

**Modos esquemáticos nos Transtornos de Personalidade Borderline - abordagens em
Terapia do Esquema**

Schematic modes in Borderline Personality Disorders - Schema Therapy Approaches

**Modos esquemáticos en los Trastornos Límite de la Personalidad: enfoques de Terapia
de Esquemas**

Recebido: 07/07/2020 | Revisado: 14/07/2020 | Aceito: 20/07/2020 | Publicado: 01/08/2020

Gabriela Maffini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9130-4699>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: g_maffini@hotmail.com

Yanco Ortiz Finoqueto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1118-842X>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: yancofinoqueto@gmail.com

Paula Argemi Cassel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2556-4067>

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: Paula.acassel@gmail.com

Resumo

Este artigo possui como finalidade identificar, através de uma revisão narrativa da literatura, o objetivo geral do tratamento para pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*, a partir de intervenções com a Terapia dos Esquemas e identificar os modos esquemáticos predominantes nos pacientes com este transtorno. A busca dos dados para análise ocorreu através de consultas em plataformas digitais e a partir de livros, de autores considerados como referência nas temáticas. Nos resultados dos artigos analisados, constata-se que a Terapia dos Esquemas tem apresentado efetividade no tratamento psicológico para o Transtorno de Personalidade *Borderline*, enfatizando os níveis cognitivos e emocionais da pessoa com este transtorno. Ainda, evidencia-se que os modos esquemáticos predominantes são os Modos de Criança Abandonada, Criança Zangada, Pais-Punitivos, Modo Protetor-Desligado e Modos de Hipercompensação. Conclui-se que, a partir das técnicas empregadas pelo terapeuta, quais

permitted the identification of which emotional needs were not met during childhood and adolescence, the objective of TE for TPB, is to strengthen the healthy adult mode.

Palavras-chave: Psicoterapia; Transtorno da Personalidade Borderline; Psicologia.

Abstract

This article aims to identify, through a narrative review of literature, the general objective of treatment for patients with Borderline Personality Disorder (BPD), based on interventions of the Schema Therapy (ST) and to identify the predominant modes in patients with this disorder. The search for data for analysis occurred through consultations on digital platforms and from books, by authors considered as references in the themes. As a result of the analyzed articles, it appears that Schema Therapy has shown effectiveness in the psychological treatment for Borderline Personality Disorder, emphasizing the cognitive and emotional levels of the patient with this disorder. It is evident that the predominant schematic modes are the abandoned child, angry child, punitive parents, disconnected protective mode and hypercompensation modes. It is concluded that the techniques used by therapists allow the identification of which emotional needs were not met during childhood and adolescence, the main goal of ST for BPD, is to fortify the healthy adult mode.

Keywords: Psychotherapy; Borderline Personality Disorder; Psychology.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo identificar, mediante una revisión narrativa de la literatura, el objetivo general del tratamiento para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), basado en intervenciones de la Terapia de Esquemas (TE) e identificar los modos esquemáticos predominantes en pacientes con este trastorno. La búsqueda de datos para el análisis se realizó a través de consultas en plataformas digitales y de libros, escritos por autores considerados como referencias en los temas. En los resultados de los artículos analizados, parece que la Terapia de Esquemas ha demostrado efectividad en el tratamiento psicológico, debido a enfatizar los niveles cognitivos y emocionales de la persona con este trastorno. Aún así, es evidente que los modos esquemáticos predominantes son el niño abandonado, el niño enojado, los padres punitivos, el modo de protección desconectado y los modos de hipercompensación. Se concluye que, con base en las técnicas utilizadas por el terapeuta, que permiten identificar qué necesidades emocionales no fueron satisfechas durante la infancia y la adolescencia, el objetivo de TE para TLP es fortalecer el modo adulto sano.

Palabras clave: Psicoterapia; Trastorno de Personalidad Limítrofe; Psicología.

1. Introdução

A personalidade é a relação entre o caráter e o temperamento do indivíduo, envolvendo características emocionais e comportamentais, além de aspectos orgânicos. É composta por traços centrais principais e traços secundários, evidenciando-se que, quando há presença de instabilidade excessiva e frequente, predominante em todas as relações do sujeito, resulta em prejuízo não apenas para si como também para aqueles com quem convive, assim pode-se pensar na possibilidade de sintomatologia referente ao Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) (David & Freeman, 2017). Indivíduos que apresentam este transtorno, possuem uma forte tendência a agir de forma impulsiva, desconsiderando as possíveis consequências de seus atos (Arntz, 2017).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013) DSM-V, aponta como critérios diagnósticos para TPB, a presença de padrões difusos de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, ainda, impulsividade acentuada, que surge no início da vida adulta, das seguintes formas: esforço acentuado para evitar abandono (diligência emocional ou atitude real), padrões de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, onde se há alternância constante entre idealização e desvalorização, perturbação da identidade, impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas, recorrência de comportamento, gestos, ameaças suicidas ou de comportamento automutilante, instabilidade afetiva resultante de acentuada reatividade do humor, sentimentos crônicos de vazio, raiva intensa e inapropriada e ideação paranóide transitória, associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos (APA, 2013).

De acordo com Whitbourne & Halgin (2015), pessoas com este transtorno apresentam altos níveis de insegurança, com comportamentos de dependência à outra pessoa, de forma que, para se sentirem seguros e evitarem o abandono, procuram assumir características presentes na identidade das pessoas que estão próximas de si. Uma das características principais do TPB, é a vulnerabilidade emocional constante, em que diante de respostas emocionais negativas, emerge a manifestação de instabilidade e de intensidade emocional, havendo dificuldade em organizar-se frente à situação de rejeição (Lihenan, 2010).

Ainda, predomina-se pensamentos dicotômicos e padrões de alternância constante no TPB, demonstrando que, diante à intensa excitação emocional, o comportamento da pessoa é afetado, havendo impulsividade em seus atos (Lihenan, 2010; Kulacaoglu & Kose, 2018). A impulsividade dentro do TPB manifesta-se em atividades potencialmente autodestrutivas que a curto prazo, são gratificantes, como abuso de substâncias químicas, relações sexuais em

excesso, compulsões alimentares, entretanto, resultam em consequências graves para o bem-estar do sujeito (Arntz, 2017).

A impulsividade também é evidenciada quando o sujeito está em crise, demonstrando raiva intensa, podendo adotar comportamentos autodestrutivos, como ameaças de suicídio e de automutilação, mesmo que de fato, não concretize esse comportamento (Neacsiu & Linehan, 2016). Pessoas com TPB enfrentam desafios significativos em seu funcionamento social, sendo necessário o acompanhamento psicológico de um profissional capacitado para auxiliar no manejo dos sintomas (Whitbourne & Halgin, 2015). A Terapia dos Esquemas (TE), além de ser uma abordagem inovadora e eficaz no manejo de pacientes com TP, utiliza de um modelo teórico para compreender a personalidade humana (Wainer & Rijo, 2016).

Segundo Young (2003), para o tratamento de transtornos de personalidade, a TE é considerada como uma das abordagens mais efetivas, devido enfatizar um nível mais aprofundado de cognição, o nível de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID). O autor define os EIDs como estruturas estáveis e duradouras, quais se desenvolvem a partir de necessidades emocionais não satisfeitas durante a infância e adolescência, sendo estes, associados a diversas psicopatologias.

Os 18 EIDs, compõem 5 domínios, sendo estes categorizados em Desconexão e Rejeição (Abandono/ Instabilidade, Desconfiança/ Abuso, Privação Emocional, Defectividade/Vergonha, Isolamento Social/ Alienação), Autonomia e Desempenho Prejudicado (Dependência/ Incompetência, Vulnerabilidade ao dano ou à doença, Emaranhamento ou *self* subdesenvolvido, Fracasso), Limites Prejudicados (Arrogo/grandiosidade, Autocontrole/autodisciplina insuficientes), Direcionamento para o outro (Subjugação, Autossacrifício, Busca de aprovação ou reconhecimento) e Supervigilância e inibição (Negativismo/ Pessimismo; Inibição emocional; Padrões inflexíveis/ Postura crítica exagerada e Postura Punitiva) (Young, 2003).

Nas primeiras tentativas de tratamento com pacientes com TPB, observou-se que, ao tentar ser aplicado o modelo tradicional de esquemas, todos os EIDs se manifestavam, o que torna árdua a tarefa de trabalhar com todos, além de haver fluidez constante de um estado de humor para outro. Em razão dos esquemas serem considerados como traços de personalidade, a mudança de humor constante não era explicada e o modelo tradicional não era tão efetivo, por conseguinte, foi fundamentado o conceito teórico de modos esquemáticos, para trabalhar-se com pacientes com este transtorno (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Os modos esquemáticos (MEs) são estilos emocionais intensos que resultam na ativação emocional dos EIDs, fazendo-se presente nos pensamentos, sentimentos e formas de

enfrentamento diante a determinados eventos. Young, Klosko & Weishaar (2008), classificam os modos esquemáticos nas seguintes categorias: Modos Criança, Modos de Enfrentamento Disfuncional, Modos Pais Disfuncionais e Modo Adulto Saudável. Para Wainer & Rijo (2016), os MEs caracterizam estados de enfrentamento para situações e que em algum momento do desenvolvimento do sujeito foram necessários, entretanto, sem haver a devida adaptação ao mundo adulto, resultam em uma má adaptação à diversas situações.

O trabalho com os modos esquemáticos, permite que, nos casos de pacientes mais resistentes, que estes, consigam compreender através da psicoeducação, sobre a origem do modo, o seu funcionamento e as situações consideradas como ativadoras (Matos, Rossini & Lopes, 2018). Esse trabalho, possui como intuito proporcionar uma maior funcionalidade para o paciente e seu cotidiano.

Com a proposta de apresentar o objetivo geral do tratamento para pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*, a partir de intervenções da Terapia dos Esquemas e identificar os modos esquemáticos predominantes nos pacientes com este transtorno, propõe-se este estudo.

2. Metodologia

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, de revisão narrativa de literatura. A pesquisa qualitativa é considerada por Silva (2004), como um meio de buscar a compreensão sobre fenômenos complexos específicos, mediante descrições, interpretações e comparações. O foco deste tipo de pesquisa consiste em explorar um conjunto de opiniões e representações sociais, associados ao tema que o pesquisador pretende se aprofundar (Gomes, 2015). Ainda, Gil (2002), define que o pesquisador não segue uma fórmula previamente definida, de forma que, a obtenção de dados para análise depende do seu olhar e da sua interpretação.

A revisão de literatura, é considerada por Piccini & Lopes (1994) como detentora de grande abrangência, visto que, não se limita apenas ao uso de pesquisas reconhecidas, permitindo o uso de pesquisas que não tenham recebido destaque. Considera-se que, a revisão permite que o pesquisador se familiarize com os textos, identificando as principais contribuições e autores relacionados ao tema da pesquisa (Ferenhof & Fernandes, 2016). Este tipo de revisão engloba publicações consideradas como amplas, visando contribuir para a aquisição de conhecimento, discussão da temática escolhida e aprofundamento da mesma (Rother, 2007).

Para a realização desta pesquisa utilizou-se as bases de dados Pepsic (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), Scielo (Scientific Electronic Library) e PubMed (Medline Database), além de serem utilizados capítulos de livros de autores considerados como referências nas temáticas de "Terapia dos Esquemas" e "Transtorno de Personalidade Borderline", teses de universidades brasileiras e holandesas e revistas científicas. A leitura dos materiais escolhidos ocorreu entre os meses de abril e maio de 2020. Após a seleção dos materiais, houve uma breve leitura das obras a partir de um levantamento inicial, havendo uma restrição na busca para apenas estudos que estivessem na língua portuguesa ou inglesa. Posteriormente, dividiu-se os resultados e discussões encontrados em duas categorias "Modos Esquemáticos no Transtorno de Personalidade *Borderline*" e "Objetivos do tratamento da Terapia dos Esquemas com pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*".

3. Resultados e Discussões

Modos Esquemáticos no Transtorno de Personalidade Borderline

No que consiste na percepção humana, a “visão emocional”, desenvolvida ao longo da vida por fatores marcantes na formação de personalidade, é uma maneira de notar e perceber detalhes construídos eticamente e esteticamente pelas figuras de parentalidade. Quando os modos dos esquemas começam a emergir, o funcionamento do sujeito começa a se construir conforme um padrão cognitivo e cristalizado ao longo do tempo (Wainer & Wainer, 2016).

Os modos esquemáticos, no entanto, são um aglutinado de esquemas em decorrência da negligência às necessidades básicas de uma criança. Os esquemas iniciais começam a “estacionar”, sem a devida atenção, percebendo-se que a falta de satisfação gera frustração e vazio nos recursos de estratégias para lidar com a situação estressora. Autores como Young e colaboradores (2008) criaram terminologias adequadas e acessíveis para o entendimento dos pacientes, auxiliando na automonitoração e psicoeducação sobre o funcionamento dos MEs.

Os objetivos da TE, quando claros, contribuem para a compreensão sobre a história do paciente e as metas a serem vencidas. Por conseguinte, os princípios da terapia ao longo da entrevista clínica dos antecedentes internos e externos e os variados traços da personalidade humana, propiciam a ativação emocional, quando confrontados com uma situação desencadeadora. As ativações, por sua vez, tornam-se estados mentais semelhantes ao de uma criança, adotando uma percepção do mundo e dos indivíduos como uma vez já experimentado na infância (Young, et al., 2003; Dadomo, et al., 2016).

Os modos esquemáticos podem ser descritos em cinco partes, referindo-se às etapas do funcionamento relacionados à construção de estratégias adaptativas ou desadaptativas, considerando a maioria dos aspectos fundantes da constituição de crenças. Descrito por Wainer (2016), os modos são: Modos Criança, Modos Pais Disfuncionais Internalizados, Modos de Enfrentamento Desadaptativos, Modos Hipercompensadores e Modo Adulto Saudável. Esses estados abrangem uma dimensão emocional forte de esquemas simultâneos a ativação, cada um com função específica para a modulação cognitiva e principalmente, comportamental do paciente.

Entre os conceitos fundamentais, os modos esquemáticos têm um papel fundamental dentro da conceitualização da Terapia do Esquema. Os autores, Tan, et al., (2018) propõem a identificação e neutralização de um modo esquemático, de forma que a confrontação das crenças e ativações por regras, pressupostos e atitudes disfuncionais partam do paciente, fortalecendo o seu Modo Adulto Saudável.

Considerando este ponto, o Modo Adulto Saudável é uma das metas da TE. O último modo esquemático envolve uma complexidade de inativação de esquemas previamente citados, em que o paciente é capaz de lidar com as situações, onde irá identificar as suas necessidades e vulnerabilidades almejando a busca da elaboração delas. Suprir esse sentimento também demanda do paciente uma análise do seu contexto social e aceitação racional das emoções que experienciou. O Modo Adulto Saudável permite que o paciente consiga lidar com suas emoções, resolver problemas e estabelecer relacionamentos funcionais, sendo este modo considerado essencial para obter progresso no tratamento (Young, Klosko & Weishaar, 2008; Yakin, Grasman & Arntz, 2020).

Os conflitos que são necessários durante a terapia em relação ao enfrentamento dos modos esquemáticos devem ser frequentemente reavaliados se, durante o processo de modificação de crenças disfuncionais, o paciente apresenta respostas irracionais de enfrentamento. As respostas vivenciadas em um momento específico de ativação de múltiplos esquemas, ativam os modos esquemáticos, podendo ter representações que tomam a forma de emoções desagradáveis ou desconhecidas (Van Wijk-Herbrink, et al., 2018).

As manifestações desses modos são consideradas como resposta de evitação ou comportamentos de derrota pessoal, sucedendo uma continuação de um funcionamento sem o autocontrole. Assim, com os diferentes sistemas de domínios esquemáticos ativados, o indivíduo faz uma espécie de transição entre os diferentes modos em um intervalo de tempo relativamente curto (Wainer, et al., 2016; Taylor, Bee & Haddock, 2017).

Para caracterizar as bases do funcionamento desadaptativo do TPB, a partir da formulação da TE enquanto teoria e técnica, é fundamental abordar a complexidade dos modos. O trabalho com os modos no caso dos transtornos de personalidade, possui dificuldade justamente pelo fato dos pacientes apresentarem muitos, senão todos, os esquemas caracterizados na TE. Além disso, pela frequente imprecisão entre o Transtorno do Humor Bipolar e o TPB, denota-se a falta de clareza no comportamento demonstrado, ou seja, a facilidade dos pacientes transitarem de um modo a outro, entre estados de ativação, no sentido de afetação, é significativamente ambígua (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Portanto, trabalhar com os modos, a princípio, garante efetividade no tratamento, bem como contribui com a assertividade.

Os Modos Esquemáticos no TPB possuem classificação também na ordem da infância: o modo esquemático da Criança Vulnerável (defeituosa, abandonada e abusada), o Modo Criança Indisciplinada-Impulsiva e o Modo da Criança Zangada. Estes, portanto, são os estados de expressão das necessidades emocionais básicas, avaliados na medida em que o terapeuta observa o paciente descrevendo os antecedentes de sua história e reações de enfrentamento, é possível fazer a correlação com o histórico da formação de personalidade (Arntz, 2012; Barazandeh, et al., 2018).

Os Modos Criança têm a necessidade de expressão básica das emoções, que constituem a fundamentação das necessidades dos seres humanos, que são, particularmente, únicas a cada indivíduo. Podendo desenvolver um ímpeto de expressão única, existem expressões as quais devem ser passadas principalmente pelas figuras de apego da criança, como: autocontrole, limites realistas, espontaneidade e lazer, necessidades e emoções válidas, liberdade de expressão, sentimento de liberdade, competência, autonomia e principalmente, vínculos seguros (Lopes, 2015).

Para fazer uma descrição dos diferentes modos, Genderen, et al., (2012) e Roelofs, et al., (2015) descrevem o primeiro modo: Criança Vulnerável. Neste modo, o paciente acredita que a sua satisfação nunca será suprida por alguém, sentimentos de vazio emergem e logo, surge a iminente sensação de abandono. Outra característica é que estará mais vulnerável ao abuso. Inutilidade, rejeição, exclusão e vergonha de si são sentidos frequentes na ativação do modo. Estes sentidos, que têm origem dentro de conceitos elaborados pela cognição, geram sentimentos secundários a estes como o desamor, desvalor e desamparo. A vivência de sentimentos ansiosos ou disfóricos também podem estar presentes, o medo e a tristeza quando entram em choque com os esquemas associados estimulam a experiência de forma negativa.

Outro modo a ser investigado é o Modo Criança Zangada. A descrição desse modo remete a sensação do indivíduo estar profundamente impaciente, zangado e enfurecido. A irritação em resposta ao abandono impendente, seja ele real ou distorcido, pode ter consequências graves, como por exemplo, aparecimento de comportamentos de atitudes físicas e verbais como expressão da raiva, adjunto da solicitação de uma validação condicional dos seus desejos e atributos. Em outras palavras, esse tipo de expressão alude à uma criança que teve uma crise explosiva de raiva. Esquemas iniciais desadaptativos ligados a este modo em específico podem ser: rejeição e punição, subjugação, privação, abandono e abuso (Keulen-de Vos, et al., 2016).

Por fim aos Modos Crianças, o último modo esquemático refere-se ao Modo Criança Impulsiva/Indisciplinada, em que nesse estado, o paciente irá agir impulsivamente, respondendo de maneira imediata aos seus desejos de prazer, mesmo que isso o faça desconsiderar os limites que tangem a vida de outras pessoas (necessidades e sentimentos alheios). Por conseguinte, a satisfação dos seus desejos, se dará por via de descontrole e egoísmo, mesmo que os desejos sejam minimamente satisfatórios. Importante denotar que as atitudes deste modo podem, na maioria das vezes desconsiderar os efeitos e consequência para si e para os outros (Wainer & Wainer, 2016).

A raiva expressa pela não realização do desejo distorce e apaga uma visão clara e racional de uma possível saída saudável, colocando perspectivas de uma possível gratificação prolongada a nulidade. Outro ponto evidente, identifica-se a insatisfação e o desconforto em confronto com a própria intolerância, constituindo um ciclo desadaptativo de maior magnitude, provocando a não aceitação de suas emoções e fundido cognitivamente (Khalily, et al., 2011).

O autor Young (2008), organiza na terapia do esquema a estruturação dos Modos de Enfrentamento Desadaptativos. Este tipo de modo, diferente dos Modos Criança, tem por objetivo a tentativa de uma organização dos estímulos, pessoas e contextos que são ativadoras de emoções negativas ou ainda, que levem a uma possível recordação de uma experiência desadaptativa ou aversiva para o indivíduo.

Por conseguinte, este tipo de modo descrito por Arntz (2012) para o TPB, tem como o Modo Protetor Desligado anteposto a esse subsistema. A descrição desse modo, refere-se à nulidade de suas próprias emoções em determinadas situações, pois a partir da experiencição negativa de emoções geradoras de desconforto põem o indivíduo em um dilema de resolutividade. A estratégia, que irá utilizar para lidar com a situação de medo de perder o

controle, como saída de um possível perigo futuro, se fundamentam na negação aos sentimentos da ordem da tristeza ou da raiva (Barazandeh, et. al, 2018).

O Modo Protetor-Desligado irá se formar em um estado de renúncia aos contatos sociais, despersonalizado, entediado e com profundo sentimento de vazio. Quando o indivíduo se coloca nesse estado, é comum que a negação da realidade seja a maior distorção cognitiva, fazendo com que tenha atitudes distantes, pessimistas, ou até mesmo cínicas frente aos mínimos investimentos afetivos (Genderen, et al., 2012). Os comportamentos apresentados demonstram atitudes desatentas, pueris e robóticas. Este modo, quando usado enquanto criança ou adolescente ao longo do desenvolvimento de uma personalidade, em um nivelamento saudável, é utilizado como mecanismo natural para redução do sofrimento quando a situação propõe ativação de emoções negativas (Rafaeli, Maurer & Thoma, 2014).

O Modo Hipercompensador (provocativo e ataque), quando ativado, revela atitudes de superioridade, arrogantes e posições que o deixam no controle de determinada situação. Isso ocorre devido a criação de estratégias de evitação aos sentimentos negativos advindos de ambientes e cuidadores críticos, nos quais as considerações e os afetos aparentemente sempre eram englobados de uma condição, como por exemplo, comportamentos de supremacia em uma suposta hierarquia, como se o sujeito fosse especial em relação aos seus colegas (Wainer & Wainer, 2016).

Atitudes de engrandecimento e arrogância acabam se destacando e fixadas como estímulos a prevenção de um iminente controle por outros. Levando a um segundo sub Modo Provocativo e Ataque, onde se é claramente caracterizado pelo movimento de sempre querer estar no controle. A busca pelo controle envolve a manipulação das pessoas ao seu redor, incluindo intimidação, agressões e ameaças. Portanto, há um sistema de prevenção ao risco e dano, como a humilhação e o hipercompensamento. Os pacientes com TPB ao correlacionar os fatos da vida com os fatores da personalidade, também mantém modos de adaptação semelhante a um pai ou mãe internalizado. O comportamento disfuncional parental possui características padrões de funcionamento, e por justamente serem os mais influentes na personalidade da criança, são fortemente marcantes, podendo surgir como o modo mais danoso diante a TE (Lopes, 2015).

Ainda, Arntz (2012) considera um subtipo de Modo Pais Disfuncionais Internalizados como frequente no TPB: Modo Pai/Mãe Punitivo. Este modo é parte enrijecida do seu próprio *self* que se castiga frequentemente. Essa postura punitiva o leva a ser impaciente, intolerante e agressivo consigo em vários momentos de ativação. O pai ou a mãe internalizados que decidem punir adotam esse julgamento conforme ideais ou pressupostos de certo ou errado

estabelecidos a partir de conceitos, que nesse caso, estão distorcidamente mal adaptativos. Isso irá constituir conceitos de bondade/maldade ou bom/ruim fundido com a própria experiência de autoavaliação, afetando inclusive ações futuras.

Ainda que, haja julgamentos de certo e errado conforme a estrutura do ambiente que se desenvolveu a personalidade do indivíduo, parte dele sentirá culpa e fará autocríticas constantes. Também, o sujeito sente-se envergonhado de seus erros e que a punição é uma solução viável para o alívio, não prolongado, de suas atitudes. Os frequentes pensamentos de autodepreciação, nada mais são do que uma consequência direta de uma justificativa não consciente que, uma vez quando criança, foi perpassado através de agressões por parte dos cuidadores, resultando na criação de uma estratégia de suporte para ser aprovado, amado e aceito (Wainer, et al., 2016).

Objetivos do tratamento da Terapia dos Esquemas com pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline

Compreende-se que a TE é uma abordagem que foi desenvolvida para promover intervenções com pacientes considerados mais resistentes a técnicas utilizadas em outras teorias já existentes, sendo fundamental para o funcionamento deste tipo de atendimento, a existência de um manejo especial na relação entre paciente-terapeuta. Para isto, Andriola (2016), afirma que o terapeuta precisa estar preparado para amparar o paciente, utilizando de técnicas como a reparentalização limitada e a confrontação empática, considerando esses como importantes veículos transformadores do sujeito.

A reparentalização limitada (RL) possui como objetivo o enfraquecimento dos EIDs, a partir da identificação de quais necessidades emocionais não foram supridas anteriormente, utilizando da relação terapêutica como indicador do que faltou ao paciente. A confrontação empática (CE) consiste em compreender os esquemas ativados e o sofrimento psicológico do paciente e ao mesmo tempo, em confrontar-o, a fim de impulsionar mudanças (Ghisio, Ludtke & Seixas, 2016; Edwards, 2017).

A relação terapêutica torna-se um instrumento de grande valia para auxiliar no reconhecimento dos esquemas e modos do paciente (Leahy, 2006, Vyskocilova, et. al, 2014). Nos atendimentos com pacientes com TPB, predomina-se uma disparidade em relação ao desejo do paciente *borderline* e ao que o terapeuta pode dar, sem inferir nos limites profissionais, devido estes, segundo Young, Klosko & Weishaar (2008, p. 278) "possuírem

direitos e as necessidades de uma criança muito pequena, que precisa de um pai ou de uma mãe".

Nos atendimentos voltados ao paciente *borderline*, o terapeuta direciona de maior cuidado, interesse e empatia devido estes demandarem disto. A importância de estabelecer limites que não podem ser ultrapassados, está relacionada com a necessidade do paciente se frustrar para haver andamento na terapia, visto que, é apenas diante a respostas negativas que o paciente consegue testar seus esquemas. Pacientes com este transtorno vivenciam diversas emoções durante o tempo de atendimento, cabendo ao terapeuta, equilibrar a distância e a intimidade, e ao mesmo tempo, evocar os sentimentos de medo, raiva e desconfiança que surgem como consequência da relação terapêutica (Arntz, 2017).

Posteriormente ao estabelecimento do vínculo, Young, Klosko & Weishaar (2008) afirmam que o próximo passo consiste em identificar os modos esquemáticos predominantes no paciente. A TE envolve o processo de psicoeducação dos sintomas do TPB e a forma como estes se relacionam aos modos esquemáticos, e como estes atuam na vida dos pacientes (Tan, et al., 2018). O trabalho com os modos esquemáticos, envolve que o terapeuta desempenhe um papel onde permita que o paciente, conecte-se com seu Modo Criança Vulnerável, sendo definido por Wainer & Rijo (2016), como um momento para compreender as origens de suas necessidades básicas não atendidas previamente.

De uma forma geral, compreende-se que o objetivo principal do tratamento voltado a pacientes com TPB, é auxiliar que o paciente consiga se conectar com o Modo Adulto Saudável. Para que este processo tenha início, é necessário voltar e identificar os modos esquemáticos predominantes, partindo do pressuposto que, segundo Wainer & Wainer (2016), no TPB predomina-se os Modos de Criança Abandonada, Criança Zangada, Protetor Desligado, Pais-Punitivos e a estratégia de enfrentamento de Hipercompensação. O estudo clínico realizado por Bach & Farrel (2018), confirma que esses modos são predominantes no transtorno e diferenciam pacientes com TPB de grupos de comparação.

No Modo Criança Abandonada, o tratamento é direcionado para criar um ambiente propício para o desenvolvimento futuro do Modo Adulto Saudável, tendo em vista que, a infância do paciente foi vivenciada em um ambiente impróprio. O terapeuta, então, se torna uma base estável para o paciente, que até então, não havia possuído isto em suas figuras paternas, satisfazendo as suas necessidades em termos de segurança, cuidado, autonomia, auto-expressão e limites adequados, trabalhando com a vulnerabilidade demonstrada neste modo (Young, Klosko & Weishaar, 2008; Tan., et. al, 2018).

O terapeuta trabalha com o intuito de auxiliar o paciente a desenvolver um modelo de como respeitar os direitos dos outros, expressar suas emoções, desejos e dar afeto de forma adequada, sendo estabelecer relações saudáveis que não sejam consideradas como nocivas pelos demais, uma dificuldade do paciente *borderline* (Young, Klosko & Weishaar, 2008; Lihenan, 2010). Diante o receio de ser abandonado, o paciente assume posturas que resultam no afastamento de pessoas queridas por si, associadas à sua instabilidade e intensidade excessiva (Lopes, 2017).

O Modo Criança Zangada representa a agressividade e a raiva relacionadas aos maus-tratos, como abuso, abandono, provocação e subjugação vivenciada por estes pacientes (Jacob, Van Genderen & Seebauer, 2015). Para o tratamento deste modo, é preciso definir limites para a raiva do paciente, diferenciando a raiva saudável da raiva abusiva. Quando o paciente se encontra em um estado saudável de raiva, o terapeuta deve permitir que o paciente libere essa emoção, expressando-a de forma integral. Ao demonstrar empatia, o terapeuta consegue que o paciente passe do Modo de Criança Zangada para abandonada (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

O trabalho com este modo deve propagar a noção de que a raiva é uma emoção comum, cotidiana e que vivenciar essa emoção, é por muitas vezes, saudável. Ainda, acrescenta-se que é importante ensinar o paciente técnicas de controle de raiva, de forma que este consiga utilizar o que aprendeu fora de sessão, a fim de assumir uma postura mais saudável em suas relações e atividades do cotidiano (Lopes, 2017). O trabalho com os Modos Criança visa a compreensão das necessidades básicas não atendidas e as necessidades atuais, com o intuito de amparar o paciente (Fassbinder, et. al, 2014).

Já diante ao Modo Pais-Punitivos, segundo Wainer & Wainer (2016), é essencial que o terapeuta venha a auxiliar na identificação de qual figura assumia este papel durante a infância do paciente. Após a identificação, o terapeuta se alia com o paciente contra a figura punitiva, de forma que, ao utilizar do CE, o terapeuta ajuda a desfazer o processo de internalização e identificação assumida pelo paciente (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Pais-punitivos e com funcionamento desadaptativos, contribuem para o desenvolvimento de sintomas depressivos e sintomas referentes a transtornos de personalidade (Beigi & Askari, 2016).

Constata-se a importância do exercício vivencial, de forma que a figura paterna punitiva seja nomeada e assuma uma voz. Ao identificar que a voz pertence a figura e não a si, permite que o paciente se distancie desse modo, conseguindo compreender como este interfere na visão de si. Técnicas cognitivas e comportamentais também são utilizadas, de

forma que, ocorra a psicoeducação sobre este modo e como este reflete na forma que o paciente espera ser tratado pelos outros. Este modo e o Modo Protetor Desligado, devem sempre ser priorizados, visto que, as condutas autodestrutivas resultam em um processo onde o paciente pode estar desconexo (Wainer & Wainer, 2016; Manzutti, 2016).

Quando o Modo Protetor Desligado é ativado em terapia, deve-se trabalhar com o paciente com o intuito de que identifique os gatilhos desencadeadores deste modo. Este modo serve de escudo para o paciente proteger-se de ser magoado. Durante o tratamento, o terapeuta reafirma ao paciente, que é seguro este se mostrar vulnerável dentro do atendimento (Young, Klosko & Weishaar, 2008). É através da relação terapêutica que o terapeuta consegue garantir que o paciente sinta-se seguro, satisfazendo suas necessidades de ser protegido e amparado do Modo Criança Abandonada, e que este paciente, através da raiva ativada no Modo Criança Zangada, consiga expressar suas emoções, não suprimindo seus sentimentos, conforme o Modo Protetor-Desligado resulta quando está ativado.

Em um estado clínico randomizado, realizado com um total de 70 pessoas diagnosticados com Transtornos de Personalidade dentro do Cluster B, obteve-se o resultado de que pacientes com TPB apresentam, de forma predominante, o Modo Protetor-Desligado (Keulen-de Vos, et. al, 2017). Ao não se permitir sentir, o paciente se desconecta da realidade e seus sentimentos acabam por ser entorpecidos e anulados. A despersonalização engloba sentimentos de dissociação, como se o paciente assumisse um papel de observador diante a sua realidade (APA, 2013). Segundo Wainer & Wainer (2016), é importante educar o paciente sobre como o modo funciona e trabalhar com as imagens mentais, de forma que, o paciente consiga perceber que, embora este modo o proteja de emoções negativas, acaba não permitindo que vivencie emoções e sentimentos positivos.

Diante a estratégia hipercompensadora adotada pelo paciente para enfrentar seus EIDs desadaptativos, destaca-se a necessidade de nomear o funcionamento deste, os padrões cognitivos, comportamentais e afetivos. O terapeuta deve utilizar da relação terapêutica para demonstrar ao paciente as consequências negativas que a utilização contínua deste modo tem causado diante a situações em que o paciente *borderline* é abandonado, criticado ou diminuído (Oud, et. al, 2018).

A partir da psicoeducação dos modos, do uso das técnicas de RL e CE, o terapeuta tem como o objetivo do atendimento com pacientes com desenvolver o Modo Adulto Saudável junto ao paciente, de forma que este adote condutas mais adaptativas e funcionais. A forma de fortalecer o Modo Adulto Saudável é proteger e amparar a criança abandonada, propiciar que a criança zangada adote condutas mais adequadas a fim de lidar com a raiva e a

impulsividade intensa, aliar-se ao paciente para derrotar a figura punitiva e substituir gradualmente o protetor desligado (Young, Klosko & Weishaar, 2008; Fassbinder, et. al, 2014).

Diante a dificuldade do tratamento voltado ao paciente *borderline*, relacionadas a instabilidade emocional, a fluidez de estados de humor em curto período de tempo e a intensidade, considera-se que os modos esquemáticos, dentro da Terapia dos Esquemas, uma das formas mais efetivas de proporcionar que o paciente consiga relacionar-se consigo mesmo de forma mais positiva e consiga estabelecer relações com os outros de forma mais saudável.

4. Considerações Finais

O Transtorno de Personalidade Borderline, no DSM-V, apresenta como critérios diagnósticos, a presença de instabilidade, vulnerabilidade, intensidade excessiva, impulsividade, medo do abandono e predominância de sentimentos crônicos como o vazio, a raiva e a tristeza. Visando o tratamento deste transtorno, desenvolveu-se dentro da Terapia dos Esquemas, o conceito de modos esquemáticos para trabalhar-se com estes pacientes, visto que, o modelo tradicional não era tão efetivo para o tratamento e manejo de sintomas.

Os modos esquemáticos são desencadeados a partir de situações consideradas como ativadoras, influenciando os pensamentos e os sentimentos do paciente. No TPB, predominam-se os modos esquemáticos de Criança Abandonada, Criança Zangada, Pais-Punitivos, Protetor-Desligado e Modos Hipercompensadores. Na psicoterapia, o terapeuta utiliza das técnicas de psicoeducação, reparentalização limitada, confrontação empática e exercícios vivenciais e cognitivos-comportamentais, visando o desenvolvimento do Modo Adulto Saudável no paciente, para que este consiga adotar condutas mais adaptativas e funcionais. Considera-se este modo o objetivo da terapia com os pacientes com TPB, para que este se torne capaz de identificar suas necessidades, vulnerabilidades e ser capaz de estabelecer relações afetivas funcionais.

Na revisão da literatura, encontrou-se evidências e dados que apontam para a existência de dificuldades no manejo com o paciente *borderline*, devido este possuir conflitos em compreender a razão da existência de limites na relação paciente-terapeuta, podendo ser considerado como um paciente desafiador. Ainda, autores apontam sobre a necessidade de frustrar o paciente em relação aos limites, pois é a partir disso que o paciente consegue testar seus esquemas e desenvolver uma postura mais funcional diante a si e aos outros.

Por fim, aponta-se como fatores delimitantes desta pesquisa, a escassez de artigos nacionais que tenham sido publicados em período recente em plataformas digitais, quais abordam a temática do artigo. Destaca-se a necessidade e importância de haver maior aprofundamento teórico sobre a TE, por ser considerada como uma teoria recente, sendo necessário então, um número maior de estudos que contemplem o tema.

Referências

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V)*. Porto Alegre: Artmed.

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*. Porto Alegre: Artmed.

Arntz, A. (2012). Schema therapy for Cluster C personality disorders. In M. Van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, research and practice*. 397-414. Malden: Wiley Blackwell.

Arntz, A. (2017). Transtorno da Personalidade *Borderline*. In Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.

Bach, B., & Farrell, J. (2018). Schema and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive and happy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329.

Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2018). Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiatry Research*, 261, 1-6.

Beigi, N. A., & Askari, H. (2016). Interaction of parent-child schemas in different types of personality disorders. *Int J. Adv. Biotechnol Res.* 4, 1039-1046.

Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Front Psychol.* 7(1987).

David, D. O., & Freeman, A. (2017). Visão geral da Terapia Cognitivo-Comportamental dos Transtornos da Personalidade. In Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.

Deslandes, S. F. D., Gomes, R., & Minayo, M. C. S. (Org) (2015). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. (34th ed.), Petrópolis: Rio de Janeiro, Editora Vozes.

Edwards, J. A. (2017). An Interpretative Phenomenological Analysis of Schema Modes in a Single Case of Anorexia Nervosa: Part 1. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 17 (1).

Fassbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G., & Arntz, A. (2014). The schema mode model for personality disorders. *Psychiatrie*, 11 (2), 78-86.

Ferenhof, H. A., & Fernandes, R. F. (2016). Desmitificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF. *Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina*, Florianópolis, SC. 21(3), 550-563

Genderen, H. V., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical Model: schemas, coping styles and modes. In F. Van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley- 87 Blackwell Handbook of Schematherapy: Theory, Research, and Practice* (27-40). Oxford: Wiley-Blackwell.

Ghisio, M. S., Ludtke, L., & Seixas, C. E. (2016). Análise comparativa entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia do Esquema. *Rev. Bras. Psicoter.* 18 (3), 17-31.

Gil, A. C. (2002). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Jacob, G., Van Genderen, H., & Seebauer, L. (2015). Gaining Control over Angry and Impulsive Child Modes. *Breaking Negative Thinking Patterns*, 117–129.

Keulen-de Vos, M. (2013). *Emotional states, crime and violence: A Schema Therapy approach to the understanding and treatment of forensic patients with personality disorders* (Dissertação de mestrado). Universidade de Maastricht, Holanda.

Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P., Clark, L. E., Vogel, V., Bogaerts, S., Slaats, M., & Arntz, A. (2017). Validation of the schema mode concept in personality disordered offenders. *The British Psychological Society*, 20.

Khalily, M. T., & Hallahan, B. (2011). Psychological assessment through performance-based techniques and self-reports: a case study of a sexually abused girl at preschool age. *Journal of child sexual abuse*, 20(3), 338-352.

Kulacaoglu, F., & Kose, S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos and Awe. *Brain Sci.* 8 (11).

Leahy, R. L. (2006) *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

Lihenán, M. M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed.

Lopes, R. F. F. (2015). Terapia do Esquema em Grupo com crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld (Org.), *Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 102-128.

Lopes, Y. J. (2017). Psicopatologia do Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) e suas características diagnósticas. *Psicol. Pt*, 1-16.

Manzzuti, M. F. P. R. (2016). *Modos esquemáticos e sua relevância no tratamento de indivíduos com transtorno de personalidade que cometem atos delitivos*. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC) - São Paulo.

Matos, F. R., Rossini, J. C., & Lopes, R. F. F. (2018). Schema Mode Inventory: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 14(2), 95-108.

Neacsiu, A. D., & Linehan, M. M. (2016). Transtorno da Personalidade Borderline. In Barlow, D. H. (Org) *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed.

Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 52(10),949-961.

Piccini, C. A., & Lopes, R. C. S. (1994). A pesquisa em Psicologia infantil no Brasil: alguns aspectos críticos. *Cadernos da ANPEPP*, 2, 43-55.

Rafaeli, E., Maurer, O., & Thoma, D. K. (2014). Working with Modes in Schema Therapy. In: *Working with Emotion in Cognitive-Behavioral Therapy: Techniques for Clinical Practice*, Publisher: Guilford, Editors: Nathan C. Thoma, Dean McKay, 263-287

Roelofs, J., Muris, P., & Lobbestael, J. (2015). Acting and feeling like a vulnerable child, an internalized "bad parent" or a healthy person: the assesment of schema modes in non-clinical adolescents. *Journal of Personality Disorders*. 29 (205).

Rother, E. T (2007). Revisão sistemática x revisão Narrativa. *Acta. paul. enferm*, 20(2).

Silva, C. R. (2004). *Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático*. Fortaleza: CEFET.

Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbec, L. E., Wilde, O. B., Farrel, 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 patient's perceptions. *PLoS ONE* 13(11).

Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol. Psychother.* 90(3), 456-479.

Van Wijk-Herbrink, M. F., Roelofs, J., Broers, N. J., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2018). Validation of Schema Coping Inventory and Schema Mode Inventory in Adolescents. *J Pers Disord.*;32(2), 220-241.

Vyskocililova, J., Prasko, J., Sedlackova, Z., Ociskova, M., & Grambal, A. (2014). Schema therapy for CBT therapists who treat borderline patients. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 56 (1).

Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. (Org.) (2016). *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: integração em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Wainer, R., & Rijo, D. (2016). O modelo teórico: esquemas iniciais desadaptativos, estilos de enfrentamento e modos esquemáticos. In Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: integração em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Wainer, R., & Wainer, G. (2016). O trabalho com os modos esquemáticos. In Wainer, R.; Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: integração em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Whitbourne, S. K., & Halgin, R. P. (2015). *Psicopatologia: Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.

Yakin, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 126.

Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. New York: The Guilford Press.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Gabriela Maffini– 42,5%

Yanco Ortiz Finoqueto– 42,5%

Paula Argemi Cassel – 15%