

Transtorno de Personalidade Paranoide Dentro do Enfoque Cognitivo-Comportamental

Diego Rafael Schmidt¹
Cristina Pilla Della Méa²

Resumo

Apresenta-se uma revisão teórica do Transtorno da Personalidade Paranoide (TPP), seus critérios diagnósticos e modelos de tratamento utilizados pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapia do Esquema (TE). A questão central do TPP é a desconfiança, baseada em percepções distorcidas da realidade. Seus portadores percebem-se vulneráveis ou defectivos, atribuindo aos outros intenções malévolas e prevalecidas. A TCC evidencia a necessidade de reestruturação cognitiva amparada em técnicas que aumentem o teste da realidade. Já a TE ressalta a correção dos Esquemas Iniciais Desadaptativos pelo trabalho vivencial. Não há estudos descrevendo os resultados obtidos em tratamento com esse perfil de pacientes, mas as abordagens da TCC são as únicas que oferecem modelo clínico específico, elaborado a partir do trabalho com Transtornos da Personalidade.

Palavras-chave: Transtorno da personalidade paranoide; diagnóstico; terapia cognitivo-comportamental

Paranoid Personality Disorder in the Cognitive-Behavioral Therapy Approach

Abstract

A theoretical review of the Paranoid Personality Disorder (PPD) is presented along with its diagnosis criteria and treatment models used by the Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and the Schema Therapy (ST). The main question of PPD is distrust, based on distorted perceptions of reality. Its carriers find themselves vulnerable or defective, assigning spiteful and prevailed intentions to others. PPD shows the need for cognitive restructuring backed by techniques that enhance the reality test. On the other hand, ST highlights the correction of Early Maladaptive Schemas through experiential work. There are no studies describing the results obtained in treatment with this patient profile, but the PPD approaches are the only ones offering a specific clinical model elaborated from the work with Personality Disorders.

Key-words: Paranoid personality disorder; diagnosis; cognitive-behavioral therapy.

Historicamente, o termo “paranoia” tem sido empregado para denominar diversos transtornos mentais, inclusive os de ordem psicótica. A literatura menciona a existência de diversas categorias diagnósticas para o transtorno, como aquelas descritas por Kraepelin. Nesse sentido, o conceito de paranoia englobava o conjunto dos delírios, como o de perseguição, de ciúme e de grandeza, cujas causas eram originalmente atribuídas a uma perspectiva constitucional do sujeito, quer dizer, essa psicopatologia desenvolver-se-ia em função das experiências vividas (Oda, 2009, 2010).

No século XIX, o termo também passou a englobar uma forma de organização patológica da personalidade. Apesar de manifestar-se por um falso juízo acerca da realidade, não apresentava sintomas psicóticos, diferentemente da Esquizofrenia e dos Transtornos Delirantes, sendo designado Transtorno da Personalidade Paranoide (TPP) (Oliveira & Lima, 2000; Oda, 2010; Dunker & Kyrillos Neto, 2011).

Colby e colaboradores, em 1979, descreveram um modelo cognitivo-comportamental para o TPP, referindo que sujeitos com esse diagnóstico frequentemente possuem uma visão de si como inadequados, imperfeitos e insuficientes. Os autores entendem que o TPP reúne um conjunto de estratégias criadas a fim de diminuir ou impedir sentimentos de vergonha e humilhação. Cameron, em 1964 e 1974, afirma que esses pacientes tornam-se desconfiados em função de maus tratos ou falta de amor dos pais. Assim, esperar um tratamento sádico por parte das pessoas com quem se relaciona seria algo aprendido por esses sujeitos (Beck, Freeman & Davis, 2005). Em 1996, Millon relatou que a falta de confiança desses pacientes ocasiona o medo de ser coagido ou controlado pelos outros, trazendo problemas em diversas áreas da vida. Turkat, em 1985, 1986, 1987 e 1990, descreve a tendência paranoide como um aspecto enfatizado pelos pais, em que as crianças aprendem que não devem errar e que são diferentes das demais. Isso leva a uma preocupação intensa e

1 Acadêmico da Escola de Psicologia, Faculdade Meridional/IMED, Passo Fundo – RS. E-mail: diego_rspsi@yahoo.com.br

2 Psicóloga, Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da Faculdade Meridional/IMED. E-mail: cristina.mea@imed.edu.br

um sentimento de obrigação com as expectativas dos outros, interferindo diretamente na forma de se relacionar com os pares (Beck et al., 2005).

As dificuldades de relacionamento interpessoal caracterizam os indivíduos com Transtornos da Personalidade. Esses grupos de psicopatologias dizem respeito a um conjunto de padrões inflexíveis de comportamentos, sentimentos e cognições disfuncionais que ocasionam acentuado prejuízo ao sujeito. Esse padrão é generalizado e inflexível, tendo seu início, geralmente, na adolescência ou no começo da idade adulta. O TPP, em especial, refere-se à constante presença de suspeitas infundadas acerca da confiança e da integridade dos outros (APA, 2002; Oliveira, 2009).

Beck et al. (2005) referem que o indivíduo paranoide percebe a realidade de forma incorreta e atribui ao outro aquilo que existe verdadeiramente em si. A característica básica desse tipo de personalidade é a desconfiança. Tratam-se de sujeitos que se percebem vulneráveis em relação ao mundo e veem os outros como enganadores, malevolentes e manipuladores, podendo sentir raiva por qualquer forma de abuso presumido (Vasques & Abreu, 2011).

Dentro da abordagem cognitivo-comportamental, Beck e colaboradores destacam que pacientes paranoides tem uma crença de que sempre serão enganados, trapaceados ou maltratados nas suas relações interpessoais, então se utilizam de extrema vigilância para que isso não ocorra. Os autores ressaltam que essa vigilância não está ligada a sinais de que os outros podem ser confiáveis e ter boas intenções, mas sim, para confirmar que não se pode confiar nas pessoas. Assim, esses indivíduos tendem a ser reservados e defensivos com os demais e reagem de forma exagerada até com pequenos deslizes, usando da hostilidade e do contra-ataque quando se sentem ameaçados (Beck et al., 2005).

O presente artigo objetiva retomar, por meio de uma revisão bibliográfica, aspectos diagnósticos do TPP, suas principais características, sentimentos e comportamentos subjacentes, assim como os modelos de tratamento cognitivos aplicados ao transtorno.

Diretrizes diagnósticas

Segundo o Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), o TPP se caracteriza por um padrão global de desconfiança e suspeitas em relação aos outros, de modo que as intenções são interpretadas como maliciosas, manifestando-se no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos, indicados por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios: o indivíduo suspeita, sem fundamento suficiente, estar sendo explorado, maltratado ou enganado por terceiros; preocupa-se com dúvidas infundadas acerca da lealdade ou confiabilidade de amigos ou colegas; reluta em confiar nos outros por medo de que essas informações possam ser usadas contra si; interpreta significados ocultos, de caráter humilhante ou ameaçador, em observações ou acontecimentos benignos; guarda rancores persistentes, sendo implacável com insultos, injúrias ou deslizes; percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são visíveis pelos outros e reage rapidamente com raiva ou contra-ataque; e tem suspeitas recorrentes, sem justificativa, quanto à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual (APA, 2002).

Encontra-se uma tendência global desses sujeitos a distorcer e interpretar os fatos de modo hostil, guardando enorme rancor quando se sentem lesados (OMS, 1993). O indivíduo sente uma dificuldade importante de acreditar nos outros, mesmo em situações triviais, sendo sensível a críticas, o que ocasiona forte diminuição na sua qualidade de vida e no seu relacionamento interpessoal (Barlow & Durand, 2008; Young, Klosko & Weishaar, 2008; Oliveira, 2009).

Peluso e Andrade (2011) relatam que não há muitos estudos sobre a prevalência dos Transtornos da Personalidade individuais. O TPP está incluído no grupo (*cluster*) A dos transtornos da personalidade, juntamente com os Transtornos da Personalidade Esquizoide e Esquizotípica. Esse grupo tem a prevalência de 1,6 a 6,2%, sendo mais presente em homens do que em mulheres, e seus primeiros sinais aparecem já no início da idade adulta. Pulay et al., (2009) mencionam uma relação de prevalência entre mulheres com Transtorno da Personalidade Esquizotípica e TPP, não parecendo haver um padrão familiar.

Quanto à etiologia do transtorno, os estudos demonstram que não há uma causa específica. Parentes de pacientes com Esquizofrenia apresentam maior probabilidade de desenvolver o TPP quando comparados a indivíduos controle (Sadock & Sadock, 2007; Barlow & Durand, 2008). Estudos com famílias, gêmeos e filhos adotivos utilizando conceito de Personalidade Paranoide e Esquizotípica revelaram a forte presença de um componente genético nessa alteração caracterológica, evidenciando que há ligação com a Esquizofrenia (Lima & Vallada Filho, 2011).

Conforme Barlow e Durand (2008), alguns estudos indicam aspectos da vida infantil do sujeito como prováveis precursores do quadro, por exemplo, os filhos terem aprendido com os pais a ser mais cautelosos ou cuidadosos com as pessoas, do mesmo modo que esse comportamento pode ser adaptativo, devido a questões culturais. Nesse sentido, Beck et al., (2005) acrescentam que pacientes paranoides, geralmente, cresceram em famílias ou ambientes percebidos como perigosos, os quais contribuíram para o desenvolvimento de suas percepções distorcidas sobre a realidade. Além disso, estudos apontam que fatores ambientais ou psicossociais estressantes, como o *bullying* e o assédio moral, podem confundir e interferir diretamente no diagnóstico (Freeman & Garety, 2006; Martínez-Hernández & Medeiros-Ferreira, 2010).

É bastante comum confundir-se o diagnóstico de TPP com o de outras patologias. Como diagnóstico diferencial, pode-se citar o Transtorno Delirante, que acaba sendo distinguido do TPP por neste não haver delírios fixos. Também, diferencia-se da Esquizofrenia do Tipo Paranoide por não haver alucinações ou qualquer outro transtorno do pensamento formal. Além disso, pode ser confundido com outros Transtornos da Personalidade, pois em alguns deles a ideiação paranoide está presente. Distingue-se do Transtorno da Personalidade Borderline, visto que, raramente, os indivíduos com TPP se envolvem em relacionamentos mais extremos ou tumultuados. Muito pelo contrário, tendem a ser mais restritos do ponto de vista afetivo e em muitas situações parecem não ter emoções. Diferencia-se do Transtorno da Personalidade Antissocial, por não ter longa história de comportamento antissocial, e do Transtorno da Personalidade Esquizoide, na medida em que este não envolve ideiação paranoide, embora os seus portadores sejam reclusos e distantes (Sadock & Sadock, 2007).

Segundo Martins (2010), o TPP, frequentemente, aparece associado a Transtornos de Ansiedade, como Agorafobia e Transtorno Obsessivo Compulsivo. Uma pesquisa realizada por Barros Neto e Lotufo Neto (2006) constatou que o TPP é o segundo transtorno do Eixo II mais presente em pacientes com Fobia Social, perdendo apenas para o Transtorno da Personalidade Esquiva, possivelmente pela sobreposição dos critérios diagnósticos. Isso se deve ao fato de pacientes com Fobia Social sentirem-se com frequência observados, de modo que o TPP poderia constituir-se como um fator de risco para pacientes com Fobia Social.

Peluso e Andrade (2011) referem estudos que trazem uma associação entre os Transtornos da Personalidade do grupo A, tanto com indivíduos separados quanto com aqueles que nunca se casaram. Pacientes paranoides poderão alternar seus comportamentos entre os de vítima e abusador, testando, continuamente, o comprometimento dos outros, os quais são percebidos como malévolos (Young et al., 2008; Volpi, 2009).

Quanto ao curso e prognóstico, alguns indivíduos permanecem com essas características durante a vida toda e, de forma generalizada, têm dificuldade contínua para trabalhar e se relacionar com os demais. Com relação à busca de tratamento, normalmente, não procuram ajuda por conta própria. Em geral, são encaminhados por familiares ou empregadores e, em muitas situações, acabam se recompondo e não demonstram sofrimento psíquico (Sadock & Sadock, 2007).

Tratamento

Freeman e Garety (2006) relatam que, no passado, diversos profissionais da saúde, não sabendo como lidar com os pensamentos/delírios paranoides de seus pacientes, ocasionaram sérios prejuízos ao vínculo terapêutico e ao tratamento. No presente estudo, enfatizam-se duas das abordagens teóricas para tratamento do TPP: a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia do Esquema (TE).

Conceitualização cognitiva

A Terapia Cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 60, inicialmente trazendo modelos para tratamento da depressão e ansiedade. Configura-se como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver questões focais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais. Posteriormente, esse modelo foi adaptado para os Transtornos da Personalidade (Beck et al., 2005; Rafaeli, 2009).

Devido à natureza do TPP, uma intervenção que modifique as suposições básicas do sujeito é considerada efetiva. A principal estratégia de intervenção consiste em desenvolver a autoeficácia do cliente, isto é, sua capacidade de reagir assertivamente às situações à medida que estas surgem. Para tanto, é preciso ultrapassar a hipervigilância – estado de alerta, devido à acentuada sensibilidade com relação a estímulos que se configurem como uma ameaça –, e a postura defensiva ou resistente (Beck et al., 2005; Silva & Borges, 2010).

De acordo com Martins, esses pacientes veem-se como corretos, inocentes, nobres e vulneráveis, ao passo que as outras pessoas lhes parecem interferentes, maliciosas, discriminadoras e abusivas. A presença de três crenças básicas – “os motivos são suspeitos”, “esteja em guarda”, “não confie” (Martins, 2010, p. 28) – pode resultar em sujeitos extremamente relutantes ao tratamento, denotando um dos principais aspectos patológicos do transtorno, que é a incapacidade de diminuir a hipervigilância. Quando associadas, essas crenças envolvem indivíduos altamente desconfiados e receosos, sugerindo um possível perfil cognitivo para o TPP.

Azevedo, Macedo e Louzã Neto (2011) observam que esses sujeitos tendem a interpretar ações de terceiros como algo ameaçador e depreciativo. Em muitas situações, acabam sendo hostis e raivosos e, quando estão sob pressão ou experimentam algum período de estresse, podem desenvolver Transtornos Psicóticos Breves.

Essas características, que definem as peculiaridades do transtorno, também servem de norte para os profissionais no trabalho terapêutico com tais sujeitos. Essas interpretações errôneas dos fatos acabam se reproduzindo, inclusive, no tratamento, de maneira a reforçar a importância da questão do vínculo para a adesão à terapia. O estabelecimento do vínculo colaborativo configura-se como um problema – mas também como a solução – para o sucesso do tratamento. O paciente precisa sentir que seus pensamentos estão sendo levados a sério. Amíúde, posturas terapêuticas mais rígidas tendem a reforçar a atitude de desconfiança do sujeito (Beck et al., 2005; Freeman & Garety, 2006).

Beck et al. (2005) orientam que o terapeuta aborde, inicialmente, dificuldades em que seja preciso o emprego de estratégias comportamentais, como a resolução de problemas, aceitando a desconfiança do paciente quando esta se tornar clara. Apenas em um momento posterior da terapia será feita a contestação das crenças paranoides do sujeito de modo mais direto.

É importante que o terapeuta consiga avaliar os perigos percebidos como reais subjacentes às crenças do cliente, de modo a compreender as expectativas delas oriundas. Suas técnicas devem objetivar o aperfeiçoamento de traços de personalidade, como a empatia e o senso do impacto das suas ações nos outros. Muitos sujeitos poderão se beneficiar de intervenções que utilizem analogias voltadas a terceiros, por exemplo: “como você acha que os outros lidariam com essa situação?” (Beck et al., 2005; Freeman & Garety, 2006).

Leahy (2006) sugere técnicas cognitivas que podem ser utilizadas inicialmente, como o exercício do *continuum*, que auxilia o paciente a encontrar um meio termo nos pensamentos do tipo “tudo ou nada”, como aqueles relacionados à confiabilidade; o uso da seta descendente, por meio da compreensão das crenças subjacentes ao pensamento; a definição de termos, para entender o significado daquilo que está dizendo; modificação dos pensamentos negativos com a mudança do comportamento, comumente usada quando apenas contestar o pensamento parece não ser efetivo e há a necessidade de adquirir novas habilidades para a resolução de problemas; observação a partir da sacada, possibilitando que o sujeito assumira perspectiva perante suas vivências; exercício do duplo-padrão, no

qual o paciente pensa sobre como julgaria outras pessoas na mesma situação; e reflexão sobre como os outros lidariam com isso, levando-o a avaliar o comportamento dos demais indivíduos nas mesmas situações. Essas técnicas enfocam, especialmente, o entendimento das cognições e o senso de autoeficácia, objetivando que o paciente avalie e compare suas percepções com a realidade, de modo a poder diferenciar os falsos julgamentos daqueles que são reais.

Num momento posterior, Leahy recomenda o exame e a qualidade das evidências, em que se faz a listagem dos itens contra e a favor de determinados pensamentos ou comportamentos e de quão verdadeiros eles são; a testagem da realidade, quando o terapeuta auxilia o paciente a coletar informações que confirmem ou contradigam suas crenças; a identificação de crenças condicionais, permitindo compreender as compensações subjacentes às crenças intermediárias; o teste das previsões negativas, que avaliam previsões e crenças relativas a eventos futuros; a avaliação das previsões negativas passadas, para que o sujeito possa contrastar sua forma de julgamento com a realidade; o ponto-contraponto, visando a afrontar pensamentos automáticos com respostas racionais, e vice-versa; e o exame dos erros de lógica, no qual são avaliadas as incongruências referentes à forma de pensar do indivíduo. O objetivo dessas técnicas é aumentar o teste da realidade, apontando as contradições presentes que impeçam o indivíduo de se relacionar (Leahy, 2006).

Uma dificuldade na terapia com essa patologia é que a maioria dos clientes tende a abandonar o tratamento antes da sua conclusão. Todavia, cabe ao terapeuta persistir, sem pressionar, para que o sujeito permaneça até o término, no qual será feita a prevenção de recaída. Para isso, faz-se o uso de sessões mais espaçadas, que permitirão ao paciente treinar a assertividade e desenvolver o sentimento pessoal de autonomia (Beck et al., 2005, Barlow & Durand, 2008).

Terapia do Esquema

A Terapia do Esquema de Jeffrey Young é considerada uma expansão da Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional, que amplia o modelo cognitivo da Terapia de Curto Prazo proposto por Beck e colegas. Sua teoria oferece mais ferramentas para o trabalho com padrões de pensamentos e comportamentos inflexíveis, lançando mão de estratégias voltadas para a origem e a mudança de aspectos mal adaptativos (Martin & Young, 2010).

Essa modalidade de tratamento obteve resultados clínicos muito promissores para Transtornos de Personalidade e patologias de Eixo I crônicas, nos quais não se torna possível adequarem-se aos protocolos de tratamento a curto prazo da Terapia Cognitiva. Nos pacientes com perfil caracterológico, precisa haver uma maior ênfase na utilização de dados da história passada, uma vez que o processo de evolução da doença se instala no início de vida do indivíduo; o tempo de duração do tratamento é maior, de um a três anos; e a relação terapêutica é mais utilizada como instrumento de trabalho, visto que esses pacientes têm muitas dificuldades nas relações interpessoais. Em função disso, a aliança terapêutica torna-se uma importante ferramenta de trabalho, ou seja, a maneira como o paciente se relaciona com o terapeuta reflete a forma como ele interage com os demais (Cazassa & Oliveira, 2008; Young et al., 2008; Martin & Young, 2010).

Como o próprio nome sugere, trata-se de um método de psicoterapia cuja intervenção mantém-se focada no trabalho com os Esquemas, que são estruturas que compõem o processamento cognitivo da informação e a personalidade (Young et al., 2008). Os Esquemas organizam a percepção baseados nas experiências interpessoais do passado, através das quais os sujeitos resolvem as situações do dia a dia (Teixeira, 2010). Conforme Peres (2008), eles desempenham papel fundamental no desenvolvimento, na manutenção e, inclusive, no tratamento das psicopatologias.

Segundo o modelo de Young et al. (2008), são os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) que, frequentemente, se apresentam relacionados aos transtornos. Os EIDs contemplam um padrão cognitivo e/ou comportamental que opera de modo desadaptativo na vida do sujeito. Uma das formas de identificá-los é utilizando o Questionário de Esquemas de Young. O questionário possui sua versão original com 205 afirmativas e uma reduzida composta de 75 itens. Há, ainda, sua forma mais recente, formada por 90 itens (Silva, Bianchi & Piccoloto, 2011).

No TPP, salienta-se o Esquema de Desconfiança/Abuso, o qual faz parte do Domínio da Desconexão e Rejeição. Pacientes com esse domínio, mormente, descrevem suas famílias de origem como frias e distantes, resultando em uma incapacidade de satisfazer necessidades básicas, como lhe proporcionar estabilidade e cuidado quando criança (Valentini & Alchieri, 2009).

A sensação subjetiva, típica do transtorno, de que os outros são malévolos, manipuladores, ameaçadores, é característica dos Esquemas de Desconfiança/Abuso e de Defectividade/Vergonha, também categorizados por Young et al. As experiências infantis que compõem esses esquemas, sobretudo, estão associadas a situações de abuso em que o sobrevivente depara-se com sentimentos mistos de raiva, vergonha, medo, desamparo e acumulação (Cazassa & Oliveira, 2008, Young et al., 2008; Rocha, 2011).

Além das usuais reestruturações cognitivas e estratégias comportamentais, a Terapia do Esquema emprega técnicas de imagens mentais e vivenciais. Trata-se de intervenções utilizadas em fase avançada do tratamento para ativar esquemas em consultório. Elas podem: identificar o esquema, permitir que o paciente vivencie esse esquema em nível afetivo e ajudá-lo a relacionar emocionalmente as origens de seus esquemas na infância e na adolescência com os problemas atuais (Young et al., 2008).

Os estilos de enfrentamento normalmente utilizados pelo paciente podem ser de *resignação*, quando se rende e confirma o esquema; *evitação*, quando foge, evita ou se esquia de situações ativadoras; e *hipercompensação*, quando adota um comportamento oposto e excessivo ao seu esquema (Boscardin & Kristensen, 2011). O grande desafio do profissional é ir além do EID, ultrapassando a postura defensiva e, por vezes, resistente do sujeito, de modo a auxiliá-lo a expressar sua raiva, demonstrar sua vulnerabilidade, vincular-se, estabelecer segurança emocional e distinguir pessoas “confiáveis o suficiente” das não confiáveis (Young et al., 2008).

Caso a abordagem cognitiva usual esteja travada ou o paciente apresente um grau substancial de severidade, em razão do perfil da própria patologia, o terapeuta poderá optar, em segunda instância, por trabalhar com os *modos* de operação associados ao esquema, permitindo o fortalecimento das partes saudáveis do *self*. Um modo de operação refere-se a um estilo predominante de enfrentamento que se adota perante um esquema, como evitação, supressão das emoções ou até comportamentos saudáveis (Young et al., 2008; Rafaeli, 2009).

Quanto à postura assumida pelo profissional, Young et al. (2008), Martin & Young (2010) e López Pell et al. (2011) destacam que sempre será de confrontação empática, enfatizando a necessidade de mudança e a experiência de Reparação Parental Limitada, a qual será central durante a terapia. Nessa Reparação, que somente será efetiva se for sincera e verdadeira, o terapeuta auxilia o paciente a voltar ao seu modo criança e a aprender a receber dos outros bem como de si mesmo algo do que lhe faltou na infância, assumindo uma atitude de proximidade que vai além da postura terapêutica tradicional, porém ainda dentro dos limites éticos, daí o nome “limitada”.

Trata-se de uma abordagem objetiva, na qual o terapeuta responde às perguntas do paciente de uma forma livre de interpretação e questionamentos, respeitando o tempo e a real capacidade de confiança do sujeito. Isso lhe permitirá compreender que existe um espectro de confiabilidade, que vai além do pensamento “tudo ou nada”, típico da sua doença. Desse modo, Young et al. (2008) optam pela postura sincera do terapeuta, associada ao uso das estratégias cognitivo-comportamentais de tratamento, que preparam o cliente para o trabalho vivencial e o munem de recursos para vincular-se efetivamente, aderindo ao processo terapêutico.

O objetivo final dessa modalidade de terapia é a flexibilização do esquema. Cabe ressaltar que esse processo não se constitui em uma tarefa fácil e breve, pois o paciente precisa aprender a substituir esquemas desadaptativos por comportamentos mais adequados. É importante esclarecer que os esquemas não se modificam completamente, mas acabam sendo ativados com menor frequência, e o paciente consegue experimentar sentimentos menos intensos e relacionamentos interpessoais mais saudáveis (Young et al., 2008; Martin & Young, 2010).

Considerações finais

Sabe-se que pacientes com TP frequentemente apresentam uma história de vida envolvendo diversos traumas como abandono, abuso e negligência (Rafaeli, 2009). Nesse sentido, esse perfil de pacientes não consegue se beneficiar totalmente da Terapia Cognitivo-Comportamental padrão, necessitando de abordagem mais flexíveis, de longo prazo e que também aprofundem experiências passadas.

Com relação à técnica, dentro da Terapia Cognitiva de curto prazo de Beck para transtornos do Eixo I, os pacientes recebem um treinamento breve a respeito de poder identificar seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, os quais podem ser modificados quando desadaptativos. Porém, percebe-se que pacientes com TP possuem maiores dificuldades em detectar os seus pensamentos automáticos e dizer aquilo que estão sentindo (Young, 2007; Rafaeli, 2009).

Outro ponto a se destacar é que a Terapia Cognitiva de curto prazo tem como objetivo o foco em problemas identificados, porém muitas vezes o paciente não consegue perceber ou descrever a problemática especificamente, dificultando a aplicação dessa técnica. Na terapia de curto prazo, os pacientes recebem tarefas para realizar em casa e aprendem estratégias de autocontrole, mas muitos indivíduos com TP não estão dispostos ou não conseguem realizar as tarefas (Young, 2007).

Além disso, na abordagem de curto prazo, os pacientes tem um papel ativo e colaborativo com o terapeuta e a relação terapêutica em si não é um foco maior de problemas. Entretanto, pacientes com TP apresentam dificuldades em um relacionamento de colaboração e, consequentemente, no relacionamento interpessoal. Em função disso, a relação terapêutica torna-se um dos principais focos da terapia (Young, 2007).

Não apenas por características de personalidade, mas também em nível de Esquemas, desconfiança e abuso são elementos que permanecem intimamente relacionados com o TPP. Percebe-se que experiências de violência durante a vida infantil, geralmente, acompanham adultos desconfiados, que veem a si mesmos como vulneráveis ou defectivos.

De fato, várias circunstâncias dificultam a prática clínica em pacientes com comorbidades de Transtornos da Personalidade. Cabe ressaltar, inclusive, que sujeitos com TPP podem mascarar determinados aspectos diagnósticos em virtude dos esquemas de Desconfiança/Abuso e Defectividade/Vergonha.

No TPP, identifica-se, mormente, a presença de estratégias como isolamento social, hipervigilância, supressão de emoções, bem como distorções cognitivas do tipo “tudo ou nada”, generalizações, personalizações, abstrações seletivas e o raciocínio emocional, por exemplo, “sinto medo, portanto os outros estão me ameaçando”.

Com relação ao tratamento do transtorno, constata-se a importância da aliança terapêutica para o seu sucesso. Além disso, é preciso compreender a forma como os portadores dão sentido à informação provinda da realidade, ou seja, como organizam sua percepção.

Salvo raras exceções, como é o caso de López Pell et al. (2011), não existem protocolos para tratar pacientes com Transtornos da Personalidade em Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia do Esquema. No entanto, essas abordagens teóricas oferecem recursos que podem auxiliar os pacientes a obter mudanças importantes nos seus relacionamentos interpessoais.

Devido à escassa literatura sobre o tema, tornam-se necessários mais estudos, de preferência clínicos, que avaliem a presença dos esquemas e das distorções cognitivas e a aplicação da técnica. Embora não existam estudos que descrevam os resultados obtidos em tratamento com esse perfil de pacientes, as abordagens cognitivo-comportamentais são as únicas que oferecem um modelo clínico com técnicas terapêuticas específicas para os Transtornos da Personalidade. Portanto, essa modalidade terapêutica evidencia melhora na sintomatologia do paciente, o que comprova sua eficácia.

Referências Bibliográficas

- Associação Psiquiátrica Americana (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Azevedo, Y., Macedo, G. C. & Louzã Neto, M. R. (2011). Personalidade, transtornos da personalidade e esquizofrenia. In M. R. Louzã Neto & T. A. Cordás. (Orgs). Transtornos da personalidade. (p. 123-136). Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, D. H. & Durand, M. V. (2008). Psicopatologia: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning.
- Barros Neto, T. P. & Lotufo Neto, F. (2006). Transtornos de personalidade em pacientes com fobia social. Rev. Psiqu. Clín. [online], 33 (1) p. 3-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000100001. Acesso em 13 de janeiro de 2012
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. D. (2005). Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. Porto Alegre: Artmed.
- Boscardin, M. K. & Kristensen, C. H. (2011). Esquemas Iniciais Desadaptativos em mulheres com amor patológico. Revista de Psicologia da IMED [online], 3(1) p. 517-526. Disponível em: <http://www.seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/85>. Acesso em 13 de janeiro de 2012
- Cazassa, M. J. & Oliveira, M. S. (2008). Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. Rev. Psiquiatr. Clín. [online], 35 (5) p. 187-195. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000500003. Acessado em 31 de agosto de 2012
- Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto, F. (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. Vínculo [online], 8(2), p. 1-15. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002. Acessado em 07 de maio de 2013
- Freeman, D. & Garety, P. (2006). Helping patients with paranoid and suspicious thoughts: a cognitive-behavioral approach. Adv. Psychiatr. Treat. [online], 12, p. 404-515. Disponível em: <http://apt.rcpsych.org/content/12/6/404.full.pdf+html>. Acessado em 12 de maio de 2012
- Leahy, R. L. (2006). Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed.
- Lima, I. V. M. & Vallada Filho, H. P. (2011). Aspectos genéticos. In Louzã Neto, M. R. & Cordás, T. A. (Orgs.). Transtornos da personalidade. Porto Alegre: Artmed.
- López Pell, A. F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M. & Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). Cien. Psicol. [online], 5 (1) p.83-115. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-40942011000100008&script=sci_arttext.. Acessado em 07 de agosto de 2012
- Martin, R. & Young, J. (2010). Schema therapy. In Dobson, K. S. Handbook of cognitive-behavioral therapies. London: The Guilford Press.
- Martínez-Hernández, Á. & Medeiros-Ferreira, L. (2010). Anatomía de una confusión: error diagnóstico de patología paranoide en víctimas de mobbing. Rev. Psiquiatr. Clín. [online], 37(4) p. 167-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000400005. Acessado em 14 de janeiro de 2012
- Martins, P. F. S. (2010). Personalidade e sua relação com transtornos de ansiedade e de humor: uma análise da produção científica brasileira na abordagem cognitivo-comportamental. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. Disponível em: http://www.webposgrad.propp.ufu.br/ppg/producao_anexos/014_DissertacaoPabloFernandoSouzaMartins.pdf. Acessado em 29 de novembro de 2011
- Oda, A. M. G. R. (2009). Passado e presente na psicopatologia da paranoia. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. [online], 12 (4), p. 159-765. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000400011>. Acessado em 07 de maio de 2013

- Oda, A. M. G. R. (2010). Ordenando a babel psiquiátrica: Juliano Moreira, Afrânio Peixoto e a paranoia na nosografia de Kraepelin (Brasil, 1905). História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online], 17(1), p. 495-514. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000600013>. Acessado em 07 de maio de 2013
- Oliveira, D. S. (2009). Relações entre perfis cognitivos de personalidade e estratégias de coping em adultos. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. Disponível em: http://www.webposgrad.propp.ufu.br/ppg/producao_anexos/014_DissertacaoDienaySouzadeOliveira.pdf. Acessado em 29 de novembro de 2011
- Oliveira, J. M. & Lima, R. P. (2000). O Exame do Estado Mental. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Peluso, M. A. M. & Andrade, L. H. S. G. (2011). Transtornos da personalidade: epidemiologia. In M. R. Louzã Neto & T. A. Cordás (Orgs.). Transtornos da Personalidade. (p. 25-38). Porto Alegre: Artmed.
- Peres, A. J. S. (2008). Esquemas cognitivos e crenças mal-adaptativos da personalidade: elaboração de um instrumento de avaliação. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Pulay, A. J., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, P., Huang, B., Saha, T. D., Smith, S. M., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Hasin, D. S. & Grant, B. F. (2009). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J. Clin. Psychiatry [online], 11(2), p. 53-67. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707116/>. Acesso em 15 de janeiro de 2012
- Rafaeli, E. (2009). Cognitive-behavioral therapies for personality disorders. Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. [online], 46 (4), p. 290-297. Disponível em: http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2009_4_9.pdf. Acessado em 08 de maio de 2013
- Rocha, M. C. O. (2011). Estudo das condutas antissociais e delitivas e esquemas de personalidade numa amostra de presidiários. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, A. C., Bianchi, C. & Piccoloto, N. B. (2011). Questionário de esquemas de Young e diagrama de conceitualização cognitiva: ferramentas diagnósticas. In R. Wainer, N. M. Piccoloto & G. K. Pergher (Orgs.). Novas temáticas em terapia cognitiva. (p. 211-136). Porto Alegre: Sinopsys Editora.
- Silva, R. L. M. & Borges, M. P. P. R. (2010). O impacto psicológico causado por um evento traumático na atividade de controle de tráfego aéreo. R. Conex. SIPAER [online], 2(1) p. 58-96. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/sipaer/index.php/sipaer/article/viewArticle/58>. Acessado em 19 de julho de 2013
- Teixeira, D. C. A. (2010). Esquemas iniciais desadaptativos e ajustamento psicológico em crianças e adolescentes. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2769>. Acessado em 01 de outubro de 2011
- Valentini, F. & Alchieri, J. C. (2009). Modelo clínico de estilos parentais de jeffrey young: revisão da literatura. Contextos Clínic. [online], 2(2), p. 113-123. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822009000200006&script=sci_arttext. Acessado em 26 de dezembro de 2013
- Vasques, F. & Abreu, C. N. (2011). Terapia cognitiva nos transtornos da personalidade. In M. R. Louzã Neto & T. A. Cordás (Orgs.). Transtornos da personalidade. (p. 309-322). Porto Alegre: Artmed.
- Volpi, J. H. (2009). Transtornos psiquiátricos e da personalidade. (Artigo de Especialização). Centro Reichiano, Curitiba. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/intranetcr/especializacao/2009/M1/Aula2/INTRANET/Transtornos%20psiqui%C3%A1tricos%20e%20da%20personalidade.pdf>. Acessado em 14 de janeiro de 2012
- Young, J. E. (2007). Terapia cognitiva para transtornos da personalidade. Porto Alegre: Artmed.

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

<i>Recebido em:</i>	22/11/2012
<i>Enviado para análise em:</i>	14/08/2013
<i>Texto revisado pelos autores em:</i>	30/08/2013
<i>Aprovado em:</i>	04/09/2013
<i>Editor responsável:</i>	Vinicius Renato Thomé Ferreira