a voz do terapeuta dando conselhos que validem o paciente para o mesmo fazer uso fora das sessões, são igualmente ótimas formas de reparentalização.

A confrontação empática se dirige ao terapeuta empatizar com o sofrimento do paciente, e entender as razões que o levam a agir de determinadas formas; e a partir desse entendimento poder relatar ao paciente as inapropriações de seu funcionamento, ao mesmo tempo em que os compreende – valida os sentimentos do paciente e aconselha maneiras de modificar as estratégias que está habituado a utilizar, com confiança e honestidade na relação que parte de ambas as partes (Wainer et al., 2016).

Destacado por Wainer et al. (2016), na confrontação empática atenta-se ao tom de voz, as expressões da face e do corpo, e a um ambiente facilitador e acolhedor, mesmo que mudanças estejam sendo prioritariamente pensadas neste momento; o foco do profissional será sempre confrontar as ações que disseminem os EID'S, e não o paciente. Demonstrar ao paciente os resultados de seu comportamento que é conduzido por seus esquemas e/ou modos, e frisar os prós que o mesmo ganhará com a incidência desses comportamentos é uma maneira efetiva de confrontação. Com isso, o paciente é orientado à mudança, quando o terapeuta mostra compreender que as atitudes do mesmo foram eficientes em um certo período de sua vida, mas que agora não o são. A confrontação acontece quando uma atitude age propagando os esquemas, e pode ser usada tanto com modos quanto com estilos de enfrentamento; e o feedback após utilizar essa técnica é fundamental para que o terapeuta saiba como o paciente se sente, o acolha, e juntos deem continuidade ao processo de mudança. Com o passar das sessões o paciente abandona os antigos comportamentos que eram subordinados aos esquemas, e passa a adotar condutas mais saudáveis, consequentemente as estratégias utilizadas se flexibilizam.

Portanto, a reparentalização parental limitada, e a confrontação empática fortalecem a relação terapêutica, que é o principal mecanismo de mudança da TE. O terapeuta necessita estar preparado emocionalmente e eticamente, uma vez que são aspectos essenciais para que uma boa relação terapêutica se constitua, e se torne hábil de restaurar acontecimentos e relações disfuncionais que ocorreram no passado (Wainer et al., 2016).

## **2. Metodologia**

O tipo de pesquisa realizada foi uma revisão de literatura de caráter qualitativo, importante ferramenta que procurou compreender fenômenos precisos e específicos, frente interpretações, descrições e comparações (Silva, 2004). Nesse tipo de pesquisa, o investigador tem como foco examinar estudos que se ligavam com o tema tratado, e não seguir apenas um método de averiguar definido. Assim, os conteúdos utilizados vincularam-se à forma como o pesquisador os interpretou e os percebeu (Gil, 2008). A revisão de literatura se fez ampla, uma vez que se utilizou de fontes variadas de pesquisa, tanto as que possuíam grande repercussão e importância, quanto as que ainda não eram muito reconhecidas. Esta categoria de revisão abraçou numerosas publicações, objetivando o auxílio para maior entendimento e consciência sobre o tema, como formação de novas argumentações e investigações (Rother, 2007).

### **Procedimentos e etapas da Pesquisa**

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2021. O material bibliográfico escolhido para realização do estudo foram livros e artigos eletrônicos com publicações referentes à temática estudada em periódicos nacionais e internacionais. A pesquisa dos artigos realizou-se nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Bireme (Biblioteca virtual em saúde)*, *Scielo*, *Google acadêmico*, *Pepsic*, *Web of Science* e *Pubmed*. Para realização da pesquisa, foram utilizados os seguintes descritores: Efetividade, Terapia do Esquema, Transtornos de Personalidade, Transtorno de Personalidade Narcisista, Transtorno de personalidade Antissocial, Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno de Personalidade Histriônica e Tratamento. Para a análise dos dados coletados, foi usado o método de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011), de modo que possuiu etapas fundamentais para a sua conduta: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – inferência e interpretação.

Para a busca dos artigos eletrônicos, primeiramente, foi realizada a exploração do material coletado, considerando os principais achados na literatura que apresentassem relação com a temática do presente estudo. A maioria dos dados coletados foi encontrada na base eletrônica do *Google Acadêmico*, totalizando 4.788.400 estudos oriundos de pesquisas nacionais e internacionais. Em sua maioria, os materiais listados nas demais bases de dados apontadas, desviaram do tema central e/ou abordavam outras questões que não apresentavam associação com a temática pesquisada. Posteriormente, foi feita a leitura dos resumos dos trabalhos que apresentavam mais concordância com o assunto e, a partir de sua relação direta com a temática do estudo, foi realizada a leitura de 47 artigos completos. Por fim, foram selecionados para a análise 6 artigos que apresentavam relação com os objetivos delineados para esta pesquisa.

### **3. Resultados e Discussões**

No contexto contemporâneo, no campo da Ciência, aumenta-se cada vez mais a procura por tratamentos para os Transtornos de Personalidade, e vários são os ramos do conhecimento que têm mostrado teorias capazes de produzir uma visão com grande perspicácia sobre o indivíduo. Para apresentação dos resultados obtidos neste estudo, serão abordadas duas categorias. A primeira tem enfoque nas principais técnicas utilizadas no contexto da Terapia do Esquema (TE) para o tratamento dos Transtornos de Personalidade Narcisista, Antissocial, Borderline, e Histriônica. A segunda categoria aponta a eficácia da TE no tratamento de pacientes com transtornos de personalidade do Cluster B.

#### **Técnicas da Terapia do Esquema (TE) para o tratamento dos Transtornos de Personalidade Narcisista, Antissocial, Borderline e Histriônica.**

Conforme os dados encontrados na literatura científica sobre o assunto referente à estrutura de tratamento e a utilização de técnicas, a TE é dividida em duas etapas: a primeira, de avaliação e conceituação, e a segunda, de mudanças de esquemas. Na primeira etapa, enfatiza-se a importância da relação terapêutica no tratamento, podendo ser observados traços de influência do conceito de apego de Bowlby (Young, 2003).

Segundo Mendes (2010), consta, na teoria do apego, que, assim como os demais animais, os seres humanos possuem meios automáticos, de instinto, a fim de terem uma base segura e estável com seus cuidadores, como a conexão entre mãe e bebê, que tem a finalidade de proteger e defender a prole de qualquer ameaça imposta pelo meio. Em suma, Young entende como papel do terapeuta dispor segurança e estabilidade ao paciente, pois isso pode lhe ter sido negligenciado na infância. Dessa forma, o paciente terá um apoio, dentro dos limites possíveis de uma relação terapêutica.

Ainda, segundo o autor, nessa primeira etapa, o terapeuta pratica a psicoeducação com o paciente ao lhe ensinar sobre a Terapia dos Esquemas e seus conceitos, e ensiná-lo a identificar e ligar seus EIDs a acontecimentos atuais e entender como se originaram. O paciente aprende a identificar seus modos e enfrentamentos e em quais situações eles se ativam. Para isto,

tarefas de casa podem ser aplicadas, assim como os inventários, a exemplo do Questionário de Esquemas de Young. Depois que uma boa relação terapêutica se vê construída e os esquemas do paciente são identificados, o terapeuta se utiliza de técnicas experienciais para que os esquemas venham à tona, como relatos de imagens mentais (podem ser espontâneos do paciente ou cenas propostas pelo terapeuta), podendo ser utilizados filmes, livros ou sonhos, com o mesmo propósito de fazer com que os esquemas emergam e, no decorrer da terapia, a conceituação do caso. Quanto à segunda etapa do tratamento, ela se fundamenta na mudança do esquema e, para esse propósito, são utilizadas as estratégias cognitivas, comportamentais, vivenciais e interpessoais, para mudar os EIDs, os estilos de enfrentamento e os modos.

De acordo com Mendes (2010), inicia-se com técnicas cognitivas, como registro de pensamentos automáticos (PAs), reconhecimento das distorções cognitivas, elaboração e uso de cartões que contradizem os EIDs – a recordar que os esquemas envolvem além da cognição, sensações corpóreas, memórias de afeto; e essas técnicas, ao fazerem com que o esquema se ative, permitem que o paciente se expresse emocionalmente. A formação de diálogos entre o polo do esquema e o polo saudável, a representação de papéis de cuidadores, o uso de imagens mentais e a liberação de emoções também são empregadas.

As técnicas cognitivas são trabalhadas com o paciente durante as sessões de terapia, a fim de que ele se torne capaz de amenizar seus esquemas quando eles aparecerem fora da sessão, defrontando as crenças com pensamentos lógicos e com a compreensão de que os esquemas podem fazer com que o paciente veja a realidade e informações distorcidas. Uma técnica utilizada, chamada de “Advogado do Diabo”, é fazer com que o paciente fale a favor de seu esquema para o terapeuta, exemplificando evidências que provem que seu esquema é cabível, enquanto o terapeuta desempenha um papel de lhe mostrar que as provas não são verdadeiras e que, na verdade, o esquema é disfuncional. Segundo o autor, referindo-se ao uso das técnicas interpessoais, quando o paciente demonstra suas emoções frente ao esquema ativo, a conexão com o terapeuta se fortalece, o que ajuda a identificar padrões e que o terapeuta supra, através de seu trabalho, as necessidades básicas não atendidas do paciente, técnica denominada re-parentalização limitada.

As técnicas comportamentais são trabalhadas tanto durante quanto no final da terapia, mas é mais comum no final, quando há um rompimento real nos padrões de funcionamento do paciente. Ao partir do pressuposto de que o paciente já conhece seus EIDs, como eles se desenvolvem, suas estratégias de enfrentamento e reposta, ele é capaz de se afastar de seus esquemas, contestando-os e se apropriando de condutas mais saudáveis.

Cabe apontar que, ainda que as etapas e as opções de técnicas se encontrem traçadas, o terapeuta necessita estar pronto para tratar pacientes com maiores resistências do que outros – resistências como praticar tarefas de casa e qualquer postura que demande uma maior participação do paciente durante as sessões. Nessa perspectiva, cabe salientar que as técnicas não são rígidas; logo, abre-se um espaço para que o terapeuta usufrua de sua criatividade e imaginação na condução do processo terapêutico. Ademais, salienta-se que a procura por EIDs e crenças centrais, seu início, como ganham força ao longo da vida do sujeito, a importância da relação terapêutica e a concretização de um relacionamento estável e forte que, juntamente, se faça instrumento de mudança, pode fazer com que a TE tenha um período de tratamento mais longo se comparado à Terapia Cognitivo Comportamental (Mendes, 2010).

Ainda conforme o autor, as técnicas experimentais são geralmente aplicadas após as técnicas cognitivas, com o intuito de preparar os esquemas para serem mudados. Um exemplo técnico é uma “Catarse Emocional”, que tem como meta trabalhar aspectos emocionais. Nessas técnicas, o terapeuta faz uso principalmente de imagens e dramatização de papéis que despertam emoções ligadas ao esquema do paciente quando ele vivencia tais experiências.

Segundo Cavallin et al. (2018), as técnicas interpessoais são vivenciadas em todo o tratamento, enquanto o paciente expõe e compartilha seus esquemas em uma relação terapêutica de trocas com o terapeuta. Um exercício praticado é propiciar um relacionamento terapêutico que contradiga aos EIDs; assim, a posição será contrária a dos esquemas desadaptativos formados na infância. As técnicas comportamentais são a etapa final do tratamento e intentam mudar o comportamento

responsável por fortalecer os esquemas ao longo do tempo, como o terapeuta ensaiar o comportamento saudável com o paciente em uma situação escolhida para modificação – em que antes paciente agia de forma incoerente, razão pela qual prejudicava sua vida.

Após a apresentação referente à estrutura de tratamento e a utilização de técnicas para o tratamento dos Transtornos de Personalidade segundo a TE, serão apresentadas as técnicas interventivas da Terapia do Esquema (TE) utilizadas para cada um dos Transtornos de Personalidade do Cluster B, com base na literatura científica.

### **Técnicas interventivas para Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN)**

O tratamento para o TPN, de acordo com Young (2003), foca-se na relação terapêutica, aplicada na reparentalização parental da criança solitária e no manejo com os modos de esquema. Objetiva-se ajudar o paciente a fortalecer/construir o modo adulto saudável; assim, o modo criança solitária do sujeito se sentirá zelado e compreendido, o que torna possível zelar e empatizar também com os demais indivíduos. O enfrentar do modo autoengrandecedor tornará viável que o paciente renuncie à sua indispensabilidade de aprovação e comece a construir relações recíprocas à medida que sua criança solitária adquira amor genuíno. O ajudar no modo autoconfrontador desligado, para que ceda suas condutas evitativas e aditivas, e as substitua pelo amor genuíno, pela autoexpressão e pela real experiência de sentimentos/emoções.

Segundo Young, dessa forma, o psicoterapeuta auxiliará o sujeito a instituir relações interpessoais verdadeiras, primeiramente com o próprio profissional terapeuta e, depois, com os sujeitos de seu convívio. Cabe apontar que, conforme a criança solitária recebe afeto e empatia, o sujeito não necessita mais converter o afeto por grandeza ou desprezo, e os modos autoconfrontador desligado e autoengrandecedor perdem sua força e, aos poucos, se extinguem. As tarefas de casa (a aplicação depende de cada paciente) que fazem parte do tratamento, com viés cognitivo-comportamental, são indispensáveis na assistência do paciente, uma vez que assessoram o sujeito a vencer os estilos de evitação que perpetuam seus esquemas.

### **Técnicas interventivas para Transtorno de Personalidade Antissocial (TPA)**

De acordo com registros de Wainer et al. (2016), esse transtorno costuma ser diagnosticado na idade adulta, e seu tratamento foca-se primeiro na relação terapêutica, fazendo-se de suma importância que, no primeiro momento, o terapeuta se mostre compreensivo e não julgador. Com postura empática, deve se colocar no lugar do sujeito e demonstrar entender que, para o paciente, existem vantagens em continuar com seu comportamento disfuncional (como exercer superioridade a outrem). Dessa forma o paciente diminuirá sua resistência à mudança.

De acordo com os autores, as estratégias motivacionais ajudam no processo de engajamento à mudança, como a Reflexão Simples, a Reflexão Ampliada e a ênfase na Liberdade de Escolha do Sujeito. Cabe apontar que é preciso expor ao paciente sua conceitualização de caso, em que aparece sua hipercompensação de esquema e, assim, tornar possível que ele entenda que é capaz de dar conta de emoções de defectividade e inferioridade sem comprometer as pessoas à sua volta. Após esse passo, os processos de evitação, esse estilo de enfrentamento surge, pois esse paciente usa para afastar-se da tristeza, por exemplo. O terapeuta pode usar autorrevelações como estratégia terapêutica quando esse momento chegar, mostrando que o sofrimento é comum às pessoas, e, posteriormente, realizar um confronto gradual da evitação cognitiva (escrever cartas, por exemplo) antes de começar a técnica de imagem.

Quanto ao tratamento de pacientes que também apresentam evitação emocional, usam-se técnicas de imagem e vivenciais e o trabalho direto com os esquemas. Ademais, o terapeuta necessita incentivar o indivíduo a romper com as mais diversas evitações que pratica (quando evita situação de intimidade, por exemplo). As estratégias citadas possuem como função capacitar o paciente a aprimorar sua regulação emocional frente a ocorrências que antes eram evitadas. Assim, o terapeuta prestará dedicação aos processos esquemáticos, bem como às resistências que vem deles. Dada uma boa relação

terapêutica e o estabelecimento de estratégias de reparentalização, seguidos das mudanças na hipercompensação e da evitação, o profissional pode trabalhar diretamente com os EIDs e suas origens e aplicar as técnicas cognitivas, emocionais e comportamentais para diminuir significativamente sua eminência e em como o indivíduo leva sua vida (Wainer et al., 2016).

#### **Técnicas interventivas para Transtorno de Personalidade Borderline (TPB):**

Para o tratamento de pacientes com TPB, existem três passos fundamentais desenvolvidos por Young et al (2008). O primeiro passo é marcado pela relação terapêutica e pelo vínculo com o paciente, afastando-o do modo protetor desligado e tornando-se um alicerce de afeto positivo. Então, após estabelecido um vínculo seguro, o psicólogo inicia a reparentalização com o modo criança abandonada do indivíduo e cria segurança e emoções também seguras. Juntamente, o terapeuta ensina técnicas de enfrentamento para inspecionar o humor e amenizar o pesar causado pelo abandono, em destaque aos sintomas mais graves (a exemplo da postura suicida). O segundo passo se dá pela introdução do modo adulto saudável quando, durante a sessão, ocorre a reparentalização do paciente. Isso porque o modo adulto saudável atua de maneira a trazer conforto e segurança ao modo de criança abandonada, determinando limites à criança zangada, sucedendo o protetor desligado e extinguindo o modo o pai/mãe punitivo.

Como último passo, o terapeuta faculta autonomia ao paciente sobre melhores decisões acerca de parceiros e o auxilia a continuar praticando, fora da terapia, o que é aprendido durante as sessões. Também ajuda o sujeito a encontrar seus dons e qualidades e empregá-las durante tomada de decisões e no dia a dia. Posteriormente, depois de certo tempo de tratamento e de progresso, o terapeuta espaça o tempo entre as sessões. Ressalta-se, de forma geral, que o tratamento se baseia nesses passos. Porém, dentro de cada um dos modos que o paciente mostra, há técnicas que são mais apropriadas, como as cognitivas (cartões lembrete e diário de esquemas) e as comportamentais (treino da assertividade, exercício de imagens mentais e dramatização). Incluem-se deveres de casa, avaliações tal qual o inventário multimodal de histórico de vida, o inventário parental de Young e o questionário de esquemas de Young.

Assim, o modo adulto saudável do sujeito será fortalecido e capaz de cuidar e dar afeto ao modo criança abandonada. Isso repercutirá em doutrinar o modo criança zangada/impulsiva, demonstrando, de forma equilibrada, quando se sentir irritada e ter suas necessidades atendidas, extinguindo o modo pai/mãe punitivo e sobrevir o modo protetor desligado (Young et al. 2008).

#### **Técnicas interventivas para Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH):**

Na pesquisa realizada, observou-se que estudos referentes ao tratamento do Transtorno de Personalidade Histriônica são escassos na literatura científica, em especial quando abordado pelo viés da TE. Ressalta-se que, mesmo não encontrando estudos que enfoquem especificamente as técnicas para o tratamento de TPH, é possível utilizar, na prática clínica, as técnicas cognitivas, vivenciais e comportamentais da TE. Assim como os instrumentos avaliativos com enfoque nos esquemas podem ser muito úteis, uma vez que são eficazes para os demais transtornos de personalidade que englobam características em comum. Ademais, durante as sessões e sua evolução, o psicólogo estimula o sujeito a remediar a fala pelo comportamento; assim, o paciente começa a se compreender melhor, ter um conhecimento do transtorno e passar a conviver e se relacionar com as pessoas de seu convívio de uma maneira menos dramática, notando como suas formas de agir antes eram desadaptativas e que ele só agia daquela forma para obter atenção e controlar sua autoestima (Skodol, 2019).

Acerca do TPH, cabe apontar que os sintomas podem se mesclar e ser facilmente confundidos com os outros transtornos de personalidade do Cluster B. Essa mescla se dá devido às suas características semelhantes, aspecto ao qual o profissional deve se atentar durante as primeiras sessões de avaliação e/ou análise de um paciente diagnosticado com algum transtorno de personalidade.



Cabe apontar, a partir de estudos de Kaplan et al. (1993) e Gabbard (2008), que características dos pacientes com TPH se enquadram nos descritores de alguns EIDs. São características como ansiedade, autodramatização, impulsividade (principalmente na busca por atenção), hipervigilância, instabilidade emocional (irritadiços, hostis), medo de rejeição (de abandono; são dependentes, catastrofizam os problemas), carência (necessitam sempre de aprovação, somatizam em resposta a conflitos, como dores musculares, dores de cabeça, dores abdominais), pensamentos dicotômicos, raciocínio emocional e generalização.

Ressalta-se que as características apontadas pelos autores estão presentes tanto em homens como mulheres e, quanto maior atratividade, maior o emprego de defesas imaturas e menor o uso de defesas adaptativas e autossacrifício. Quanto à formulação cognitiva, esses pacientes têm concepção de crenças relacionadas à sexualidade e a relacionamentos interpessoais, problemas com apego, sentem-se rejeitados quando não recebem a atenção que almejam (possuem pensamentos automáticos como “eu não sou nada”) e a autoestima depende da aprovação social. As crenças geralmente são “sou interessante” / “para ser feliz, preciso da atenção dos outros” / “nada sou se não impressiono as pessoas” / “se não gostam de mim, não prestam” / “sou o centro das atenções”, e seus sentimentos e sua intuição são mais importantes que planejamento racional.

Para a avaliação do TPH, pode-se usar algumas ferramentas da TCC, como as expostas por Aaron Beck, os *Thoughts Questionnaire* (para avaliar crenças, e identificar esquemas mal adaptativos). Também pode ser utilizado o *Personality Belief Questionnaire* (para identificação das crenças), assim como o *Young's Schema Questionnaire*, de Jeffrey Young. Como técnicas de tratamento para TPH, encontrou-se, na literatura elaborada por Kaplan et al. (1993) e Gabbard (2008), a terapia individual (diretiva, guiando o sujeito para a realidade – a expressiva, pautada na discussão de itens inconscientes do paciente, ou orientada para o insight, focada na transferência e contratransferência, decifrando desejos e defesas inconscientes) e técnicas de modificação comportamental (dessensibilização, substituição, hipnose).

O estilo cognitivo é marcado por impressionismo, pois os pacientes costumam usar muitos mecanismos de defesa. Eles apresentam adversidades quando necessitam se concentrar em detalhes, repressão, negação, dissociação e supressão junto de uma queda da animação emocional. Agem exageradamente e, quando em crise, podem ter reações dissociativas (esquecendo-as posteriormente) (Kaplan et al., 1993; Gabbard, 2008).

### **Eficácia da TE no tratamento de pacientes com transtornos de personalidade do Cluster B**

O modelo de tratamento criado por Jeffrey Young se mostrou de grande adesão e efetividade no campo da Psicologia. Estudos indicaram que a TE é a abordagem que apresenta mais resultados positivos, como os descritos a seguir:

### **Eficácia do tratamento com TE frente ao Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN):**

Conforme os estudos e a análise de Behary (2011, citado por Isoppo, 2012), o TPN apresenta resultados efetivos quando auxiliado pela ênfase da Terapia do Esquema, por meio do trabalho clínico (que é caracterizado por ser mais longo do que a Terapia Cognitiva, podendo levar de meses a anos). A TE também é marcada por conter, em sua maioria, os EIDs de privação emocional, defectividade, arrogo, desconfiança/abuso, isolamento social/alienação, fracasso, autocontrole/autodisciplina insuficientes, subjugação, busca de aprovação/reconhecimento, padrões inflexíveis/postura hiper crítica e postura punitiva (Young et al., 2008).

Com base em um estudo publicado por Isoppo (2012), cujo enfoque principal foi a análise de um caso clínico, verificou-se que foram ilustradas as manifestações dos esquemas de um paciente com TPN e como eles apareciam no discurso e nas atividades de sua rotina. Para contribuir com estudos acerca dessa área psicológica, foi aplicado o *Young Schema Questionnaire* (YSQ-S3, de Jeffrey Young, 2005) traduzido e adaptado por D. Rijo (2006). O questionário para a identificação de EIDs conta com 90 itens, que condizem com os 18 esquemas, e calculam-se médias individuais. O total de cada uma e a

pontuação total do YSQ indicam que quanto maior ela for maior quantidade de EIDs. A pontuação total do paciente em análise foi de 271, que está para além da pontuação, conforme a tabela construída pela autora. Além de ligar o discurso sobre as situações diárias da paciente com os EIDs, a fim de dar um exemplo real de como se manifestam, foram comprovados os esquemas característicos do Transtorno de Personalidade Narcisista e o diagnóstico de TPN. Isso demonstrou a uniformidade entre a teoria e a prática clínica. É um estudo que mostra o emprego dos ensinamentos da TE para o melhor diagnóstico e tratamento de pacientes com transtornos de personalidade mais graves.

Acerca disso, cabe ressaltar que o estudo analisado não apresentou a duração ou as intervenções mais específicas sobre o tratamento. No entanto, ele destaca a fundamental importância do uso do inventário para o mapeamento dos esquemas e, a partir disso, a possibilidade de nortear as intervenções terapêuticas futuras.

### **Eficácia do tratamento frente ao Transtorno de Personalidade Antissocial (TPA):**

Segundo um estudo apresentado e publicado no Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas (2015), com um relato de experiência de tratamento com TE de um paciente com TPA, a Terapia do Esquema foi apontada como um canal que dispõe de alta eficácia para o tratamento desse transtorno. Apresentou influências positivas diretas nas relações interpessoais e na melhoria do padrão de vida do indivíduo. Os principais EIDs que acompanham TPA na maioria dos casos são: abandono, privação emocional, desconfiança/abuso, indesejabilidade social, grandiosidade, autocontrole/autodisciplina insuficientes, isolamento, defeito/vergonha e fracasso (Wainer et al., 2016).

Analisou-se um estudo também oriundo do Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas (2015) em que um paciente com Transtorno de Personalidade Antissocial foi tratado com 12 sessões de psicoterapia na ênfase da TE. O tratamento começou devido a uma tentativa de homicídio para com um parente e, durante suas sessões, apresentou os esquemas de Autocontrole/Autodisciplina insuficientes, Grandiosidade, Abandono e Desconfiança/Abuso. No estudo realizado, foram utilizadas técnicas de resolução de problemas e reestruturação cognitiva. Depois, especialmente com a Terapia do Esquema, foram trabalhados os padrões desadaptativos de comportamento e os apresentados/ensinados para o paciente em questão. Como resultado final apresentado nessa pesquisa, o paciente demonstrou alteração relevante no seu contexto familiar e social, que foram validados pelas pessoas com quem ele convive. Cabe apontar, também, que foram empregadas técnicas cognitivas, comportamentais e vivenciais, além da relação terapêutica. Como resultado desse processo terapêutico, o indivíduo exprimiou uma diminuição das memórias vinculadas a seus esquemas e passou a desenvolver resoluções adaptativas de enfrentamento.

Observa-se que os dados obtidos referentes à prática clínica estão em concordância com a literatura. Sinaliza-se o quão importante se faz a melhora da condição de relacionamentos e de visão de mundo desses pacientes, a ponto de melhorar a qualidade de vida e atenuar o sofrimento não somente do indivíduo com TPA, mas também da comunidade em que convive.

### **Eficácia do tratamento para Transtorno de Personalidade Borderline (TPB):**

Para enfatizar a importância e a eficácia do tratamento com TE para pacientes com TPB, analisou-se o estudo de Marques et al. (2017). Esse estudo elucidou a melhora dos pacientes ao longo do tratamento, com demonstração de benefícios clínicos tanto na diminuição da sintomatologia do transtorno quanto no comportamento dos pacientes (diminuindo os que causavam dano ao próprio sujeito). Houve também melhora nas relações interpessoais e no cotidiano, com remissão diagnóstica alta, de 94%. No estudo analisado, constam apontamentos de pesquisas fundamentadas e comprovadas. Um desses apontamentos é uma análise de 6 casos clínicos, em que o psicólogo responsável atendeu os pacientes durante um período que variou entre 16 e 18 meses, com sessões de uma hora. A eficácia foi identificada para 5 dos 6 indivíduos participantes da análise. Foi registrada uma incidência geral do transtorno, da depressão, da ansiedade e dos esquemas desadaptativos. O tratamento continuou por um ano, e ao final, três pacientes apresentaram remissão completa da sintomatologia de TPB.

Ademais, há dados de uma avaliação feita por Farrell et al. (2009 citado por Marques et al., 2017) que somou oito meses de TFE ao tratamento de costume, com 32 mulheres portadoras de TPB divididas em dois grupos: terapia de costume (incluindo psicoterapia individual semanal) e terapia de costume com 30 sessões de TE grupal. A TE grupal resultou em grande aderência à terapia (100% vs. 75%,  $p=0.1$ ). Ao final do tratamento, notou-se contraste positivo frente à TE na baixa dos sintomas psiquiátricos globais (média: 1.26 vs. 2.01,  $p=0.001$ ), dos sintomas específicos dentro do TPB (média: 18.81 vs. 32.75,  $p<0.001$ ) e do funcionamento global (média: 60.50 vs. 50.08,  $p=0.002$ ). No fim da avaliação, 94% dos pacientes tratados com a Terapia do Esquema (vs. 16% no grupo de terapia do costume) apresentaram remissão completa da sintomatologia dos critérios diagnósticos de Transtorno de Personalidade Borderline (conforme *Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised*). Passaram-se seis meses e os avanços com o grupo de pacientes tratados com TE se mantiveram e a sintomatologia mostrou remissão completa; todavia, no outro grupo 83%, dos pacientes mantiveram o diagnóstico ( $p<0.001$ , OR=75).

Outrossim, a pesquisa de Dickhaut et al. (2014 citado por Marques et al., 2017) buscou demonstrar que o tratamento de fato é efetivo em grupo. Trabalhou-se com a TE por dois anos em um grupo de 28 mulheres com Transtorno de Personalidade Borderline, de modo individual e coletivo. Comprovou-se, então, a diminuição dos sintomas do transtorno, da psicopatologia no geral e dos esquemas desadaptativos, havendo aumento da qualidade de vida e do nível de felicidade. Durante 30 meses, 77% das mulheres apontaram melhora clínica. Esses desfechos propõem que a aplicabilidade da TE é funcional e primordial tanto no trabalho individual quanto em grupo, sendo um agente potente de mudança (Marques et al., 2017).

Observa-se que existe uma visão muito positiva ao aplicar o uso da TE no tratamento de pacientes com TPB, pois os resultados são prósperos, como destacado nos escritos de Young et al. (2008). Pacientes que apresentam esse transtorno geralmente portam quase todos os 18 esquemas, em especial os de Abandono, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defectividade, Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes, Subjugação e Postura Punitiva. Devido a essa condição, os pacientes mudam de humor com muita frequência e rapidez, e trabalha-se com os modos de esquema (desenvolvidos especialmente para esse transtorno) para obtenção de maiores resultados. Os modos desses indivíduos abrangem: Modo Criança Abandonada, Criança Zangada e Impulsiva, Pai/Mãe Punitivos, Protetor Desligado, Adulto Saudável (Young et al., 2008).

### **Eficácia da TE para Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH):**

Diante das poucas bibliografias e estudos referentes ao tratamento da TE para o Transtorno de Personalidade Histriônica, como mencionado anteriormente neste trabalho, notou-se, durante a análise dos escritos, que a psicoterapia em si é bastante citada e efetiva, porém sem maiores especificações acerca de qual ênfase é usada. O TPH se identifica pela alta frequência e intensidade de emoções que se manifestam em situações variadas, com muitas mudanças no humor e dramatizações, intencionando chamar a atenção para si, sendo em sua maioria pacientes influenciáveis e do sexo feminino (Associação Psiquiátrica Americana, 2002 citado por Dagostini & Quioca, 2017; Organização Mundial da Saúde, 1993). O sujeito com esse diagnóstico resiste às críticas que recebe, tolera poucas coisas e, quando não obtém o que quer, mostra-se frustrado, possui receio em ser abandonado e age sempre em busca de aprovação.

Devido à sua sintomática ampla e ao perfil de cada paciente, os acometidos por TPH também podem ter correlacionados outros transtornos, como o Transtorno Conversivo, Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno de Personalidade Narcisista, Transtorno de Personalidade Dependente e de somatização. Os mecanismos de defesa que o permeiam oscilam e são marcados pelos de repressão, uso de fantasias, somatização, isolamento e negação (Pereira, 2011 citado por Dagostini & Quioca, 2017). Durante as sessões de psicoterapia, independentemente da abordagem, esses sujeitos

adotam condutas cooperativas e ansiosas, frente a dar informações em detalhes, tal como discursos falhos, o que dificulta que o paciente entenda emoções mais intensas (Sadock, 2007 citado por Dagostini & Quioca, 2017.)

Analisou-se um estudo de caso real de Dagostini e Quioca (2017) sobre uma paciente do sexo feminino, de 37 anos, em seu terceiro ano de tratamento de psicoterapia, preenchendo parcialmente os critérios diagnósticos para TPH. Ao longo das sessões de terapia, outros vieses de atitudes por parte da paciente se mostraram possíveis. No entanto, suas falas eram pautadas por resistências, as quais foram enfraquecidas conforme suas emoções eram reconhecidas e validadas. O estudo enfatizou que a atitude repetitiva e insistente do terapeuta foi fundamental para que os mecanismos de defesa fossem enfraquecidos, em conjunto de auxiliar a paciente a notar seus padrões comportamentais. Assim, ela obteve maior consciência e compreensão de seus padrões disfuncionais de conduta. No início do tratamento, o vínculo e o estabelecimento de uma boa relação terapêutica foi prioridade, com prática de uma escuta ativa, permitindo que a paciente se sentisse à vontade para expor pensamentos e acontecimentos, enquanto suas demandas eram acolhidas e intervenções assertivas eram feitas.

Ainda segundo os autores, quanto mais as sessões evoluíam, mais o terapeuta estabelecia um papel ativo, com o foco de estimular *insights*. Isso era potencializado em todas as sessões que se seguiram, até que a paciente ampliou a aptidão na sua autoanálise, e começou a constatar o quão era necessário trazer às sessões temáticas que eram realmente importantes em sua vida, mesmo aquilo que fosse desagradável.

A conduta terapêutica, então, seguiu a ordem de, primeiramente, acolher a paciente, mostrando empatia por ela, reconhecendo e validando suas emoções. Em seguida, passou-se a analisar os diferentes caminhos de tomadas de decisões e atitudes, a ligação entre as queixas, novos discernimentos, e impulsionar a refletir sobre quais condutas trariam mais qualidade à sua vida e às suas relações. No princípio do tratamento, a paciente usava falas como “os outros estão errados” ou “o meu jeito é o certo”, que marcavam sua resistência à mudança. Como o decorrer do tratamento, os comportamentos da paciente ganharam um enfoque maior, dado como avanço, uma vez que, a partir disso, ela começou a se dispor a aceitar e pensar sobre o que era abordado em terapia, olhando para si e alcançando ideias próprias, expandindo sua autoconsciência e análise e produzindo *insights* até mesmo fora das sessões.

O fato de o terapeuta usar as falas que a própria paciente trazia sobre suas vivências e desejos para evidenciar associações e ideias acabou por diminuir as resistências e proporcionaram *insights* que guiaram a paciente para reflexões adentro de futuras ações mais apropriadas. As intervenções e o repetir no discurso terapêutico se fizeram de suma importância. Assim, observou-se, nos relatos, que abordagens mais pontuais e diretas não surtiram uma melhora tão significativa quanto o uso de questionamentos, explicações, interpretações e metáforas, abordagem que surtir mais avanços na melhora dos sintomas que a paciente trazia em suas demandas, juntamente de uma melhor qualidade de enxergar a vida e suas relações (Dagostini & Quioca, 2017).

O estudo analisado não especifica qual abordagem é utilizada, mas foi escolhido para exame por apresentar contribuições importantes para o tratamento de pacientes com transtornos de personalidade. E, em função de não encontrarmos publicações mais específicas para TPH, cabe apontar que, como a TE é uma abordagem inovadora e integrativa e que abrange teorias e técnicas de outras abordagens, os resultados dessa pesquisa podem contribuir à prática clínica para com pacientes que apresentam esse transtorno. Logo, nota-se que a Psicologia possibilita que vários avanços do conhecimento ocorram e que o indivíduo melhore suas relações consigo e com o mundo. Cabe aos profissionais da área dar continuidade a estudos e pesquisas a fim de descobrir e aprimorar as melhores formas de intervenções, primordialmente com a TE, para esses pacientes mais crônicos.

#### 4. Considerações Finais

O estudo realizado traz um entendimento sobre a Terapia do Esquema e os Transtornos do Cluster B, assim como seu desenvolvimento, suas características, seus critérios diagnósticos, seu funcionamento e seu tratamento. A pesquisa foi conduzida com a finalidade de ampliar e agregar o saber de estudiosos na área acadêmica e profissional, sendo capaz de despertar o interesse na realização de novas pesquisas na área.

Com base em pesquisa na literatura científica com estudos recentes sobre a temática, a análise do estudo apontou resultados importantes e uma significativa evolução no contexto clínico dos pacientes com transtornos de personalidade do Cluster B nos aspectos cognitivos, emocionais, e relacionais de suas vidas, apontando indícios positivos da efetividade da Terapia do Esquema em casos refratários. Após a compreensão do funcionamento da Terapia focada em Esquemas, observa-se o quanto ela apresenta uma estrutura bem fundamentada, mostrando grande aplicabilidade no tratamento dos transtornos de personalidade. A eficácia da TE se dá como resultado de um modelo de psicoterapia inovadora e integrativa que compreende todo o contexto envolvido nos transtornos de personalidade, como nos demais diagnósticos clínicos por meio de um processo avaliativo; depois, faz a aplicação de técnicas interventivas, deixando claro o quanto o desenvolvimento de esquemas estão relacionados a necessidades emocionais não atendidas na infância e na adolescência, apontando como isso impacta o indivíduo ao longo de sua vida.

Além disso, durante a realização da pesquisa, foi possível perceber que, mesmo sendo considerados transtornos complexos e de difícil tratamento, a terapia de viés cognitivo, em destaque a Terapia do Esquema, possibilita um tratamento mais categórico e eficaz. Outrossim, o avanço promissor nos tratamentos se deu a partir do emprego da TE sobre eles, uma vez que prioriza a investigação das origens infantis, distinguindo a trajetória dos esquemas desde a tenra infância até o presente, com singular ênfase nos relacionamentos interpessoais do paciente, o que, posteriormente, proporciona aos pacientes uma compreensão mais positiva acerca do seu funcionamento.

Assim, o estudo realizado possibilitou um maior conhecimento e assimilação de que, apesar de reputados como transtornos crônicos e graves, o tratamento, apesar de longo, é eficaz. Neste trabalho, constam apontamentos capazes de contribuir para a prática clínica de profissionais da Psicologia e para as pesquisas futuras acerca do tema, sobretudo no que se refere aos resultados encontrados em relação tratamento depois de aplicada a Terapia do Esquema. Ressalta-se que há novos estudos profissionais acerca de novos domínios esquemáticos, porém ainda não validados, que se encontram em fase de validação; e que por esta razão também poderão contribuir nesses estudos futuros.

O maior desafio durante o desenvolvimento desta pesquisa foi encontrar e reunir informações sobre como eram caracterizados os transtornos, seu tratamento e sua real eficácia. Isso porque os achados na literatura, que são poucos os que falam sobre os TP relacionados à abordagem da TE – ainda mais frente à grande demanda de pacientes –, em sua maioria, englobam evidências quando se trata dos transtornos de personalidade Narcisista, Antissocial e Borderline. Há pouquíssimos estudos sobre o Histriônico, o que resultou em uma dificuldade maior para escrever e visualizar melhor o manejo psicoterapêutico sobre tal transtorno. Porém, a partir da dificuldade frente à escassez desses registros em materiais bibliográficos, o interesse e as leituras aumentaram, o que possibilitou um maior saber sobre cada transtorno e a observação de que as mesmas técnicas utilizadas para o tratamento dos demais transtornos do Cluster B na TE podem ser usados para o tratamento do Transtorno de Personalidade Histriônico, por abrangerem um grande número de características em comum.

Por fim, sugerem-se mais pesquisas em torno dos impactos dos Transtornos de Personalidade do Cluster B para o sujeito e suas vivências, tal como o auxílio que a TE pode propiciar nesses tratamentos. Visa-se, com isso, à qualidade de vida dos pacientes, que impacta na sociedade em geral, e ao aprimoramento dessa linha da Psicologia, para que ela seja cada vez mais hábil a ajudar e investigar sobre o desenvolver humano.



## Referências

- Andriola, R. (2016). *Estratégias terapêuticas: reparentalização limitada e confrontação empática*. In Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: integração em psicoterapia*. Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V)*. Artmed.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro: Edições 70.
- Bilotta, E., Carcione, A., Fera, T., Moroni, F., Nicolò, G., Pedone, R., Pellecchia, G., Semerari, A., & Colle, L. (2018) Symptom severity and mindreading in narcissistic personality disorder. *PLoS One*, 15, 13(8).
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1.
- Campos, R. N. et al. (2010). A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. *Rev. psiquiatr. clín.*, 37.
- Cavallin, F. M. et al. (2018). Narcisismo. *Academia*, [s. l.].
- Cazassa, M. J. et al. (2008). Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Rev Psiq Clín*, 35(5), 187-95.
- Cloninger, C. R. et al. (1993). *Um modelo psicobiológico de temperamento e caráter*. Em Biblioteca Nacional de Medicina. Departamento de Psiquiatria, Escola de Medicina da Universidade de Washington, St Louis, Mo.
- Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas*. (2015). Porto de Galinhas: Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Terapia do esquema no tratamento do transtorno da personalidade antisocial: um relato de experiência.
- Costa, I. F., Tomaz, M. P. B., Araújo, M. G. de., Medeiros, N. de S. B., & Galdino, M. K. C. (2019). Relações entre Eventos Estressores Precoces, personalidade e sintomas psiquiátricos: um estudo exploratório em amostra não clínica. *Psico*, 50 (1).
- Costa, I. F. D., Tomaz, M. P., Pessoa, G. D. N., Miranda, H. S., & Galdino, M. K. (2020) Early maladaptive schemas and harm avoidance as mediating factors between early life stress and psychiatric symptoms in adults. *Braz J Psychiatry*, 42(5):489-495.
- Dagostini, C. L. F., & Quioca, K. (2017). Personalidade histriônica: traços, psicodinâmica e conduta no processo psicoterapêutico. *Pesquisa Em Psicologia - Anais eletrônicos*, 181-186.
- DeLisi, M., Drury, A.J., & Elbert, M.J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry*. Jul; 92:1-6.
- Duarte, R., Lloyd, A., Kotas, E., Andronis, L., & White, R. (2019). Are acceptance and mindfulness-based interventions 'value for money'? Evidence from a systematic literature review. *Br J Clin Psychol*. 58 (2):187-210.
- Finkler, D. C. et al. (2016). Temperamento e Caráter na Resposta à Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno de Pânico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32.
- Gewirtz, J. C., & Davis, M. (1997). Second-order fear conditioning prevented by blocking NMDA receptors in amygdala. *Nature*, 388:471-474.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (6. ed.) Atlas.
- Gabbard, G. O. (2008). *Psiquiatria Psicodinâmica*, (4ª ed.). Artmed.
- Isoppo, G. S. L. (2012). *Terapia Focada em Esquemas e Personalidade Narcisista*. Monografia (Especialização em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia.
- Jain, F. A, & Fonagy, P. (2020) Mentalizing Imagery Therapy: Theory and case series of imagery and mindfulness techniques to understand self and others. *Mindfulness (N Y)*, 11(1):153-165.
- Jaspers, K. (1973). *Psicopatologia geral*. (S. P. A. Reis, trad., Vol. 1). São Paulo, SP: Atheneu. (Trabalho original publicado em 1913).
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J.; & Grebb, J. A. (1993). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais e Psiquiatria Clínica*. (6ª ed.) Artes Médicas.
- LeDoux, J. E. (1996). *The Emotional Brain*, Simon and Schuster, New York.
- Lim, C. R., & Barlas, J. (2019). The effects of toxic early childhood experiences on depression according to young schema model: a scoping review. *Journal of affective disorders*, 246, 1-13.
- Marques, S. et al. (2017). Intervenções psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: uma revisão das terapias de base cognitivo-comportamental: Psychological treatments for Borderline Personality Disorder: a review of cognitive-behavioral oriented therapies. *Acta Médica Portuguesa*, 30(4):307-319.
- Mazer, A. K., Macedo, B. B. D., & Jurueña, M. F. (2017). Transtornos da personalidade. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 50 (supl.1), 85-97.
- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol.*, 37:89-93.
- Mendes, M. A. (2010). Temas em psicoterapia e psicologia. In: Mendes, M. A. *Terapia do esquema: um novo enfoque cognitivo*. *Psique Ciência e Vida*.
- Mezei, J., Juhasz, A., Kilencz, T., & Vizin G. (2020). A borderline személyiségzavar a fejlődépszichopatológia tükrében [Borderline personality disorder in the light of developmental psychopathology]. *Neuropsychopharmacol Hung*. 22(3):102-111.

- Miranda, A. L. P. R. (2015). *Transtornos de Personalidade: história do conceito e controvérsias atuais*. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.
- Pagio, M. B. de S., & Assumpção, A. A. (2018). Terapia do esquema como ferramenta para a construção da conceitualização cognitiva: revisão integrativa. *Pretextos - Revista Da Graduação Em Psicologia Da PUC Minas*, 3(6), 116 - 131.
- Perugula, M. L., Narang, P.D., & Lippmann, S.B. (2017). The Biological Basis to Personality Disorders. *Prim Care Companion CNS Disord*. Apr 13; 19(2).
- Pessoa, G.N. (2020). *Relações entre eventos estressores precoces e esquemas iniciais desadaptativos em adultos*. Trabalho de conclusão (curso de graduação em Psicologia) - Universidade Federal da Paraíba.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2).
- Salgó, E., Bajzát, B., & Unoka, Z. (2021). Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Bord personal disord emot dysregul*, 8, 19.
- Santos, P. L. et al. (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais*. Sinopsys Editora.
- Schütz, N.T; & Silva, J.V.A (2021). *Estudos de casos em Terapia do Esquema*. Sinopsys Editora;
- Silva, C.R. (2004). *A Metodologia e Organização do Projeto de Pesquisa: guia prático*. Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará (CEFET).
- Soares, M. H. (2010). Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Borderline. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6).
- Skodol, A. (2019). Transtorno de personalidade histriônica (TPH). [S. l.: s. n.]. <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-histri%C3%B4nica-tph>
- Skodol, A. (2019). Visão geral dos transtornos de personalidade. [S. l.: s. n.] <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/vis%C3%A3o-geral-dos-transtornos-de-personalidade>
- Tan, Y.M., Lee, C.W., Averbeck, L.E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., Jacob, G.A., Martius, D., Wastiaux, S., Zarbock, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLoS One*, 21; 13(11).
- Wainer, R. et al. (2016). *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapia*. Artmed.
- Wainer, R., & Rijo, D. (2016). O modelo teórico: esquemas iniciais desadaptativos, estilos de enfrentamento e modos esquemáticos. In: Paim, K., Erdos, R. & Andriola, R. *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas*. São Paulo: Atlas.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas*. (3ªed.). Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. The Guilford Press.