

Veja discussões, estatísticas e perfis de autor para esta publicação em: <https://www.researchgate.net/publication/291829462>

Revisão sistemática da eficácia clínica da terapia do esquema

Artigo · Julho de 2015

DOI: 10.15761/CBHC.1000104

CITAÇÕES

3

LER

902

3 autores, Incluindo:



Alex Eduardo Gallo

Universidade Estadual de Londrina

56PUBLICAÇÕES143CITAÇÕES

VER PERFIL

Alguns dos autores desta publicação também estão trabalhando nos seguintes projetos relacionados:



Violência familiar [Ver projeto](#)



Revisão sistemática de técnicas de entrevista usadas para revelação de abuso sexual infantil [Ver projeto](#)

Revisão sistemática da eficácia clínica da terapia do esquema

Daniela Schneider Bakos^{1*}, Alex Eduardo Gallo¹ e Ricardo Wainer²

¹Departamento de Análise Comportamental, Universidade Estadual de Londrina, Londrina (RS) Brasil

²Proprietária, Wainer Clinic Psychology, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Introdução

A terapia do esquema (TS) foi originalmente desenvolvida em 1994 por Jeffrey Young para tratar transtornos de personalidade (TP) e foi adaptada para vários transtornos psiquiátricos [1,2]. ST é uma terapia integrativa, combinando estratégias cognitivas, comportamentais, psicodinâmicas e experienciais [3]. Embora a teoria dessa abordagem terapêutica tenha evoluído significativamente, o mesmo não ocorre com as investigações sobre sua eficácia clínica. Isso se deve, em parte, às dificuldades inerentes ao processo de pesquisa envolvendo tratamentos psicoterapêuticos de longa duração e populações com sintomas caracterológicos.

Nos últimos anos, houve um aumento no número de estudos sobre a eficácia clínica do ST para DP [4-9] e outras patologias [1,2], embora a pesquisa ainda seja escassa, considerando a popularidade do tratamento. Esses estudos são necessários para o desenvolvimento e amadurecimento de uma abordagem terapêutica, pois identificam áreas críticas que requerem investigação adicional.

Uma revisão sistemática de pesquisas sobre a eficácia clínica do ST foi realizada recentemente, analisando estudos publicados até janeiro de 2011 [10]. Os autores incluíram apenas estudos que investigaram a eficácia clínica do ST e envolveram mais de 10 sessões terapêuticas. Este último fator é relevante porque é improvável que mudanças esquemáticas profundas ocorram em uma intervenção de curto prazo. A amostra total foi composta por 12 estudos, indicando resultados favoráveis à eficácia clínica dessa abordagem terapêutica.

Considerando a importância de acompanhar o desenvolvimento de ST, este artigo apresenta uma revisão sistemática de estudos de eficácia clínica publicados de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2015. Levando em consideração a rápida expansão da publicação eletrônica, uma revisão sistemática é importante porque resume os resultados. Essa metodologia reúne dados publicados para identificar, selecionar, resumir e avaliar evidências relevantes para questões clínicas [11]. O presente estudo visa identificar a eficácia clínica do ST.

No entanto, é importante observar que as recomendações decorrentes de uma revisão dependem da qualidade dos estudos analisados [11]. Portanto, além de incluir apenas os estudos que atenderam aos critérios de inclusão, esta revisão teve como objetivo qualificar as publicações com base no Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN [12].

Método

Realizamos uma revisão sistemática de estudos sobre a eficácia clínica da Terapia do Esquema (ST). Os artigos publicados de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2015 foram identificados com as seguintes palavras-chave: “terapia do esquema” e “tratamento e/ou eficácia”. Critério de inclusão

foram: (a) estudos que mostraram evidências de tratamento de ST, (b) publicados em inglês, português ou espanhol, (c) qualquer diagnóstico, incluindo comorbidades, (d) tratamento individual ou em grupo (Tabela 1). Excluímos: (a) estudos com participantes menores de 18 anos, (b) pesquisas envolvendo tratamento em menos de 10 sessões e (c) estudos de caso com três participantes ou menos. Os artigos incluídos foram então organizados e analisados de acordo com o transtorno investigado.

Além dos critérios supracitados, o nível de evidência também foi qualificado de forma a estender a discussão à competência metodológica de cada artigo revisado. Com base na revisão sistemática mencionada anteriormente [10], os escores foram calculados de acordo com uma lista de verificação da Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN [12].

Resultados

Foram identificados 3.200 resumos, restando 31 após a aplicação dos critérios de exclusão. Destes, apenas 9 abordaram a eficácia do tratamento de ST e preencheram os critérios de inclusão. Um comparou o ST à terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento da depressão [13] e outro investigou a eficácia do ST no tratamento de pacientes com depressão crônica [14]. Os sete artigos restantes avaliaram ST em diferentes amostras de transtornos de personalidade [4,5,9,15-18].

Uma combinação de ST individual e em grupo para o tratamento do transtorno de personalidade limítrofe foi investigada por algumas pesquisas [5], enquanto outras avaliaram os efeitos do ST em pacientes internados [16]. Um estudo analisou os efeitos do ST em um grupo de transtornos de personalidade (cluster C ou B) [9], enquanto outro investigou seus efeitos em pacientes idosos [18]. Van Vresswijk *outrosexaminou* a relação entre o grupo ST e mudanças nos sintomas, esquemas e modos em uma amostra psiquiátrica heterogênea (pacientes com Eixo I de longo prazo e/ou transtornos de personalidade) [17]. Outros autores compararam a eficácia de 50 sessões de ST em terapia orientada para o esclarecimento e tratamento como de costume em uma amostra de 323 pacientes exibindo seis tipos de transtorno de personalidade (evitativo, dependente, obsessivo-compulsivo, paranóide, histriônico e narcisista) [4]. Finalmente, a eficácia do ST para pacientes narcisistas, antissociais, limítrofes ou paranoicos que foram internados à força

Para mais informações, ver [10].

Correspondência para: Daniela Schneider Bakos, Departamento de Análise Comportamental, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil; **E-mail:** daniela@clinicacognita.com.br

Recebido: 16 de junho de 2015; **Aceitaram:** 29 de julho de 2015; **Publicados:** 31 de julho de 2015

por cometer crimes foi examinado [15]. A Figura 1 mostra o processo de seleção dos artigos da amostra e a Tabela 1 resume cada estudo.

Discussão

Várias considerações podem ser feitas a respeito das publicações sobre TS. Em primeiro lugar, é importante observar o crescente número de artigos publicados na Europa, onde o ST tem sido o tratamento de primeira escolha para pacientes com DP nos últimos 15 anos. Em uma revisão por Masleye *outros.*, dos 12 artigos incluídos na amostra, sete eram europeus, especificamente da Holanda e da Noruega [10]. Os primeiros autores dos outros cinco estudos foram americanos (três) e australianos (dois). Em nossa revisão, apenas um estudo era da Nova Zelândia, enquanto oito eram europeus, mais especificamente holandeses.

Embora os estudos iniciais se concentrassem em transtornos de personalidade (especialmente borderline), nos últimos 5 anos outras condições clínicas foram investigadas. Surgiram pesquisas sobre transtornos não de personalidade, como transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático e depressão, expandindo a aplicação dessa abordagem e enriquecendo a gama de tratamentos baseados em evidências.

Esta revisão se concentra inicialmente nos achados sobre a eficácia do ST no tratamento do transtorno depressivo, seguido por estudos que avaliaram sua eficácia para transtornos de personalidade.

Depressão

Embora a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para a depressão esteja bem documentada, em alguns casos os resultados obtidos não se mantêm por longos períodos [19]. Esse declínio é relevante no estudo do ST, pois as características dos pacientes deprimidos podem explicar a falha na manutenção dos resultados terapêuticos ao longo do tempo.

A eficácia da TCC foi comparada à ST no tratamento de pacientes depressivos [13]. Uma amostra de 100 pacientes com diagnóstico de depressão foi submetida a sessões semanais de TCC e ST durante seis meses, seguidas de sessões mensais por mais seis meses.

Os resultados indicaram que o ST não foi nem superior nem inferior ao CBT. Ambas as modalidades de tratamento alcançaram as mesmas taxas de remissão e recuperação. Considerando o caráter intensivo e abrangente da abordagem da Terapia do Esquema, bem como sua eficácia no tratamento de problemas crônicos, os autores esperavam encontrar mudanças duradouras na população tratada com TS. No entanto, estudos recentes têm mostrado que o ST deve ser aplicado por um período prolongado para ser eficaz e atingir seus objetivos de tratamento. Parece que seis meses de terapia semanal seguidos por seis meses adicionais de sessões mensais não atendem ao tempo de tratamento necessário. De fato, ao se referir à depressão crônica, vários autores têm sugerido um tratamento mais intensivo, relatando que a eficácia aumenta com o número de sessões [14-20].

Malogiannis *outros* analisaram a duração da terapia e sua eficácia em 12 pacientes com depressão crônica. O tratamento ocorreu em 60 sessões, das quais 55 foram semanais e as 5 últimas, duas vezes por semana [14]. Os pacientes foram avaliados quatro vezes: basal (8 semanas antes da intervenção), introdução ao ST e vínculo com o terapeuta (sessões 12 a 16), durante o tratamento e seis meses depois (follow-up). Após o tratamento, cinco pacientes apresentaram sintomas reduzidos. Durante o período de acompanhamento, apenas um recaiu, enquanto outros dois, que inicialmente apenas melhoraram, se recuperaram totalmente.

Os autores sugerem que a inclusão da reparentalidade limitada em um ambiente reconfortante na fase introdutória (diferente da estrutura padrão, na qual esta fase consiste apenas em avaliação) está relacionada aos resultados positivos visíveis [14]. Outro ponto enfatizado foi a piora temporária dos sintomas dos pacientes durante a fase intermediária, na qual foram utilizadas técnicas de mudanças esquemáticas, seguidas de desfechos positivos. Segundo os autores, todos os pacientes com resultados positivos apresentaram esse padrão de deterioração seguido de recuperação durante o tratamento.

Durante o acompanhamento, os autores encontraram níveis esquemáticos reduzidos de autonomia e/ou desempenho prejudicados, excesso de vigilância ou inibição, desconexão/rejeição, que podem estar associados a resultados sustentados durante esses seis meses. Embora hipotéticos, esses dados reforçam o argumento de que o TS prolongado pode atingir níveis significativos de cognição (estruturas esquemáticas), mantendo a melhora clínica obtida [14].

Em geral, ambos os estudos favoreceram o ST para transtornos depressivos. Apesar do desenho menos robusto do estudo de Malogiannis e colegas [14], que carece de randomização, um grupo de controle e tamanho de amostra significativo, dados preliminares sugerem que ST é eficaz para depressão crônica. Na outra investigação, 68% dos pacientes foram diagnosticados para depressão crônica, indicando também a eficácia do ST para esse tipo de transtorno [13].

transtornos de personalidade

Estudos que avaliam a eficácia do ST para transtornos de personalidade (TP) ainda se concentram no transtorno de personalidade borderline (TPB) e confirmaram sua eficácia para essa população [6-8,21,22]. No presente trabalho, dois dos artigos revisados investigaram o uso de ST para DBP. Um foi um estudo piloto em ambiente ambulatorial e o outro foi conduzido em um hospital; ambos incluíram tratamento individual e em grupo.

O estudo piloto avaliou ST combinado individual e em grupo para DBP [5]. Dois grupos de pacientes com DBP foram tratados semanalmente durante dois anos em sessões individuais e em grupo. As sessões individuais foram

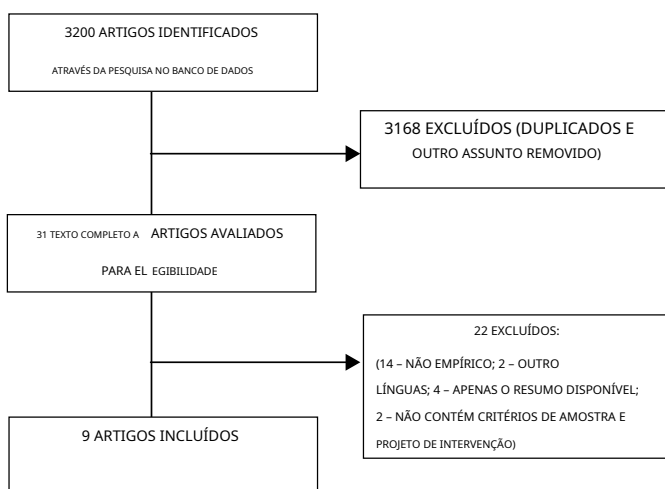


Figura 1. Fluxograma de seleção de estudos.

Tabela 1.Resumo de cada seleção de estudo.

Estudar	Design de estudo	Ao controle doença?	controle semelhante doença?	Randomization usado?	Semelhança de grupos no início?	Tratamento integridade avaliado?	Resultado medidas?	Medição de esquema mudar?	Seguir?	Qualidade classificação
Carter, McIntosh, Jordan, Porter, Frampton e Joyce (2013)	RCT	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	OK	Não	Não	B
Dickhaut e Arntz, 2014	Um grupo (pré/pós design)	Não	N / D	N / D	N / D	Sim	OK	Sim	Sim	D
Renner, van Goor, Huibers, Arntz, Butz e Bernstein (2013)	Um grupo (pré/pós design)	Não	N / D	N / D	N / D	Não	não adequado	Sim	Não	D
Videler, Rossi, Schoevaars, van der Feltz-Cornelis e van Alphen (2014)	Um grupo (pré/pós design)	Não	N / D	N / D	N / D	Não	OK	Sim	Sim?	D
Van Vresswijk, Spinhoven, Eurelings- Bontekoe e Broersen, (2014)	Um grupo (pré/pós design)	Não	N / D	N / D	N / D	Não	OK	Sim	Sim?	D
Bamelis, Evers, Spinhoven e Arntz (2014)	RCT	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	OK	Não	Sim	A
Bernstein, Nijman, Karos, Kuelen-de Vos, Vogel e Luckner (2012)	RCT (dados preliminares)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	OK	Sim	Sim	B
Malogiannis e cols. (2014)	Série de caso único	Não	N / D	N / D	N / D	Sim	OK	Sim	Sim	D
Reiss, Lieb, Arntz, Shaw e Farrell (2014).	três grupos (pré/pós design)	Não	N / D	N / D	N / D	Não	OK	Não	Sim	D

concebido de acordo com o protocolo de Arntz e van Genderen (2009) (mencionado em [5]) e destinado a apoiar as sessões de grupo. A terapia de grupo foi baseada no formato desenhado por Farrell [23]. Sintomas, esquemas precoces desadaptativos (EMS) e modos de esquema foram avaliados a cada seis meses durante dois anos e meio. As manifestações de DBP diminuíram significativamente e 77% dos participantes se recuperaram após 30 meses.

Esses resultados corroboram a eficácia do ST no tratamento combinado individual e em grupo e apóiam os achados de Farrell e colegas, que relataram resultados positivos na terapia de grupo [6]. No entanto, o pequeno tamanho da amostra foi uma limitação e os intervalos de confiança restritos. Portanto, estudos futuros poderiam examinar a eficácia do ST para tratamento em grupo, bem como tratamento combinado individual e em grupo.

O outro estudo investigou os efeitos do tratamento durante a hospitalização para 92 pacientes com DBP em três estudos piloto, combinando tratamento individual e em grupo [16]. Os resultados mostraram que o ST durante a hospitalização pode reduzir os sintomas de DBP grave.

Esses e estudos anteriores encontraram resultados favoráveis para ST no tratamento de DBP grave [5-8,16,22]. Resultados positivos também foram encontrados em pacientes limítrofes graves não adequados para tratamento ambulatorial. Os autores descobriram que o tratamento durante a hospitalização pode oferecer benefícios, embora os resultados devam ser vistos com cautela, pois os dados são preliminares e o estudo exibiu limitações metodológicas [16].

Pesquisas sobre outros transtornos de personalidade além do TPB ainda são escassas e, quando disponíveis, muitas vezes avaliam mais de um transtorno, dificultando a identificação de diferenças devido ao tamanho da amostra. Nesta revisão, cinco estudos avaliaram a eficácia do ST em amostras heterogêneas de transtornos de personalidade.

Videllere *outros* foram os primeiros a investigar os efeitos do ST em um

grupo de pacientes idosos com transtorno de humor crônico ou transtorno de ajustamento comórbido com transtorno de personalidade ou traços de transtorno de personalidade [18]. A amostra foi composta por 31 pacientes com idade entre 60 e 78 anos, submetidos a 18 sessões semanais de TF de 90 minutos e duas sessões adicionais de acompanhamento. Na primeira fase (sessões 1 a 9), os pacientes foram instruídos sobre seus três principais esquemas e modos disfuncionais, e na segunda fase (sessões 10 a 20) foram encorajados a responder a situações que ativaram seus esquemas de maneira mais adaptativa. Os transtornos comórbidos foram: transtorno de personalidade sem outra especificação (6 pacientes), TP dependente (3 pacientes), TP paranóide (1 paciente) e traços de TP (12 pacientes). Os dados confirmaram a eficácia do grupo ST para pacientes idosos, tanto na redução dos sintomas quanto na mudança dos esquemas iniciais desadaptativos.

Outro estudo investigou o efeito do grupo ST em uma população de adultos jovens com DP ou traços de DP [9]. Os participantes foram 26 adultos com um primeiro diagnóstico de cluster B ou C, ou apenas traços de DP. O protocolo de grupo ST utilizado consistiu em 18 sessões semanais estruturadas, com foco em psicoeducação e técnicas cognitivas [24]. Os resultados indicaram um declínio substancial nos sintomas gerais de estresse do pré ao pós-tratamento. EMSs, modos de esquema e estilos de enfrentamento diminuíram; no entanto, o declínio nos EMSs não permaneceu significativo quando os sintomas de estresse foram controlados. A descoberta de EMSs estáveis também foi relatada em estudos anteriores, reforçando a ideia de que longos períodos de tratamento são necessários para alcançar uma mudança mais profunda [14,20,21]. No entanto, os dados revelam evidências preliminares da eficácia do grupo ST nessa população.

É importante ressaltar as diferentes faixas etárias incluídas nos estudos acima [9,18], uma vez que os EMSs podem diferir em termos de flexibilidade e maturação de acordo com a idade. Embora ambos os estudos tenham considerado a abordagem de esquema de grupo de curto prazo eficaz para populações

com DP ou traços de DP, o tamanho do efeito do estudo de Renner *e outros* [9] foi maior do que o observado na outra investigação [18]. Os autores sugerem que uma maior flexibilidade e potencial para alterações do EMS em adultos jovens poderiam explicar esses achados.

Van Vreeswijk *e outros* investigaram a relação entre o grupo ST de curto prazo e alterações nos sintomas, esquemas e modos, em uma amostra heterogênea de pacientes com distúrbios do eixo I de longo prazo e/ou características de DP [17]. O grupo ST de curto prazo foi submetido a 18 sessões semanais de 90 minutos, seguidas de duas sessões de acompanhamento no primeiro e segundo meses após o tratamento. Os resultados indicaram que 46,8% dos participantes se recuperaram dos sintomas iniciais e 12% apresentaram melhora. Assim, de forma semelhante a estudos anteriores [9,18], o ST de curto prazo pode estar associado a uma melhora clinicamente significativa em uma população com distúrbios do eixo I de longo prazo e/ou características de DP. O domínio esquemático “outros direcionamentos” foi um preditor significativo do sucesso do tratamento. Os resultados também sugeriram a co-ocorrência de mudanças de esquema e sintoma por meio de um processo de reforço mútuo.

Outra investigação comparou a eficácia de 50 sessões de ST com psicoterapia orientada para o esclarecimento e TAU em uma amostra de 323 pacientes com seis tipos de transtornos de personalidade (evitativo, dependente, obsessivo-compulsivo, paranóide, histriônico e narcisista) [4]. Um estudo controlado randomizado multicêntrico foi conduzido entre 2006 e 2011 em 12 instituições de saúde mental. Com relação aos terapeutas, um grupo foi inicialmente treinado por meio de palestras, enquanto o outro recebeu exercícios práticos. Um número significativamente maior de pacientes submetidos a ST se recuperou em comparação com aqueles que realizaram outros tipos de psicoterapia. Durante o acompanhamento, esses pacientes também apresentaram menos alterações de humor e melhor funcionamento social e geral. Adicionalmente, terapeutas treinados por meio de exercícios práticos obtiveram melhor resultado quando comparados aos treinados por meio de palestras. A taxa de abandono foi menor nas abordagens de esquema apenas quando comparada ao tratamento usual. É importante notar que os resultados permaneceram os mesmos para todos os tipos de diagnósticos de personalidade.

O ST só foi desenvolvido recentemente para cluster C PD e as evidências empíricas sobre sua eficácia ainda são limitadas. Desenvolvimentos recentes sugerem que, para esta população, os modos esquemáticos devem ser priorizados sobre os esquemas [25]. Isso porque os problemas apresentados pelos pacientes são facilmente compreendidos em termos de modos relacionados, tornando mais fácil para os terapeutas identificá-los e abordá-los durante as sessões. Embora não se concentrasse apenas em pacientes com DP do cluster C, o ensaio multicêntrico randomizado controlado (RCT) conduzido por [4] foi o primeiro estudo a demonstrar a superioridade do ST para essa população quando comparado à psicoterapia orientada para o esclarecimento ou TAU. Ao discutir os resultados, os autores destacam o uso do modelo de modo e técnicas experienciais como elementos essenciais.

Um ECR de três anos teve como objetivo investigar a eficácia do ST para pacientes condenados por crimes e internados em instituições destinadas à reabilitação e reintegração social [15]. Os autores apresentaram dados preliminares de 30 pacientes (de uma amostra total de 102) com personalidade antissocial, borderline, narcisista ou paranóide, submetidos a três anos de ST ou tratamento usual. Os resultados, embora ainda parciais e não significativos, revelam que o TS é eficaz na redução do risco de recaída e na promoção da reinserção social.

Embora suas descobertas sejam preliminares, resultados favoráveis foram relatados para a aplicação de ST em uma população difícil de gerenciar, incluindo pacientes com personalidade antissocial e altos escores de psicopatia [15]. Uma explicação plausível para esse resultado é a intensa

e natureza de longo prazo do ST. Os pacientes realizavam TS duas vezes por semana e este foi reduzido para sessões semanais apenas no terceiro ano, quando entraram na fase de reinserção social. Outro aspecto relevante é a capacidade do terapeuta de estabelecer uma conexão emocional genuína, superando as barreiras emocionais do paciente e atingindo suas emoções mais vulneráveis. Além disso, tratar a população forense usando o modelo de modo e reduzir o uso de modos de enfrentamento desadaptativos parece ser uma estratégia eficaz para mitigar comportamentos antissociais.

Considerações finais

Esta revisão mostra um aumento geral no número de estudos sobre a eficácia clínica do ST em diferentes populações psiquiátricas, particularmente por pesquisadores europeus. Um número maior de estudos examinando a abordagem do esquema em outros TP (além do TPB) está em andamento, incluindo TP em grupo C e TP antissocial. Além disso, estudos que investigaram outras modalidades e contextos de aplicação do TS, como tratamento em grupo e internação, ampliaram a área de pesquisa e permitiram o desenvolvimento de protocolos mais especializados e adaptados a populações específicas.

No entanto, embora o suporte empírico para ST esteja crescendo, os ECRs ainda são raros, impedindo generalizações mais amplas. Alguns pontos devem ser considerados na condução desses estudos [26]: (1) a população em estudo deve ser descrita em detalhes e (2) o desenho do estudo deve incluir um grupo controle, aplicar instrumentos psicométricos e permitir generalizações mais amplas. Além disso, devido a diferenças metodológicas na aplicação do TS (frequência, intensidade, técnicas utilizadas/priorizadas), algumas comparações diretas não podem ser feitas. A esse respeito, pesquisas futuras devem se esforçar para atender a esses requisitos para garantir que os estudos científicos sobre a eficácia clínica do ST sejam melhor desenhados.

Referências

- Cockram DM, Drummond PD, Lee CW (2010) Papel e tratamento de esquemas iniciais desadaptativos em veteranos do Vietnã com TEPT. *Clin Psychol Psychother* 17: 165-182. [[referência cruzada](#)]
- Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C (2010) Terapia de esquema de grupo para transtornos alimentares: um estudo piloto. *Front Psychol* 1: 182. [[referência cruzada](#)]
- Thimm JC (2010) Personalidade e esquemas iniciais desadaptativos: uma perspectiva do modelo de cinco fatores. *J Behav Ther Exp Psiquiatria* 41: 373-380. [[referência cruzada](#)]
- Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A (2014) Resultados de um estudo controlado randomizado multicêntrico sobre a eficácia clínica da terapia do esquema para transtornos de personalidade. *Am J Psiquiatria* 171: 305-322. [[referência cruzada](#)]
- Dickhaut V, Arntz A (2014) Grupo combinado e terapia de esquema individual para transtorno de personalidade limítrofe: um estudo piloto. *J Behav Ther Exp Psiquiatria* 45: 242-251. [[referência cruzada](#)]
- Farrell JM, Shaw IA, Webber MA (2009) Uma abordagem focada em esquema para psicoterapia de grupo para pacientes ambulatoriais com transtorno de personalidade limítrofe: um estudo controlado randomizado. *J Behav Ther Exp Psiquiatria* 40: 317-328. [[referência cruzada](#)]
- Giesen-Bloo J, van Dick R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, et al. (2006) Psicoterapia ambulatorial para transtorno de personalidade limítrofe: ensaio randomizado de terapia focada no esquema versus psicoterapia focada na transferência. *Arquiver Psiquiatria* 63: 649-658. [[referência cruzada](#)]
- Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, et al. (2009) Implementação de terapia de esquema ambulatorial para transtorno de personalidade limítrofe com versus sem suporte de crise pelo terapeuta fora do horário de expediente: um estudo randomizado. *Comport Res Ther* 47: 961-973. [[referência cruzada](#)]
- Renner F, van Goor M, Huibers M, Arntz A, Butz B, et al. (2013) Terapia cognitivo-comportamental de esquema de grupo de curto prazo para adultos jovens com características de transtorno de personalidade: associações com mudança no sofrimento sintomático, esquemas, modos de esquema e estilos de enfrentamento. *Pesquisa Comportamental e Terapia* 51: 487-492.
- Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA (2012) Uma revisão sistemática da base de evidências para a Terapia do Esquema. *Cogn Behav Ther* 41: 185-202. [[referência cruzada](#)]

11. Harris JD, Quatman CE, Manning MM, Siston RA, Flanigan DC (2014) Como escrever uma revisão sistemática. *Am J Sports Med* 42: 2761-2768. [\[referência cruzada\]](#)
12. Harbour R, Miller J (2001) Um novo sistema para classificação de recomendações em diretrizes baseadas em evidências. *BMJ* 323: 334-336. [\[referência cruzada\]](#)
13. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, et al. (2013) Psicoterapia para depressão: um ensaio clínico randomizado comparando a terapia do esquema e a terapia cognitivo-comportamental. *J Distúrbio de Afeto* 151: 500-505. [\[referência cruzada\]](#)
14. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, et al. (2014) Terapia do esquema para pacientes com depressão crônica: um único estudo de série de casos. *J Behav Ther Exp Psiquiatria* 45: 319-329. [\[referência cruzada\]](#)
15. Bernstein DP, Nijman HLI, Karos K, Kuelen de Vos M, Vogel V, et al. (2012) Terapia do Esquema para pacientes forenses com transtornos de personalidade: projeto e resultados preliminares de um ensaio clínico randomizado multicêntrico na Holanda. *Jornal Internacional de Saúde Mental Forense* 11: 312-324.
16. Reiss N, Lieb K, Arntz A, Shaw IA, Farrell J (2014) Respondendo ao desafio do tratamento de pacientes com DBP grave: resultados de três estudos piloto de terapia do esquema hospitalar. *Behav Cog Psychother* 42: 355-367. [\[referência cruzada\]](#)
17. Van Vreeswijk MF, Spinhoven P, Eurelings-Bontekoe EHM, Broersen J (2014) Mudanças na gravidade dos sintomas, esquemas e modos em grupos heterogêneos de pacientes psiquiátricos após terapia de grupo cognitivo-comportamental de esquema de curto prazo: um pré-tratamento naturalista e pós-tratamento -desenho de tratamento em ambulatório. *Psicologia Clínica e Psicoterapia* 21: 29-38.
18. Videler AC, Rossi G, Schoevaars M, van der Feltz-Cornelis CM, van Alphen SP (2014) Efeitos da terapia de grupo de esquemas em pacientes ambulatoriais idosos: um estudo de prova de conceito. *Int Psychogeriatr* 26: 1709-1717. [\[referência cruzada\]](#)
19. Fournier JC, DeRubeis RJ, Shelton RC, Hollon SD, Amsterdam JD, et al. (2009) Predição da resposta à medicação e terapia cognitiva no tratamento da depressão moderada a grave. *J Consult Clin Psycho* 77: 775-787. [\[referência cruzada\]](#)
20. Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, et al. (2010) Psicoterapia para depressão maior crônica e distímia: uma meta-análise. *Clin Psychol Rev* 30: 51-62. [\[referência cruzada\]](#)
21. Klein DN (2008) Classificação dos transtornos depressivos no DSM-V: proposta de um sistema bidimensional. *J Abnorm Psycho* 117: 552-560. [\[referência cruzada\]](#)
22. Nordahl HM, Nysaeter TE (2005) Terapia do esquema para pacientes com transtorno de personalidade limítrofe: uma única série de casos. *J Behav Ther Exp Psiquiatria* 36: 254-264. [\[referência cruzada\]](#)
23. Farrell J (2012) Introdução para terapia de esquema de grupo. In: The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice. Van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M (Eds.), Chichester, Reino Unido, Wiley-Blackwell, 2012: 337-339.
24. Broersen J, van Vreeswijk M (2012) Terapia do esquema em grupos: um protocolo CBT de esquema de curto prazo. In: The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice. Van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M (Eds.), Chichester, Reino Unido, Wiley-Blackwell: 373-81.
25. Arntz A (2012) Terapia do esquema para transtornos de personalidade do cluster C. In: The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice. Van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort, M (Eds.), Chichester, Reino Unido, Wiley-Blackwell, 2012: 397-414.
26. Bamelis L, Bloo J, Bernstein D, Arntz A (2012) Estudos de eficácia. In: The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice. Van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M (Eds.), Chichester, Reino Unido, Wiley-Blackwell, 2012: 495-510.

Direito autorial:©2015 Bakos DS. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License, que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.