

**A Terapia dos Esquemas e os objetivos do tratamento para o Transtorno de  
Personalidade Narcisista**  
**Schema Therapy and treatment goals for Narcissistic Personality Disorder**  
**Terapia de Esquema y objetivos de tratamiento para el Trastorno Narcisista de  
la Personalidad**

Recebido: 30/08/2020 | Revisado: 02/09/2020 | Aceito: 08/09/2020 | Publicado: 08/09/2020

**Gabriela Maffini**

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

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: [g\\_maffini@hotmail.com](mailto:g_maffini@hotmail.com)

**Paula Argemi Cassel**

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

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: [Paula.acassel@gmail.com](mailto:Paula.acassel@gmail.com)

**Resumo**

Este artigo objetiva apresentar, através de uma revisão narrativa da literatura, os objetivos do tratamento da Terapia dos Esquemas (TE) para pacientes com Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) e para o funcionamento de cada Modo Esquemático (ME) predominante no TPN. A busca por dados para a construção deste artigo, ocorreu através de consultas em plataformas digitais nacionais e internacionais, além de serem utilizados autores considerados como referências nas temáticas de TPN e TE. Como resultados, encontrou-se que os MEs predominantes em pacientes com este tipo de transtorno são Modo Criança Solitária, Modo Autoengrandecedor, Modo Provocativo e Ataque, Modo Protetor-Desligado e o Modo Autoaliviador. Ao ser discutidos os objetivos do tratamento para cada modo, conclui-se que, a partir das técnicas empregadas pelo terapeuta, o objetivo da TE para o TPN, é fortalecer o Modo Adulto Saudável, de forma que o paciente consiga adotar condutas mais adaptativas e funcionais em seu cotidiano.

**Palavras-chave:** Psicoterapia; Transtornos da personalidade; Terapia dos esquemas; Psicologia.

## **Abstract**

This article aims to present, through a narrative review of the literature, the objectives of treatment of Schema Therapy (ST) for patients with Narcissistic Personality Disorder (NPD) and for the functioning of each predominant Schematic Mode (SM) in NPD. The search for data for the construction of this article was through consultations on national and international digital platforms, and also used authors that are references of NPD and ST. As a result, it was found that the predominant SM in patients with this type of disorder are the Lonely Child Mode, the Self-Magnifying Mode, the Provocative and Attack Mode, the Protected-Disconnected Mode and the Self-Relief Mode. When discussing the treatment goals for each modality, it was concluded that, based on the techniques used by the therapist, the objective of ST for NPD, is to strengthen the Healthy Adult Mode, so that the patient can adapt more adaptive and functional guidelines in his daily life.

**Keywords:** Psychotherapy; Personality disorders; Schema therapy; Psychology.

## **Resumen**

Este artículo tiene como objetivo presentar, a través de una revisión narrativa de la literatura, los objetivos del tratamiento de la Terapia de Esquemas (TE) para pacientes con Trastorno Narcisista de la Personalidad (TPN) y para el funcionamiento de cada Modo Esquemático (EM) predominante en la TPN. La búsqueda de datos para la construcción de este artículo se dio a través de consultas en plataformas digitales nacionales e internacionales, además de utilizar autores considerados como referentes en los temas de TPN y TE. Como resultado, se encontró que los EM predominantes en pacientes con este tipo de trastorno son el Modo de Niño Solitario, el Modo de Auto Agrandamiento, el Modo de Provocación y Ataque, el Modo de Desactivación de Protección y el Modo de Alivio Automático. Al discutir los objetivos del tratamiento para cada modalidad, se concluye que, en base a las técnicas empleadas por el terapeuta, el objetivo de la TE para la TPN, es fortalecer la Modalidad Adulto Saludable, para que el paciente pueda adoptar una modalidad más adaptativa y funcional en su vida diaria.

**Palabras clave:** Psicoterapia; Trastorno de personalidad; Terapia de esquemas; Psicología.

## **1. Introdução**

A Terapia dos Esquemas (TE) compreende que a estruturação da personalidade é o resultado de interações entre variáveis neurobiológicas inatas, estressores ambientais e fatores genéticos, relacionados ao temperamento do paciente. A personalidade determina a forma como

o sujeito irá enxergar a si e aos outros, além de como irá estabelecer relações e como serão formados os seus padrões de pensamentos, esquemas, crenças e comportamentos (Alano, Bellé, Silva & Kessler, 2019).

A presença de padrões disfuncionais no estabelecimento de relações afetivas, resultantes em acentuado sofrimento para o paciente, presentes desde a infância, adolescência ou início da vida adulta, pode ser um forte indicador de sintomatologia referente a um dos tipos de Transtornos da Personalidade (TP). Quando a visão do paciente sobre si encontra-se distorcida, acreditando ser único e merecedor de tratamento especial, além de carecer de empatia e estabelecer padrões pessoais em níveis altos, pode se pensar no diagnóstico de Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) (Whitbourne & Halgin, 2015; Kacel, Ennis & Pereira, 2017).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013) define que as características diagnósticas do TPN consistem no paciente apresentar um padrão difuso de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração exacerbada e falta de empatia, apresentando cinco ou mais dos seguintes critérios: sensação de grandiosidade referente a si, fantasias excessivas com sucesso, poder e beleza, forte crença de ser especial, demandar de admiração excessiva, acreditar ser possuidor de direitos especiais, demonstrar-se invejoso e adotar uma conduta exploradora nas relações afetivas (APA, 2013).

Sinais clínicos comumente encontrados nos atendimentos voltados a estes pacientes são a presença de declarações verbais enaltecedoras e competitivas, desconsideração com a queixa dos outros, minimização de seus próprios comportamentos problemáticos, de forma que a responsabilidade sobre seus atos nunca seja assumida por si. Ainda, observa-se a necessidade narcisista de que os outros reparem em suas conquistas, bens materiais, poder e atributos físicos. Entretanto, esse tipo de comportamento pode ser considerado como uma estratégia compensatória diante das crenças de defectividade, inferioridade e imperfeição (Isoppo, 2012; Behary & Davis, 2017).

A Associação Psiquiátrica Americana (2013) divide os dez TPs em três grupos distintos, sendo eles o Grupo A, Grupo B e Grupo C. Este estudo tem foco no TPN, transtorno pertencente ao Grupo B, juntamente ao Transtorno de Personalidade *Borderline*, Histriônica e Antissocial, tendo estes indivíduos características que apresentam-se comuns, como serem considerados dramáticos, emocionais ou instáveis. Há um número limitado de pesquisas sobre as diferenças do diagnóstico do TPN dos demais transtornos do Grupo B, sendo comum existir dificuldade na diferenciação diagnóstica devido a existência de similaridades sintomáticas (Mitra & Fluyau, 2020).

As características que apresentam semelhanças são a falta de empatia presente no narcisista, similar ao comportamento apresentado pelo indivíduo com Transtorno de Personalidade Antissocial (TPA) e a busca por atenção exacerbada, similar ao Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH). A diferenciação dos outros transtornos presentes no Grupo B ocorre devido pacientes com TPN apresentarem desconsideração pelos demais por se encontrarem altamente centrados em si, tendo fixação em ser considerados como superiores, não buscando apenas pela atenção como característico de pacientes histriônicos e sim, por admiração (Behary & Davis, 2017).

Pacientes narcisistas enfrentam dificuldades em seu funcionamento social, sendo a psicoterapia fundamental para que consigam adotar condutas mais adaptativas. Ainda que a adesão ao tratamento destes pacientes sejam consideradas como baixas devido manifestarem dificuldades em constatar prejuízos que suas ações podem trazer (Whitbourne & Halgin, 2015), percebe-se que o acompanhamento psicológico de um profissional capacitado, resultaria em auxiliar o paciente a adquirir um melhor manejo de seus sintomas e uma possível redução destes a longo prazo.

A Terapia dos Esquemas (TE) proporciona um novo sistema psicoterápico com enfoque a pacientes refratários e com transtornos psicológicos crônicos, como os TPs (Young, Klosko & Weishaar, 2008), considerando-se essa abordagem como viável e efetiva para o tratamento do TPN. A TE foi criada em 1990 por Jeffrey Young, sendo resultado de estudos e da constatação que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tradicional desconsiderava alguns pontos essenciais no ponto de vista do autor, como a desconsideração pela influência que a relação com os cuidadores possui na estruturação da personalidade do paciente e desconsideração pelo fato de que pacientes com TP não possuem fácil acesso as suas cognições (Wainer & Rijo, 2016).

Na TE, o autor desenvolveu o conceito de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) para trabalhar com pacientes que apresentavam maior resistência a outras modalidades de terapia. Esse conceito é definido como estruturas estáveis e duradouras, desenvolvidas a partir de necessidades básicas não supridas pelos cuidadores do paciente durante o período da infância ou adolescência, que tendem a ser perpetuadas ao longo da vida, a partir da vivência de experiências similares aos esquemas (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

No total, Jeffrey Young descobriu a existência de 18 EIDs, que compõem os 5 domínios esquemáticos (DEs), sendo estes categorizados em Desconexão e Rejeição, Autonomia e Desempenho Prejudicado, Limites Prejudicados, Direcionamento para o Outro e Supervigilância e Inibição. O primeiro domínio possui os EIDs de Abandono/ Instabilidade,

Desconfiança/ Abuso, Privação Emocional, Defectividade/ Vergonha e Isolamento Social/ Alienação. O segundo DE possui os esquemas de Dependência/ Incompetência, Vulnerabilidade ao dano/ à doença, Emaranhamento/ *self* subdesenvolvido e Fracasso. O terceiro domínio têm como esquemas de Arrogância/ grandiosidade, Autocontrole/ autodisciplina insuficientes, enquanto o quarto domínio apresenta esquemas de Subjugação, Autossacrifício, Busca de aprovação ou reconhecimento e o quinto DE possui esquemas de Negativismo/ pessimismo, Inibição emocional, Padrões inflexíveis/ postura crítica exagerada e Postura Punitiva) (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Inicialmente, percebeu-se que no tratamento do Transtorno de Personalidade *Borderline*, o trabalho com os EIDs era dificultado pela manifestação de diversos esquemas em um curto período de tempo. A presença de dificuldade para o tratamento de pacientes narcisistas também foi observada, sendo posteriormente descoberto que a TE também apresentava maior taxa de êxito no tratamento com o TPN quando se trabalhava com os conceitos de modos esquemáticos (MEs) (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

De acordo com os autores supracitados, os MEs são definidos como um conjunto de esquemas ativados no indivíduo, desencadeados por situações, influenciando as cognições, comportamentos, emoções e estratégias de enfrentamento adotadas pelo paciente. Eles apresentam-se como produto de necessidades negligenciadas na infância/ adolescência, onde agir de acordo com o modo, era uma forma de proteger-se, considerado funcional, entretanto, na vida adulta, manifesta-se através de condutas desadaptativas (Wainer & Rijo, 2016). Os MEs foram classificados em categorias diferentes, sendo elas: Modos Criança, Modos Pais Disfuncionais, Modos de Enfrentamento Disfuncional e Modo Adulto Saudável (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Os MEs, quando foram desenvolvidos, em primeiro momento, totalizavam em dez, sendo divididos em Modos Criança (Criança Vulnerável, Criança Zangada, Criança Impulsiva/ Indisciplinada e Criança Feliz), Modos Pais Disfuncionais (Pai-Punitivo, Pai-Exigente), Modos de Enfrentamento Disfuncional (Capitulador Complacente, Protetor Desligado e Hipercompensador) e Modo Adulto Saudável (Young, Klosko & Weishaar, 2008; Wainer & Wainer, 2016). Posteriormente, houve a separação do Modo Criança Impulsiva e Modo Criança Indisciplinada, divisão do Modo Hipercompensador em Modo Provocativo e Ataque e Modo Autoengrandecedor, e o acréscimo do Modo Criança Enfurecida e Modo Protetor Autoaliviador (Lobbestael, Van Vreeswijk & Arntz, 2007). A Tabela 1 apresenta os Modos Esquemáticos, o funcionamento e a classificação de cada ME.

**Tabela 1.** Modos Esquemáticos.

<b>Modos Esquemáticos</b>	<b>Funcionamento de cada ME ativado</b>	<b>Classificação do Modo pertencente</b>
Modo Criança Vulnerável	Este modo ativa no paciente pensamentos e sentimentos de que suas necessidades afetivas e emocionais nunca serão atendidas, tendo fortes crenças de que as pessoas o abandonarão ou irão tirar proveito de si.	Modos Criança
Modo Criança Zangada	O paciente vivencia uma raiva intensa, proveniente de um sentimento de que está sendo injustiçado. Este modo traz à tona sentimentos de frustração, resultantes das necessidades básicas não atendidas da Criança Vulnerável.	Modos Criança
Modo Criança Impulsiva	O paciente age sem refletir previamente, mesmo que seus comportamentos possam ser prejudiciais a si e para aqueles que o cercam.	Modos Criança
Modo Criança Indisciplinada	Quando ativado neste modo, o paciente apresenta intolerância a frustração e a tarefas que não considere como prazerosas, apresentando desconforto e resistência para desempenhá-las.	Modos Criança
Modo Criança Enfurecida	O paciente vivencia uma raiva exacerbada, havendo dificuldade de controlar seus comportamentos e impulsos, resultando em destruição de objetos ou em dano físico para as pessoas que o cercam.	Modos Criança
Modo Criança Feliz	Este modo é resultado de uma infância onde as necessidades básicas do paciente de sentir-se amado, pertencido, validado e satisfeito, foram supridas.	Modos Criança/ Modos Adaptativos
Modo Pais Punitivos	Neste modo, o paciente recorda-se, através de estímulos considerados como gatilhos, de experiências negativas provenientes de seus cuidadores. Quando ativados neste modo, o sujeito tende a se autopunir, devido os padrões rígidos que internalizou desde sua infância.	Modos Pais Disfuncionais Internalizados

Modo Exigentes	Pais O paciente sente a necessidade de atender as demandas dos outros, necessitando agir com perfeccionismo em todas as suas tarefas, sendo produto das experiências vivenciadas com seus cuidadores.	Modos Disfuncionais Internalizados	Pais
Modo Capitulador Complacente	Este modo é ativado diante o paciente encontrar-se em uma situação onde contrariar o desejo do outro, é prejudicial ou desagradável. O paciente tende a assumir uma posição comportamental mais submissa, desconsiderando suas necessidades para evitar abuso verbal ou físico.	Modos Hipercompensadores	
Modo Autoengrandecedor	Este modo é ativado para que o paciente consiga evitar/aliviar sensações predominantes de desconforto, assumindo uma postura de superioridade em relação aos demais.	Modos Hipercompensadores	
Modo Provocativo Ataque	Para proteger-se da vulnerabilidade e da possibilidade de ser emagado ou ferido por outros, o paciente tenta assumir o controle da situação através do uso de ameaças, intimidações e comportamentos agressivos.	Modos Hipercompensadores	
Modo Desligado	Protetor A ativação deste modo permite que o paciente consiga evitar sentir e experienciar suas reais emoções. O paciente se comporta de maneira distante, a fim de minimizar e proteger-se de estar suscetível a vulnerabilidade.	Modos de Enfrentamento disfuncionais	
Modo Autoaliviador	Protetor Diante a ativação deste modo, o paciente evita sentir suas emoções através da adoção de outras atividades como forma de distração. As atividades adotadas pelos pacientes podem ocorrer de forma compulsiva.	Modos de Enfrentamento disfuncionais	
Modo Saudável	Adulto trabalho com MEs. O desenvolvimento deste modo permite que o paciente consiga perceber suas necessidades a serem supridas, demonstrar tolerância a frustração e adotar condutas mais adaptativas e funcionais.	Modos Adaptativos	

---

Fontes: Young, Klosko & Weishaar (2008); Genderen, Rijkeboer & Arntz, (2012); Simeone-DiFrancesco, Roegider & Stevens (2015); Roelofs, Muris & Lobbestael, (2015); Wainer & Wainer, (2016); Matos, (2018); Paim & Cardoso, (2019).

Constata-se na Tabela 1 os conceitos iniciais desenvolvidos por Young, Klosko e Weishaar (2008) e os conceitos posteriores desenvolvidos pelos estudos de Lobbestael, Van Vreeswijk & Arntz (2007), tendo por objetivo esta tabela demonstrar o que ocorre no funcionamento do paciente quando o modo é ativado.

Com o intuito de realizar uma revisão narrativa de literatura sobre a Terapia dos Esquemas para o Transtorno de Personalidade Narcisista, de forma que, este trabalho contribua para estudos posteriores, propõe-se com este artigo, apresentar os objetivos do tratamento da TE para estes pacientes e para o funcionamento dos modos esquemáticos predominantes no transtorno.

## **2. Metodologia**

Para a construção deste artigo, realizou-se uma revisão narrativa de literatura de cunho qualitativo, pois este tipo de estudo permitirá ao leitor a aquisição de conhecimentos sobre o tema da pesquisa. O tipo de revisão empregada permite contribuir profundamente para a discussão do tema e no levantamento de questões pertinentes, visto que, utiliza de uma análise da literatura publicada em livros, artigos científicos, além de basear-se na análise pessoal e na interpretação do autor acerca da teoria (Rother, 2007).

A pesquisa qualitativa tem por objetivo principal a obtenção de dados e interpretação dos mesmos (Gil, 2002). Esse tipo de pesquisa busca pela compreensão de fenômenos considerados como complexos, independente de sua natureza, seja social ou cultural, descritiva, mediante interpretações ou comparações entre os fenômenos (Silva, 2004).

Tendo em vista que a Terapia dos Esquemas é uma teoria relativamente recente, a escassez de material que aborde o tratamento da TE para o TPN se fez presente na construção deste estudo. Para a revisão, foram utilizados livros e capítulos escritos por autores nacionais e internacionais considerados como referências nas temáticas supracitadas, teses de universidades brasileiras, entrevistas, além de serem realizadas buscas por artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais como Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), Scielo (Scientific Electronic Library), Google Acadêmico (GoogleScholar) e Pubmed (Medline Database).

Para a busca de materiais, utilizou-se as seguintes palavras-chaves: “Terapia dos Esquemas”, “Schema Therapy”, “Modos Esquemáticos”, “Schema Modes”, “Transtorno de Personalidade Narcisista” e “Narcissistic Personality Disorder”. Houve dificuldade em encontrar artigos que abordassem as três palavras-chaves, resultando em poucos artigos que



incluíssem em seu conteúdo o protocolo de atendimento da TE para o TPN. Entretanto, foram encontrados diversos artigos que falassem separadamente sobre o TPN, TE e MEs, sendo também utilizados nesta pesquisa, de forma complementar.

O procedimento inicial desta pesquisa envolveu a busca e o levantamento de materiais de leitura, sendo realizado para a coleta de dados, uma breve leitura dos resumos dos artigos para ver quais se enquadravam na temática. Nesta pesquisa utilizaram-se apenas artigos que estivessem na língua inglesa ou portuguesa, além de haver restrição de tempo de publicação das obras, com o intuito de fazer um levantamento de materiais que tivessem sido publicados nos últimos dez anos, entre o período de 2010 a 2020. Após a seleção das obras, realizou-se a leitura dos materiais escolhidos por completo com a finalidade de construir este artigo.

### **3. Resultados e Discussão**

Os MEs são considerados como um componente essencial para a TE, refletindo uma combinação de diversos estados mentais, representações, estratégias de enfrentamento e mecanismos de regulação emocional desencadeados por situações consideradas como ativadoras (Lobbestael, Van Vreeswijk & Arntz, 2007; Mertens, Yilmaz & Lobbestael, 2020). As vantagens de utilizar os MEs com pacientes estão relacionadas a proporcionar a eles a compreensão do seu funcionamento, dos objetivos terapêuticos a serem vencidos, além de auxiliar o paciente a automonitorar seus pensamentos disfuncionais. (Wainer & Wainer, 2016).

Entende-se na literatura que os MEs mais comuns aos pacientes com TPN são a Criança Solitária (Vulnerável), Modos Hipercompensadores (Autoengrandecedor e Provocativo e Ataque), Protetor Desligado e Protetor Autoaliviador, ainda que, isto não signifique que outros modos não possam se manifestar (Young, Klosko & Weishaar, 2008; Wainer & Wainer, 2016; Dadashzadeh, Hekmati, Gholizadeh & Abdi, 2016). Embora estes sejam os nomes adotados dentro da teoria, nos atendimentos o terapeuta e paciente estabelecem em conjunto as nomenclaturas que serão utilizadas nas sessões, com o intuito de proporcionar ao paciente maior compreensão e identificação frente aos modos. A Tabela 2 apresenta os Modos Esquemáticos predominantes no Transtorno de Personalidade Narcisista.

**Tabela 2.** Modos Esquemáticos Predominantes no TPN.

<b>Modos Esquemáticos</b>	<b>Classificação do Modo pertencente</b>
Modo Criança Solitária	Modos Criança
Modo Autoengrandecedor	Modos Hipercompensadores
Modo Provocativo e Ataque	Modos Hipercompensadores
Modo Protetor Autoaliviador	Modos de Enfrentamento Disfuncionais
Modo Protetor Desligado	Modos de Enfrentamento Disfuncionais

Fontes: Young, Klosko & Weishaar (2008); Wainer & Wainer (2016).

O ME da Criança Solitária (CS) é uma versão do modo Criança Vulnerável (CV), onde o paciente por não ter suas necessidades atendidas na infância, sente-se sozinho e defectivo. Neste modo, os pacientes narcisistas pensam que não são merecedores de amor, podendo utilizar como estratégia compensatória, a necessidade de ser bem-sucedido e admirado, pois em sua concepção, o sucesso é condição para que seja amado (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Esses pacientes apresentam dificuldades em aceitar a perda de fontes de afirmação, pois em sua concepção não ser especial significa ser defectivo.

Vivenciar esse modo é muito doloroso e diante a defectividade sentida, há como estratégia de compensação, a ativação do Modo Autoengrandecedor. Nesse modo, os pacientes utilizam comportamentos arrogantes, falas de grandiosidade exacerbada, acreditando ser merecedor de tratamento diferenciado. A busca por admiração representa um desejo de ser bem-sucedido, definido por Young, Klosko & Weishaar (2008, p. 232) como um “componente dominante de quase todos os pacientes com Transtorno de Personalidade Narcisista”.

O Modo Autoengrandecedor está relacionado com o critério do DSM-5 do paciente apresentar comportamentos de grandiosidade observados também na fantasia. Para Keulen-de Vos (2013), narcisistas possuem este modo fortemente ativado, podendo agir de uma forma arrogante e desvalorizando o terapeuta.

Já o Modo Provocativo e Ataque gera no sujeito temor de ser ferido pelos outros, fazendo com que, por receio de ser machucado ou apresentar-se como vulnerável, antecipe-se,

utilizando de ameaças e comportamentos agressivos para ter controle da situação. Ainda, Wainer & Wainer (2016) destacam que o trabalho com o paciente quando tem este ME ativado, é bastante dificultado pela postura agressiva adotada.

Quando os pacientes estão sós, estes podem transitar para o Modo Autoaliviador pois sem a presença dos outros para os enaltecer, há a possibilidade de emergir a CV ou CS. Como forma de proteger-se de vivenciar seus sentimentos, os pacientes buscam por atividades como forma de distração (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Ao estar só, ativar este modo permite ao paciente evitar de sentir-se inferior.

O último ME é o Modo Protetor-Desligado, onde o paciente apresenta-se estar desconectado de suas emoções, renunciando aos contatos sociais, tendo atitudes distantes e pessimistas (Genderen, Rijkeboer & Arntz, 2012). É considerada como a forma mais comum do paciente apresentar-se como resistente ao tratamento (Wainer & Wainer, 2016). Estes modos foram encontrados na literatura como sendo os MEs mais comuns a pacientes com TPN, ainda que estes não sejam exclusivos do transtorno ou os únicos que podem vir a ser ativados.

Pacientes com TPN, geralmente, possuem dificuldade em procurar por atendimento psicológico, pois costumam não haver a compreensão de que seu estado emocional e comportamental, podem trazer prejuízos para si ou para outros, apresentando então, uma postura contrária diante a possibilidade de mudanças pessoais (Freeman, Felgoise & Davis, 2008). O trabalho terapêutico envolve em atenuar a possibilidade de ruptura prematura do tratamento, tendo em vista que o paciente possui dificuldade em apresentar-se como vulnerável ou defectivo (Behary, 2012; Whitbourne & Halgin, 2015).

Dentro da TE, considera-se a relação terapêutica (RT) como fundamental para proporcionar ao paciente um espaço de segurança, onde consiga expressar suas demandas. Para Vyskocilova, Prasko, Sedlackova, Ociskova & Grambal (2014), a RT é um forte indicador para avaliar quais os EIDs e MEs são ativados no paciente em cada situação específica. Nos atendimentos com estes pacientes, são apresentados diversos obstáculos nas sessões psicológicas, relacionados a dificuldade em aproximar-se de outras pessoas e compartilhar seus sentimentos (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Ainda, pacientes narcisistas tendem a demandar por atenção especial do terapeuta, podendo vir a utilizar de um comportamento sedutor para obter reconhecimento de que ele é único e merecedor de tratamento diferencial. O paciente tende a procurar por um terapeuta que tenha credenciais que o mesmo o considere como adequadas para atender "seu status especial" (Behary & Davis, 2017, p. 260).

Outros obstáculos encontrados nos atendimentos com estes pacientes são a ativação dos esquemas do terapeuta, sendo necessário que estes tenham conhecimento de seus EIDs predominantes para conseguirem lidar com as dificuldades advindas dos atendimentos, associadas ao paciente apresentar agressividade, grandiosidade, despersonalização, negação e resistência a psicoterapia (Behary, 2012). A compreensão dos esquemas do terapeuta permite que este não seja afetado de forma negativa diante as condutas e comportamentos de agressão e humilhação verbal vindas do paciente.

Na TE, é necessário o terapeuta dispor-se emocionalmente ao paciente durante a psicoterapia, pois essa abordagem considera a RT como veículo transformador. No tratamento, são utilizadas técnicas que visam amparar e confrontar o paciente ao mesmo tempo, como a Reparentalização Limitada (RL) e a Confrontação Empática (CE) (Andriola, 2016). A RL consiste no terapeuta identificar as necessidades emocionais do paciente que não foram supridas por seus cuidadores, utilizando a RT como indicador (Edwards & Arntz, 2012), enquanto a CE, consiste em compreender o sofrimento do paciente proveniente dos EIDs e MEs ativados, e ao mesmo tempo, confrontá-lo, a fim de impulsionar mudanças (Edwards, 2017).

Posteriormente ao vínculo ser estabelecido, os autores Young, Klosko & Weishaar (2008) pontuam que o próximo passo da terapia consiste em identificar os MEs predominantes no paciente. Para cada MEs predominantes, existem diferentes objetivos e condutas, havendo variação do trabalho do terapeuta de acordo com o modo ativado no paciente.

Diante a ativação do Modo CS, o papel do terapeuta consiste em auxiliar que o paciente sinta-se cuidado e compreendido, utilizando da técnica de RL, introduzindo o conceito de aceitação para o paciente, de maneira que este entenda que não é necessário ser especial ou perfeito para ser valorizado (Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Ao receber amor e aprovação não condicionada, a necessidade do paciente de estar no Modo Autoengrandecedor também é reduzida, visto que, é realizado um trabalho com o paciente onde o cuidado é direcionado a ele e não para suas conquistas.

Ainda de acordo com os autores supracitados, é fundamental que o terapeuta trabalhe com o paciente narcisista quando ativado em seu modo mais vulnerável, pois é apenas nesse modo que ele permite o acesso do terapeuta a suas reais necessidades e fraquezas. Na CS, o terapeuta visa confrontar o comportamento por busca de reconhecimento e aprovação do paciente narcisista, sem desvalorizá-lo, e tende a fazer o mesmo quando o paciente está no Modo Autoengrandecedor.

Diante a ativação do Modo Autoengrandecedor, há uma forte tendência de que o paciente irá agir com o terapeuta da mesma forma como se relaciona com outras pessoas, agindo

com superioridade (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Ao estar ativado nesse modo, o paciente pode agir de forma arrogante e egoísta. É necessário que o paciente seja confrontado pelo terapeuta, sob o risco deste último perder o respeito necessário para que haja continuidade nos atendimentos.

Já o Modo Provocativo e Ataque consiste em o paciente utilizar de ameaças e intimidações para manter-se no controle das situações. Quando o paciente se encontra neste modo, os terapeutas encontram dificuldades em lidar com os comportamentos de agressividade (Wainer & Wainer, 2016). Young, Klosko & Weishaar (2008, p.337), sobre isso, afirmam que "é importante que o terapeuta enfrente o paciente, mas por meio de confronto empático". Há então, o acolhimento do paciente, e ao mesmo tempo, a confrontação sobre as consequências negativas que agir deste modo resulta na vida do paciente e em suas relações afetivas.

Outro modo que pode vir a ser utilizado pelo paciente com TPN, é o Modo Autoaliviador. Este modo é ativado no paciente com o intuito de evitar que a Criança Solitária emerja, assim como seus sentimentos de defectividade e vulnerabilidade. O paciente assume um comportamento evitativo, optando pela escolha de distrações, como abusar de substâncias, trabalhar em excesso e compulsões relacionadas ao sexo (Wainer & Wainer, 2016).

O trabalho com este modo, segundo Young, Klosko & Weishaar (2008), envolve o terapeuta utilizar de técnicas para auxiliar o paciente a abrir mão dos comportamentos aditivos e evitativos, substituindo-os pela experiência de seus sentimentos reais, da sua vulnerabilidade e da autoexpressão. O terapeuta auxilia o paciente a conectar-se emocionalmente consigo, havendo a substituição de comportamentos compulsivos e autodestrutivos por comportamentos adaptativos e funcionais.

Já na ativação do Modo Protetor Desligado, o paciente apresenta estar despersonalizado, reprimindo suas reais emoções. Para o paciente narcisista, demonstrar-se vulnerável é uma tarefa árdua, visto que, para ele este conceito está associado com fraqueza. O trabalho com este modo, envolve o terapeuta reafirmar ao paciente que a terapia é um local seguro para demonstrar sua vulnerabilidade, podendo ser utilizada a técnica de autorrevelação (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Ver no terapeuta que este também apresenta vulnerabilidade, proporciona ao paciente um entendimento de que é aceitável vivenciar e compartilhar suas emoções.

Combater o Modo Protetor Desligado permite que o terapeuta tenha acesso novamente a um modo mais vulnerável do paciente. Estes tendem a não se permitirem vivenciar, de um modo verdadeiro, seus esquemas de defectividade e de privação emocional. Os autores Wainer

e Wainer (2016, p.155) destacam que “grande parte da mudança terapêutica ocorre justamente na abordagem desse ME”.

O trabalho com modos esquemáticos no TPN, tem por objetivo principal auxiliar o paciente a desenvolver o Modo Adulto Saudável (AS), proporcionando ao paciente, que suas necessidades básicas provenientes da infância e adolescência sejam atendidas, através da reparentalização limitada, para que o paciente desenvolva condutas mais funcionais. O AS permite que o paciente consiga lidar com suas emoções e estabeleça relacionamentos mais adaptativos (Yakin, Grasman & Arntz, 2020).

Para o desenvolvimento do AS, o terapeuta é considerado como fonte de referência, proporcionando através da modelagem, que o paciente consiga desenvolver este modo. A forma de fortalecer o AS ocorre através de amparar e acolher a Criança Solitária, confrontar os Modos Autoengrandecedor e Provocativo e Ataque, combater os Modos Protetor Desligado e Autoaliviador, de maneira que o paciente experimente e vivencie os seus sentimentos.

A TE é uma teoria considerada como recente, carecendo de evidências empíricas para determinados Transtornos de Personalidade, como o TPN. Até o momento não existem tratamentos validados empiricamente para o tratamento deste (Behary, 2012; Keulen-de Vos, 2013; Yakeley, 2018; Alano et al., 2019), entretanto, há estudos clínicos randomizados que visam compreender a efetividade da TE para TP, como o estudo conduzido pelos pesquisadores Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz (2014), qual demonstrou resultados positivos para pacientes dentro do Grupo B, havendo uma melhora significativa no funcionamento dos participantes do estudo.

Ainda que exista questionamentos sobre qual a abordagem apresenta maior efetividade para esse transtorno, destaca-se que a Terapia dos Esquemas para o Transtorno de Personalidade Narcisista é considerada como promissora (Alano et al., 2019). Mesmo que as pesquisas sejam limitadas, esta teoria foi criada para o atendimento de pacientes considerados como graves e mais resistentes a outros tratamentos, tendo conceitos adaptados para melhor compreensão destes, além de existirem intervenções elaboradas com o intuito de proporcionar a adoção de condutas mais adaptativas e funcionais para os pacientes com TPN.

#### **4. Considerações Finais**

O paciente com Transtorno de Personalidade Narcisista apresenta padrões difusos de grandiosidade, necessidade de admiração excessiva, forte crença de ser especial e merecedor de tratamento diferencial, além deste manifestar condutas exploradoras nas suas relações

afetivas. Como consequência destes sintomas, há uma baixa adesão ao tratamento relacionadas a dificuldade de o paciente reconhecer comportamentos disfuncionais em si, buscando pelo atendimento por outras razões, geralmente, associadas aos outros que o cercam.

Ainda que não exista uma abordagem delimitada sobre qual tratamento apresenta maior efetividade, há evidências em estudos randomizados e estudos de revisão de literatura encontrados nesta pesquisa, que a TE diante intervenções com pacientes com TPN, apresenta efetividade no manejo de sintomas, no combate dos modos disfuncionais, havendo como intuito auxiliar o paciente a estabelecer condutas mais adaptativas.

Dentro da TE, o protocolo de tratamento adotado com estes pacientes é voltado ao trabalho com os Modos Esquemáticos. Como resultados desta pesquisa, foram encontrados que os modos predominantes destes pacientes são a Criança Solitária, o Autoengrandecedor, o Provocativo e Ataque, o Autoaliviador e o Protetor Desligado, havendo em cada modo, diferentes ativações emocionais. O terapeuta dos esquemas utiliza de técnicas como a Reparentalização Limitada e a Confrontação Empática, ainda que o tratamento não seja limitado a estas, para auxiliar o paciente a desenvolver o Modo Adulto Saudável, sendo este o principal objetivo da TE com pacientes com TPN.

Como fatores limitantes desta pesquisa podem ser apontados a escassez de artigos publicados em âmbito nacional e internacional sobre o Transtorno de Personalidade Narcisista e os trabalhos com Modos Esquemáticos, além da falta de evidências empíricas sobre a efetividade da modalidade para atendimento de pacientes narcisistas, sendo necessário haver maiores estudos para fortalecer as evidências teóricas e práticas da Terapia dos Esquemas.

## **Referências**

Alano, D. S., Bellé, A. H., Silva, N. J., & Kessler, F. (2019). Transtornos da personalidade: terapia dos esquemas e terapia comportamental dialética. In *Psicoterapias: abordagens atuais* [recurso eletrônico] / Organizadores: Cordioli, A. V., & Grevet, E. H. (4a ed.), Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.

Andriola, R. (2016). Estratégias terapêuticas: parentalização limitada e confrontação empática. In Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: integração em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*. 171(3), 305-22.

Behary, W. T. (2012). *Wendy Behary: An Interview On Schema Therapy For The Narcissist State Of Mind*. Recuperado de <<https://www.stateofmind.it/2012/07/wendy-behary-schema-therapy/>>

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

Dadashzadeh, H., Hekmati, I., Gholizadeh, H., & Abdi, R. (2016). Schema modes in cluster B personality disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2, 22-28.

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).

Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. In Van Vreeswijk, F., Broerson, J., & Nadort, M. (Eds), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. Malden: Willey-Blackwell, 3-26.

Freeman, A., Felgoise, S., & Davis, D. (2008). *Clinical psychology: Integrating science and practice*. Hoboken, NJ: Wiley.

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



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

Isoppo, G. S. L. (2012). *Terapia Focada em Esquemas e Personalidade Narcisista: um entendimento acerca deste transtorno*. (Monografia para Especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

Kacel, E. L., Ennis, N., & Pereira, D. B. (2017). Narcissistic Personality Disorder in Clinical Health Psychology Practice: Case Studies of Comorbid Psychological Distress and Life-Limiting Illness. *Behavioral Medicine*, 43(3), 156-164.

Keulen-de Vos, M. E. (2013). *Emotional states, crime and violence: a schema therapy approach to the understanding and treatment of forensic patients with personality disorders*. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.

Lobbestael, J., Van Vreeswijk, F., & Arntz, A. (2007). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860.

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.

Matos, F. R. (2018). *Schema Mode Inventory (SMI): Revisão sistemática de literatura e validação de conteúdo da versão reduzida no contexto brasileiro*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia: MG).

Mertens, Y., Yilmaz, M., & Lobbestael, J. (2020). Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse Negl.* 104, 104445.

Mitra, P., & Fluyau, D. (2020). *Narcissistic Personality Disorder*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing

Paim, K., & Cardoso, B. L. A. (2019). *Terapia do Esquema para casais: base teórica e intervenção*. Porto Alegre: Artmed.

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.

Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E., & Stevens, B. A. (2015). *Schema therapy with couples: a practitioner's guide to healing relationships*. West Sussex: John Wiley & Sons.

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, 47-66.

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, 147-168.

Vyskocilova, 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).

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

Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych Advances*, 24(5), 305-315.

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., 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– 70%

Paula Argemi Cassel– 30%