

TERAPIA DO ESQUEMA: MODELO CONCEITUAL

A terapia do esquema é uma proposta de terapia inovadora e integradora, desenvolvida por Young e colegas (Young, 1990, 1999), que amplia significativamente os tratamentos e conceitos cognitivo-comportamentais tradicionais. O enfoque dessa proposta mescla elementos das escolas cognitivo-comportamental, de apego, da gestalt, de relações objetais, construtivista e psicanalítica em um modelo conceitual e de tratamento rico e unificador.

A terapia do esquema proporciona um novo sistema psicoterápico especialmente adequado a pacientes com transtornos psicológicos crônicos arraigados, até então considerados difíceis de tratar. Em nossa experiência clínica, pacientes com transtornos de personalidade profundos, assim como aqueles com questões caracterológicas importantes que subjazem os transtornos de Eixo I, em geral respondem muito bem a tratamentos baseados em esquemas (às vezes combinados a outras abordagens).

DA TERAPIA COGNITIVA À TERAPIA DO ESQUEMA

Um vislumbre sobre o campo da terapia cognitivo-comportamental¹ ajuda a explicar a razão pela qual Young considerou tão importante o desenvolvimento da terapia do esquema. Os pesquisadores e profissionais do campo cognitivo-comportamental têm alcançado excelentes avanços no desenvolvimento de tratamentos psicológicos eficazes para transtornos do Eixo 1, incluindo muitos transtornos de humor, ansiedade e uso excessivo de álcool e drogas. Geralmente, esses tratamentos são de curto prazo (em torno de 20 sessões) e concentram-se na redução dos sintomas, na formação de habilidades e na solução de problemas atuais na vida do paciente.

Entretanto, embora tais tratamentos ajudem a muitos pacientes, isso não ocorre com vários outros. As pesquisas sobre resultados de tratamentos relatam índices de sucesso muito elevados (Barlow, 2001).

¹ Neste capítulo, usamos o termo *terapia cognitivo-comportamental* a fim de referir a vários protocolos desenvolvidos por autores como Beck (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979) e Barlow (Craske, Barlow e Meadows, 2000) para tratar transtornos do Eixo 1. Alguns terapeutas cognitivo-comportamentais adaptaram esses protocolos, de maneiras coerentes com a terapia do esquema, ao trabalho com pacientes difíceis (cf. Beck, Freeman et al., 1990). Discutimos algumas dessas modificações posteriormente neste capítulo (ver p. 48-53). Em sua maioria, contudo, os atuais protocolos de tratamento dentro da terapia cognitivo-comportamental não refletem essas adaptações.

Por exemplo, no caso de depressão, o sucesso ultrapassa os 60%, imediatamente após o tratamento; porém, o índice de recidiva é de cerca de 30%, depois de um ano (Young, Weinberger e Beck, 2001), apontando um número significativo de pacientes que tiveram tratamento mal-sucedido. Muitas vezes, pacientes com transtornos de personalidade e problemas caracterológicos não respondem totalmente a tratamentos cognitivo-comportamentais tradicionais (Beck, Freeman et al., 1990). Um dos desafios enfrentados pela terapia cognitivo-comportamental hoje em dia é o desenvolvimento de terapias para esses pacientes crônicos e difíceis de tratar.

Problemas caracterológicos podem reduzir a eficácia da terapia cognitivo-comportamental tradicional de várias formas. Alguns pacientes apresentam-se com sintomas do Eixo 1, como ansiedade e depressão, e não avançam no tratamento, ou recidivam quando de sua suspensão. Por exemplo, uma paciente apresenta-se para tratamento cognitivo-comportamental de agorafobia. Por meio de um programa que consiste em treinamento de respiração, questionamento de pensamentos catastróficos e exposição gradual a situações fóbicas, ela reduz significativamente seu medo de sintomas de pânico e supera a evitação de várias situações, mas, quando o tratamento termina, a paciente volta ao estado de agorafobia. Toda uma vida de dependência, junto com sentimentos de vulnerabilidade e incompetência – a que chamamos de esquemas de dependência e vulnerabilidade –, impedem-na de se aventurar no mundo por conta própria. Essa paciente carece de autoconfiança para tomar decisões e não consegue adquirir habilidades práticas como dirigir automóveis, orientar-se em seu entorno, administrar dinheiro e escolher os lugares adequados aonde ir, preferindo deixar que outras pessoas que lhe são importantes tomem as providências necessárias. Sem a orienta-

ção do terapeuta, a paciente não consegue administrar os deslocamentos públicos necessários para manter as conquistas do tratamento.

Outros pacientes realizam, inicialmente, tratamento cognitivo-comportamental de sintomas do Eixo 1, e, após a resolução desses sintomas, os problemas caracterológicos passam a ser o foco do tratamento. Por exemplo, um paciente faz terapia cognitivo-comportamental para transtorno obsessivo-compulsivo. Por meio de um programa comportamental de curto prazo, que combina exposição com prevenção de resposta, eliminam-se, em grande parte, os pensamentos obsessivos e rituais compulsivos que consumiram a maior parte de sua vida. Quando os sintomas do Eixo 1 diminuem, e o paciente dispõe de tempo para retomar outras atividades, é necessário encarar a quase total ausência de vida social que resultou de seu estilo de vida solitário. O paciente tem o que chamamos de “esquema de defectividade”, com o qual lida com as situações sociais, evitando-as. Ele é tão sensível a descasos e rejeições que, desde a infância, evitou a maior parte da interação pessoal com outros. Terá de lutar contra seu padrão de evitação, que já dura toda sua vida, a fim de desenvolver uma vida gratificante em sociedade.

Há ainda outros pacientes que procuram tratamento cognitivo-comportamental, mas carecem de sintomas específicos que possam servir como alvo da terapia. Seus problemas são vagos e difusos, ou não há fatores ativadores claros. Eles sentem que alguma coisa vital está errada ou ausente em suas vidas. Tais pacientes são encaminhados à terapia por seus problemas caracterológicos, isto é, chegam buscando tratamento para dificuldades crônicas nos relacionamentos com pessoas próximas ou no trabalho. Como não apresentam sintomas do Eixo 1 importantes ou os têm em grandes quantidades, é difícil

aplicar-lhes a terapia cognitivo-comportamental tradicional.

Pressupostos da terapia cognitivo-comportamental tradicional descumpridos por pacientes caracterológicos

A terapia cognitivo-comportamental tradicional parte de diversos pressupostos sobre pacientes, os quais, muitas vezes, não se mostram verdadeiros no caso de pacientes com problemas caracterológicos, que têm uma série de atributos psicológicos que os distinguem de casos explícitos de Eixo I e os tornam candidatos menos adequados ao tratamento cognitivo-comportamental.

Um desses pressupostos é o cumprimento do protocolo de tratamento pelos pacientes. A terapia cognitivo-comportamental padrão pressupõe que os pacientes estejam motivados a reduzir os sintomas, a formar habilidades e a resolver seus problemas atuais e, portanto, com um pouco de estímulo e reforço positivo, que cumpram os procedimentos necessários ao tratamento. Todavia, para vários pacientes caracterológicos, as motivações à terapia são complicadas. Há inúmeros casos em que eles não estão dispostos ou não conseguem cumprir os procedimentos da terapia cognitivo-comportamental. Esses pacientes podem não realizar tarefas que lhes são prescritas, demonstrar grande relutância a aprender estratégias para autocontrole ou parecer mais motivados a receber consolo do terapeuta do que a aprender estratégias que ajudem a si próprios.

Outro pressuposto da terapia cognitivo-comportamental é que, com um pouco de treinamento, os pacientes acessem suas cognições e emoções e as informem ao terapeuta. No início da terapia, espera-se que observem e registrem seus pensamentos e sentimentos, mas os pacientes

com problemas caracterológicos várias vezes não o conseguem, parecendo, com frequência, não ter contato com suas cognições e emoções. Muitos desses pacientes desenvolvem evitação cognitiva e afetiva. Bloqueiam pensamentos e imagens perturbadoras, evitam suas próprias memórias e seus sentimentos negativos evitando olhar fundo dentro de si mesmos. Também evitam muitos dos comportamentos e situações essenciais a seu avanço. Esse padrão de evitação provavelmente se desenvolve como resposta instrumental, aprendida porque é reforçada pela redução de sentimentos negativos. As emoções negativas, como ansiedade e depressão, são ativadas por estímulos associados a memórias de infância, induzindo à evitação dos estímulos a fim de se esquivar das emoções. A evitação se torna uma estratégia para enfrentar as emoções negativas habituais e é extremamente difícil de mudar.

A terapia cognitivo-comportamental também pressupõe que os pacientes sejam capazes de mudar seus comportamentos e cognições problemáticos por meio de práticas como análise empírica, discurso lógico, experimentação, exposição gradual e repetição. Entretanto, para pacientes caracterológicos, muitas vezes isso não acontece. Em nossa experiência, os pensamentos distorcidos e os comportamentos de auto-sabotagem desses pacientes são extremamente resistentes à modificação apenas por meio de técnicas cognitivo-comportamentais. Mesmo após meses de terapia, inúmeras vezes não há melhora sustentada.

Como geralmente carecem de flexibilidade psicológica, os pacientes caracterológicos têm muito menos capacidade de resposta a técnicas cognitivo-comportamentais e com frequência não passam por mudanças significativas a curto prazo. Em lugar disso, são psicologicamente rígidos, o que configura uma marca dos transtornos de personalidade (American Psychiatric

Association, 1994, p. 633). Esses pacientes tendem a expressar desesperança com relação a mudança. Seus problemas caracterológicos são egossintônicos: os padrões autodestrutivos parecem estar tão integrados a quem são, que não podem imaginar alterá-los. Os problemas são centrais a seu sentido de identidade, e abrir mão deles pode parecer uma forma de morte, a morte de uma parte de si mesmos. Quando questionados, agarram-se de forma rígida, reflexiva e, por vezes, agressiva ao que acreditam ser verdade em relação a eles próprios e ao mundo.

A terapia cognitivo-comportamental também pressupõe que os pacientes possam desenvolver uma relação de colaboração com o terapeuta em algumas poucas sessões. As dificuldades da relação terapêutica geralmente não são vistas como um foco importante dos tratamentos cognitivo-comportamentais, e sim como obstáculos a serem superados para que o paciente cumpra os procedimentos do tratamento. A relação terapeuta-paciente não costuma ser considerada um “ingrediente ativo” do tratamento, mas não raro os pacientes com transtornos caracterológicos têm dificuldades para estabelecer uma aliança terapêutica, refletindo assim suas dificuldades de se relacionar com as pessoas. Muitos pacientes difíceis de tratar tiveram relacionamentos pessoais disfuncionais desde cedo. Problemas duradouros em relacionamentos com pessoas importantes são outra marca registrada dos transtornos de personalidade (Millon, 1981). Esses pacientes costumam considerar difícil estabelecer relações terapêuticas seguras. Alguns deles, como no caso de transtornos da personalidade borderline ou dependente, costumam ser tão absorvidos pela tentativa de fazer com que o terapeuta atenda suas necessidades emocionais que são incapazes de se concentrar em suas próprias vidas fora da terapia. Outros, como

os que têm transtorno de personalidade narcisista, paranóide, esquizóide ou obsessivo-compulsivo, costumam ser tão desconectados ou hostis que não conseguem trabalhar em conjunto com o terapeuta. Como as questões interpessoais costumam ser o problema central, a relação terapêutica constitui-se em uma das melhores áreas para se avaliar e tratar esses pacientes, um ponto na maioria das vezes descuidado na terapia cognitivo-comportamental tradicional.

Por fim, no tratamento cognitivo-comportamental, supõe-se que o paciente tenha problemas-alvo prontamente discerníveis. No caso de pacientes com problemas caracterológicos, não raro esse pressuposto não se cumpre, pois eles costumam apresentar problemas vagos, crônicos e difusos. São infelizes em áreas importantes de suas vidas e têm estado insatisfeitos desde que conseguem se lembrar. Talvez sejam incapazes de estabelecer um relacionamento romântico de longo prazo, não consigam atingir o potencial desejado no trabalho ou tenham a sensação de que suas vidas são um vazio. São fundamentalmente insatisfeitos no amor, no trabalho ou no lazer. Esses temas da vida, amplos e difíceis de definir, via de regra não conformam alvos fáceis de abordar por meio de tratamentos cognitivo-comportamentais tradicionais.

Posteriormente, examinaremos como esquemas específicos podem dificultar a obtenção de benefícios por pacientes tratados com terapia cognitivo-comportamental padrão.

O DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA DO ESQUEMA

Pelas muitas razões recém-descritas, Young (1990, 1999) desenvolveu a terapia do esquema para tratar pacientes com problemas caracterológicos crônicos, que

não estavam sendo resolvidos de forma adequada pela terapia cognitivo-comportamental: os “insucessos de tratamento”. O autor desenvolveu a terapia do esquema como uma abordagem sistemática que amplia a terapia cognitivo-comportamental, integrando técnicas derivadas de várias escolas diferentes de terapia. A terapia do esquema pode ser breve, de médio ou de longo prazo, dependendo do paciente. Ela amplia a terapia cognitivo-comportamental tradicional ao dar ênfase muito maior à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente e aos estilos desadaptativos de enfrentamento.

Uma vez diminuídos os sintomas agudos, a terapia do esquema é adequada para tratar muitos transtornos dos Eixos 1 e 2 que têm base importante em temas caracterológicos que duram toda a vida. Não raro, realiza-se a terapia em conjunto com outras modalidades, como terapia cognitivo-comportamental e medicação psicotrópica. A terapia do esquema volta-se ao tratamento dos aspectos caracterológicos dos transtornos, e não aos sintomas psiquiátricos agudos (como depressão grave ou ataques de pânico recorrentes). A terapia do esquema mostrou-se útil no tratamento de depressão ou ansiedade crônicas, transtornos alimentares, problemas difíceis de casal e dificuldades duradouras na manutenção de relacionamentos íntimos satisfatórios. Também tem ajudado criminosos e evitado recaídas entre usuários de drogas e álcool.

A terapia do esquema visa os temas psicológicos fundamentais típicos de pacientes com transtornos caracterológicos. Como discutimos em detalhe na seção seguinte, chamamos esses temas fundamentais de esquemas desadaptativos remotos. A terapia do esquema ajuda pacientes e terapeutas a entender problemas crônicos e difusos e a organizá-los de ma-

neira compreensível. O modelo identifica a trajetória desses esquemas desde a infância até o presente, com ênfase particular nos relacionamentos interpessoais do paciente. Usando o modelo, os pacientes obtêm a capacidade de perceber os problemas caracterológicos como egodistônicos e, assim, de se capacitar para abrir mão deles. O terapeuta se alia aos pacientes para lutar contra os esquemas destes, usando estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais e interpessoais. Quando os pacientes repetem padrões disfuncionais baseados em seus esquemas, o terapeuta os confronta, empaticamente, com as razões para a mudança. Por meio de uma “recuperação parental limitada”, o terapeuta fornece a muitos pacientes um antídoto parcial às necessidades que não foram atendidas adequadamente na infância.

ESQUEMAS DESADAPTATIVOS REMOTOS

Voltamo-nos agora a um exame detalhado dos construtos básicos que formam a terapia do esquema. Começamos com a história e a evolução do termo “esquema”.

A palavra *esquema* é usada em muitos campos de estudo. Em termos gerais, um esquema é uma estrutura, uma armação ou uma conformação. Nos primórdios da filosofia grega, os lógicos estoicos, especialmente Crisipo (cerca de 279 a 206 a.C.), apresentaram princípios de lógica na forma de um “esquema de inferência” (Nussbaum, 1994). Na filosofia kantiana, esquema é uma concepção do comum a todos os membros de uma classe. O termo também é usado na teoria dos conjuntos, na geometria algébrica, na educação, na análise literária e na programação de computadores, para citar apenas alguns dos distintos campos em que se usa o conceito de “esquema”.

O termo tem uma história especialmente rica na psicologia, mais amplamente na área do desenvolvimento cognitivo. Nesse campo, um esquema é um padrão imposto à realidade ou à experiência para ajudar os indivíduos a explicá-la, para mediar a percepção e para guiar suas respostas. Esquema é uma representação abstrata das características distintivas de um evento, uma espécie de esboço de seus elementos de maior destaque. Na psicologia, é provável que mais comumente se associe o termo a Piaget, que escreveu em detalhes sobre esquemas mentais em diferentes etapas do desenvolvimento cognitivo na infância. Em psicologia cognitiva, pode-se também pensar um esquema como um plano cognitivo abstrato que serve de guia para interpretar informações e resolver problemas. Sendo assim, podemos ter um esquema lingüístico para entender uma frase ou um esquema cultural para interpretar um mito.

Passando da psicologia cognitiva à terapia cognitiva, Beck (1967), em seus primeiros trabalhos, referiu-se a esquemas mas, no contexto da psicologia e da psicoterapia, em termos gerais, qualquer princípio organizativo amplo que um indivíduo use para entender a própria experiência de vida pode ser considerado um esquema. Um conceito importante, com relevância para a psicoterapia, é a noção de que os esquemas, muitos dos quais formados em etapas iniciais da vida, tornam-se mais complexos e, depois, superpostos a experiências posteriores, mesmo quando não mais são aplicáveis. A isso se chama, às vezes, necessidade de “coerência cognitiva” para manter uma visão estável de si mesmo e do mundo, mesmo que imprecisa ou distorcida. Segundo essa definição ampla, um esquema pode ser positivo ou negativo, adaptivo ou desadaptivo, e os esquemas podem ser formados na infância ou em momentos posteriores da vida.

A definição de esquema de Young

Young (1990, 1999) formulou a hipótese de que alguns desses esquemas – sobretudo os que se desenvolvem como resultado de experiências de infância nocivas – podem estar no centro de transtornos de personalidade, problemas caracterológicos mais leves e muitos transtornos do Eixo 1. Para explorar essa idéia, ele definiu um subconjunto de esquemas chamados de esquemas desadaptativos remotos.

Nossa definição abrangente e revisada de um esquema desadaptativo remoto é:

- um tema ou padrão amplo, difuso;
- formado por memórias, emoções e sensações corporais;
- relacionado a si próprio ou aos relacionamentos com outras pessoas;
- desenvolvido durante a infância ou adolescência;
- elaborado ao longo da vida do indivíduo;
- disfuncional em nível significativo.

Em síntese, os esquemas desadaptativos remotos são padrões emocionais e cognitivos autoderrotista iniciados em nosso desenvolvimento desde cedo e repetidos ao longo da vida. Observemos que, segundo essa definição, o comportamento de um indivíduo não pertence ao esquema em si. Young teoriza que os comportamentos desadaptativos desenvolvem-se como *respostas* a um esquema. Portanto, os comportamentos são *provocados* pelos esquemas, mas não se constituem em partes deles. Exploraremos em detalhe tal conceito quando discutirmos estilos de enfrentamento, posteriormente, neste capítulo.

CARACTERÍSTICAS DOS ESQUEMAS DESADAPTATIVOS REMOTOS

Examinemos algumas das principais características dos esquemas. (De agora em diante, usaremos o termo *esquemas* em lugar de *esquemas desadaptativos remotos* de forma praticamente intercambiável.) Consideremos pacientes que tenham um dos quatro esquemas mais prejudiciais em nossa lista de 18 (ver Quadro 1.1): abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional e defectividade/vergonha. Quando eram crianças, esses pacientes foram abandonados, vítimas de abuso, negligenciados ou rejeitados; quando adultos, seus esquemas são ativados por eventos que percebem (inconscientemente) como semelhantes às experiências traumáticas de sua infância. Quando se ativa um desses esquemas, experimentam uma forte emoção negativa, como aflição, vergonha, medo ou raiva.

Nem todos os esquemas fundamentam-se em traumas ou maus-tratos na infância. Na verdade, uma pessoa pode desenvolver um esquema de dependência/incompetência sem vivenciar uma única situação traumática na infância, tendo sido uma criança completamente abrigada e superprotegida. Contudo, embora nem todos os esquemas possuam o trauma como origem, todos são destrutivos, e a maioria é causada por experiências nocivas repetidas regularmente durante a infância e adolescência. Os efeitos de todas essas experiências nocivas relacionadas acumulam-se e, juntos, levam ao surgimento de um esquema pleno.

Os esquemas desadaptativos remotos lutam para sobreviver. Como mencionamos anteriormente, isso resulta da necessidade instintiva que os seres humanos têm de coerência. O esquema é o que o indivíduo conhece. Embora cause sofrimento, é confortável e familiar, e ele se sente bem. As pessoas se sentem atraídas por eventos que ativam seus esquemas. Trata-se de uma das

razões pelas quais os esquemas são tão difíceis de mudar. Os pacientes os consideram verdades *a priori*, de modo que influenciam o processamento de experiências posteriores, cumprindo um papel crucial na forma como os pacientes pensam, sentem, agem e relacionam-se com outros. Paradoxalmente, levam os pacientes a recriar, inadvertidamente, quando adultos, as condições da infância que lhes foram mais prejudiciais.

Os esquemas começam no início da infância ou na adolescência, como representações do ambiente da criança baseadas na realidade. Nossa experiência mostra que os esquemas pessoais refletem com bastante precisão o seu ambiente remoto. Por exemplo, se um paciente nos diz que, quando criança, sua família era fria e pouco afetiva, geralmente tem razão, mesmo que possa não entender *por que* seus pais apresentavam dificuldade de demonstrar afeto ou expressar sentimentos. As razões por ele atribuídas aos sentimentos dos pais podem estar equivocadas, mas sua sensação básica sobre o clima emocional e sobre como foi tratado quase sempre é válida.

A natureza disfuncional dos esquemas tende a aparecer em momentos posteriores da vida, quando os pacientes continuam a perpetuar os esquemas que construíram nas interações com outras pessoas, embora suas percepções não sejam mais adequadas. Os esquemas desadaptativos remotos e as formas desadaptativas com que os pacientes aprendem a enfrentá-los inúmeras vezes estão por trás de sintomas crônicos do Eixo 1, como ansiedade, depressão, uso de drogas e álcool e transtornos psicossomáticos.

Os esquemas são dimensionais: têm diferentes níveis de gravidade e penetração. Quanto mais grave o esquema, maior é o número de situações que podem ativá-lo. Dessa forma, por exemplo, se um indivíduo desde cedo e com frequência, passa por críticas extremas e de ambos os pais, o contato que essa pessoa terá com quase

qualquer outro indivíduo provavelmente ativará um esquema de defectividade. Se a experiência de crítica surge mais tarde na vida, de forma ocasional, leve e de parte de apenas um dos pais, essa pessoa tem menor probabilidade de ativar o esquema mais tarde. Por exemplo, o esquema pode ser ativado apenas por figuras de autoridade exigentes do mesmo gênero do pai. Além disso, quanto mais grave o esquema, mais intenso costuma ser o sentimento negativo quando se ativa esse esquema, e mais tempo ele durará.

Como já mencionado, há esquemas positivos e negativos, bem como esquemas remotos e posteriores. Nosso foco está quase que exclusivamente em esquemas desadaptativos remotos, de forma que não descrevemos os esquemas positivos posteriores em nossa teoria. Todavia, alguns autores afirmam que, para cada um de nossos esquemas desadaptativos remotos, há um esquema adaptativo correspondente (*ver* teoria da polaridade de Elliot; Elliott e Lassen, 1997). Por outro lado, considerando-se as etapas psicossociais de Erikson (1950), poder-se-ia afirmar que a resolução bem-sucedida de cada etapa resulta em um esquema adaptativo, ao passo que a não-resolução de uma etapa leva a um esquema desadaptativo. Não obstante, nossa preocupação neste livro é com a população de pacientes de psicoterapia com transtornos crônicos, e não com a população normal. Portanto, tratamos sobretudo de esquemas desadaptativos remotos, que acreditamos estar por trás da patologia da personalidade.

AS ORIGENS DOS ESQUEMAS

Necessidades emocionais fundamentais

Propomos, fundamentalmente, que os esquemas resultam de necessidades

emocionais não-satisfeitas na infância. Postulamos cinco necessidades emocionais fundamentais para os seres humanos.²

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.
5. Limites realistas e autocontrole.

Acreditamos que essas necessidades são universais: todas as pessoas as têm, embora algumas apresentem necessidades mais fortes do que outras. Um indivíduo psicologicamente saudável é aquele que consegue satisfazer de forma adaptativa as necessidades emocionais fundamentais.

A interação entre o temperamento inato da criança e o primeiro ambiente resulta na frustração, em lugar da gratificação, dessas necessidades básicas. O objetivo da terapia do esquema é ajudar os pacientes a encontrar formas adaptativas de satisfazer suas necessidades emocionais fundamentais. Todas as nossas intervenções constituem meios dirigidos a esse fim.

Primeiras experiências de vida

Experiências de vida nocivas configuram a origem básica dos esquemas desadaptativos remotos. Os esquemas desenvolvidos mais cedo e mais fortes geralmente se

² Nossa lista de necessidades deriva das teorias de outros autores, bem como de nossa própria observação clínica, e não foi testada empiricamente. Esperamos ainda realizar pesquisas neste tema. Estamos abertos à revisão com base em pesquisa e já revisamos a lista com o passar do tempo. A lista de domínios (*ver* a Figura 1.1) também está aberta a modificações com base em conclusões empíricas e experiência clínica.

originam na família nuclear. Em grande medida, as dinâmicas da família de uma criança são as dinâmicas de todo o seu mundo remoto. Quando os pacientes se encontram em situações adultas que ativam os esquemas desadaptativos remotos, o que vivenciam é um drama da infância, em geral com um dos pais. Outras influências – como amigos, escola, grupos da comunidade e cultura ao seu redor –, tornam-se cada vez mais importantes à medida que a criança amadurece e podem ocasionar o desenvolvimento de esquemas. Contudo, os esquemas desenvolvidos posteriormente não costumam ser tão impregnados ou tão poderosos. (O isolamento social trata-se do exemplo de um esquema que costuma se desenvolver posteriormente na infância ou na adolescência e que pode não refletir as dinâmicas da família nuclear.)

Observamos quatro tipos de experiências no início da vida que estimulam a aquisição de esquemas. A primeira delas é uma *frustração nociva de necessidades*, ocorrida quando a criança passa por muito poucas experiências boas e adquire esquemas como privação emocional ou abandono por meio de déficits no ambiente, no início de sua vida. O ambiente da criança carece de sensações importantes, como estabilidade, compreensão e amor. O segundo tipo de experiência de vida remoto que engendra esquemas é a *traumatização* ou *vitimação*. Neste caso, causa-se um dano à criança ou ela se transforma em vítima e desenvolve esquemas como desconfiança/abuso, defectividade/vergonha ou vulnerabilidade ao dano. No terceiro tipo, a criança passa por uma grande quantidade de experiências boas: os pais lhe proporcionam em demasia algo que, moderadamente, seria saudável. Com esquemas como dependência/incompetência ou arrogo/grandiosidade, por exemplo, a criança raramente é maltratada. Em lugar disso, é tratada com demasiada indulgência. Não se atende às necessidades emocionais de autonomia ou limites realistas. Os

pais podem estar exageradamente envolvidos na vida da criança, superprotegê-la ou dar-lhe liberdade e autonomia sem limites.

O quarto tipo de experiência de vida que origina esquemas é a internalização ou identificação seletiva com pessoas importantes. A criança identifica-se seletivamente e internaliza pensamentos, sentimentos, experiências e comportamentos dos pais. Por exemplo, dois pacientes buscam tratamento, ambos vítimas de abuso infantil. Quando crianças, o primeiro paciente, Ruth, sucumbiu ao papel de vítima. Quando seu pai lhe batia, ela não reagia; em lugar disso, tornava-se passiva e submissa. Era vítima do comportamento abusivo do pai, mas não o internalizou: experimentou o sentimento de ser vítima, sem internalizar o sentimento de ser abusadora. O segundo paciente, Kevin, reagia ao pai abusivo. Identificava-se com ele, internalizava seus pensamentos, sentimentos e comportamentos agressivos, e acabou por se tornar, ele próprio, abusivo. (Este exemplo é extremo. Na realidade, a maioria das crianças absorve a experiência de ser vítima, bem como alguns dos pensamentos, sentimentos e comportamentos de adultos maldosos.)

Em outro exemplo, dois pacientes se apresentam com esquemas de privação emocional. Quando crianças, ambos tinham pais e mães frios e se sentiam solitários e não-amados. Deveríamos pressupor que, quando adultos, ambos haveriam se tornado emocionalmente frios? Não necessariamente. Embora os dois pacientes saibam o que significa receber frieza, eles próprios não são necessariamente frios. Como discutiremos a seguir, na parte sobre estilos de enfrentamento, em lugar de se identificar com os pais frios, os pacientes podem enfrentar os sentimentos de privação com a atitude de cuidadores, ou, por outro lado, carentes, sentindo-se com direitos. Nosso modelo não pressupõe que as crianças se identifiquem e internalizem tudo o que seus pais fazem; em lugar disso, ob-

servamos que elas se identificam e internalizam seletivamente certos aspectos de pessoas que lhes são importantes. Algumas dessas identificações e internalizações se tornam esquemas, modos ou estilos de enfrentamento.

Acreditamos que o temperamento determine em parte se um indivíduo irá se identificar e internalizar as características de uma pessoa importante. Por exemplo, é provável que uma criança com temperamento distímico não internalize o estilo otimista de um de seus pais para lidar com o infortúnio. O comportamento do pai ou da mãe é tão contrário à disposição do filho que este não pode assimilá-lo.

Temperamento emocional

Outros fatores, além do ambiente remoto da criança, também cumprem papéis fundamentais no desenvolvimento de esquemas. O temperamento emocional é especialmente importante. Como a maioria dos pais percebe com rapidez, cada criança tem uma “personalidade” ou temperamento singular e distinto desde o nascimento. Algumas são mais irritadiças; outras, mais tímidas, e outras, ainda, mais agressivas. Há muitas pesquisas que sustentam a importância das bases biológicas da personalidade. Por exemplo, Kagan e colaboradores (Kagan, Reznick e Snidman, 1988) geraram um corpo de pesquisa sobre traços de temperamentos presentes na primeira infância e concluíram que estes são bastante estáveis com o passar do tempo.

A seguir, eis algumas dimensões de temperamento emocional que, segundo nossa hipótese, podem ser amplamente inatas e relativamente imutáveis se tratadas somente por meio de psicoterapia.

Lábil	↔	Não-reativo
Distímico	↔	Otimista

Ansioso	↔	Calmo
Obsessivo	↔	Distraído
Passivo	↔	Agressivo
Tímido	↔	Sociável

Pode-se pensar em temperamento como a combinação única que cada indivíduo possui de pontos neste conjunto de dimensões (bem como outros aspectos do temperamento certamente identificados no futuro).

O temperamento emocional interage com eventos dolorosos da infância na formação de esquemas. Diferentes temperamentos expõem, de forma seletiva, as crianças a diferentes circunstâncias de vida. Por exemplo, uma criança agressiva pode ter mais probabilidade de evocar abuso físico de pai ou mãe violento do que uma criança passiva, apacada. Além disso, diferentes temperamentos tornam as crianças distintamente suscetíveis a diferentes circunstâncias de vida. Dado o mesmo tratamento por parte dos pais, duas crianças podem reagir de formas muito diferentes. Consideremos, por exemplo, dois meninos, ambos rejeitados por suas mães. A criança tímida se esconde do mundo e se torna cada vez mais retraída e dependente de sua mãe; a criança sociável se aventura e estabelece outras conexões, mais positivas. Na verdade, a sociabilidade mostrou-se um traço de destaque em crianças com alta capacidade de recuperação, que prosperam apesar de abusos ou negligência.

Em nossa observação, há possibilidade de um ambiente remoto extremamente favorável ou adverso sobrepujar em muito o temperamento emocional. Por exemplo, um ambiente seguro e amoroso em casa pode tornar até mesmo uma criança tímida bastante amigável em algumas situações, ao passo que, se o primeiro ambiente remoto é de rejeição, até mesmo uma criança sociável pode se tornar retraída. Da mesma forma, há chance de um temperamento extremamente emocional sobrepu-

jar um ambiente comum e produzir psicopatologias sem justificativa aparente no histórico do paciente.

DOMÍNIOS DE ESQUEMAS E ESQUEMAS DESADAPTATIVOS REMOTOS

Em nosso modelo, os 18 esquemas estão agrupados em cinco categorias amplas de necessidades emocionais não-satisfeitas a que chamamos “domínios de esquemas”. Faremos uma revisão do suporte empírico desses 18 esquemas em momento posterior deste capítulo. Nesta seção, aprofundamos a discussão sobre os cinco domínios e listamos os esquemas que os mesmos contêm. No Quadro 1.1, os cinco domínios de esquemas estão centralizados, em itálico, sem números (por exemplo, *Desconexão e rejeição*); os 18 esquemas estão alinhados à esquerda e numerados (por exemplo, 1. *Abandono/instabilidade*).

Domínio I: Desconexão e Rejeição

Pacientes com esquemas neste domínio são incapazes de formar vínculos seguros e satisfatórios com outras pessoas. Acreditam que suas necessidades de estabilidade, segurança, cuidado, amor e pertencimento não serão atendidas. As famílias de origem costumam apresentar instabilidade (*abandono/instabilidade*), abuso (*desconfiança/abuso*), frieza (*privação emocional*), rejeição (*defectividade/vergonha*) ou isolamento do mundo exterior (*isolamento social/alienação*). Pacientes com esquemas no domínio de desconexão e rejeição (especialmente os quatro primeiros esquemas) costumam sofrer os maiores danos. Muitos tiveram infâncias traumáticas e, como adultos, tendem a passar diretamente de um relacionamento autodestrutivo a outro, ou evitar por completo os

relacionamentos íntimos. A relação terapêutica costuma ser central para o tratamento desses pacientes.

O esquema de *abandono/instabilidade* é a percepção de instabilidade no vínculo com indivíduos importantes. Os pacientes com esse esquema têm a sensação de que pessoas queridas que participam de suas vidas não continuarão presentes porque seriam emocionalmente imprevisíveis, estariam presentes apenas de forma errática, morreriam ou deixariam o paciente por preferirem alguém melhor.

Os pacientes com o esquema de *desconfiança/abuso* possuem a convicção de que, tendo oportunidade, outras pessoas irão usá-los para fins egoístas. Por exemplo, abusarão, magoarão, humilharão, mentirão, enganarão ou manipularão o paciente.

O esquema de *privação emocional* é a expectativa de que o desejo de conexão emocional do indivíduo não será satisfeito adequadamente. Identificam-se três formas de privação emocional: (1) privação de *cuidados* (ausência de afeto ou carinho); (2) privação de *empatia* (ausência de escuta ou compreensão); (3) privação de *proteção* (ausência de força ou orientação por parte de outros).

O esquema de *defectividade/vergonha* consiste no sentimento de que se é falho, ruim, inferior ou imprestável e de que não se seria digno de receber amor de outros, caso exposto. O esquema, via de regra, envolve uma sensação de vergonha com relação aos próprios defeitos percebidos. As falhas podem ser privadas (por exemplo, egoísmo, impulsos agressivos, desejos sexuais inaceitáveis) ou públicas (como aparência não-atraente, inadequação social).

O esquema de *isolamento social/alienação* consiste no sentimento de ser diferente ou de não se adequar ao mundo social mais amplo, fora da família. Geralmente, os pacientes com esse esquema não se sentem pertencentes a qualquer grupo ou comunidade.

Quadro 1.1 Esquemas desadaptativos remotos com domínios de esquemas associados

DESCONEXÃO E REJEIÇÃO

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

1. Abandono/instabilidade

Percepção de que os outros com quem poderia se relacionar são *instáveis* e *indignos de confiança*. Envolve a sensação de que pessoas importantes não serão capazes de continuar proporcionando apoio emocional, ligação, força ou proteção prática porque seriam emocionalmente instáveis e imprevisíveis (por exemplo, têm ataques de raiva), não mereceriam confiança ou só estariam presentes de forma errática; porque morreriam a qualquer momento, ou iriam abandoná-lo por outra pessoa melhor.

2. 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".

3. 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.

4. 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).

5. 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.

AUTONOMIA E DESEMPENHO PREJUDICADOS

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

6. Dependência/incompetência

Crença de que se é incapaz de dar conta das responsabilidades cotidianas de forma competente sem considerável ajuda alheia (por exemplo, cuidar de si mesmo, resolver problemas do dia-a-dia, exercer a capacidade de discernimento, cumprir novas tarefas, tomar decisões adequadas). Com frequência, apresenta-se como desamparo.

7. 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.

Quadro 1.1 (continuação)

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).

8. Emaranhamento/self subdesenvolvido

Envolvimento emocional e intimidade em excesso com uma ou mais pessoas importantes (com frequência, os pais), dificultando a individuação integral e desenvolvimento social normal.

Muitas vezes, envolve a crença de que ao menos um dos indivíduos emaranhados não consegue sobreviver ou ser feliz sem o apoio constante do outro. Pode também incluir sentimentos de ser sufocado ou fundido com outras pessoas e de não ter uma identidade individual suficiente. Com frequência, é vivenciado como sentimento de vazio e fracasso totais, de não haver direção e, em casos extremos, de questionar a própria existência.

9. 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.

LIMITES PREJUDICADOS

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

10. Arrogo/grandiosidade

Crença de que é superior a outras pessoas, de que tem direitos e privilégios especiais, ou de que não está sujeito às regras de reciprocidade que guiam a interação social normal.

Envolve a insistência de que se deveria poder fazer tudo o que se queira, independentemente da realidade, do que outros consideram razoável ou do custo a outras pessoas. Tem a ver com o foco exagerado na superioridade (estar entre os mais bem sucedidos, famosos, ricos) para atingir poder ou controle (e não principalmente para obter atenção ou aprovação). Às vezes, inclui competitividade excessiva ou dominação em relação a outros: afirmar o próprio poder, forçar o próprio ponto de vista ou controlar o comportamento de outros segundo os próprios desejos, sem empatia ou preocupação com as necessidades ou desejos dos outros.

11. Autocontrole/autodisciplina insuficientes

Dificuldade ou recusa a exercer autocontrole e tolerância à frustração com relação aos próprios objetivos ou a limitar a expressão excessiva das próprias emoções e impulsos. Em sua forma mais leve, o paciente apresenta ênfase exagerada na evitação de desconforto: evitando dor, conflito, confrontação e responsabilidade, à custa da realização pessoal, comprometimento ou integridade.

DIRECIONAMENTO PARA O OUTRO

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

Quadro 1.1 (continuação)**12. Subjugação**

Submissão excessiva ao controle dos outros, por sentir-se coagido, submetendo-se para evitar a raiva, a retaliação e o abandono.

As duas principais formas são:

- a) *Subjugação das necessidades*: supressão das próprias preferências, decisões e desejos.
- b) *Subjugação das emoções*: supressão de emoções, principalmente a raiva.

Envolve a percepção de que os próprios desejos, opiniões e sentimentos não são válidos ou importantes para os outros. Apresenta-se como obediência excessiva, combinada com hipersensibilidade a sentir-se preso. Costuma levar a aumento da raiva, manifestada em sintomas desadaptativos (como comportamento passivo-agressivo, explosões de descontrole, sintomas psicossomáticos, retirada do afeto, "atuação", uso excessivo de álcool ou drogas).

13. Auto-sacrifício

Foco excessivo no cumprimento voluntário das necessidades de outras pessoas em situações cotidianas, à custa da própria gratificação.

As razões mais comuns são: não causar sofrimento a outros, evitar culpa por se sentir egoísta, ou manter a conexão com outros percebidos como carentes. Muitas vezes, resulta de uma sensibilidade intensa ao sofrimento alheio. Às vezes, leva a uma sensação de que as próprias necessidades não estão sendo adequadamente satisfeitas e a ressentimento em relação àqueles que estão sendo cuidados. (Sobreposição ao conceito de co-dependência.)

14. Busca de aprovação/busca de reconhecimento

Ênfase excessiva na obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção de outras pessoas, ou no próprio enquadramento, à custa do desenvolvimento de um senso de *self* seguro e verdadeiro.

A auto-estima depende principalmente das reações alheias, em lugar das próprias inclinações naturais. Por vezes, inclui uma ênfase exagerada em *status*, aparência, aceitação social, dinheiro ou realizações como forma de obter aprovação, admiração ou atenção (não principalmente em função de poder ou controle). Com frequência, resulta em importantes decisões não-autênticas nem satisfatórias, ou em hipersensibilidade à rejeição.

SUPERVIGILÂNCIA E INIBIÇÃO

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

15. Negativismo/pessimismo

Foco generalizado, que dura toda a vida, nos aspectos negativos (sofrimento, morte, perda, decepção, conflito, culpa, ressentimento, problemas não resolvidos, erros potenciais, traição, algo que pode dar errado, etc.), enquanto se minimizam ou negligenciam os aspectos positivos ou otimistas.

Costuma incluir uma expectativa exagerada – em uma ampla gama de situações profissionais, financeiras ou interpessoais – de que algo vai acabar dando muito errado, ou, que aspectos da própria vida que parecem ir muito bem acabarão por desabar. Envolve um medo exagerado de cometer erros que podem levar a colapso financeiro, perda, humilhação ou a se ver preso em uma situação ruim. Como exageram os resultados negativos potenciais, essas pessoas costumam se caracterizar por preocupação, vigilância, queixas ou indecisão crônicas.

16. Inibição emocional

Inibição excessiva da ação, dos sentimentos ou da comunicação espontâneos, em geral para evitar a desaprovção alheia, sentimentos de vergonha ou de perda de controle dos próprios impulsos.

Quadro 1.1 (continuação)

As áreas mais comuns da inibição envolvem: (a) inibição da *raiva* e da *agressão*; (b) inibição de *impulsos positivos* (por exemplo, alegria, afeto, excitação sexual, brincadeira); (c) dificuldade de expressar *vulnerabilidade* ou *comunicar* livremente seus sentimentos, necessidades e assim por diante; (d) ênfase excessiva na racionalidade, ao mesmo tempo em que se desconsideram emoções.

17. Padrões inflexíveis/postura crítica exagerada

Crencça subjacente de que se deve fazer um grande esforço para atingir elevados *padrões internalizados* de comportamento e desempenho, via de regra para evitar críticas.

Costuma resultar em sentimentos de pressão ou dificuldade de relaxar e em posturas críticas exageradas com relação a si mesmo e a outros. Deve envolver importante prejuízo do prazer, do relaxamento, da saúde, da auto-estima, da sensação de realização ou de relacionamentos satisfatórios.

Os padrões inflexíveis geralmente se apresentam como: (a) *perfeccionismo*, atenção exagerada a detalhes ou subestimação de quão bom é seu desempenho em relação à norma; (b) *regras rígidas* e idéias de como as coisas “deveriam” ser em muitas áreas da vida, incluindo preceitos morais, éticos, culturais e religiosos elevados, fora da realidade; (c) preocupação com *tempo e eficiência*, necessidade de fazer sempre mais do que se faz.

18. Postura punitiva

Crencça de que as pessoas devem ser punidas com severidade quando cometem erros.

Envolve a tendência a estar com raiva e a ser intolerante, punitivo e impaciente com aqueles (incluindo a si próprio) que não correspondem às suas expectativas ou padrões. Via de regra, inclui dificuldades de perdoar os próprios erros, bem como os alheios, em função de uma relutância a considerar circunstâncias atenuantes, permitir a imperfeição humana ou empatizar com sentimentos.

Nota. Direitos autorais de 2002, de Jeffrey Young. A reprodução não autorizada, sem consentimento por escrito do autor, é proibida. Para mais informações, escreva ao Schema Therapy Institute, 36 West 44th Street, Suite 1007, New York, NY 10036.

Domínio II: Autonomia e Desempenho Prejudicados

Autonomia é a capacidade de separar-se da própria família e funcionar de forma independente, no nível de pessoas da mesma idade. Os pacientes com esquemas nesse domínio têm expectativas sobre si próprios e sobre o mundo que interferem em sua capacidade de se diferenciar das figuras paternas ou maternas e funcionar de forma independente. Quando crianças, na maioria dos casos, os pais lhes satisfaziam todas as vontades e os superprotegiam, ou, no extremo oposto (muito mais raro), quase nunca os cuidavam nem se responsabilizavam por eles. (Ambos os extremos levam a problemas na esfera da autonomia.) Com frequência, os pais solaparam sua autoconfiança e não reforçaram os filhos para que tivessem um desempenho competente fora de casa. Como resul-

tado, tais crianças, quando adultas, tornam-se incapazes de moldar suas próprias identidades e criar suas próprias vidas, nem de estabelecer objetivos pessoais e dominar as habilidades necessárias. Com relação à competência, permanecem crianças durante boa parte de suas vidas adultas.

Os pacientes com o esquema de *dependência/incompetência* sentem-se incapazes de dar conta das responsabilidades cotidianas sem ajuda substancial de terceiros. Por exemplo, sentem-se incapazes de gerenciar dinheiro, resolver problemas práticos, usar o discernimento, assumir novas tarefas ou tomar decisões acertadas. O esquema costuma apresentar-se como passividade ou impotência generalizadas.

A *vulnerabilidade ao dano ou à doença* é o medo exagerado de que uma catástrofe acontecerá a qualquer momento e de que não será capaz de enfrentá-la. O medo concentra-se nos seguintes tipos de catástrofes:

(1) *saúde* (por exemplo, ataques do coração, doenças como a AIDS); (2) *emocional* (por exemplo, enlouquecer, perder o controle); (3) *externo* (por exemplo, acidentes, crime, catástrofes naturais).

Os pacientes com o esquema de emaranhamento/*self* subdesenvolvido costumam estar envolvidos com uma ou mais pessoas importantes em sua vida (muitas vezes, os pais), em detrimento de sua individualização e desenvolvimento social. Esses pacientes com frequência acreditam que ao menos um dos indivíduos emaranhados não poderia funcionar bem sem o outro. O esquema pode incluir sentimentos de ser sufocado ou fundido com outros, ou a falta de um senso claro de identidade e orientação.

O esquema de *fracasso* é a crença no fracasso inevitável em áreas de atividade (como estudos, esportes, trabalho) e na própria inadequação em termos das realizações nessas atividades, em comparação com outras pessoas que as realizam. O esquema, via de regra, envolve crenças de ser pouco inteligente, inepto, sem talento e mal-sucedido.

Domínio III: Limites Prejudicados

Os pacientes com esquemas neste domínio não desenvolveram limites internos adequados em relação a reciprocidade ou autodisciplina e podem ter dificuldade de respeitar os direitos de terceiros, cooperar, manter compromissos ou cumprir objetivos de longo prazo. Tais pacientes muitas vezes são egoístas, mimados, irresponsáveis ou narcisistas. Na maioria dos casos, cresceram em famílias exageradamente permissivas ou indulgentes. (O arrego pode, às vezes, constituir-se em uma forma de hipercompensação de outros esquemas, como privação emocional. Nesses casos, o excesso de tolerância não costuma ser a origem primeira, como discutire-

mos no Capítulo 10.) Quando crianças, não lhes foi exigido que seguissem as regras aplicadas a todas as outras pessoas, que considerassem os demais ou que desenvolvessem autocontrole. Como adultos, carecem da capacidade de restringir seus impulsos e de postergar a gratificação em função de benefícios futuros.

No esquema de *arrego/grandiosidade*, pressupõe-se que se é superior a outras pessoas e, portanto, merecedor de direitos e privilégios especiais. Os pacientes com esse esquema não se sentem submetidos às regras de reciprocidade que orientam a conduta social normal. Inúmeras vezes, insistem que devem fazer o que bem querem, independentemente do custo a outros. Mantêm um foco exagerado na superioridade (por exemplo, estar entre os mais bem sucedidos, famosos, ricos) para adquirir poder. Esses pacientes costumam ser demasiado exigentes ou dominadores e carecer de empatia.

Pacientes com o esquema de *autocontrole/autodisciplina insuficientes* não conseguem ou não querem exercer suficiente autocontrole e tolerância à frustração em relação ao alcance de objetivos pessoais. Esses indivíduos não regulam a expressão de suas emoções e impulsos. Na forma mais leve desse esquema, os pacientes apresentam ênfase exagerada na evitação do desconforto. Evitam, por exemplo, a maior parte dos conflitos e responsabilidades.

Domínio IV: Direcionamento para o Outro

Os pacientes nesse domínio enfatizam em excesso o atendimento às necessidades dos outros em lugar de suas próprias. Fazem-no para obter aprovação, manter a conexão emocional e evitar retaliações. Quando interagem com outras pessoas, tendem a se concentrar exclusivamente nas solicitações destas em detrimento de suas pró-

prias necessidades e, por vezes, não têm consciência de sua própria raiva e de suas preferências. Quando crianças, não eram livres para seguir as próprias inclinações. Como adultos, em lugar de se voltarem para si, voltam-se para fora e seguem os desejos alheios. A origem familiar típica caracteriza-se pela aceitação condicional: as crianças devem restringir aspectos importantes de si mesmas para obter amor ou aprovação. Em várias dessas famílias, os pais valorizam suas próprias necessidades emocionais ou a “aparência” mais do que as necessidades únicas da criança.

O esquema da *subjugação* consiste em uma entrega excessiva de controle a outros indivíduos, por sentir-se coagido. Sua função é evitar a raiva, a retaliação e o abandono. As duas principais formas: (1) *subjugação de necessidades*: supressão das próprias preferências e desejos; (2) *subjugação de emoções*: supressão de emoções, em especial a raiva. O esquema envolve a percepção de que as próprias necessidades ou sentimentos não são válidos ou importantes. Apresenta-se como obediência excessiva ou avidez de agradar, combinada com hipersensibilidade a se sentir preso. A subjugação costuma levar a aumento da raiva, manifestada em sintomas desadaptativos (como comportamentos passivo-agressivos, explosões de descontrole, sintomas psicossomáticos, distanciamento afetivo).

Pacientes com o esquema de *auto-sacrifício* cumprem voluntariamente as necessidades alheias, à custa da própria gratificação, com vistas a poupar os outros de sofrimento, evitar culpa, ganhar auto-estima ou manter uma relação com alguém que consideram carente. Muitas vezes, isso resulta de uma sensibilidade intensa ao sofrimento de terceiros. Envolve a sensação de que as próprias necessidades não são adequadamente satisfeitas e pode provocar ressentimento. Este esquema sobrepõe-se ao conceito de “co-dependência” dos 12 passos.

Pacientes com o esquema de *busca de aprovação/busca de reconhecimento* almejam sua aprovação ou seu reconhecimento face a outras pessoas em detrimento de um senso de *self* seguro e genuíno. Sua auto-estima depende das reações alheias, em lugar de suas próprias. O esquema inclui uma ênfase exagerada em *status*, aparência, dinheiro ou sucesso como forma de obter aprovação ou reconhecimento. Com frequência, resulta na tomada de importantes decisões que não são autênticas ou satisfatórias.

Domínio V: Supervigilância e Inibição

Os pacientes com esquemas nesse domínio suprimem seus sentimentos e impulsos espontâneos e se esforçam para cumprir rígidas regras internalizadas com relação a seu próprio desempenho, à custa da felicidade, auto-expressão, relaxamento, relacionamentos íntimos e boa saúde. A origem típica caracteriza-se por uma infância severa, reprimida e rígida, na qual o autocontrole e a negação de si próprio predominaram sobre a espontaneidade e sobre o prazer. Quando crianças, esses pacientes não foram estimulados a ter momentos de lazer e a buscar a felicidade, e sim a estar supervigilantes em relação a eventos negativos na vida e a considerá-la triste. Esses pacientes transmitem uma sensação de pessimismo e preocupação, pois temem que suas vidas possam ruir se não estiverem alertas nem forem cuidadosos o tempo todo.

O esquema de *negativismo/pessimismo* constitui um foco generalizado permanente nos aspectos negativos da vida (como sofrimento, morte, perda, decepção, conflito, traição) enquanto se minimizam os aspectos positivos. Inclui a expectativa exagerada de que algo acabará por dar muito errado em uma ampla gama de situações

profissionais, financeiras ou interpessoais. Esses pacientes possuem medo exagerado de cometer erros que possam ocasionar um colapso financeiro, uma perda, uma humilhação ou uma situação ruim e sem saída. Como exageram os resultados negativos potenciais, esses pacientes costumam caracterizar-se por preocupação, apreensão, supervigilância, queixume e indecisão.

Os pacientes com *inibição emocional* restringem ações, sentimentos e comunicações espontâneos. Fazem-no para impedir que sejam criticados ou percam o controle de seus impulsos. As áreas mais comuns deste esquema envolvem:

1. inibição da raiva;
2. inibição de *impulsos positivos* (por exemplo, alegria, afeto, excitação sexual, lazer);
3. dificuldade de expressar *vulnerabilidade*;
4. ênfase na *racionalidade*, ao mesmo tempo em que se desconsideram emoções.

Esses pacientes muitas vezes se apresentam como indiferentes, contidos, retraídos ou frios.

O esquema de *padrões inflexíveis/postura crítica exagerada* é a sensação de que se deve dispender um grande esforço para atingir elevados *padrões internalizados*, com vistas a evitar desaprovação ou vergonha, resultando em sentimentos de pressão constante e atitude crítica exagerada em relação a si mesmo e aos outros. Para ser considerado um esquema desadaptativo remoto, deve causar importante prejuízo à saúde, à auto-estima, aos relacionamentos ou à experiência de prazer do paciente. O esquema típico apresenta-se como: (1) perfeccionismo (ou seja, a necessidade de fazer as “coisas certas”, atenção exagerada aos detalhes, ou subestimação do próprio nível de desempenho); (2) regras rígidas (idéias fixas acerca do que é “certo”

em muitas áreas da vida, incluindo padrões morais, culturais ou religiosos elevados, fora da realidade; (3) preocupação com *tempo e eficiência*.

O esquema de *postura punitiva* consiste na convicção de que os indivíduos deveriam ser severamente punidos por erros que cometem. Implica a tendência a ter raiva e ser intolerante com as pessoas (incluindo a si próprio) que não atingem os padrões almejados, e inclui a dificuldade de perdoar os erros devido à relutância em considerar circunstâncias atenuantes, permitir a imperfeição humana ou levar em conta as intenções alheias.

Exemplo clínico

Consideremos um breve relato de caso que ilustra o conceito de esquema. Uma jovem chamada Natalie procura tratamento apresentando esquema de privação emocional: em termos de relacionamentos íntimos predominam experiências em que suas necessidades emocionais não são atendidas, e tem sido assim desde que ela era muito pequena. Natalie era filha única de pais emocionalmente frios que, embora atendessem todas as suas necessidades físicas, não cuidavam da filha nem lhe davam atenção ou afeto suficiente. Eles não tentavam entender quem era a filha. Em família, Natalie sentia-se só.

O problema declarado por Natalie como motivo para o tratamento é a depressão crônica. Ela disse ao terapeuta que está deprimida toda a vida. Embora tenha feito terapia, a depressão continua. Em geral, ela sente-se atraída por homens que a privam emocionalmente, e seu marido, Paul, encaixa-se nesse padrão. Quando Natalie se dirige a Paul em busca de abraços ou de solidariedade, ele se irrita e a afasta, ativamente o esquema de privação emocional, e Natalie se enraivece. Sua raiva justificase parcialmente, mas é uma reação exage-

rada a um marido que a ama, porém não sabe como demonstrar isso.

A raiva de Natalie afasta seu marido e faz com que ele se distancie ainda mais dela, perpetuando o esquema de privação. O casamento cai em um ciclo vicioso, movido pelo esquema. Nesse casamento, Natalie continua a viver de sua privação de infância. Antes de se casar, ela havia namorado um homem que demonstrava mais suas emoções, mas ela não tinha atração sexual por ele e sentia-se “sufocada” por expressões normais de ternura. Tal tendência a sentir-se mais atraída por parceiros que ativam um esquema nuclear costuma ser observada em nossos pacientes (“a química do esquema”).

Esse exemplo ilustra como a privação muito precoce na infância leva ao desenvolvimento de um esquema, que, depois, é acionado involuntariamente em momentos posteriores da vida, levando a relacionamentos disfuncionais e a sintomas crônicos de Eixo 1.

Esquemas condicionais versus esquemas incondicionais

Inicialmente, acreditávamos que a principal diferença entre os esquemas desadaptativos remotos e os pressupostos subjacentes de Beck (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979) estava na incondicionalidade dos esquemas e na condicionalidade dos pressupostos. Hoje, consideramos alguns esquemas como condicionais e outros como incondicionais. Via de regra, os esquemas mais remotos e nucleares são crenças incondicionais em relação a si mesmo e aos outros, enquanto os mais tardios são condicionais.

Os esquemas incondicionais não oferecem esperanças ao paciente. Não importa o que o indivíduo faça, o resultado será o mesmo. Ele será incompetente, sem identidade, não-merecedor de amor, desajustado, ameaçado; terá uma atitude negati-

va, e nada poderá mudar isso. O esquema incondicional encapsula o que se fez à criança, sem que ela tivesse tido qualquer possibilidade de escolha. O esquema simplesmente é. Por outro lado, os esquemas condicionais dão uma possibilidade de esperança. O indivíduo pode mudar o resultado. Pode subjugar-se, sacrificar-se, buscar aprovação, inibir emoções ou se esforçar para cumprir padrões elevados e, ao fazê-lo, talvez evitar o resultado negativo, pelo menos temporariamente.

Esquemas incondicionais	Esquemas condicionais
Abandono/instabilidade	Subjugação
Desconfiança/abuso	Auto-sacrifício
Privação emocional	Busca de aprovação/ Busca de reconhecimento
Defectividade	Inibição emocional
Isolamento social	Padrões inflexíveis/ postura crítica exagerada
Dependência/ incompetência	
Vulnerabilidade a dano ou doença	
Emaranhamento/self subdesenvolvido	
Fracasso	
Negativismo/pessimismo	
Postura punitiva	
Arrogo/grandiosidade	
Autocontrole/autodisciplina insuficientes	

Os esquemas condicionais, várias vezes, desenvolvem-se como tentativas de obtenção de alívio quanto a esquemas incondicionais, caracterizando-se como “secundários”. Eis alguns exemplos:

Padrões inflexíveis em resposta à defectibilidade. A pessoa acredita que, “Se puder ser perfeito, então vou merecer amor.”

Subjugação em resposta a abandono. O indivíduo acredita que “Se fizer tudo o que a outra pessoa quer e nunca ficar com raiva por isso, ela ficará comigo”.

Auto-sacrifício em resposta à defectividade. “Se atender a todas as necessidades des-

sa pessoa e ignorar as minhas próprias, então ela vai me aceitar, apesar de meus defeitos, e não vou me sentir tão indigno de amor”.

Costuma ser impossível cumprir as demandas dos esquemas condicionais o tempo todo. Por exemplo, é difícil subjugar-se totalmente e nunca ficar com raiva. É difícil ser tão exigente a ponto de ter todas as necessidades atendidas ou de se sacrificar o suficiente para atender todas as necessidades de outra pessoa. Na melhor das hipóteses, os esquemas condicionais podem escamotear os esquemas nucleares. O indivíduo é forçado a ficar aquém e, portanto, a ter de encarar a verdade do esquema nuclear mais uma vez. (Nem todos os esquemas condicionais vinculam-se a esquemas anteriores, sendo condicionais apenas no sentido de que, se a criança faz o que se espera dela, pode evitar as consequências temidas.)

Como os esquemas interferem na terapia cognitivo-comportamental tradicional

Muitos esquemas desadaptativos remotos têm potencial para sabotar a terapia cognitivo-comportamental tradicional. Os esquemas dificultam o cumprimento de muitos dos pressupostos dessa terapia apontados anteriormente neste capítulo. Por exemplo, com relação ao pressuposto de que se pode estabelecer uma aliança terapêutica positiva de forma razoavelmente rápida, os pacientes com esquemas no domínio de desconexão e rejeição (abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha) podem não ser capazes de estabelecer esse tipo de laço positivo descomplicado em um período curto. Da mesma forma, em termos da presunção de que os pacientes dispõem de um forte sentido de identidade e objetivos

claros para orientar a escolha de focos do tratamento, aqueles com esquemas no domínio de autonomia e desempenho prejudicados (dependência, vulnerabilidade, emaranhamento/*self* subdesenvolvido, fracasso) podem não saber quem são e o que querem e, assim, não conseguir estabelecer objetivos de tratamento específicos.

A terapia cognitivo-comportamental supõe que os pacientes consigam acessar cognições e emoções e as verbalizar na terapia. Os pacientes com esquemas no domínio de direcionamento para o outro (subjugação, auto-sacrifício, busca de aprovação) podem estar demasiado concentrados em saber o que o terapeuta quer, para olhar dentro de si mesmos ou falar sobre os próprios pensamentos e sentimentos. Por fim, a terapia cognitivo-comportamental supõe que os pacientes possam cumprir os procedimentos do tratamento. Pacientes com esquemas no domínio de limites prejudicados (arrogância, autocontrole/autodisciplina insuficiente) podem estar demasiado desmotivados ou indisciplinados para tanto.

EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS PARA ESQUEMAS DESADAPTATIVOS REMOTOS

Já foi realizada uma quantidade considerável de pesquisa sobre os esquemas desadaptativos remotos de Young, a maior parte dela, até agora, utilizando a forma longa do Questionário de Esquemas de Young (Young e Brown, 1990), embora haja estudos com a forma resumida em andamento. O Questionário de Esquemas de Young foi traduzido para muitas línguas, como francês, espanhol, holandês, turco, japonês e norueguês.

A primeira investigação ampla de suas propriedades psicométricas foi realizada por Schmidt, Joiner, Young e Telch (1995).

Os resultados desse estudo produziram coeficientes alfa, para cada esquema desadaptativo remoto, que iam de 0,83 (emaranhamento/*self* subdesenvolvido) a 0,96 (defectividade/vergonha) e coeficientes de teste-reteste de 0,50 a 0,82 em uma população não-clínica. As subescalas primárias demonstram confiabilidade de teste-reteste e coerência interna elevadas. O questionário também demonstrou boas validades convergentes e discriminantes em medidas de desconforto psicológico, auto-estima, vulnerabilidade cognitiva à depressão e sintomatologia de transtorno de personalidade.

Os investigadores conduziram uma análise fatorial com amostras clínicas e não-clínicas. As amostras revelaram conjuntos semelhantes de fatores primários que correspondiam muito aos esquemas de Young desenvolvidos clinicamente e às suas hipóteses de relações hierárquicas. Em uma amostra de estudantes universitários, surgiram 17 fatores, incluindo 15 de 16 propostos originalmente por Young (1990). Um esquema original, indesejabilidade social, não surgiu, ao passo que emergiram outros dois fatores não citados. Em um esforço para validação cruzada desta estrutura fatorial, Schmidt e colaboradores (1995) deram o Questionário de Esquemas de Young a uma segunda amostra de universitários da mesma população. Usando a mesma técnica de análise fatorial, os investigadores descobriram que, dos 17 fatores produzidos na primeira análise, 13 repetiram-se claramente na segunda amostra. Os investigadores também descobriram três outros fatores de ordem superior. Em uma amostra de pacientes, surgiram 15 fatores, incluindo 15 dos 16 originalmente propostos por Young (1990). Esses 15 fatores correspondiam a 54% da variância total (Schmidt et al., 1995).

Nesse estudo, o Questionário de Esquemas de Young demonstrou validade convergente com um teste de sintomatologia

de transtorno de personalidade (Hyler, Rieder, Spitzer e Williams, 1987). Demonstrou também validade discriminante com medidas de depressão (Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961) e auto-estima (Rosenberg, 1965) em uma população não-clínica de universitários.

Esse estudo foi replicado por Lee, Taylor e Dunn (1999) com uma população clínica australiana. Os investigadores realizaram análise fatorial. Segundo conclusões anteriores, 16 fatores surgiram como componentes primários, incluindo 15 de 16 originalmente propostos por Young. Apenas a escala de indesejabilidade social não foi sustentada (desde então, eliminamos a indesejabilidade social como esquema à parte e a fundimos com a defectividade.) Além disso, uma análise de fatores de ordem correspondeu em muito a alguns dos domínios de esquemas propostos por Young. Em termos gerais, este estudo mostra que o Questionário de Esquemas de Young possui coerência interna muito boa e que sua estrutura de fatores primários é estável em amostras clínicas de dois países diferentes e para diagnósticos diferentes.

Lee e colaboradores (1999) discutem algumas razões pelas quais os dois estudos produziram estruturas fatoriais um pouco diferentes, dependendo do uso de uma população clínica ou não-clínica. Os autores concluíram que as amostras de estudantes provavelmente tiveram efeitos de *variação*, por ser improvável que muitos deles sofressem de formas extremas de psicopatologia. Eles afirmam que a replicação da estrutura fatorial depende de se pressupor que os esquemas subjacentes à psicopatologia em populações clínicas também estejam presentes em uma amostra aleatória de estudantes universitários. Young sugere que os esquemas desadaptativos remotos estão, sim, presentes em populações não-clínicas, mas que se tornam exagerados e extremos em populações clínicas.

Outros estudos examinaram a validade dos esquemas individuais e o quão bem eles sustentam o modelo de Young. Freeman (1999) explorou o uso da teoria dos esquemas de Young como modelo explicativo para o processamento cognitivo não-racional. Usando uma amostra de sujeitos normais, Freeman concluiu que uma correlação menor com os esquemas desadaptativos remotos indicava maior ajuste interpessoal. Essa conclusão está de acordo com o preceito de Young de que os esquemas remotos são, por definição, negativos e disfuncionais.

Rittenmeyer (1997) examinou a validade convergente dos domínios de esquema de Young com o Inventário de Esgotamento de Maslach (Maslach e Jackson, 1986), um inventário de auto-avaliação elaborado para avaliar o impacto negativo de experiências estressantes. Em uma amostra de professores da Califórnia, Rittenmeyer (1997) concluiu que dois domínios de esquema, superconexão e padrões exagerados, tinham forte correlação com a escala de esgotamento emocional do Inventário de Esgotamento de Maslach. O domínio de superconexão também se correlacionava, embora não de maneira tão forte, com duas outras escalas, a de despersonalização e a de realização pessoal.

Carine (1997) investigou a utilidade da teoria dos esquemas de Young no tratamento de transtornos de personalidade usando os esquemas desadaptativos remotos, como variáveis preditoras, em uma análise funcional discriminante. Carine examinou se a presença dos esquemas de Young discriminava pacientes com psicopatologia do Eixo II do DSM-IV de pacientes com outros tipos de psicopatologia. Carine concluiu que a presença de transtorno do Eixo II estava indicado corretamente em 83% das vezes. Em apoio à teoria de Young, Carine também concluiu que o afeto parece parte intrínseca dos esquemas.

Embora o Questionário de Esquemas de Young não tenha sido projetado para mensurar transtornos de personalidade específicos do DSM-IV, há associações significativas entre esquemas desadaptativos remotos e sintomas de transtornos de personalidade (Schmidt et al., 1995). O escore total tem alta correlação com o escore total do Questionário de Diagnóstico de Personalidade – revisado (Hyler et al., 1987), uma escala de auto-avaliação de patologia de personalidade do DSM-III-R. Nesse estudo, os esquemas de autocontrole/autodisciplina insuficientes e defectividade apresentaram as mais fortes associações com sintomas de transtornos de personalidade. Esquemas específicos apresentaram associação significativa com sintomas de transtornos de personalidade. Por exemplo, desconfiança/abuso tem alta associação com o transtorno da personalidade paranóide; dependência, ao transtorno da personalidade dependente; autocontrole/autodisciplina insuficientes ao transtorno da personalidade *borderline*; e padrões inflexíveis, ao transtorno da personalidade obsessiva-compulsiva (Schmidt et al., 1995).

A BIOLOGIA DOS ESQUEMAS DESADAPTATIVOS REMOTOS

Nesta seção, propomos uma visão biológica dos esquemas, baseada em pesquisas recentes sobre emoção e biologia do cérebro (LeDoux, 1996). Enfatizamos que esta seção propõe *hipóteses* sobre possíveis mecanismos de desenvolvimento e modificação de esquemas, já que ainda não se realizaram pesquisas para estabelecer se essas hipóteses são válidas.

Pesquisas recentes sugerem que não existe um único sistema emocional no cérebro, e sim vários. Diferentes emoções relacionam-se com distintas funções de sobre-

vivência – como responder ao perigo, encontrar comida, fazer sexo e encontrar parceiros, cuidar dos filhos, estabelecer laços sociais, – e cada uma delas parece mediada por sua própria rede cerebral. Concentramos na rede cerebral associada ao condicionamento do medo e trauma.

Sistemas cerebrais relacionados ao condicionamento do medo e trauma

Estudos sobre a biologia do cérebro indicam locais em que pode ocorrer ativação de esquemas baseados em eventos traumáticos de infância, como abandono ou abuso. Em seu resumo da pesquisa sobre a biologia das memórias traumáticas, LeDoux (1996, p. 239) escreve:

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. A amígdala armazena a

memória emocional, enquanto o hipocampo e o neocórtex armazenam a memória cognitiva. As respostas emocionais podem ocorrer sem a participação de sistemas de processamento superior do cérebro, envolvidos no pensamento, no raciocínio e na consciência.

Características do sistema amigdaliano

Segundo LeDoux, o sistema amigdaliano dispõe de uma série de atributos que o distinguem do sistema hipocampal e dos córtices superiores.

- *O sistema amigdaliano é inconsciente.* Reações emocionais podem se formar na amígdala sem qualquer registro consciente dos estímulos. Como afirmou Zajonc (1984) há mais de duas décadas, as emoções podem existir sem cognições.³
- *O sistema amigdaliano é mais rápido.* Um sinal de perigo passa pelo tálamo em direção à amígdala e ao córtex, mas atinge a amígdala antes de atingir o córtex. Quando o córtex reconhece o sinal de perigo, a amígdala já começou a responder ao perigo. Como Zajonc (1984) também afirmou, as emoções podem existir antes das cognições.
- *O sistema amigdaliano é automático.* Uma vez que o sistema das amígdalas realiza uma avaliação do perigo, as emoções e as respos-

³ Ao contrário de alguns cientistas cognitivos, definimos o termo *cognição* nesta seção como pensamentos ou imagens conscientes, e não como cognições “implícitas” ou simples percepções sensoriais.

tas corporais ocorrem automaticamente. Em contraste, os sistemas envolvidos no processamento cognitivo não se ligam tão intimamente às respostas automáticas. A característica distintiva do processamento cognitivo é a flexibilidade de resposta. Uma vez que tenhamos cognição, teremos opção.

- *As memórias emocionais no sistema amigdaliano parecem ficar permanentes.* LeDoux escreve: “Memórias inconscientes relacionadas ao medo estabelecidas através da amígdala parecem gravadas de forma indelével no cérebro e provavelmente ficarão conosco para a vida toda” (Le Doux, 1996, p. 252). Há um valor de sobrevivência em nunca esquecer estímulos perigosos. Essas memórias resistem à extinção. Em condições de estresse, mesmo medos que parecem extintos muitas vezes ressurgem espontaneamente. A extinção impede a expressão de respostas condicionadas com base em medo, mas não apaga as memórias subjacentes a essas respostas. “A extinção(...) envolve o controle cortical sobre o que sai da amígdala, mais do que apagar o quadro de memórias da amígdala” (Le Doux, 1996, p. 250). (Assim, dizemos que, provavelmente, os esquemas não podem ser curados completamente.)
- *O sistema amigdaliano não faz discriminações minuciosas.* O sistema da amígdala tende a evocar respostas condicionadas baseadas em medo diante de estímulos traumáticos. Visto que uma memória emocional é armazenada na amígdala, a exposição posterior aos estímulos que lembrem, mesmo levemente, aqueles que estavam

presentes durante o trauma irão ativar a reação de medo. O sistema da amígdala proporciona uma imagem crua do mundo exterior, ao passo que o córtex oferece representações mais detalhadas e precisas. É o córtex o responsável por suprimir respostas com base em avaliações cognitivas. A amígdala evoca respostas, e não as inibe.

- *O sistema amigdaliano é anterior, em termos evolutivos, aos córtices superiores.* Quando uma pessoa se depara com uma ameaça, a amígdala dispara uma resposta de medo que mudou muito pouco ao longo dos tempos e que é compartilhada em todo o reino animal, talvez, até mesmo em espécies inferiores. O hipocampo também integra a parte evolutivamente mais antiga do cérebro, mas conecta-se ao neocórtex, que contém os córtices superiores de desenvolvimento mais tardio.

Implicações para o modelo dos esquemas

Consideremos algumas implicações possíveis desta pesquisa para a teoria dos esquemas. Como já dito, definimos um esquema desadaptativo remoto como um conjunto de memórias, emoções, sensações corporais e cognições que giram em torno de um tema de infância, como abandono, abuso, negligência ou rejeição. Pode-se conceituar a biologia cerebral de um esquema da seguinte forma: as emoções e as sensações corporais armazenadas no sistema amigdaliano portam todos os atributos listados antes. Quando um indivíduo encontra estímulos remissivos dos eventos de infância que levaram ao desenvolvimento do esquema, as emoções e sensa-

ções corporais associadas ao evento são ativadas inconscientemente pelo sistema amigdaliano; se o indivíduo está consciente delas, as emoções e sensações corporais ativam-se mais rapidamente do que as cognições. Essa ativação das emoções e sensações corporais é automática e, provavelmente constituirá uma característica permanente da vida do indivíduo, embora o grau de ativação possa ser reduzido com a cura do esquema. Por sua vez, as memórias e as cognições conscientes associadas ao trauma armazenam-se no sistema hipocampal e nos córtices superiores.

O fato de aspectos emocionais e cognitivos da experiência traumática localizarem-se em diferentes sistemas cerebrais pode explicar a impossibilidade de se alterar os esquemas por meio de métodos cognitivos simples. Além disso, os componentes cognitivos de um esquema, inúmeras vezes, desenvolvem-se posteriormente, depois que as emoções e as sensações corporais já estiverem armazenadas na amígdala. Muitos esquemas se desenvolvem em uma etapa pré-verbal, originando-se antes que a criança tenha adquirido linguagem. Os esquemas pré-verbais surgem quando a criança é tão pequena que tudo o que está armazenado são memórias, emoções e sensações corporais. As cognições surgem mais tarde, quando a criança começa a pensar e a falar palavras. (Esse é um dos papéis do terapeuta: ajudar o paciente a atribuir palavras à experiência do esquema.) Portanto, as emoções têm primazia em relação às cognições no trabalho com vários esquemas.

Quando se ativa um esquema desadaptativo remoto, o indivíduo é inundado por emoções e sensações corporais. A pessoa pode conectar conscientemente ou não as emoções e sensações corporais à memória original. (Esse é outro papel do terapeuta: ajudar os pacientes a conectar as emoções e sensações corporais a memó-

rias de infância.) As memórias encontram-se no coração do esquema, mas, via de regra, não estão explícitas na consciência, mesmo sob a forma de imagens. O terapeuta proporciona o apoio emocional à medida que o paciente luta para reconstruir essas imagens.

Implicações para a terapia do esquema

O primeiro objetivo da terapia do esquema é a consciência psicológica. O terapeuta ajuda os pacientes a identificar seus esquemas e a se tornar consciente de suas memórias de infância, emoções, sensações corporais, cognições e estilos de enfrentamento associados a eles. Uma vez que entendam seus esquemas e estilos de enfrentamento, os pacientes começam a exercer algum controle sobre suas respostas, aumentando o exercício de livre-arbítrio em relação aos esquemas. LeDoux (1996, p. 265) diz:

A terapia é apenas mais uma forma de criar potenciação sináptica nas vias cerebrais que controlam a amígdala. As memórias emocionais da amígdala, como vimos, estão gravadas de forma indelével em seus circuitos. A melhor esperança que podemos ter é de regular sua expressão, e a única maneira é fazer com que o córtex controle a amígdala.

Sendo assim, o tratamento objetiva aumentar o controle consciente sobre os esquemas, trabalhando para enfraquecer as memórias, emoções, sensações corporais, cognições e comportamentos associados a eles.

O trauma infantil precoce afeta várias outras partes de nosso corpo. Os primatas separados de suas mães experimentam níveis elevados de cortisol plasmático. Se as separações se repetem, essas mudanças se tornam permanentes (Coe, Mendoza,

Smotherman e Levine, 1978; Coe, Glass, Wiener e Levine, 1983). Outras mudanças neurobiológicas resultantes da separação precoce da mãe são as mudanças nas enzimas que sintetizam catecolamina nas glândulas adrenais (Coe et al., 1978, 1983) e a secreção de serotonina hipotalâmica (Coe, Wiener, Rosenberg e Levine, 1985). Pesquisas com primatas também sugerem que o sistema opióide está envolvido na regulação da ansiedade de separação, e que o isolamento social afeta a sensibilidade e o número de receptores de opióides cerebrais (van der Kolk, 1987). Evidentemente, experiências de separação precoce resultam em mudanças físicas que afetam o funcionamento psicológico e que podem muito bem perdurar toda a vida.

OPERAÇÕES DOS ESQUEMAS

As duas operações de funcionamento fundamentais dos esquemas são a perpetuação e a cura. Pode-se dizer que todos os pensamentos, sentimentos, comportamentos e experiências de vida relevantes para um esquema ou o *perpetuam*, tornando-o mais elaborado e reforçado, ou o *curam*, enfraquecendo-o.

Perpetuação de esquemas

Perpetuação de esquemas refere-se a tudo que o paciente faz (internamente ou em termos comportamentais) que mantém o esquema em funcionamento. Inclui todos os pensamentos, sentimentos e comportamentos que acabam por reforçar, em vez de curar o esquema e todas as profecias auto-confirmatórias que acabam por fazer com que a pessoa aja de forma a confirmar o esquema. Os esquemas são perpetuados por meio de três mecanismos básicos: distorções cognitivas, padrões de vida autoderrotistas e estilos de enfrentamento dos esquemas (discutidos em detalhe na próxima

seção). Através de distorções cognitivas, o indivíduo percebe equivocadamente as situações, de maneira tal que o esquema é reforçado, acentuando a informação que o confirma ou negando a informação que o contradiz. Afetivamente, o indivíduo pode bloquear as emoções conectadas a um esquema. Quando bloqueia o sentimento, o esquema não atinge o nível da consciência, de forma que a pessoa não consegue dar passos para alterá-lo ou curá-lo. Em termos comportamentais, o indivíduo envolve-se em padrões autoderrotistas, escolhendo inconscientemente situações e relacionamentos que ativam e perpetuam o esquema e mantendo-se neles, enquanto evita relacionamentos que têm probabilidades de curá-lo. Em termos de relações interpessoais, os pacientes relacionam-se de formas que levam outras pessoas a responder negativamente, reforçando o esquema.

Exemplo clínico

Martine tem um esquema de defectividade, proveniente, em sua maior parte, da relação de infância com sua mãe. “Não havia nada de que minha mãe gostasse em mim”, diz ela ao terapeuta, “e nada que eu pudesse fazer a respeito. Eu não era bonita, não era expansiva nem admirada, não tinha uma personalidade marcante, não sabia como me vestir com estilo. A única coisa que eu tinha, que era ser inteligente, não significava nada para ela”.

Atualmente, Martine tem 31 anos e poucas amigas. Recentemente, seu namorado, Johnny, apresentou-a às namoradas de seus amigos. Martine gosta muito dessas mulheres, mas, embora tenha sido bem recebida, sente-se incapaz de estabelecer amizade com elas. “Eu não acho que elas gostem de mim”, explica ao terapeuta. “Fico muito nervosa quando estou com elas. Não consigo me acomodar e me relacionar normalmente.”

Em termos cognitivos, sentimentais, comportamentais e interpessoais, Martine age para perpetuar o esquema de defectividade com essas mulheres. Cognitivamente, distorce informações para que estas sustentem o esquema. Desconsidera os muitos gestos de amizade que essas pessoas já tiveram em relação a ela (“elas só estão sendo simpáticas por causa do Johnny, mas não gostam de mim de verdade”) e interpreta falsamente o que elas fazem e dizem como evidências de que não gostam dela. Por exemplo, quando uma dessas mulheres, Robin, não convidou Martine para ser madrinha de seu casamento, ela já concluiu que Robin a “detesta”, ainda que ela não a conhecesse por tempo suficiente para ser madrinha de seu casamento. Em termos sentimentais, Martine possui respostas emocionais fortes a eventos que lembrem, mesmo que minimamente, os ativadores de seus esquemas infantis. Ela fica irritada com qualquer coisa que perceba como rejeição, não importa quão leve seja. Quando Robin não lhe convidou para ser madrinha de casamento, por exemplo, Martine sentiu-se totalmente indigna e constrangida. “Eu me odeio”, disse ela ao terapeuta.

Esta paciente gravita em relacionamentos que têm probabilidades de repetir sua relação de infância com a própria mãe. No grupo de mulheres, ela busca a amizade de uma que é mais difícil de agradar, que é muito crítica, e, assim como fazia com sua mãe quando criança, Martine comporta-se com ela de forma diferente e desculpando-se.

Quase todos os pacientes com transtornos caracterológicos repetem, de forma autoderrotista, padrões negativos advindos da infância. De maneira crônica e generalizada, desenvolvem pensamentos, emoções, comportamentos e meios de relacionar-se que perpetuam seus esquemas. Ao fazê-lo, continuam, involuntariamente, a recriar em suas vidas adultas as condições que mais lhes prejudicaram na infância.

Cura de esquemas

A cura de esquemas é a finalidade última da terapia do esquema. Como um esquema trata-se de um conjunto de memórias, emoções, sensações corporais e cognições, sua cura envolve a redução de todos estes: a intensidade das memórias conectadas ao esquema, sua carga emocional, a força das sensações corporais e as soluções desadaptativas. A cura de esquemas também envolve a mudança comportamental, à medida que os pacientes aprendem a substituir estilos de enfrentamento desadaptativos por padrões de comportamentos adaptativos. Sendo assim, o tratamento inclui intervenções cognitivas, afetivas e comportamentais. À medida que se cura um esquema, ele torna-se cada vez mais difícil de ativar. Quando ativado, a experiência é menos sufocante, e o paciente recupera-se mais rápido.

A trajetória da cura de esquemas costuma ser árdua e longa. Modificá-los é difícil, pois configuram crenças profundamente arraigadas sobre si e sobre o mundo, aprendidas desde muito cedo. Inúmeras vezes, constituem tudo o que o paciente conhece. Por mais destrutivos que sejam, os esquemas proporcionam ao paciente um sentimento de segurança e previsibilidade. Os pacientes resistem a abster-se deles porque são fundamentais à sua sensação de identidade. É desagregador renunciar a um esquema. O mundo inteiro balança; por isso, a resistência à terapia configura uma forma de autopreservação, uma tentativa de se agarrar à sensação de controle e coerência interior. Renunciar a um esquema é abrir mão do conhecimento de quem se é ou de como é o mundo.

A cura de esquemas requer a disposição de enfrentar o esquema e travar batalhas contra ele, e demanda disciplina e prática freqüentes. Os pacientes devem observar sistematicamente o esquema e trabalhar a cada dia para mudá-lo. A menos que

seja corrigido, o esquema irá se perpetuar. A terapia é como declarar guerra contra o esquema: terapeuta e paciente formam uma aliança para derrotá-lo, com o objetivo de fazer com que desapareça. O objetivo, contudo, costuma ser um ideal inalcançável: a maioria dos esquemas nunca se cura completamente, porque não se pode erradicar as memórias associadas a eles.

Os esquemas nunca desaparecem de todo. Em lugar disso, quando curados, ativam-se com menos frequência, e o sentimento associado torna-se menos intenso, não durando tanto. Os pacientes respondem à ativação de seus esquemas de maneira saudável. Escolhem parceiros e amigos mais amorosos, e vêem a si mesmos de forma mais positiva. Apresentamos uma visão geral de como curar esquemas na última seção deste capítulo.

ESTILOS E RESPOSTAS DE ENFRENTAMENTO DESADAPTATIVAS

Os pacientes desenvolvem estilos e respostas de enfrentamento desadaptativas desde cedo em suas vidas para se adaptar a esquemas, para que não tenham de vivenciar as emoções intensas e pesadas que os esquemas geralmente engendram, mas é importante lembrar que, embora os estilos de enfrentamento auxiliem os pacientes a evitar um esquema, não o curam. Dessa forma, todos os estilos de enfrentamento desadaptativos ainda servem como elementos no processo de perpetuação do esquema.

A terapia do esquema diferencia o esquema em si das estratégias que a pessoa utiliza para enfrentá-lo. Sendo assim, em nosso modelo, o esquema em si contém memórias, emoções, sensações corporais e cognições, mas não as respostas comportamentais do indivíduo. *O comportamento não é parte do esquema, e sim parte da resposta de enfrentamento.* O esquema

provoca o comportamento. Embora a maior parte das respostas de enfrentamento seja comportamental, os pacientes também enfrentam o esquema por meio de estratégias cognitivas e emotivas. Quer o estilo de enfrentamento se manifeste por meio de cognição, sentimento ou comportamento, não consiste parte do esquema em si.

Diferenciamos esquemas de estilos de enfrentamento porque cada paciente usa diferentes estilos em situações diversas, em etapas distintas de suas vidas, para enfrentar o mesmo esquema. Portanto, os estilos de enfrentamento para um determinado esquema não necessariamente permanecem estáveis para uma pessoa com o passar do tempo, ao contrário do esquema em si. Além disso, diferentes pacientes usam comportamentos muito variáveis, até mesmo opostos, para enfrentar o mesmo esquema.

Por exemplo, considere três pacientes que em geral enfrentam seus esquemas de defectividade por meio de mecanismos diferentes. Embora todos os três sintam-se fracassados, um busca parceiros e amigos críticos, outro evita aproximar-se de quem quer que seja, e o terceiro adota uma atitude crítica e superior em relação a outras pessoas. Portanto, o comportamento de enfrentamento não é intrínseco ao esquema.

Três estilos de enfrentamento desadaptativos

Todos os organismos possuem três respostas básicas à ameaça: lutar, fugir ou paralisar-se. Elas correspondem aos três estilos de enfrentamento: *hipercompensação*, *evitação* e *resignação*. Em termos muito amplos, a luta é hipercompensação; a fuga, evitação, e a paralisia, resignação.

No contexto da infância, um esquema desadaptativo remoto representa a presença de uma ameaça. A ameaça é uma frustração de algumas das necessidades emocionais fundamentais da criança (vín-

culo seguro, autonomia, liberdade de auto-expressão, espontaneidade e lazer, ou limites realistas). A ameaça também pode incluir o medo das intensas emoções que o esquema ativa. Deparando-se com essa ameaça, a criança pode reagir por meio de alguma combinação dessas três respostas de enfrentamento: resignar-se, evitar ou hipercompensar. Todos os três estilos de enfrentamento costumam operar fora da consciência, ou seja, inconscientemente. Em qualquer situação dada, é provável que a criança utilize apenas um deles, mas talvez apresente estilos de enfrentamento diferentes em distintas situações com esquemas diferentes (apresentamos exemplos desses três estilos a seguir).

Assim, a ativação de um esquema é uma ameaça – a frustração de uma necessidade emocional fundamental e as emoções concomitantes – à qual o indivíduo responde com um estilo de enfrentamento. Esses estilos de enfrentamento, via de regra, são adaptativos na infância e considerados mecanismos de sobrevivência saudáveis, mas tornam-se desadaptativos à medida que a criança cresce, pois os estilos de enfrentamento continuam a perpetuar o esquema, mesmo quando as condições mudam e a pessoa dispõe de opções mais adequadas. Os estilos de enfrentamento desadaptativos acabam por manter os pacientes aprisionados a seus esquemas.

Resignação aos esquemas

Ao se resignar a um esquema, os pacientes consentem com o mesmo. Não tentam evitá-lo nem lutam contra ele, aceitando que é verdadeiro. Sentem diretamente o sofrimento emocional do esquema e agem de maneira a confirmá-lo. Sem perceberem o que fazem, repetem os padrões evocados pelo esquema, de forma que, quando adultos, continuam a reviver as experiências de infância que o engendraram. Quando en-

contram gatilhos ativadores, as respostas emocionais são desproporcionais, e os indivíduos vivenciam suas emoções de forma integral e consciente. Em termos comportamentais, escolhem parceiros que têm mais probabilidades de tratá-los como “o pai ou a mãe agressivo” o fez no passado, a exemplo de Natalie, a paciente deprimida que descrevemos anteriormente, que escolheu um marido, Paul, que a privava emocionalmente. Depois, costumam relacionar-se com esses parceiros de maneira passiva e complacente, perpetuando o esquema. Na relação terapêutica, esses pacientes podem também representar o esquema consigo mesmos no papel de “criança”, e o terapeuta, no de “pai ou mãe agressivo”.

Evitação de esquemas

Quando utilizam a evitação como estilo de enfrentamento, os pacientes tentam organizar suas vidas de maneira que o esquema nunca seja ativado. Tentam viver sem consciência dele, como se não existisse; evitam pensar a respeito dele; bloqueiam pensamentos e imagens que provavelmente o ativem, e, quando esses pensamentos e imagens surgem, os indivíduos distraem-se ou os repelem. Evitam sentir o esquema; quando esses sentimentos vêm à tona, refutam-nos por reflexo. Podem beber em excesso, ingerir drogas, fazer sexo promíscuo, comer demais, limpar compulsivamente, buscar estimulações ou se tornar viciados no trabalho. Quando interagem com outros, podem parecer perfeitamente normais. Costumam evitar situações que ativem o esquema, como relacionamentos íntimos ou desafios profissionais. Muitos pacientes afastam-se por completo de atividades nas quais se sentem vulneráveis. Inúmeras vezes, evitam a terapia – por exemplo, podem “esquecer-se” de realizar tarefas de casa, deixar de expressar sentimentos, levantar apenas questões superficiais,

chegar atrasados às seções ou encerrar o tratamento prematuramente.

Hipercompensação de esquemas

Quando hipercompensam, os pacientes lutam contra o esquema pensando, sentindo, comportando-se e relacionando-se como se o oposto do esquema fosse verdadeiro. Dedicam-se a ser o mais diferente possível das crianças que foram quando o esquema foi adquirido. Se se sentiam sem valor quando crianças, como adultos tentam ser perfeitos; se foram subjugados quando crianças, como adultos desafiam a todos; se foram controlados quando crianças, como adultos controlam outras pessoas ou rejeitam todas as formas de influência; se abusados, abusam de outros. Diante do esquema, contra-atacam. Na superfície, são autoconfiantes e seguros, mas, no íntimo, sentem a pressão do esquema ameaçando uma erupção.

A hipercompensação pode ser considerada uma tentativa parcialmente saudável de lutar contra o esquema que avança os limites, de forma que o esquema é perpetuado em vez de curado. Muitos “hipercompensadores” parecem saudáveis; na verdade, algumas das pessoas mais admiradas na sociedade – estrelas da mídia, líderes políticos, gigantes empresariais – muitas vezes são hipercompensadores. É saudável lutar contra um esquema, desde que o comportamento seja proporcional à situação, que se levem em conta os sentimentos de outros e que se possa esperar razoavelmente chegar ao resultado desejado, mas os hipercompensadores costumam ater-se ao contra-ataque, com um comportamento excessivo, insensível e improdutivo.

Por exemplo, é saudável que os pacientes subjugados exerçam mais controle sobre suas vidas, mas, quando hipercompensam, tornam-se excessivamente contro-

ladores e dominadores e acabam por afastar outras pessoas. Um paciente que hipercompensa a subjugação não consegue permitir que terceiros assumam a frente, mesmo em casos em que é saudável fazê-lo. Da mesma forma, é saudável para um paciente emocionalmente privado pedir apoio emocional a outras pessoas, mas um paciente que hipercompensa a privação emocional ultrapassa os níveis adequados, tornando-se demasiado exigente e arrogando-se privilégios.

A hipercompensação desenvolve-se porque oferece uma alternativa ao sofrimento causado pelo esquema. É uma forma de escapar da sensação de impotência e vulnerabilidade que o paciente sentiu quando cresceu. Hipercompensações narcisistas, por exemplo, geralmente servem para ajudar os pacientes a lidar com sentimentos fundamentais de privação emocional e defectividade. Em lugar de se sentir ignorados ou inferiores, esses pacientes podem se sentir especiais e superiores. Entretanto, embora bem-sucedidos no universo exterior, os pacientes narcisistas geralmente não estão em paz consigo mesmos. Sua hipercompensação os isola e acaba por lhes trazer infelicidade. Eles continuam a hipercompensar, não importando o quanto isso afaste outras pessoas, e assim perdem a capacidade de se conectar profundamente com outros indivíduos. Estão tão envolvidos em parecer perfeitos que descuidam da intimidade verdadeira. Mais além, não importa o quanto tentem ser perfeitos, acabarão falhando em algo, mais cedo ou mais tarde, e raramente sabem como lidar com a derrota de forma construtiva. São incapazes de assumir responsabilidades por seus fracassos ou de reconhecer suas limitações e, portanto, têm dificuldades de aprender com os próprios erros. Quando experimentam reveses suficientemente significativos, sua capacidade de hipercompensar vem abaixo, e eles, mui-