

DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL À TERAPIA DE ESQUEMAS PARA O TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE¹

FROM BEHAVIORAL COGNITIVE THERAPY TO SCHEME THERAPY FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Suellen Santos Coelho de Souza² e Andriza Saraiva Corrêa³

RESUMO

Atualmente a Terapia Cognitiva Comportamental vem avançando bastante, e com o crescimento das abordagens contemporâneas da terapia cognitiva comportamental, surgiu a Terapia dos Esquemas, uma abordagem mais flexível para trabalhar os transtornos da personalidade, principalmente os transtornos da Personalidade Borderline, onde são identificados os esquemas desadaptativos disfuncionais que ocorreram na infância e em função dessas experiências nocivas e traumáticas, os mesmos acabam revivendo seus esquemas na vida adulta, o qual são extremamente difíceis de serem acessados e modificados. Assim, o objetivo desse artigo é realizar uma pesquisa da literatura sobre a terapia de esquemas, uma das abordagens mais eficaz no tratamento do transtorno da Personalidade *Borderline*. A terapia dos esquemas ajuda o paciente entender e compreender suas memórias que foram nocivas na infância, bem como enfraquecendo suas percepções e comportamentos ligados aos esquemas desadaptativos iniciais e com o uso de estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais e interpessoais o paciente tende a romper com o seus esquemas desadaptativos disfuncionais e de certa forma aprende a criar estratégias de enfrentamentos os problemas que poderão ativar seus esquemas.

Palavras-Chave: Terapia de Esquemas, Terapia Cognitivo Comportamental, Borderline, Esquemas iniciais Desadaptativos.

ABSTRACT

Cognitive Behavioral Therapy has come a long way and with the growth of contemporary approaches to cognitive behavioral therapy, Scheme Therapy has emerged. It is a more flexible approach to work with personality disorders, especially the disorders of the Borderline Personality, where the schemes are identified as dysfunctional disadaptive disorders that have occurred in childhood and in the wake of these harmful and traumatic experiences they end up reviving their schemes in adulthood, which are extremely difficult to access and modify. Thus, the aim of this article is to conduct a literature review on scheme therapy, one of the most effective approaches in the treatment of Borderline Personality Disorder. Scheme therapy helps the patient to understand their memories that were harmful in childhood, as well as to weaken their perceptions and behaviors linked to early maladaptive schemes. The usage of cognitive, affective, behavioral and interpersonal strategies the patient tends to break with his dysfunctional maladaptive schemes and somehow learns to create coping strategies to deal with problems that can activate his schemes.

Keywords: *Scheme Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Borderline, Early Maladaptive Schemes.*

¹ Trabalho de Iniciação Científica.

² Suellen Santos Coelho de Souza - Pós- graduanda do Centro Cognitivo. E-mail: suhcoelho@gmail.com

³ Andriza Saraiva Corrêa - Centro Cognitivo. E-mail: adm2@cognitivo.com

INTRODUÇÃO

A terapia Cognitiva Comportamental foi desenvolvida por Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia, no início da década de 60, como uma psicoterapia Breve e estruturada, orientada ao presente, para depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar pensamentos e os comportamentos disfuncionais (Beck, 1964 citado por J. Beck, 1997).

Segundo Ghisio, Ludtke e Seixas (2016, p. 16) a terapia Cognitiva Comportamental é uma abordagem estruturada, diretiva, ativa, de prazo limitado, usada para tratar uma variedade de transtorno de psiquiátricos. Ela se fundamenta na racionalidade teórica subjacente de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são em grande parte determinados pelo modo como ele se estrutura o mundo. Suas cognições baseiam-se em atitudes ou pressuposições desenvolvidas a partir de experiências anteriores.

TERAPIA DE ESQUEMAS

A terapia do esquema de (Jefrey Young e colegas) é uma proposta avançada e inovadora, que amplia o modelo cognitivo comportamental, que trabalha com prazo limitado e conceitos tradicionais de Beck. A terapia focada em esquemas mescla elementos de várias escolas diferentes de terapia, podendo ser breve, de médio ou de longo prazo ao dar ênfase às investigações precoces da infância e adolescência, bem como aos estilos de desadaptativos de enfrentamento. (Young *et al.*, 2008)

Falcone e Ventura, em seu artigo relata a entrevista com o Dr. Jeffrey Youg no dia 27 de julho de 2007, sendo um dos grandes nomes da psicoterapia mundial, é o criador da Terapia de Esquemas e, mais atualmente, da terapia dos Modos de Esquemas. Sua nova abordagem traz contribuições à Terapia Cognitiva relativas ao estudo das experiências precoces formação das crenças, dos esquemas e das estruturas de significado. O modelo do Dr. Youg é uma integração pioneira da terapia cognitivo-comportamental com as abordagens da Gestalt Terapia e da Teoria do Apego e têm mostrado muito eficiente no tratamento de pacientes difíceis, como aqueles com transtornos de personalidade.

Onde na mesma entrevista o Dr. Youg explica que o Esquema é semelhante à maneira como o paciente se conceitua, como autoimagem do sujeito, já estava presente no trabalho de Beck, sendo que o criador da Terapia Cognitiva Comportamental propôs que o esquema era o nível mais profundo do pensamento. Ele não chamava isto de crença, mas de estrutura mais profunda, do ponto de vista psicológico. A terapia de esquemas possibilita ao paciente a criar novas experiências que combatam os esquemas negativos.

A terapia do esquema mantém duas características vitais da terapia cognitiva comportamental: é estruturada e sistemática. O terapeuta segue uma sequência de procedimentos de avaliação e tratamento. A fase da avaliação inclui a administração de uma série de inventários que medem esquemas

e estilos de enfrentamento. O tratamento é ativo e diretivo, ultrapassando o insight, até a mudança cognitiva, emotiva, interpessoal e comportamental. (Young *et al.*, 2008, p. 14 e 15).

Um conceito de muito importante para a psicoterapia é a noção de que os esquemas são formados em etapas iniciais da vida, tornando-se mais complexos, e depois superpostos a experiências posteriores. A isso se chama, de necessidade de “coerência cognitiva” para manter uma visão estável de si mesmo e do mundo, mesmo que imprecisa ou distorcida. (Young *et al.*, 2008)

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE *BORDERLINE*

O transtorno de personalidade borderline (TPB) é um quadro complexo, caracterizado pela quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association [APA], 2014) por um padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, acompanhado de impulsividade acentuada presente em vários contextos.

Os transtornos da personalidade estão reunidos em três grupos: o Transtorno da Personalidade *Borderline* está dentro do grupo B, caracterizados como dramáticos, emotivos ou erráticos. Representam variantes mal-adaptativas de traços de personalidade que se fundem imperceptivelmente com a normalidade e entre si.

O transtorno da Personalidade *Borderline* é caracterizado pela impulsividade constantes, oscilações de humor, problemas nos relacionamentos interpessoais e intrapessoais sem estabelecer vínculos de confiança, falta de controle da raiva, sentimento de não pertencimento a nenhum grupo ou local, muitas vezes até pensamentos suicidas ou ideação suicida, sentimento de vazio e inutilidade, inflexibilidade psicológica.

Tabela 1 - Diagnóstico do Transtorno da Personalidade Borderline DSM-V.

A. Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas: 1. Cognição (i.e., formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos). 2. Afetividade (i.e., variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional). 3. Funcionamento interpessoal. 4. Controle de impulsos.
B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma faixa ampla de situações pessoais e sociais.
C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta.
E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
F. O padrão persistente não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniocéfálico).

Fonte: DSM-5. 2013. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. - 5. ed. - Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Com esse desequilíbrio emocional e comportamental, os pacientes se envolvem em situações perigosas, em relacionamentos abusivos, comportamentos masoquistas, uso e abuso de álcool e drogas.

Esquemas Iniciais Desadaptativos

Os esquemas são compostos de crenças ou cognições e envolvem sensações emocionais e corporais, juntamente com elementos biológicos. Um esquema é um sentimento que se formou inicialmente na infância ou na adolescência e que denota uma realidade exagerada, que é ativada em determinadas condições e fica latente a maior parte do tempo. (Behary, 2011 apud Isopp, 2012, p. 10).

Os esquemas, de acordo com Young, são estruturas estáveis e duradouras que se desenvolvem e se cristalizam precocemente na personalidade e/ou ao longo da vida do sujeito que encontram associadas a diversas psicopatologias. Caracterizam-se como padrões emocionais e cognitivos desadaptativos, que tendem a se repetir ao longo da vida, configurando processos de funcionamento da personalidade que interagem na vida do paciente. (Oliveira et al., 2008, p.188)

Em síntese Young coloca de forma resumida a definição dos esquemas desadaptativos remotos:

Um tema ou padrão amplo, difuso;
Formado por memórias, emoções e sensações corporais;
Relacionado a si próprio ou aos relacionamentos com outras pessoas;
Desenvolvido durante a infância ou adolescência;
Elaborado ao longo da vida do indivíduo;
Disfuncional em nível significativo;

Esquemas são as maneiras habituais por meio das quais você vê as coisas. Por exemplo, a depressão caracteriza-se por esquemas relacionados à perda, privação e fracasso; a ansiedade é caracterizada por esquemas relacionados à ameaça ou medo de fracasso, e a raiva caracteriza-se por esquemas relacionados a insulto, humilhação ou violação de regras. Pesquisas sobre personalidade indicam que as pessoas diferem nos temas subjacentes à depressão, ansiedade ou raiva (Leany, 2006, p. 272).

Os esquemas contaminam a arquitetura mental do sujeito e governam sua forma de interpretar os acontecimentos, resultando em uma percepção distorcida e tendenciosa, refletindo-se “nas típicas concepções errôneas, atitudes distorcidas, premissas inválidas, metas e expectativas pouco realistas”. (Beck, 1967 p. 284 apud Callegaro, 2005, p. 10)

DOMÍNIOS DE ESQUEMAS

Young em seu livro *terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivas-comportamentais inovadoras* relata sobre os 18 esquemas que estão agrupados em cinco categorias amplas de necessidades emocionais não satisfeitas. (Young, Klosko, Weishaar, 2008, p. 28 e 29).

1. DESCONEXÃO E REJEIÇÃO:

Expectativa de que as necessidades de ter proteção, segurança, estabilidade, cuidado, empatia, de compartilhar sentimentos e de ser aceito e respeitado não serão satisfeitos de maneira previsível. A origem familiar típica é distante, fria, rejeitadora, refreadora, solitária, impaciente, imprevisível e abusiva.

2. AUTONOMIA E DESEMPENHO PREJUDICADOS:

Expectativas, sobre si mesmo e sobre o ambiente, que interferem na própria percepção da capacidade de se separar, sobreviver, funcionar de forma independente ou ter bom desempenho. A família de origem costuma ter funcionamento emaranhado, solapando a confiança da criança, superprotegendo ou estimulando a criança para que tenha um desempenho competente extrafamiliar.

3. LIMITES PREJUDICADOS:

Deficiência em limites internos, responsabilidades para com outros indivíduos ou orientação para objetivos de longo prazo. Leva a dificuldades de respeitar os direitos alheios, cooperar com outros, estabelecer compromissos ou definir e cumprir objetivos pessoais realistas. A origem familiar típica caracteriza-se por permissividade, excesso de tolerância, falta de orientação ou sensação de superioridade, em lugar de contratação, disciplina e limites adequados em relação a assumir responsabilidades, cooperar de forma recíproca e definir objetivos. Em alguns casos, a criança pode não ter sido estimulada a tolerar níveis normais de desconforto e nem ter recebido supervisão, direção ou orientação adequada.

4. DIRECIONAMENTO PARA O OUTRO:

Foco excessivo nos desejos, sentimentos e solicitações dos outros, à custa das próprias necessidades, para obtenção de aprovação, manter senso de conexão e evitar retaliação. Geralmente envolve a supressão e falta de consciência com relação à própria raiva e às próprias inclinações naturais. A origem familiar típica caracteriza-se pela aceitação condicional: as crianças devem suprimir importantes aspectos de si mesmas para receber amor, atenção e aprovação. Em muitas famílias desse tipo, as necessidades emocionais e os desejos dos pais - ou sua aceitação social e seu status - são valorizados mais do que as necessidades e sentimentos de cada filho.

5. SUPERVIGILÂNCIA E INIBIÇÃO:

Ênfase excessiva na supressão dos próprios sentimentos, impulsos e escolhas espontâneas, ou no cumprimento de regras e expectativas internalizadas e rígidas sobre o desempenho e comportamento ético, à custa da felicidade, auto-expressão, descuido com os relacionamentos íntimos ou com a saúde. A origem familiar típica é severa, exigente, e às vezes punitiva: desempenho, dever, perfeccionismo, cumprimento de normas, ocultação de emoções e evitação de erros predominam sobre o prazer sobre alegria e o sobre o relaxamento. Geralmente, há pessimismo subjacente e preocupação de que as coisas desabarão se não houver vigilância e cuidado o tempo todo.

ESTILOS DE ENFRENTAMENTO

Os pacientes desenvolvem estilos e respostas de enfrentamento desadaptativas desde muito cedo em suas vidas para se adaptar a esquemas, e para não vivenciar as emoções pesadas em sua vida adulta. Elas acabam por desenvolver três estilos de enfrentamento: hipercompensação, evitação e resignação, bem como utiliza respostas básicas à ameaça: lutar, fugir ou paralisar-se, sendo que esses estilos de respostas operam inconscientemente. Young et al. (2008) :

Resignação: sentem diretamente o sofrimento emocional do esquema e agem de maneira a confirmá-lo. Evitação: tentam viver sem consciência dos esquemas, como se eles não existissem, evitam a pensar a respeito dele, e bloqueiam pensamentos e imagens que possivelmente ativam seus esquemas, já a hipercompensação, os pacientes lutam contra o esquema pensando, sentindo e se relacionando-se como se o oposto do esquema fosse verdadeiro.

Assim cada paciente exhibe determinados agrupamentos e estilos de enfrentamento. Por exemplos em pacientes com transtorno de *borderline*, as respostas são em demasia instáveis, devido a sua constante oscilação de um estado afetivo a outro: em um momento tais pacientes tinham raiva, no momento podem estar tristes, distantes, robóticos, apavorados, impulsivos ou cheios de ódio de si próprios. Young et al., 2008, p. 52:

“O paciente com transtorno da personalidade *borderline* está no modo criança zangada expressando raiva, ele pode então mudar para os pais punitivos, e punir a criança abandonada; e por fim recolhe-se ao modo protetor desligado, bloqueando suas emoções e pessoas.”

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, sobre a Terapia de Esquemas e transtornos *borderline*, seguindo normas exploratórias, por meio de uma pesquisa sistemática através de bancos de dados SCIELO, LILACS E MEDLINE, livros e monografia, onde foram utilizados termos/palavras-chaves para pesquisa como: Esquemas, Personalidade, tratamento e técnicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa sobre a Terapia de Esquemas com relação ao transtorno da personalidade *borderline*, ainda é muito incipiente onde há poucas pesquisas sobre a temática comprovando a eficácia do tratamento.

De acordo com Young et al. (2008) a Terapia Cognitiva Comportamental, todavia não foi muito eficaz no tratamento do Transtorno *Borderline*, onde muitos pacientes desenvolvem evitação cognitiva e afetiva, e também bloqueiam pensamentos e imagens perturbadoras, evitando suas próprias memórias e seus sentimentos negativos evitando olhar fundo dentro de si.

A Terapia do Esquema procura ajudar os pacientes a identificar seus esquemas e se tornar consciente das memórias, emoções, sensações corporais, cognições e estilos de enfrentamento associados com estes esquemas. O autoconhecimento sobre os esquemas e estilos de enfrentamento permite que o paciente exerça certo controle sobre suas reações, aumentando seu poder de escolha e deliberação consciente em relação aos Esquemas Iniciais Desadaptativos (Callegaro, 2005, p. 10).

CONCLUSÃO

Para tanto, é fundamental o acompanhamento psicólogo e psiquiátrico, com abordagens mais modernas, flexíveis, empáticas e de prazo mais longo, devido os mesmos terem esquemas mais rígidos, difíceis de tratamento, ou até mesmo serem sobreviventes de situações traumáticas, de negligência, e terem passado por lares abusivos e nocivos.

Por fim, Young enfatiza que trabalhar com a abordagem do esquema é particularmente sensível e humana, em comparação com outras abordagens. A terapia do esquema normaliza, em vez de patologizar, os transtornos psicológicos. Todo mundo tem esquemas, sejam eles experiências, emoções ruins, ou até mesmo traumáticas, enraizadas em sua personalidade, porém existem modos e estilos de enfrentamentos diferenciados, o qual o sujeito encontrou uma maneira de lidar com os problemas eventuais que poderão surgir em sua vida. (Young *et al.*, 2008)

REFERÊNCIAS

DSM-5. 2013. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [*et al.*]. - 5. ed. - Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2013.

YOUNG, J. E. (2003). **Terapia Cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada no esquema**. (3. ed). Porto Alegre: Artmed

Ghisio, M. S., Ludtke, L., Seixas, C. E. **Análise comparativa entre a Terapia Cognitiva Comportamental e a Terapia de Esquemas**. v. 18, n. 3, dezembro de 2016.

Cazaza, M.J., Oliveira, MS. Terapia Focada em Esquemas: conceituação e pesquisa. **Revista Psiquiátrica Clínica**. 2008; 35 (5): 187-95.

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

Callegaro, Marco Montarroyos. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 1(1), 09-20. Recuperado em 27 de março de 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2X8iO39>.

Duarte, Aline Loureiro Chaves, Nunes, Maria Lúcia Tiellet, & Kristensen, Christian Haag. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 4(1) Recuperado em 27 de março de 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2NF14JQ>.

Isappo, S. L, G. (2012). **Terapia Focada em Esquemas e Personalidade Narcisista: um entendimento acerca deste transtorno**. Curso de Especialização. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.