



SEÇÃO: ARTIGO

Associações entre autocompaixão e esquemas iniciais desadaptativos

*Associations between self-compassion and early maladaptive schemas**Asociaciones entre autocompasión y esquemas desadaptativos tempranos***Sandiléia Pfeiffer¹**orcid.org/0000-0003-4778-0027
ssandj.pfeiffer@gmail.com**Juliana da Rosa Pureza¹**orcid.org/0000-0002-6280-2928
julianapureza@yahoo.com.br**Recebido em:** 16 mar. 2020.**Aprovado em:** 15 maio 2021.**Aprovado em:** 7 nov. 2022.

Resumo: Apesar das repetidas relações entre autocompaixão e saúde mental e a relevância dos esquemas iniciais desadaptativos (EID's) para compreensão do funcionamento da personalidade, ainda é internacionalmente escasso o número de estudos que relacionam tais construtos. O objetivo deste estudo foi investigar as relações entre os componentes da autocompaixão e os EID's. A amostra foi composta por 328 estudantes universitários, com idade média de 25,39 (DP=6,99). Como instrumentos, foram utilizados a Escala de Autocompaixão de Neff (SCS) e o Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3). Os resultados mostraram correlações negativas e significativas entre os EID's e os componentes da autocompaixão, sugerindo que quanto maior a intensidade do esquema, menores os níveis de autocompaixão. Compreender a forma como as características individuais se relacionam com os componentes da autocompaixão pode nortear o desenvolvimento de intervenções mais apuradas para a promoção dos benefícios da autocompaixão.

Palavras-chave: compaixão, esquemas iniciais desadaptativos, terapia cognitivo comportamental

Abstract: Despite the repeated relationships between self-compassion and mental health and the relevance of the early maladaptive schemas (EMS) to understand personality, the number of studies relating these constructs is still internationally scarce. The aim of this study was to investigate the relationships between the components of self-compassion and EMS. The sample consisted of 209 university students (medium age of 25,55; SD = 6,96). Measures used were Self-Compassion Scale (SCS) and Young Schema Questionnaire (YSQ-S3). The results showed negative and significant correlations between the EMS and the components of self-compassion, suggesting that the greater the intensity of the schema, the lower the levels of self-compassion. Understanding how individual characteristics relate to the components of self-compassion can guide the development of more refined interventions to promote the benefits of self-compassion.

Keywords: compassion, early maladaptive schemas, cognitive behavioral therapy

Resumen: A pesar de las repetidas relaciones entre autocompasión y salud mental y la relevancia de los esquemas desadaptativos tempranos (EDTs) para comprender el funcionamiento de la personalidad, el número de estudios que relacionan estos constructos aún es internacionalmente escaso. El objetivo de este estudio fue investigar las relaciones entre los componentes de la autocompasión y los EDTs. Respondieron medidas de autocompasión e de EDTs 328 estudiantes universitarios (edad media: 25,39). Se realizaron análisis descriptivos y correlacionales de Pearson ($p < 0.05$). Los resultados mostraron correlaciones negativas y significativas entre los EDTs y los componentes de la autocompasión, lo que sugiere que cuanto mayor es la intensidad del esquema, menores son los niveles de autocompasión. Comprender cómo se relacionan las características individuales con los componentes de la autocompasión puede guiar el desarrollo de intervenciones más refinadas para promover los beneficios de la autocompasión.

Palabras clave: compasión, esquemas desadaptativos tempranos, terapia cognitiva conductual



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

A autocompaixão, uma forma saudável de lidar com situações de sofrimento (por falhas, inadequações ou circunstâncias da vida), com mais bondade e suporte e menos julgamentos e críticas, vem sendo repetidamente associada a maiores níveis de bem-estar e a menores níveis de sofrimento psicológico (Muris & Petrocchi, 2016; Neff & Davidson, 2016; Zessin et al., 2015). Por outro lado, Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID's) se associam a altos níveis de sofrimento, apresentando relações importantes com transtornos de personalidade (Fischer et al., 2016; Taylor et al., 2017). Embora evidências de resultado no tratamento ainda sejam pouco corroboradas, a terapia do esquema vem sendo amplamente utilizada como intervenção para os EID's (Taylor et al., 2017). Compondo a gama de terapias integrativas, intervenções focando no desenvolvimento da compaixão têm apresentado importantes resultados para a saúde mental, com estudos atuais focando no efeito protetivo da autocompaixão para o desenvolvimento de psicopatologias e sofrimento psicológico (Muris & Petrocchi, 2016). No entanto, estudos investigando relações entre EID's e autocompaixão ainda são escassos internacionalmente.

A partir da perspectiva evolucionista presente na teoria de Gilbert (2000), sistemas motivacionais foram socialmente desenvolvidos para o alcance de objetivos necessários para a sobrevivência. Embora existam em grande número, alguns são mais presentes nas questões de saúde mental: competição e ranking social, cooperação e compartilhamento, cuidado e alento, busca e resposta ao cuidado e relações sexuais (Gilbert, 2000; Gilbert, 2014). Para alcançar as motivações sociais, mentalidades sociais foram desenvolvidas, estando dentre elas a busca por cuidado, o fornecimento de cuidado, a cooperação, a competição e a motivação sexual (Gilbert, 2014). Estudos sobre o tema (Sidanius & Pratto, 2004; Niemi & Young, 2013) têm demonstrado que as pessoas tendem a ter mais desenvolvida uma forma de mentalidade social em detrimento de outras com base nas experiências vividas. Assim, as mentalidades sociais são nucleares

para a identidade social, já que são focadas em papéis sociais. Outro fator importante para as relações sociais, base para a regulação dos indivíduos em relação social, são as emoções (Gilbert, 2014). Sendo mecanismos antigos com funções evolutivas, apresentam três principais funções, conforme proposto por Gilbert, compondo o círculo triplo da emoção: alertar para ameaças e promover ação de defesa (sistema de ameaça-defesa), ativar estratégias de busca de recursos (sistema de drive) e fornecer informações sobre segurança, permitindo repouso para momentos de contentamento (sistema de soothing) (Gilbert, 2014).

Mais diretamente relacionadas com o sistema de soothing estão as mentalidades sociais de busca e fornecimento de cuidado. Foi justamente a partir da evolução da mentalidade social do cuidador, presente no cuidado parental humano, que se desenvolveu a compaixão, um processo complexo e que envolve diversos elementos emocionais, cognitivos e motivacionais (Gilbert & Tirsch, 2009). De acordo com Neff e Dahm (2015), a compaixão envolve a sensibilidade para experimentar o sofrimento e o desejo profundo de aliviar esse sofrimento, podendo ser direcionado tanto a pessoas próximas, a desconhecidos e, foco deste estudo, a si mesmo. A autocompaixão é um construto multifacetado, composto por três componentes principais que interagem entre si: autobondade versus autojulgamento, humanidade comum versus isolamento, mindfulness versus sobreidentificação (Neff & Davidson, 2016). A autobondade refere-se à tendência de preocupar-se consigo mesmo, de forma solidária e compreensiva, ao invés de uma postura crítica ou julgadora com autoavaliações severas e depreciativas em situações difíceis (Neff, 2011; Neff & Dahm, 2015). O senso de humanidade comum remete ao reconhecimento de que todas as pessoas do mundo falham, cometem erros e se sentem inadequados de vez em quando (Neff & Dahm, 2015). O conceito de autocompaixão entende a imperfeição e as circunstâncias difíceis de vida como parte da condição humana compartilhada, tomadas de uma perspectiva ampla e inclusiva,

pois são justamente essas que nos incluem no hall da humanidade (Neff, 2011). A autocompaixão também requer lidar de forma equilibrada com as emoções desagradáveis de modo que não sejam suprimidas nem exageradas, mas vistas exatamente como estão no momento presente, presente no componente de *mindfulness* (Neff et al., 2008). Os estudos sobre autocompaixão têm investigado seus efeitos em diversos aspectos e tem demonstrado uma importante relação com diferentes aspectos de saúde mental (Falconer et al., 2016; Finlay-Jones et al., 2015; Yarnell & Neff, 2013; Neff & McGehee, 2010; Neff, et al., 2005).

Por sua vez, os EID's são definidos como padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas desenvolvidos a partir de experiências precoces e que são repetidos ao longo da vida, trazendo prejuízos ao indivíduo (Young et al., 2008). De acordo com os autores, estes esquemas mentais podem estar no centro de diversas psicopatologias, incluindo transtornos de personalidade e problemas caracterológicos, sobretudo aqueles desenvolvidos a partir de experiências nocivas na infância. Constituídos de memórias, emoções, sensações corporais e cognições, são ativados na vida adulta por situações inconscientemente percebidas como semelhantes às experiências traumáticas da infância e geram fortes emoções negativas, tais como aflição, vergonha, medo ou raiva (Young et al., 2008).

Os esquemas se desenvolvem em momentos cruciais da infância e adolescência que são classificados em intervalos temporais nos quais determinadas demandas psicológicas necessitam ser supridas pelos cuidadores e pelo ambiente (Wainer, 2016). A forma como tais necessidades serão tratadas pelos cuidadores determinará a origem de esquemas saudáveis ou desadaptativos, embora cada pessoa tenha diferentes níveis de necessidades, ainda sofrendo influência de fatores genéticos (Basso et al., 2019; Young et al., 2008). Young e colaboradores (2008) elencam cinco necessidades emocionais fundamentais e universais para o desenvolvimento saudável (também definidas como tarefas evolutivas): (a) vínculos seguros, segurança, estabilidade,

cuidado e aceitação; (b) autonomia, competência e formação de identidade; (c) liberdade de expressão e validação de necessidades e emoções; (d) espontaneidade e lazer; (e) limites realistas e possibilidade de autocontrole (Young et al., 2008). O modelo envolve 18 EID's agrupados em cinco domínios esquemáticos que, por sua vez, são baseados nas cinco necessidades básicas. Na Tabela 1 são brevemente descritos os EID's de cada um dos cinco domínios. De acordo com o proposto por Young et al. (2008), o não atendimento da necessidade de aceitação e pertencimento tende a originar esquemas do domínio de Desconexão e Rejeição, com EID's que abarcam conteúdos relacionados a ser diferente ou defeituoso, passível de abandono, de abuso ou de privação das suas necessidades. Já as famílias de origem que não atendem à necessidade de autonomia e desempenho, propiciam o desenvolvimento de esquemas relativos a ser incompetente, excessivamente vulnerável ou com dificuldades para ser independente, compondo os EID's do domínio de Autonomia e Desempenho Prejudicados. Quando a necessidade de limites realistas não é atendida, são enfrentadas dificuldades para cooperar, ter responsabilidade com outras pessoas e lidar com frustrações, originando os esquemas do domínio de Limites Prejudicados. Por sua vez, ambientes que não possibilitam a expressão das necessidades e emoções propiciam o desenvolvimento dos esquemas do domínio de Direcionamento para o Outro, com esquemas que levam o sujeito a dar uma importância excessiva às expectativas e necessidades dos outros em detrimento das próprias necessidades e aspirações. Por fim, o não atendimento da necessidade de espontaneidade e lazer tende a levar ao desenvolvimento de EID's do domínio de Supervigilância e Inibição, abrangendo esquemas que levam à supressão dos sentimentos e à rigidez, com excessiva cobrança no desempenho e em não falhar, bem como em dificuldades para relaxar, mesmo quando isso é possível ou necessário (Young et al., 2008).

Tabela 1 – Esquemas iniciais desadaptativos

Desconexão e Rejeição	
Abandono/instabilidade	Relações vistas como instáveis e indignas de confiança. Sensação de que será abandonado a qualquer momento.
Desconfiança/abuso	Relações percebidas como perigosas. Sensação de que sempre acaba sendo enganado, humilhado ou manipulado.
Privação emocional	Expectativa de que não terá adequado apoio emocional de outros, abstendo-se do desejo de recebê-lo.
Defectividade/vergonha	Sentimento de que é defeituoso, mau, indesejado ou inferior ou de não merecer o amor.
Isolamento social	Sentimento de que é diferente e de que está isolado do resto do mundo.
Autonomia e Desempenho Prejudicados	
Dependência/incompetência	Sentimento de que não tem capacidade de executar as responsabilidades sem a ajuda dos outros
Vulnerabilidade ao dano ou à doença	Medo exagerado de que algo catastrófico acontecerá consigo e com a sua saúde e que não há como a impedir.
Emaranhamento	Dificuldade na individualização por envolvimento emocional e intimidade em excesso com pessoas importantes, gerando sentimento de vazio, fracasso e falta de direção
Fracasso	Certeza de que fracassarão inevitavelmente, percebendo-se inferiores e inadequados para conquistas em relação aos demais.
Limites Prejudicados	
Arrogo/grandiosidade	Se veem como superiores a outras pessoas, com direitos e privilégios especiais, buscando constantemente poder e controle. Acreditam não estar sujeitos às regras de reciprocidade social.
Autocontrole/autodisciplina insuficientes	Apresentam pouco autocontrole e baixa tolerância à frustração. Evitam possíveis desconfortos, como dor, conflito, confrontação e responsabilidade à custa de realizações pessoais.
Orientação para o Outro	
Subjugação	Submissão excessiva ao controle dos outros para evitar a raiva, a retaliação e o abandono.
Autossacrifício	Foco excessivo na satisfação das necessidades dos outros, à custa da própria gratificação
Busca de aprovação/busca de reconhecimento	Busca constante de aprovação, reconhecimento ou atenção das outras pessoas, visto que a autoestima está condicionada à aceitação social.
Supervigilância e Inibição	
Negativismo/pessimismo	Foco generalizado nos aspectos negativos e minimização ou negligência dos aspectos positivos ou otimistas, acreditando que sempre algo vai dar muito errado.

Inibição emocional	Autocontrole excessivo na expressão de sentimentos, com pouca espontaneidade, em geral para evitar desaprovação alheia, constrangimento ou perda do controle dos próprios impulsos;
Padrões inflexíveis	Acreditam que devem fazer um grande esforço para atingir elevados padrões internalizados, manifestado como perfeccionismo, regras rígidas, além de intensa preocupação com eficiência. Dificuldade para relaxar e sentir prazer.
Postura punitiva	Crença de que as pessoas devem ser punidas com severidade quando cometem erros ou não seguem os seus elevados padrões internalizados

Nota. Adaptado de Young, Klosko&Weishaar (2008)

A TE é descrita por seus autores como um modelo amplo e integrador e, por isso, tem muito em comum com outras abordagens psicoterápicas, resultando em uma terapia rica em termos conceituais e terapêuticos com bases bem estruturadas, permitindo esse amplo entendimento sobre a construção da personalidade e as possibilidades para alterar seus pontos desadaptativos. Enriquecendo a terapia cognitivo-comportamental, incluiu no seu cerne fatores que a ampliam para o que Gilbert (2009) chama de ciência da mente, já que considera a forma como os sistemas cognitivos mais evoluídos se relacionam com as motivações e emoções mais primitivas e as envolve em processos terapêuticos que trabalham não apenas a interpretação dos fatos de forma cognitiva, mas também emocional.

Alguns estudos têm investigado a relação entre os EID's e os construtos oriundos das terapias de terceira onda (Gojani et al., 2016) Iran using the convenience sampling in 2014. The patients had a low general health score. The experimental groups included two treatment groups of schema-based (n = 8; Fischer et al., 2016; Shorey et al., 2016). Porém, poucos estudos relacionam a autocompaixão com traços caracterológicos ou de personalidade (Schanche et al., 2011; Barnett & Sharp, 2016). Embora a Terapia do Esquema tenha aprofundamento para o entendimento da personalidade, ainda é internacionalmente escasso o número de estudos que relacionam a autocompaixão com os EID's. A promoção do bem-estar promovida por níveis mais elevados de

autocompaixão já vem sendo explorada amplamente, o que confirma seus efeitos e justifica sua integração a diferentes processos terapêuticos ou preventivos. Assim, o presente estudo buscou investigar as relações entre os componentes da autocompaixão e os EID's.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 328 estudantes universitários com idade média de 25,39 (DP=6,99), sendo 80,2% do sexo feminino. Os participantes foram selecionados por conveniência, através da divulgação e convite à participação em redes sociais do próprio pesquisador, contando com o método *snowball*. Como critérios de inclusão foram considerados: possuir mais de 18 anos e declarar-se estudante universitário.

Procedimento de coleta de dados

Este estudo se desenvolveu por meio de um delineamento quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. Após a aprovação pelo Comitê de Ética da PUCRS sob número 2.536.700, a coleta de dados deu-se de forma *online* através da divulgação do *link* de acesso à pesquisa através das redes sociais. Após aceitar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, os participantes foram direcionados à página de resposta aos instrumentos de pesquisa, que envolviam um questionário sociodemográfico, a Escala de

Autocompaixão de Neff (SCS) e o Questionário de Esquema de Young (YSQ-S3). Foi solicitado aos participantes que respondessem à pesquisa de forma individual em ambiente adequado, dentro do possível.

Análise dos dados

Como a amostra não se comportou de forma paramétrica com base nos resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov na maioria das variáveis (os valores variaram entre $K-S=0,89$ e $K-S=3,45$, com $p<0,05$ para 21 das 24 variáveis do estudo), foram realizados os testes de correlação de Spearman, executada com base nas médias aritméticas das variáveis. O nível de significância considerado nos testes estatísticos utilizados neste estudo foi de $p<0,05$ e $p<0,01$. A força das correlações foi baseada nos critérios definidos por Dancey e Reidy (2006): correlação fraca (0,1 a 0,3), moderada (0,4 a 0,6) e forte (0,7 a 0,9).

Resultados

Os resultados são apresentados na Tabela

2. Os dados apontam que todos os esquemas apresentam correlação significativa e positiva com todos os componentes do autocrítico, com exceção do esquema de arrogo/grandiosidade, que apresentou correlação com os componentes de isolamento ($p=0,005$, $r=0,155$) e sobreidentificação ($p=0,000$, $r=0,206$), porém, não se mostrou associado especificamente ao componente autocrítico ($p=0,073$). Em relação aos componentes de autocompaixão, todos os esquemas apresentaram correlação negativa com autobondade e *mindfulness*, exceto o de arrogo/grandiosidade (autobondade $p=0,240$; *mindfulness* $p=0,123$), esquema que não apresentou associação com nenhum dos componentes da autocompaixão. A humanidade compartilhada apresentou associações negativas com os esquemas de forma geral, no entanto, não se mostrou correlacionado com os esquemas de vulnerabilidade ao dano e à doença ($p=0,059$) e arrogo/grandiosidade ($p=0,122$), se mostrando o componente com menos associações com os esquemas iniciais desadaptativos.

Tabela 2 – Correlações entre componentes da autocompaixão e esquemas iniciais desadaptativos

EID's	Autocompaixão			Autocrítico			
	AB	HC	MF	AC	IS	SI	
Abandono/ Instabilidade	<i>r</i>	-,356**	-,326**	-,393**	,439**	,480**	,519**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Desconfiança/ Abuso	<i>r</i>	-,232**	-,163**	-,193**	,305**	,464**	,350**
	<i>p</i>	0,002	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000
Privação Emocional	<i>r</i>	-,293**	-,209**	-,241**	,308**	,450**	,306**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Defectividade/ Vergonha	<i>r</i>	-,357**	-,261**	-,317**	,411**	,538**	,407**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Isolamento Social	<i>r</i>	-,360**	-,224**	-,344**	,435**	,570**	,465**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Dependência/ Incompetência	<i>r</i>	-,308**	-,240**	-,393**	,309**	,387**	,354**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Vulnerabilidade ao Dano ou à Doença	<i>r</i>	-,0197**	-,0104	-,0218**	,319**	,364**	,363**
	<i>p</i>	0,000	0,060	0,000	0,000	0,000	0,000
Emaranhamento/ Self Subdesenvolvido	<i>r</i>	-,128**	-,215**	-,173**	,260**	,294**	,295**
	<i>p</i>	0,021	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000

Fracasso	<i>r</i>	-,410**	-,315**	-,440**	,432**	,518**	,449**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Arrogo/ Grandiosidade	<i>r</i>	-0,065	-0,085	-0,085	0,099	,155**	,206**
	<i>p</i>	0,240	0,122	0,123	0,74	0,005	0,000
Autocontrole/ Autodisciplina Insuficientes	<i>r</i>	-,311**	-,248**	-,365**	,321**	,427**	,377**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Subjugação	<i>r</i>	-,266**	-,249**	-,312**	,352**	,425**	,429**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Autossacrifício	<i>r</i>	-,248**	-,190**	-,187**	,322**	,274**	,300**
	<i>p</i>	0,000	0,001	0,001	0,000	0,000	0,000
Busca de aprovação/ Busca de Reconhecimento	<i>r</i>	-,264**	-,275**	-,319**	,294**	,328**	,373**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Negativismo/ Pessimismo	<i>r</i>	-,350**	-,214**	-,359**	,467**	,525**	,477**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Inibição Emocional	<i>r</i>	-,364**	-,244**	-,266**	,371**	,335**	,288**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Padrões Inflexíveis	<i>r</i>	-,312**	-,238**	-,263**	,505**	,296**	,357**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Postura Punitiva	<i>r</i>	-,329**	-0,240**	-,311**	,455**	,411**	,404**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Nota. AB = Autobondade; HC = Humanidade Comum; MF = Mindfulness; AC = Autocriticismo; IS = Isolamento; SI = Sobreidentificação.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

Discussão

A partir das análises desenvolvidas, todos os esquemas se mostraram positiva e significativamente correlacionados com as subescalas do autocriticismo, com exceção de arrogo/grandiosidade, demonstrando que quanto mais presentes se mostrarem os esquemas, maiores serão os níveis de autocriticismo, isolamento e sobreidentificação. Esse dado alerta para a maneira como o sofrimento decorrente dos esquemas tem relação com a forma como os indivíduos tratam a si mesmos em situações difíceis. Ainda, com exceção dos esquemas de vulnerabilidade ao dano ou à doença e arrogo/grandiosidade, todos os esquemas apresentaram correlação negativa e significativa com os três componentes da autocompaixão. Humanidade comum foi o componente de autocompaixão que apresentou menos correlações significativas e, ainda assim, se mostrou negativamente correlacionado a 16 esquemas. Já seu componente

contraposto, isolamento, apresentou correlações altamente significativas com todos os esquemas e, de forma geral, as correlações de maior força. Desta forma, é possível aferir que os esquemas estão negativamente associados aos níveis de autocompaixão. A seguir, serão exploradas as correlações encontradas em relação a cada domínio esquemático.

Os esquemas do domínio de desconexão e rejeição (abandono, desconfiança, privação emocional, defectividade e isolamento social) apresentaram uma correlação mais significativa e de maior força com isolamento. A necessidade básica não satisfeita que dá origem aos esquemas deste domínio se refere justamente às necessárias para a formação de vínculos seguros com outros indivíduos, incluindo sentimento de segurança, estabilidade, cuidado, pertencimento e aceitação (Young et al., 2008). De acordo com Neff (2003a), o ambiente onde a criança é educada

tem importante influência no desenvolvimento da autocompaixão, sugerindo que crianças que vivenciam relacionamentos calorosos e de apoio com seus pais, os percebendo como compreensivos e compassivos, tendem a se tornar adultos mais autocompassivos. Por outro lado, pais frios, abusadores ou que rejeitem seus filhos tendem a dificultar o desenvolvimento de uma postura autocompassiva (Neff, 2003a; Pepping et al., 2015). Justamente, são essas as características delineadas por Young e colaboradores (2008) para as experiências que originam os esquemas do domínio de desconexão e rejeição: famílias frias, abusadoras, instáveis, com alta frequência de rejeição ou isolamento.

No domínio de Autonomia e Desempenho Prejudicados, todos os esquemas apresentaram correlação significativa e positiva com os componentes negativos da autocompaixão, sem exceções. Os esquemas deste domínio abrangem expectativas de que não se é capaz de funcionar de forma independente ou ter um bom desempenho em inúmeras áreas da vida (Young et al., 2008). Desta forma, a satisfação de todas as vontades da criança e a superproteção que origina os esquemas deste domínio acaba gerando prejuízos também no desenvolvimento da autocompaixão. Com efeito, Pepping e colaboradores (2015) apontam que experiências infantis de superproteção, bem como pouco afeto e alta crítica estão associadas a menor autocompaixão na vida adulta. A dificuldade em acreditar nas próprias capacidades parece envolver altos níveis de sofrimento frente a situações difíceis, visto que, quanto mais forte apresentar-se estes esquemas, mais forte será o autocriticismo (por deparar-se com as falhas provenientes da falta de capacidade sentida), a sensação de que é a única pessoa no mundo a errar (já que as outras pessoas são percebidas como mais capazes) e a sobreidentificação com as situações de sofrimento, percebendo erros como sendo a própria pessoa e não como algo passageiro.

No domínio de Limites prejudicados, o esquema de autocontrole/ autodisciplina insuficientes apresentou correlações significativas com todos

os componentes, enquanto arrogo/grandiosidade apresentou correlações significativas apenas com isolamento e sobreidentificação. Assim, é possível perceber que os esquemas deste domínio aparecem com maiores diferenças nos seus resultados do que os esquemas dos demais domínios, demonstrando que os esquemas resultantes da falha no fornecimento de limites realistas na infância comportam-se de forma diferente na vida adulta quando deparados com falhas ou dificuldades.

Pessoas com o esquema de autocontrole/ autodisciplina insuficientes apresentam baixa tolerância à frustração e a suportar dificuldades para recompensas tardias (Young et al., 2008). Diferente de outros esquemas, este é definido pelos autores como egodistônico, sendo percebido como algo que os pacientes gostariam de mudar, embora não consigam manter seus esforços para isso, corroborando com os níveis de autocriticismo apresentados pela amostra. Ainda de acordo com Young e colaboradores (2008), pessoas com este esquema não conseguem dar limite aos próprios impulsos e emoções (carecem de autocontrole), além de não conseguir tolerar o tédio e a frustração decorrentes de determinadas atividades, desistindo das mesmas antes de sua conclusão (falta de autodisciplina). Por outro lado, o componente *mindfulness* sugere que as falhas pessoais sejam vistas claramente em vez de serem ignoradas ou desconsideradas, enquanto a autobondade compreende desejar saúde e bem-estar para si mesmo, o que significa encorajar gentilmente à mudança quando necessário e corrigir padrões de comportamento prejudiciais ou improdutivos (Neff, 2003b). Desta forma, uma postura autocompassiva neutraliza a displicência, fator característico deste esquema. De fato, o esquema apresentou correlação negativa com autobondade, *mindfulness* e humanidade comum, demonstrando empiricamente a relação oposta que o esquema estabelece com a autocompaixão.

Enquanto isso, o esquema de arrogo/grandiosidade mostrou-se como o único esquema a não apresentar correlação significativa com

autocriticismo. Isso indica que, em situações difíceis, sujeitos com este esquema sentem-se sozinhos e muito identificados com as situações de sofrimento, porém não se criticam excessivamente, como os indivíduos com funcionamento de outros esquemas. Uma característica marcante de arrogância/grandiosidade é a crença de que se deve fazer tudo o que se deseja e ser atendido em suas necessidades por outros, independentemente da situação ou da necessidade de outras pessoas (Young et al., 2008). Desta forma, pode-se inferir que o sofrimento para pessoas com este esquema é interpretado como algo falho no outro, identificando-se excessivamente com as situações, mas pouco implicados como responsáveis por tal.

Embora o esquema não tenha apresentado correlação significativa com os componentes positivos da autocompaixão, as relações apresentadas ainda demonstram dificuldades para o desenvolvimento de uma postura autocompassiva. Visto que a autocompaixão está diretamente relacionada aos sentimentos de compaixão e preocupação com os outros, ser autocompassivo não significa ser egoísta ou egocêntrico ou que se priorize as necessidades pessoais em detrimento das de outros (Neff, 2003a; Neff, 2015). Pelo contrário, a autocompaixão envolve justamente reconhecer o sofrimento, o fracasso e as inadequações como fazendo parte da condição humana e que todas as pessoas são dignas de compaixão e não apenas si mesmo (Neff, 2003b). Contudo, pessoas com o esquema de arrogância/grandiosidade acreditam que são superiores às outras pessoas, a quem tentam controlar para que satisfaçam suas vontades, agindo com egoísmo, esnobismo e dominação e, muitas vezes, gerando danos aos demais (Young et al., 2008). Assim, podem apresentar déficits na mentalidade social de fornecimento de cuidados e cooperação, por não conseguir perceber ou considerar as necessidades de outras pessoas, enquanto indivíduos com autocompaixão experimentam mais preocupação empática, altruísmo e compaixão pela humanidade (Neff & Pommier, 2013). De fato, a autocompaixão não está associada a tendências

de narcisismo e autoestima (Neff, 2003b).

Já no domínio de Orientação para o Outro, todos os esquemas apresentam correlações significativas com os componentes da autocompaixão. As características deste domínio envolvem uma ênfase exagerada no atendimento das necessidades das outras pessoas em lugar de suas próprias e isso é feito em busca de obter aprovação, manter a conexão emocional e evitar retaliações (Young et al., 2008). Por isso, de acordo com os autores, elas tendem a se concentrar exclusivamente nas possíveis solicitações das outras pessoas quando estão em interações sociais, muitas vezes, não tendo consciência das suas preferências e emoções. Desta forma, apresentam a mentalidade de fornecimento de cuidados e cooperação bem desenvolvidas. No entanto, os resultados encontrados neste estudo demonstram que, apesar disso, encontram-se em importantes níveis de sofrimento, visto que os níveis de autocompaixão serão tão menores quanto mais significativos se mostrarem os esquemas. Por certo, a autocompaixão envolve a tendência a preocupar-se consigo mesmo, justamente a dificuldade que caracteriza os esquemas do quarto domínio.

Hermanto e Zuroff (2016) apontam que a função do sistema de cuidado é fornecer proteção e apoio a outros necessitados e abrange competências para avaliar as necessidades do outro, ter compreensão empática e ser responsivo por meio de comportamentos de cuidado, características presentes nos esquemas que compõem o quarto domínio: autossacrifício, subjugação e busca de aprovação. Estudos de neuroimagem apontam que a capacidade de cuidar dos outros estaria na base neuronal da capacidade de ser compassivo e reconfortante consigo mesmo, sugerindo que o desenvolvimento de um estimularia o outro (Hermanto & Zuroff, 2016). No entanto, os autores afirmam que há pouco apoio empírico para defender tal associação. Nos achados do presente estudo, tal relação não foi encontrada; pelo contrário, as associações entre estar atento e buscar satisfazer as necessidades de outros estão mais relacionadas ao autocriticismo.

Neff (2003b) verificou que os indivíduos com os níveis mais altos de autocompaixão relataram uma tendência a ser igualmente gentis consigo mesmos e com os outros, enquanto aqueles com menor autocompaixão tendiam a relatar que eram mais gentis com os outros do que eles próprios, corroborando com as correlações resultantes do presente estudo. Assim, a dificuldade de orientar a atenção para a própria necessidade, ocasionada pelos esquemas deste domínio pode também estar associada à dificuldade em orientar o cuidado para a relação interna, ocasionando em menores níveis de autocompaixão.

O domínio de Supervigilância e Inibição é caracterizado pela supressão da espontaneidade em decorrência de um grande esforço para cumprir regras rígidas internalizadas com relação a seu próprio desempenho às custas da própria felicidade, relaxamento, relacionamentos íntimos e boa saúde (Young et al., 2008). Por outro lado, a autocompaixão contorna todo o processo de avaliação do próprio desempenho, seja positivo ou negativo, concentrando-se em sentimentos de gentileza e compreensão em relação a si mesmo e no reconhecimento da humanidade comum (Neff, 2003b). De fato, todos os esquemas do domínio (negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis e postura punitiva) apresentam correlação positiva com autocrítico, demonstrando sua dificuldade na ativação do sistema de *soothing* pela excessiva ativação do sistema de ameaça/defesa (*threat*) e de *drive*, já que necessitam estar alertas aos possíveis perigos, ao mesmo tempo em que devem exigir de si próprios padrões elevadíssimos de desempenho.

De acordo com Young e colaboradores (2008), pessoas com os esquemas deste domínio temem que suas vidas possam ruir se não estiverem alertas nem forem cuidadosos o tempo todo. Conforme Neff (2003a) aponta, pais altamente críticos dificultam o desenvolvimento da autocompaixão e, além disso, maior apoio materno vem sendo associado a níveis mais altos de autocompaixão, enquanto uma maior crítica por parte dos cuidadores está ligada a níveis mais

baixos de autocompaixão (Neff & McGehee, 2010) prior research has only examined self-compassion among adults. The current study examined self-compassion among adolescents (N = 235; Mage = 15.2. A origem típica dos esquemas do quinto domínio caracteriza-se por uma infância severa, reprimida e rígida, com ausência de estímulo para se ter momentos de lazer e a buscar a felicidade e, em contrapartida, um foco em estar supervigilantes em relação a eventos negativos na vida e à considerá-la triste (Young et al., 2008).

Indivíduos com os esquemas de postura punitiva e padrões inflexíveis, presentes no domínio de Supervigilância e Inibição, quando deparados com falhas e inadequações tendem entrar em profundo sofrimento, fatores típicos de prejuízos promovidos pelo autocrítico (Neff, 2003; Young et al., 2008). Formas de compreender o bem-estar psicológico, partindo de uma visão voltada para a autocompaixão, podem minimizar isso, visto que as emoções com afetos positivos desenvolvidos pela autocompaixão estão associados ao sistema de *soothing*, e não o de ameaça/defesa ou de *drive*, ativados quando em relações de comparação social. Ativar emoções relacionadas ao autocuidado e à autobondade nas situações desastrosas da vida tende a estabelecer níveis mais estáveis de bem-estar, que independem de bom desempenho.

Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo investigar as relações entre os componentes da autocompaixão e os esquemas iniciais desadaptativos. Tais relações foram verificadas, visto que todos os esquemas apresentaram correlação positiva e significativa com as subescalas do autocrítico, com exceção de arrougo/grandiosidade, e correlação negativa e significativa com as subescalas da autocompaixão, com exceção de vulnerabilidade ao dano ou à doença e arrougo/grandiosidade. Enquanto Neff (2015) orienta que os níveis de autocompaixão sejam tomados a partir dos níveis de autocrítico, os resultados sugerem que os níveis de autocompaixão serão menores quanto mais fortes se apresentarem os

esquemas. Diferente de outros construtos, como a empatia e a autoestima, a autocompaixão não parece estar presente em nenhum esquema inicial desadaptativo, o que leva a sugerir que se mostra mais assertiva enquanto preditor de saúde mental.

No entanto, cabe apontar algumas limitações deste estudo. Embora os participantes tenham recebido instruções, a coleta de dados *online* não permite o controle do ambiente no qual os participantes respondem aos instrumentos. Além disso, houve uma prevalência da amostra por pessoas do sexo feminino e por estudantes do curso de Psicologia. Estudos têm apontado que mulheres apresentam menores índices de autocompaixão (Neff, 2003a; Yarnell et al., 2015; Souza & Hutz, 2016) construct validation, and reliability of the Self-Compassion Scale for use in Brazil. Self-compassion is a positive healthy attitude towards the self when facing suffering and difficulties. It encompasses self-kindness instead of self-judgment, mindfulness instead of over-identification, and common humanity instead of social isolation. A confirmatory factor analysis endorsed the six-factor structure (six subscales. Desta forma, os resultados podem ter sido influenciados por esse viés. Assim, apesar dos cuidados metodológicos, não é possível afirmar que os participantes deste estudo compõem uma amostra homogênea. Outro ponto é que os instrumentos são baseados no autorrelato dos participantes, o que, conforme aponta Neff (2003b), define uma limitação, já que muitas pessoas podem não ter consciência suficiente de suas próprias experiências emocionais para perceber até que ponto tratam a si mesmos de forma compassiva. Porém, essa acaba sendo uma limitação presente em grande parte dos estudos da área de psicologia, visto que os instrumentos de acesso a questões emocionais contam com esta forma de coleta.

A partir das correlações encontradas, novos estudos podem ser produzidos. As análises desenvolvidas e discutidas tratam de associações, porém, não geram explicações de causa e efeito, não podendo ser compreendido se os esquemas explicam os níveis de autocrítica ou se são os

baixos níveis de autocompaixão que contribuem para o desenvolvimento dos esquemas. Assim, futuros estudos podem elaborar análises explicativas para investigar mais a fundo as relações aqui apresentadas, bem como estudos longitudinais, que também devem contribuir fortemente para a compreensão de tais relações. Da mesma forma, novos estudos podem investigar tais relações na infância, visto que ambos os construtos sofrem fortes influências das experiências infantis. Também se sugere que as relações propostas possam ser investigadas no público masculino, a fim de confirmar ou refutar a hipótese de que a prevalência de mulheres pode influenciar os resultados discutidos.

Os resultados apresentados apontam uma integração entre a Terapia do Esquema e a Autocompaixão, teórica e empiricamente. Ressaltando-se os benefícios já discutidos de ambas as abordagens, terapeutas e pacientes podem beneficiar-se de tal integração, que começa a ser delineada neste estudo. Com isso, se pode munir profissionais com o conhecimento teórico das relações entre as necessidades básicas que geram os esquemas iniciais desadaptativos e os fatores intrínsecos ao desenvolvimento da autocompaixão, bem como com o conhecimento da relação empírica de ambos os construtos na vida adulta, tratando-se de fundamentos técnicos que se mostram importantes. Esse conhecimento deve contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais assertivas, apreendendo características pessoais envolvidas nos níveis de autocompaixão. Ademais, por tratar de abordagens até então investigadas separadamente, este estudo também traz contribuições científicas, pretendendo estimular para que essas relações sejam cada vez mais estudadas, a fim de que se possa contribuir também a demandas sociais.

Referências

Barnett, M. D., & Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among U.S. college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 99, 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.004>

- Basso, L. A., Fortes, A. B., Maia, C. P. e, Steinhorst, E., & Wainer, R. (2019). The effects of parental rearing styles and early maladaptive schemas in the development of personality: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 301-313. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0118>
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, emotion regulation and stress among australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PLoS ONE*, 10(7), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>
- Fischer, T. D., Smout, M. F., & Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 169-177. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.06.002>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., & Tirch, D. D. (2009). Emotional Memory, Mindfulness and Compassion. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99-110).
- Gojani, P., Masjedi, M., Khaleghipour, S., & Behzadi, E. (2016). Effects of the Schema Therapy and Mindfulness on the Maladaptive Schemas Hold by the Psoriasis Patients with the Psychopathology Symptoms. *Advanced Biomedical Research*, 6(1), 4. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.190988>
- Hermanto, N., & Zuroff, D. C. (2016). The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving. *Journal of Social Psychology*, 156(5), 523-535. <https://doi.org/10.1080/00224545.2015.1135779>
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2016). Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology Literature Search and Selection of Studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 273-383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K. D., & Davidson, O. (2016). Self-Compassion: Embracing Suffering with Kindness. In I. Lvtzan & T. Lomas (Eds.), *Mindfulness in Positive Psychology* (pp. 37-50). Rutledge.
- Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Dejjterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285. <https://doi.org/10.1177/0022022108314544>
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The Relationship between Self-compassion and Other-focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Niemi, L., & Young, L. (2013). Caring across Boundaries versus Keeping Boundaries Intact: Links between Moral Values and Interpersonal Orientations. *PLoS ONE*, 8(12), e81605. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081605>
- Pepping, C. A., Davis, P. J., O'Donovan, A., & Pal, J. (2015). Individual Differences in Self-Compassion: The Role of Attachment and Experiences of Parenting in Childhood. *Self and Identity*, 14(1), 104-117. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.955050>
- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with cluster c personality disorders. *Psychotherapy*, 48(3), 293-303. <https://doi.org/10.1037/a0022012>
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2016). Trait mindfulness and early maladaptive schemas in women seeking residential substance use treatment: A preliminary investigation. *Addict Res Theory*, 23(4), 280-286. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.981810.Trait>
- Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2016). Adaptation of the Self-Compassion Scale for use in Brazil: Evidences of construct validity. *Temas Em Psicologia*, 24(1), 159-172. <https://doi.org/10.9788/tp2016.1-11>
- Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- Wainer, R. (2016). O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, & R. Andriola (Eds.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: intergração em psicoterapia* (pp. 15-26). Artmed.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). *Self and Identity*, 14(5), 499-520 <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966>

Young, J., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Artmed.

Zessin, U., Dickh, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being : A Meta-Analysis. *Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

Sandiléia Pfeiffer

Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Juliana da Rosa Pureza

Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Sandiléia Pfeiffer
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Av. Ipiranga, 6681
Prédio 11, 9º andar, sala 921
90619-900
Porto Alegre, RS, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela Poá Comunicação.