

Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Liga de Ensino do Rio Grande do Norte
Curso Superior em Psicologia
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
Docente – Karina Carvalho Veras de Souza

**UM OLHAR DA TERAPIA DO ESQUEMA SOBRE O TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE**

NATAL/RN – 2022

Autores: Emily Maria da Câmara Marques
Leilian Castro Lemmos Nunes Rêgo
Maria Olimpia Monteiro Palhares de Souza

RESUMO

A Terapia do Esquema, desenvolvida por Jeffrey Young nos anos 90, foca no contexto do indivíduo, para compreensão do comportamento e apresenta técnicas de modelo focal, de atenção plena e aceitação, possuindo uma base na relação terapêutica colaborativa. O objetivo desta pesquisa é demonstrar como se aplica os modos esquemáticos segundo a Terapia do Esquema em pacientes com transtorno de personalidade borderline. A metodologia é de revisão integrativa de literatura onde foi feito um estudo em diferentes autores, tendo uma abordagem qualitativa e objetivos exploratório. Dessa forma, foi encontrado conceitos de fundamentação teórica da Terapia do Esquema, do transtorno de personalidade borderline e dos modos esquemáticos, elegendo assim a categoria de análise: a relação entre os modos esquemáticos e o transtorno de personalidade borderline. Inicialmente os modos esquemáticos surgem para facilitar o tratamento de pacientes graves e em sua grande maioria com transtornos de personalidade, em suas aplicações e estudos Young percebeu que os esquemas começaram a estacionar, notando assim que a falta de satisfação gerava frustração significativa e um sentimento de vazio nas estratégias para o enfrentamento de situações estressoras, como também, a instabilidade a qual os esquemas desses pacientes alternavam e a quantidade que eram ativados de forma simultânea, como os diferentes sistemas de DE's ativados, o indivíduo faz a transição entre diferentes modos em um curto intervalo de tempo.

PALAVRAS CHAVES: Terapia do esquema, Transtorno de personalidade, transtorno de personalidade borderline, modos esquemáticos.

1. INTRODUÇÃO

A partir das terapias de terceira geração da cognitivo comportamental criada por Aaron Beck (1921), surge a Terapia do Esquemas (TE), desenvolvida pelo psicólogo Jeffrey Young nos anos 90, apresentando como foco o entendimento do contexto, para a compreensão do comportamento, como também, técnicas com um modelo focal de atenção plena e aceitação, tendo como base a ênfase na relação terapêutica colaborativa. Esta terapia é considerada recente, desta forma não há tantos estudos e diversidades de autores relacionados ao tema abordado.

Segundo Young (2008) sentiu a necessidade de uma prática terapêutica que enxergasse o sujeito além da ótica cognitiva tradicional, a partir de observar que a terapia cognitivista tradicional se apresentava com certa resistência em alguns pacientes em que o processo terapêutico se mostrava ineficaz, dentro desse quadro a resistência se encontrava no início do processo ou em seu andamento. Dessa forma, o que unia parte desses pacientes eram os transtornos de personalidade associados, em sua maioria, o transtorno de personalidade borderline (TPB). É importante destacar, que a TE assume uma proposta integrativa, em que é possível utilizar técnicas e conceitos de outras abordagens para a compreensão e resolução dos casos clínicos, dentre elas, Psicodrama, neurociência, teoria do apego, psicanálise e Gestalt.

Segundo Wainer (2016), Terapia Cognitiva Focada em Esquemas, a TE além de ser uma forma avançada é uma das terapias cognitivas comportamentais que possui uma contribuição relevante para o campo da personalidade e do desenvolvimento humano, sendo inovadora e eficaz no manejo de pacientes com transtorno de personalidade e com outros quadros graves e refratários. Dentro do seu modelo teórico podemos encontrar de forma abrangente e integrada a novos conceitos bem como intervenções clínicas decorrentes destes.

Dessa forma, foi observada que a TE tem relevantes contribuições empíricas para casos graves de transtorno da personalidade borderline (TPB), pois são mais difíceis no manejo terapêutico. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Dsm-5)* se refere a um tipo de transtorno de personalidade que se caracteriza por um padrão generalizado de instabilidade e hipersensibilidade nos relacionamentos interpessoais, instabilidade na autoimagem, flutuações externas de humor e impulsividade. Com isso, o presente trabalho tem como inquietação o questionamento: Como se configura os modos esquemáticos em pacientes com transtorno de personalidade borderline?

Assim, o motivo que levou a escrever sobre esse tema foi o desejo de conhecer um pouco mais sobre o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), e a partir desse aprofundamento houve o primeiro contato com a Terapia do Esquema. A relevância do tema surge a partir dos dados encontrados, onde dois por cento da população mundial possui o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), no Brasil existe quatro milhões de pessoas com esse transtorno, desse total setenta e cinco por cento são mulheres, sendo assim uma proporção de três mulheres para cada um homem, esse transtorno também possui um alto índice de suicídio correspondendo a dez por cento e oitenta e quatro por cento de tentativas ou ameaças, sem falar do alto honos financeiro para a sociedade quando esse transtorno não é diagnosticado de forma precoce e quando ele não é manejado terapeuticamente de forma assertiva, pois quando isso acontece os indivíduos fazem uso extensivo de serviços e tratamentos que tem alto custo como também há uma perda laboral.

O objetivo desta pesquisa é demonstrar como se aplica os modos esquemáticos segundo a Terapia do Esquema (TE) em pacientes com transtorno de personalidade borderline (TPB). Para isso, é necessário definir como se configura a TE e seus princípios, identificar o funcionamento do TPB e suas nuances, e relacionar os conceitos de modos esquemáticos da TE na configuração do TPB. A presente pesquisa trata-se de uma revisão integrativa de literatura que propõe um estudo de abordagem qualitativa, de natureza básica tendo como objetivos exploratórios. Este tipo de pesquisa é considerado por Piccini e Lopes (1994) como detentora de grande abrangência, visto que, não se limita a uso de pesquisa reconhecida, 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 e Fernandes, 2016). Este tipo de revisão engloba publicações consideradas como amplas, visando contribuir para aquisição de conhecimento, discussão da temática escolhida e aprofundamento da mesma (ROTHER, 2007).

Para a realização desta pesquisa utilizou-se as bases de dados Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic), Scientific Eletronic Library (SciELO), Google Acadêmico e Medline Database (PubMed), além de serem utilizados capítulos de livros de autores considerados como referências nas temáticas de "Terapia dos Esquemas" e "Transtorno de Personalidade Borderline", além de artigos publicados em revistas e eventos científicos.

A leitura dos materiais escolhidos ocorreu entre os meses de março a abril de 2022. Após a seleção dos materiais, houve uma breve leitura das obras e dos artigos e a partir de levantamento inicial selecionamos as obras e os artigos escolhidos para o desenvolvimento

da pesquisa, havendo uma restrição na busca para apenas estudos que estivessem na língua portuguesa ou inglesa. Posteriormente, organizou-se o desenvolvimento das ideias e estruturação dos conteúdos de fundamentação teórica analisando os conceitos da TE e TPB elegendo assim a categoria da relação entre os modos esquemáticos e o TPB, sendo necessário definir como se configura a TE e seus princípios, identificar o funcionamento do TPB e suas nuances, relacionando os conceitos de modos esquemáticos da TE na configuração do TPB.

2. DESENVOLVIMENTO

A percepção humana, consiste e é desenvolvida a partir de fatores que marcam a formação da personalidade, dessa forma entende-se assim que a personalidade é um conjunto de pensamentos, comportamentos e emoções que possui uma relação entre o caráter e o temperamento do indivíduo. Portanto, a personalidade se dá a partir da interação entre o que o indivíduo herda geneticamente com o que é adquirido a partir da vivência e experiência no ambiente social e cultural. Esse conjunto de processamento e padrões que acabam influenciando a forma como o indivíduo enxerga e interage com o mundo tendo assim a sua individualidade, levando a uma separação do outro. (MAFFINI, *et al.*, 2020).

No entanto, ao mesmo tempo que a personalidade nos diferencia, ela também acaba tendo pontos de interseção com outras, esses pontos em comum acabam sendo agrupados como forma de auxiliar no processo didático para melhor entendimento, tanto para a realização de pesquisas e estudos quanto para a facilidade de possíveis diagnósticos (SILVA, 2018).

Contudo, se faz necessário realizar uma distinção entre o que é normal e do que é patológico, pois os traços principais da personalidade podem sofrer alterações, mudando a sua forma de ver e experienciar, tendo em vista que aspectos emocionais e comportamentais quando apresentado de forma persistente, frequente e intensa acabam por produzir um padrão de vida com dificuldades de adaptação ao seu ambiente social gerando assim um processo conhecido como transtorno (WAINER, *et al.*, 2020).

O transtorno de personalidade para o DSM-V (2014).

“É um padrão que se torna persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura

do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou na fase adulta e estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo”.

De acordo com o conceito acima, apresenta como critérios diagnósticos para o transtorno de personalidade borderline, um padrão difuso de instabilidades interpessoais, da autoimagem e dos afetos, além da vulnerabilidade, intensidade excessiva, impulsividade, medo do abandono (real ou imaginário), e predominância de sentimentos crônicos como vazio, a raiva e a tristeza.

A própria denominação do transtorno de personalidade borderline, mesmo sendo um termo da língua inglesa faz referência ao funcionamento mental do indivíduo, pois border significa fronteira ou linha que compõem a margem, dessa forma, é observado que o primeiro limite de um indivíduo que tem o TPB é o limite das emoções, pois vivem completamente “nos limites”. (SILVA, 2018, p.20).

O transtorno de personalidade borderline tem quatro disfuncionalidades principais: emocional, cognitivo, comportamental e pessoal.

A disfunção emocional pode ser caracterizada pela hiperatividade emocional, emoções dúbias e conflitantes, instabilidade afetiva, humor e equilíbrio emocional em constante oscilação, irá intensa e inapropriada, agitação física e sentimento de vazio e tédio (DSM-V, 2014).

Na disfunção cognitiva pode ser expressa por incapacidade de manter os pensamentos estáveis, dificuldade de aprender com experiências passadas, autoimagem instável, temor excessivo de sofrer rejeição, não suportam ficar sozinhos, dificuldade de concentração, pensamentos cristalizados, auto reprovação e autocrítica e baixa tolerância à frustração (DSM-V, 2014).

Na disfunção comportamental pode ser representada pela necessidade de controle externo, padrões de aparência oscilantes, brigas e conflitos frequentes, relações interpessoais intensas e caóticas, dependência excessiva dos outros, tendência ao isolamento, chantagens emocionais constantes e dificuldade no trato interpessoal (SILVA, 2018).

Por fim, a disfunção pessoal que tem como aspectos, a sensação de vazio e solidão, frequente comparação a outros, visão autodepreciativa, dificuldade de expressar suas

necessidades e sentimentos, facilidade de serem influenciados e manipulados assim como manipular os outros (SILVA, 2018).

Ademais, dentre todos os padrões mencionados acima, indivíduos com TPB possuem uma tendência de comportar-se de forma impulsiva sem levar em conta as consequências de seus atos. A impulsividade dentro do transtorno vai se dar a partir de atividades autodestrutivas que podem ser a curto prazo bastante gratificantes, como: o abuso de drogas, relações sexuais em excesso, compulsões alimentares, no entanto estas atividades ocasionam graves consequências ao bem estar do indivíduo (ARNTZ, 2017; MAFFINI, FINOQUETO E CASSEL, 2020).

Segundo Whitbourne & Halgin (2015), pessoas com este transtorno são muito inseguras, possuem comportamentos de dependência à outra pessoa, de forma que, para se sentirem seguros e evitarem o abandono, buscam apropriar-se de características das pessoas que estão próximas de si. Um dos aspectos principais do TPB, é a vulnerabilidade emocional constante, que diante de situações emocionais negativas apresenta uma instabilidade emocional intensa, havendo dificuldade em organizar-se frente à situação de rejeição. Este processo pode levar a comportamentos autodestrutivos, como ameaças de suicídio e de automutilação (Neacsiu & Linehan, 2016).

O TPB por sua complexidade acaba por se confundir com diversos outros tipos de transtorno que possuem traços de comportamentos, cognições e emoções muito semelhantes ao TPB, devido a essas similaridades os profissionais acabam tendo dificuldade no diagnóstico desse transtorno podendo ser confundido com transtornos de ansiedade, estresse pós traumático, depressão, bipolaridade, TDAH, transtorno de personalidade antissocial e a ciclotimia (SILVA, 2018).

Dessa forma, pode-se perceber a complexidade do diagnóstico precoce principalmente na fase da adolescência, por ser nesse período que existem nuances inerentes a essa fase, como por exemplo a iniciação de laços afetivos/amorosos, alterações hormonais, comportamentos potencialmente impulsivos, sentimento de pertencimento de um estilo pessoal e de um grupo, como outros. O que desencadeia muitas dúvidas e questionamento para o fechamento do diagnóstico de forma precoce.

Mesmo com essa dificuldade no diagnóstico, os dados da Associação de Psiquiatria Americana (APA) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que cerca de dois por cento da população mundial tenha o TPB. Somente no Brasil isso corresponderia a mais de quatro milhões de pessoas, considerando as últimas pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) realizadas em 2010. Desse total setenta e cinco por cento são mulheres, numa proporção de três para um, essa proporção está relacionada à visão que o profissional tem acerca da manifestação do sintoma através do comportamento de cada gênero. Enquanto nas mulheres os sintomas mais evidentes são a impulsividade e os comportamentos explosivos, nos homens são encontrados os sintomas de agressividade e domínio. Dessa forma, o diagnóstico para os homens, é confundido com o transtorno de personalidade antissocial ou bipolaridade (SILVA, 2018).

Ademais, o TPB está relacionado também a um alto risco de suicídio de até dez por cento, além de apresentar oitenta e quatro por cento de tentativas ou ameaças. Outrossim, os efeitos prejudiciais do TPB no paciente, representa um alto ônus financeiro para a sociedade, pois fazem uso extensivo de serviços de tratamento, resultando em custos de saúde mais alto em comparação com pessoas com outros transtornos mentais, o TPB também está relacionado a altos custos de perdas de produtividade e cuidados informais.

Com isso, a terapia do Esquema tem em sua proposta integrativa ampliar os conceitos da TCC tradicional, sendo desenvolvida para pacientes com transtornos psicológicos graves, tendo assim, um enfoque na personalidade do paciente. Outrossim, os pressupostos para a compreensão do sujeito na TE são os esquemas elaborados ao longo da vida, os quais são desenvolvidos na infância e têm um caráter significativamente disfuncional, fazendo com que se tenha um modelo de processamento de experiências futuras que pode ter sido fruto ou não de eventos traumáticos na infância, além de experiências continuadas e cotidianas que também podem ser suficientes para sua formação.

Dessa forma, a TE tem em seus conceitos principais introdutórios os chamados, esquemas iniciais desadaptativos (EID's), os domínios esquemáticos (DE's), processos esquemáticos (PE's) e os modos esquemáticos, (ME's). Conceitos esses que perpassam elementos da terapia cognitivo comportamental integrando-os com outros conceitos advindos de outras abordagens como a Psicanálise, a teoria do apego, a Gestalt, o psicodrama, entre outras.

Logo, os EID's são conjuntos de comportamentos, cognições e emoções os quais se estabelecem como padrões comportamentais do indivíduo. Eles são gerados a partir de uma

interação de três fatores, o temperamento emocional, as experiências sistemáticas com a figura de afeto e as necessidades emocionais básicas. Os DE's se referem a uma categorização dos EID's que leva em conta as dificuldades provenientes de cada etapa de desenvolvimento, os PE's são ações externas e internas de perturbações dos EID's e interagem como estilo de enfrentamentos do sujeito, já os ME's são padrões característicos de funcionamento dos indivíduos e são utilizados pelo terapeuta para os entendimentos dos funcionamentos dos sujeitos que possuem perturbações da personalidade severa (WAINER, 2016).

Essa abordagem enfatiza um nível mais aprofundado da cognição, o qual Young classifica como nível de esquemas iniciais desadaptativos, definindo assim, como estruturas estáveis e duradouras que se desenvolvem a partir de necessidades emocionais não supridas durante a infância e adolescência, sendo estas associadas a diversas psicopatologias. (MAFFINI, *et al.*, 2020; WAINER, *et al.*, 2020).

As necessidades emocionais básicas estão diretamente ligadas ao papel desempenhado pela família/cuidadores que prestam predominantemente uma influência na evolução psicológica saudável ou patológica da criança, ademais, conserva-se que, cada indivíduo possui uma "arquitetura psíquica" única, consolidando a formação da personalidade. Com isso, denota-se a importância da relação das seis necessidades emocionais básicas de cada ser humano e o papel dos pais nesse processo.

A teoria que embasa a influência das necessidades básicas é chamada de teoria do apego de Bowlby, que se divide em apego seguro, inseguro e ambivalente

"o autor ponderou que no estabelecimento de apego seguro, a uma vinculação afetiva tranquila na infância com a principal figura de apego. Enquanto, que no apego inseguro geralmente ocorre uma ameaça contínua a acessibilidade da figura de vinculação, por fim no modelo ambivalente existe uma dificuldade em manter relacionamento duradouros e comprometidos por causa da baixa autoestima em detrimento da deficiência de continuidade na relação de apego produzindo um sentimento de solidão." (RODRIGUES & CHALHUB, 2009)

Young, se utiliza dessa teoria para formular e estruturar a formação das seis necessidades básicas ditas acima, as quais são: conexão e autonomia, estabilidade e mudança, desejabilidade e auto aceitação. Essas classificações fundamentam a estruturação do EID's. Outrossim, a partir dessa configuração a formulação de 18 EID's que compõe cinco 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, Autos sacrifício, Busca de aprovação ou reconhecimento) e Super vigilância e inibição (Negativismo/ Pessimismo; Inibição emocional; Padrões inflexíveis/ Postura crítica exagerada e Postura Punitiva) (Young, 2003).

Em conformidade, dentro estrutura posta por Young para a compreensão dos EID's a mais uma classificação a ser considerada, dessa forma, entendemos assim que os processos esquemáticos são mecanismos típicos que o organismo utiliza para a perpetuação dos esquemas, ocorrendo de forma automática e natural, composto por 3 processos: Manutenção, evitação e hipercompensação.

Os modos esquemáticos podem se caracterizar como um padrão de funcionamento do indivíduo, um agrupamento de EID's e PE's formados por necessidade emocionais básicas negligenciadas, esse funcionamento se evidencia em situações específicas de ativação emocional, incluindo pensamentos, formas de enfrentamento saudáveis ou não. (WAINER e WAINER, 2016)

Inicialmente os modos esquemáticos surgem para facilitar o tratamento de pacientes graves e em sua grande maioria com transtornos de personalidade, em suas aplicações e estudos Young e seus colaboradores (2008) perceberam que os esquemas começaram a estacionar, notando-se assim que a falta de satisfação gerava uma frustração significativa e um sentimento de vazio nas estratégias para o enfrentamento de situações estressoras, como também, a instabilidade a qual os esquemas desses pacientes alternavam e a quantidade que eram ativados de forma simultânea, como os diferentes sistemas de DE's ativados, o indivíduo faz a transição entre diferentes modos em um curto intervalo de tempo. (Wainer, **et al.**, 2016; Taylor, Bee e Haddock, 2017). Dessa forma, os ME's quando ativados, contribuem para a forma do sujeito funcionar, começa a se constituir conforme um padrão cognitivo e cristalizado ao longo do tempo. (WAINER e WAINER, 2016)

Existem dez ME's que foram descritos da melhor forma para os pacientes conseguissem compreender seus modos, referenciando as etapas de funcionamento ligados a construção de estratégias adaptativas ou não, ademais, um aspecto relevante nessa construção são as crenças ligadas aos esquemas (Wainer 2016). Tendo assim, quatro categorias de ME's, os

Modos Criança (criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva/indisciplinada), Modos Pais Disfuncionais (Pai e mãe positivo/crítico, pai e mãe exigente), Modo adulto saudável, e Modos de enfrentamentos Desadaptativos (capitulador complacente, protetor desligado e hipercompensador). Como resultado, esses quadros compõem-se de uma instância emocional de esquemas síncronos a ativação, cada um com sua função específica para a modulação cognitiva e comportamental do indivíduo. (WAINER, **et al.**, 2020).

As ativações, por sua vez, surgem por antecedentes que podem ser externos ou internos, somado aos vários traços da personalidade que possibilitam a ativação emocional, quando posto de frente a uma situação desencadeadora. Bem como, as ativações aproximam a condição mental do paciente a de uma criança, possuindo uma percepção de mundo e do outro como uma vez vivenciado na infância. (Young, **et al.**, 2003; Dado, **et al.**, 2016). Em decorrência das características evolutivas dos modos esquemáticos, os indivíduos resgatam da infância ME's que um dia foram adaptativos, mas quando ativado no mundo adulto torna-se disfuncional (WAINER, **et al.**, 2020).

Por esse motivo surgem os modos esquemáticos presentes em pacientes com TPB que são: criança abandonada, criança zangada e impulsiva, pai/mãe punitivo, protetor desligado e adulto saudável. Todos esses modos esquemáticos são construídos e fortalecidos por fatores ambientais no início da infância do indivíduo sendo eles, o abuso e a falta de segurança, o abandono e a privação emocional, a subjugação de necessidades e sentimentos, punição e rejeição (Young, Klosko, Weishaar, 2008, p. 284).

Dessa forma, o primeiro modo a ser explanado é o modo criança abandonada, esse modo é caracterizado pelo sofrimento da criança interior que se manifesta na vida adulta, os indivíduos com TPB são obcecados por encontrar uma figura parental que cuide deles, esses indivíduos têm comportamentos que se assemelham com crianças pequenas inocentes e dependentes, que idealizam cuidadores carinhosos, que fantasiam ser resgatados por eles, o que os fazem realizar esforços desesperados para impedir que os cuidadores os abandonem. Dessa forma, esse conjunto de fatores se fazem presentes devido à negligência atribuída ao processo de desenvolvimento na infância e as necessidades emocionais básicas (Young, **et al.**, 2008, p. 265-277).

O segundo modo citado é a criança zangada e impulsiva fica evidente quando o indivíduo está com raiva ou age impulsivamente por suas necessidades básicas não serem atendidas, sendo os mesmos esquemas acionados nos modos de criança abandonada, mas

a emoção vivenciada nesse modo geralmente é a raiva. Indivíduos com TPB acabam não atuando com frequência nesse modo, passando a maior parte do tempo no modo protetor desligado, regularmente passam ao modo pai/mãe punitivo ou criança abandonada. Quando não conseguem se controlar vão para o modo de criança zangada liberando toda fúria que até então estava contida e agem impulsivamente para fazer com que suas necessidades sejam atendidas (Young, et al., 2008, p. 266-268).

O terceiro modo é o pai/mãe punitivo, sendo o mais destrutivo a longo prazo para o indivíduo, onde encontram-se vozes internalizadas dos pais que criticam e punem o indivíduo, quando ativado esse modo, o sujeito geralmente é muito cruel consigo mesmo, pois trata-se de uma internalização de raiva, ódio, repugnância, abuso ou subjugação aos pais, pois a função desse modo é puni-lo por fazer alguma coisa “errada”, dessa forma o indivíduo se torna o próprio pai e mãe punitivo consigo mesmo, levando a sentirem raiva, auto repugnância, autocrítica, autonegação, automutilação, fantasias suicidas e comportamentos auto destrutivos, pois não lhe é permitido expressar e nem demonstrar suas necessidades (Young, et al., 2008, p. 266-268).

O quarto modo a ser ilustrado é o protetor desligado, esse modo é predominante e contínuo em indivíduos com TPB em casos menos graves. A função principal desse modo é desligar o indivíduo das suas necessidades básicas, para que assim ele se comporte de forma submissa e evite a punição. Dessa forma o sujeito repeli todas as emoções, desconecta-se das outras pessoas fazendo com que ele se comporte de forma robótica. Dentre esses fatores pode ser encontrado sintomas como: despersonalização, vazio, tédio, uso de drogas, excessos, automutilação, queixas psicológicas, indiferença e obediência robotizadas. Os pacientes costumam passar a esse modo quando seus sentimentos são provocados nas sensações para que possam se desligar deles (Young, et al., 2008, p. 266-269).

O quinto e último modo é o adulto saudável sendo este o que apresenta mais saúde psicológica nos pacientes com TPB, no entanto é extremamente frágil e pouco desenvolvido nessas pessoas especialmente no início do tratamento, pois não dispõem de um modo parental tranquilizador para acalmá-los e cuidar deles o que leva a uma incapacidade de tolerar a separação. O objetivo geral do tratamento é ajudar a pessoa a desenvolver o modo adulto saudável, esse processo de construção se faz a partir da relação parental limitada (paciente-terapeuta) buscando amenizar os danos causados na infância nociva, onde o terapeuta identifica as necessidades e as vulnerabilidades sempre buscando supri-la considerando o contexto social, podendo retardar a gratificação se necessário fortalecendo o

indivíduo para que se desenvolva, passando do modo criança pequena ao adulto saudável (Young, *et al.*, 2008, p. 266-287 e Wainer, *et al.*, 2016, p.55).

3. CONCLUSÃO

Os modos esquemáticos são padrões característicos de funcionamento dos indivíduos e são utilizados pelo terapeuta para os entendimentos dos funcionamentos dos sujeitos que possuem perturbações da personalidade severa. Inicialmente eles surgem para facilitar o tratamento de pacientes graves e em sua grande maioria com transtornos de personalidade. No processo terapêutico percebeu que os esquemas começaram a estacionar, notando-se assim que a falta de satisfação gerava uma frustração significativa e um sentimento de vazio nas estratégias para o enfrentamento de situações estressoras, como também, a instabilidade a qual os esquemas desses pacientes alternavam e a quantidade que eram ativados de forma simultânea, o indivíduo faz a transição entre diferentes modos em um curto intervalo de tempo. Dessa forma, os ME's quando ativados, contribuem para a forma do sujeito funcionar, começa a se constituir conforme um padrão cognitivo e cristalizado ao longo do tempo. 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, sendo considerado um paciente desafiador. Ademais, podendo existir dificuldade no manejo terapêutico, pois o paciente com TPB ativa os esquemas do terapeuta e com isso a relação terapêutica torna-se comprometida.

Por fim, destaca-se como fatores limitadores desta pesquisa a ausência de artigos que tenham sido publicados em periódicos e plataformas digitais por se tratar de uma temática recente, destacando assim, a necessidade e a importância de mais aprofundamento teórico sobre a TE.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WAIER, RICARDO. TERAPIA Cognitiva Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapia. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 239 p. v. 1.
- YOUNG, JEFFREY. TERAPIA do Esquema: Guias de Técnicas Cognitivo Comportamentais Inovadoras. 1. ed. São Paulo: Artmed, 2003. 368 p. v. 1.
- RODRIGUES, SARA. AMOR como dependência: Um olhar sobre a teoria do apego. *Psicologia.com.pt*, Portal dos Psicólogos, p. 1/15, 2 jan. 2010.
- SILVA, BEATRIZ. MENTES que amam demais: O jeito borderline de ser. 2. ed. atual. São Paulo: Globo, 2018. 240 páginas p. ISBN 8525067075, 9788525067074.
- MAFFINI, Gabriela; ORTIZ FINOQUETO, Yanco; ARGEMI CASSEL, Paula. Modos esquemáticos nos transtornos de personalidade boderline: abordagens em terapia do esquema. **Research, Society and Development**, Universidade católica do Rio Grande do Sul, ano 2020, v. 9, n. 8, ed. 900986467, p. 1-21, 1 ago. 2020.
- TEODORO, Letycia; BALZ, Marisangela. Terapia focada em esquemas no transtorno de personalidade boderline. **Semana nacional de ciência e tecnologia: XII Semana universitária XI encontro de iniciação científica UNIFIMES**, Minas Gerais, p. 1-6, 2017.
- ASSOCIATION, American Pshchiatric. Transtornos da personalidade: Transtorno da personalidade boderline. *In*: MANUAL diagnostico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 645-684. ISBN 9788582710883.
- Silva, C. R. (2004). Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático. Fortaleza: CEFET.
- 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.
- Whitbourne, S. K., & Halgin, R. P. (2015). *Psicopatologia: Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Lihenhan, M. M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed
- 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.
- WIBBELINK, Carlijn *et al.* Rumo à seleção de tratamento ideal para pacientes com transtorno de personalidade borderline (BOOTS): um protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado multicêntrico comparando a terapia do esquema e a terapia comportamental dialética. *BMC Psychiatry*, Universidade de Amsterdã, 2022.