

ANÁLISE DA PERSONAGEM MÔNICA GELLER A PARTIR DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL ¹

Lucas Brandão², Paola de Ré³, Jéssica Limberger⁴, Angélica Paula Neumann⁵, Mariana Alievi Mari⁶

¹ Trabalho acadêmico realizado na disciplina de Processos Clínicos.

² Acadêmico do curso de Psicologia - URI ERECHIM

³ Acadêmica do curso de Psicologia -URI ERECHIM

⁴ Doutora em Psicologia. Professora na URI - ERECHIM

⁵ Doutora em Psicologia. Professora na URI - ERECHIM

⁶ Doutora em Ciências da Saúde. Professora na URI - ERECHIM

Análise da personagem Mônica Geller a partir da Terapia Cognitivo Comportamental e da Terapia dos Esquemas

RESUMO

O desenvolvimento do raciocínio clínico é indispensável na formação de terapeutas cognitivo - comportamentais. Para além da inserção prática em estágios, atividades que promovam a identificação de crenças e esquemas são ferramentas de grande importância nesse processo, como a análise de séries. Diante disso, objetiva-se formular uma compreensão clínica com base na narrativa da personagem Monica Geller do seriado Friends. Para isso, a construção desenvolve-se fundamentada nos conceitos da Terapia Cognitivo - Comportamental e da Terapia de Esquemas. Como resultados, identificou-se no decorrer da série comportamentos que advêm de crenças de desamor e desvalor, além de esquemas iniciais desadaptativos de dependência, defectividade e direcionamento ao outro, tendo como modelos de enfrentamento de hipercompensação e resignação. Conclui-se que as hipóteses identificadas e sua articulação com a teoria proporcionaram um espaço de primazia para pôr em prática a construção de uma compreensão clínica de um sujeito.

Palavras-chaves: Compreensão clínica; Judith S. Beck; Friends.

INTRODUÇÃO

Proposta por Aaron Beck, a Terapia Cognitiva Comportamental parte do pressuposto de que a maneira como as pessoas se sentem diante de uma situação sofre muito mais influência das interpretações dessa situação, do que propriamente do evento em si (BECK, 1964; ELLIS, 1962 apud BECK, 2014). Nesse sentido, o objeto de estudo da teoria cognitiva pode ser entendido como o processo de atribuição de significado a algo realizado pelo indivíduo de acordo com as suas experiências.

Já a Terapia de Esquemas, que foi desenvolvida por Jeffrey E. Young, teve como intuito superar limitações da terapia cognitiva tradicional no tratamento de pacientes com problemas caracterológicos crônicos, que não apresentavam respostas ao tratamento da TCC clássica (CAZASSA; OLIVEIRA, 2008). De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008) os esquemas podem ser definidos por: os esquemas desadaptativos remotos - definidos como “padrões emocionais e cognitivos auto derrotista iniciados em nosso desenvolvimento desde cedo e repetidos ao longo da vida” (p.22).

É possível citar algumas condições necessárias para que se caracterize a presença de um esquema. Quando algumas necessidades emocionais não são satisfeitas durante o período de desenvolvimento do sujeito, somados às primeiras experiências de vida e ao temperamento emocional, culmina-se na possibilidade de identificação de um (ou mais) esquema desadaptativo remoto (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Os 18 esquemas propostos pelo autor podem ser agrupados em 5 domínios diferentes. O domínio 1, chamado de “desconexão e rejeição”, contempla os seguintes esquemas: abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação. No domínio 2, “autonomia e desempenho prejudicados”, encontram-se os esquemas: dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/self subdesenvolvido e fracasso. O domínio 3, denominado de “limites prejudicados”, conta com os esquemas de arrogância/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes. No domínio 4, “direcionamento para o outro”, observam-se os esquemas de subjugação, auto sacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento. Por fim, o domínio 5, “supervigilância e inibição”, contempla os esquemas de inibição emocional, padrões inflexíveis e postura punitiva (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Nesse sentido, a identificação das crenças centrais juntamente com os esquemas iniciais desadaptativos se torna muito importante na conceituação dos casos em terapia cognitiva, bem como na orientação para a realização de intervenções. Isso porque é por meio desse conhecimento que se tem a possibilidade de realizar uma ligação entre a história pregressa do paciente com os seus comportamentos atuais.

Considerando a importância do raciocínio clínico em terapeutas cognitivo - comportamentais, e sendo a análise de séries uma possibilidade, objetiva-se formular uma compreensão clínica com base na narrativa da personagem Monica Geller do seriado Friends.

METODOLOGIA

Utilizou-se da terapia cognitivo comportamental e da Terapia de Esquemas para tecer a compreensão clínica da personagem Mônica Geller do seriado Friends. Para tal propósito, criou-se a situação

hipotética de que tal personagem buscou psicoterapia, e pelos seus relatos fictícios (pressupondo que as diferentes cenas dos episódios fossem a narração da paciente durante as sessões de terapia), construiu-se uma compreensão estrutural do caso. Para a escolha das cenas, foram consideradas aquelas que melhor ilustrassem comportamentos típicos ou representativos dos diferentes conceitos teóricos das abordagens em questão.

O referido trabalho foi desenvolvido, inicialmente, na disciplina de Processos Clínicos do Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, no segundo semestre de 2020. Além da construção teórica, houve um seminário acerca do processo de construção da compreensão clínica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Friends é uma série americana de comédia no estilo sitcom que se passa entre os anos de 1994 e 2004 na cidade de Nova York. A trama se desenrola com a representação da vida de seis jovens amigos cheios de sonhos em um cenário com infinitas possibilidades. Mônica, Ross, Rachel, Chandler, Phoebe e Joey têm personalidades distintas e compartilham momentos de alegria, angústia, tristeza, amor e muito mais. A relação de amizade entre eles é o tema central da série, sendo adicionadas questões que abordam temáticas como trabalho, família, responsabilidade, dinheiro, relacionamento e sexo. A história acontece no bairro de Greenwich Village, na ilha de Manhattan, e traz situações cotidianas comuns e polêmicas com uma pitada de humor típica dos anos 90.

A personagem analisada no presente trabalho é Mônica Geller. Uma chefe de cozinha, com mania de limpeza, cheia de regras e controladora. Ela tem uma relação bem próxima com cada um dos cinco personagens principais, sendo definida por Phoebe em um dos episódios como “a cola que mantém a turma unida”. Mônica tem características de personalidade marcantes e age de acordo com padrões e regras rígidas impostas por ela mesma. Para ela, tudo pode ser organizado, catalogado e separado em categorias. A construção de sua história se dá de maneira bastante realista, e apesar das doses de comédia e exagero, é de fácil identificação do público.

A necessidade de agradar a todos e a necessidade de estar sempre certa são questões que se fazem presentes no dia a dia de Mônica. E é dentro dessa dicotomia que se molda a personalidade da personagem, tendo comportamentos que variam entre bondade, cuidado e atenção com muita competitividade, assertividade e expressões “I know” - “eu sei”, em inglês.

Mônica sempre sofreu com as críticas de sua mãe Judy, e com o favoritismo do irmão Ross perante os pais. Somado a isso, foi uma criança e adolescente obesa. Fatos que parecem influenciar na maneira como se enxerga na vida adulta. Apesar de alguns comportamentos invasivos e inflexíveis com seus amigos, ela é um exemplo de uma pessoa proativa, persistente e muito determinada. No decorrer de sua história, se apaixona por um dos seus melhores amigos, Chandler Bing, com quem se casa e tem

dois filhos adotivos, uma vez que Mônica não pode ter filhos.

Pensando em todo esse funcionamento, comportamentos e contexto familiar e ambiental surge o questionamento: como seria se Mônica Geller resolvesse procurar psicoterapia? A compreensão clínica se dá por meio da utilização dos episódios da série como se fossem relatos trazidos pela paciente para as sessões de terapia, conforme será descrito a seguir.

M. G., durante as sessões de psicoterapia, comentou que seu perfeccionismo e sua preocupação com a organização estavam atrapalhando sua vida cotidiana. Ela também relatou que seus amigos a percebiam como uma pessoa muito rígida e inflexível, que não abre mão do controle, e seus comportamentos, por vezes, acabam causando conflitos entre eles. Ela ainda relata que se preocupava demais com a limpeza e a disposição espacial dos móveis de sua casa.

A partir das questões levantadas por M. ao longo das sessões é possível compreender padrões de comportamentos relacionados a crenças que são ativadas atualmente por diferentes situações, mas encontram-se desenvolvidas desde a sua infância, o que acaba contribuindo para o fortalecimento de esquemas iniciais desadaptativos. Conceito, esse, que Santos (2005) explica como sendo padrões emocionais e cognitivos desadaptativos que possuem uma tendência de acontecer ao longo da vida, fazendo-se presentes no processo de interação entre o indivíduo e a realidade.

Ao longo das sessões a paciente traz episódios que explicam a construção e a manutenção de suas crenças sobre si e sobre os outros. M. discorre sobre um momento em que ocorreu um alagamento na casa de seus familiares, e seus pais retiraram as caixas com os pertences do seu irmão da garagem a tempo de salvá-los, enquanto as caixas com as lembranças da infância de M. são usadas para proteger o carro da enchente. Essa situação exacerbou a percepção de que sua família não se preocupava com ela, ao mesmo tempo que era sustentada uma atenção que dava primazia ao seu irmão, sendo importante ressaltar que desde a sua infância, M. percebe essa dinâmica de favoritismo em seu núcleo familiar.

Noutro momento, enquanto M. preparava um jantar para os seus pais e seu irmão, e ela relata perceber que sua mãe não media esforços para a desvalorizar: criticava a sua comida e a organização da casa, apesar de M. ter dado uma atenção especial a todos os detalhes. Seu pai também relatou como “existem mulheres que se preocupam demais em se tornarem bem-sucedidas, e ainda bem que a minha filha não tem esse problema”. Ao mesmo tempo, quando na mesma ocasião o seu irmão anunciou estar tendo um filho, a reação dos pais foi de virar para M. e pedir “você sabia disso?”

Episódios como esse foram comuns durante seu desenvolvimento. Em outro exemplo, seus pais criaram uma expressão que transformava seu nome em um verbo e a utilizavam para descrever situações onde algo dava errado. Assim, ressalta-se a noção de que a única atenção que recebia era em momentos em que ela cometia algum erro. Nesse sentido, Wainer (2015, p. 19) defende que “as

experiências infantis têm um papel fundamental na gênese da personalidade normal ou patológica, já que possibilitarão ou não o preenchimento das necessidades emocionais básicas da criança”.

De acordo com Cecero e Young (2001) modelos primários de interação marcados por ausência de cuidados, experiências de abuso e relacionamentos instáveis podem resultar em modelos desadaptativos, gerando vínculos de apego inseguro ao longo da vida. De acordo com Bowlby (2002) as relações marcadas pelo apego inseguro são permeadas de insegurança e pouca valorização. Parkens (2006) complementa que pessoas com apego inseguro acreditam que necessitam fazer um esforço para serem amadas, tendo relacionamentos com traços de dependência, exigência e ansiedade. No caso de M. o apego inseguro pode ser observado quando ela relata já ter se questionado se seu marido, C.B., a abandonaria no caso de ela engordar em decorrência de uma possível gravidez.

Situação essa que proporciona a oportunidade de realizar uma análise baseada em como suas crenças centrais, suas crenças intermediárias e seus pensamentos automáticos são capazes de determinar a maneira como interpreta e se comporta diante da realidade vivenciada. O funcionamento de uma pessoa, do ponto de vista da Teoria Cognitivo - Comportamental (TCC), sofre influência desses três aspectos, sendo pensamentos automáticos as interpretações imediatas e superficiais ligadas às situações, crenças intermediárias as que são compostas por regras, atitudes e suposições do sujeito e crenças centrais as que seriam seus entendimentos enraizados, desenvolvidos pelas pessoas ao longo da vida, sobre si mesmas, os outros e o mundo (BECK, 1997; WRIGHT, BASCO; THASE, 2008).

Ao trabalhar um pouco mais as crenças centrais de M. percebem-se influências diretas na maneira como interpreta a realidade e, por consequência, como age. Como explica Reinecke (2004) quando aponta que essas crenças determinam a compreensão das situações cotidianas e dos eventos passados, bem como as projeções futuras na forma de antecipações cognitivas. Como sempre foi duramente criticada pela mãe, é muito possível que M. tenha internalizado representações negativas sobre si. Beck (2007) pontua que essas crenças podem ser categorizadas em: crenças de desamparo, crenças de desamor e crenças de desvalor.

Diante desse cenário, quando M. descobriu que seu marido havia terminado um relacionamento durante a adolescência porque a sua parceira havia engordado, suas crenças de desvalor e desamor - relacionadas com as críticas ao seu corpo - foram ativadas, fazendo com que ela tivesse a suposição de que o mesmo aconteceria com ela em caso de ganhar peso - condicionando o amor de seu marido à sua aparência física, e desconsiderando o fato de isso ter acontecido há muito tempo atrás e em um outro contexto. Com isso, surge o pensamento automático: “se eu não for magra, meu marido não vai me amar”, que evidencia suas crenças, as quais serão discutidas em seguida.

O princípio da TCC explica que não é a situação em si que determina como as pessoas se sentem

ou o que fazem, mas sim as interpretações derivadas dela (BECK, 1964; ELLIS, 1962 apud BECK, 2014). Nesse sentido, M. relata um episódio em que resolveu fazer doces de Natal para deixar na porta de seu apartamento, para que os seus vizinhos pudessem pegá-los quando passassem pelo corredor. Todos gostaram e a demanda começou a ficar maior do que ela conseguia dar conta - no entanto, ela ainda se sentia pressionada a continuar a produção. Nessa situação, emergiu um pensamento automático de “não posso parar de fazer os doces”. Esses pensamentos automáticos surgem involuntariamente, por vezes de maneira não consciente, ao mesmo tempo em que são rápidos e curtos. Tem-se que esses pensamentos automáticos derivam de crenças intermediárias e nucleares, entendendo-se por crença, ideias que o indivíduo tem sobre si e sobre os outros, e como interpreta o seu mundo (KLOSKO; YOUNG; WEISHAAR, 2008).

Pautada em sua crença central de desamor, M. teve esse pensamento automático que é resultado de suas crenças intermediárias - que geralmente estão ligadas a uma atitude. Nesse caso, a atitude foi continuar fazendo os doces, ainda que lhe causasse consequências negativas, isso porque: “agradar os outros faz eu me sentir bem”, seguida de uma regra “agradar os outros é minha obrigação”, o que leva ao pressuposto de “se eu não agradar os outros, não serei amada”. Essa contextualização de seus pensamentos automáticos e crenças intermediárias pode levar a construção de uma hipótese de que M. possui como sua crença central o pensamento de que “não sou digna de ser amada”, o que pode explicar sua constante busca por aprovação e reconhecimento.

E é por meio dos pensamentos automáticos que é possível identificar as distorções cognitivas (BECK, 2014). Destaca-se nesse exemplo a presença de um pensamento tudo ou nada, que ocorre quando a pessoa enxerga a situação em apenas duas categorias opostas. Isso é observado no momento em que essa necessidade de fazer mais doces para os seus vizinhos é interpretada em dois polos diferentes: ou ela faz os doces e é amada por todos, ou ela deixa de fazer e ninguém vai ligar para ela, demonstrando que M. não percebe a nuance existente entre esses dois extremos.

Outra distorção cognitiva que pode ser observada, no caso de M., é a de supergeneralização (BECK, 2014), que se faz presente quando é tirada uma conclusão negativa que exagera além da realidade. Por exemplo, quando M. se considera incapaz de ter um marido, e em vários momentos relatando que “não vou conseguir me casar até os 40”. Essas supergeneralizações aparecem em diversos momentos, de maneira pronunciada quando ela se depara com alguma dificuldade que pode encontrar na formação de um vínculo afetivo com um possível parceiro, e essa distorção a leva a crer que, por não estar sendo muito bem-sucedida na tarefa em questão, isso significa que ela não conseguirá atingir seus objetivos.

A maneira como M. interpreta as situações vivenciadas é uma consequência de suas crenças e determina os seus comportamentos e pensamentos, que por sua vez podem ser caracterizados em esquemas e estilos de enfrentamento. Clark, Beck e Alford (1999) definem esquemas como as

estruturas internas de armazenamento oriundas de ideias ou experiências que organizam de maneira significativa como determinados fenômenos são percebidos ou inseridos em um contexto. Em outras palavras, os esquemas podem ser entendidos como padrões que facilitam a compreensão da realidade pelo indivíduo, e conseqüentemente norteiam as respostas dele diante dessa realidade. Esses esquemas são desenvolvidos de maneira precoce e atuam diretamente na maneira como as experiências atuais são processadas. E no caso de M., a história não é diferente.

Segundo Young, Klosko e Weishaar (2008) há 18 esquemas agrupados em cinco domínios. Dentro do domínio 2, chamado de autonomia e desempenho prejudicados, pode-se observar o esquema de dependência/incompetência. M. possivelmente carrega consigo uma crença de incompetência, ou seja, ela acredita nunca ser completamente capaz de fazer o que precisa ser feito de maneira a ser bem-sucedida. Desta forma, observa-se que as experiências de favoritismo em relação ao seu irmão, concomitantemente às situações nas quais ela era vista como incapaz ou em que cometia erros com muita frequência, assim como comentado anteriormente, podem ter sido decisivas no desenvolvimento desses padrões de emoções e reações, que ocorrem quando ela se depara com situações que põem em xeque a percepção sobre sua autoeficácia^[1]. Para a caracterização de um esquema propriamente dito, tem-se a presença de um (a) tema ou padrão amplo e difuso, (b) formado por memórias, emoções e sensações corporais, (c) relacionado a si próprio ou ao relacionamento para com os outros, (d) desenvolvido durante a infância ou adolescência, (e) elaborado ao longo da vida do sujeito, e (f) disfuncional em um nível significativo (YOUNG, 1990 apud KLOSKO; YOUNG; WEISHAAR, 2003).

Relativo a esse esquema, de incompetência ou dependência, é possível observar a presença de todos os fatores necessários para caracterizá-lo: (a) há um padrão de comportamento no qual ela se vê como incapaz, e usa de estratégias de enfrentamento para lidar com a situação estressora, o que é observado, por exemplo, na sua permanente preocupação com o ambiente e harmonia do seu quarto; (b) tem memória de situações e das emoções que sentiu quando se depara com uma situação que evoca esse padrão de pensamento e comportamento; (c) está relacionado majoritariamente consigo mesma; (d,e) foi desenvolvido durante a sua adolescência, e elaborado ao longo dos anos; (f) é disfuncional em um nível significativo, a ponto de que suas conseqüências foram notavelmente negativas, a ponto de causar prejuízos na sua vida cotidiana.

Foi proposta a hipótese de presença de um enfrentamento de hipercompensação, caracterizado por Young, Klosko e Weishaar (2008) como um modelo de luta, em que o paciente se comporta de maneira oposta ao que realmente acredita. Pode ser compreendido quando M. conta que uma vez seu marido pediu que ela lhe ajudasse a emagrecer e ela simplesmente ficou obcecada com isso. Mesmo depois que C.B, já havia desistido de perder os quilos finais, ela não o deixava parar de se exercitar, desconsiderando os sentimentos do seu parceiro. Em sua vida diária, como já foi relatado,

M. demonstra ter uma atenção em demasia à organização e limpeza, o que também pode ser em decorrência dessa estratégia de enfrentamento, uma vez que possa pensar ser incompetente, e use dessa estratégia para lidar com a realidade.

É possível que M. possua também o esquema de defectividade/vergonha, que está dentro do domínio 1, chamado de Desconexão e Rejeição, e é caracterizado por Young Klosko e Weishaar (2008) como aquele em que o paciente se sente falho ou ruim, sentindo vergonha de seus próprios defeitos percebidos. Conceito que pode ser percebido quando M. descobre que seu marido não gosta de suas massagens, dizendo que ela faz “as piores massagens do mundo”. Ao ficar sabendo disso, M. relata que se sentiu muito envergonhada e triste, e só conseguiu superar o fato quando seu marido lhe deu o título de a “Melhor Pior Massagista do Mundo”. Algo que também tem relação com o fato de M. precisar estar sempre certa ou/e precisar provar ser sempre a melhor em alguma coisa - aspecto que discutiremos mais a frente.

Ainda nesse sentido, M. conta a história de quando seus amigos estavam conversando e um deles acabou revelando um segredo seu. Naquele momento, ela se sentiu exposta e envergonhada diante daquela situação. Mais uma vez o modelo de enfrentamento de M. aqui é a hipercompensação. Isso porque, para lidar com esse fato, M. relata que revidou na mesma moeda, contando um segredo ainda mais vergonhoso desse amigo, o criticando e menosprezando - atitude essa que tinha como objetivo colocar o seu sentimento de defectividade em segundo plano, desviando a atenção sobre o seu segredo para que ela pudesse se sentir melhor e se colocando em uma posição superior ao amigo.

Isso faz sentido de acordo com o contexto em que a paciente se desenvolveu - uma vez que as pessoas que adotam esse tipo de enfrentamento possuem comportamentos presentes que buscam se contrapor ao máximo dos sentimentos experienciados na infância quando esse esquema foi adquirido (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Como M. sempre se sentiu pouco amada e valorizada quando pequena, hoje, adulta, tenta ser perfeita. E é por isso que frequentemente possui comportamentos que apontam a sua necessidade de estar sempre certa sobre tudo e/ou de ser a melhor em tudo. Sendo assim, M. parece ser uma mulher completamente segura de si por fora, mas por dentro sente a pressão da ameaça de uma erupção causada pelo esquema (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), a hipercompensação pode ser considerada uma tentativa saudável de lutar contra o esquema, o problema se encontra quando o comportamento se torna desproporcional à situação, sem levar em conta os sentimentos dos outros e nem alcançar os resultados desejados. E, por vezes, é dessa maneira que M. acaba agindo. Como por exemplo quando ela e um amigo foram jogar ping pong, e gastaram horas jogando para decidir o vencedor, levando-a e seu marido a perder a reserva que tinham feito para o jantar. O que começou como uma partida amigável tornou-se uma disputa incessante em decorrência desse estilo de enfrentamento, perante

uma possível situação na qual ela se veria como uma “perdedora” ou “insuficiente”.

Ainda, é possível perceber que M. tem comportamentos que se encaixam em esquemas do Domínio 4, chamado de Direcionamento para o outro. Ao longo dos relatos da paciente, observa-se uma tendência a se dedicar a todos aqueles que estão ao seu redor - o que pode ser interpretado dentro do esquema de busca de aprovação/busca de reconhecimento. Segundo Young, Klosko e Weishaar (2008) existem dois subtipos de pessoas: (a) aqueles que buscam aprovação querendo que os outros gostem dele, e (b) aqueles que buscam aprovação querendo ser admirados. M. parece se encaixar muito mais no primeiro. E isso pode ser entendido mais claramente quando conta que certa vez esqueceu de convidar a mãe de sua amiga para um evento e, apesar de ter se desculpado com a mesma, ela continuava a hostilizá-la. E quanto mais a mulher lhe ignorava e era grosseira, mais ela sentia a necessidade de agradá-la. E embora seus amigos tivessem dito que ela não deveria deixar que ninguém a tratasse assim, ela explicou a eles que tem “uma necessidade incontrolável de agradar todo mundo”.

Nesse mesmo sentido, outra situação em que se percebe a presença desse esquema no funcionamento de M. é o episódio dos doces de Natal anteriormente relatado. Como os vizinhos gostaram muito, não conseguia parar de fazê-los - ainda que isso estivesse a desgastado física e mentalmente. Relacionando o fato de eles gostarem dos doces, com eles gostarem dela, e não querendo deixar de se sentir apreciada dessa maneira pelos vizinhos.

Outro esquema percebido dentro desse domínio é o de auto sacrifício. O conceito é explicado pela presença de um foco excessivo no atendimento das necessidades e dos desejos de outras pessoas, em que comumente a pessoa sente algum tipo de ressentimento nas relações quando sentem que suas necessidades não estão sendo satisfeitas (YOUNG, KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Exatamente o que aconteceu quando M. relatou ter tido uma explosão de descontrole em um feriado em que seus amigos fizeram várias exigências culinárias para o jantar, e eles nem se preocuparam em chegar no horário. M. disse que fez três tipos de purês diferentes para agradar a todos, mas ninguém perguntou de que maneira ela preferia as batatas.

Em ambos os esquemas do Domínio 4, M. adota um estilo de enfrentamento chamado de Resignação. No caso do auto sacrifício atende as demandas dos outros, deixando as suas de lado, enquanto no esquema de busca de aprovação demonstra grande necessidade de impressionar e agradar aqueles que estão ao seu redor. De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), esses padrões de comportamentos são feitos sem que o paciente tenha consciência de que eles são responsáveis pela confirmação do esquema.

Dentro do domínio 5 - supervigilância e inibição - nota-se que M. desenvolveu um funcionamento pautado no esquema de padrões inflexíveis/postura crítica exagerada. Esse é um domínio

caracterizado por regras rígidas e dificuldade de relaxar (YOUNG, KLOSKO; WEISHAAR, 2008). No caso de M., o comportamento que expressa esse esquema pode ser observado quando ela conta já ter tido problemas por conta de seus padrões pouco flexíveis. Sua amiga P.B., com quem dividiu o apartamento por um certo período, lhe disse que se mudou para que pudessem continuar sendo amigas, uma vez que M. tinha regras de organização e limpeza extremamente rígidas, fazendo com que elas tivessem muitos conflitos.

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008) esse é um esquema que se manifesta por meio de: (a) perfeccionismo - observado quando M. perde uma aposta com os seus amigos e precisa trocar de apartamento com eles, e com isso resolve fazer uma limpeza/decoração no espaço, não se permitindo descansar até que tudo estivesse simplesmente perfeito, (b) regras rígidas - observadas até em momentos de brincadeira, quando ela relata ter usado a frase “regras são legais! Regras ajudam a controlar a diversão” - e (c) preocupação com tempo e eficiência - expresso pelo momento em que criou várias categorias para catalogar suas fotos, desenvolvendo um método em que as categorias pudessem ser cruzadas para encontrar a foto exata desejada de maneira mais rápida e eficiente.

Ao buscar maneiras de lidar com esse esquema, M. tem um estilo de enfrentamento de resignação. O que quer dizer que ela não luta e nem tenta evitar esse esquema. Young, Klosko e Weishaar (2008) afirmam que pacientes com esse tipo de enfrentamento repetem os padrões evocados pelo esquema e vivenciam essas emoções de forma integral e consciente. Como quando M. aborda a angústia sentida em um episódio em que foi desafiada por seus amigos a ir dormir e deixar alguns objetos espalhados pela sala. No entanto, não conseguiu dormir e chegou a pensar em levantar, guardar os itens, e na manhã seguinte espalhá-los pela casa novamente para que ninguém descobrisse que ela precisou guardá-los.

O que pode indicar comportamentos que possivelmente se encontram relacionados com o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Tem-se que o diagnóstico de TOC, segundo o manual de diagnóstico de transtornos mentais (APA, 2013), necessita da caracterização e presença de obsessões ou compulsões, sendo as compulsões representadas por (1) comportamentos repetitivos ou atos mentais que a pessoa se sente compelida a executar em função de rituais ou regras rígidas e (2) esses comportamentos têm o intuito de reduzir a ansiedade ou o sofrimento relativo a uma situação temida. Corroborar-se que para esses critérios M. não se encaixa de maneira satisfatória para caracterizar uma compulsão.

E no que diz respeito às obsessões, elas são definidas por (1) pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes que sejam intrusivas e que na maioria dos indivíduos causa acentuada ansiedade ou sofrimento, e (2) o sujeito tenta ignorar ou suprimir essas ocorrências, seja pelo meio de ações ou pensamento. Nesse momento, indaga-se se M. se encaixa nesses critérios, sendo possível citar uma situação na qual seu irmão relata a bagunça presente na casa de uma mulher com a qual estava saindo,

e M. não conseguindo se conter, vai até a casa dela para realizar a limpeza. Ocorreram pensamentos intrusivos, na forma de “não consigo sustentar a ideia de existir tanta bagunça”, e a ida até o local com o intuito de limpar, foi a maneira pela qual ela tenta suprimir esses sentimentos.

O critério B, é relativo ao tempo dessas obsessões, e nesse mesmo exemplo, também é elaborada a percepção de que tomam um tempo significativo de sua rotina. Como é relatado por M. que uma vez chegou a comprar produtos de limpeza para fazer a lavagem de um carro muito sujo que estava na rua - e acabou limpando outros 6 automóveis além daquele - denotando um alto investimento de tempo e energia para acabar com a sujeira. Por fim, os critérios C e D, que comentam que esses sintomas não podem ser melhor explicados pelo uso de um medicamento ou substância, ou outro transtorno mental, respectivamente, também constroem a hipótese de que M. seja uma paciente vulnerável ao desenvolvimento do TOC.

Ainda de acordo com o DSM-5, muitos indivíduos com TOC possuem tendência ao perfeccionismo e intolerância a incertezas. No caso de M. essas características podem ser observadas por meio de seus comportamentos metódicos e de extrema organização - que visam manter o seu controle sobre o ambiente. Alguns exemplos desses comportamentos: ela possui 11 categorias diferentes de toalhas, cria pastas organizadoras para tudo, faz seus próprios produtos de limpeza (porque acredita que eles são mais eficientes), mantém o relógio do seu quarto alguns minutos adiantados para nunca se atrasar, além de relatar saber até quando alguém move um imã de geladeira em sua casa.

M. ainda apresenta preocupações excessivas com a limpeza, como quando limpa sua casa com o aspirador, usa um aspirador pequeno para limpar o grande, e lamenta não ter um modelo ainda menor para limpar o pequeno, e afirma que seu padrão de limpeza “não é apenas limpo pelo Departamento de Saúde, mas M. limpo”. A paciente ainda relatou: “quando estou ansiosa, eu limpo”, revelando que usa o ato de limpeza como uma forma de descarga para lidar com situações que lhe causam estresse.

M. só consegue dormir do lado esquerdo da cama e só come Kit Kats em números pares. Apesar de não ser possível identificar o pensamento que desencadeia a necessidade e a rigidez desses atos, ela é incapaz de explicar de maneira objetiva e racional porque os faz. Ainda que esses comportamentos não apresentem prejuízos significativos em sua vida social e profissional, é interessante destacar que M. se sente incomodada por ter essas necessidades e preocupações de maneira mais exacerbada que as outras pessoas - o que demanda um ponto de atenção. Percebe-se também que a paciente vive uma dicotomia entre os sentimentos que esses comportamentos lhe provocam, sendo evidenciados em dois momentos: o primeiro quando, na situação em que não conseguia dormir pensando nos objetos não guardados em sua sala, diz ter constatado que precisava de ajuda (dando a entender que percebe isso como um problema), e o segundo quando descreveu seus comportamentos como “obsessões fofas” (dando a entender que percebe essas situações apenas como uma extensão de sua personalidade).

De acordo com a teoria de Salkovskis (1985) percebe-se que M. exibe um senso inflado de responsabilidade individual - questão que também é apontada no DSM-V, como uma crença disfuncional de senso de autorresponsabilidade aumentada, comum em pacientes com TOC. O autor explica que o indivíduo atribui às suas atividades normais um senso de responsabilidade tão grande que o leva a um padrão de comportamento e esforço mental caracterizado por supercontrole e preocupação. Ao longo das sessões, com os relatos que M. expressa, é possível perceber que seu funcionamento é regido com um controle rígido - o que a leva a inclusive numerar as canecas de sua casa para sempre saber se e qual está faltando. Tudo que M. faz é encarado com muita seriedade e responsabilidade.

Apesar disso, é importante sublinhar a impossibilidade de realizar um diagnóstico apenas com essas informações, uma vez que uma busca mais minuciosa por evidências a favor e contrárias a esse fato deve ser feita para caracterizar o diagnóstico como tal. Ademais, o critério relativo ao sofrimento e/ou dificuldades causadas pelo transtorno, necessita passar por um processo investigativo em conjunto com a paciente, levando em consideração seu ambiente e a percepção de seus familiares e amigos próximos, e sendo assim, indica-se que os sintomas sejam acompanhados intimamente para melhor avaliar a credibilidade da hipótese.

O histórico de relacionamento com a sua mãe pode contribuir para M encarar os encontros com a mesma como um fator estressor em seu dia a dia. E os reflexos dessa mãe extremamente crítica podem ser observados em pequenas situações de seu dia a dia. Como é o caso de quando a mãe de M. vai visitá-la e ela não consegue parar de arrumar as almofadas de seu sofá incessantemente para que tudo esteja devidamente e perfeitamente no lugar para que, assim, sua mãe não pudesse criticá-la. Nesse sentido, seu comprometimento excessivo em manter tudo no lugar e estar sempre no controle tem relação direta com seus esquemas desadaptativos de padrões rígidos e de direcionamento para o outro.

Emerge a hipótese dessa necessidade de controle ser sustentada por um medo relacionado às suas crenças centrais - em que ela precisa conter tudo e ter a certeza do que vai acontecer para que assim não corra o risco de fazer algo que desperte o desamor, o desvalor e o desamparo. Além disso, essa necessidade de agradar e de ser necessária, fazendo pelos outros e exigindo que as coisas sejam feitas à sua maneira, pode ser interpretada como uma forma de garantir que todos ao seu redor não se esqueçam dela e não deixem de amá-la. Diante desse cenário, é possível perceber uma relação direta entre suas crenças centrais, seus pensamentos automáticos, suas distorções cognitivas e, por fim, seus comportamentos e até mesmo a um possível diagnóstico de TOC.

Apesar das crenças centrais de M. que a levam a ter uma série de comportamentos desadaptativos, é possível perceber que M. apresenta questões muito positivas em sua vida pessoal, profissional e social. Por vezes seus comportamentos rígidos e sua postura pouco flexível podem incomodar os

seus amigos, mas ela consegue contornar muitas dessas situações, evidenciando que suas relações são mais fortes que suas necessidades de controle. Isso pode ser evidenciado no momento em que uma de suas melhores amigas, R.G., tem uma filha. R.G. não sabe que nome dar ao bebê e diz ter gostado muito do nome que M. tinha escolhido para a sua filha desde a infância. M. então, abre mão desse nome justificando que para ela a felicidade de sua amiga era mais importante que o nome.

O mesmo acontece no relacionamento com o seu irmão. Mesmo com todas as comparações, com os favorecimentos e favoritismos de seus pais em relação ao seu irmão, M. mostra-se uma excelente irmã - tendo ambos uma relação pautada em respeito e companheirismo. Embora existam episódios de rivalidade - comum na convivência fraterna, o amor entre eles é sempre mais importante. M. sempre esteve ao lado de R. durante várias fases difíceis de sua vida, assim como sempre pode contar com R. em seus momentos de adversidades.

CONCLUSÕES

Desenvolver uma compreensão clínica - ainda que de uma personagem fictícia - oportuniza aos alunos um contato com a prática dos conteúdos abordados em sala de aula. Realizar o movimento de imaginar-se em processo terapêutico com um personagem mostrou-se como uma atividade interessante e desafiadora. Ainda que alguns dos aspectos analisados foram facilitados pelo conhecimento do contexto geral e da história do seriado, é enriquecedor experienciar esse movimento de elaboração, que visa aliar conceitos teóricos com comportamentos práticos.

Esse, com certeza, é um exemplo de trabalho que otimiza o aprendizado e ajuda no desenvolvimento e na construção do conhecimento necessário para a formação psicológica. Além de oportunizar ao aluno a experimentação de uma articulação prático/teórica, possibilita um exercício de simulação das questões que possivelmente teremos contato ao longo da trajetória profissional.

Entende-se que a característica do seriado evidencia situações estereotipadas e trata os comportamentos da personagem analisada muitas vezes de forma exagerada, ao mesmo tempo que percebida por ela e pelos demais personagens como reações extremamente normais. Nesse sentido, a construção dessa compreensão clínica buscou aprofundar aspectos de sua personalidade e das consequências de seus padrões de comportamento que, por vezes, não ficam extremamente esclarecidos no decorrer da trama. Trata-se de hipóteses que podem ser ancoradas com as teorias estudadas ao longo das disciplinas de Fundamentos da Teoria Cognitivo Comportamental, Estudos em Personalidade e Processos Clínicos, e se evidenciam com as cenas retratadas na série.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed., Porto Alegre, Artmed, 880 p, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AZZI, R. G.; FONTES, A. P. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. **Estudos de Psicologia**, v.29, n. 1. X, n. X, Campinas, 2012.

BECK, J. **Terapia Cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. **Terapia Cognitivo Comportamental: Teoria e Prática**. Artmed, 2 ed. Porto Alegre, 2014.

_____. **Terapia cognitiva para desafios clínicos**: o que fazer quando o básico não funciona. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: Apego, a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2002

CAZASSA, M. J., OLIVEIRA, M.S. Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisa. **Revista de Psiquiatria Clínica**: 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n5/a03v35n5.pdf>

CECERO, J. J., & YOUNG, J. E. **Case of Silvia**: A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, v. 11, n.2, 217-229, 2001.

CLARK, D.A., BECK A.T., ALFORD, B.A. **Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression**. New York: Wiley, 1999.

PARKES. **Amor e perda**: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus, 2006.

REINECKE, M. A. Suicídio e depressão. Em F. M. DATTILIO; A. FREEMAN (Orgs.), **Estratégias cognitivo comportamentais de intervenção em situações de crise** (M. A. V. Veronese, Trad.) (pp. 82-112). Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, S. D. Transtornos de personalidade: a contribuição dos esquemas. **Revista Eletrônica da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro**: v. 9, n. 1, p. 45-50, 2005.

SALKOSIS, P. M. **Obsessional-compulsive problems**: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, v. 23, n. 5, 1985.

WAINER, R. O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas. In: Wainer, R. et al.

(Org.). **Terapia cognitiva focada em esquemas**: integração em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed, pp. 15-26, 2015.

WRIGHT, J. H., BASCO, M. R., THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do Esquema**: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Artmed. Porto Alegre, 2008.

[1] Entende-se por autoeficácia, as crenças do sujeito em relação à sua capacidade de executar ou organizar suas ações em busca de alguma meta ou objetivo. (BANDURA, 1997 apud FONTES, AZZI, 2012)