

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE ENCONTRADOS NA ADOLESCÊNCIA: um relato de caso¹

Lucinara dos santos Inácio²

Leandro Alencastro Santos³

Resumo: Sabemos através da literatura que pacientes borderline são de difícil manejo e o tratamento é complexo. A terapia do esquema foi criada por Jeffrey Young para tratar inicialmente transtornos de personalidade, entre eles o transtorno borderline. Dessa forma, objetiva-se verificar a efetividade de uma intervenção que utilizou a terapia do esquema no tratamento de uma adolescente com funcionamento compatível com transtorno de personalidade borderline. O presente relato de caso descreve o atendimento de uma adolescente de 16 anos, feito em uma clínica escola, submetida a 24 sessões de psicoterapia na modalidade individual. Na avaliação foram utilizados os critérios do DSM-V, os inventários de Beck, e o questionário de esquemas de Young. O tratamento envolveu técnicas da terapia do esquema, com ênfase na reparação parental limitada como elemento essencial para obtenção de resultados positivos desta paciente. Como resultados, observaram-se a diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, assim como redução significativa no número de esquemas desadaptativos. Tais fatores colaboram para um melhor funcionamento biopsicossocial da paciente, indicando-se o impacto positivo do tratamento com terapia do esquema em adolescentes com funcionamento borderline.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline, Adolescência, Terapia do Esquema.

Abstract

It is known from the scientific literature that borderline patients are difficult to manage and their treatment is complex. Schema therapy was created by Jeffrey Young to initially treat personality disorders, including borderline disorder. Thus, the aim of this study was to verify the effectiveness of an intervention based on schema therapy in the treatment of an adolescent with

¹ Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

² Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

³ Docente Orientador. Psicólogo. Mestre em Ciências da Saúde pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

characteristics similar to borderline personality disorder. This case report describes the treatment of a 16-year-old adolescent in a school clinic who underwent 24 individual psychotherapy sessions. For evaluation, DSM-V criteria, Beck inventories, and Young's schema questionnaire were used. The treatment involved schema therapy techniques, with emphasis on limited parental repair as an essential element to obtain positive results from this patient. As a result, we observed a decrease in depression and anxiety levels, as well as a significant reduction in the number of maladaptive schemes. These factors contribute to a better biopsychosocial functioning of the patient, indicating the positive impact of treatment with schematherapy in borderline functioning adolescents.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Adolescence, Schema Therapy.

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes com transtorno de personalidade borderline são tão numerosos que a maioria dos profissionais tratará ao menos um ao longo de sua prática clínica. Em geral, apresentam problemas graves e sofrimentos extremamente intensos, sendo o tratamento bem difícil e complexo (LINEHAN, 2010). Assim, detectar os fatores de risco que seriam precursores desse transtorno assume papel fundamental, já que facilitaria sua identificação precoce e, como consequência, a elaboração de estratégias interventivas em fases iniciais de desenvolvimento dos sintomas (NUNES et al., 2015). As principais origens ambientais da maioria dos transtornos de personalidade são necessidades emocionais básicas não satisfeitas na infância e adolescência, particularmente aquelas relacionadas a problemas na parentalidade (YOUNG, 2019). Na década de 1990, Jeffrey Young criou a Terapia do Esquema que aprimora e amplia os conceitos e técnicas da terapia cognitivo comportamental, criada por Aaron Beck na década de 1960, a fim de orientar os terapeutas no atendimento de pacientes com transtornos de personalidade mais complexos, como, por exemplo, o borderline.

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5-), a prevalência média do transtorno de personalidade borderline na população é estimada em 1,6% embora possa chegar a 5,9% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2014). Essa prevalência em contextos de atenção primária é de cerca de 6%, 10% entre pacientes de ambulatório de saúde mental e 20% entre pacientes psiquiátricos internados, podendo ser menor nas faixas etárias mais altas.

Para além das questões psíquicas e subjetivas, fundamentais para a constituição de uma personalidade saudável, a literatura também discute a influência da cultura contemporânea neste processo e suas influências nas vivências da adolescência. O momento contemporâneo é marcado

pelo instantâneo, pela superficialidade e pelo imediatismo que estrutura/desestrutura as relações. (JORDÃO & RAMIRES, 2010)

1.1 Funcionamento Borderline

O relato de caso que compõem este estudo trata de uma adolescente, devido a isso, não podemos definir como transtorno de personalidade, todavia, nos referimos ao funcionamento que a paciente apresenta na maioria das áreas de sua vida, fazendo-se presente na mesma oito dos nove critérios diagnósticos. Diante disso, segue os critérios diagnósticos para Transtorno de Personalidade Borderline 301.83 (F60.3) segundo DSM-5:

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforço desesperado para evitar abandono real ou imaginário.
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (ex: gastos, sexo, abuso de substâncias, direção irresponsável, compulsão alimentar).
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor.
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la.
9. Ideação paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos (APA, 2014).

Os sintomas mais frequentes identificados em adolescentes e adultos jovens são comportamento impulsivo e/ou autodestrutivo, uso de drogas, problemas sérios de identidade, e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (DALGALARRONDO & VILELA, 1999). Para a sociedade em geral, principalmente aos indivíduos portadores deste transtorno, este tema torna-se importante pelo fato de ser um transtorno com muita complexidade em seu tratamento e segundo Mazer, Macedo e Juruena (2017), a psicoterapia é considerada um tratamento de primeira linha.

1.2 Possíveis origens do Transtorno de Personalidade Borderline

Segundo Young, Klosko e Weishaar (2008), alguns fatores biológicos podem contribuir para

o desenvolvimento do TPB, exemplo disso, é que a maioria dos pacientes com TPB tem um temperamento emocionalmente intenso e lábil. Esse tipo de temperamento pode servir como predisposição biológica ao desenvolvimento do transtorno. Três quartos dos pacientes com diagnóstico de TPB são mulheres (GUNDERSON, ZANARINI & KISIEL, 1991). Isso pode ser, em parte, uma consequência de diferenças de temperamento, isto é, talvez as mulheres tenham maior predisposição a ter temperamentos tensos e lábeis. Porém, essa diferença de gênero talvez também advinha de fatores ambientais, meninas são vítimas de abuso sexual mais frequentemente, e isso constitui um traço comum nos históricos infantis de pacientes com TPB (HERMAN, PERRY & VAN-DE-KOLK, 1989). Elas também costumam ser mais subjugadas e desestimuladas a expressar a raiva.

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), quatro fatores no ambiente familiar reforçam a hipótese de predisposição biológica ao desenvolvimento de TPB.

- a) Quando o ambiente familiar é inseguro e instável: a falta de segurança quase sempre surge pelo abuso ou abandono. A maioria dos pacientes com TPB passou por abusos físicos, sexuais ou verbais quando criança, e se não houve abuso real contra o paciente, geralmente houve explosão de raiva ou violência, ou o paciente pode ter visualizado algum outro membro da família sofrer abusos. Além disso, há casos de abandono da criança, onde esta pode ter sido deixada sozinha por longos períodos de tempo sem alguém que cuidasse dela ou com alguém abusivo.
- b) Quando o ambiente familiar é privador: neste caso, as primeiras relações objetivas costumam ser empobrecidas. O afeto e os cuidados paternos costumam não existir ou ser deficientes. Um dos pais, ou ambos, talvez não se disponha emocionalmente a proporcionar empatia mínima à criança, onde o paciente sente-se sozinho.
- c) Quando o ambiente familiar é punitivo e rejeitador: pacientes com TPB são normalmente oriundos de famílias que criticam e rejeitam, punitivas quando os pacientes cometem erros, e que não perdoam. A postura punitiva é considerada extrema quando na infância, esses pacientes foram levados a sentirem-se sem valor, maus, inúteis ou sujos, ao contrário de outras crianças nos ambientes saudáveis.
- d) Quando o ambiente familiar impõe subjugação: neste caso, o ambiente familiar suprime as necessidades e os sentimentos da criança normalmente, existem regras implícitas sobre o que ela pode ou não dizer e sentir. A criança então entende: “Não demonstre o que sente, não chore quando for machucada, não se irrite quando alguém a maltratar, não peça o que quer, não seja vulnerável. Seja apenas o que nós queremos que você seja”.

1.3 Características do Transtorno de Personalidade Borderline encontrados na

Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 178 - 210, Julho 2022

⁴ Trabalho originalmente publicado em 1969

adolescência

Há muitas controvérsias no que se refere às definições de “condições psicopatológicas” no período da adolescência, já que é muito sutil a barreira que separa o “normal” e o “patológico” nesta fase do desenvolvimento. O adolescente está ainda em processo de formação de sua personalidade, sofrendo influência do contexto em que se encontra, portanto torna-se difícil falar em “transtorno de personalidade” (JORDÃO & RAMIRES, 2010).

De acordo com Guerreiro e Sampaio (2013), a adolescência se caracteriza por tentativas em construir autonomia em relação à família e a construção de um self que leve à identidade característica do final da adolescência. São frequentes comportamentos de risco (por exemplo, uso e abuso de álcool e/ou drogas, tabagismo, relações sexuais desprotegidas) que devem ser analisados em termos de intensidade, repetição e continuidade. Afinal, se correr alguns riscos é comum do desenvolvimento normal na adolescência, é importante considerar a possibilidade da fixação do adolescente a um padrão com consequências negativas que afetará seu desenvolvimento. As adolescências patológicas caracterizam-se por extrema falta de esperança, incapacidade para lidar com as emoções e organizar um sentido de pertença, bem como sustentar um sentimento de bem-estar. Deve-se ficar atento, pois todos esses sintomas citados, associados a comportamentos autolesivos na adolescência são sempre sinal de uma adolescência patológica.

Conforme Guerreiro e Sampaio (2013), diversos estudos feitos com adolescentes através da aplicação de questionários em ambiente escolar, realizados em vários países, inclusive no Brasil, mostram a alta prevalência de pensamentos suicidas, comportamento autolesivo, depressão e ansiedade entre esses adolescentes. Os comportamentos autolesivos são mais frequentes no sexo feminino e estão associados a níveis menores de educação, os adolescentes com esse comportamento normalmente apresentam ansiedade, depressão, impulsividade e agressividade. Estão associados em aproximadamente 90% dos casos a diagnóstico psiquiátrico, sendo mais frequentemente transtornos da personalidade dos tipos borderline, esquizotípica, dependente e evitativa, apresentando mais sintomas depressivos e ansiosos. A impulsividade, a baixa autoestima e o abuso de drogas foram também associados aos comportamentos autolesivos em adolescentes (GUERREIRO & SAMPAIO, 2013).

Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo explanar sobre a importância de identificarmos ainda na adolescência as características do TPB, bem como relatar a intervenção em Terapia do Esquema, feita numa adolescente, após identificar na mesma as características do Transtorno de Personalidade Borderline, assim como discutir sobre o tratamento terapêutico diante da complexidade desse transtorno.

1.4 Tratamento para Transtorno de Personalidade Borderline em Terapia do Esquema

Vários estudos apontam que os pacientes com TPB são caracterizados por representações de apego desorganizado (BECK, 2005). Esse apego desorganizado para Beck (2005), pode ter sido causado através de algumas experiências traumáticas ocorridas no início da infância, é possível que o tipo de resposta punitiva, rejeitadora ou de abandono por parte dos cuidadores levou-o ao apego desorganizado. Pacientes com diagnóstico de TPB, em geral, provocam no terapeuta, sentimento de impotência e confusão, pois muitas vezes dizem não saber quem são, do que gostam ou o que esperam da vida, e é bastante comum desistirem ou abandonarem a terapia (OLIVEIRA & BALZ, 2017).

Na década de 1990, Jeffrey Young criou a Terapia do Esquema que aprimora e amplia os conceitos e técnicas da terapia cognitivo comportamental, criada por Aaron Beck na década de 1960, a fim de orientar os terapeutas no atendimento de pacientes com transtorno de personalidade mais complexos, como, por exemplo, o borderline. Envolto nesse contexto, a Terapia do Esquema, emerge da terapia cognitiva comportamental integrada com elementos de outras escolas como Gestalt terapia, psicanálise, o construtivismo, teoria do apego de Bowlby e uma combinação com as técnicas *mindfulness* (OLIVEIRA & BALZ, 2017).

Conforme Young, Klosko e Weuishaar, (2008), é um modelo de terapia estruturada, empática, focada na relação parental e nos padrões desadaptativo desenvolvidos pelo paciente ao longo da vida (na infância e adolescência), composta por técnicas de mudança afetiva, regulação emocional e a construção de uma consistente relação terapêutica por meio de confrontação empática (postura essa que empatiza com o sofrimento do paciente, compreende os motivos que o levam a, e apresentar determinados comportamentos, porém não incentivando aos mesmos, procurando impulsioná-lo à mudança) e a reparentalização limitada (objetiva enfraquecer os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) desenvolvidos a partir das vinculações disfuncionais com os cuidadores, nas quais as necessidades emocionais básicas da criança não foram supridas adequadamente). Ainda segundo Young (2008), o terapeuta alia-se ao paciente para lutar contra seus esquemas, usando estratégias cognitivas, comportamentais e vivenciais, confrontando de forma empática para a mudança. A evolução do paciente na terapia acontece pela identificação com a reparação parental limitada, realizada pelo terapeuta, que supre de forma parcial as necessidades que não foram adequadamente atendidas na infância.

Um conceito de extrema relevância quando se fala de tratamento para TPB em Terapia do Esquema é o de Modo. De acordo com Young, Klosko e Weuishaar, (2008), o conceito de modo se desenvolveu a partir da experiência clínica com pacientes com transtorno da personalidade borderline. Ao tentar aplicar o modelo de esquemas a esses pacientes, dois problemas surgiram. O

primeiro foi que esses pacientes costumam ter quase todos os 18 esquemas (especialmente abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade, autocontrole/autodisciplina insuficientes, subjugação e postura punitiva), e trabalhar com tantos esquemas ao mesmo tempo, se mostrou complicado, necessitando de uma unidade de análise de mais fácil manejo. O segundo problema, no trabalho com pacientes com TPB, não percebeu-se a tendência desses pacientes de mudar rapidamente de um estado para outro em termos de afetos. Então foi desenvolvido o conceito de modo, a fim de captar os estados afetivos variáveis de pacientes com TPB. Os modos são padrões característicos de funcionamento do indivíduo (principalmente nas relações interpessoais) que agrupam em si certo número de esquemas desadaptativos (WAINER et al., 2016). Os modos podem ser entendidos como estados cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos (WAINER et al., 2016).

Cinco principais modos caracterizam o paciente com Transtorno de Personalidade Borderline: Modo Criança abandonada, Modo Criança zangada e impulsiva, Modo Pai/mãe punitivo, Modo Protetor desligado e Modo Adulto saudável (YOUNG, KLOSKO & WEUISHAAR, 2008). O modo criança abandonada trata-se da parte do paciente que sente a dor e o medo associados à maioria dos esquemas, como abandono, abuso, privação, defectividade e subjugação. O modo criança zangada e impulsiva aparecem quando o paciente está com raiva, se comportando impulsivamente, por suas necessidades emocionais básicas não serem atendidas, a emoção vivenciada geralmente é a raiva. O modo pai/mãe punitivo é a voz internalizada dos pais ou cuidadores que critica e pune o paciente, nesse modo, o paciente torna-se um perseguidor cruel de si mesmo. No modo protetor desligado, ele repele todas as emoções, desconecta de outras pessoas e funciona de maneira quase robótica. O modo adulto saudável é extremamente frágil e pouco desenvolvido na maioria dos pacientes com TPB, especialmente no início do tratamento.

De uma forma geral, o objetivo do tratamento é ajudar o paciente a incorporar o modo adulto saudável, tendo como referência o terapeuta para criar empatia com a sua criança abandonada a protegendo, dando e recebendo amor; combater e eliminar o pai/mãe punitivo; estabelecer limites ao comportamento da criança zangada e impulsiva e ajudar os pacientes nesse modo a expressar emoções e necessidades de forma assertiva; oferecer segurança e substituir, de forma gradual, o protetor desligado pelo adulto saudável.

Entre as técnicas utilizadas temos: exame de evidências, descoberta guiada, role-play, escuta reflexiva, confrontação empática e reparação parental limitada, sendo esta última a principal técnica utilizada no caso que compõe este estudo.

1.5 Reparação Parental Limitada

Segundo Wainer et al. (2016), a terapia do esquema (TE) é uma abordagem onde o profissional necessita dispor-se emocionalmente ao paciente durante o processo de psicoterapia, não somente porque expõe as fragilidades do indivíduo, mas porque a própria relação terapêutica se torna um poderoso agente da mudança. É de extrema importância um manejo especial em termos relacionais, uma vez que as maiores dificuldades se encontram no campo interpessoal, é esperado que tais déficits sejam reproduzidos no relacionamento terapeuta-paciente. Relação terapêutica e reparação parental são técnicas essenciais ao terapeuta do esquema, e precisam estar em consonância com suas características pessoais para que possam ser realizadas de forma genuína.

Para Wainer et al. (2016), a reparação parental limitada (RPL) surge como uma ferramenta e/ou estilo terapêutico que tem como objetivo enfraquecer os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) desenvolvidos a partir das vinculações disfuncionais com pais ou cuidadores, nas quais as necessidades emocionais básicas da criança não foram atendidas adequadamente. A RPL é uma chave para reparar relacionamentos, e o maior veículo dessa mudança é a relação terapêutica (KELLOGG & YOUNG, 2006). Essa técnica teve origem na teoria da experiência emocional corretiva, de Alexander e French (1965), e na teoria do apego, de Bowlby (1990)⁴. E também obteve uma importante contribuição dos estudos sobre apego realizados pela psicóloga do desenvolvimento Mary Ainsworth entre as décadas de 1960 e 1970 (WAINER et al., 2016).

Com a integração dessas teorias, Jeffrey Young destaca o papel do terapeuta na RPL, sendo este uma “base segura” para o paciente, propiciando um envolvimento consistente, no qual se objetiva reparar as experiências disfuncionais do passado (YOUNG et al., 2008). Nesse sentido, a RPL possibilita uma relação transformadora, na qual o terapeuta aproxima-se emocionalmente do paciente, estabelecendo um vínculo saudável ao suprir as necessidades não atendidas, ao mesmo tempo que os limites profissionais dessa relação são respeitados. Não intenciona-se que o paciente regride a um momento criança, mas sim que ele possa, por meio do encontro entre um “pai adequado” e seu modo criança, desenvolver um adulto saudável (WAINER et al., 2016).

De acordo com Young (2019), existem alguns componentes fundamentais para a reparação parental limitada ou re-parentalização: a) Transmitir um alto grau de afeto, acolhimento e cuidado; evitar a neutralidade, como um pai reconfortante; b) ser uma pessoa real, ser honesto, direto e genuíno; c) empatizar e validar os sentimentos do paciente: “sintonização profunda”; d) fornecer muita segurança, muito empirismo e correção de distorções podem ser prejudiciais ;e) pacientes internalizam o terapeuta como parte de seu Modo Adulto Saudável; f) perguntar sobre reações positivas e negativas para você como pessoa , não apenas como um terapeuta; g) construção de confiança através de elogios diretos; h) incorporar auto-revelação apropriada sempre que possível; i) re-parentalização por exercício imagístico, “O que um adulto saudável faria por uma criança (ou amigo)? j) Dar aos pacientes um número de telefone pessoal, com limites claros, se você quiser; l)

dar um tempo extra fora das sessões: por exemplo, telefonemas, e-mails, mensagens; em) “Objetos transicionais”; n) uso limitado de holding em casos graves.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Relato do Caso

Maria Alice (nome fictício), dezesseis anos de idade, primeira filha de uma prole de duas filhas, de etnia caucasiana, solteira, sem filhos, morava com os pais e a irmã. Estudante do ensino fundamental, naquele ano estava repetindo o ano escolar.

Procurou a terapia sozinha, em um serviço escola de psicologia de sua cidade, e suas queixas principais eram dificuldades de falar em público, dificuldades em manter relacionamentos, sentimento de vazio, medo de ficar sozinha e/ou ser abandonada por quem ela gosta, e pensamentos suicidas. Mas já no primeiro atendimento Maria Alice relatou que se auto lesionava, e apesar de ter pensamentos sobre sua morte, nunca havia tentado ou planejado nada.

Em relação à área familiar, relatava muitas dificuldades no relacionamento com a mãe, pois essa a agrediu física e psicologicamente durante a infância. E na adolescência permaneceram as agressões psicológicas, fazendo com que as brigas fossem diárias entre elas. A paciente relata em atendimento que a mãe tem um relacionamento melhor com sua irmã do que com ela, fazendo com que ela se sinta abandonada, deixada de lado. Sobre o pai, Maria Alice o descreve como “neutro”, pois não interferia na relação dela com a mãe, e também não passava muito tempo em casa com a família, pois trabalhava em outra cidade, vindo somente aos finais de semana. A relação com a irmã era tranquila, tinham poucos momentos de conversa devido a pouca afinidade. Quando falava de sua infância, referia apenas momentos de conflito e as agressões por parte da mãe, bem como o medo que sentia de ser abandonada pelos pais toda vez que a deixavam na escola de educação infantil por volta de seus cinco anos de idade, ou quando a mãe saía por longos períodos, deixando-a com vizinhas ou babás.

Na área escolar, Maria Alice descreve a escola como um ambiente muito difícil de frequentar. A paciente relatou que tivera várias crises de ansiedade na escola, algumas por ter que falar diante dos colegas, outras por perceber os colegas a olhando demais, e de acordo com ela falando sobre ela, e isso a incomodava muito. Passou por situações constrangedoras, como por exemplo, tentar apresentar um trabalho e não conseguir devido à ansiedade e acabar chorando em sala de aula, e sem o auxílio dos pais para contornar a situação, acarretando assim sua desistência dos estudos. Foi sugerido pela escola que procurasse o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para tratamento psicológico, onde a paciente esteve em tratamento psiquiátrico e psicológico por dois

Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 178 - 210, Julho 2022

meses, fazendo uso de medicação (sertralina) por esse período. Após esses dois meses a paciente relata não estar se identificando com os profissionais que a acompanhavam, desistindo assim de todo tratamento.

Na esfera afetiva, Maria Alice descrevia seus relacionamentos como muito curtos, pois sua falta de paciência e controle da raiva acabava por afastar seus parceiros. Quando falamos sobre sexualidade ela se descreveu como “pansexual”, mostrando interesse por parceiros independentemente da sua identidade de gênero ou sexual.

Quando iniciou a terapia na clínica escola não fazia uso de nenhuma medicação e não tinha nenhum diagnóstico. Por se tratar de uma adolescente, foi solicitado aos pais que viessem à clínica escola para entrevista com a terapeuta de Maria Alice. A mãe se mostrou resistente em relação à entrevista, comparecendo somente no segundo mês de atendimento da filha e sem muito a dizer sobre a mesma. O pai compareceu após o quarto atendimento da paciente, se mostrando um pouco mais interessado e participativo.

2.2 Formulação do Caso

A paciente traz em sua fala o relato de um sofrimento que se iniciou pela falta de afeto e cuidado por parte da mãe e até um pouco de negligência por parte do pai, pois esse passava muito tempo fora de casa e quando estava presente se omitia ao comportamento agressivo da mãe, nos fazendo pensar que essa adolescente, se desenvolveu num ambiente invalidante, pouco propício para o desenvolvimento saudável de um indivíduo.

Quando a paciente relata ter ficado muito tempo sob os cuidados de babás ou vizinhas quando criança, e sua sensação de abandono quando os pais a deixaram na escola de educação infantil, (partindo do princípio que esses pais eram distantes, não afetuosos), nos leva a entender a origem do seu sentimento de vazio, assim como seu medo de ficar sozinha ou ser abandonada. A dificuldade de Maria Alice em manter relacionamentos pode ser pensada através da falta de vínculo seguro com seus pais.

Em relação a dificuldade de se expressar em público, a paciente nos traz em sua fala a percepção distorcida que tem de si mesma, se sentindo inferior e se julgando não ser boa o suficiente, percepção essa, construída a partir do olhar e da fala de sua mãe provavelmente. Sua crença de defectividade e de não ser capaz é tão forte que a fez perder o ano escolar.

Podemos pensar também, que na adolescência, há uma necessidade de ser aceita, de sentir-se pertencente a um determinado grupo. No caso de Maria Alice, essa necessidade é barrada pela ansiedade social, que não a permite interagir com outros, acarretando grande sofrimento.

2.3 Descrição do Tratamento

Segundo Young, Klosko e Weuishaar, (2008), o tratamento possui três etapas principais: (1) a etapa de vínculo e regulação emocional, (2) a etapa de mudança dos modos de esquema e (3) a etapa da autonomia. Nesta primeira etapa, o terapeuta estabelece vínculos com o paciente, tentando sempre desviá-lo do protetor desligado, formando uma base estável e carinhosa. O primeiro passo é o terapeuta e o paciente desenvolverem um vínculo emocional seguro, onde o terapeuta começa a realizar a reparação parental com a criança abandonada do paciente, oferecendo-lhe segurança e sustentação emocional. O terapeuta questiona o paciente sobre sentimentos e problemas atuais.

No caso de Maria Alice, podemos dizer que o vínculo foi estabelecido desde o primeiro atendimento, pois na primeira sessão de terapia a paciente relata grande parte de sua história e seus problemas atuais sem maiores dificuldades. Considerando seu alto grau de ansiedade, e seu histórico de dificuldade em falar com desconhecidos, nos dois primeiros atendimentos a paciente relata seus conflitos familiares, a relação difícil com a mãe, sua intensa tristeza, sentimento de vazio, medo de ser abandonada, seu comportamento autolesivo, sua ideação suicida, dificuldade em controlar a raiva. Nesta fase, a terapeuta utiliza-se constantemente da reparação parental limitada a fim de acolher, aproximar, validar a paciente, na tentativa de que a mesma se mantenha na terapia. Técnica de escuta reflexiva, para demonstrar estar atenta e interessada na fala de Maria Alice e não alimentar seu esquema de abandono. E exame de evidências, a fim de enfraquecer seus esquemas de defectividade e pessimismo, principalmente em relação às suas dificuldades no ambiente escolar, quando se julgava inferior aos colegas, ou quando a mãe a depreciava durante as discussões.

No quarto encontro com Maria Alice foram aplicados alguns instrumentos (BDI, BAI e Questionários de Esquemas de Young), com o intuito de auxiliar na hipótese diagnóstica e nortear o tratamento. Após o levantamento dos instrumentos, terapeuta e paciente examinam e discutem os resultados. E nas sessões seguintes, após conversar com os pais de Maria Alice (com sua permissão), é indicado que a paciente procure um psiquiatra, por se considerar necessário iniciar tratamento medicamentoso. Em relação às tarefas de casa, Maria Alice não aderiu. Foi solicitado a ela RPD algumas vezes, mas a paciente nunca trouxe para a sessão. Com isso, a terapeuta procurava trabalhar em sessão todos os assuntos possíveis.

Segue parte de uma sessão no início do tratamento:

***Paciente:** Minha mãe ta sempre implicando com tudo que eu faço, e quando eu não quero fazer uma coisa ela briga...ela não respeita o meu tempo...as vezes não consigo fazer as coisas na hora...tem que ser no meu tempo entende?...quando eu consigo. Ela não me da atenção, nunca me deu, briga comigo, diz que eu sou uma*

merda mesmo, não faço nada, e conversa só com minha irmã, e eu fico chateada, mas sempre foi assim.

Terapeuta: *Você me diz que sempre foi assim, me explica melhor isso, que lembranças você tem da sua infância com a sua mãe?*

Paciente: *(pensa um pouco) olha...não lembro de muita coisa, lembro dela batendo em mim e na minha irmã quando meu pai não estava. Lembro dela deixando a gente com as babás ou com as vizinhas, e eu chorando, achando que ela não ia voltar...ia abandonar a gente.*

Terapeuta: *Você não tem nenhuma lembrança positiva...um momento de brincadeira?*

Paciente: *Não, nada.*

Terapeuta: *Como havia te dito, hoje eu quero te ouvir, e tentar entender melhor a tua história. Maria Alice, você me falou que tem dificuldade de lidar com a raiva, que até já bateu em amigos, quebrou coisas, socou a parede. O que passa na sua cabeça nessas horas?*

Paciente: *Sei lá, não consigo me expressar, não controlo, quando vejo já explodi. Mas me arrependi de bater em amigos e de quebrar coisas, mas não consigo evitar. Ai depois de explodir vou para o meu quarto e fico lá quieta.*

Terapeuta: *E quando você bate na parede não machuca? Não dói?*

Paciente: *Dói mas alivia a raiva.*

Terapeuta: *O que mais você faz para “aliviar”? Você se machuca para aliviar?*

Paciente: *Sim...eu me “mutilo” aqui nos braços e nas coxas (mostra as marcas da autolesão)*

Terapeuta: *Maria Alice isso deve doer muito, não?*

Paciente: *Dói na hora, mas alivia a cabeça sabe...*

Terapeuta: *Isso tudo não deve ser fácil pra você. Mas no decorrer do tratamento, depois de saber mais sobre você, vamos pensar juntas maneiras de você se sentir melhor sem precisar se machucar. Eu estou aqui para ajudar você! Juntas vamos encontrar outros caminhos.*

Na segunda etapa, o terapeuta apresenta ao paciente um modelo de modo adulto saudável ao fazer a reparação parental do paciente. O adulto saudável vem para confortar e proteger a criança abandonada, para colocar limites à criança zangada, para substituir o protetor desligado e para eliminar o pai/mãe punitivo. Aos poucos, o paciente vai internalizando o modo adulto saudável. E

Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 178 - 210, Julho 2022

essa é a essência da terapia do esquema (YOUNG, KLOSKO & WEUISHAAR, 2008).

Exemplo, parte de uma sessão:

Terapeuta: *Maria Alice, nossa sessão de hoje está chegando ao fim, mas gostaria de saber mais sobre você e o violão, e das letras de música também. Tem tocado e escrito?*

Paciente: *Às vezes eu toco sim quando to sozinha, a música acalma, alivia... e às vezes escrevo alguma coisa, um pouco em inglês. E quando estou em algum romance gosto de mandar letras de música pra pessoa, pra expressar o que eu sinto, já que não sou muito boa quando eu falo pessoalmente.*

Terapeuta: *Fiquei curiosa para ver uma ou mais de suas letras de música, você me mostraria?*

Paciente: *Aí...sei lá...nunca mostro pra ninguém o que eu escrevo...é uma coisa só minha...tenho até vergonha...*

Terapeuta: *Te entendo....tranquilo Maria Alice, foi apenas uma ideia, uma curiosidade minha, mas se você não vai se sentir à vontade tudo bem. Imagino que suas letras devem ser muito interessantes, e se algum dia você quiser me mostrar vou ficar muito feliz em poder ver. Assim como se algum dia quiser trazer o violão e tocar aqui será um prazer ouvi-la.*

No exemplo acima, a terapeuta valida e fortalece o modo saudável e inteligente de Maria Alice. No decorrer do tratamento, com a psicoeducação, Maria Alice começou a entender melhor seu funcionamento a partir da identificação e nomeação de seus modos, que ela preferiu chamar de lados. De acordo com ela são: Lado raivoso (quando ela briga, bate, quebra coisas), lado acelerado (quando fica eufórica, quando bebe), lado ansiosa (quando fica pensando muito sobre tudo), lado preocupada (quando precisa ter bom desempenho), lado vulnerável (quando fica triste), lado saudável (aquela que consegue resolver/agir de forma assertiva), lado inteligente (aquela que toca violão, escreve, estuda). Quando questionada pela terapeuta sobre a existência do lado feliz, Maria Alice diz não ter pensado nele, e que o lado feliz ela ainda não tem.

Segue parte de uma sessão sobre os modos:

Terapeuta: *Maria Alice, lembra que nas sessões anteriores falamos sobre os vários lados que podemos ter dependendo da situação? Até brincamos sobre ter várias de você em uma só...*

Paciente: *Lembro sim claro, uma para cada situação. Falei até que era tipo ter um anjinho num ombro e um diabinho no outro (sorri).*

Terapeuta: *Isso mesmo! Ótimo! O que você acha de nomearmos esses lados? Como você chamaria essas várias que existem dentro de você?*

Paciente: *Claro, podemos tentar sim. Às vezes eu fico muito acelerada, sabe? Tipo... querendo conversar, sair de casa, me sentindo muito bonita, com vontade de beber, sei lá...sinto muita coisa junto sabe...tipo isso.*

Terapeuta: *Entendo, você se sente super bem nesse caso? Como poderíamos chamar esse lado, no que você pensou?*

Paciente: *Esse pode ser o lado acelerado, é bem assim que me sinto.*

Terapeuta: *Ótimo! Vamos chamar assim então, o lado acelerado.*

Paciente: *Só que tem vezes que fico muito triste, com medo, medo de ficar sozinha, sei lá, medo de perder o namorado, medo de ficar sem ninguém...*

Terapeuta: *Esse mesmo medo aparece também nas situações em que tua mãe esquece de te buscar em algum lugar, como você já me falou outras vezes?*

Paciente: *Sim! É isso mesmo, eu fico muito mal, sabe? Muito triste* **Terapeuta:** *Entendo, e como você chamaria esse lado?*

Paciente: *Sei lá, acho que lado triste mesmo, ou abandonada, acho que lado triste.*

Terapeuta: *Ok, vamos chamar esse de lado triste ou de vulnerável...[]*

Terapeuta: *Você não pensou numa Maria Alice feliz? Um lado feliz?*

Paciente: *Sei lá... parece que não...ainda não, felicidade parece alguma coisa maior que isso, sei lá, mas acho que esse ainda não...*

Terapeuta: *Ok, tudo bem, estamos só começando a identificar seus lados, e já temos vários, daqui a pouco surgirão outros e quem sabe o lado feliz não aparece? Talvez ele já esteja aí escondidinho...*

Paciente: *É...quem sabe mesmo...(sorri timidamente)*

E na terceira etapa, trabalha-se a autonomia do paciente. O terapeuta orienta a paciente em relação às suas escolhas de parceiros e ajuda a relacionar as mudanças obtidas na sessão aos relacionamentos fora da terapia. O terapeuta ajuda o paciente a descobrir suas inclinações naturais e a segui-las em situações cotidianas e em decisões importantes. Aos poucos, o terapeuta vai desacostumando o paciente à terapia, reduzindo a frequência das sessões (YOUNG, KLOSKO & WEUISHAAR, 2008).

A partir do momento em que Maria Alice nomeou seus modos/lados, começou a entender

melhor seu funcionamento, adquirindo mais autonomia para lidar com situações de conflito, assim como para se manter no relacionamento que iniciará logo após o início do tratamento. Um dos grandes problemas da paciente trazidos para a terapia era a difícil relação com a mãe. Normalmente o comportamento autolesivo acontecia após Maria Alice sofrer agressões verbais por parte da mãe durante as brigas, que de acordo com ela eram diárias. Com a psicoeducação sobre emoções, esquemas e modos, a paciente foi conseguindo gradualmente reduzir esses momentos de conflito através de estratégias mais assertivas. Maria Alice foi compreendendo que havia outras possibilidades de convivência com sua família, e não apenas momentos de conflito. Em relação à mãe, ela passou a não prolongar as discussões, entendendo que a mãe provavelmente necessitasse de acompanhamento psicológico devido ao seu histórico de vida. Com o namorado ela aprendeu a expressar suas emoções de forma mais adequada, sem perder o controle ou agredir. Em relação aos amigos Maria Alice trouxe para a sessão uma situação onde ela acionou seu lado saudável para impedir que o lado raivoso dominasse a situação, e acabasse com mais uma amizade, com acontecera várias vezes em sua vida.

Segue parte da sessão:

***Paciente:** Essa semana aconteceu uma coisa que se fosse em outros tempos teria acabado em confusão, mas dessa vez consegui conversar e não brigar sabe...*

***Terapeuta:** Fico muito feliz em ouvir isso! E você gostaria de me falar sobre essa situação?*

***Paciente:** Ah sim! Bom... A alguns dias descobri que o Dudu, um ex-colega de aula tinha falado mal de mim para outras pessoas, e essas pessoas vieram me contar. Na hora fiquei muito brava, com muita raiva, mas não fiz nada, tentei me acalmar, lembrei das nossas conversas sabe... lembrei do meus lados bons...do lado saudável que a gente fala tanto aqui na terapia sabe...*

***Terapeuta:** Coisa boa de ouvir Maria Alice! Então seu lado saudável entrou em ação para ajudar a resolver a situação?*

***Paciente:** (sorriso) é... apesar de sentir raiva dessa vez não explodi...*

***Terapeuta:** Isso é muito bom, mostra sua evolução, sua melhora, seu autocontrole, isso é realmente muito bom.*

Objetivos da terapia traçados com Maria Alice: Voltar aos estudos, melhorar relações interpessoais, desenvolver habilidades sociais, trabalhar a regulação emocional e manejo da raiva, manejo de pais (trabalho com os pais usando Terapia do Esquema), manter tratamento medicamentoso e acompanhamento psiquiátrico.

Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 178 - 210, Julho 2022

3 METODOLOGIA

O relato de caso que compõem este estudo trata de uma adolescente, devido a isso, não podemos definir como transtorno de personalidade, todavia, nos referimos ao funcionamento que a paciente apresenta na maioria das áreas de sua vida, fazendo-se presente na mesma oito dos nove critérios diagnósticos para transtorno de personalidade borderline.

Instrumentos aplicados no início do tratamento (4º encontro):

BDI (Beck Depression Inventory) = 36 Pontos, o que corresponde a sintomas graves de depressão.

BAI (Beck Anxiety Inventory) = 56 Pontos, o que corresponde a sintomas graves de ansiedade.

Questionário de Esquemas de Young, através do qual foram identificados os seguintes esquemas desadaptativos: abandono, desconfiança e abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento/alienação, vulnerabilidade, autocontrole insuficiente, pessimismo, inibição emocional.

Os mesmos instrumentos foram aplicados ao final do tratamento, (21º encontro), composto por um total de 24 encontros, sendo os resultados:

BDI (Beck Depression Inventory) = 15 Pontos, o que corresponde a sintomas depressivos leves a moderados.

BAI (Beck Anxiety Inventory) = 52 Pontos, o que ainda corresponde a sintomas graves de ansiedade, embora com menos pontuação.

Questionário de Esquemas de Young, onde foram identificados os seguintes esquemas: abandono e inibição emocional.

Durante o tratamento, nas sessões, foram utilizadas técnicas de exame de evidências, escuta reflexiva, psicoeducação sobre emoções, resolução de problemas, auto revelação, holding, trabalho com modos e reparação parental limitada ou reparentalização, entre outras.

4 RESULTADOS

Foram realizadas 24 sessões de psicoterapia semanais, sendo aplicado instrumentos para auxiliar no processo de avaliação, (BDI, BAI, Questionário de Esquemas de Young). Ao longo da terapia, estabeleceu-se uma boa relação terapêutica, sendo o tratamento beneficiado pela disposição da paciente em mudar, e a partir disso, muitos progressos foram alcançados. A paciente passou a

perceber sua agressividade nas relações e o quanto sofria com isso. É interessante pontuar que a paciente aceitou o encaminhamento para avaliação psiquiátrica proposto pela psicóloga e aderiu bem ao tratamento medicamentoso. Ao aplicar novamente os instrumentos pode-se perceber melhora significativa no quadro de depressão, assim como a diminuição considerável do número de esquemas desadaptativos. Podemos considerar que a paciente apresentou uma melhora cognitiva, todavia, seu quadro de ansiedade permaneceu elevado, sendo necessária a continuação do tratamento psicoterápico.

Quadro 1. Resultado da coleta de dados

Instrumentos utilizados	Início do tratamento	Final do tratamento
BDI	36 pontos	15 pontos
BAI	56 pontos	52 pontos
Questionário de Esquemas de Young	abandono, desconfiança e abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento/alienação, vulnerabilidade, autocontrole insuficiente, pessimismo, inibição emocional.	abandono e inibição emocional.

Fonte: Autoria própria, 2019.

5 DISCUSSÃO

Com base nos resultados apresentados e mediante análise das intervenções, percebemos que a paciente obteve ganhos terapêuticos importantes. Tais dados corroboram a literatura prévia, apontando que intervenções em Terapia do Esquema se mostram efetivas para tratar Transtorno de Personalidade Borderline (YOUNG et al., 2008).

De acordo com Basso (2016), a Terapia Focada em Esquemas, aponta que para sermos adultos saudáveis, todos nós, sem exceção, precisamos ter nossas necessidades emocionais supridas por nossos cuidadores para que nossa saúde psíquica se desenvolva no seu maior potencial. A partir da fala de Maria Alice, percebemos que suas necessidades não foram devidamente atendidas,

levando a paciente a apresentar um funcionamento compatível com transtorno de personalidade borderline. Com isso, podemos dizer que a melhora da paciente se deu, em grande parte, devido à boa relação terapêutica estabelecida desde o início do tratamento, assim como a reparação parental limitada (RPL) utilizada continuamente durante o processo terapêutico.

Alguns pontos merecem ser destacados nessa discussão, entre eles, a importância da RPL no tratamento de Maria Alice, sendo essa a primeira paciente desta terapeuta em seu estágio clínico curricular. Já nos primeiros atendimentos vários pensamentos automáticos ocorreram na terapeuta em relação à Maria Alice, como por exemplo: Onde está essa mãe? Preciso ajudar! Vontade de cuidar! Ela precisa se afastar dessa família tóxica! Em nenhum momento houve resistência da paciente em relação ao tratamento, como acontece algumas vezes, quando trata-se de pacientes borderline, ao contrário, ela mostrou-se engajada na terapia e desejando melhorar. Quando Maria Alice era questionada sobre a terapia ou o feedback da sessão era solicitado, a paciente relatava sentir-se bem na terapia, pois ali ela era ouvida e a terapeuta era uma das únicas pessoas que a compreendia e não a julgava, se mostrava interessada em continuar, tendo poucas faltas durante todo o tratamento. Com essa fala de Maria Alice, podemos pensar que além de uma boa relação terapêutica, a técnica de escuta reflexiva foi importante para que ela se sentisse ouvida, e percebesse que alguém se interessava por sua história.

Outro ponto que merece destaque neste caso, é a redução significativa do número de esquemas desadaptativos, bem como a diminuição dos sintomas depressivos, nos levando a considerar uma melhora cognitiva, ou melhor dizendo, visão de si, visão do outro e visão de futuro. Apesar disso, seu quadro de ansiedade permaneceu elevado, nos levando a associá-lo aos esquemas de abandono e inibição emocional, que ainda se mostravam ativos.

Ainda sobre a diminuição do número de esquemas ao final do tratamento, podemos considerar que a cada sessão quando a terapeuta recebia a paciente com um abraço e lhe dizia o quão feliz estava em vê-la, de forma genuína, a paciente sentia-se acolhida, e quando a elogiava por tocar violão e compor sentia-se validada, fortalecendo a relação terapêutica e enfraquecendo os esquemas, afinal, ser acolhida e validada era um padrão de relacionamento até então desconhecido para Maria Alice. De acordo com Young (2019), agir de forma genuína com o paciente é um dos componentes fundamentais para a reparação parental limitada ou reparentalização. Bem como o uso do “holding”, pois através do abraço do terapeuta é transmitido alto grau de afeto, favorecendo a relação terapêutica e conseqüentemente à obtenção de resultados positivos na terapia. Outro componente da reparação parental limitada citado por Young é a auto revelação. Em alguns momentos durante o tratamento de Maria Alice a terapeuta fez uso de auto revelação, como por exemplo, quando a paciente era desqualificada pela mãe, a terapeuta que também é mãe, disse-lhe que sentiria muito orgulho em ter uma filha como ela, com todas as suas qualidades.

A técnica de exame de evidências se mostrou de grande importância durante o tratamento, principalmente em momentos que Maria Alice falava sobre dificuldades na escola, por se sentir inferior em relação aos colegas e incapaz em relação às atividades escolares. E também quando sua mãe a ofendia durante as brigas lhe chamando de inútil. Através do exame de evidências a paciente se deu conta de que os colegas também tinham suas dificuldades e ela era capaz de fazer coisas que muitos deles não fariam, como por exemplo, tocar um instrumento musical. E em relação à mãe, começou a perceber que a culpa pelas discussões nem sempre eram dela, e que não era uma inútil como a mãe se referia, chegando a considerar que talvez sua mãe necessitasse de tratamento psicológico.

O trabalho com modos foi outro componente muito relevante no tratamento de Maria Alice. Sendo a dificuldade nas relações interpessoais uma das principais queixas da paciente, a nomeação dos modos por Maria Alice foi fundamental para que ela conseguisse agir de forma assertiva nas suas relações. A partir do momento que a adolescente nomeou e começou a entender a funcionalidade de cada modo, adquiriu mais autonomia e assertividade para manejar diferentes situações cotidianas. Podemos pensar que seu polo saudável foi fortalecido através da reparação parental limitada e da relação terapêutica. E a cada sessão quando Maria Alice relatava alguma situação onde ela evocava seu modo saudável para ajudar a resolver a situação, a terapeuta além de elogiá-la, tentava mostrar o quanto ela era capaz de administrar adequadamente as mais diversas situações. Durante o tratamento a paciente relatava que em muitos momentos seu modo raivoso vinha à tona, porém ela aprendeu a acionar o modo saudável para controlar a raiva, como por exemplo, dizer a um amigo o que a desagrada sem quebrar nada ou bater no amigo. Assim como aprendeu a chamar o modo inteligente quando o modo ansioso começava a falar mais alto, indo para seu quarto tocar violão e se concentrar na música, a fim de parar os pensamentos desagradáveis que vinham à mente.

Por parte da “terapeuta iniciante”, houve sempre um forte desejo de ajudar aquela jovem paciente a alcançar sua melhora, como se ela fosse uma “amiga” bem próxima, conseqüentemente ter mais qualidade de vida, concluir seus estudos, ter um padrão de funcionamento saudável para poder se relacionar, desenvolver suas habilidades sociais, autonomia e independência, para que ao alcançar a maioridade pudesse afastar-se daquela família tóxica, em especial da mãe.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de intervenção com terapia do esquema em uma adolescente com funcionamento compatível com transtorno de personalidade borderline se mostrou efetivo para melhora de sintomas depressivos, bem como para a redução expressiva do número de esquemas desadaptativos.

Consideramos *relação terapêutica* e a reparação parental limitada elementos fundamentais deste processo.

Frequentemente na clínica, e demais serviços de saúde, encontramos adolescentes com comportamento autolesivo, muitas vezes combinado ao abuso de álcool e outras drogas, bem como com ideação suicida e relato de forte sentimento de vazio. Diante de tal demanda, consideramos de grande importância explicar sobre o tema, assim como discutir formas de tratamento mais eficazes. A identificação de características do transtorno de personalidade borderline ainda na adolescência possibilita intervenção adequada, tanto psicoterápica quanto farmacológica, e conseqüentemente mais qualidade de vida ao paciente.

Como limite do estudo, aponta-se o delineamento de estudo de caso, que impossibilita a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- [2] BASSO, Lissia Ana. As cinco necessidades emocionais – Terapia do Esquema. **Wainer Psicologia**, 2016. Disponível em: <<https://wainerpsicologia.com.br/blog/?p=990>>. Acesso em 06/06/2018.
- [3] BECK, A. T. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- [4] BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. Apego e Perda – Volume 1. São Paulo: Martins Fontes, 1990. Trabalho originalmente publicado em 1969.
- [5] DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 52-71, June 1999.
- [6] GUERREIRO, Diogo Frasquilho; SAMPAIO, Daniel. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 31, n. 2, p. 204-213, dez. 2013.
- [7] GUNDERSON, J. G.; ZANARINI, M. C.; KISIEL, C. L. Borderline personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. **Journal of Personality Disorders**, v. 5, n. 1, p. 340-352, 1991.
- [8] HERMAN, J. L.; PERRY, J. C.; VAN DE KOLK, B. A. Childhood trauma in borderline personality disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 146, n. 1, p. 490-495, 1989.
- [9] JORDAO, Aline Bedin; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, p. 421-430, Dec. 2010.
- [10] KELLOGG, S. H.; YOUNG, J. E. Schema therapy for borderline personality disorder. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 4, p. 445-458, 2006.
- [11] LINEHAN, M. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: guia do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- [12] MAZER, A. K.; MACEDO, B. B. D.; JURUENA, M. F. Transtornos da personalidade. **Revista de Medicina – USP**, v. 50, n. Supl. 1, p. 85-97, 2017.
- [13] NUNES, Fábio Luiz et al. Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 68-76, dez. 2015.

- [14] OLIVEIRA L. T.; BALZ M. Terapia focada em esquemas no tratamento do transtorno Borderline. **Anais...** XII Semana Universitária e XI Encontro de Iniciação Científica Unifimes, [s. n.], 2017.
- [15] WAINER, Ricardo et al. **Terapia Cognitiva focada em esquemas:** integração em psicoterapia, Porto Alegre: Artmed, 2016.
- [16] YOUNG, J. E. A reparação intensiva e a relação terapêutica na Terapia de Esquema. **Anais...** Congresso Wainer de Psicoterapias Cognitivas, Gramado, RS, 2019.
- [17] YOUNG, J. E.; KOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema:** guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Conceitualização de caso em Terapia do Esquema

2nd Edition

Version 2.22

Nome do terapeuta:	Lucinara	Data:	06 de outubro de 2019
Número de sessões:	24	Meses desde que iniciou o tratamento:	7 meses

I. Informação antecedentes do paciente

Nome / ID do paciente	M.A.	idade:	16
Estado de Relacionamento Atual / Orientação Sexual / Filhos (se houver):	Solteira, pansexual/bisexual, sem filhos		
Maior nível educacional	Cursando ensino fundamental		
Ocupação e Posição	Estudante		

País de Nascimento /
 Filiação Religiosa /
 Grupo Étnico

Brasileira

II. Porque esse paciente está em terapia?

Quais são os principais fatores que motivam o paciente a procurar tratamento? Que aspectos das circunstâncias da vida do paciente, eventos significativos, sintomas / transtornos ou emoções / comportamentos problemáticos estão contribuindo para seus problemas (por exemplo, problemas de saúde, problemas de relacionamento, explosões de raiva, anorexia, abuso de substâncias, dificuldades de trabalho, estágio da vida)?

<p>a. Inicialmente</p>	<p>Procurou terapia por ter dificuldades de falar em público, diz ter crises de ansiedade na escola por apresentar trabalhos, baixo rendimento escolar (está repetindo o ano), não consegue manter relacionamentos interpessoais, dificuldades na relação com a mãe (brigam muito), comportamento autolesivo, dificuldade para controlar a raiva, pensamentos suicidas, insônia. Refere grande tristeza e sentimento de vazio e diz não ter com quem conversar ou muitas vezes não querer falar.</p>
<p>b. Atualmente</p>	

III. Impressão Geral do paciente

Usando linguagem cotidiana, descreva brevemente como o paciente se depara em um sentido global durante as sessões (por exemplo, reservado, hostil, ansioso para agradar, necessitado, articulado, sem emoção). Nota: este item não inclui a discussão da relação terapêutica ou estratégias de mudança.

a. Inicialmente	Ansiosa por melhora e colaborativa.
b. Atualmente	Paciente colaborativa, ansiosa por melhorar.

IV. Perspectiva diagnóstica atual do paciente

A. Diagnósticos principais (inclua o nome e o código para cada transtorno da CID-10):

1.	Depressão Maior	2.	Funcionamento Borderline
3.	Ansiedade Social	4.	

B. Nível atual de funcionamento nas principais áreas de vida:

Avaliei o funcionamento atual do paciente para cada uma das 5 áreas de vida na tabela abaixo. As descrições detalhadas de cada área de vida e a escala de classificação de 6 pontos estão incluídas no Guia de Instruções (1 = Não Funcional / Muito Baixa, 6 = Muito Bom ou Excelente Funcionamento). Na coluna 3, explique brevemente sua justificativa para cada classificação em termos comportamentais. Se o nível anterior de funcionamento do paciente foi significativamente diferente do nível atual, por favor, explique na coluna 3.

Área de vida principal	Pontuação de nível de funcionamento	Explicação ou elaboração
------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Ocupacional ou desempenho escolar	1	Não está conseguindo se manter na escola, não participa das aulas, está repetindo o ano, tem crises de ansiedade no ambiente escolar
Relacionamentos íntimos, românticos e de longo prazo	1	Não consegue se manter num relacionamento, as relações duram no máximo dois meses e mesmo assim com brigas, tem crises de raiva e ansiedade com o parceiro.
Relações familiares	2	Brigas diárias com a mãe, distanciamento da irmã, apenas alguns momentos de conversa com o pai.
Amigos e outras relações sociais	2	Quase nenhuma amiga, e tem evitado situações sociais.
Funcionamento solitário e tempo sozinho	3	Fica sozinha a maior parte do tempo. Às vezes sai com alguns amigos.

V. Principais problemas de vida e sintomas

Para cada grande problema atual da vida ou sintoma / distúrbio psiquiátrico, elabore a natureza do problema e como ele cria dificuldades na vida atual do paciente. Tente evitar a terminologia do esquema ao descrever cada problema ou sintoma.

1. Problema de vida/sintoma:

Dificuldade nas relações interpessoais

Paciente tem dificuldades de manter relacionamentos amorosos, pois não tem paciência com o parceiro e acaba tendo explosões de raiva. Isso também ocorre nas amizades.

2. Problema de vida/sintoma:

Dificuldades em falar em público ou com desconhecidos.

Paciente diz não conseguir mais frequentar a escola por ter que falar para as pessoas e com as pessoas.

3. Problema de vida/sintoma:

Relacionamento familiar

Evita falar com a mãe, pois essa sempre a critica e agride verbalmente. A relação com a irmã é distante, pois diz que a mãe prefere a irmã, e elas não tem muita afinidade. Diz ter uma relação melhor com o pai, que a escuta em alguns momentos.

4. Problema de vida/sintoma:

Comportamento autolesivo

Relata se lesionar para aliviar o sofrimento. Fez isso algumas vezes mas não falou para ninguém até então. Costuma se cortar nos braços e coxas com lâminas.

VI. Infância e adolescência: origem dos problemas atuais

A. Descrição geral da história de vida infantil

Resuma os aspectos importantes da infância e adolescência do paciente que contribuíram para seus problemas, esquemas e modos de vida atuais. Inclua quaisquer experiências problemáticas tóxicas importantes ou circunstâncias da vida (por exemplo, mãe fria, pai verbalmente abusivo, bode expiatório para o casamento infeliz dos pais, padrões irrealisticamente altos, rejeição ou intimidação pelos pares).

M.A. relata que o relacionamento em família sempre foi conturbado, “pois não há diálogo com a mãe, a relação com a irmã também não é boa, lhe restando apenas o pai para conversar” (sic). De acordo com o pai, M.A. foi uma criança que chorava muito, demandando sempre muita atenção, querendo sempre estar no colo do pai, na presença do pai .

Quando perguntada sobre sua infância M.A. diz ter poucas lembranças, mas logo fala de agressões cometidas pela mãe enquanto pai estava fora. Relata ter passado muito tempo sendo cuidada por babás e vizinhas, e fala também da “sensação de abandono” quando os pais a deixavam na escola de educação infantil aos 4 ou 5 anos. A paciente relata em atendimento que a mãe tem um relacionamento melhor com sua irmã do que com ela, fazendo com que M.A. se sinta abandonada, deixada de lado. Não teve problemas na escola em relação ao desempenho até 3 anos atrás, porém seu comportamento em relação aos colegas sempre foi mais tímido, introvertido e evitativo.

B. Necessidades emocionais não satisfeitas

Para os itens 1-3 abaixo, especifique as principais necessidades não atendidas do paciente. Em seguida, explique brevemente como as origens específicas da seção

VI.A. acima levou à necessidade de não ser cumprida. Liste qualquer outra necessidade não atendida no Item 4.

1. Necessidades não atendidas	Afeto, empatia, estabilidade, segurança, cuidado e proteção
Origens	Mãe agressiva, distante, e ausente por longos períodos do dia, Pai ausente, passivo

Necessidades não atendidas	Liberdade de expressão e emoções válidas
Origens	Mãe agressiva, muito crítica, invalidava e inibia suas emoções e comportamentos, criticava seu desempenho

3. Necessidades não atendidas	Autonomia e competência
Origens	Não houve suporte, incentivo por parte dos pais para que a paciente desenvolvesse suas habilidades como a música por exemplo. Ou para que frequentasse regularmente a escola.

4. Necessidades não atendidas	Espontaneidade e lazer
--------------------------------------	------------------------

Origens	A família não tinha momentos de lazer
----------------	---------------------------------------

C. Possíveis fatores temperamentais e biológicos

Liste as facetas do temperamento - e outros fatores biológicos - que podem ser relevantes para os problemas do paciente, os sintomas e o relacionamento terapêutico.

Paciente relata histórico de bipolaridade na família da mãe, uma tia,(irmã da mãe), pai faz uso diário de maconha para “relaxar”, segundo ele. Mãe ansiosa e depressiva.
--

D. Possíveis fatores Culturais, Étnicos e Religiosos

Se relevante, explique como normas e atitudes específicas do histórico étnico, religioso e comunitário do paciente desempenharam um papel no desenvolvimento de seus problemas atuais (por exemplo, pertencerem a uma comunidade que enfatizava excessivamente a concorrência e o status em vez da qualidade de relacionamentos).

.

VII. Esquemas mas relevantes (Atualmente)

Para os itens 1 a 4, selecione os 4 esquemas mais centrais para os problemas atuais da vida do paciente. Primeiro, especifique o nome do esquema. Em seguida, descreva como cada esquema é executado atualmente. Discuta um tipo específico de situação em que o esquema é ativado e descreva as reações do paciente. Que

efeito (s) negativo (s) cada esquema tem no paciente? Listar quaisquer outros esquemas relevantes no Item 5.

1. Específico Esquema Inicial

Desadaptativo :

Privação Emocional

Paciente sente-se carente, sozinha, desamparada. Quando está em casa com a família quase não conversam.

2. Específico Esquema Inicial

Desadaptativo :

Defectividade

Sente-se falha em todas áreas de sua vida. Não acredita em seu potencial como estudante de música.

3. Específico Esquema Inicial

Desadaptativo :

Inibição Emocional

Não consegue expressar suas emoções como gostaria

4. Específico Esquema Inicial

Desadaptativo :

Abandono

Sente-se sozinha, não confia nas pessoas, pensa sempre que o parceiro e os amigos vão abandoná-la, sente muito medo de ficar sozinha.

5. Específico Esquema Inicial Desadaptativo:	Vulnerabilidade a danos ou doenças
No último período, a paciente tem apresentado vários pensamentos catastróficos em relação a acidentes e doenças com ela e seus filhos.	

• 6. Específico Esquema Inicial Desadaptativo :	Isolamento e alienação
Tem dificuldades em falar em público ou com desconhecidos, muitas vezes evita situações sociais, e passa muito tempo sozinha no quarto.	

* no preenchimento do questionário ela pontuou mais alto para padrões

VIII: MODOS MAIS RELEVANTES:

A. MODOS CRIANÇAS

1. CRIANÇA VULNERÁVEL: Modo muito ativo nesta paciente, sente-se, na maior parte do tempo, sozinha, desamparada.

B. MODOS DE ENFRENTAMENTO

1. MODO DE RESIGNAÇÃO:
2. MODO PROTETIVO/EVITATIVO: protetor desligado quando está em casa para evitar conflitos com a mãe

2. MODO HIPER COMPENSATÓRIO:

C. MODOS PAIS DISFUNCIONAIS: pais hipercríticos e punitivos.

D. OUTROS MODOS RELEVANTES

E. MODO ADULTO SAUDÁVEL: deseja muito melhorar, na sessão consegue falar o que sente, tocar violão e escrever.

IX. RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A. REAÇÃO DO TERAPEUTA AO PACIENTE: Paciente bem efetiva e colaborativa, instiga

vontade de ajudar e a paciente afirma que quer que eu a ajude

B. COLABORAÇÃO PARA OBJETIVOS E TAREFAS (pontua, descreva e de que forma poderia ser melhorada).

C. VÍNCULO E REPARARENTALIZAÇÃO LIMITADA: Acredito que eu consigo repararentalizar.

OUTRAS QUESTÕES QUE PODEM AFETAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

X: OBJETIVOS TERAPÊUTICOS: PROGRESSO E OBSTÁCULOS

1. OBJETIVO DA TERAPIA

1. ESQUEMAS E MODOS A SEREM TRABALHADOS. Modo país, críticos, punitivos exigentes internalizados, modo criança zangada, modo criança vulnerável, esquemas de privação emocional, defeito, inibição emocional, abandono, isolamento, pessimismo, autocontrole

2. PROGRESSO E OBSTÁCULOS. Paciente está psicoeducada, entende seus lado críticos e tenta acionar seu lado saudável. Obstáculos: quadro de ansiedade e difícil relação com a mãe, morando na mesma casa acabam brigando diariamente.