

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA EM CASOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Pâmela Schultz Danzmann¹; Liliane Tomazi Vestena²; Janaína Pereira Pretto
Carlesso³**

RESUMO

Objetiva-se relatar a experiência sobre a relação terapêutica de dois pacientes atendidos em uma clínica escola em uma cidade da região central do Rio Grande do Sul. Os atendimentos foram realizados no Laboratório de Práticas de Psicologia. Os diagnósticos se referem a Transtorno Esquizóide e Transtorno de personalidade Borderline. Como abordagem terapêutica adotou-se aspectos conceituais em relação a TCC em processos. A relação terapêutica foi sendo estabelecida com o tempo, visto que os pacientes tinham dificuldades de se vincular devido a padrões persistentes e generalizados na forma de pensar, reagir e se relacionar. Com o tempo foi realizada a psicoeducação dos esquemas, treino de habilidades sociais e treino de regulação emocional, além da aplicação de técnicas importantes que fortaleceram a relação terapêutica. Concluiu-se, que a relação terapêutica é a ferramenta mais importante que o profissional utiliza no contexto da terapia.

Palavras-chave: Psicoterapia; Terapias de Terceira Onda; Vínculo.

Eixo Temático: Atenção Integral e Promoção à Saúde (AIPS)

1. INTRODUÇÃO

A relação terapêutica é um preditor de sucesso no processo terapêutico. Em outras palavras, é a interação entre paciente e terapeuta que implica na qualidade da terapia. É através de uma boa relação terapêutica que o paciente compreende a terapia como um contexto seguro, aceita se expor as reflexões direcionadas pelo terapeuta e adere ao tratamento. Esse processo é um agente de mudança importante e deve ser fornecido com validação e empatia (WAINER, 2016).

Na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), a relação terapêutica é considerada uma ferramenta fundamental para o profissional, pois implica na realização das tarefas e no engajamento do paciente no processo de terapia. Para isso, também é necessário empatia, a autenticidade e a aceitação por parte do psicólogo na adesão do paciente (CAVALHEIRO; MELO, 2016).

¹ Autor/Apresentador : Universidade Franciscana- UFN. pamelapsicologia10@gmail.com

Isso significa que em um bom trabalho psicoterápico é importante que o paciente sinta o contexto de terapia como uma base segura, e possa explorar o ambiente e confiar no processo terapêutico. Além disso, o processo de vínculo terapêutico depende de ambas partes. Além da qualidade da relação terapêutica, outros fatores devem ser considerados como as histórias pessoais do paciente e psicólogo e também suas características pessoais. Diante disso, o paciente pode se sentir confortável a ponto de chegar a um nível de confiança e intimidade que ainda não encontrou em nenhuma relação (ALVES, 2017).

Nos casos de Transtorno de Personalidade (TP) a relação terapêutica tem sido um dos fatores essenciais para que os pacientes se engajem e dêem continuidade a terapia. Entretanto, isso não significa que é um processo fácil. Isso porque os TP se caracterizam como padrões persistentes e generalizados na forma de pensar, reagir e se relacionar com o outro, causando sofrimento no paciente. A pessoa com TP pode ter dificuldades com as habilidades sociais, se isolar, não conseguir ser empático, ter medo do abandono, e até necessitar extrema atenção por parte dos amigos e familiares (BECK, DAVIS, FREEMAN, 1995)

Diversas abordagens são eficientes no tratamento do TP. A TCC tem a finalidade de focar na desregulação emocional e nas habilidades sociais (LEAHY, 2008). A desregulação emocional pode ser trabalhada pela Terapia Comportamental Dialética (DBT), e está diretamente relacionada a dificuldade do paciente lidar com suas emoções, ao ponto de manifestar, por vezes, de uma forma muito intensificada as suas emoções (LINEHAN, 2018). Já as habilidades sociais são um conjunto de comportamentos necessários para interação e conexão social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). Na clínica podem ser trabalhadas com diferentes técnicas entre elas a psicoeducação, técnicas de imaginação, *role-playing*, dentre outras.

Já a Terapia do esquema (TE), é uma abordagem integrativa, sistemática e estruturada que se formou a partir da teoria do apego, conceitos psicodinâmicos e terapias focadas nas emoções, com a finalidade de identificar os esquemas que surgiram na infância e/ou adolescência e que causam prejuízos em diversas áreas da vida do indivíduo. Isso significa que o enfoque principal nos padrões disfuncionais ou esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) estão relacionados à forma de pensar,

sentir e se relacionar. As necessidades não atendidas na infância, como segurança e afeto, podem gerar emoções e comportamentos disfuncionais. Nesse sentido, a TE visa modificar esses padrões emocionais e comportamentais por meio de técnicas (YOUNG; KLOSKO; WEISCHAAR, 2008).

O trabalho se justifica pela importância de comprovar que a psicologia baseada em Processos identifica, testa e desenvolve um trabalho diferenciado com o paciente. Objetiva-se relatar a experiência sobre a vinculação terapêutica de dois pacientes com TP atendidos em uma clínica escola em uma cidade da região central do Rio Grande do Sul.

2. MÉTODO

Foram atendidos dois pacientes. Um paciente homem, ao qual será atribuído o nome fictício de Dereck. Dereck tem 24 anos e após avaliação psicológica foi diagnosticado com transtorno de personalidade Esquizóide (TPE), totalizando 13 sessões. A outra paciente é uma mulher de 21 anos, a qual será atribuído o nome fictício de Meredith. A paciente possui diagnóstico de Transtorno de personalidade Borderline (TPB), totalizando 14 sessões. Os atendimentos foram realizados no Laboratório de Práticas de Psicologia de uma cidade da região central do Rio Grande do Sul. Os atendimentos ocorreram uma vez na semana com a duração de cinquenta minutos e iniciaram no ano de 2021 e continuam no ano de 2022.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Processo de Vinculação Terapêutica com Dereck

Derick, ao iniciar os atendimentos relatou suas dificuldades nas relações familiares, amorosas e sociais. Além disso, justificou se sentir melhor diante de situações que não envolviam a socialização, devido seu distanciamento emocional e seu desinteresse em assuntos que não contribuíam para sua vida. Ademais, possuía um pequeno círculo de amigos, mas não se sentia à vontade para falar sobre determinados assuntos. Os elogios e por vezes até as críticas advindas das outras pessoas não faziam a menor diferença no seu dia a dia.

Da mesma forma, não fazia questão de elogiar e criticar ninguém. No que se refere ao contexto das emoções, não conseguia compreendê-las e por isso justificava sua distância emocional. Poucas coisas lhe davam prazer e as atividades prazerosas eram temporárias, pois o que ele gostava de fazer em um dia, já não gostava de fazer no outro. Diante disso, como tarefa de casa, utilizou-se com o paciente uma ficha de atividades prazerosas utilizadas na DBT, para que ele tivesse outras alternativas que lhe proporcionasse prazer, quando aquelas de costume perdessem o sentido.

Para compreender o funcionamento de Derek, depois da estagiária perceber que tinha se estabelecido o vínculo, aplicou-se o questionário de esquemas. Esse instrumento é uma ferramenta que serve para identificar os EIDs do paciente (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Foi trabalhado em diversas sessões e percebeu-se que o paciente apresentou esquemas de: desconfiança/abuso, privação emocional, isolamento social/alienação, negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva.

O esquema de desconfiança e abuso refere-se às expectativas de que os outros podem enganar, mentir, tirar vantagem da pessoa que possui o esquema (NEUFELD, 2017). Após a aplicação do questionário é necessário psicoeducar o paciente para que ele compreenda o seu funcionamento. Esse processo consiste em ensinar o paciente sobre suas dificuldades, patologia psíquica e tratamento (NOGUEIRA, 2017),

Um dos grandes desafios para estabelecer vínculo terapêutico pode ter sido o acionamento desse esquema quando tentava-se trabalhar algumas dificuldades do paciente. Tanto é que nos primeiros meses de terapia existia a desconfiança do conhecimento da psicoterapeuta por ser uma estagiária. Com o tempo e a psicoeducação dos esquemas, o paciente foi se sentindo mais confortável em seu espaço de terapia e automaticamente a vinculação foi ocorrendo naturalmente.

Essas dificuldades iniciais podem ser explicadas também pela inflexibilidade psicológica, predominante em pacientes que possuem TP. Esse processo pode impedir que os pacientes passem por mudanças importantes em suas vidas devido a

pensamentos rígidos, somados a pensamentos distorcidos e comportamentos de autossabotagem (GHISIO; LÜDTKE; SEIXAS, 2016).

Um dos esquemas que também podem ter contribuído para que a relação terapêutica fosse dificultada em seu início foi os padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva. Segundo Young (2008) as pessoas que têm esse padrão exigem perfeição e dão atenção exagerada aos detalhes. Podem acabar subestimando o desempenho ou o conhecimento das pessoas que o cercam. O esquema foi percebido principalmente quando o paciente, por algumas vezes, colocou em pauta o conhecimento da estagiária.

Com o passar do tempo e a relação terapêutica sendo estabelecida, aplicou-se a técnica do lugar seguro. Essa técnica vivencial consiste no paciente se imaginar em um lugar que lhe traga sensações de segurança. Pode ser um local que se tenha conhecimento ou pode-se utilizar da criatividade. O importante é que experimente com todos seus sentidos e sinta-se confortável nesse espaço (SOUZA, 2022).

O paciente criou seu lugar seguro relatando à estagiária tudo o que sentia e experimentava com riqueza nos detalhes. Essa técnica era utilizada principalmente quando Dereck estava extremamente ansioso ou quando alguns de seus esquemas estavam ativados e não se sentia confortável com isso. Um exemplo era o esquema de negativismo/pessimismo, visto que toda vez que se projetava no futuro se via fracassando e com muitas dificuldades para atingir seus objetivos. A técnica servia para o paciente relaxar. Posteriormente era trabalhado outras formas a fim do paciente perceber seu esquema ativado. Para que isso fosse possível era necessário que o paciente confiasse no trabalho da estagiária.

Além da Terapia do Esquema, no que se refere à TCC clássica Beckiana, trabalhou-se as habilidades sociais. Esse treinamento possui a finalidade de ensinar o indivíduo a expor seus desejos, opiniões e idéias e modular novos comportamentos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). O trabalho das habilidades sociais era um objetivo de Derek para que tivesse menos prejuízos no contexto social, pois uma de suas metas é voltar à academia para concluir a faculdade e retornar ao mercado de trabalho. O primeiro passo para o treinamento das

habilidades sociais foi a psicoeducação. Essa técnica consistiu em ensinar o paciente sobre suas dificuldades, cognições e pensamentos (NOGUEIRA, et al., 2017).

Posteriormente a isso, o paciente listou comportamentos sociais que gostaria de adquirir e/ou melhorar. E quantificou em uma escala de 1 a 10 aqueles comportamentos menos ansiogênicos e menos difíceis de serem realizados socialmente (falar com alguém por mensagem no celular, cumprimentar alguém na parada de ônibus, conversar com sua mãe pela manhã) até o treino de habilidades sociais consideradas extremamente desconfortáveis (elogiar alguém, aceitar um presente, manter uma conversa). O quadro abaixo exemplifica:

Quadro 1 Comportamentos a serem trabalhados

COMPORTAMENTO	DESCONFORTO
Falar com alguém por mensagem no celular	6
Cumprimentar alguém na parada de ônibus	7
Conversar com sua mãe pela manhã	4
Elogiar alguém	9
Aceitar um presente	8
Manter uma conversa	9

Autoras (2022).

Essas habilidades sociais foram divididas em mais de um momento. Sendo que uma das primeiras etapas foi a aplicação da técnica de exposição imaginária ou terapia de exposição que expõe o paciente a cenas que provocam ansiedade (NASCIMENTO; TRIPLO; SARAIVA, 2017). Em seguida, com a diminuição do sentimento de desconforto, aplicou-se as técnicas de *role-playing*, que consiste no

ensaio desses comportamentos em *setting* (CORNICI, 2017). Por fim, as tarefas de casa envolviam pequenos momentos de interações sociais, que eram discutidas na próxima sessão.

No que se refere à evolução do paciente, pode-se perceber que sua implicação na psicoterapia fez total diferença. No final do primeiro semestre de 2022, conseguiu falar com outras pessoas, justificando as suas dificuldades na interação social, realizou uma festa surpresa para a namorada e isso implicou em contatar pessoas desconhecidas. Se expôs em ambientes sociais e procurou escutar as outras pessoas e manter conversas que em momentos anteriores achava desnecessário. Para que tudo isso fosse possível, a relação terapêutica foi uma das ferramentas principais do processo.

3.2 Processo de Vinculação Terapêutica com Meredith

Meredith já havia passado por inúmeros profissionais da psicologia e não havia estabelecido uma boa relação terapêutica com nenhum deles. As relações sociais, muitas vezes, eram fragilizadas pela sua impulsividade. No trabalho, odiava seu chefe e quase todos seus colegas, suas relações eram pautadas no amor ou ódio, não existindo flexibilidade ou um meio termo. Os relacionamentos eram instáveis e quando existia a possibilidade de se estabilizarem ela terminava a relação com medo de se apaixonar e ser abandonada. Se via como incompetente, inadequada e insuficiente. Sua raiva era incontrolável na maioria das situações e sentia um vazio constante em que nada supria.

Após a aplicação do questionário de esquemas observou-se os esquemas de :abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação/emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação, dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/*self* subdesenvolvido, fracasso, autocontrole/autodisciplina insuficientes, subjugação, auto sacrifício, busca de aprovação/busca de reconhecimento, negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva.

Posto isso, destaca-se que nos casos de TPB, na maioria das vezes, a pessoa pode desenvolver os dezoito EIDs. Trabalhar com os domínios ou modos esquemáticos pode ser uma forma útil e necessária para que o paciente compreenda suas dificuldades. Além disso, a imagem mental, uma das técnicas utilizadas na TE, pode ajudar o paciente acessar evocar memórias com grande carga emocional que podem sinalizar a origem ou ativação do esquema (YOUNG; KLOSKO; WEISCHAAR, 2008).

Dentre os dezoito esquemas, o esquema de abandono/instabilidade tornou o início da vinculação terapêutica difícil. Isso porque a paciente já havia passado por outras psicólogas e não conseguiu estabelecer uma relação terapêutica a ponto de se sentir acolhida e compreendida. Quando isso acontecia, temia ser abandonada pelas profissionais e interrompia a terapia. De acordo com Mugarte (2019), o medo do abandono causa sofrimento intenso para o paciente com diagnóstico de TPB, isso porque pode experimentar sensações imaginárias de abandono ocorridas na infância. Esse comportamento é considerado uma forma de proteção do paciente.

Ainda relacionado ao esquema de abandono, foi necessário trabalhar os limites na relação terapêutica porque nos primeiros meses a paciente ligava desesperadamente para a estagiária. Isso se deve ao contexto de pandemia, pois nesse período foi liberado aos alunos passarem seus números aos pacientes e entrarem em contato por meio de seus telefones particulares. Diante disso, a paciente sentia-se no direito de ligar fora dos horários combinados e mandar mensagens constantemente. Após explicar de um modo claro e respeitoso em que momentos poderia entrar em contato com a estagiária e por quais motivos poderia contatar esses eventos começaram a diminuir.

As regras e limites precisam ser pontuados de modo claro, firme, coerente e respeitoso. Isso porque a relação terapêutica também se constrói a partir dessas combinações. Ademais, os limites também vão auxiliar o paciente a lidar com os sentimentos de perda, assim compreender a limitação entre o eu e o outro, pode auxiliar também a compreender que não necessitam estar sempre buscando exaustivamente o amor, disponibilidade e confiança daqueles que o cercam (JORDÃO; RAMIRES, 2010).

Uma das técnicas utilizadas na TE é a imagem mental, em que o paciente pode experienciar e vivenciar um determinado momento da sua vida. Em outras palavras, são representações neurais que são estabelecidas por meio de memórias involuntárias relacionadas ao passado. Podem envolver os sentidos e evocam experiências sensoriais diversas. O paciente pode ouvir, ver e sentir algum evento da vida como se estivesse experienciando naquele exato momento (SAULSMAN; MCEVOY, 2019).

Por meio dessa técnica foi possível se aproximar da paciente e reparentalizá-la, ou seja, tentar preencher algumas necessidades que não foram atendidas em sua infância. Segundo Young (2008) isso só é possível através de uma boa relação terapêutica. Posto isso, destaca-se que a estagiária só aplicou a técnica após perceber que a paciente estava se vinculando e confiando no espaço da terapia. Destaca-se ainda, que não se sugere que essa técnica seja aplicada no final dos atendimentos, visto que o paciente pode ficar extremamente emocionado e necessitar de um acolhimento por parte do terapeuta.

Outra abordagem utilizada com a Meredith foi a DBT, principalmente no que se refere aos seus ataques de raiva. O primeiro passo foi o entendimento, a identificação e a nomeação do sentimento. Para isso foi realizada a psicoeducação das emoções. Importante ressaltar que a DBT foi justamente criada para pacientes com TPB e que se envolvem em situações de risco (LINEHAN, 2018). Para isso foram empregadas técnicas de *Mindfulness* que consistem em focar nos pensamentos, sentimentos e sensações relacionadas ao aqui e agora (GERMER; SEIDEL, 2015), além de outras técnicas de relaxamento. Trabalhou-se também habilidades de tolerância ao mal estar como colocar uma música alta, dançar, correr, lavar o rosto com água gelada. A ideia fundamental dessas habilidades é a distração do paciente no momento de raiva para que busque outras alternativas no intuito de se acalmar (LINEHAN, 2018).

Por fim, as habilidades de regulação emocional aplicadas tinham a finalidade de controlar comportamentos impulsivos, como bater em alguém, discutir com pessoas que não conhecia, ofender os amigos e se arrepender depois. Tudo isso aplicando as habilidades supracitadas e solicitando que a paciente reflita sobre

aquele determinado comportamento, os benefícios e malefícios de determinada atitude.

Ainda nesse período a paciente iniciou a medicação. Foi conversado com a paciente que os benefícios da terapia poderiam ser intensificados se ela fosse acompanhada por um psiquiatra. Devido a confiança na terapeuta, e no intuito de minimizar seus sentimentos de vazio, oscilação de humor e atos impulsivos iniciou o tratamento medicamentoso acompanhada de um profissional. No início, uma das reações adversas foi a ansiedade, mas com o passar dos dias e a utilização das técnicas foi se sentindo melhor.

Referente a evolução da paciente, destaca-se que em alguns momentos ela regride e outros progride no que tange a impulsividade e controle emocional, que é característico do transtorno de personalidade. Porém, a relação terapêutica é fundamental nesses momentos de crise, e pode ser isso que move a paciente a seguir a psicoterapia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação terapêutica é a principal ferramenta do profissional da psicologia, porque só é possível verificar os avanços da terapia à medida que o paciente confia nesse espaço. Contudo, isso pode ser dificultado em casos de diagnósticos de transtorno de personalidade. Pois essas pessoas podem ter desenvolvido padrões persistentes e generalizados na forma de pensar, reagir e se relacionar com o outro. Em outras palavras, pode acabar existindo uma certa inflexibilidade e desconfiança extrema em tudo que pode provocar mudanças.

A TCC baseada em processos vem sendo amplamente utilizada na clínica. A TCC Beckiana, a TE, e a DBT são benéficas nestes casos pois ela tende a identificar as dificuldades que surgiram na infância e/ou adolescência, modificar a forma de pensar, sentir e relacionar com o outro. Além disso, utiliza-se aquilo que funciona para o paciente, ou seja, possui um olhar amplo. No caso da TE, especificamente, uma característica importante é suprir as necessidades não atendidas na infância, como segurança e afeto. Foi possível perceber que em ambos os casos supracitados, a relação terapêutica, a postura empática do terapeuta por

meio da escuta e acolhimento da demanda, possibilitaram a diminuição do sofrimento do paciente.

Sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas com o intuito de fortalecer a rede de conhecimento acerca da temática. Visto que foram achados poucos estudos que abordassem a relação terapêutica com pacientes diagnosticados com TP utilizando a TE. As limitações referentes ao estudo referem-se a número amostral.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, D. L. O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas. **Rev. bras. psicoter.**, v.19, n. 1, p. 55-71, 2017. Disponível em: <http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=221>. Acesso em: 1 jun. 2022.

BECK, A T.; DAVIS, D.; FREEMAN, Arthur. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. Artmed Editora, 1995.

CAVALHEIRO, C. V.; MELO, W. V. Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. **Psicologia em Revista**, n.22, v.3, 2016. p.579-595. Disponível em: <<https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N3P579>>. Acesso em: 1 jun. 2022.

CORSINI, R. I. **Role playing em psicoterapia**. Routledge, 2017.

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Editora Vozes Limitadas, 2017.

GERMER, C. K.; SIEGEL, R. D.; FULTON, Paul R. **Mindfulness e psicoterapia**. Artmed Editora, 2015.

GHISIO, M. S; LÜDTKE L; SEIXAS, C. E. Análise comparativa entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia do Esquema. **Rev. bras. psicoter.** n.18, v.3, p. 7-31, 2016. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=210. Acesso em: 1 jun. 2022.

JORDÃO, A. B; RAMIRES, V. R. R. Vínculos afetivos de adolescentes borderline e seus pais. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 89-98, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/jjWQt9LQfVxzwFwNK6dMGTf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2022.

LEAHY, R. L. **The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, n.36, p.769-777, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1352465808004852>. Acesso em: 1 jun. 2022.

LINEHAN, M. M. **Treinamento de Habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta**. Artmed Editora, 2018.

MUGARTE, L. B. Borderline. **Singular. Sociais e Humanidades**, v. 1, n. 1, p. 13-20, 2019.

NASCIMENTO, Mariana Santana; TRIPPO, Karen Valadares; SARAIVA, Adriana. Terapia por exposição à realidade virtual no fortalecimento do assoalho pélvico: uma revisão sistemática. **Revista Saúde Física & Mental-ISSN 2317-1790**, v. 5, n. 1, p. 47-60, 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268397625.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2022.

NOGUEIRA, C. A. et al. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. **Hígia-revista de ciências da saúde e sociais aplicadas do oeste baiano**, v. 2, n. 1, 2017. Disponível em: <http://noar.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190>. Acesso em: 1 jun. 2022.

NELFELD, C. B. **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Artmed Editora, 2017.

SAULSMAN, L. M; & MCEVOY, P. M.. The essential role of mental imagery in cognitive behaviour therapy: What is old is new again. **Australian Psychologist**, v.54, n.4, p. 237-244, 2019. Disponível em: doi: 10.1111/ap.12406. Acesso em: 1 jun. 2022.

SOUSA M. M. **Diálogo entre Terapia do Esquema e Terapia Focada na Compaixão: Contribuição à integração em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**. Paco e Littera, 2022.

YOUNG, J. E; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WAINER, R.; RIJO, D. **O modelo teórico: Esquemas iniciais desadaptativos, estilos de enfrentamento e modos esquemáticos. Terapia cognitiva focada em esquemas**. Porto Alegre: Artmed, p. 47-63, 2016.