

CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES METROPOLITANAS
UNIDAS - FMU

RENAN PULÉO BARELA

A relação do autocrítico presente na sintomatologia depressiva com os esquemas iniciais desadaptativos: Um ensaio teórico de intersecções entre duas teorias

São Paulo
2018

RENAN PULÉO BARELA

A relação do autocrítico presente na sintomatologia depressiva com os esquemas iniciais desadaptativos: Um ensaio teórico de intersecções entre duas teorias

Trabalho de Conclusão de Curso realizado no Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas para obtenção do título de Psicólogo; orientados pelos: Prof. Ms Catalina Naomi Kaneta e Prof. Ms Catalina Naomi Kaneta (Docente de Metodologia).

São Paulo
2018

Sumário

Resumo	3
Palavras chaves.	3
Abstract	3
Key Words	3
1. Introdução	4
1.2 O Autocriticismo e a depressão	5
1.2.1 Da ancestralidade ao autocriticismo psicopatológico.....	5
1.2.2 O Autocriticismo e suas funções	8
1.3 Os esquemas desadaptativos Remotos	9
1.3.1 Desconfiança/abuso	10
1.3.2 Privação emocional	11
1.3.3 Defectividade/vergonha	11
1.3.4 Isolamento social/alienação	11
1.3.5 Vulnerabilidade ao dano ou à doença.....	12
1.3.6 Fracasso	12
Objetivo	13
Método	14
2. Caso Clínico de Transtorno Depressivo Maior Episódio Recorrente.....	14
2.1 Escalas, Inventários de Auto Resposta e resultados.....	18
3. Discussão	26
3.1 A relação dos domínios esquemáticos I e II com as formas do autocriticismo.....	26
3.2 O Autocriticismo na sintomatologia depressiva como consequência dos esquemas iniciais desadaptativos.....	32
3.3 A neurobiologia dos esquemas versus a neurobiologia das mentalidades sociais	36
3.4 Autocompaixão, autotranquilização e adulto saudável	39
Considerações finais.....	42
Referências Bibliográficas.....	44

Resumo

Este trabalho de conclusão de curso busca produzir um ensaio teórico-reflexivo acerca da relação de condições para formação do autocrítico psicopatológico segundo a teoria de Paul Gilbert com os esquemas iniciais desadaptativos presentes nos domínios Desconexão/Rejeição e Autonomia/Desempenho prejudicados da teoria de Jeffrey Young para melhor entendimento da sintomatologia depressiva e como estas duas teorias podem cruzar-se para melhor compreensão destes fenômenos.

Palavras chaves: Autocrítico, sintomatologia, depressão, esquemas, desadaptativos, desconexão, rejeição, autonomia, desempenho, prejudicados.

Abstract

This dissertation seeks to produce a theoretical-reflexive essay about the relationship of conditions to the formation of psychopathological self-criticism according to Paul Gilbert's theory with the initial maladaptive schemes present in the Disconnection / Rejection and Autonomy / Performance domains impaired by the theory of Jeffrey Young for a better understanding of the depressive symptomatology and how these two theories can be crossed to better understand these phenomena.

Key Words: Self-criticism, symptomatology, depression, schemas, maladaptation, disconnection, rejection, autonomy, performance, impaired.

1. Introdução

Atualmente o transtorno Depressivo Maior tem sido uma das grandes preocupações da área da saúde no século XXI, como uma das doenças mais incapacitantes do mundo, “mais de quatro por cento da população global, estavam vivendo com depressão em 2015 – um aumento de 18 por cento ao longo de um período de 10 anos” (www.estadao.com.br) estima-se que “Aproximadamente 5% da população sofra do transtorno depressivo maior” (Murphy, Laird, Monson, Sobol & Leighton, 2000 citado por Wegener, Alfter, Geiser, Liedtke, & Conrad, 2017, p.1).

Diante deste cenário é importante o direcionamento de estudos para esta psicopatologia em busca da compreensão de seu funcionamento para possibilitar intervenções psicoterapêuticas cada vez mais eficazes. Este ensaio teve como ponto central relacionar um dos fenômenos que tem sido colocado como preditor de vulnerabilidade ao Transtorno Depressivo Maior através de pesquisas, o auto criticismo (Castilho, Gouveia, & Amaral, 2010) com os padrões de formação e perpetuação dos esquemas desadaptativos remotos postulados por Young, Klosko e Weishaar (2008). Os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) são estruturas que podem causar o surgimento de condições psicopatológicas, incluindo depressão (Halvorsen, Wang, Richter, Myrland, Pedersen, Eisemann & Waterloo, 2009 citado por Wegener et al., 2017, p. 1). Para ser diagnosticado com o Transtorno Depressivo Maior, “sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer” segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2014, p. 162), esta mudança deve vir somada a outros sintomas adicionais, no mínimo quatro e entre eles estão sintomas como sentimentos de desvalia ou culpa e autorrecriminação na maior parte do dia (APA, 2014), ora se for analisado o significado da palavra autorrecriminação de acordo com o (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2018), o significado de auto recriminação seria “crítica ou julgamento severo que uma pessoa faz de si própria; autculpabilização” assim os sintomas conectam-se e sustentam-se, pois “o sentimento de desvalia ou culpa associado com um episódio depressivo maior pode incluir avaliações negativas e irrealistas do próprio valor, preocupações cheias de

culpa ou rumações acerca de pequenos fracassos do passado (Critério A7)” (APA, 2014, p. 164) estabelecendo relação entre a sintomatologia depressiva e o funcionamento do autocrítico psicopatológico.

1.2 O Autocrítico e a depressão

1.2.1 Da ancestralidade ao autocrítico psicopatológico

No decorrer do processo de evolução da vida na terra, diferente das respostas instintivas e estereotipadas apresentadas pelo cérebro dos répteis, os mamíferos desenvolveram também o chamado “cérebro mamífero primitivo”, composto pelo sistema límbico, relacionado a respostas emocionais, agressivas e sexuais” (Dalgarrondo, 2011, p. 21) estas respostas emocionais possibilitaram que os mamíferos entre eles, os seres humanos, estabelecessem vínculos e gerassem assim reciprocidade na emissão e entendimento de sinais e/ou correspondência de papéis entre si (Sá, 2012). Os desafios constantes de seu habitat e perigos à sobrevivência resultaram numa pressão seletiva estimulando o homem primitivo ao desenvolvimento de mecanismos de detecção de ameaças e conseqüentemente comportamentos para sua defesa, tais como fugir, lutar, congelar e agir de modo submisso conforme Marks (1987) citado por Sá (2012). Outros desafios que os seres humanos encontravam como buscar um parceiro, reprodução de seus genes, cuidar de seus filhos, receber cuidados dos outros para sobrevivência e defender seus recursos de outros seres humanos estimularam o desenvolvimento de mentalidades sociais (Büscher, 2012).

A teoria das Mentalidades Sociais proposta por Gilbert (1989, 2000) citado por Hermanto e Zuroff, (2016) sugere que os seres humanos ao conviverem em grupos desenvolveram sistemas de relacionamento, em outras palavras, papéis universais que fazem-se necessários no contato com o outro, são “padrões de atividade coreografados por estímulos externos (como os outros se comportam e sinalizam o eu (com amor ou hostilidade)” (Gilbert, 2005 citado por, Castilho & Gouveia, 2011, p. 64). por exemplo, buscar afiliação de um amigo ou dominar o rival, segundo Gilbert (1998a) citado por Castilho et al. (2010) as mentalidades sociais são (1) solicitação de cuidados, que diz respeito aos comportamentos direcionados à busca de cuidados e conexão afetiva com outros, nesta mentalidade estão presentes habilidades de apoio e aproximação ou evitamento da separação, (2) prestação de

cuidados, comportamento direcionado para a atenção e investimento de afeto ao cuidar do outro, ocorre aqui a inibição da agressão, (3) sexual, busca por relacionamentos íntimos e parceiros sexuais, que pode ser manifestada através de comportamentos como atrair ou ser atraído, galantear e excitar-se sexualmente pelo outro, (4) cooperação e formação de alianças, comportamento de supressão da agressão com motivação de partilha e afiliação, vida em grupo e dedicação ao outro de forma desinteressada e por fim (5) hierarquia ou ranking social, que é composta por duas posições dominador/submisso que representa o comportamento competitivo visando ganho de recursos ou estatuto social, ora sendo submisso ao outro percebido com estatuto mais elevado, ora dominante por ter obtido a posição social elevada. Para compreensão da formação do autocrítico e psicopatologia as mentalidades de prestação de cuidados e ranking social são as mais importantes, pois na prestação de cuidado por exemplo, os cuidadores são sensíveis a perceber e responder as necessidades que o outro manifesta, sendo um papel imprescindível para a proteção e sobrevivência dos mais novos, assim como a competição pela hierarquia social que seria aquela competição de determinado indivíduo mostrar-se melhor e mais competente na luta pelos recursos que deseja, seja reconhecimento ou regalias de estatuto social (Büscher, 2012).

A mentalidade de ranking social em indivíduos pode apresentar-se desde “uma função de pistas não verbais percebidas, isso é, indivíduos exibem dominância através da expansão postural (ou seja, extensão dos membros) e quando seu status de igualdade não é reconhecido exibe a submissão através da constrição postural (isto é, trazendo membros para dentro)” (Tiedens e Fragale, 2003 citado por, Beasley, Sabatinelli & Obasi, 2012, p. 1) quanto na relação pais-criança que também pode ser de poder e hierarquia, “a teoria de ranking foca sobretudo os comportamentos de ameaça, rebaixamento e subordinação no seio familiar. Neste sentido, as crianças que têm medo dos próprios pais e assumem forçosamente posições subordinadas na família, podem adotar vários tipos de comportamentos submissos” (Castilho et al., 2010, p. 479). Então, Gilbert (2005) citado por Castilho et al. (2010) afirma que a relação que adotamos com o eu-eu depende de competências aprendidas na relação eu-outro, pois as mentalidades sociais são sistemas internos que “geram padrões de cognição, afeto e comportamento. . . que permitem a promulgação papéis sociais” (Gilbert, 2000, p. 120 citado por, Hermanto & Zuroff, 2015, p. 2) Nesta relação eu-outro o autocrítico psicopatológico é

construído, o tratamento a si mesmo é aprendido nestas experiências precoces, por exemplo, um pai pode envergonhar seu filho pelos seus erros, rejeitar ou punir, assim submetê-lo à posições de subordinação e então esta criança pode internalizar esta forma de auto-regulação (dominante–subordinado) ao relacionar-se consigo mesma, construindo uma auto imagem negativa (Castilho et al., 2010), assim “os indivíduos que mais recordam o eu submisso no seio familiar durante a infância evidenciam níveis mais elevados de auto-criticismo e sintomatologia depressiva” (Castilho et al., 2010, p. 492), no entanto outro importante preditor para a formação do autocriticismo segundo alguns estudos seria o sentimento/emoção vergonha presentes em recordações da infância comum nos relatos de deprimidos (Gilbert 2007 citado por, Büscher, 2012), estas memórias de vergonha seriam recordações na adultez de experiências durante o relacionamento com figuras importantes da infância e adolescência. Nestas relações, quando o eu é experimentado como desvalorizado, inadequado e inferior/submisso, o sentimento de vergonha fica marcado e a repetição destas experiências ao longo do desenvolvimento do indivíduo podem integrar a vergonha às estruturas de seu self (Gilbert & Gerlsma, 1999 citado por Büscher, 2012) isto ocorre pois no ponto de vista da teoria das mentalidades sociais solicitação de cuidado, o estado de satisfação é resultado de como nossa mente se organiza quando é sentida a segurança, este estado ativa um afeto positivo promovido pela ocitocina e opiáceos que proporciona um estado de calor e tranquilização, pois a criança percebe cuidado e afeto positivo por parte da figura cuidadora que elicia nesta afiliação sentimentos de merecimento de amor e conexão, este sistema de regulação do afeto positivo conecta-se com um terceiro sistema de ameaça e busca de segurança mediado pela serotonina e esta conexão estabelece padrões neuronais que se ativados de forma constante podem modificar os caminhos neuronais (Gilbert, 2005 citado por, Castilho et al., 2010) Diante do exposto, “crianças que foram frequentemente ameaçadas ou que não se sentiram cuidadas ou seguras, o sistema de ameaça/defesa é super estimulado, dando origem ao afecto negativo e a comportamentos defensivos” (Castilho et al., 2010, p. 478) e a vergonha pode ser experimentada como um afeto negativo, pois as memórias de vergonha parental estão correlacionadas significativamente, negativamente e com uma magnitude moderada com as memórias de cuidado e segurança” (Büscher, 2012, p. 24), pois segundo Büscher (2012), a relação de memórias de pais envergonhadores e memórias de cuidado e segurança com a

sintomatologia depressiva difere entre o sexo masculino e feminino, os homens que possuem níveis mais elevados de sintomatologia depressiva possuem maiores níveis de memórias de vergonha e menores níveis de memórias de cuidado e segurança, por sua vez, as mulheres com elevados níveis de sintomatologia depressiva possuem níveis mais elevados de memórias de vergonha parental e memória de cuidado e segurança, tendo as memórias de vergonha durante a infância um peso maior como preditor dos sintomas depressivos.

1.2.2 O Autocriticismo e suas funções

A autocriticismo pode originar-se quando os pais ameaçam seus filhos castigando-os por terem errado ou não serem “bons o suficiente”. As ameaças e os castigos buscam moldar o comportamento dos filhos condicionando assim a submissão. (Amaral & Castilho, 2010) conseqüentemente do mesmo modo que os pais se defendem dizendo que fazem isso para o bem da criança, o indivíduo que apresenta o autocriticismo diz “sou auto crítico para nunca mais cometer erros”, este tipo de relação eu-eu ocorre quando uma parte do eu descobre defeitos e falhas, acusa ou se destesta (Amaral & Castilho, 2010). Para Gilbert et al. (2004) citado por, Amaral & Castilho (2010) uma das funções do autocriticismo é a auto correção, esta função evita ou pelo menos diminui a quantidade de erros cometidos, levando o sujeito ao autoaperfeiçoamento. Outra função seria o autoataque que tem como objetivo magoar ou fazer mal a si próprio, logo as formas do autocriticismo são (1) Eu inadequado que é a forma onde o sujeito sente-se desajustado diante de fracassos ou frustrações buscando a função autocorreção, (2) Eu detestado que é a forma onde o sujeito entra em perseguição agressiva contra seu próprio self odiando o seu eu (3) Eu tranquilizador que é a competência de auto tranquilizar-se e acalmar-se e está ligada à função de autocompaixão diante do fracasso e falhas percebidas (Amaral & Castilho, 2010). Importante salientar que o autocriticismo que busca a autocorreção é adaptativo quando o indivíduo tem a capacidade de se auto reconfortar diante de suas falhas e fracassos, mas que torna-se psicopatológico quando em seu funcionamento esta capacidade de autotranquilização é diminuída e o traço autocrítico mobiliza emoções como raiva e frustração, respondendo à cognições negativas tornando-se vulnerável ao surgimento da depressão,

sentimentos de desvalia e congelamento perante um outro ameaçador e humilhador (Greenberg, Elliot e Foerster, 1990 citado por, Amaral & Castilho, 2010).

1.3 Os esquemas desadaptativos Remotos

Os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) ou esquemas remotos desadaptativos são estruturas cognitivas com padrões estáveis de compreensão das experiências de vida e visão de mundo formadas por (1) Cognições, “memórias, emoções e sensações corporais, (2) relacionado a si próprio ou aos relacionamentos com outras pessoas, (3) desenvolvido durante a infância ou adolescência e (4) disfuncional em nível significativo” (Young et al., 2008, p. 22). Os EIDs funcionam do seguinte modo, supondo que o indivíduo tenha um dos esquemas chamado de “Busca de aprovação/Reconhecimento”, quando era criança vivenciava o amor e a aceitação condicional de seus pais fazendo com que esta suprimisse aspectos naturais de si mesma para receber amor, atenção e aprovação (Young et al., 2008) e então na vida adulta, seus esquemas são ativados quando de forma automática percebem gatilhos que lembrem das experiências traumáticas e uma vez ativado o esquema, estes indivíduos experimentam emoções negativas como frustração, desamor, rejeição e raiva que antes contribuíam para a adaptação ao seu estilo parental, porém agora num ambiente que é não mais o familiar, se tornam desadaptativos, causando sofrimento a si e por vez aos outros. Para Young et al. (2008), a origem dos esquemas é resultado de necessidades emocionais insatisfeitas na infância e assim postulam cinco necessidades emocionais básicas e universais, são elas: “(1) vínculos seguros com outros indivíduos (inclui segurança, estabilidade, cuidado e aceitação) (2) autonomia, competência e sentido de identidade (3) liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas (4) espontaneidade e lazer e (5) limites realistas e autocontrole (Young et al., 2008, p. 24) a frustração e não gratificação destas necessidades básicas interage com o temperamento inato que seria herdado filogeneticamente pela criança formando os EIDs (Young et al., 2008; Wainer et al., 2016). Ao total são dezenove esquemas divididos em cinco domínios esquemáticos cujos nomes representam o agrupamento/resultado das necessidades não satisfeitas dizendo muito sobre as características da origem familiar, por outro lado, os domínios esquemáticos são etapas temporais que o indivíduo precisa avançar e que se iniciam na tenra infância permeando até o início da adolescência, cada uma com suas tarefas evolutivas, sendo que o esperado em cada domínio é que

demandas psicológicas sejam supridas pelos cuidadores e pelo ambiente cumprindo as tarefas evolutivas daquele domínio esquemático, assim a criança desenvolverá esquemas iniciais saudáveis que servirão de base para constituição de papéis pessoais e sociais. Os cinco domínios esquemáticos são: (1) desconexão e rejeição, domínio em que a criança precisa desenvolver auto aceitação e sentimento de pertencimento, caso o indivíduo possua EIDs neste domínio, a origem familiar geralmente é fria, rejeitadora, abusadora e/ou instável emocionalmente (2) autonomia e desempenhos prejudicados, domínio em que a criança precisa desenvolver senso de autonomia e competência adequada, a origem familiar de indivíduos com EIDs neste domínio pode ser superprotetora, enredada e desestimuladora de autoconfiança da criança (3) limites prejudicados, domínio em que a criança precisa compreender e respeitar limites realistas, no entanto EIDs neste domínio geralmente possuem uma origem familiar condescendente e permissiva diante dos erros da criança, não orientando-a sobre as consequências de seus atos (4) direcionamento para o outro, domínio em que a criança precisa desenvolver respeito aos seus próprios desejos e aspirações, EIDs neste domínio são originados por famílias que apresentam relação de amor condicional suprimindo inclinações naturais da criança em troca de aceitação social, status e amor (5) supervigilância e inibição, domínio em que a criança precisa aprender a expressão emocional legítima, esquemas neste domínio geralmente são originados por famílias que puniam os erros da criança constantemente, também evitam atividades prazerosas, por vezes as figuras parentais são perfeccionistas ou estão em constante alerta diante do prenúncio das coisas darem errado (Wainer, Paim, Erdos & Andriola, 2016). Este estudo propõe-se a examinar os dois primeiros domínios esquemáticos e relacioná-los com o autocrítico presente na sintomatologia depressiva e para tal, foram selecionados alguns dos EIDs que os compõem para estudo de caso, logo os esquemas do domínio I: desconexão e rejeição selecionados são:

1.3.1 Desconfiança/abuso

Expectativa de que os outros irão machucar, abusar, humilhar, enganar, mentir, manipular ou aproveitar-se. Geralmente, envolve a percepção de que o prejuízo é intencional ou resultado de negligência injustificada ou extrema.

Pode incluir a sensação de que sempre se acaba sendo enganado por outros ou “levando a pior” (Young et al., 2008, p. 28).

1.3.2 Privação emocional

Expectativa de que o desejo de ter um grau adequado de apoio emocional não será satisfeito adequadamente pelos outros. As três formas mais importantes de privação são: a) Privação de cuidados: ausência de atenção, afeto, carinho ou companheirismo b) Privação de empatia: ausência de compreensão, de escuta, de uma postura aberta ou de compartilhamento mútuo de sentimentos c) Privação de proteção: ausência de força, direção ou orientação por parte de outros (Young et al., 2008, p. 28).

1.3.3 Defectividade/vergonha

Sentimento de que é defectivo, falho, mau, indesejado, inferior ou inválido em aspectos importantes, ou de não merecer o amor de pessoas importantes quando está em contato com elas. Pode envolver hipersensibilidade à crítica, rejeição e postura acusatória; constrangimento, comparações e insegurança quando se está junto de outros, ou vergonha dos defeitos percebidos. Essas falhas podem ser privadas (como egoísmo, impulsos de raiva, desejos sexuais inaceitáveis) ou públicas (como aparência física indesejável, inadequação social) (Young et. al., 2008, p. 28).

1.3.4 Isolamento social/alienação

“Sentimento de que se está isolado do resto do mundo, de que se é diferente das outras pessoas e/ou de não pertencer a qualquer grupo ou comunidade” (Young et al., 2008, p. 28).

Referente ao domínio II: autonomia e desempenho prejudicados foram selecionados os seguintes esquemas para estudo de caso:

1.3.5 Vulnerabilidade ao dano ou à doença

Medo exagerado de que uma catástrofe iminente cairá sobre si a qualquer momento e de que não há como a impedir. O medo se dirige a um ou mais dos seguintes: (A) catástrofes em termos de saúde (ataques do coração, AIDS, etc.); (B) catástrofes emocionais (enlouquecer, por exemplo); (C) catástrofes externas (queda de elevadores, ataques criminosos, desastres de avião, terremotos) (Young et al., 2008, pp. 28-29).

1.3.6 Fracasso

Crença de que fracassou, de que fracassará inevitavelmente ou de que é inadequado em relação aos colegas em conquistas (escola, trabalho, esportes, etc.). Costuma envolver a crença de que é burro, inepto, sem talento, inferior, menos exitoso do que os outros, e assim por diante (Young et. al., 2008, p. 29).

Através de um estudo de caso com uma paciente que possui sintomatologia depressiva, este ensaio teórico utilizará os conceitos das teorias do autocrítico e dos esquemas iniciais desadaptativos para identificar intersecções entre as duas teorias.

Estas intersecções podem ocorrer nos domínios esquemáticos, tarefas evolutivas, necessidades emocionais básicas, esquemas iniciais desadaptativos, estilo parental em comum, sistemas cerebrais envolvidos, tipo de mentalidade social associada, assim como formas e funções do autocrítico.

Abaixo é feito um breve resumo através da tabela 1 que ilustra como os conceitos das duas teorias podem cruzar-se de modo a corroborar o objetivo deste ensaio teórico.

Tabela 1 – Associação das condições de formação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos com as condições de formação Autocriticismo – Maio de 2018

Domínio esquemático	Tarefa evolutiva	Necessidades emocionais básicas	Esquema inicial desadaptativo	Estilo parental	Sistemas cerebrais envolvidos	Mentalidade social	Forma auto criticismo
Desconexão e rejeição	Aceitação	Segurança e cuidado	Desconfiança/abuso	Dominante, abusador, ameaçador, punitivo e instável	Sistemas de afiliação, tranquilização e calor (opiáceos e ocitocina)	Prestação e solicitação de cuidados	Eu detestado
Desconexão e rejeição	Aceitação e pertencimento	Cuidado e vínculos seguro	Privação emocional	Frio, distante e pouco empático	sistema de medo e trauma (amigdaliano), sistema de procura (busca de fins e recompensas [dopaminérgico]) e sistema de ameaça e procura de segurança (serotonina)	Troca e partilha, solicitação de cuidados	Eu inadequado
Desconexão e rejeição	Aceitação	Aceitação	Defectividade/vergonha	Envergonhador, amor condicional, rejeitador, controlo sem afeto, crítico excessivo, avaliador negativo, dominante e punitivo.		Ranking social e sexual	Eu detestado e eu inadequado
Desconexão e rejeição	Aceitação e Pertencimento	Aceitação	Isolamento social/alienação	Isolado, solitário, frio, distante, comunicação verbal insuficiente e auto avaliadora.		Afiliação, cooperação para formação de alianças	Eu inadequado
Autonomia e desempenho prejudicados	Senso de competência	Competência	Fracasso	Desvalorizador, subjugador, competitivo e superprotetor.		Ranking social	Eu detestado
Autonomia e desempenho prejudicados	Senso de autonomia e competência	Autonomia	Dependência/incompetência	Dependente, Superprotetor, destimulador de desempenho extrafamiliar e não reforçador de autoconfiança.		Afiliação, solicitação de cuidados e cooperação para formação de alianças	Eu inadequado

Fonte: O autor de acordo com Young et al. (2008) e Wainer et al. (2016).

Objetivo: Nessa perspectiva, o presente texto do Trabalho de Conclusão de Curso realizado no curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU, intitulado “A relação do autocriticismo presente na sintomatologia depressiva com os esquemas iniciais desadaptativos: Um ensaio teórico das intersecções entre duas teorias”, tem como objetivo produzir um ensaio teórico-reflexivo acerca da relação de condições para formação do auto criticismo presente na sintomatologia depressiva com os esquemas desadaptativos remotos presentes nos domínios Desconexão/Rejeição e Autonomia/Desempenho

prejudicados da teoria de Jeffrey Young, tendo em vista a relevância desta relação para maior compreensão deste sintoma e aprimoramento do tratamento Cognitivo Comportamental das psicopatologias depressivas.

Método: Para tanto, foram realizadas pesquisas sobre diferentes artigos científicos que abordam a teoria da formação do autocrítico na sintomatologia depressiva encabeçada por Paul Gilbert e livros da terapia cognitiva focada em esquemas, além de outras fontes como o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) e com o apoio de um estudo de caso para ilustrar a pesquisa norteada pela seguinte questão: as condições precoces de formação do autocrítico presente na sintomatologia depressiva têm alguma relação com a formação de esquemas desadaptativos remotos dos domínios de desconexão-rejeição e autonomia-desempenho prejudicados utilizados na abordagem da Terapia Cognitiva Focada em Esquemas?

2. Caso Clínico de Transtorno Depressivo Maior Episódio Recorrente

Este ensaio teórico-reflexivo propõe-se a utilizar o estudo de caso encontrado no formato pdf no site de repositório digital uBibliorum de Portugal com o objetivo de associar as teorias do autocrítico e esquemas iniciais desadaptativos, cujos dados biográficos da paciente identificada como C. M. R. S. M., são: Idade: 30 anos, sexo feminino, solteira, mora com seus pais e é estudante do curso de E. de M.

C. compareceu na consulta acompanhada pela mãe. Apresentava um semblante carregado e triste, denotando um humor bastante deprimido. O tom de voz era baixo, e o discurso pausado e lento, embora coerente. Adotou uma postura corporal normal ao longo de toda a consulta e uma atitude cooperante, mostrando também alguma facilidade em estabelecer contato visual com os terapeutas, ainda que se mantivesse cabisbaixa em muitos outros momentos. Quando lhe foi perguntado se gostaria que a sua mãe entrasse, a doente respondeu negativamente, acrescentando: “Ela já passa tempo demais comigo”.

A principal área de dificuldade apontada pela doente diz respeito ao fato de “estar deprimida”, considerando que essa situação vem se agravando há cerca de um ano. Os sintomas apontados por C. são dificuldades em dormir,

ansiedade, agitação interior, taquicardia, dificuldades de concentração, memória, perda de interesse e motivação, mesmo pelas coisas que antes lhe davam prazer, como ler e pintar: “A maior parte do tempo não me apetece fazer nada, não tenho interesse por nada”. Acrescenta ainda que sente muita insegurança em relação ao futuro, fica assustada e com medos, embora não saiba explicar porquê. Para além do período de depressão que atravessa, C. afirma sentir dificuldades em se concentrar, acrescentando que tem conseguido estudar, embora não mais de trinta minutos seguidos. Com o aproximar do fim do curso, C. refere que a ansiedade aumenta, considerando que isso se deve ao fato das matérias que faltam ser concluídas serem as mais difíceis e exigirem muito tempo de estudo, assumindo o receio de não ser capaz de as concluir por estar tão em baixo. A doente diz achar que o início da depressão teve exatamente a ver com este receio.

A doente menciona igualmente que tem muita pressão por parte dos pais, o que a leva a sentir-se “a mais” em casa, pois não tem o seu espaço e não pode fazer o que costumava fazer há algum tempo atrás, por exemplo pintar num quarto usado como ateliê. Considera que os seus problemas se agravaram depois de o irmão sair de casa, uma vez que os pais mudaram a sua atitude para consigo. Acrescenta que teve de deixar de pintar, pois sente que em casa não querem que tenha o material de pintura “a ocupar espaço”; não pode ver televisão quando quer, nem ouvir música à sua vontade, pois nessas alturas é sempre incomodada ou pela sua mãe ou pelo seu pai. Refere também que, ultimamente, a mãe anda a fazer “muitas picuinhas” em relação à casa e à arrumação, comportamento que a doente explica como resultando de uma saturação por ela estar em casa: “Implica com tudo porque quer se ver livre de mim”. Por todas estas razões, C. diz que resolveu casar, em março do próximo ano, altura em que deverá abandonar definitivamente a casa dos pais.

C. refere que começou a namorar com L. aos 25 anos e que, desde o início, vivem muito um para o outro, estando quase sempre juntos. Segundo a doente, o namorado é um grande apoio para si, afirmando que “quando estou com ele, fico bem”. Cita como exemplo, o fato de habitualmente ter muitas dificuldades para adormecer, embora o consiga fazer se L. estiver consigo: “O L. faz-me sentir segura”. Com a decisão do casamento, diz sentir-se mais motivada e “até as coisas em casa parecem estar melhores”, comentando que

os momentos que se ocupa a comprar as coisas para a sua casa nova são os mais agradáveis que tem atualmente na sua vida. Na sua relação com o namorado, admite que nem sempre consegue demonstrar as suas emoções: “Não demonstro que estou indisposta, mas também não demonstro que estou contente”.

Quando questionada acerca de situações que afetem o seu estado de humor, a doente relata que andou muito triste durante as férias da Páscoa, pois as quezílias entre os pais eram bastante frequentes. C. diz que estes conflitos se devem ao fato de o pai querer “tudo à maneira dele”, e de não tolerar qualquer contradição ao seu ponto-de-vista: “Só ele é que sabe, só ele é que pode fazer, eu e a minha mãe temos de nos calar a tudo”. Nessa altura, conta que pediu ajuda ao irmão e foi conversar com sua mãe, que, entretanto, tinha saído de casa depois de ter discutido com o marido, então preferiu jantar na casa do namorado nos dias seguintes. A doente diz que lá o ambiente familiar é completamente diferente porque os pais do namorado são muito amigos um do outro. No seu entender, as coisas em sua casa não funcionam bem porque, na opinião do pai, “o homem deve trabalhar e a mulher ficar em casa”, sublinhando que o pai tem mais dez anos que a mãe e talvez por isso seja tão “antiquado”. Em casa, diz que o pai tenta exercer o seu poder sobre ela e a mãe, porque são mulheres, não sendo possível manterem uma conversa com ele, pois não aceita opiniões contrárias à sua, acrescentando a este respeito que a mãe lhe omite muitas das discussões com o pai, no sentido de a proteger. Esta atitude da mãe deixa-a ainda mais preocupada, pois quando “as coisas andam demasiado calmas”, pensa logo que “algo de mal deve estar prestes a rebentar”.

Em relação aos problemas da sua vida, a doente diz que muitas vezes evita pensar no pior, procurando desviar o pensamento para outras coisas - por exemplo, tenta ignorar pensamentos que a deixam triste. Outras vezes, não consegue aceitar a sua tristeza e procura dormir, mesmo durante o dia. Ainda que tente distrair-se com alguma coisa para não pensar na situação dos seus pais, admite que “nesta altura o divórcio seria um choque”, pois não conseguiria lidar com mais esse problema na sua vida. C. conta que procura ultrapassar os obstáculos sozinha, contudo, também pede ajuda ao namorado. Porém, refere que quando tem problemas que não consegue resolver, e não

pode recorrer a L., acaba por ir deitar-se na cama. Menciona que nem com a família mais próxima tem por hábito falar dos seus problemas ou do que a preocupa, mas apesar disso, diz que o irmão a conhece melhor do que os pais, no entanto, diz também que já foi alvo de muita perseguição por parte do irmão que a chantageava e a seguia nos lugares em que ia, ameaçando contar das saídas aos seus pais.

Segundo a doente, nem toda a gente lhe inspira confiança e considera muito difícil partilhar os seus problemas com as outras pessoas: “Sou um baú fechado e nem toda a gente tem a chave”; “Não gosto de falar de mim, porque as pessoas podem abusar dessa confiança”. Afirmar que gosta de passar despercebida e que a sua vida passe também despercebida, acrescentando que é do seu feitio não se abrir com as pessoas, pois se o fizesse iria sentir-se mal consigo própria, e tal atitude só lhe iria trazer o fato de poder desabafar o que, na sua opinião, “não compensa”. C. acredita que se as pessoas souberem da sua vida, fica “despida”, o que para si significa perder a sua privacidade e os alicerces da sua vida: “As pessoas ficariam a saber demasiado e poderiam depois aproveitar-se disso”. A doente conta que houve algumas mulheres da sua terra que querem estragar o seu namoro com L., o que veio reforçar mais a sua atitude de guardar tudo para si. Além disso, também considera que não tem que dizer nada a ninguém, mesmo que seja alguém próximo de si. Afirmar que quando se abre “um bocadinho”, o feedback até é bom, mas não esquece que já foi traída quando confiou demais numa pessoa muito próxima, o que a fez passar a não falar de si com ninguém. C. não se considera tímida, embora diga que pensa muito nas coisas antes de as fazer. Os outros sempre lhe disseram que tem um ar triste, mas, na sua opinião, o que acontece habitualmente é não expressar muito as suas emoções, nomeadamente a alegria: “Posso estar com vontade de me rir, mas não demonstro; posso estar chateada, mas não demonstro”. Afirmar que apenas L. a faz rir, acrescentando que se sente muito bem ao pé de animais, porque a compreendem - é o caso da sua cadela - e das crianças, porque são muito sinceras.

A doente menciona que atualmente dorme pouco e, por vezes, mesmo com a medicação não consegue dormir. Afirmar que em algumas noites acorda com taquicardia e tremores, sentindo-se “agitada, ansiosa, com medo e assustada”: “Parece que tenho um balão no peito prestes a rebentar”. Quando

isso acontece, C. começa a pensar se terá acontecido alguma coisa ao namorado ou aos pais, procurando depois “relaxar”; porém, “a taquicardia demora a passar”. A última vez que a doente se sentiu dessa forma foi uma noite em que se encontrava sozinha em casa, porque os pais tinham saído, tendo chegado a pensar que lhe podia “acontecer alguma coisa”. C. relata que nessas ocasiões costuma também pensar “no futuro” e “na insegurança” que sente em relação a si mesma.

C. refere que, hoje em dia, sente muita necessidade de estar sozinha sem fazer nada, precisando de descansar mais que o costume. Diz que com a depressão perdeu a vontade de tudo: arrumou a pintura, o ponto de cruz e a renda, deixou de ler, de ouvir música e de dançar - atividade que gostava muito de fazer. Afirma também que já não pinta há cinco anos, desde que começou a namorar com L., mas considera que isso se deve ao fato da sua mãe criticar constantemente a desarrumação e o mau cheiro das tintas no quarto que ela costumava usar para essa atividade. Atualmente, passa muito tempo na cama, porque sente que não tem energias para fazer nada. Acrescenta ainda sentir-se muito nervosa e agitada, admitindo que não consegue ficar sem tomar o Xanax, caso contrário fica muito ansiosa e com tremores. Os seus objetivos de vida são terminar o curso, arranjar um emprego, e ter a sua própria vida, na sua futura casa, com L.

Quando questionada acerca dos seus objetivos para a terapia, C. aponta os seguintes: (1) ser capaz de se concentrar nos estudos e de memorizar os conteúdos; (2) diminuir o seu estado de irritabilidade atual: “Sentir-me mais tranquila ao longo do dia”; (3) ser capaz de confiar mais nas pessoas, comentando que se conseguisse resolver os problemas que a trouxeram à sessão, tudo ficaria bem na sua vida (<https://ubibliorum.ubi.pt/>, pp. 55-58).

2.1 Escalas, Inventários de Auto Resposta e resultados

O questionário utilizado para identificação dos esquemas iniciais desadaptativos é o YSQ (“Young Schema Questionnaire” [YSQ] que possui algumas versões S1, S2 e especificamente neste trabalho serão avaliados os resultados do S3 com 90 itens, este questionário avalia a existência de 18 esquemas através de setenças com crenças, nuances sutis e pressupostos de cada EID) (Wainer et al., 2016).

Outros questionários utilizados foram YRAI-1 – C (Inventário de evitação de Young-Rygh) questionário utilizado para avaliar as estratégias de enfrentamento evitativas da paciente por meio de 41 itens, YCI-1 – A (inventário de compensação de Young) questionário utilizado para avaliar estratégias de enfrentamento hipercompensatórias utilizadas pelo paciente através de 48 itens, YPI (Inventário parental de Young) utilizado para avaliar a formação dos esquemas através da retomada de lembranças de experiências com as figuras cuidadoras importantes para a paciente (Wainer et al., 2016, pp. 93-97). IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão) que destina-se a medir a intensidade dos quadros clínicos depressivos, Inventário Clínico de Autoconceito, escalas de avaliação de aspectos sociais e emocionais de autoconceito, Escala de Ansiedade de Autoavaliação de Zung, que consiste em responder 20 itens que cobrem sintomas cognitivos, autonômicos e somáticos e que classifica os níveis de ansiedade em normal, leve a moderada, intensa e extrema, por ultimo, INDEP/BDI (Inventário de depressão de Beck) consiste em um questionário de autorelato com 21 itens de múltipla escolha que classifica a depressão do paciente em nenhuma depressão, depressão leve, moderada e grave (<https://ubibliorum.ubi.pt/>).

A interpretação dos resultados do questionário de Young (YSQ) não é feita somente de forma quantitativa, mas também qualitativa, pois na forma quantitativa, os resultados podem ser interpretados a partir da média de cada esquema com base no agrupamento de itens de acordo com a pontuação apresentada para cada grupo de esquema, exemplo: grupo do esquema abandono (ab), é verificada a média da pontuação obtida no grupo deste EID, mas também deve-se observar o qualitativo, considerando dentro do grupo as frases com o maior escore, pois caso o paciente apresente três ou mais escores de 5 e 6 em determinado grupo, é possível que o paciente possua o esquema ao qual o grupo refere-se (Young et al., 2003 citado por, Wainer et al., 2016) além de avaliar o quanto os escores relacionam-se entre si, pois todos os seres humanos possuem um pouco de todos os esquemas e pontuarão 1,0 no mínimo (Young et al., 2008) portanto, se determinado esquema apresenta escore de 2,71 e os demais esquemas 1,0 é provável que o indivíduo que respondeu o YSQ possua o esquema em questão, contudo, é relevante salientar que o YSQ tem o objetivo de mostrar os esquemas ativados naquele momento de vida do paciente, pois como são estruturas que são influenciadas pelas experiências e ambiente, a ativação dos esquemas é dinâmica podendo ser alterada em momentos futuros ou

em relação ao passado (Young et al., 2003 citado por, Wainer et al., 2016). A Figura 1 retrata o resultado do YSQ da paciente C.:

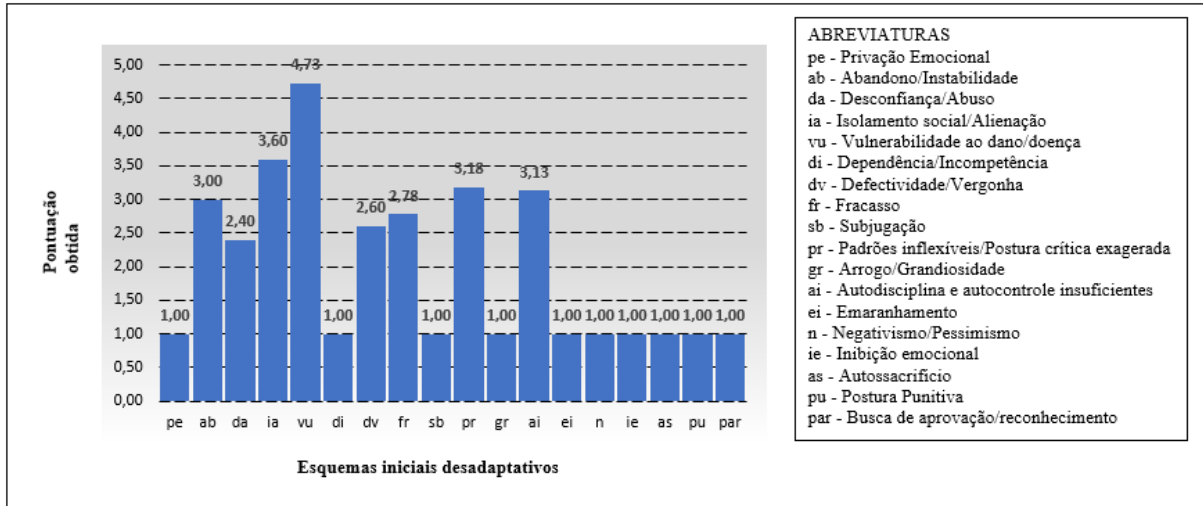


Figura 1. Resultado do Questionário de esquemas de Young (YSQ) - Paciente C com pontuação dos EIDs

Fonte: O autor segundo estudo de caso do site de repositório digital uBibliorum <https://ubibliorum.ubi.pt/>.

Conforme figura 1 os esquemas com pontuações mais significativas da paciente são:

Vulnerabilidade ao dano ou à doença, 4.73; Isolamento Social/alienação, 3.6; Padrões inflexíveis/Postura crítica exagerada, 3.18; Autocontrole/disciplina insuficientes, 3.13; Abandono/instabilidade, 3; Fracasso, 2.78; Defeito/vergonha, 2.6 e Desconfiança/Abuso, 2.4.

YRAI-1 – C. obteve uma percentagem de 25% de respostas com pontuações 5 e 6 (<https://ubibliorum.ubi.pt/>, pp. 58-59).

Indicador de 25% de estratégias evitativas presentes no comportamento de C. para lidar com o sofrimento causado pelos EIDs (Wainer et al., 2016).

YCI-1 – A doente obteve uma percentagem de 27,1% de respostas com pontuações 5 e 6 (<https://ubibliorum.ubi.pt/>, p. 59).

Indicador de que pouco mais de 27% de seu comportamento possui estratégias hipercompensatórias para lidar com o sofrimento causado pelos EIDs (Young et al., 2003 citado por, Wainer et al., 2016).

Questionário de Estilos Parentais – Relativamente ao Pai, os esquemas com pontuação mais significativa são: Postura Punitiva, 5.75; Subjugação, 5.5; Privação Emocional, 5.2; Busca de

Aprovação/Reconhecimento, 5; Defectividade/Vergonha, 4.75; Padrões Rígidos, 4.71; Dependência/ Incompetência, 4.33; Negativismo/Pessimismo, 4.25; Inibição Emocional, 3.4; Eu Indiferenciado, 3.25. No que diz respeito à Mãe, os esquemas mais pontuados são: Subjugação, 5; Vulnerabilidade, 4.75; Postura Punitiva, 4.75; Privação Emocional, 4; Defeito/Vergonha, 4; Busca de Aprovação/Reconhecimento, 3.75; Inibição Emocional, 3.6; Padrões Rígidos, 3.43; Dependência/Incompetência, 3.33; Eu Indiferenciado, 3.

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão - A doente obteve um total de 37 pontos, indicador de Depressão Moderada e no Inventário Clínico de Autoconceito - a doente obteve um total de 61 pontos, valor abaixo da média e fora do intervalo de normalidade, o que é revelador de um autoconceito pobre.

Escala de Ansiedade de Autoavaliação de Zung: A doente obteve um resultado de 57 pontos na escala total, valor que corresponde a 71,25% da ansiedade medida por esta escala. Este resultado encontra-se acima da média para a população feminina, o que indica que, em determinadas situações, C. experiencia uma ansiedade desajustada quando comparada com os indivíduos pertencentes ao grupo normal e por fim, no INDEP/BDI - A doente obteve um total de 21 pontos, num máximo de 68 pontos (<https://ubibliorum.ubi.pt/>, pp. 58-59).

Indicador de depressão moderada, consonante com o resultado do IACLIDE.

2.2 Conceituação Cognitiva - Comportamental

Com base nas informações recolhidas é proposto o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior Episódio Recorrente Leve de acordo com o DSM V, código 296.31 (APA, 2014), “com intervalo superior a dois meses entre si e com sintomas como diminuição do prazer na maior parte das atividades, humor depressivo, insônia, inibição psicomotora, fadiga, sentimentos de desvalorização e diminuição da concentração” (<https://ubibliorum.ubi.pt/>, p. 59).

No decorrer da história da paciente foram encontrados experiências precoces ocorridas no contexto familiar que contribuem para o levantamento de hipóteses da formação de esquemas iniciais desadaptativos nos domínios de desconexão e rejeição, assim como autonomia e desempenho prejudicados. As recordações sobre

seu pai são de uma figura distante que sempre se mostrou ausente e pouco disponível para acompanhá-la em sua infância, por vezes mostrando-se frio na presença de seus dois filhos. O fato de seu pai já ter um outro filho do casamento anterior com problemas de toxicodependência o desanimou e lhe deixou sem muita expectativa de enxergar um bom futuro para a paciente e seu irmão. Por vezes seu pai os agredia verbalmente e os repreendia com frequência como a própria paciente citou, por vezes ele os considerava “do pior que pode existir”. A paciente descreve seu pai como “uma parede de concreto”, tentando exemplificar os limites rígidos impostos por ele, como não permitir que ela saia de casa a noite, não podendo receber visitas para estudar ou participar de outras atividades de lazer aos quais seus amigos participavam, parecia ser bastante desconfiado e preocupado com o comportamento da paciente sem ela lhe dar motivos.

Sobre a mãe, a paciente conta que num determinado ano logo quando sua mãe começou a trabalhar fora, sentiu muita falta dela e não encontrou ninguém próximo que pudesse substituí-la na segurança emocional e orientação das coisas que acontecem no dia a dia, naquele mesmo ano isso refletiu em seu fracasso escolar. A paciente lembra que as brigas entre seus pais eram comuns, mas que eles escondiam dela, pois não se sentiam bem para falar sobre estas situações, este estilo de enfrentamento da família se torna importante, pois pode modelar enfrentamentos transgeracionais, ou seja, padrões de inibição e de controle emocional disfuncionais que a paciente pode ter aprendido a adotar como estilo de enfrentamento às emoções negativas aprendidos de geração para geração.

Entre os fatores que podem ter levado a paciente a desenvolver EIDs nos domínios de desconexão/rejeição e autonomia/desempenho prejudicados estão os esquemas com maior pontuação no Inventário Parental de Young (YPI), que podem ter influenciado na formação de seus EIDs, conforme tabela 2, sendo que os EIDs de seus pais à esquerda podem ter influenciado a formação dos EIDs da paciente à direita:

Tabela 2 – Influência dos EIDs presentes nas figuras parentais na formação dos EIDs nos domínios I e II.

EID (YPI)	Pontuação	EID (YSQ)	Pontuação
Subjugação (pai/mãe)	5.75	Fracasso (paciente)	2.78
		Desconfiança/abuso (paciente)	2.4
Privação emocional (pai)	5.75	Abandono/instabilidade	3.0
		Isolamento social (paciente)	3.6
Postura Punitiva (pai)	5.75	Desconfiança/abuso (paciente)	2.4
Padrões rígidos/postura crítica exagerada (pai)	4.71	Defectividade/vergonha (paciente)	2.6
Negativismo/Pessimismo (pai)	4.25	Vulnerabilidade ao dano ou à doença (paciente)	4.73

Fonte: O autor de acordo com o estudo de caso do site uBibliorum <https://ubibliorum.ubi.pt/>.

O objetivo da aplicação do YPI é aplicado para complementar os resultados do YSQ, afim de verificar como as relações com as figuras cuidadoras podem ter originado os EIDs presentes na paciente C. (Wainer et al., 2016) assim por exemplo, um pai que possua EID de Negativismo/Pessimismo (EID com visão de mundo extremamente negativa) pode originar o EID de Vulnerabilidade ao dano ou à doença (medo exagerado de que uma catástrofe iminente possa vir a ocorrer) (Young et al., 2008). Em relação ao primeiro esquema Subjugação que pode estar presente no seu pai e sua mãe, trata-se de um esquema onde o indivíduo pode entrar em total “submissão ao controle dos outros, por sentir-se coagido, submetendo-se para evitar a raiva, a retaliação e o abandono” (Young et al., 2008, p. 30), o que vai de encontro à crença de que não se deve compartilhar as brigas de casal com os filhos como seus pais faziam e muito possivelmente com base nos relatos da paciente, seu pai adotava um estilo de enfrentamento hipercompensador deste esquema, no qual o indivíduo para enfrentar a emoção negativa causada pela subjugação sentida passa a agir de forma oposta para compensar o seu esquema, uma vez que seu pai poderia passar de controlado a controlador, de dominado a dominador de forma exacerbada, característica de confirmação do estilo de enfrentamento hipercompensação que em situação extrema pode ter explosões de raiva desproporcionais (Young et al., 2008),

porém este esquema presente em seus pais reforçou crenças disfuncionais na paciente como “Eu não posso funcionar sozinha”, “Os outros são dominadores e controlam meu espaço” “Posso estar com vontade de rir, mas não demonstro; posso estar chateada, mas não demonstro”, assim como sentimento de desconfiança “Tenho que me manter fechada no meu espaço para que os outros não interfiram”, outro esquema relevante na relação com seu pai é o esquema de Privação emocional, pois a falta de capacidade de seu pai para atender às suas necessidades emocionais básicas de afeto, atenção e carinho pode ter contribuído para crenças como “Eu sou diferente dos outros” “É difícil os outros compreenderem minhas necessidades” originando assim o EID Isolamento social/alienação.

Em relação ao esquema de fracasso é possível percebê-lo em crenças da paciente do tipo “Eu sou uma incompetente e nunca vou fazer nada em ordem”, “Por mais que eu tente, nunca vou conseguir resolver meus problemas”. Outro EID significativo do pai é a Postura Punitiva, pois C. conta que uma vez se atrasou para uma festa e seu irmão que constantemente à chantageava e a perseguia quando saia de casa sozinha, contou o fato para o seu pai que a insultou severamente neste dia e ameaçou agredi-la fisicamente, ela sentiu-se desesperada e não conseguiu apoio da mãe que sentia medo de seu pai, este episódio é um preditor relevante para reforçar o esquema de Desconfiança/abuso, seja ele físico ou verbal. Ao terminar seu curso aos 30 anos, C. sentia-se “um fardo” morando na casa de seus pais, as brigas tinham maior frequência, até que um dia sua mãe foi embora com ela e tentou abrigo com seus familiares, experiências de ameaça ou separação real geralmente reforçam ou originam o esquema de abandono/instabilidade (Young et. al., 2008).

Os EIDs são estruturas que enviesam o pensamento com uma espécie de filtro no processamento das informações gerando algumas distorções cognitivas, processamento de informações distorcidas, ao mesmo tempo ativando emoções/sensações corporais desconfortáveis para o sujeito como consequência dos pensamentos, logo, para lidar com estas emoções penosas o indivíduo desenvolve estilos de enfrentamento como resposta ao sofrimento e estes comportamentos são classificados como evitação, resignação e hipercompensação que em termos biológicos podem ser traduzidos em fuga, congelamento e luta respectivamente, os estilos de enfrentamento, se desadaptativos, juntamente com as distorções cognitivas podem perpetuar os esquemas, pois toda vez que o sujeito evitar, este distancia-se da emoção por tempo passageiro, retornando logo mais à

mesma emoção. Já na hipercompensação o indivíduo luta de forma oposta contra a emoção ativada, após certo tempo a compensação exagerada torna-se insustentável e a queda é intensa e proporcional de volta às emoções aversivas e por fim, a Resignação, que seria a aceitação de que as crenças do esquema são verdadeiras, experienciando o sofrimento de forma desadaptativa (Young et. al., 2008). A paciente perpetua seus esquemas através de distorções cognitivas do tipo leitura mental como: “Estão fazendo estas perguntas para controlarem a minha vida”, Bola de cristal: Isso vai ser sempre assim, minha vida nunca irá melhorar” , raciocínio emocional: “Me sinto desesperada, é por que de fato, a situação não terá solução” e Personalização “estão brigando por minha causa”, assim como perpetua também através da evitação desde cognitiva a comportamental, tipo não pensar nas coisas que lhe deixam triste ou evitar entrar em discussões para não ficar magoada, pois não sabe se os outros irão respeitá-la, além de evitar a intimidade, quando está muito triste procura dormir mesmo de dia e com a capacidade de resolução de problemas baixa antecipa o resultado negativo ao tempo, o que retroalimenta seu esquema de fracasso sentindo-se ainda mais incompetente. C. aos poucos foi largando as atividades prazerosas que fazia que ajudavam a ampliar seu autoconceito, e sua visão de si como eficaz (<https://ubibliorum.ubi.pt/>), uma vez ao enxergar a si mesmo incompetente, “não boa o suficiente” resulta em isolamento social, este que também pode ser uma hipercompensação de esquemas subjacentes como defectividade/vergonha (Young et. al., 2008) intensificando a sintomatologia depressiva, pois há na paciente uma auto imagem de “miserável” que também pode prejudicar sua capacidade de solucionar os problemas reforçando assim a ideia de que se é um fracasso.

A Figura 2 ilustra como funciona a interação dos EIDs parentais e os EIDs da paciente C. relacionando as mesmas condições ao autocriticismo e suas formas.

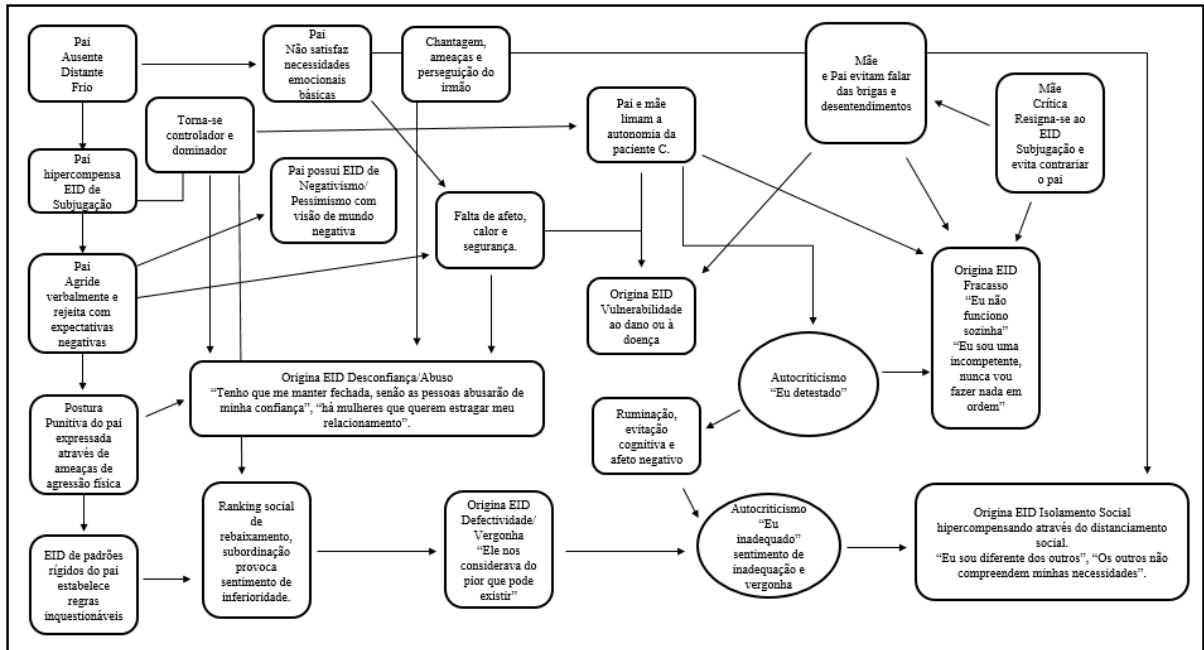


Figura 2. Associação dos EIDs parentais com a origem dos EIDs e autocrítica.

Fonte: O autor segundo estudo de caso do site de repositório digital uBibliorum <https://ubibliorum.ubi.pt/>, Young et al. (2008); Wainer et. al. (2016); Gilbert et al. (2003) citado por, Castilho et al. (2010) e Amaral e Castilho (2010).

3. Discussão

3.1 A relação dos domínios esquemáticos I e II com as formas do autocrítica

Sabe-se que o indivíduo que quando criança tenha sido duramente criticado, envergonhado e rejeitado pelas suas figuras cuidadoras aprende que esse outro é poderoso e gigante, esse mesmo sujeito passa a ver o outro como dominante e hostil e que ele, por sua vez é inferior, pois encontra-se no papel vulnerável de subordinação aos ataques ou rejeições deste outro (Baldwin, 1992; Gilbert, 2005a; Gilbert & Irons, 2005 citado por, Gilbert et al., 2006) da mesma forma este indivíduo, de acordo com a teoria evolucionária, estabelece a relação eu-eu da mesma forma que a relação eu-outro no passado se deu, portanto o autocrítica é uma relação hostil dominante que ocorre no mundo interno do sujeito (Gilbert, 2000; Gilbert, 2002, citado por, Sá, 2012), vemos o autocrítica presente no discurso da paciente quando esta diz “Eu sou uma incompetente e nunca vou fazer nada em ordem” ou “Por mais que tente, não consigo resolver os meus problemas” em sua forma eu detestado, a parte do eu dominante ataca a outra parte do eu fracassado

que subordina-se às autocríticas (eu-eu) muito similares às críticas que seu pai lhe fazia (eu-outro).

Em estudo realizado por Gilbert et al. (2006) com o objetivo de relacionar traços de autocrítica e autoconfiança com sintomas depressivos em estudantes concluiu-se que a autocrítica estava inversamente relacionada com a autoconfiança, ou seja, estudantes com maior autoconfiança reagiam com menor sofrimento à imagens de rejeição do que estudantes com traços autocríticos, no entanto os traços auto críticos destes últimos estavam significativamente relacionados à sintomatologia depressiva, além de atribuírem maior poder às imagens experimentando emoções como a raiva. Logo, o autocrítico é um fator de vulnerabilidade para a ansiedade e depressão (Gilbert et al., 2004; Gilbert et al., 2009a; citado por, Büscher, 2012), contudo, a relação entre a sintomatologia depressiva e o elevado autocrítico é cíclica, pois diante do fracasso real ou imaginário o eu submisso é atacado de forma odiosa pelo eu dominante e em sua forma esse “autoataque” vai de encontro com Greenberg et al. (1990) citado por Gilbert et al. (2006, p. 185) que “sugeriram que na depressão era mais provável que os indivíduos não pudessem se defender contra seus próprios ataques, se sentissem derrotados e derrotados por eles, aceitassem submissamente suas auto críticas” e ainda Whelton e Greenberg (2005) citado por Gilbert et al. (2006, pp. 185-186) “descobriram que pessoas com autocrítica muitas vezes se submetiam à suas próprias cobranças, expressavam rostos envergonhados e tristes quando se respeitavam suas autocríticas, sentindo-se fracas e incapazes de neutralizar seus próprios ataques”, neste caso é nítido a falta de autoconfiança da paciente, pois com o aproximar do fim do curso, C. refere que sua ansiedade aumenta, considerando que isso se deve ao fato das matérias que faltam concluir serem as mais difíceis e exigirem muito tempo de estudo, assumindo o receio de não ser capaz de as fazer por estar tão em baixo.

A forma eu inadequado também está associada com a sintomatologia depressiva, tanto na população masculina quanto feminina, quanto maiores os níveis de inadequação sentida e menores os níveis de autotranquilização, ou seja capacidade de auto tranquilizar-se diante das frustrações, maior a associação ao aumento de sintomas depressivos comprovados conforme estudo (Büscher, 2012), neste caso, a paciente sente-se “a mais” morando na casa de seus pais que já não a permitem fazer as coisas de que gosta de fazer, sentindo-se por vezes inadequada em seu próprio lar.

Na sintomatologia depressiva também estão presentes pensamentos persistentes, negativos e circulares que são caracterizados como “ruminação”, ou seja, esta por sua vez é uma importante preditora para sustentação do humor depressivo e o humor depressivo também pode provocar a ruminação, estabelecendo um ciclo. A ruminação é um processo natural, pois se o humor do indivíduo está depressivo, é comum que rumine seus pensamentos, no entanto, a psicopatologia em conjunto com o sofrimento está presente, quando alguns indivíduos não prolongam o ciclo e outros estendem-no por muito mais tempo perpetuando seu sofrimento que pode ter graus de intensidade, onde o grau mais elevado é a depressão (Nolen-Hoeksema, 1991 citado por, Gilbert et al., 2006). Ainda estudos comprovam que a ruminação e o autocrítico também estão relacionados:

Os indivíduos que mais refletem, quando se sentem tristes, se auto criticam mais que os indivíduos menos reflexivos. As mesmas associações se verificaram em relação à dimensão “pensativo/melancólico”, destacando-se a forma eu inadequado do autocrítico como a que melhor se relaciona com esta componente da ruminação, considerada pelos autores, a componente mal-adaptativa. Efetivamente, são os indivíduos que mais recorrem a este estilo de pensamento persistente e negativo que manifestam mais autocrítico, tanto nas formas eu inadequado e eu detestado como em ambas as funções de autocorreção e autoataque (Amaral & Castilho, 2010, pp. 287-288).

No caso da paciente C. é perceptível ruminação em alguns trechos de sua conceituação cognitiva, por exemplo quando sua mãe omite as brigas com seus pai o que a deixa ainda mais preocupada pensando que algo de muito ruim está prestes a acontecer, assim como seu problema de insônia atual, no qual, não consegue desligar-se para dormir ou até mesmo meses antes quando procurava dormir por não aguentar as emoções negativas, resultado este de uma provável ruminação, uma vez que a paciente apresenta distorções cognitivas em seu estilo cognitivo que podem acionar ciclicamente emoções penosas difíceis de suportar.

Na conceituação cognitiva - comportamental da paciente C. há diversos pontos de intersecção entre a teoria dos esquemas desadaptativos remotos e a teoria da formação do autocrítico presente na sintomatologia depressiva explicada pela teoria das mentalidades sociais.

Para a formação de EIDs no domínio I, a origem familiar geralmente é instável e/ou fria e/ou abusadora, esta frieza e/ou abuso por vezes podem ser refletidos através

da falta de cuidados, proteção prestados à criança e até agressão verbal e física, fazendo com que indivíduos que possuam EIDs neste domínio acreditem que suas necessidades de estabilidade, cuidado e segurança não serão atendidas (Young et al. 2008) em paralelo na teoria da formação do autocrítico, a presença da ameaça, subordinação, abuso físico, sexual e controlo sem afeto por parte das figuras parentais associa-se positivamente ao autocrítico (Gilbert, 1998; Gilbert 2007; Gilbert et al., 2009b, citado por, Büscher, 2012; Castilho et al., 2010).

Ainda a frieza presente na família originadora de esquemas neste domínio pode ser associada à mesma falta de calor, cuidado e segurança vivida por indivíduos que apresentam autocrítico na sintomatologia depressiva relacionada negativamente com a capacidade de autotranquilização e ter autocompaixão diante das próprias falhas (Castilho et al., 2010; Büscher, 2012).

As tarefas evolutivas do indivíduo durante o domínio desconexão e rejeição presente na infância são aceitação das figuras cuidadoras e pertencimento ao grupo (Wegener et al., 2017) portanto ainda poder-se-ia haver associação entre a frustração das necessidades básicas não satisfeitas neste domínio por parte da figura cuidadora e a forma eu detestado, ora, nesta forma do autocrítico uma parte do eu ataca e trata com repugnância a outra parte do eu que rejeita, pois pode considerar esta parte má, contaminante (Amaral & Castilho, 2010) por sua vez, este autodesprezo pode provocar o sentimento de merecimento das críticas disparadas contra si ou segundo Büscher, (2012) e Castilho et al., (2010) a avaliação excessivamente crítica e negativa sobre si pode estimular a origem do auto crítico que é um fator que vulnerabiliza o indivíduo à depressão, este sujeito passa também apresentar sentimentos e pensamentos de autoavaliação e esta quase sempre é negativa (Gilbert et al., 2003; 2006; citado por Coelho, Castilho, & Gouveia, 2010) ora a mesma tarefa evolutiva de aceitação frustrada pela rejeição da figura cuidadora durante o domínio de desconexão e rejeição da teoria dos EIDs apresenta-se em forma de autoavaliação negativa, rejeição e até ódio à si mesmo na forma eu detestado do autocrítico, pois estudos recentes confirmam esta relação entre autocrítico e experiências de rejeição e desvalorização na infância. Por exemplo, Irons et al. (2006), citado por Castilho et al. (2010) evidenciam que a recordação parental marcada pela rejeição e controlo se relaciona significativamente tanto com a forma eu inadequado como com a forma eu detestado do autocrítico.

Ainda nesta forma do autocrítico, o eu inadequado, poder-se-ia ser associada com a outra metade da tarefa evolutiva frustrada do domínio desconexão e rejeição, o pertencimento. Esta tarefa evolutiva do domínio desconexão e rejeição tem por objetivo desenvolver na criança competências sociais de conexão e interesse no grupo social inserido e ainda compartilhamento de interesses (Wainer et al., 2017) logo, se esta tarefa evolutiva não for cumprida de forma satisfatória, ou seja, satisfazendo as necessidades básicas desta criança, por exemplo, a aceitação, será desenvolvido o EID isolamento social/alienação, que quando ativado no indivíduo, o faz experimentar “Sentimento de que se está isolado do resto do mundo, de que se é diferente das outras pessoas e/ou de não pertencer a qualquer grupo ou comunidade” (Young et al., 2008, p. 28), aqui o isolamento quase sempre é causado por um estressor, uma das proposições deste ensaio teórico é que o mesmo indivíduo que isola-se teria como gatilho deste comportamento, sentimentos de inadequação do autocrítico. Aqui o ponto de intersecção ocorre entre a teoria dos EIDs e a teoria das mentalidades sociais que formula que os altos níveis de emoção negativa ocorrem por conta da ativação do sistema de ameaça, o indivíduo sente-se ameaçado diante do grupo e então vê-se obrigado a lutar ou fugir, porém a parte do eu que sente-se inadequada pode crer que não é capaz de competir ou lutar, a única escolha é a submissão à ameaça que o deixa mais vulnerável à psicopatologia (Castilho, 2011; Cheung, Gilbert, & Irons, 2004; Gilbert et al., 2003, citado por Büscher, 2012) caracterizando assim fuga ou congelamento, ou seja, o sentimento ou comportamento de isolamento social. Este comportamento podemos observar na paciente C. que possui poucas pessoas próximas de si, isola-se em seu quarto e enxerga também o grupo de mulheres de sua terra como hostil afirmando que pretendem estragar o seu relacionamento com L.

No outro domínio esquemático ao qual alguns EIDs da paciente pertencem, Autonomia e desempenho prejudicados, a tarefa evolutiva da criança é o desenvolvimento do senso de autonomia e competência (Wainer et al. 2016), sendo a autonomia a capacidade de separar-se de sua família por alguns momentos de forma reversível comparada à crianças da mesma idade, caso as necessidades básicas não atendidas resultem em não conclusão desta tarefa, as pessoas com esquemas neste domínio terão uma visão de si e do mundo que irá impedir seu funcionamento independente, por vezes as figuras cuidadoras podem exercer os extremos em seu estilo parental, sendo superprotetoras ou displicentes com os

cuidados e responsabilização por seus filhos, contudo este tipo de tratamento pode minar a autoconfiança ou não reforçar o desempenho extra-familiar da criança resultando a longo prazo em adultos incapazes de funcionar de forma competente na vida profissional, social e afetiva (Young et al., 2008) como foi o caso de C. que não acredita ser capaz de lidar com as demandas acadêmicas e que relata que no ano em que sua mãe ausentou-se à trabalho, fracassou na escola aquele ano.

Pode-se observar que o mesmo estilo parental que solapa a autoconfiança da criança somado ao excessivo controle e avaliação crítica por parte das figuras cuidadoras durante a infância está presente na literatura sobre o autocriticismo. Esta relação precoce eu-outro vai definir como será a relação eu-eu que enveredará para dois caminhos: O eu inadequado e/ou eu detestado. O sentimento de inadequação que foi sendo construído ao longo da infância e início da adolescência pode ser originado por um estilo parental que pouco reforça o desempenho autônomo em situações de sucesso, segurança pessoal, consciência das próprias competências e desenvolvimento do self de forma completa (Young et. al., 2008 e Wainer, 2016), então Amaral & Castilho (2010) completam explicando que a forma eu inadequado do autocriticismo está “associada a uma sensação de inadequação perante fracassos e derrotas” (Amaral & Castilho, 2010, p. 275), que poderá resultar em possíveis sentimentos de desvalorização do eu perante ao outro (Greenberg, Elliot & Foerster, 1990, citado por, Amaral & Castilho, 2010) ou na forma eu detestado e sua função autoataque direcionando seu ódio à si mesmo que visa aniquilar a parte que avalia como sendo “fraca” (Castilho et al., 2010), poder-se-ia associar que esta mesma parte do eu que foi enfraquecida pelas figuras cuidadoras que solaparam a autoconfiança desta criança, onde é necessário atingir um estado de autoconfiança para sustentar a autonomia e independência tal como formula a teoria dos esquemas, sobretudo, na relação eu-eu, quando na adultez adota-se o mesmo tipo de relação que foi experimentada pelo eu-outro. “Por outro lado, quando os pacientes deprimidos atribuem seu baixo desempenho à dificuldade de um problema e não à sua própria falta de competência, seu desempenho pode aumentar significativamente” (Klein, Fencil-Morse e Seligman, 1976, citado por, Wegener et al., 2016, p. 12), pois ainda o domínio Autonomia e desempenho prejudicados também pode estar associado à depressão conforme estudo realizado “apenas as diminuições no domínio Autonomia / Desempenho prejudicados previram

significativamente a redução dos sintomas depressivos” (Wegener et al., 2016, p. 12).

3.2 O Autocriticismo na sintomatologia depressiva como consequência dos esquemas iniciais desadaptativos

Dentre os EIDs com pontuações mais significativas da paciente para esta discussão foram selecionados os esquemas do domínio desconexão e rejeição: Isolamento Social/alienação, Defectividade/vergonha, Desconfiança/abuso e do domínio Autonomia e desempenho prejudicados, o esquema Fracasso. A seleção teve como critério escolher EIDs que costumam “causar maiores danos, especialmente desconfiança/abuso e defectividade/vergonha” (Young et. al., 2008) sendo que no caso da escolha do esquema de fracasso a premissa considerada é que “a experiência fracasso e a expectativa de falha futura são altamente relevantes para o desenvolvimento e manutenção da depressão” (Gerrards Hesse, Spies, & Hesse, 1994, citado por, Wegener et al., 2016, p. 12).

É perceptível o esquema de defectividade/vergonha na paciente C. quando ela relata que considera muito difícil partilhar os seus problemas com as outras pessoas: “Sou um baú fechado e nem toda a gente tem a chave”; “Não gosto de falar de mim”, pois segundo Young et. al., (2008, p. 195), pessoas com este esquema “possuem receio dos relacionamentos porque temem o momento inevitável em que sua defectividade será exposta. A qualquer momento, as pessoas podem, subitamente, perceber essa defectividade, e eles irão se envergonhar”, os indivíduos com esse esquema procuram manter muitos segredos e facetas de si mesmo, além de serem hipersensíveis à crítica ficando abalados e tristes ao recebê-las como é o caso da paciente C. que recebe muitas críticas de sua mãe pela suposta desorganização e sujeira que os itens necessários para pintura causam, para os sujeitos que possuem este EID a autoimagem é defeituosa exagerando um defeito percebido como real, mesmo este sendo imaginário, como é o caso da paciente C. que enxerga-se muito fraca diante das demandas do dia a dia, quando coloca-se numa posição de inferioridade em relação aos seus pais que segundo ela querem se ver livre dela, aqui há pontos de intersecção entre o EID defectividade/vergonha e as condições de formação do autocriticismo à luz do ranking social:

Neste sentido, é legítimo concluir que a percepção do indivíduo, enquanto criança, como subordinado dentro da sua família (traduzido pelo

sentimento de inferioridade, subjugação e aceitação condicional) aumenta o auto-criticismo, tanto na sua vertente que visa a prevenção de erros e o auto-aperfeiçoamento como o desejo persecutório e de vingança do eu pelas próprias falhas e fracassos (Castilho et. al., 2010, p. 492).

Este sentimento de inferioridade ainda seria reforçado pela posição que C. é colocada na relação com seu pai, uma pessoa extremamente dominante que segundo a mentalidade social de ranking, faria com que ela se subordinasse ao seu jeito e ordens fazendo-a experimentar emoções negativas de impotência e inferioridade.

Ainda a vergonha de si experimentada neste esquema pode ter relação com a mesma vergonha presente na formação do autocriticismo, esta seria denominada em dois tipos vergonha externa e interna, a externa estaria ligada ao sentimento de indesejabilidade social e a interna de julgar os seus próprios sentimentos, pensamentos e comportamentos e estaria relacionada a perda do estatuto social (Gilbert, 1998; 2007, citado por, Büscher, 2012) e ainda como os pais da paciente são hipercríticos podemos associar que:

Experiências de vergonha na família (como criticismo e expressividade emocional negativa) e as vergonhas vividas no grupo social levam ao desenvolvimento da ideia de existir na mente dos outros de forma negativa (vergonha externa, manifestada através de exclusão, evitamento da pessoa e desvalorização) que podem ser internalizadas (levando à auto depreciação e à atribuição interna) ou levar a um sentimento de humilhação (Büscher, 2012, p. 4).

O esquema de desconfiança/abuso é o mais perceptível na conceituação cognitiva-comportamental da paciente C. que verbalizou frases como “as pessoas podem abusar dessa confiança” , “As pessoas ficariam a saber demasiado e poderiam depois aproveitar-se disso”, pois este esquema é caracterizado com uma expectativa muito intensa de que as pessoas irão abusar ou obter vantagens de quem possui o esquema, por isso o sentimento de desconfiança (Young et. al., 2008), sendo possível encontrar no caso de C. experiências atuais até as mais remotas, como o caso de uma amiga muito próxima que a traiu até as experiências de perseguição, ameaça e chantagem praticadas por seu irmão ou até mesmo as agressões verbais e ameaças de agressão física disparadas por seu pai. Aqui o paralelo feito com a formação do autocriticismo na sintomatologia depressiva é que:

“Em crianças que foram frequentemente ameaçadas ou que não se sentiram cuidadas ou seguras, o sistema de ameaça/defesa é sobre-estimulado, dando origem a afecto negativo e a comportamentos defensivos, mais facilmente activados e tendencialmente duradouros” (Perry et al., 1995, citado por Castilho et. al., 2010, p. 478) e ainda “a literatura sugere que as crianças que foram submetidas a ameaças e negligência tornar-se-ão mais sensíveis a sinais de ameaça, mais focadas em questões de poder social e mais susceptíveis a internalizar um estilo cognitivo auto-crítico” (Gilbert & Irons, 2005, citado por, Castilho et. al., 2010, p. 480). Ou seja, existe uma “relação positiva significativa entre a recordação de experiências de ameaça e subordinação na infância, o auto-criticismo e a depressão” (Castilho et. al., 2010, p. 492).

Quanto ao último esquema do domínio desconexão e rejeição presente na paciente C., isolamento social/alienação, geralmente este esquema é formado em famílias solitárias que se isolam da vizinhança ao seu redor e de parentes (Young et. al., 2010) o que não está presente na história de vida da paciente, sendo possível hipotetizar que além da influência da falta de calor e afeto de seu pai que desencadeava em C. sentimentos de não pertencimento como “sou diferente dos outros” ou “as pessoas não compreendem minhas necessidades”, é bem provável que este esquema tenha se formado posteriormente para hipercompensar seus esquemas subjacentes como defectividade/vergonha, desconfiança/abuso ou fracasso, pois o sujeito ao alimentar expectativas de que não se pode confiar nos outros ou perceber-se incompetente, inferior e desvalorizado em seu meio social, pode isolar-se optando por passar maior parte do seu dia em seu quarto como é o caso de C. como ela mesmo relata “sinto muita vontade de estar sozinha”, “passo muito tempo na cama porque sinto que não tenho energias para nada”, “nem todo mundo me inspira confiança”. A manutenção deste esquema pode estar associada ao estilo de pensamento ruminativo que por sua vez está associado ao auto criticismo e à sintomatologia depressiva:

Perante o humor depressivo, algumas pessoas tendem a isolar-se para pensar nos seus sintomas depressivos, nas causas dos mesmos, no quão tristes, sozinhos, desmotivados e sem esperança estão e, para se preocuparem acerca das implicações que este estado acarreta. Desta forma, Lyubomorsky e Nole-Hoeksema (1993) citado por, Amaral et al. (2010) referem que as pessoas recorrem ao estilo de pensamento ruminativo, perante o humor

depressivo, porque acreditam que isso será positivo e vantajoso pois permitirá obter insight/conhecimento acerca dos seus pensamentos, sentimentos, causas e conseqüências e tal conhecimento será uma mais-valia no atenuar ou libertar dos sintomas depressivos, ou seja, a ruminação funciona como uma estratégia de regulação emocional. No entanto, o estilo de pensamento ruminativo engloba, igualmente, uma componente mais patogénica (Nolen-Hoeksema, Parker & Larson, 1994, citado por Amaral et al., 2010, p. 277).

Existem duas formas de pensamentos ruminativos: reflexivo e pensativo/melancólico, o estilo reflexivo está focado em resolver problemas reduzindo ou extinguindo os sintomas da depressão levando a algum afeto negativo a curto prazo, mas de curta duração e o estilo pensativo/melancólico é comparador do estado atual para o estado ideal, não resolutivo e associa-se à sintomatologia depressiva a curto e longo prazo tornando-se o componente mais desadaptativo da ruminação (Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003, citado por, Amaral et al., 2010), logo o auto-criticismo e as formas eu inadequado e eu detestado estão associados positivamente ao estilo de pensamento ruminativo, tanto os estilos “reflexão” e “pensativo/melancólico” (Amaral et al., 2010).

O isolamento social também pode ser explicado através da teoria da mente:

A teoria da mente representa a aptidão para “compreender as outras pessoas e o que se passa nas mentes delas” (Gilbert, 2005, p.35). Permite assim, a perceção e compreensão dos seus motivos, comportamentos, valores e conhecimentos, bem como nos facilita perceber como agir para que gostem de nós. Baseia-se na suposição de que vemos os outros como iguais e que vamos atualizando as nossas visões deles perante nova informação. Deste modo, fornece um sentimento de pertença a um grupo, um “nós” que, por um lado, nos protege e por outro nos pode atacar ou fazer sentir como excluídos (Gilbert, 2005, citado por, Büscher, 2012, p. 3)

Ou ainda este esquema pode ser influenciado pelo ranking social estabelecido na relação com seu pai de constante subordinação à sua dominação:

De acordo com a teoria das mentalidades sociais, impede o indivíduo de desempenhar os seus papéis sociais de forma adequada. Nomeadamente, é mais provável a pessoa encarar as relações a nível do ranking social, e a demonstrar uma tendência a comportar-se em termos de dominância e submissão, sendo muito provável a sua submissão perante os outros. Esta

submissão advém das dificuldades em representar-se (em termos de hierarquia) e comparar-se socialmente com os outros (obtendo, ou não um sentido de pertença) (Gilbert, 2005; 2007, citado por Büscher, 2012, p. 9).

Sendo assim, torna-se evidente que a tarefa evolutiva do domínio I sentimento de pertencimento depende do desenvolvimento do sentimento de ser igual aos outros e que esta tarefa não foi concluída no caso da paciente C., por exemplo quando ela diz que sente-se “a mais” morando com seus pais ou quando diz que “querem se ver livre de mim”, ou seja, não sente que pertença ao seu próprio lar o que pode reforçar seu esquema de isolamento social, onde o sujeito sente-se diferente dos outros.

O último esquema analisado é Fracasso, este esquema pertence ao domínio de Autonomia e desempenho prejudicados, fica evidente a presença deste esquema em falas de C. como “Eu sou uma incompetente e nunca vou fazer nada em ordem” ou “Por mais que tente, não consigo resolver os meus problemas” e até mesmo quando ela menciona que ainda faltam muitas matérias em seu curso mais difíceis e que sente que não vai dar conta delas, fator este que ela menciona ser o desencadeador da depressão. É comum que as pessoas com esquema de fracasso tenham a crença de que fracassaram ou que fracassarão inevitavelmente ou de que são inadequados (Young et al., 2008) e aqui há justamente o ponto de intersecção com uma das formas do autocriticismo, o eu inadequado. Esta forma do eu “é caracterizado por uma experiência interna de rebaixamento e sentimento de desadequação, em consequência a falhas e erros percebidos” (Büscher, 2012, p. 5) também esta forma estaria “focada no sentimento de inadequação em relação ao eu e de derrota perante falhas e fracassos” (Coelho et al., 2010, p. 457) assim a forma eu inadequado também estaria associada à sintomatologia depressiva, pois segundo Büscher (2012, p. 50), “uma postura de ódio e inadequação perante o self e a incapacidade de auto tranquilização estão associadas aos sintomas de depressão”.

3.3 A neurobiologia dos esquemas versus a neurobiologia das mentalidades sociais

A associação entre as duas teorias também pode ser feita a nível do suporte neurobiológico dos EIDs e das mentalidades sociais que sustentam a formação do autocriticismo.

Segundo a teoria das mentalidades sociais, a vinculação segura é aquele vínculo entre a figura cuidadora e a criança que causa um estado de satisfação e

contentamento, por sua vez esta relação gera afeto positivo criando o papel social de afiliação e estado de tranquilidade e calor afetivo, este sistema neurobiologicamente é composto por liberação de opiáceos e ocitocina, este cuidado e partilha despertaria na criança sentimentos de conexão e merecimento de amor (Gilbert, 2005, citado por, Castilho et al., 2010) necessidades estas frustradas nos EIDs do domínio I. Este sistema de vinculação ainda interagiria com outro circuito chamado de sistema de procura regido pela busca de obter fins e recompensas que neurobiologicamente funciona através do neurotransmissor dopamina (Gilbert, 2005; Gilbert et al., 2006, citado por, Castilho et al., 2010), assim “estes dois sistemas de regulação do afecto positivo interagem com um terceiro, focado na ameaça e na procura de segurança, mediado pela serotonina” e ainda “Esta interação tem consequências importantes em termos cerebrais, uma vez que estabelece padrões nas conexões neuronais e estimula a maturação dos diferentes sistemas de regulação do afecto” (Gilbert, 2005, citado por, Castilho et al., 2010, p. 478).

“A estimulação do sistema de afiliação/calor, aquando da sua maturação, leva à formação de esquemas eu-outro que serão activados e valentes ao longo da vida nos contextos inter-relacionais, não somente no estabelecimento de laços afectivos como na auto-regulação em situações de stress” (Gilbert, 2005, citado por, Castilho et al., 2010, p. 478) e é exatamente neste trecho que as duas teorias de forma meramente especulativa podem cruzar-se neurobiologicamente, pois estes mesmos sistemas de regulação emocional que explicam a teoria das mentalidades sociais como afiliação/calor, foco na ameaça e procura de segurança podem hipotetizar associações emocionais originadas pelos circuitos cerebrais envolvidos na regulação do condicionamento do medo e trauma postulados por Young et al. (2010) logo, quando o indivíduo sente o medo quando está diante de uma ameaça, possivelmente circuitos similares ao sistema focado na ameaça são ativados, pois segundo Le Doux (1996), citado por, Young et al. (2008, p.39):

Durante uma situação de aprendizagem traumática, as memórias conscientes são estabelecidas por um sistema que envolve o hipocampo e áreas corticais relacionadas, ao passo que as memórias inconscientes são estabelecidas por mecanismos de condicionamento do medo que operam por meio de um sistema baseado nas amígdalas. Esses dois sistemas operam em paralelo e armazenam diferentes tipos de informação relacionada à experiência. Quando os estímulos presentes durante o trauma inicial são

encontrados mais tarde, cada sistema é potencialmente capaz de recuperar suas memórias. No caso do sistema amigdaliano, a recuperação resulta na expressão de respostas corporais que preparam para o perigo e, no caso do sistema hipocampal, ocorrem lembranças conscientes.

Dessa forma, segundo LeDoux, os mecanismos cerebrais que registram, armazenam e recuperam memórias da importância emocional de um evento traumático diferem dos mecanismos que processam memórias e cognições conscientes sobre o mesmo evento (Young et al., 2008, p. 39)

Diante disso, se o indivíduo encontrar gatilhos similares às experiências que viveu em sua infância, esta memória emocional e sensório corporal presente na amígdala é ativada antes mesmo dos pensamentos e julgamentos sobre esta emoção, esta informação viajaria em doze milissegundos desde o tálamo até a amígdala (Le Doux, 1996, citado por, Callegaro, 2005).

A amígdala é uma parte importante do sistema límbico que além de processar o medo também processa o estímulo de ameaça, Le Doux (1996) postulou a função de duas rotas aferentes envolvendo a amígdala que poderiam mediar o condicionamento ao medo:

O primeiro é uma via direta tálamo-amígdala que pode processar aspectos sensoriais brutos de entrada de estímulos e retransmitir diretamente esta informação para a amígdala, permitindo uma resposta condicionada precoce do medo, se algum desses elementos sensoriais rudimentares for sinal de ameaça e a segunda via é um caminho tálamo-cortico-amígdala que permite uma análise mais complexa da entrada estímulo e proporciona uma resposta emocional mais lenta e condicionada (Le Doux, 1996, citado por, Dalgleish, 2004, p. 585).

Ora, se por um lado a neurobiologia dos esquemas é baseada no sistema de condicionamento de medo e trauma ativado pela amígdala, esta também é responsável por perceber a ameaça relacionada ao sistema de procura de segurança, terceiro sistema que interage com outros sistemas de afeto positivo presentes na formação das mentalidades sociais, um dos componentes que sustentam a origem do autocrítico.

Ainda é possível ser encontrado num estudo de neuroimagem realizado com o objetivo de registrar ativações de sistemas cerebrais envolvidos com a mentalidade de ranking social através do monitoramento de jogadores que competiam entre si, revelando o seguinte achado:

Específico para a condição de hierarquia instável, várias áreas adicionais do cérebro foram recrutadas ao visualizar o jogador superior. Estes incluem o tálamo bilateral, amígdala direita, cíngulo posterior, córtex pré-frontal medial, córtex pré-motor, córtex somatossensorial e área motora suplementar. Os achados deste estudo sugerem que a estabilidade da hierarquia afeta diferencialmente o processamento neural de sinais do status social e apóia o papel hipotético do cortex-límbico e do córtex pré-frontal no processamento de classificação social (Beasley et al., 2012, p. 1)

Segundo este resultado a amígdala também estaria envolvida nos processos de funcionamento da metalidade de ranking social, outra função componente da formação do autocrítico.

3.4 Autocompaixão, autotranquilização e adulto saudável

Há uma terceira forma do autocrítico que é chamada de eu tranquilizador, esta forma reduz a agressividade contra si próprio enxergando aspectos negativos do self de forma compassiva e está relacionada à recordação de aspectos do eu e à capacidade de tolerar autodecepção e emoções que o tornem vulnerável (Gilbert, Clark, Hempel, Miles & Irons, 2004, citado por, Büscher, 2012). Basicamente o auto crítico é ativado em algumas situações onde o indivíduo sente que falhou em algo importante para ele ou para o outro, diante do fracasso ou em momentos de decepção pessoal, contudo, há alternativas de enfrentar estas situações utilizando a autocompaixão e autotranquilização diante da falha e da decepção pessoal, este sujeito pode tentar tranquilizar-se e consolar-se em seu diálogo interior para lidar melhor com a situação e enxergar um futuro melhor (Gilbert et al., 2004, citado por, Castilho et al., 2010). Por sua vez, da mesma forma, quanto menor o eu tranquilizador maior serão os sintomas depressivos tanto nas populações feminina quanto masculina (Büscher, 2012).

O desenvolvimento do eu tranquilizador dá-se a partir do estabelecimento do ranking social de forma saudável e não ameaçadora, pois a relação de poder e hierarquia entre a figura cuidadora e a criança também pode ser de ameaça, subordinação e rebaixamento desta no ambiente familiar (Gilbert, 2003, citado por, Castilho et al., 2010), ou seja as crianças que temem seus próprios pais e assumem papéis

subordinados de forma forçada podem adotar vários comportamentos submissos, entre eles, comportamentos com falta de assertividade, desistência diante dos obstáculos e poucas experiências de afeto positivo (Gilbert, 2000a; Gilbert et al., 2002, citado por, Castilho et al., 2010) assim o sistema de tranquilização/calor destas crianças é pouco estimulado limitando a capacidade destas crianças autotranquilizarem-se, o que torna difícil desenvolverem competências como autocompaixão ou autotranquilização (Gilbert, 2005, citado por, Castilho et al., 2010). Além da autotranquilização, a autocompaixão também pode ajudar a reduzir os níveis de autocriticismo e sofrimento, pois de acordo com Neff (2003^a) citado por Castilho e Gouveia (2011, p. 204):

A auto-compaixão representa uma atitude calorosa e de aceitação pelos aspectos negativos do self ou da vida, sendo composta por três componentes básicos: (a) calor/compreensão, isto é, a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; (b) condição humana, que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e (c) mindfulness, a consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobre-identificação com os mesmos.

Em paralelo, há um ponto de intersecção entre a teoria da autocompaixão com a teoria dos Esquemas iniciais desadaptativos que postula que existam modos de operação esquemáticos que funcionariam como um conjunto de esquemas adaptativos ou desadaptativos operando ao mesmo tempo após ativação num dado momento (Young et al., 2008) neste estudo será abordado somente o modo adulto saudável.

O modo adulto saudável é um modo de operação adaptativo pouco desenvolvido em pacientes com transtornos do eixo I e II que consiste na parte saudável do self que o ajuda a satisfazer suas necessidades emocionais básicas anteriormente frustradas, como se fosse um “bom pai” internalizado cumprindo três funções: (1) Dar carinho, reassegurar e proteger a parte do self vulnerável; (2) Estabelecer limites para a parte do self zangada que sente raiva/ódio quando não satisfaz suas necessidades emocionais e (3) Confrontar e reduzir os modos de pai/mãe disfuncionais internalizados (relação eu-outro) e de enfrentamento desadaptativo (Young et al., 2008), sendo que o objetivo global da terapia do esquema é construir e fortalecer este modo de operação que fará com que os outros modos trabalhem de forma mais

eficaz (Young et al., 2008) resultando em maior qualidade de vida para o paciente. O paciente com o adulto saudável fortalecido passa a apresentar pensamentos mais racionais alternativos menos enviesados pelos esquemas e mais realistas, assim como aprende a vivenciar e lidar com as emoções negativas de forma mais satisfatória o que resulta em estilos de enfrentamento mais adaptativos.

No decorrer do tratamento os pacientes internalizam o comportamento do terapeuta como parte de seu próprio modo adulto saudável. Inicialmente o terapeuta serve de adulto saudável sempre que o paciente for incapaz de fazê-lo. Por exemplo, se um pai é capaz de combater o pai/mãe punitivo (modo de esquema onde o sujeito pune a si mesmo como seus pais faziam em suas experiências de infância) por conta própria, o terapeuta não intervém, mas se o paciente não tiver essa capacidade e em lugar disso, atacar a si mesmo sem parar, sem conseguir se defender, o terapeuta intervirá e combaterá o pai/mãe punitivo pelo paciente. Aos poucos o paciente assume o papel de adulto saudável (Young et al., 2008, p. 245).

Como foi observado, o trabalho com modos esquemáticos na terapia do esquema no exemplo citado foi utilizado para não somente desenvolver o modo adulto saudável, mas também a autocompaixão e a autotranquilização diante da necessidade de punir-se mobilizada pelo modo esquemático “pai/mãe punitivo” internalizado oriundo de relações eu-outro precoces, onde este deseja punir a outra parte do self subordinada e que na terapia do esquema é conhecida como “modo criança vulnerável”, como foi abordado anteriormente neste trabalho, a relação de ranking social dominante-subordinado observada neste exemplo caracteriza o funcionamento do autocriticismo presente na sintomatologia depressiva.

Considerações finais

O presente ensaio teórico-reflexivo pretendeu associar os pontos de intersecção entre o autocrítico psicopatológico presente na sintomatologia depressiva e os Esquemas Iniciais Desadaptativos dos domínios Desconexão/rejeição e Autonomia/Desempenho prejudicados, através do encadeamento e comparação de diversas teorias e estudos realizados por Paul Gilbert, Jeffrey Young e colaboradores utilizando o estudo de caso da paciente C. com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior Episódio Recorrente Leve considerando sua conceituação cognitiva-comportamental para responder a seguinte questão: as condições precoces de formação do autocrítico presente na sintomatologia depressiva têm alguma relação com a formação de esquemas desadaptativos remotos dos domínios de desconexão-rejeição e autonomia-desempenho prejudicados utilizados na abordagem da Terapia Cognitiva Focada em Esquemas?

Os estudos abordados mostram a relação positiva entre a sintomatologia depressiva e as formas eu inadequado e eu detestado do autocrítico psicopatológico e as condições de formação para este tipo de autocrítico são as mesmas que originam EIDs nos domínios desconexão/rejeição e autonomia/desempenho prejudicados, seja através do mesmo estilo parental, mesmas vivências, necessidades emocionais básicas não atendidas e mesmas emoções subjacentes superestimuladas como por exemplo o medo e a vergonha.

Foi identificado que no nível dos domínios esquemáticos em questão, as tarefas evolutivas como aceitação e pertencimento quando frustradas, originam padrões cognitivos, afetivos e comportamentais similares às formas eu detestado e inadequado do autocrítico respectivamente. O mesmo estilo parental autoritário, controlador e solapador de confiança originador de EIDs no domínio II, apresenta padrões similares ao estilo parental originador das formas eu inadequado e eu detestado do autocrítico.

Saindo do nível dos domínios e aprofundando no nível dos EIDs, a mesma relação de ranking social psicopatológica onde o pai inferioriza e subordina o filho está presente na formação do EID Defectividade/vergonha, quando C. expressa sua autoimagem como sendo “fraca” “miserável”, como quando por diversas vezes experimentou vergonha interna e externa, mesma vergonha presente na formação deste esquema e do autocrítico psicopatológico.

Os estudos mostraram que a mesma condição de ameaça no estilo parental é responsável pelo EID de Desconfiança/abuso e por tornarem os indivíduos mais autocríticos. O EID de Isolamento Social/alienação da paciente era mantido pelo pensamento ruminativo, mesma ruminação que segundo estudos está associada positivamente com o autocrítico em suas duas formas e a sintomatologia depressiva, assim como os padrões do EID Fracasso são similares aos padrões da forma eu inadequado que por sua vez possui relação positiva com os sintomas depressivos. No entanto, o entrelaçamento entre as duas teorias também é percebido ao observar que o modo adulto saudável da teoria dos EIDs parece também desempenhar o papel autotranquilizador e de autocompaixão postulado pela teoria da compaixão (teoria do autocrítico).

Este estudo apresenta algumas limitações, por tratar-se de um ensaio teórico-reflexivo, foi utilizado um estudo de caso e encadeamento de teorias apenas, sendo relevante a estruturação de uma pesquisa aplicada à determinada população que possa correlacionar estatisticamente os resultados. Este estudo ainda abre algumas outras questões, tanto na dimensão neurobiológica, qual a relação exercida entre o sistema de condicionamento do medo e trauma e os sistemas neuronais que sustentam os padrões de ranking social? Quanto na dimensão cognitiva, afetivo e comportamental, por exemplo, por quê o autocrítico psicopatológico está relacionado com EIDs dos domínios I e II da teoria de Jeffrey Young? Por quê especificamente os EIDs dos domínios I e II estão presentes em pacientes com sintomatologia depressiva?

No geral, a sinergia destas duas teorias pode contribuir para potencializar o atendimento de pacientes com sintomatologia depressiva em diferentes graus, uma vez que elas se complementam.

Referências Bibliográficas

- Amaral, V., & Castilho, P. (2010). A contribuição do auto-criticismo e da ruminação para o afecto negativo. *PSYCHOLOGICA*, 271-292.
- American Psychiatric Association. (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS 5ª EDIÇÃO DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Beasley, M., Sabatinelli, D., & Obasi, E. (2012). Neuroimaging evidence for social rank theory. *Frontiers in Human Neuroscience*, 1.
- Büscher, T. (2012). *Memórias emocionais, Auto-criticismo e Alexitimia: que contributo para a Psicopatologia*. Dissertação, Dissertação (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 09-20.
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psicologica Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 203-230.
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *PSYCHOLOGICA Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54,63-86.
- Castilho, P., Gouveia, J. P., & Amaral, V. (2010). Recordação das Experiências de Ameaça e Subordinação na Infância e Psicopatologia: o efeito mediador do Auto Criticismo. *PSYCHOLOGICA*, 475-498.
- Coelho, S. A., Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2010). Recordação de experiências de ameaça e subordinação na infância, auto-criticismo, vergonha e a sua contribuição para a depressão em estudantes universitários. *PSYCHOLOGICA*, 449-474.
- Dalgarrondo, P. (2011). *Evolução do cérebro: sistema nervoso, psicologia e psicopatologia sob a perspectiva evolucionista*. . Porto Alegre: Artmed.
- Dalgleish, T. (2004). The emotional brain. *Nature reviews | Neuroscience*, 582-589.
- Desconhecido. (s.d.). *Caso Clínico 05*. Fonte: Ubibliorum:
<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2559/5/Anexo%20II%20-%20Casos%20Clínicos.pdf>
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. (Maio de 2003-2018). *autorrecreinação*. Porto: Porto Editora. Fonte: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/autorrecreina%C3%A7%C3%A3o>.

- E Mais Estadão. (03 de Março de 2017). *Depressão é a doença mais incapacitante do mundo*. Fonte: E Mais Estadão: <http://emais.estadao.com.br/blogs/joel-renno/depressao-e-a-doenca-mais-incapacitante-do-mundo/>
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 183-200.
- Hermanto, N., & Zuroff, D. C. (2016). The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of careseeking and caregiving. *The Journal of Social Psychology*, 1-12.
- Sá, C. A. (2012). *Que processos psicológicos contribuem para a psicopatologia? Relação entre Auto-criticismo, Fusão cognitiva e Evitamento Experiencial*. Dissertação, Dissertação (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde) - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. (2016). *Terapia cognitiva focada em Esquemas Integração em Psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Wegener, I., Alfter, S., Geiser, F., Liedtke, R., & Conrad, R. (2017). Schema Change Without Schema Therapy: The Role of Early Maladaptive Schemata for a Successful Treatment of Major Depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 1-15.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.