

Early maladaptive schemas and schematic modes in chemically dependent women with borderline personality disorder

Objective: Schema Therapy is an integrative and structured approach initially developed for the treatment of personality disorders in chronically-ill patients. The main objective of this study was to investigate the associations of Early Maladaptive Schemas and Schematic Modes in chemical dependent women with comorbid borderline personality disorder. **Methodology:** this is a cross-sectional, documentary and descriptive research. The following evaluation instruments were used: Sociodemographic data sheet; Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V; Structured Clinical Interview for the disorders of the Statistical Manual of Mental Disorder IV; Young's Schema Questionnaire; and Schema Mode Inventory. The general sample was characterized by 35 women, aged between 18 and 62 years old, which originated a subgroup of 17 participants who met the criteria for Borderline Personality Disorder, according to DSM V. **Results:** in the association of Early Maladaptive Schemas, a significance p-value of 0.190 was found in Abandonment, a significance p-value of 0.042 in Defectiveness/Shame and a significance p-value of 0.037 in Dependence/Incompetence, which shows that the mean values presented a significant difference. **Conclusion:** regarding the associations between the Schematic Modes, there was no significant difference across the groups.

Descriptors: Schema Therapy; Psychotherapy; Substance-Related Disorders; Borderline Personality Disorder; Cognitive Behavioral Therapy.

Esquemas iniciales desadaptativos y modos esquemáticos en mujeres con dependencia química y Trastorno Límite de la Personalidad

Objetivo: la terapia de Esquemas es un enfoque integrador y estructurado desarrollado inicialmente para el tratamiento de los trastornos de personalidad en pacientes con enfermedades crónicas. El objetivo principal del presente estudio fue investigar las asociaciones de Esquemas Desadaptativos Iniciales y Modos de Esquema en mujeres, químicamente dependientes, con Trastorno Límite de la Personalidad como enfermedad asociada. **Metodología:** se trata de una investigación transversal, cuantitativa y descriptiva. Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: ficha de datos sociodemográficos; entrevista clínica estructurada para los trastornos del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V; Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de la Personalidad IV; Cuestionario de Esquemas de Young; e Inventario de Modos de Esquema. La muestra general estuvo caracterizada por 35 mujeres, entre 18 y 62 años, que dieron origen a un subgrupo de 17 mujeres que cumplían con los criterios del trastorno límite de la personalidad. **Resultados:** en la asociación de esquemas desadaptativos iniciales se encontró una significancia $p' 0,190$ en abandono, una significancia $p' 0,042$ en defectividad/vergüenza y una significancia $p' 0,037$ en dependencia/incompetencia, lo que demuestra que los promedios presentaron diferencia significativa. **Conclusión:** en cuanto a las asociaciones entre los Modos Esquemáticos, no hubo diferencia significativa entre los grupos.

Descriptores: Terapia de Esquemas; Psicoterapia; Trastornos Relacionados con Sustancias; Trastorno Límite de la Personalidad; Terapia Cognitivo-Conductual.

Introdução

A Terapia do Esquema (TE) é compreendida como uma abordagem que inicialmente tinha como foco de tratamento os transtornos mentais em pacientes crônicos⁽¹⁾. A TE engloba conceitos como os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs); são 18 padrões amplos e difusos de memórias, emoções e sensações que se originam principalmente nas experiências da infância, que tendem a se tornarem rígidos na adultez, e são divididos em cinco Domínios⁽¹⁾.

O primeiro domínio denominado de Desconexão e Rejeição está relacionado aos esquemas de abandono, desconfiança, privação emocional, vergonha e isolamento. O segundo domínio se refere a Autonomia e Desempenho Prejudicados, no qual está relacionado aos esquemas de dependência, vulnerabilidade, emaranhamento e fracasso. O terceiro domínio são os Limites Prejudicados, onde são apresentados vinculados aos esquemas de merecimento e grandiosidade, autocontrole e autodisciplina insuficiente. O quarto domínio, Orientação para o Outro, é caracterizado pelos esquemas de subjugação e autossacrifício. Por fim, o quinto domínio é o de Supervigilância e Inibição definido pelos esquemas de negativismo e pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis e caráter punitivo⁽¹⁾.

Uma forma de entender uma composição de EIDs é pela caracterização de Modos Esquemáticos (ME), os quais são padrões de estados emocionais e respostas de enfrentamento ativadas, dependendo do momento e eventos experienciados⁽¹⁻²⁾.

As taxas de Transtornos Mentais graves e persistentes, como por exemplo, o Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) e o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), são consideradas fortemente incapacitantes e, por isso, surge a necessidade de se pensar em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde mental, já que podem ser consideradas um dos principais problemas de saúde no país⁽³⁾.

A dependência química, denominada Transtorno por Uso de Substâncias, no DSM-5, caracteriza-se, em termos gerais, por um padrão problemático de uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos⁽⁴⁾.

Segundo o DSM-5, o Transtorno de Personalidade *Borderline* está relacionado a um padrão difuso de instabilidade em diferentes aspectos da vida do indivíduo e que surge no início da adultez⁽⁴⁾. A prevalência média é estimada em 1,6% na população e pode chegar a 5,9%. Quanto ao curso do TPB, o padrão mais comum é haver instabilidade crônica no início da vida adulta, com a presença de episódios graves de descontrole afetivo e impulsivo, mais prejuízos e risco de suicídio entre os adultos jovens⁽⁴⁾.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi averiguar as associações de Esquemas Iniciais Desadaptativos e

Modos Esquemáticos em mulheres dependentes químicas com o TPB em comorbidade.

Metodologia

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal, quantitativo e descritivo⁽⁵⁾ que buscou averiguar as associações de Esquemas Iniciais Desadaptativos e Modos Esquemáticos em mulheres dependentes químicas com o TPB em comorbidade.

Participantes

A amostra do presente estudo foi composta por 35 mulheres que apresentavam o diagnóstico de TUS; as quais originaram um subgrupo de 17 participantes, tendo o TPB em comorbidade, com idade a partir de 18 anos e nível de escolaridade mínima: Ensino Fundamental Completo.

Critérios de seleção

Foram incluídas na amostra clínica apenas mulheres que estavam realizando tratamento em internação para o TUS. Além disso, considerou-se como critérios de inclusão: a) ter idade mínima a partir de 18 anos; b) Ensino Fundamental Completo; e, c) com e sem TPB em comorbidade. Foram excluídas as participantes que apresentaram dificuldades de entendimento e/ou compreensão para responder o protocolo de pesquisa, por estarem sob efeito de medicação (apontado pela equipe do local de tratamento), com sintomas psicóticos ou se apresentassem dificuldades neurocognitivas de entendimento dos instrumentos utilizados.

Instrumentos do protocolo de coleta

Foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Ficha de dados sociodemográficos, b) Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV), c) Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos de Personalidade do DSM IV (SCID-II), d) Questionário de Esquemas de Young – Versão breve (YSQ-S3) e, e) Inventário de Modos Esquemáticos (SMI).

Procedimento para coleta dos dados

As participantes que se dispuseram a colaborar com a pesquisa assinaram devidamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, tanto na versão online quanto física; além de responder/preencher os instrumentos para coleta de dados de modo individual. Para mais, os integrantes da pesquisa que auxiliaram no processo de preenchimento garantiram que os participantes recebessem todas as informações necessárias para não restarem dúvidas sobre sua participação. As coletas foram realizadas entre o mês de julho a novembro do ano de 2021.

Análise dos dados

Os dados foram processados no *software* IBM-SPSS (*International Business Machines-Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 24, por meio de estatística descritiva para caracterização da amostra, avaliando as distribuições absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Depois de quantificados os dados e reconhecidas as características gerais da amostra, procedeu-se ao exame das médias obtidas a partir do YSQ-S3 e do SMI. As comparações dos 18 EIDs e dos 10 MEs, foram realizadas a partir do Teste t de Student, para amostras independentes. Esse teste é baseado na distribuição de normalidade, de modo que, os dados quantitativos gerados da análise foram testados *quanto* à aderência ao pressuposto de Distribuição Normal⁽⁶⁾.

Aspectos éticos

Esse projeto faz parte de um estudo maior, denominado "Evidências psicométricas de questionários

da Terapia do Esquema para uso no Brasil", portanto, tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), com CAAE: 80925517.0.0000.5336 e parecer de aprovação de nº: 2.558.868. As participantes do estudo tiveram acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido antes da coleta de dados, após a leitura dele e explicação de alguns trechos, assinaram-no por livre e espontânea vontade, dando início, assim, ao processo de coleta de dados de modo presencial.

Resultados

A amostra final foi composta por n=35, sendo todas mulheres portadoras do TUS. A partir dessa amostra, dois grupos surgiram, sendo o primeiro composto por 18 mulheres com o TUS sem o TPB e o segundo, por 17 mulheres portadoras do TUS, com a comorbidade do TPB.

Conforme os objetivos propostos nesta pesquisa e na referida amostra, foi possível observar os seguintes resultados, com relação às médias dos EIDs (Tabela 1).

Tabela 1 - Médias e desvio padrão de Esquemas Iniciais Desadaptativos em mulheres com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) sem Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) (n=18) e em mulheres com TUS com TPB (n=17). Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

	Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>	Número	M [±] DP [†]	Erro padrão da média
Média	Sim	17	2,34±1,06	0,25882
Privação Emocional	Não	18	2,22±1,00	0,23702
Média	Sim	17	4,37±0,95	0,23192
Abandono	Não	18	3,77±1,61	0,38019
Média	Sim	17	3,62±1,15	0,28
Desconfiança/Abuso	Não	18	3,40±1,33	0,31
Média	Sim	17	2,8706±0,85	0,20
Isolamento/Alienação	Não	18	3,0444±1,36	0,32
Média	Sim	17	2,42±1,19	0,29
Defectividade/Vergonha	Não	18	1,73±0,57	0,13
Média	Sim	17	3,07±1,33	0,32
Fracasso	Não	18	2,70±0,96	0,22
Média	Sim	17	2,97±1,21	0,29
Dependência/ Incompetência	Não	18	2,18±0,91	0,21
Média	Sim	17	3,70±1,26	0,30
Vulnerabilidade ao Dano/Doença	Não	18	3,10±1,31	0,26
Média	Sim	17	3,43±1,22	0,29
Emaranhamento	Não	18	3,31±1,68	0,39
Média	Sim	17	3,37±1,27	0,30
Subjugação	Não	18	3,53±1,27	0,30
Média	Sim	17	4,30±0,98	0,23
Autossacrifício	Não	18	4,50±0,75	0,17
Média	Sim	17	2,82±1,07	0,26
Inibição Emocional	Não	18	3,11±1,55	0,36
Média	Sim	17	4,08±0,91	0,22
Padrões Inflexíveis	Não	18	4,08±0,93	0,22
Média	Sim	17	3,64±0,94	0,22
Arrogo/ Grandiosidade	Não	18	3,37±1,13	0,26
Média	Sim	17	3,72±1,22	0,29
Autocontrole/ Autodisciplina Insuficientes	Não	18	3,47±1,29	0,30
Média	Sim	17	3,88±1,34	0,32
Busca de Aprovação/Reconhecimento	Não	18	3,86±1,20	0,28
Média	Sim	17	3,65±0,98	0,23
Negativismo/Pessimismo	Não	18	3,21±1,02	0,24
Média	Sim	17	3,23±0,88	0,21
Postura Punitiva	Não	18	2,92±1,30	0,30

*M = Média; †DP = Desvio padrão

O EID que apareceu com maior pontuação ocorreu no grupo de mulheres com o TUS sem o TPB, sendo o de "Autossacrifício", $M=4,50$, e $M=4,30$, no grupo de mulheres com o TUS e com o TPB. O segundo EID observado foi "Padrões Inflexíveis", com pontuações muito semelhantes em ambos os grupos, sendo de $M=4,0889$ para o grupo de usuárias sem o TPB, e $M=4,0824$ para o grupo de dependentes químicas com o TPB.

Por fim, o EID de "Abandono" apareceu com maior intensidade no grupo de dependentes químicas

com o TPB sendo de $M=4,3765$, em comparação com $M=3,7778$ no grupo de usuárias sem o TPB.

Com relação à comparação entre os grupos para os EIDs, obtivemos as seguintes significâncias: $p' 0,190$ do EID de "Abandono", uma significância $p' 0,042$ do EID de "Defectividade/Vergonha" e uma significância $p' 0,037$ no EID de "Dependência/Incompetência", o que mostra que as médias nesses EIDs, apresentaram diferenças significativas importantes, as quais podem ser observadas nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 - Teste de amostras independentes de Esquemas Iniciais Desadaptativos em mulheres com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) sem Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) ($n=18$) e em mulheres com TUS com o TPB ($n=17$). Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste t' para igualdade de médias				Intervalo de confiança de 95% da diferença		
		F [†]	Significância	t'	Grau de liberdade	Significância (Bicaudal)	Média da diferença	Erro padrão da diferença	Diminuição	Aumento
Média Privação Emocional	Igual variância assumida	0,177	0,677	0,910	33	0,369	0,31895	0,35034	-0,39382	1,03173
	Igual variância não assumida			0,909	32,546	0,370	0,31895	0,35096	-0,39545	1,03336
Média Abandono	Igual variância assumida	7,526	0,010	1,325	33	0,194	0,59869	0,45168	-0,32026	1,51765
	Igual variância não assumida			1,344	27,901	0,190	0,59869	0,44535	-0,31371	1,51109
Média Desconfiança / Abuso	Igual variância assumida	0,767	0,387	0,529	33	0,601	0,22353	0,42286	-0,63680	1,08385
	Igual variância não assumida			0,531	32,800	0,599	0,22353	0,42117	-0,63354	1,08060
Média Isolamento/ Alienação	Igual variância assumida	3,352	0,076	-0,447	33	0,657	-0,17386	0,38856	-0,96439	0,61668
	Igual variância não assumida			-0,453	28,788	0,654	-0,17386	0,38361	-0,95867	0,61096
Média Defectividade/ Vergonha	Igual variância assumida	9,540	0,00	2,191	33	0,036	0,69020	0,31502	0,4929	1,33110
	Igual variância não assumida			2,151	22,777	0,042	0,69020	0,32084	0,02612	1,35427
Média Fracasso	Igual variância assumida	1,479	0,233	0,942	33	0,353	0,37059	0,39342	-0,42982	1,17100
	Igual variância não assumida			0,933	29,032	0,358	0,37059	0,39707	-0,44147	1,18264
Média Dependência/ Incompetência	Igual variância assumida	2,181	0,149	2,179	33	0,037	0,78758	0,36152	0,05206	1,52310
	Igual variância não assumida			2,161	29,653	0,039	0,78758	0,36451	0,04278	1,53237
Média Vulnerabilidade ao Dano/ Doença	Igual variância assumida	0,138	0,713	1,494	33	0,145	0,60588	0,40562	-0,21937	1,43113
	Igual variância não assumida			1,489	32,064	0,146	0,60588	0,40697	-0,22302	1,43478

[†]t = Student de amostras independentes; [†]F = Estatística entre duas variâncias

Tabela 3 - Teste de amostras independentes de Esquemas Iniciais Desadaptativos em mulheres com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) sem Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) ($n=18$) e em mulheres com TUS com o TPB ($n=17$). Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste t' para igualdade de médias				Intervalo de confiança de 95% da diferença		
		F [†]	Significância	t'	Grau de liberdade	Significância (Bicaudal)	Média da diferença	Erro padrão da diferença	Diminuição	Aumento
Média Emaranhamento	Igual variância assumida	2,823	0,102	0,248	33	0,805	0,12418	0,50024	-0,89355	1,14192
	Igual variância não assumida			0,250	31,076	0,804	0,12418	0,49576	-0,88683	1,13520

(continua na próxima página...)

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste t' para igualdade de médias				Intervalo de confiança de 95% da diferença		
		F ^t	Significância	t'	Grau de liberdade	Significância (Bicaudal)	Média da diferença	Erro padrão da diferença	Diminuição	Aumento
Média Subjugação	Igual variância assumida	0,046	0,832	-0,364	33	0,718	-0,15686	0,43098	-1,03371	0,71998
	Igual variância não assumida			-0,364	32,907	0,718	-0,15686	0,43091	-1,03365	0,71993
Média Autossacrifício	Igual variância assumida	0,840	0,366	-0,654	33	0,517	-0,19412	0,29665	-0,79765	0,40942
	Igual variância não assumida			-0,649	30,021	0,521	-0,19412	0,29891	-0,80456	0,411632
Média Inibição Emocional	Igual variância assumida	3,779	0,060	-0,634	33	0,530	-0,28758	0,45362	-1,21048	0,63532
	Igual variância não assumida			-0,641	30,341	0,527	-0,28758	0,44895	-1,20404	0,62887
Média Padrões Inflexíveis	Igual variância assumida	0,049	0,826	-0,21	33	0,983	-0,0654	0,31343	0,64421	0,63113
	Igual variância não assumida			-0,21	32,966	0,983	-0,0654	0,31318	-0,64373	0,63066
Média Arrogo/Grandiosidade	Igual variância assumida	0,680	0,415	0,761	33	0,452	0,26928	0,35379	0,45052	0,98908
	Igual variância não assumida			0,765	32,552	0,450	0,26928	0,36197	-0,44719	0,98575
Média Autocontrole/Autodisciplina	Igual variância assumida	0,006	0,939	0,590	33	0,559	0,25163	0,42620	-0,61547	1,11873
	Igual variância não assumida			0,591	32,999	0,558	0,25163	0,42552	-0,61049	1,11736
Média Busca Aprovação/Reconhecimento	Igual variância assumida	0,501	0,484	0,036	33	0,971	0,01569	0,43104	-0,86127	0,89264
	Igual variância não assumida			0,036	32,081	0,971	0,01569	0,43245	-0,86509	0,89647
Média Negatividade/Pessimismo	Igual variância assumida	0,046	0,831	1,319	33	0,196	0,44771	0,33932	-0,24264	1,13806
	Igual variância não assumida			1,321	32,990	0,196	0,44771	0,33891	-0,24181	1,13723
Média Postura Punitiva	Igual variância assumida	3,456	0,072	0,827	33	0,414	0,31307	0,37876	-0,45752	1,08366
	Igual variância não assumida			0,836	30,089	0,410	0,31307	0,37470	-0,45207	1,07822

*t = Student de amostras independentes; *F = Estatística entre duas variâncias

Com relação aos resultados, pode-se observar no EID de "Abandono" o "p" de 0,010. Nesse sentido, o teste "t" gerou um valor de "p" de 0,190, o que indica que não existem diferenças significativas entre as médias. No esquema de "Defectividade e Vergonha", o "p" foi de 0,004. Nesse sentido, o teste "t" gerou um valor "p" de 0,042 o que indica que existem diferenças

significativas entre as médias. Por fim, com relação ao EID "Dependência/Incompetência" o "p" foi de 0,149. O teste "t" gerou um valor "p" de 0,037, o que indica que existem diferenças significativas entre as médias.

A partir disso, a tabela a seguir apresenta as médias encontradas nos Modos da amostra em questão (Tabela 4).

Tabela 4 - Médias e desvio padrão de Modos Esquemáticos em mulheres com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) sem Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) (n=18) e em mulheres com TUS com o TPB (n=17). Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

	<i>Borderline</i>	Número	M [±] DP ^t	Erro padrão média
Média Criança Vulnerável	Sim	17	2,74±1,29	0,31
	Não	18	2,42±1,03	0,24
Média Criança Zangada	Sim	17	2,38±0,88	0,21
	Não	18	2,47±0,87	0,20
Média Criança Impulsiva	Sim	17	3,13±1,11	0,27
	Não	18	2,86±1,29	0,30
Média Criança Indisciplinada	Sim	17	3,28±1,09	0,26
	Não	18	2,87±1,12	0,30
Média Autoengrandecedor	Sim	17	2,44±0,89	0,21
	Não	18	2,32±0,80	0,18

(continua na próxima página...)

	<i>Borderline</i>	Número	M [±] DP [†]	Erro padrão média
Média	Sim	17	2,07±0,59	0,14
Intimidação e Ataque	Não	18	1,89±0,46	0,10
Média	Sim	17	2,37±0,60	0,14
Pais Punitivos	Não	18	2,07±0,47	0,11
Média	Sim	17	4,10±0,57	0,13
Pais Exigentes/Críticos	Não	18	4,26±0,89	0,21
Média	Sim	17	4,40±0,85	0,20
Adulto Saudável	Não	18	4,64±0,79	0,18
Média	Sim	17	3,71±1,10	0,26
Criança Feliz	Não	18	4,10±1,04	0,24

*M = Média; †DP = Desvio padrão

De acordo com a tabela acima, percebe-se que o ME que apareceu com maior pontuação, foi o "Adulto Saudável", sendo que no grupo de mulheres com o TUS e com o TPB, a média foi de 4,4059. Já no grupo de mulheres usuárias de substâncias sem o TPB, a média foi de 4,6444. Com relação à pontuação do modo "Pais Exigentes/Críticos", a média na amostra de usuárias de substâncias com o TPB foi de 4,1000. Já na amostra de usuárias de substâncias sem o TPB, verificou-se uma

média de 4,2667. O último modo com maior pontuação foi o de "Criança Feliz", o qual apresentou uma média de 3,7118 para mulheres usuárias de substâncias com o TPB, e uma média de 4,1000, para o grupo de usuárias sem o TPB.

Com relação à comparação entre os grupos para os Modos Esquemáticos (MEs), os mesmos não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Teste t* de amostras independentes Modos Esquemáticos em mulheres com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) sem Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) (n=18) e em mulheres com TUS com o TPB (n=17). Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste t* para igualdade de médias				Intervalo de confiança de 95% da diferença		
		F [†]	Significância	t*	Grau de liberdade	Significância (Bicaudal)	Média da diferença	Erro padrão da diferença	Diminuição	Aumento
Média Criança Vulnerável	Igual variância assumida	2,414	0,130	0,807	33	0,426	0,31928	0,39571	-0,48581	1,12437
	Igual variância não assumida			0,802	30,683	0,429	0,31928	0,39826	-0,49331	1,13187
Média Criança Zangada	Igual variância assumida	0,052	0,820	0,034	33	,973	0,01013	0,29730	0,59473	0,61499
	Igual variância não assumida			0,034	32,846	0,973	0,01013	0,29738	-0,59500	0,61527
Média Criança Impulsiva	Igual variância assumida	0,387	0,538	0,666	33	,510	0,27306	0,40999	-0,56107	1,10718
	Igual variância não assumida			0,669	32,717	0,508	0,27306	0,40816	-0,55763	1,10375
Média Criança Indisciplinada	Igual variância assumida	0,000	0,996	1,078	33	0,289	0,40468	0,37533	-0,35892	1,16829
	Igual variância não assumida			1,079	32,954	0,2888	0,40468	0,37509	-0,35847	1,16784
Média Auto engrandecimento	Igual variância assumida	0,052	0,821	0,414	33	0,681	0,11895	0,28717	-0,46529	0,70320
	Igual variância não assumida			0,413	32,146	0,682	0,11895	0,28805	-0,46768	0,70559
Média Intimidação e Ataque	Igual variância assumida	1,167	0,288	1,019	33	0,316	0,18337	0,17992	-0,18267	0,54941
	Igual variância não assumida			1,012	30,089	0,320	0,18337	0,18127	-0,18678	0,55352
Média Pais Punitivos	Igual variância assumida	1,188	0,284	1,608	33	0,117	0,29281	0,18209	-0,07766	0,66328
	Igual variância não assumida			1,597	30,383	0,121	0,29281	0,18336	-0,08147	0,66709
Média Pais Exigentes/ Críticos	Igual variância assumida	2,675	0,111	-0,650	33	0,520	-0,16667	0,25649	-0,68849	0,35516
	Igual variância não assumida			-0,658	29,079	0,516	-0,16667	0,25333	-0,68472	0,35138

(continua na próxima página...)

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste t* para igualdade de médias				Intervalo de confiança de 95% da diferença		
		F†	Significância	t*	Grau de liberdade	Significância (Bicaudal)	Média da diferença	Erro padrão da diferença	Diminuição	Aumento
Média Adulto Saudável	Igual variância assumida	0,395	0,534	-0,857	33	0,398	-0,23856	0,27848	-0,80512	0,32800
	Igual variância não assumida			-0,855	32,419	0,399	-0,23856	0,27909	-0,80677	0,32964
Média Criança Feliz	Igual variância assumida	0,009	0,923	-1,068	33	0,293	-0,38824	0,36367	-1,12813	0,35166
	Igual variância não assumida			1,066	32,536	0,294	-0,38824	0,36432	-1,12985	0,35383

*t = Student de amostras independentes; †F = Estatística entre duas variâncias

Os EIDs podem estar relacionados com psicopatologias diversas, sendo importante salientar que estes também estão relacionados com diversos sintomas psicopatológicos, confirmando que determinados esquemas aumentam as fragilidades psicológicas⁽⁷⁾.

Nesse sentido, a pesquisa avaliou a especificidade entre alguns EIDs, em conjunto com as características dos transtornos associados, justificando a ideia de que os EIDs são traços estáveis que acontecem com diferentes ativações, de acordo com cada situação e momentos específicos⁽⁸⁾.

Acontecimentos e vivências dos indivíduos no momento atual podem estar associados à ativação de esquemas específicos, os quais apresentam distinção de acordo com cada situação, inclusive para o momento de aplicação do YSQ-S3 e do SMI. Essas variáveis foram observadas considerando o contexto de internação em clínicas de dependência química, o que pode significar uma influência importante com relação aos resultados, por serem variáveis difíceis de serem objetivadas, configurando-se em uma limitação importante do artigo. Além disso, destacam-se as limitações estatísticas relacionadas ao tamanho da amostra frente ao grande número de EIDs. Um estudo comenta que amostras menores dificultam a fidedignidade dos resultados⁽⁹⁾. A desconsideração de fatores qualitativos como a história pregressa, diferenciais de histórias de vida atuais, ou outras questões, que podem influenciar a forma de responder aos questionários, também podem ser consideradas como outra limitação⁽⁹⁾.

Discussão

A partir dos resultados encontrados pode-se observar com relação aos esquemas iniciais desadaptativos uma pontuação importante no EID de "Autossacrifício", o qual está relacionado a indivíduos que apresentam foco excessivo em voluntariamente atender às necessidades dos outros em situações cotidianas. Com relação ao EID de "Abandono", a maior incidência desse EID em mulheres com o TUS, e que apresentam o TPB em comorbidade,

pode ser explicada de acordo com autores que salientam que pessoas que apresentam esse esquema possuem a sensação de que pessoas queridas que fazem parte de suas vidas não participem mais, devido ao fato de serem emocionalmente imprevisíveis⁽¹⁾.

No estudo de comparação o esquema de abandono/ instabilidade obteve uma pontuação importante. O mesmo faz parte do primeiro domínio, chamado de "Desconexão e Rejeição". Pacientes com esquemas neste domínio apresentam dificuldades em formar vínculos seguros com outras pessoas, além de acreditarem que as suas necessidades de segurança, cuidado, amor, pertencimento e estabilidade não serão atendidas⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, a ocorrência de uma média alta desse EID pode ser explicada devido às características gerais da amostra em questão, a qual caracteriza-se como sendo de mulheres usuárias de substâncias e que apresentam o TPB em comorbidade. De acordo com o DSM-5, pessoas que apresentam o TPB apresentam esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado, além de comportamentos impulsivos em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas, como abuso de substâncias e gastos excessivos, por exemplo⁽⁵⁾.

O EID de "Abandono" também faz menção ao sentimento de que se é falho, inferior e ruim, a ponto de não ser digno de receber amor de outras pessoas. Esse EID, em alguns casos, envolve uma sensação de vergonha com relação aos próprios defeitos percebidos⁽¹⁰⁾. Uma pontuação alta nesse EID pode se relacionar ao fato de que mulheres usuárias de substâncias lidam em seu cotidiano com as consequências de se romper com o estereótipo de feminilidade, associado à passividade e aos cuidados domésticos. Como resultado desse rompimento, vivenciam uma condenação social, e de base moral, transpassada pelas questões de gênero, o que pode resultar em sentimentos de inadequação, seguidos de uma sensação de vergonha perante a família, filhos e a sociedade como um todo⁽¹¹⁻¹²⁾.

O EID de "Dependência/Incompetência" faz parte do segundo domínio chamado de Autonomia e Desempenho Prejudicados. Pacientes com esquemas neste domínio apresentam, expectativas sobre si próprios e sobre o

mundo, que acabam por prejudicar a capacidade de diferenciação das figuras paternas e maternas e, com isso, apresentam dificuldades de funcionar de forma mais independente⁽¹⁰⁾.

Com relação aos modos esquemáticos foi possível observar que ocorreram pontuações altas no modo "Adulto Saudável", o qual caracteriza-se por um comportamento dos indivíduos como um adulto, cujas necessidades emocionais foram atendidas⁽²⁾. O modo "Adulto Saudável" é extremamente frágil e pouco desenvolvido na maioria dos pacientes com o TPB, especialmente no início do tratamento⁽¹⁰⁾. Contudo, compreendemos que os modos são temporários e os pacientes com TPB passam de forma contínua de um modo a outro, como resposta aos eventos em suas vidas; essas mudanças também podem acontecer de forma instantânea. Além disso, o tempo de tratamento das usuárias pode ter contribuído na ativação desse modo, bem como o contexto no qual foi aplicado o questionário.

Já o modo "Pais Exigentes/Críticos" também pontuou de forma significativa. Esse modo caracteriza-se por sentimentos de ser perfeito ou ter grandes realizações, além de colocar as necessidades dos outros acima das suas, evitar perder tempo e manter tudo em ordem⁽¹³⁾. Nesse sentido, atitudes de engrandecimento e arrogância acabam se destacando e sendo fixadas como estímulos que possam prevenir um possível controle pelos outros. Um estudo compreendeu que a busca pelo controle envolve a manipulação de pessoas ao seu redor, incluindo intimidações, agressões e ameaças, questões que podem ser observadas em usuárias de substâncias⁽¹⁴⁾.

Outro modo que obteve uma média importante foi o modo "Criança Feliz", no qual o indivíduo sente-se satisfeito, valorizado, cuidado, acolhido, aceito, compreendido, validado entre outros fatores⁽¹³⁾. Os Modos Criança apresentam a necessidade da expressão básica das emoções, as quais são únicas para cada indivíduo, além de fazer parte da fundamentação das necessidades de cada pessoa. Essas expressões perpassam o autocontrole, a necessidade de emoções válidas, a liberdade de expressão, o sentimento de liberdade, além de competência e limites realistas⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, uma pontuação alta nesse modo pode ser mais bem explicada, devido aos movimentos que aconteciam durante as aplicações dos questionários. Enquanto algumas pacientes respondiam aos mesmos de forma evitativa, não querendo falar muito sobre as suas questões, outras acabavam adotando uma postura colaborativa, o que era visivelmente observado durante a aplicação dos mesmos. É importante salientar que, antes da aplicação, sempre era realizado um movimento introdutório, com o intuito de sanar as dúvidas que poderiam surgir, o que pode ter contribuído de forma positiva para a liberdade de

expressão. Vale salientar que para a ativação dos EIDs conceitualmente a pontuação deve ser acima de 5,0.

Com relação às associações entre os Modos Esquemáticos, o presente estudo mostrou que não houve diferença significativa entre os grupos.

Conclusão

Após a compreensão do funcionamento da terapia do esquema e dos resultados encontrados na pesquisa, percebe-se a importância de novos estudos na área para a investigação e tratamento de transtornos comórbidos e de personalidade, pois os conceitos apresentados pela abordagem, compreendem todo o contexto que envolve o paciente com determinado transtorno, permitindo um entendimento amplo sobre o funcionamento individual do mesmo.

Ademais, os resultados deste estudo também demonstram a importância do reconhecimento das características singulares de mulheres usuárias de substâncias, pois questões relacionadas ao gênero perpassam o cotidiano das mesmas. Desta forma, a busca de novas formas de vinculação e tratamento com essa população é fundamental.

Referências

1. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME, Costa RC. Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed; 2021.
2. Rafaeli E. Schema Therapy. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, organizators. Encyclopedia of Personality and Individual Differences [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2022 Sep 19]. p. 4559–64. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-24612-3_943
3. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. The Burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 19];20:191-204. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/SJbmVzZy3tD7dk3NDmYZmDq/abstract/?lang=pt>
4. American Psychiatric Association, organizator. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
5. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Penso Editora; 2021.
6. Alves MC. Proc ttest: comparando duas médias [Internet]. Piracicaba; 2016 [cited 2022 Sep 19]. Available from: http://cmq.esalq.usp.br/wiki/lib/exe/fetch.php?media=publico:syllabvs:lcf5759:proc_ttest_teste_de_hipoteses.pdf

7. Ferreira AMRM. Esquemas precoces maladaptativos e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas na adolescência [Thesis]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2020 [cited 2022 Sep 19]. Available from: <https://www.proquest.com/openview/1c43619a6a729818bdefa2013e9894df/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
8. Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol Psychother*. 2016 Dec 30;90(3):456-79. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
9. Falcone EMO, Ventura PR. Entrevista com Dr. Jeffrey Young. *Rev Bras Ter Cogn*. 2008;4(1). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20080010>
10. Bach B, Bernstein DP. Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2019 Jan [cited 2022 Sep 19];32(1):38-49. Available from: <https://journals.lww.com/00001504-201901000-00008>
11. Sharma V, Sarna A, Tun W, Saraswati LR, Thior I, Madan I, et al. Women and substance use: a qualitative study on sexual and reproductive health of women who use drugs in Delhi, India. *BMJ Open*. 2017;7(11):e018530. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018530>
12. Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF. Women in the context of the drugs: social representations of users in treatment. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 19];27(suppl 1):439-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2017000400439&lng=pt&tng=pt
13. Koppers D, Van H, Peen J, Alberts J, Dekker J. The influence of depressive symptoms on the effectiveness of a short-term group form of Schema Cognitive Behavioural Therapy for personality disorders: a naturalistic study. *BMC Psychiatry*. 2020 Jun 1;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02676-z>
14. Neufeld CB, Peron S. A terapia cognitivo-comportamental em grupos com crianças e adolescentes: desafios e estratégias. *J Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2018 Jul [cited 2022 Jun 17];9(2):233-45. Available from: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2722/2953>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Larissa Biassek Sberse. **Obtenção de dados:** Larissa Biassek Sberse, Andressa Celente De Ávila, Carolina Del Pino Carvalho, Eduarda Baldissera Rospide, Bárbara Stein Alexandre. **Análise e interpretação dos dados:** Larissa Biassek Sberse, Andressa Celente De Ávila, Carolina Del Pino Carvalho, Eduarda Baldissera Rospide, Bárbara Stein Alexandre, Margareth Da Silva Oliveira. **Análise estatística:** Larissa Biassek Sberse, Andressa Celente De Ávila, Carolina Del Pino Carvalho, Eduarda Baldissera Rospide, Margareth Da Silva Oliveira. **Redação do manuscrito:** Larissa Biassek Sberse, Bárbara Stein Alexandre, Margareth Da Silva Oliveira. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Larissa Biassek Sberse, Andressa Celente De Ávila, Carolina Del Pino Carvalho, Eduarda Baldissera Rospide, Bárbara Stein Alexandre, Margareth Da Silva Oliveira.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.


Recebido: 17.06.2022

Aceito: 05.04.2023

Autor correspondente:

Larissa Biassek Sberse

E-mail: larissa.biassek1@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6251-2659>

Copyright © 2023 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.