

Compreendendo a Perturbação Paranóide de Personalidade – Fatores Etiológicos, Curso e Tratamento

Understanding the Paranoid Personality Disorder – Etiologic Factors, Course and Treatment

Patrícia Rafaela Reis Gouveia¹
Cristiana Isabel Lourenço Fernandes²

PSIQUE – ISSN 1647-2284 – N.º 11 – Janeiro-Dezembro 2015 – pp. 91-111

Recebido em 09/04/2014; aceite em 19/08/2014

Resumo

Este artigo é uma revisão bibliográfica que pretende caracterizar a Perturbação Paranóide de Personalidade, identificar quais os seus fatores etiológicos, o curso da doença e analisar algumas intervenções psicoterapêuticas bem-sucedidas com esta Perturbação de Personalidade. As principais características da Perturbação de Personalidade Paranóide são a desconfiança, a hostilidade, a frieza e a rigidez para com os outros. Quanto à etiologia, os estudos referem que não existe ainda uma causa específica para a perturbação, no entanto, a mesma pode estar relacionada com fatores biológicos e genéticos, e também com fatores sociais e familiares. Segundo os estudos analisados, o curso da perturbação é variável, podendo os sintomas manter-se ao longo do tempo ou reduzir a sua intensidade

1 Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Portugal. E-mail: patricia_rafaela_1@hotmail.com

2 Universidade Autónoma de Lisboa, Lisbona, Portugal. E-mail:cristiana.psyco.92@hotmail.com

com a passagem do mesmo. Os tratamentos podem ser farmacológicos e/ou psicoterapêuticos, existindo vários estudos que comprovam a eficácia de várias abordagens psicoterapêuticas.

Palavras-chave: paranóide, etiologia, intervenção, tratamento, perturbação de personalidade.

Abstract

This article is a literature review that aims to characterize the Paranoid Personality Disorder, identify the etiological factors, disease course and analyze some successful psychotherapeutic interventions with this Personality Disorder. The main features of the Paranoid Personality Disorder are distrust, hostility, coldness and rigidity to others. Referring to its etiology, the studies indicate that there is still no specific cause of the disorder, however it may be related to biological and genetic factors, and also with social and family factors. According to the studies analyzed, the course of the disorder is variable, may the symptoms remain over the time or reduce its intensity with the passage of time itself. Treatments may be of pharmacological and/or of psychotherapeutic nature, studies prove the effectiveness of various psychotherapeutic approaches.

Keywords: paranoid, etiology, intervention, treatment, personality disorder.

A Perturbação Paranóide de Personalidade (PPP) pode ser definida como a não confiança, por parte da pessoa que possui esta perturbação, nos outros indivíduos que a rodeiam. São pessoas que a nível emocional podemos considerar como frias e hostis. Não reagem de forma positiva e coerente às críticas por parte dos outros e, por vezes, não se conseguem adaptar às crenças defendidas pelos outros indivíduos (Edens, Marcus, & Morey, 2009).

Birkeland (2011) afirma que as pessoas com este tipo de perturbação possuem uma extrema sensibilidade, ideias de autorreferência e uma suspeita generalizada de tudo e de todos.

Bernstein e Useda (2007) referem que uma pessoa com a PPP não confia nos outros, por vezes pode ser agressiva para com estes, é bastante autónoma sendo que isso promove um isolamento a nível social, está sempre alerta com as pessoas que a rodeiam pois tem medo de ser traída, é uma pessoa rígida e bastante sensível.

Fagin (2004) declara que este tipo de pessoas são ego sintónicas. A suspeita e acusação constante que o mesmo faz às pessoas com quem tem mais contacto leva ao desgaste da relação existente com as mesmas, como é o caso da família mais chegada e dos colegas de trabalho.

Os indivíduos que possuem esta perturbação apresentam um padrão comportamental inflexível, cognições e sentimentos disfuncionais. Este padrão comportamental disfuncional inicia-se frequentemente na adolescência ou no início da idade adulta (Schmidt & Méa, 2013).

Segundo o mais recente manual de diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013), o diagnóstico desta perturbação é feito exclusivamente com base no critério categorial, não possuindo o critério dimensional. O critério principal consiste no levantamento de suspeitas acerca das outras pessoas, da não confiança nos mesmos e dos pensamentos maléficos acerca das motivações dos outros indivíduos que o rodeiam.

No que se refere ao critério A, este está dividido em 7 critérios: Sem motivos, começam a pensar que as outras pessoas os irão magoar, desiludir ou que se aproveitarão (Critério A1); há uma preocupação constante para tentar perceber se as pessoas que conhecem são realmente leais e se pode confiar nelas, verificando se são ou não bem intencionados para consigo (Critério A2); existe uma tendência nestas pessoas em não revelar detalhes acerca da sua vida a ninguém e receio em aproximar-se dos outros porque têm medo que contem algo sobre a sua vida a alguém ou que usem isso contra si (Critério A3); interpretam mal as outras pessoas, pensam que os outros os estão a ameaçar ou a humilhar em determinadas situações quando tal não acontece (Critério A4); se são alvo de ofensas, afrontas ou inconveniências tendem a não perdoar essa pessoa, pois a sua má vontade

é uma característica desta perturbação (Critério A5); Auto defendem-se de possíveis “ataques” à sua reputação e personalidade por parte das outras pessoas, mesmo que essas não se encontrem a fazer isso, sendo frequente a percepção do sentimento de raiva (Critério A6); referente às relações amorosas, o que por vezes acontece é que existe um ciúme de cariz patológico pois o parceiro desconfia incessantemente do seu companheiro, tentando sempre verificar se existe alguma evidência de traição (Critério A7) (APA, 2013).

Conclui-se assim que nesta perturbação há uma suspeita e desconfiança generalizada das pessoas que as rodeiam. Segundo a APA (2013) a PPP é diagnosticada se a pessoa possuir quatro ou mais dos critérios acima descritos. Excetuam-se os casos que acontecerem durante o desenvolvimento de “Esquizofrenia, Perturbação Bipolar ou Depressiva com características Psicóticas, ou outra perturbação Psicótica, ou (...) efeito fisiológico direto de uma situação neurológica (...) ou outro “estado físico” (APA, 2013, p. 649).

Diagnóstico Diferencial

Podemos diferenciar a Perturbação Paranóide das outras perturbações de personalidade. A Perturbação Paranoide de Personalidade distingue-se da: (a) Perturbação Esquizóide de Personalidade na medida em que a característica mais saliente desta é o isolamento social, contudo os indivíduos com esta perturbação demonstram indiferença ao contacto com os outros, enquanto que a pessoa com PPP revela desconfiança das outras pessoas (Carroll, 2009); (b) da Perturbação Esquizotípica de Personalidade, na medida em que, embora partilhem a desconfiança, a ideação paranóide e o pouco envolvimento com os outros, nesta perturbação, ao contrário da PPP, o discurso, o próprio pensamento e a percepção das suas experiências são fora do comum (APA, 2013; Carroll, 2009); (c) da Perturbação Antissocial de Personalidade na medida em que ambas podem nutrir sentimentos de vingança frequentes, porém, na PPP há um pensamento e intensão mais paranóica e malévola (APA, 2013; Carroll, 2009); (d) da Perturbação Estado-Limite (*Borderline*) de Personalidade uma vez que, embora os indivíduos com essa perturbação quando se sentem stressados possam vir a expe-

rimentar sentimentos de raiva e também ideias paranóides, no entanto, essas características não são persistentes como na PPP (Carroll, 2009); (e) da Perturbação Histriônica de Personalidade uma vez que também têm sentimentos frequentes de raiva, no entanto, não possuem desconfianças a nível global do comportamento das pessoas que os rodeiam como na PPP (APA, 2013); (f) da Perturbação Narcísica de Personalidade em que há uma preocupação maior em vangloriarem-se do que em duvidarem das intenções das pessoas que os rodeiam (típico da PPP). Em momentos de stress podem surgir algumas particularidades comuns à PPP (Young, Klosko, & Weishaar, 2003) (g) da Perturbação Evitante de Personalidade onde também existe desconfiança em relação às pessoas que a rodeiam devido ao receio de ser envergonhada pelos outros ou de a acharem inadequada. Porém, nesta mesma perturbação a pessoa não presencia sentimentos de maldade como acontece na PPP (APA, 2013; Carroll, 2009).

Pode-se observar que existem sintomas comuns entre as Perturbações de Personalidade e a PPP, contudo cada uma delas possui as suas especificidades que as distinguem como ficou exposto acima.

Fatores Etiológicos Conhecidos

No que se refere à etiologia da Perturbação de Personalidade Paranóide, as pesquisas realizadas até então não apontam uma causa específica (Schmidt & Méa, 2013).

Fatores biológicos e genéticos

Existem evidências de que a genética tem influência no surgimento da Perturbação de Personalidade Paranóide. Torgersen e os seus colaboradores (2000) utilizaram dados de entrevistas estruturadas para o DSM-III-TR em que a população estudada foi gémeos noruegueses na idade adulta. O critério utilizado foi o facto de pelo menos um dos gémeos já ter sido internado por perturbação psicológica e apenas foram utilizados gémeos do mesmo género. Através do modelo *best fitting*, estes autores verificaram uma hereditariedade de 28% no que se refere à Perturbação de Personalidade Paranóide. No entanto, este modelo não controlou os efeitos que o ambiente familiar e social poderiam ter. Após considerarem estes aspetos verificaram que a Perturbação de Personalidade Paranóide não apresenta

elevados níveis de hereditariedade, sendo justificado pelos autores pelo facto de esta perturbação ser comum ao local onde foi realizado o estudo, promovendo o surgimento da mesma, sendo que os fatores genéticos tornam-se pouco relevantes. No estudo de Coolidge, Thede, e Jang (2001) em crianças e adolescentes gémeos, o fator hereditário apresentou índices mais altos que o estudo referido anteriormente, 50% dos casos demonstravam ter influência hereditária. Outro estudo com gémeos do Instituto Norueguês de Saúde Pública de Gémeos, sugere através dos dados recolhidos que a hereditariedade assume um fator modesto na Perturbação Paranóide de Personalidade (Kendler et al., 2006).

Apesar destes estudos apresentarem índices de hereditariedade diferentes, todos eles indicam que pode existir uma componente biológica na Perturbação de Personalidade Paranóide (South & DeYoung, 2013).

Ainda relativamente aos fatores biológicos relacionados com a PPP, Raine e os seus colaboradores (2002) realizaram um estudo em que compararam o volume de massa cinzenta em grupos de indivíduos com Perturbações de Personalidade Esquizotípica e Paranóide com outro grupo sem qualquer perturbação. O grupo sem perturbações era constituído por indivíduos sem diagnóstico de esquizofrenia, perturbações psicóticas, perturbações do espectro da esquizofrenia, dependência de álcool ou substâncias. Neste estudo descobriram que o grupo de indivíduos com perturbações de personalidade do grupo A apresentava uma diminuição do volume de massa cinzenta de 12,4% comparando com o grupo sem perturbações. Estes dados sugerem que tanto a Perturbação de Personalidade Paranóide como a Esquizotípica apresentam défices estruturais e funcionais pré-frontais.

Pelos estudos realizados com gémeos acima apresentados é possível identificar alguma participação dos fatores biológicos na etiologia da Perturbação de Personalidade Paranóide, porém, demonstrem níveis de hereditariedade diferentes na etiologia desta perturbação. Os estudos mostram ainda a associação entre as Perturbações de Personalidade do grupo A e uma diminuição do volume de massa cinzenta.

Fatores sociais e familiares

Existem também outros fatores relacionados com a Perturbação de Personalidade Paranóide, como os fatores sociais e familiares. De acordo com Torgersen, Kringlen e Cramer (2001), esta perturbação é mais frequente nos indivíduos com baixa ou com elevada escolaridade, assim como nos que vivem nos centros das cidades. Um outro aspeto mencionado por estes autores é o facto de os indivíduos não terem parceiro. No entanto, este aspeto pode ser uma consequência da perturbação e não a causa.

Para Cameron (1974), o stress vivenciado pela mãe durante a sua gravidez e a própria infância da pessoa, pode gerar uma má adaptação e consequentemente influenciar a sua vida futura. De acordo com Barlow e Durand (2014) os pais têm influência no surgimento da Perturbação de Personalidade Paranóide nos filhos devido à transmissão da extrema cautela com os outros. No entanto, este comportamento pode ser adaptativo e não visto como algo negativo, dependendo do contexto e de questões culturais. Beck, Freeman, Davis e Associates (2006), suportando a mesma hipótese, referem que a maioria dos indivíduos com Perturbação de Personalidade Paranóide teriam crescido em ambientes percebidos como perigosos.

Relativamente à influência do género existem poucos dados, no entanto, o DMS IV (APA, 2000) sugere que seis das perturbações de personalidade (Obsessivo-compulsiva, Antissocial, Paranóide, Narcísica, Esquizóide e Esquizotípica) são mais frequentes nos indivíduos do género masculino. Na versão mais recente do DSM V (APA, 2013) não é feita nenhuma afirmação acerca da prevalência desta perturbação. Porém, no estudo de Torgersen e colaboradores (2001) a PPP manifestou-se mais em mulheres. Este estudo foi efetuado com uma amostra de 2053 indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 65, em que a maioria era do género feminino (62,7%) e com idades acima dos 40 (60,8%).

Segundo Widiger (citado por Jane, Oltmanns, South, & Turkheimer, 2007) existem seis formas em que o preconceito de género pode estar relacionado com as diferenças de prevalência, sendo estas: preconceitos na construção do diagnóstico, limiares de diagnóstico, a amostra em estudo, a aplicação dos critérios de diagnóstico, os instrumentos de avaliação e

os próprios critérios de diagnóstico. Jane e os seus colaboradores (2007) mencionaram ainda pesquisas que vão de encontro com a ideia exposta anteriormente, visto que os clínicos não diagnosticam certas perturbações igualmente nos homens e nas mulheres, como é o caso da Perturbação de Personalidade Histriónica e Anti-social. Lindsay e Widiger (1995) descobriram também que no diagnóstico de Perturbação de Personalidade Paranóide, os instrumentos mais utilizados são tendenciosos, apresentando critérios que são mais identificados nos indivíduos do género masculino. Jane e os seus colaboradores (2007) vão de acordo com a ideia acima descrita, referindo que o género também influência no preenchimento de alguns critérios diagnóstico da perturbação, como é o caso do critério A6. Os indivíduos do género masculino tendem a preencher este critério mais vezes que os do género feminino, facto que poderá ser explicado devido à expressão mais aberta da raiva por parte dos do género masculino.

Consegue-se concluir que os fatores sociais podem estar relacionados com a origem desta perturbação, no entanto, mais uma vez não se podem indicar relações de causa-efeito. Os estudos acima expostos referem que a forma de como a criança apreende o ambiente pode influenciar, nomeadamente, percecionando-o como perigoso, assim como a extrema cautela por parte dos pais.

Curso e Tratamento

No que se refere ao curso da Perturbação de Personalidade Paranóide verifica-se que há uma escassez de estudos longitudinais que identifiquem a estabilidade da perturbação ao longo dos anos (Sadock, Kaplan, & Sadock, 2007). Porém, de acordo com Sadock e os seus colaboradores (2007), alguns indivíduos com Perturbação de Personalidade Paranóide mantêm os sintomas durante toda a vida, apresentando geralmente dificuldade em relacionar-se com os outros, o que se revela bastante problemático no que se refere ao trabalho.

Pelo contrário, outros estudos referem que a frequência e a intensidade dos sintomas das perturbações de personalidade tendem a diminuir ao longo dos anos, não existindo dados estatísticos específicos para a Perturbação de Personalidade Paranóide (Mattia & Zimmerman, 2001). Os dados foram

recolhidos pelo procedimento de teste-reteste e podem estar enviesados, visto que os indivíduos em estudo tendiam a revelar menos problemas e sintomas durante os testes para diminuir o tempo das entrevistas (Oldham, Skodol, & Bender, 2005).

Em alguns casos esta perturbação é precursora de esquizofrenia e noutros há um apaziguamento dos sintomas e uma maior preocupação altruísta à medida que os indivíduos vão amadurecendo (Sadock et al., 2007). Birkeland (2011) constatou que a Perturbação de Personalidade Paranóide não apresenta índices muito elevados de internamento, no entanto quando este acontecia os indivíduos eram maioritariamente do género masculino.

Pode-se observar que existe uma contradição nos estudos no que se refere ao curso da doença pois uns afirmam que os sintomas da mesma permanecem ao longo da vida da pessoa, promovendo algumas dificuldades a nível social, e outros estudos afirmam que os sintomas tendem a atenuar com o passar do tempo.

Tratamento farmacológico

O tratamento por via de fármacos ainda se encontra pouco desenvolvido. Uma das razões plausíveis para isso deve-se ao facto dos indivíduos com Perturbação Paranoide de Personalidade não estarem dispostos a colaborar nos estudos, o que torna difícil encontrar novas formas de tratamento para esta Perturbação de Personalidade. Os estudos demonstram que ainda não há um fármaco específico para esta perturbação, no entanto, pode haver a prescrição de anti-psicóticos, se tivermos em consideração que certas atitudes podem ser incluídas na perturbação delirante (Carroll, 2009; Tyler & Bateman, 2004).

Ao longo do tratamento podem vir a ocorrer mudanças do humor na pessoa. Isto acontece porque o indivíduo percebe que se isolou socialmente devido à sua perturbação, sendo que isso pode levar ao surgimento de depressões ou até mesmo à ocorrência de tentativas de suicídio. Para que tal não aconteça, é necessário complementar o tratamento com fármacos específicos para a depressão (Carroll, 2009).

Um estudo elaborado por Ekselius e Knorrning (1998) revelou que o citalopram e a sertralina, eram úteis na diminuição de alguns traços correspondentes à Perturbação de Personalidade Paranóide. As dosagens usadas neste estudo foram de 20-60 mg por dia de citalopram ou 50-150 mg por dia sertralina.

Psicoterapias

Existem também diversas formas psicoterapêuticas que tentam atenuar os sintomas mais salientes da Perturbação de Personalidade Paranóide.

Um estudo de Chiesa e Fonagy (2003), demonstra que uma terapia psicossocial residencial pode trazer resultados positivos nas Perturbações de Personalidade, incluindo a Perturbação Paranoide de Personalidade. Este tipo de tratamento consiste na junção de uma psicoterapia psicanalítica individual, ou, em pequenos grupos com programas socioterapêuticos, isto é, com encontros diários entre os participantes, encontros entre a comunidade, organização de atividades, entre outras coisas. No estudo participaram 80 pessoas com Perturbações de Personalidade, divididas em dois grupos. Um dos grupos após o término do tratamento psicossocial não tinha qualquer tipo de acompanhamento psicoterapêutico, o outro grupo possuía acompanhamento, nomeadamente sessões de psicoterapia em pequenos grupos, acompanhamento por psiquiatras e enfermeiros e estabeleciam alguns encontros com a comunidade. Observou-se que o grupo que obteve este tipo de acompanhamento no final do tratamento apresentou uma melhor eficácia da terapia psicossocial efetuada comparativamente ao outro grupo, devido ao facto de serem menos readmitidos, sofrerem menos tentativas de suicídio e também houve menos automutilação. Através do estudo os autores concluíram que este tipo de terapia resulta em Perturbações de Personalidade consideradas severas, incluindo a Perturbação Paranoide de Personalidade. Isto deve-se ao facto do tratamento demonstrar uma melhoria por parte dos sintomas que causam angústia na pessoa, a nível global também mostraram uma melhoria e socialmente houve um melhor ajustamento, tendo estes resultados permanecido pelo menos 2 anos após a terapia (Chiesa & Fonagy, 2003).

Segundo Carroll (2009), o tipo de terapia mais usual e eficaz no tratamento desta perturbação é a Psicoterapia Individual e também Terapia do Esquema.

A Terapia do Esquema é uma terapia integrativa pois engloba várias técnicas de diversas áreas da Psicologia, como é o caso da Gestalt, da Psicanálise e do Construtivismo. Contudo é importante frisar que este tipo de terapia deriva da Abordagem Cognitivo-Comportamental (Young et al., 2003). A Terapia do Esquema teve origem porque Young e os seus colaboradores (2003) pensavam que a Psicoterapia Cognitiva-Comportamental apresentava algumas dificuldades no tratamento de pessoas com Perturbações de Personalidade. Para colmatar estas limitações os autores acharam necessário que na terapia houvesse um enfoque nos esquemas cognitivos da pessoa. Devido à preocupação que os seus percursos tivessem em minimizar as dificuldades existentes no tratamento de pessoas com Perturbações de Personalidade, pode-se aferir que este tipo de terapia é bastante indicada neste tipo de perturbações, sendo que por vezes, para melhores resultados, pode ser complementado com outro tipo de abordagens psicoterapêuticas (Young et al., 2003).

Outra abordagem integrativa é a psicoterapia baseada na metacognição descrita por Salvatore, Russo, Russo, Popolo e Dimaggio (2012). Segundo estes autores, esta perspetiva possibilita trabalhar com as várias características desta mesma perturbação. O objetivo primordial desta terapia é compreender o comportamento social adjacente no indivíduo, perceber as suas vivências subjetivas e que haja um progresso a nível da sua metacognição, sendo que tudo isto deve ocorrer de forma progressiva durante a terapia. Os autores comprovaram a eficácia do tratamento num indivíduo com Perturbação Paranoide de Personalidade e também com delírios persecutórios. O estudo incidiu-se nos primeiros oito meses da terapia, sendo que, para além desta, juntou-se uma terapia familiar. A junção destas duas terapias revelou resultados bastante positivos pois o indivíduo melhorou alguns dos sintomas que anteriormente eram mais salientes, houve um fortalecimento de si próprio e o isolamento social também decresceu.

Segundo a abordagem Cognitivo-Comportamental, é mais propício o cliente desenvolver habilidades do que diminuir diretamente os comportamentos problemáticos. Neste caso frases como “não seja tão desconfiado” não são propícias, visto que não remetem para um reforço positivo mas sim para uma inibição comportamental. Devem então ser trabalhadas capacidades como a comunicação interpessoal e a assertividade, sendo que estas vão fornecer evidências contrárias às suspeitas do cliente. Devem ainda ser trabalhadas as interpretações cognitivas, visto que estes tendem a distorcer a realidade para apoiar as suas suspeitas (Bockian, 2006).

Beck e os seus colaboradores elaboraram um modelo psicoterapêutico segundo a abordagem Cognitivo Comportamental que demonstra bons resultados no tratamento da Perturbação Paranoide de Personalidade. Este modelo foi primeiramente criado para pessoas que tivessem depressão, posteriormente os autores elaboraram algumas alterações e passaram a utilizá-lo nas Perturbações de Personalidade (Beck et al., 2006). Neste tipo de terapia há uma maior atenção na relação que é estabelecida entre o terapeuta e o cliente, para além disso, o terapeuta tenta que o cliente comece a aceitar melhor a terapia, desde o início (Beck et al., 2006). A terapia deve começar pelas técnicas comportamentais, visto que as cognitivas exigem autorrevelação e confiança. Numa fase posterior da terapia, testa-se alguns comportamentos da pessoa para que se possa observar diretamente algumas características típicas da Perturbação Paranoide de Personalidade (Beck et al., 2006).

Alguns estudos abordados por Beck e os seus colaboradores (2006) revelam que a Terapia Cognitivo-Comportamental apresenta resultados positivos na Perturbação Paranoide de Personalidade, devido ao facto de haver uma melhor perceção dos outros, há uma compreensão mais real das ações e das intenções que os outros possuem, a forma como a pessoa lida com problemas de cariz interpessoal e de ansiedade também é melhorado e o seu sentido de autoeficácia também progride.

Dentro da abordagem Cognitiva, insere-se a Teoria Dialógica do *self*, sendo este um processo psicoterapêutico com resultados positivos no tratamento da Perturbação Paranoide de Personalidade. Os terapeutas que põem em prática a Teoria Dialógica do *self* têm em atenção a relação

terapêutica que criam com o cliente, sendo que a mesma deve ser de confiança, apesar de no início ser complicado que a pessoa com este tipo de perturbação confie no terapeuta (Dimaggio, Catania, Salvatore, Carcione, & Nicolò, 2006). O processo psicoterapêutico começa com a percepção do que se encontra disfuncional nos padrões de relacionamento do cliente, sendo que a sua postura não deve ser demasiado cautelosa ou hostil para com o cliente. Posteriormente e com intuito de fortalecer a relação terapêutica, deve existir uma partilha de experiências entre o terapeuta e o cliente, para que depois o cliente construa uma nova visão do mundo que o rodeia. Quando existe uma relação forte entre ambos, o terapeuta deve auxiliar o seu cliente a perceber aquilo que se encontra disfuncional em si e, consequentemente, alterar isso e criar novas posições (Dimaggio et al., 2006; Salvatore, Nicolò, & Dimaggio, 2005).

Dimaggio e os seus colaboradores (2006), efetuaram um estudo a uma jovem adulta italiana de 27 anos que efetuou uma psicoterapia com base na Teoria dialógica do *self*. Primeiramente o diálogo da cliente para com o terapeuta possuía algumas características da Perturbação Paranoide de Personalidade, ou seja, era pobre, pouco apropriado, abusador, sádico, demonstrava suspeição, vingança e irritação. Os resultados obtidos nesta participante, a longo prazo, foram positivos, pois fez com que as suas relações sociais progredissem, que os sintomas de depressão e ansiedade demonstrados pela mesma fossem reduzidos e que retomasse alguns objetivos da sua vida que anteriormente tinha deixado para trás. Para além disso o seu diálogo está mais enriquecido e mais adaptável. Salvatore e os seus colaboradores (2005), corroboram os resultados obtidos no estudo anterior, devido ao facto da terapia mostrar resultados positivos a uma jovem adulta de 29 anos com Perturbação Paranoide de Personalidade. As mudanças incidiram-se sobretudo na criação de novas perspetivas diferentes e críticas sobre as relações sociais, melhoras a nível da desconfiança que a mesma possuía para com os outros e uma maior autoeficácia em lidar com problemáticas do dia-a-dia.

A abordagem Familiar Sistémica, segundo o estudo de Carvalho, Faustino, Nascimento e Sales (2008), também apresenta resultados positivos no tratamento de algumas características próprias da Perturbação Paranoide

de Personalidade. O estudo foi elaborado a uma jovem portuguesa de 22 anos com o diagnóstico de Perturbação Paranoide de Personalidade. A mesma realizou uma Terapia Sistémica Familiar individual (por opção própria), conduzida por duas psicólogas com formação nessa mesma abordagem e supervisionada por outra equipa de terapeutas familiares.

Os resultados demonstram que a Terapia Familiar Sistémica foi eficaz no tratamento da pessoa com Perturbação Paranoide de Personalidade, devido ao facto de a mesma, ao longo da terapia, alterar alguns comportamentos típicos da Perturbação, como é o caso da suspeição e de não confiar nos outros que a rodeiam, tornando-se mais funcional, melhorou as suas competências sociais, averiguou algumas soluções e capacidades que a fizessem analisar os seus próprios recursos e diminuir os seus medos excessivos, e também, através do genograma (ferramenta utilizada pelos terapeutas desta abordagem), a participante tomou consciência do apoio que a família lhe prestava, fazendo com que se tornasse menos dependente dos seus amigos e que aumentasse a sua autoestima (Carvalho et al., 2008).

A abordagem Centrada na Pessoa possui alguns pré-requisitos para que se possa estabelecer uma relação com o cliente tais como o olhar incondicional positivo, a validação e a paciência. Segundo Bockian (2006), esta não é das abordagens mais indicadas para esta perturbação devido ao facto desta aproximação do terapeuta poder ser sentida como uma ameaça, sendo mais eficiente uma abordagem metódica no início da terapia.

Existem variadas formas de tratamento desde a farmacologia à psicoterapia que podem ser aplicadas na Perturbação Paranoide de Personalidade. É visível que existe um desenvolvimento precário na área farmacológica sendo que a mesma deve ser mais aprofundada. No que se refere às abordagens psicoterapêuticas, segundo os estudos analisados cada uma das abordagens possui uma grande eficácia no tratamento deste tipo de Perturbação de Personalidade. É importante para o sucesso da terapia que o terapeuta tenha em atenção a forma de ser da própria pessoa, pois as características de suspeição, hostilidade, frieza e de rigidez fazem com que o terapeuta tenha de abolir algumas atitudes que com outras pessoas poderia vir a ter. Uma dessas atitudes, por exemplo, é o encorajamento,

pois pode ser mal-interpretado pela pessoa com Perturbação Paranoide de Personalidade.

Atitudes a ter no tratamento

A pessoa que sofre da Perturbação Paranoide de Personalidade, geralmente não recorre ao tratamento por ela própria, alguém tem de dar este primeiro passo por ela. Pode também acontecer que a pessoa procure algum tipo de tratamento sem ser para a Perturbação Paranoide de Personalidade e, devido a isso, o clínico em questão repare na perturbação que aquela pessoa possui (Carroll, 2009; Rasmussen, 2005). Para além disso, as pessoas com esta de perturbação apresentam muitas dificuldades em empenhar-se no tratamento, a menos que sejam persuadidos pelos amigos ou família, ou que experimentem uma crise (Hayward, 2007). Sentir-se segura e querer fazer o tratamento é algo fulcral para uma boa terapia. Se o indivíduo desconfiar do próprio terapeuta não vai conseguir produzir os resultados esperados e por isso mesmo, todas as informações clínicas devem ser transmitidas à pessoa. Para promover um melhor resultado no tratamento, a pessoa deve perceber o seu próprio controlo da terapia e também da sua vida (Carroll, 2009).

Existem certas observações que devem ser tidas em conta no que se refere ao tratamento desta perturbação. Com a terapia o indivíduo deve aceitar e ter perceção que se encontra vulnerável, a sua autoestima deve ser aumentada, sentir confiança nas pessoas que o rodeiam é um dos objetivos da terapia, e por último mas não menos importante, tentar exteriorizar as suas angústias de forma saudável, ou seja, não deve guardá-las para si ou gerar intimidação nos outros (Carroll, 2009).

Devido à má interpretação de algumas atitudes por parte do portador da Perturbação Paranoide de Personalidade, nomeadamente atitudes de encorajamento e de bondade, os terapeutas que trabalhem com indivíduos com este diagnóstico devem ter em atenção sobre o que exprimem durante o processo terapêutico, pois este tipo de atitudes são contraindicadas (Gabbard, 2005). Todas as atitudes tomadas pelo terapeuta necessitam de ser deliberadas pois as mesmas devem ajudar o cliente a sentir-se seguro

e a querer fazer o tratamento, sendo isso fulcral para uma boa terapêutica (Carroll, 2009; Rasmussen, 2005).

Nesta perturbação, as terapias em grupo e aquelas que envolvem contacto físico devem ser restringidas num primeiro momento visto que o principal sintoma desta perturbação é a desconfiança (Bockian, 2006; Gabbard, 2005). A primeira abordagem deve ser focada numa terapia individual, para que se comecem a estabelecer laços de confiança. Após estabelecidos poderão então ser realizadas sessões de grupo (Bockian, 2006).

Conclusão

Esta é uma perturbação onde a desconfiança, a rigidez, a hostilidade e a frieza são uma constante para com as outras pessoas que rodeiam os indivíduos com PPP (Edens et al., 2009; Schmidt & Méa, 2013). Atualmente só é possível realizar o diagnóstico desta perturbação através da perspetiva categorial possuindo o critério A (que inclui 7 critérios) e o critério B. Caso a pessoa possua quatro destes critérios, diagnostica-se a Perturbação Paranoide de Personalidade (APA, 2013). Esta perturbação não tem possibilidade de diagnóstico na nova abordagem dimensional presente no DSM V (APA, 2013). Pensamos que é importante a Perturbação Paranoide de Personalidade possuir este tipo de critério pois aumenta fidelidade do diagnóstico da perturbação e que por isso devem ser desenvolvidos mais estudos sobre esta perturbação.

Como vimos acima, os estudos indicam que o diagnóstico é influenciado pelo género do indivíduo, tanto através do olhar clínico, que tende a observar mais determinadas perturbações em determinados géneros, como através das respostas aos testes pelos próprios indivíduos, em que se observam enviesamentos de resposta consoante o género em determinados critérios (Jane et al., 2007; Lindsay & Widiger, 1995;).

Os estudos mostram um contributo dos fatores biológicos para a etiologia da Perturbação Paranoide de Personalidade, porém os níveis de hereditariedade identificados são muito variáveis (Coolidge et al., 2001; Kendler et al., 2006). Outros estudos revelam diferenças no que se refere ao volume de massa cinzenta. (Raine et al., 2002). Outro estudo elaborado

por Togersen e os seus colaboradores (2000), verificou que o ambiente e a cultura têm mais influência no diagnóstico da perturbação, desvalorizando a influência genética.

Os fatores sociais também podem influenciar o surgimento desta perturbação, tais como a extrema cautela por parte dos pais (Barlow & Durand, 2014), a percepção de um ambiente perigoso (Cameron, 1974), não sendo estes aspetos considerados uma causa para a Perturbação de Personalidade Paranoide.

Os estudos são contraditórios face ao curso da doença pode não ser estável, ou seja, os sintomas podem permanecer ao longo da vida da pessoa (Sadock et al., 2007) ou diminuírem a sua intensidade com o passar dos anos (Mattia & Zimmerman, 2001).

As características da Perturbação Paranoide de Personalidade devem ser tratadas através das variadas formas existentes de tratamento. Uma dessas formas é o tratamento farmacológico que atualmente se encontra pouco desenvolvido. A grande desvantagem deste tipo de tratamento deve-se ao facto não existir nenhum fármaco específico para o tratamento da Perturbação Paranoide de Personalidade, apenas trata alguns sintomas associados à perturbação, como é o caso dos sintomas depressivos. No entanto este atenuar de sintomas pode promover uma melhor qualidade de vida para as pessoas com esta perturbação, podendo ser considerada uma das vantagens do tratamento medicamentoso (Carroll, 2009; Tyler & Bateman, 2004).

Outra forma de tratamento existente é a psicoterapia, onde existem variadas abordagens que afirmam ter sucesso no tratamento da Perturbação Paranoide de Personalidade. É o caso da psicoterapia em contexto de tratamento psicossocial residencial (Chiesa & Fonagy, 2003), Terapia do Esquema (Carroll, 2009; Young et al., 2003), Psicoterapia com base na Metacognição (Salvatore et al., 2012) e a Psicoterapia Cognitiva de Beck e os seus colaboradores (2004).

A terapêutica Cognitiva criada por Beck e os seus colaboradores (2006) tem a vantagem de ser específica para este tipo de perturbação, devido ao enfoque que a mesma tem na relação terapêutica estabelecida entre o terapeuta e o cliente. Pensamos que este é um aspeto particularmente

importante para os indivíduos com este tipo de perturbação. Sendo a desconfiança uma das características mais salientes na Perturbação Paranoide de Personalidade deve-se tentar que a relação terapêutica estabelecida seja de grande confiança pois só assim é que se consegue realizar um bom trabalho com o cliente. Contudo é importante frisar que ambas as terapias mencionadas anteriormente não devem ser excluídas visto que os resultados dos vários estudos realizados, segundo os autores, revelam eficácia no tratamento da Perturbação Paranoide de Personalidade.

É importante referir que nesta perturbação o tratamento deve ser realizado individualmente, isto é, não são aconselháveis as terapias de grupo, por causa das particularidades que a pessoa com este tipo de perturbação possui (Bockian, 2006; Gabbard, 2005). Devido ao facto da pessoa com Perturbação Paranoide de Personalidade desconfiar dos outros, o terapeuta tem que ter em atenção algumas atitudes suas (como por exemplo o encorajamento e a bondade) pois podem ser interpretadas erroneamente pelo cliente e também é fulcral trabalhar nesta questão de desconfiança da pessoa (Gabbard, 2005).

Futuramente, sugerimos que se aprofunde mais o estudo desta Perturbação de Personalidade pois comprovámos que existem poucos estudos recentes acerca desta temática. Sabemos que é uma perturbação difícil de estudar devido às características que representam para a pessoa com esta Perturbação de Personalidade, no entanto, para um melhor conhecimento do curso da doença e de novas formas eficazes de tratamento é fundamental o estudo aprofundado de casos de Perturbação Paranoide de Personalidade.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. text rev.) Washington, DC: American Psychiatric Association

- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2014). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach* (7th ed.) Stamford: Cengage Learning
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates. (2006). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2nd ed.) New York: Guilford Press.
- Bernstein, D. P., & Useda, J. D. (2007). Paranoid personality disorder. In W. O'Donohue, K. A. Fowler, & S. O. Lilienfeld (Eds.), *Personality Disorders: toward the DSM-V* (41-62). Los Angeles: Sage Publications.
- Birkeland, S. F. (2011). Paranoid Personality Disorder and Socio demography: a 25-year Study of First Admissions to a Danish General Psychiatric Hospital. *Nordic Psychology*, 63(3), 40-49. doi: 10.1027/1901-2276/a000038
- Bockian, N. R. (2006). *Depression in Paranoid Personality Disorder*. Washington: American Psychological Association
- Cameron, N. (1974), Paranoid conditions and paranoia. In S. Arieti & E. Brody (Eds.), *American handbook of psychiatry* (2nd ed). (vol.3, pp.676-693). New York: Basic Books.
- Carroll, A. (2009). Are you looking at me? Understanding and managing paranoid personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 40-48. doi: 10.1192/apt.bp.107.005421
- Carvalho, M. J., Faustino, I., Nascimento A., & Sales, C. M. D. (2008). Understanding Pamina's recovery: An application of the hermeneutic single-case efficacy design. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(3), 166-173. doi: 10.1080/14733140802211002
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2003). Psychosocial treatment for severe personality disorder: 36 -month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 356-362. doi: 10.1192/02-624
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Jang, K. L. (2001). Heritability of personality disorders in childhood: A preliminary investigation. *Journal of Personality Disorders*, 15, 33-40. doi: 10.1521/pedi.15.1.33.18645
- Dimaggio, G., Catania, D., Salvatore, G., Carcione, A., & Nicolò, G. (2006). Psychotherapy of paranoid personality disorder from the perspective of dialogical self theory. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(1), 69-87. doi: 10.1080/09515070600655122

- Edens, J. F., Marcus, D. K., & Morey, L. C. (2009). Paranoid personality has a dimensional latent structure: taxometric analyses of community and clinical samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 545-553. doi: 10.1037/a0016313
- Ekselius, L., & Knorrning, L. (1998). Personality disorder comorbidity with major depression and response to treatment with sertraline or citalopram. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, 205-211. doi: 10.1097/00004850-199809000-00003
- Fagin, L. (2004). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 2: Less-common personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 100-106. doi:10.1192/apt.10.2.100
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (4th ed.) Arlington: American Psychiatric Press.
- Hayward, B.A. (2007). Cluster a personality disorders: considering the 'odd-eccentric' in psychiatric nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 15-21. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00439.x
- Jane, J. S., Oltmanns, T. F., South, S. C., & Turkheimer, E. (2007). Gender bias in diagnostic criteria for personality disorders: an item response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 166-175. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.166
- Kendler, K. S., Czajkowski, N., Tambs, K., Torgersen, S., Aggen, S. H., Neale, M. C., & Reichborn-Kjennerud T. (2006). Dimensional representations of DSM-IV cluster A personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1583-1591. doi: 10.1017/S0033291706008609
- Lindsay, K. A., & Widiger, T.A. (1995). Sex and gender bias in self-report personality disorder inventories: item analyses of the MCMI-II, MMPI and PDQ-R. *Journal of Personality Assessment*, 65(1), 1-20. doi: 10.1207/s15327752jpa6501_1
- Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. In W. J. Livesley (Eds.), *Handbook of Personality Disorders: theory, research and treatment* (pp. 107-123). New York: The Guilford Press.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2005). *Textbook of Personality Disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

- Raine, A., Lencz, T., Yaralian, P., Bihrlé, S., LaCasse, L., Ventura, J., & Colletti, P. (2002). Prefrontal structural and functional deficits in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 28(3), 501-513.
- Rasmussen, P. R. (2005). *Personality-guided cognitive-behavioral therapy*. Washington: American Psychological Association
- Sadock, B. J., Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salvatore, G., Nicolò, G., & Dimaggio, G. (2005). Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 59(3), 247-265
- Salvatore, G., Russo, B., Russo, M., Popolo R., & Dimaggio, G. (2012). Metacognition-oriented therapy for psychosis: The case of a woman with delusional disorder and paranoid personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(4), 314-329. doi: 10.1037/a0029577
- Schmidt, D. R., & Méa, C. P. D. (2013). Transtorno de personalidade paranóide dentro do enfoque cognitivo-comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 5(2), 77-83.
- South, S. C., & DeYoung, N. J. (2013). Behavior genetics of personality disorders: informing classification and conceptualization in dsm-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4, 270-283. doi: 10.1037/a0026255
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416-425. doi: 10.1053/comp.2000.16560
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Tyer, P., & Bateman, A. W. (2004). Drug treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 389-398. doi: 10.1192/apt.10.5.389
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Nova Iorque: Guilford Press.