



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Personalidade e sua relação com transtornos de ansiedade e de humor: Uma análise da produção científica brasileira na abordagem cognitivo-comportamental

PABLO FERNANDO SOUZA MARTINS

UBERLÂNDIA

2010

PABLO FERNANDO SOUZA MARTINS

Personalidade e sua relação com transtornos de ansiedade e de humor: Uma análise da produção científica brasileira na abordagem cognitivo-comportamental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia da Saúde/
Processos Cognitivos

Orientador: Prof. Dr. Ederaldo José Lopes

UBERLÂNDIA

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M386p Martins, Pablo Fernando Souza, 1980-
Personalidade e sua relação com transtornos de ansiedade e de humor : uma análise da produção científica brasileira na abordagem cognitivo-comportamental / Pablo Fernando Souza Martins. – 2010. 124 f. : il.

Orientador: Ederaldo José Lopes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Personalidade - Teses. 2. Ansiedade - Teses. 3. Humor (Psicologia) - Teses. I. Lopes, Ederaldo José. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.923.2

Agradecimentos

Chegar a esta etapa só foi possível com a ajuda, companheirismo e presença de algumas pessoas. Sendo assim, agradeço:

Aos meus pais por representarem o cuidado, o amor, o carinho e por me ensinarem o gosto pelo conhecimento. Sem o apoio deles nada disso seria possível.

Aos meus irmãos Paulo, Laura e Luciene companheiros de caminhada, unidos nas dificuldades e nas vitórias. Agradeço também ao Itemivaldo e Stephania. Por tudo que representam para mim. Muito Obrigado!!

À Nyanne pela ajuda, paciência, companheirismo, dedicação, carinho e amor. Sou extremamente grato.

À todos os familiares pelo apoio constante e por me acolherem no começo da etapa em Uberlândia. Em especial aos meus avós que me abriram a casa e permitiram o começo desta etapa.

Aos colegas da CLIPS, Neuza, Sergue, Léia, Hélvia, Susi, Margarete, Prof. Cláudia Dechichi e Antônio, pelo apoio e incentivo constantes.

Ao grupo de amigos e aos amigos do grupo: Elson, Dudu, Carlos Felipe, Lucas Batista, Lucas Oliveira, Gledson, Duto Santana, Fernando, Ricardo, Vinícius, Rômulo, Wesley

Aos meus estagiários, de 2009 e 2010 que estiveram sempre presentes nesse percurso. Agradeço a todos com muito carinho.

Aos amigos Eduardo Bernardes, Leonardo Lana, Alexandre Montagnero, Cíntia Marques Alves, Chrystiane e Lílian Rodrigues pela contribuição teórica e técnica, mas principalmente pela amizade.

À Prof.a Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes por me apresentar o caminho da clínica.

Ao Programa de Pós Graduação. Em especial à Marineide pelo exemplo de competência e gentileza.

Um agradecimento especial ao meu orientador Prof. Dr. Ederaldo José Lopes, pelos ensinamentos, companheirismo e amizade. Com Ederaldo aprendi o significado mais amplo da palavra mestre. Muito obrigado, mestre. Sem a sua ajuda nada disso seria possível. Sou eternamente grato.

RESUMO

A Personalidade é um dos conceitos mais controversos e intrigantes da Psicologia. Em linhas gerais pode ser entendida como um conjunto de padrões rígidos de sentimentos, pensamentos e comportamentos de cada indivíduo. Partindo de uma revisão na literatura brasileira de psicologia, este trabalho teve o objetivo de descrever como os pesquisadores que utilizam os referenciais cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental têm abordado o tema personalidade em seus trabalhos. Além disso, verificou-se a frequência de publicações sobre transtornos de personalidade a fim de comparar esse dado com a produção bibliográfica sobre os Transtornos de Ansiedade e de Humor; e descrever como o constructo personalidade – e mesmo os transtornos da personalidade – tem sido abordado nos trabalhos sobre os Transtornos de Ansiedade e Humor escolhidos para essa revisão. As bases usadas foram o PePSIC – Periódicos Eletrônicos em Psicologia e SciELO.ORG - Scientific Electronic Library Online, totalizando 53 revistas pesquisadas, incluindo duas revistas específicas de Terapias Cognitivas e Terapia Comportamental e Cognitiva. Dentro de cada revista, realizou-se uma busca sistemática de publicações sobre os temas: Personalidade, Transtornos de Personalidade, Transtorno de Pânico, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão Maior, Transtorno Bipolar e Distímia. Uma pesquisa preliminar resultou em 218 artigos. De uma segunda filtragem obteve-se 81 artigos que foram foco dessa revisão. Foram encontrados trinta e oito artigos de Transtornos de Ansiedade, vinte e cinco de Transtornos de Humor e dezoito sobre Transtornos de Personalidade. Verificou-se que 90% dos artigos sobre Transtornos de Ansiedade não fazem, ou fazem uma discreta referência ao termo personalidade. Esse número sobe para 96% para o grupo de Transtornos de Humor. Ao analisar as revistas específicas de TCC verificou-se que 97% dos artigos sobre Transtornos de Ansiedade e Transtornos de Humor não fazem nenhuma referência ou apenas uma referência discreta ao termo personalidade. Esses resultados apontam o baixo número de pesquisas que abordam a personalidade e seus transtornos. Assim, pode-se inferir que a dificuldade no tratamento dos transtornos do Eixo II tem sido agravada pela falta de conhecimentos produzidos sobre o tema, seja por desinteresse dos pesquisadores seja pelos obstáculos metodológicos.

Palavras-Chaves: Personalidade, Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Humor, Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

Personality is one of the most controversial and intriguing theme in Psychology. In a general way, it could be understood as a set of rigid patters of feelings, thoughts, and behaviors from an individual. The aim of this investigation was describe how Brazilian researches in Psychology that use cognitive, behavioral, and cognitive-behavioral therapy referential have been approaching the subject Personality in their work. We also intended to determine the frequency of publications on Personality Disorders to compare this data with the bibliographical production on Anxiety and Mood Disorders. Moreover, we tried to describe how the Personality construct - and even Personality Disorders construct - has been addressed in the work on the Anxiety and Mood Disorders chosen for this review. The PePSIC – Periódicos Eletrônicos em Psicologia - e SciELO.ORG - Scientific Electronic Library Online - databases were used for research. We investigated 53 journals, including two specific Cognitive Therapies and Behavioral-Cognitive Therapy (TCC) periodicals. Within each journal, we undertook a systematic survey on publications on the themes: Personality, Personality Disorder, Panic Disorder, Social Phobia, Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Generalized Anxiety Disorder, Major Depression, Dysthymia and Bipolar Disorder. A preliminary research has resulted in 218 articles. A second filter has obtained 81 articles in which we the focused on this review. There were found thirty-eight articles on Anxiety Disorders, twenty-five on Mood Disorders and eighteen on Personality Disorders. It was found that 90% of the papers on Anxiety Disorders make no reference to the term Personality or make it in a discrete way. This number rises to 96% to Personality Disorder group. Analyzing the specific journals on TCC we verified that 97% of the articles on Anxiety and Humor disorders do not cite the term Personality or cite but not explore it. This results point to the low rate of studies addressing the Personality and personality disturbs. Then, we can suggest that the difficulty on treating this Axis II disturbs has been worsened by lack of knowledge produced on the subject, either for lack of interest among researchers or because of the methodological obstacles found on this field.

Key-words: Personality, Anxiety Disorders, Humor Disorders, Cognitive-Behavioral Therapy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade	82
Quadro 2 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Esquiva	82
Quadro 3 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Dependente	83
Quadro 4 Critérios para Transtorno da Personalidade passivo-agressiva	84
Quadro 5 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva	84
Quadro 6 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Paranoide	85
Quadro 7 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Anti-social	86
Quadro 8 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Narcisista	87
Quadro 9 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Histriônica	87
Quadro 10 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Esquizoide	88
Quadro 11 Critérios diagnósticos para Transtorno de Pânico Sem Agorafobia	89
Quadro 12 Critérios diagnósticos para Fobia Social	89
Quadro 13 Critérios diagnósticos para Transtorno Obsessivo-compulsivo	91
Quadro 14 Critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Generalizada	92
Quadro 15 Critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior	93
Quadro 16 Critérios diagnósticos para Transtorno Distímico	94
Quadro 17 Critérios diagnósticos para Transtorno Bipolar I e II	95

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Citação de Personalidade no grupo dos Transtornos de Ansiedade	60
Figura 02: Como os artigos sobre Transtornos de Humor citam Personalidade	66
Figura 03: Distribuição dos artigos sobre T. Ansiedade nas revistas específicas (TC e TCC)	70
Figura 04: Distribuição dos artigos sobre T. de Humor nas revistas específicas (TC e TCC)	70
Figura 05: Porcentagem de citações à Personalidade na soma de todos os artigos das revistas de TC e TCC	71
Figura 06: Porcentagem de Citações ao termo Personalidade em todos os artigos pesquisados	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Todos os artigos divididos em três categorias de transtornos	52
Tabela 02: Número de artigos para cada Transtorno de Personalidade	53
Tabela 03: Artigos sobre Transtornos de Humor e Ansiedade	59
Tabela 04: Porcentagem dos artigos de T. Ansiedade que citam ou não Personalidade	63
Tabela 05: Relação de todos os artigos encontrados nas Revistas de TC e TCC.	68
Tabela 06: Artigos sobre T. Ansiedade e T. Humor na Revista de TC.	69
Tabela 07: Artigos sobre T. Ansiedade e T. Humor na Revista de TCC	69

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	12
1. Personalidade	12
1.1 As Abordagens Comportamental e Cognitiva da Personalidade	13
<i>1.1.1) Abordagem Comportamental</i>	13
<i>1.1.2) Abordagem Cognitiva do Processamento de Informações</i>	15
<i>1.1.3) Teoria de Personalidade de Aaron Beck</i>	16
1.2) As Psicoterapias Cognitiva, Comportamental e Cognitivo-Comportamental	18
<i>1.2.1) A Terapia Cognitiva</i>	19
<i>1.2.2) A Terapia Comportamental</i>	20
<i>1.2.3) Terapia Cognitivo-Comportamental</i>	21
1.3. A Abordagem Cognitiva dos Transtornos de Personalidade	22
1.4 Os Transtornos de Personalidade e as Síndromes Sintomáticas	23
<i>1.4.1) Transtorno da Personalidade Esquiva</i>	25
<i>1.4.2) Transtorno da Personalidade Dependente</i>	26
<i>1.4.3) Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva</i>	26
<i>1.4.4) Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva</i>	27
<i>1.4.5) Transtorno da Personalidade Paranóide</i>	28
<i>1.4.6) Transtorno da Personalidade Anti-Social</i>	28
<i>1.4.7) Transtorno da Personalidade Narcisista</i>	29
<i>1.4.8) Transtorno da Personalidade Histriônica</i>	29
<i>1.4.9) Transtorno da Personalidade Esquizóide</i>	30
2. Transtornos de Ansiedade	32
2.1 Transtorno de Pânico Com e Sem Agorafobia	36

2.2 Fobia Social	37
2.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo	38
2.4 Transtorno de Ansiedade Generalizada	40
3. Transtornos de Humor	40
3.1 Transtorno Depressivo Maior	45
3.2 Transtorno Distímico	46
3.3 Transtorno Bipolar	46
II. OBJETIVOS	47
1.1 Objetivos específicos	47
III. JUSTIFICATIVA	48
IV. MÉTODO	49
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
ANEXOS	81
ANEXO A	82
ANEXO B	97
ANEXO C	99
ANEXO D	100

I. INTRODUÇÃO

1. Personalidade

O constructo personalidade é com certeza um dos mais controversos e não menos intrigantes no ramo da psicologia. Embora a palavra seja usada de várias maneiras, a maior parte dos significados de uso popular pode ser compreendida em umas destas duas conceituações: a primeira relaciona-se com habilidades sociais. Nesse caso, a personalidade de um indivíduo poderia ser avaliada pela eficiência em produzir reações positivas em diversas pessoas e em diferentes situações. A segunda conceituação avalia a personalidade pela impressão marcante que o indivíduo causa em outras pessoas, podendo-se então falar em “personalidade agressiva”, “personalidade passiva” e “personalidade tímida” (Hall & Lindzey, 1973 p.20). Em ambas as conceituações existe um movimento de valoração, pois personalidades são identificadas, comumente, em termos de boas ou más (Hall & Lindzey, 1973; Pervin & John, 2004).

Uma definição centralizadora é proposta por Pervin e John (2004). Para este autor “*a personalidade representa aquelas características da pessoa que explicam padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos*” (p.23). Esta é uma definição que permite que nos concentremos em muitos aspectos diferentes da pessoa. Ao mesmo tempo, ela sugere que prestemos atenção a padrões consistentes de comportamento e qualidades internas à pessoa, que explicam essas regularidades – em oposição, por exemplo, a focar qualidades no ambiente que expliquem tais regularidades.

As regularidades de interesse, para este autor, envolvem os pensamentos, sentimentos e comportamentos explícitos (observáveis) das pessoas. De particular interesse é a maneira como esses pensamentos, sentimentos e comportamentos se relacionam entre si para formar o indivíduo único e peculiar. Embora seja escolhida uma definição para personalidade, devem-

se levar em consideração outras definições possíveis úteis para o direcionamento e compreensão do tema.

Uma vez que foram consideradas nesse trabalho as publicações que de alguma maneira estejam sob enfoque das Psicoterapias Comportamental, Cognitiva e Cognitivo-Comportamental, faz-se necessário apresentar brevemente as visões comportamental e cognitiva de personalidade. Adiante, serão apresentadas as diferenças e semelhanças desses três tipos de psicoterapia.

1.1 As Abordagens Comportamental e Cognitiva da Personalidade

1.1.1) Abordagem Comportamental

Considerado o fundador da abordagem denominada Behaviorista, John B. Watson (1878-1958) conduziu seus estudos enfatizando o comportamento observável e excluindo o uso da auto-observação ou introspecção. A proposta de Watson de se utilizar métodos objetivos e o fim da especulação a respeito do que ocorre dentro da pessoa, foi bem recebida no meio científico e ele foi eleito presidente da American Psychological Association para o ano de 1915. (Pervin & John, 2004)

Mas foi com B. F. Skinner (1904 – 1990) que o Behaviorismo ganhou ainda mais notoriedade. Skinner interessou-se pelo comportamento animal e pelo seu controle através da manipulação de recompensas e punições no ambiente. Desenvolvia-se assim o condicionamento operante que é a forma de aprendizagem relacionada com as alterações nas respostas emitidas como uma função de suas conseqüências. (Glassman & Hadad, 2008)

Partindo da definição de condicionamento operante podemos perceber que o termo Personalidade é visto pelos Behavioristas de maneira bem diferente das outras abordagens. Explicações relacionadas a sintomas com causas subjacentes não são necessárias. Segundo

Pervin e John (2004) a patologia comportamental não passaria de um padrão de respostas aprendidas de acordo com os mesmos princípios de comportamento que todos os padrões de respostas.

Os comportamentalistas descartam termos como inconsciente ou mesmo “personalidade doente”. Os indivíduos não estariam doentes, eles apenas não estariam respondendo adequadamente aos estímulos. Indivíduos socialmente inadequados, por exemplo, podem ter tido história de reforçamento deficientes nas quais as habilidades sociais não se desenvolveram. Dessa forma, as pessoas desenvolvem repertórios de comportamentos deficientes e que outras pessoas chamam de “doentes” ou psicopatologias (Pervin & John, 2004).

Fica clara aqui a importância do ambiente e da aquisição ou não de repertório e não de termos como pulsão, conflitos inconscientes ou auto-estima, na explicação de determinados padrões comportamentais dos indivíduos, comumente chamados de personalidade. Sobre esse tema, Skinner (1974/2002) afirma que

“um eu ou uma personalidade é, na melhor das hipóteses, um repertório de comportamento partilhado por um conjunto organizado de contingências. O comportamento que um jovem adquire no seio de sua família compõe um eu; o comportamento que adquire, digamos, no serviço militar compõe outro. Os dois eus podem coexistir na mesma pele sem conflito até as contingências conflitarem o que pode ocorrer, por exemplo, quando amigos da vida militar o visitam em sua casa.”
(p.130).

Para Funder (2001) esta abordagem tem passado por uma evolução ao longo dos anos. A princípio, a intenção era excluir da psicologia tudo aquilo que fosse subjetivo ou inobservável. O comportamento era visto exclusivamente como uma função de contingências de reforçamento impostas pelo ambiente. Mediadores que não podem ser observados, tais

como percepções, memórias, pensamentos e traços, foram banidos da análise. Esta visão não se sustentou ao longo das décadas: os analistas do comportamento negligenciaram importantes fenômenos como a aprendizagem vicária, e os teóricos da “aprendizagem social” ressaltam que, para um ser humano (se não para um rato) é a própria crença sobre potenciais reforçamentos, e não o reforçamento em si, que determina o comportamento (Funder, 2001).

1.1.2) Abordagem Cognitiva do Processamento de Informações

Utilizando um computador como modelo, os psicólogos cognitivos da personalidade estão interessados na maneira como as pessoas processam (codificam, armazenam, recuperam) informações. O interesse na maneira como as pessoas representam o mundo (objetos físicos, situações, pessoas) concentra-se nas categorias que as pessoas desenvolvem e na organização hierárquica dessas categorias. As categorias são definidas por um padrão de características. Um protótipo representa um tipo ideal que melhor exemplifica os conteúdos de uma categoria. (Rosch et al. 1976).

As pessoas definem *scripts* que são relevantes para certas situações ou categorias de situações. Um *script* representa uma série ou padrão de comportamentos considerados apropriados para a situação (Schank & Abelson, 1977). Além disso, são desenvolvidos esquemas de *self* ou generalizações cognitivas a respeito do *self*, que organizam e guiam informações relacionadas com o *self*. Esses esquemas influenciam quais informações consideramos relevantes e o modo como essas informações são organizadas e lembradas. Uma vez desenvolvidos, os esquemas de *self* podem ser difíceis de mudar, devido a uma tendência para informações consistentes com o *self* e devido a uma tendência a evocar evidências que confirmem o *self* de outras pessoas. Ao invés de um *self* único, temos uma família de *selves*, formada na maneira como agimos em várias situações e nossos vários *selves* possíveis. A relação entre o processamento de informações e o afeto e a motivação é

ilustradas pelos conceitos de *selves* possíveis, guias do *self* (padrões que a pessoa deve cumprir), e por pesquisas sobre motivos de autoverificação e auto-aprimoramento (Markus, 1977; Dweck, Chiu, Hong, 1995).

Um ingrediente fundamental do processamento de informações relevante para os eventos são suas explicações causais. Existem, segundo esta abordagem, três dimensões de explicações causais das pessoas: *locus* de causalidade (interna-externa), estabilidade (estável-instável) e capacidade de controle. Ao organizarem informações relevantes com relação às pessoas, os indivíduos desenvolvem uma teoria implícita da personalidade ou consideram que certos traços são associados a outros traços (Weiner, 1996).

Dentre as abordagens existentes, Caspi & Shiner (2005) estabelecem quatro áreas que tiveram um destacável progresso na última década. A primeira refere-se à estrutura da personalidade na infância e na idade adulta, com atenção especial para possíveis mudanças no desenvolvimento através dos traços. A segunda refere-se às pesquisas sobre estudos sobre a personalidade em genética do comportamento. A terceira trata dos estudos longitudinais que tentam especificar em qual estágio da vida do indivíduo há maior probabilidade da ocorrência de mudança. A quarta trata de como traços de personalidade influenciam as relações sociais, status e saúde, bem como os mecanismos pelos quais a personalidade se estrutura. Em todas estas áreas, ainda existem lacunas, o que torna necessário identificar prioridades para pesquisas futuras.

1.1.3) Teoria de Personalidade de Aaron Beck

No âmbito da Terapia Cognitiva busca-se entender a relação do que chamamos de personalidade com a adaptação do indivíduo ao meio. Nesse sentido, o entendimento da personalidade não pode prescindir das teorias sobre herança filogenética. Obviamente, assim como ocorreu com todas as espécies, as estratégias que favoreceram a sobrevivência e a

reprodução foram mantidas pela seleção natural. Tais estratégias, pensando agora na espécie humana, contribuíram para que nós chegássemos até aqui. Que tivéssemos um domínio razoável da natureza, podendo manipulá-la, até certa medida, a nosso favor. O fato é que estratégias que favoreceram a sobrevivência e a reprodução devem estar na base do que chamamos personalidade.

A discussão sobre personalidade dentro da Teoria Cognitiva avança desde estratégias baseadas na evolução, até uma consideração de como o processamento da informação, incluindo processos afetivos, antecede a operação destas estratégias (Beck & Freeman, 1993). Uma vez que a demanda ambiental surja, o indivíduo avalia as necessidades específicas para lidar com tal demanda e automaticamente aciona uma estratégia que pode ou não ser adaptativa ao contexto. Para Beck, Shaw, Rush e Emery (2005) a maneira como é avaliada uma situação depende, pelo menos em parte, das crenças relevantes subjacentes, as quais estão integradas em estruturas mais ou menos estáveis, denominadas “esquemas”, que selecionam e sintetizam informações. A seqüência psicológica progride, pois, da avaliação para a estimulação afetiva e motivacional e, finalmente, para a seleção e implementação da estratégia relevante. A abordagem Cognitiva considera os esquemas como sendo as unidades fundamentais da personalidade. E a define como uma organização relativamente estável, composta de sistemas e moldes. Sistemas de estruturas (esquemas) interconectadas respondem pela seqüência que se estende desde a recepção do estímulo até o ponto final da resposta comportamental.

Segundo Beck et. al (2005) traços de personalidade identificados por adjetivos tais como “dependente”, “isolado”, “arrogante” ou “extrovertido” podem ser conceitualizados como sendo a expressão manifesta dessas estruturas subjacentes. Por sua vez, os padrões comportamentais que atribuímos aos traços (honesto, tímido, comunicativo), representam as

estratégias interpessoais desenvolvidas a partir da interação entre padrões genéticos e o ambiente.

Todos os perfis de personalidade teriam sua raiz na história evolutiva de nossa espécie que, assim como todas as outras, sofreram os efeitos da seleção natural, permanecendo no ambiente os representantes de cada uma delas que fossem mais aptos a se manter vivos e reproduzir. O que chamamos de perfis de personalidade então, são o produto de estratégias mais eficazes que favoreceram a evolução da espécie humana (Beck & Freeman, 1993).

O comportamento dramático que acaba por chamar a atenção na personalidade histriônica, pode ter suas raízes em ritos de exibição em animais não-humanos; o anti-social, no comportamento predatório, e o dependente no comportamento de apego observado em todo o reino animal. (Beck & Freeman, 1993). Todos os outros perfis têm correspondência em comportamentos que foram e muitas vezes ainda são extremamente importantes para a adaptação do indivíduo.

Para Beck et al. (2005) embora os organismos não tenham consciência do objetivo último dessas estratégias biológicas, eles a têm dos estados subjetivos que refletem seu modo de operação: fome, medo, estimulação sexual e recompensas ou punições. Todas elas orientadas para garantir a sobrevivência e a reprodução, ou seja, contribuindo para a adaptação do organismo.

1.2 As Psicoterapias Cognitiva, Comportamental e Cognitivo-Comportamental

Apesar de algumas diferenças, essas abordagens terapêuticas compartilham muitas semelhanças e por esse motivo, esse trabalho usou como critério para a revisão, a seleção de todos os artigos que se enquadrassem nesses três tipos de psicoterapia.

1.2.1) A Terapia Cognitiva

Na Terapia Cognitiva, o elemento central na compreensão dos problemas dos pacientes é a cognição, embora esse tipo de terapia reconheça a interação entre pensamentos, estados de humor, comportamento, reações físicas e ambiente (Greenberger & Padesky, 1999).

Desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960, a terapia cognitiva sustenta a idéia de que são as interpretações – e não os fatos em si – que trazem sofrimento ao indivíduo. Os pensamentos automáticos (P.A) expressam a forma que os eventos são percebidos. Eles têm origem nas crenças centrais, que são crenças nucleares muito arraigadas, precoces, supergeneralizadas e absolutistas em relação a si, aos outros e ao mundo. Desenvolvidas a partir da infância, essas crenças representam uma tentativa de organização dos dados provenientes do mundo interno e externo e são o nível mais profundo do processamento cognitivo (Beck et al. 1997).

Outro grupo de crenças se desenvolve à partir das crenças centrais. São as crenças intermediárias ou condicionais, que incluem também regras e atitudes. As crenças intermediárias são frequentemente expressas na forma de “se...então...” e revelam estratégias compensatórias por meio das quais a pessoa tenta se proteger da manifestação da crença central. As regras são estruturadas de forma ampla, com imperativos do tipo “devo” e “tenho” (Beck et al, 1997).

Ao longo da vida, mesmo com muitas evidências contrárias às crenças disfuncionais, elas continuam operando e causando sofrimento ao indivíduo que, por meio de distorções cognitivas, filtra os dados de realidade, selecionando aqueles que confirmam a crença disfuncional (Beck et al 1997).

O processo psicoterápico na Terapia Cognitiva é indicado para todas as idades, podendo ser realizado individualmente ou em grupo, com indivíduos com diferentes níveis

educacionais, econômicos e culturais e deve incluir: a conceitualização do problema; educação do paciente sobre o modelo cognitivo; relação de colaboração entre paciente e terapeuta; motivação para o tratamento; estabelecimento de metas; intervenções cognitivas e comportamentais e prevenção de recaída. (Beck, 2007)

1.2.2) A Terapia Comportamental

A terapia comportamental abrange os conhecimentos derivados das teorias de aprendizagem. As principais influências teóricas são os estudos sobre comportamento operante. Ao contrário do que muitos pensam, ela não trata apenas dos “sintomas observáveis”, mas entende o comportamento como uma relação entre o sujeito e o seu ambiente. Portanto, o terapeuta comportamental investiga vários aspectos do comportamento (motores, afetivos, cognitivos) e busca estabelecer relações deste comportamento com as condições físicas e sociais em que estes ocorrem. Pode ser aplicada a quase todos os problemas psiquiátricos (Moro & Lachal, 2008).

Ela exige conhecimento teórico e técnico sofisticado e sua elaboração terapêutica segue os preceitos do método científico na análise e mensuração dos problemas do paciente, na adaptação das técnicas e métodos aos seus problemas específicos e na avaliação dos resultados (Skinner, 2002).

O processo terapêutico consiste numa análise funcional (em função de que) do comportamento do cliente. O terapeuta comportamental sabe que o comportamento que o indivíduo emite foi selecionado pelas conseqüências, tem uma função dentro do seu repertório, mesmo quando aparentemente é inadequado. Cabe ao terapeuta descobrir porque (em que contingências) este comportamento se instalou e como ele se mantém. Esta descoberta se faz pela análise funcional que, em clínica, envolve pelo menos 3 momentos da

vida do cliente: sua história passada, seu comportamento atual e sua relação com o terapeuta” (Beck, 2007).

No processo terapêutico, as indagações do terapeuta auxiliam o indivíduo a estabelecer relações funcionais entre seu modo de agir e sentir e as circunstâncias antecedentes e conseqüentes que controlam seu comportamento. Nesse processo, o terapeuta passa a representar o ambiente verbal que fornece as contingências necessárias à auto-observação (Rangé, 2001).

O terapeuta comportamental pode ainda contar com o auxílio de um conjunto de técnicas de modificação de comportamento, cuja eficácia já foi clinicamente comprovada e auxiliam o cliente no seu restabelecimento psicossocial, quando sua interação social foi seriamente comprometida em função de transtornos específicos. A psicoterapia comportamental é amplamente utilizada no tratamento dos transtornos de humor, no tratamento dos transtornos de ansiedade, dos transtornos psicossomáticos e alimentares (Rangé, 2001).

1.2.3) Terapia Cognitivo-Comportamental

As terapias designadas de terapias cognitivo-comportamentais (TCC) denominam-se assim porque constituem uma integração de conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais. Atualmente dispõe-se de uma ampla gama de tratamento de diversos problemas psiquiátricos tais como transtornos de ansiedade, depressão, disfunções sexuais, distúrbios obsessivo-compulsivos e alimentares (Caballo, 2007).

A Terapia Cognitivo-Comportamental centra-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento em que este procura a terapia. Seu objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias. A metodologia utilizada na terapia é de uma cooperação entre o terapeuta e o

paciente de forma que as estratégias para a superação de problemas concretos são planejadas em conjunto (Caballo, 2008).

Segundo Serra (2007) a Terapia cognitivo-comportamental se situa em uma posição intermediária confortável entre as abordagens cognitiva e comportamental, porém com certo grau de liberdade conferido aos seus praticantes. Verificam-se dois grandes grupos. Primeiro, aqueles anteriormente treinados como terapeutas comportamentais, que tendem a manter-se vinculados ao modelo comportamental, apenas adicionando a este princípios e técnicas cognitivos, porém com o objetivo primordial de alcançar mudanças comportamentais. Para esses, a cognição ainda é vista como um comportamento encoberto. Segundo, aqueles treinados como terapeutas cognitivos, e que, adotando um modelo cognitivo, utilizam-se de técnicas comportamentais, porém com a finalidade explícita de obter mudanças cognitivas.

Ressaltadas então as diferenças e semelhanças entre os três tipos de psicoterapia, passa-se agora aos transtornos de personalidade.

1.3 A Abordagem Cognitiva dos Transtornos de Personalidade

Partindo da idéia de que os perfis de personalidade são resultado de estratégias que foram importantes para a adaptação da espécie ao ambiente, resta responder como surgem os transtornos da personalidade. Estratégias que favoreceram a adaptação do indivíduo são também a base para Psicopatologias. Mais precisamente, neste caso, de transtornos da personalidade.

Uma vez que os esquemas, essas estruturas que estariam na base da personalidade de cada um de nós, têm características estruturais como amplitude (estreitos ou amplos), flexibilidade ou rigidez (capacidade de modificação), e densidade (destaque na organização cognitiva) e valência (grau em que são energizados), pode-se afirmar que os esquemas nos transtornos de personalidade, seriam amplos, rígidos, densos e hipervalentes.

Uma vez hipervalentes, os esquemas são facilmente ativados, mesmo que o estímulo seja inócuo. Esses esquemas inibem outros esquemas mais adaptativos ou mais apropriados e introduzem um viés sistemático no processamento da informação (Beck & Davis 2005). Apesar da semelhança entre os esquemas dos transtornos de personalidade e os das síndromes sintomáticas, os primeiros operam sobre o processamento de informação em uma base mais contínua. Um esquema no transtorno de personalidade será ativado quase sempre e será parte do processamento da informação, normal e cotidiano, do indivíduo.

A partir de semelhanças descritivas, os transtornos de personalidade são divididos em três grupos. O grupo A compreende os transtornos da Personalidade Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica. No grupo B estão os transtornos Anti-Social, Borderline, Histriônico e Narcisista. Por fim, o grupo C compreende os transtornos da Personalidade Esquiva, Dependente e Obsessivo-compulsiva (APA, 2002).

Segundo o DSM IV-TR (APA, 2002) o traço de personalidade é um padrão persistente de perceber, relacionar-se com e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo, que se manifesta em vários contextos sociais e pessoais. Esses traços, quando inflexíveis e desadaptativos, causam mal-estar subjetivo e prejuízo funcional significativo, caracterizando assim um transtorno de personalidade.

1.4 Os Transtornos de Personalidade e as Síndromes Sintomáticas

Os pacientes com transtornos de personalidade (TP) estão entre os mais desafiantes para os clínicos. Geralmente esses pacientes causam muitos problemas e têm muitos prejuízos familiares, acadêmicos e profissionais.

Estima-se que de 30 a 50% dos pacientes ambulatoriais apresentam algum transtorno de personalidade. Outros 39% dos pacientes que procuravam uma clínica psiquiátrica privada de forma ambulatorial tinham um TP (Caballo, 2007).

Segundo Johnson (1999) ter um transtorno de personalidade durante a adolescência dobra o risco de padecer de problemas de ansiedade, transtornos de humor, comportamentos autolesivos e transtornos de consumo de substâncias durante os primeiros anos da idade adulta.

De acordo com Caballo (2007) muitos pacientes que são tratados por um transtorno do Eixo I padecem de transtornos de personalidade co-mórbidos. Os transtornos do Eixo II já foram associados também a transtornos alimentares, transtorno de somatização, esquizofrenia, transtornos bipolares, transtornos sexuais, transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos dissociativos.

Ainda segundo Caballo (2008) o transtorno bipolar encontra-se muitas vezes associado ao transtorno borderline e ao transtorno histriônico, enquanto que o depressivo está mais ligado à personalidade esquiva e obsessiva-compulsiva. Entre os indivíduos com transtornos de ansiedade, predominam os transtornos da personalidade esquiva, dependente, obsessivo-compulsiva, esquizotípico e paranóide.

Caballo (2008) afirma ainda que os pacientes com transtorno por abuso de substâncias podem apresentar um TP, mais comumente o transtorno anti-social. E que o TOC e a tricotilomania estão frequentemente associados ao transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

Segundo Caballo (2008) a dor crônica também pode ser associada a transtornos de personalidade, mais especificamente os transtornos do grupo B (Anti-Social, Borderline, Histriônico e Narcisista).

Como se pode observar, os traços e transtornos de personalidade estão frequentemente presentes nas queixas psiquiátricas, causando prejuízos significativos aos pacientes que geralmente ignoram a presença do TP por julgar que suas crenças, emoções e comportamentos rígidos representam apenas a sua “maneira de ser” e não um problema.

Dessa maneira, é importantíssimo que a presença de um TP seja sempre considerada na ocasião de uma avaliação psicológica ou psiquiátrica, para que o tratamento possa se dar da melhor maneira possível.

A seguir, serão apresentados os transtornos de personalidade segundo o DSM-IV-TR, bem como os seguintes transtornos de Ansiedade e Humor: transtorno de Pânico Com e Sem Agorafobia, Fobia Social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade Generalizada, transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno bipolar. Em seguida, são descritas as principais características de cada desses transtornos dentro da abordagem Cognitiva e Cognitivo-comportamental.

Os quadros dos critérios para diagnóstico (DSM IV TR) dos transtornos supracitados estão no ANEXO A.

1.4.1) Transtorno da Personalidade Esquiva

Pessoas com o transtorno evitativo de personalidade possuem o seguinte conflito: elas querem se aproximar de outras pessoas mas temem ser magoadas, rejeitadas, ou fracassar. Vêm-se como vulneráveis à depreciação e à rejeição, como sendo socialmente incapazes e incompetentes. A visão que têm dos outros é que eles são potencialmente críticos, depreciadores e superiores. Suas principais crenças são: “é terrível ser rejeitado, rebaixado”, “se as pessoas conhecerem meu verdadeiro eu, me rejeitarão”, “não consigo tolerar sentimentos desagradáveis” (Beck & Davis, 2005).

As estratégias compensatórias hiperdesenvolvidas mais utilizadas nesse transtorno são: evitar situações sociais; evitar chamar a atenção sobre si mesmo; evitar revelar-se aos outros; desconfiar dos outros e evitar emoções negativas. As estratégias compensatórias subdesenvolvidas desse transtorno são aproximar-se dos outros; confiar na motivação positiva dos outros; procurar intimidade; pensar sobre situações e problemas perturbadores.

1.4.2) Transtorno da Personalidade Dependente

De acordo com Beck e Freeman (1993), as pessoas com transtorno dependente de personalidade têm uma visão de si como carentes, fracas, indefesas e incompetentes e uma visão idealizada dos outros como provedores, apoiadores e competentes. Suas principais crenças são: “necessito das pessoas para sobreviver, ser feliz”, “necessito de um fluxo contínuo de apoio e de encorajamento”; sua principal estratégia seria cultivar relacionamentos de dependência.

As estratégias compensatórias hiperdesenvolvidas são: confiar nos outros, evitar decisões, evitar resolver problemas com independência, tentar fazer os outros felizes, ser subjugadas por outros, ser tímida e submissa. Por outro lado as estratégias compensatórias subdesenvolvidas envolvem resolver problemas com independência, tomar decisões, manter seu ponto de vista perante os outros.

1.4.3) Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva

As pessoas com esse transtorno apresentam um estilo oposicional. O principal problema é um conflito entre seu desejo de obter benefícios por meio das autoridades e seu desejo de manter a autonomia. Então procuram manter o relacionamento, permanecendo passivos e submissos, mas, à medida que sentem a perda da autonomia, subvertem a autoridade. Possuem uma visão de si como sendo auto-suficientes, vulneráveis ao controle e a interferência; veem os outros como intrusivos, exigentes, interferentes, controladores e dominadores. Suas principais crenças são: “os outros interferem em minha liberdade de ação”, “o controle por outros é intolerável”, “tenho de fazer as coisas a minha maneira” (Beck & Freeman).

De acordo com J. Beck (2007), as estratégias compensatórias tanto hiperdesenvolvidas quanto subdesenvolvidas mais utilizadas nesse transtorno são: Estratégias compensatórias hiperdesenvolvidas: fingir cooperação; evitar afirmações, confronto e recusa direta; resistir ao controle dos outros; resistir a assumir responsabilidades; resistir em atender às expectativas dos outros.

Estratégias compensatórias subdesenvolvidas: cooperar assumir responsabilidades razoáveis para si e para os outros; fazer de maneira direta a solução de problemas interpessoais.

Os atuais critérios diagnósticos desse transtorno mudaram de um conglomerado de comportamentos oposicionais para um constructo de personalidade mais dimensional, a personalidade negativista. Atualmente, o diagnóstico é formalmente categorizado como transtorno da personalidade, sem outra especificação (APA, 2002).

1.4.4) Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva

As palavras de ordem para esse transtorno são “controle e dever”. Os indivíduos com esse transtornos possuem uma visão de si como sendo pessoas responsáveis, confiáveis, obstinadas, competentes; uma visão dos outros como irresponsáveis, negligentes, incompetentes e auto-indulgentes (Beck & Davis 2005). Suas principais crenças são: “eu sei o que é melhor”, “os detalhes são cruciais”, “as pessoas deveriam fazer melhor, tentar com mais afinco”.

Para Caballo (2008), as estratégias compensatórias tanto hiperdesenvolvidas quanto subdesenvolvidas mais utilizadas nesse transtorno são:

Estratégias compensatórias hiperdesenvolvidas: controlar rigidamente a si mesmo e aos outros; criar expectativas exageradas; assumir muita responsabilidade; buscar a perfeição.

Estratégias compensatórias subdesenvolvidas: delegar autoridade; desenvolver expectativas flexíveis, exercitar controle somente quando apropriado; tolerar indecisões; agir espontaneamente e impulsivamente; procurar lazer e atividades agradáveis.

1.4.5) Transtorno da Personalidade Paranóide

A palavra-chave para esse transtorno é a “desconfiança”. Indivíduos paranóides adotam essa postura na maioria, ou em todas as situações (Beck & Freeman, 1993). Eles possuem uma visão de si mesmas como sendo indivíduos corretos, inocentes, nobre e vulnerável; uma visão das outras como pessoas como interferentes, maliciosas, discriminadoras e abusivas. Suas principais crenças são: “os motivos são suspeitos”, “esteja em guarda”, “não confie”.

Para J. Beck (2007), as estratégias compensatórias tanto hiperdesenvolvidas quanto subdesenvolvidas mais utilizadas nesse transtorno são: Estratégias compensatórias hiperdesenvolvidas: ser hipervigilante ao perigo; não confiar em ninguém; supor motivações obscuras; ter expectativas de ser manipulado, enganado e inferiorizado.

Estratégias compensatórias subdesenvolvidas: confiar nos outros; relaxar; cooperar; acreditar em boas intenções.

1.4.6) Transtorno da Personalidade Anti-Social

Este é o transtorno dos chamados sociopatas. De acordo com Beck e Davis (2005) a personalidade antissocial pode assumir variadas formas desde ser conivente, manipular e explorar, até o ataque direto. Suas crenças de auto-imagem são de serem solitários, autônomos e fortes. A visão que possuem dos outros é que eles são vulneráveis e exploráveis. Suas principais crenças são: “tenho direito de infringir as regras”, “os outros devem ser explorados”.

As estratégias compensatórias tanto hiperdesenvolvidas quanto subdesenvolvidas mais utilizadas nesse transtorno são: mentir; manipular ou levar vantagem sobre os outros; ameaçar ou atacar os outros; resistir ao controle dos outros; agir impulsivamente. Por sua vez as estratégias compensatórias subdesenvolvidas são: cooperar com os outros; seguir regras sociais; pensar sobre as consequências (Beck 2007).

1.4.7) Transtorno da Personalidade Narcisista

Eis o transtorno que leva o indivíduo a se considerar especial. Pessoas com essa personalidade possuem uma visão de si como se fossem únicas, merecedoras de regras especiais, superiores; uma visão dos outros como inferiores e admiradores dela. Suas principais crenças são: “visto que sou especial, eu mereço regras especiais”, “eu estou acima das regras”, “eu sou melhor que os outros” (Beck & Davis 2005).

Exigir tratamento especial; ser hipervigilante ao tratamento comum (ou normal); punir os outros quando se sentirem insultados, diminuídos, disfóricos. Criticar, inferiorizar as pessoas, tentar competir e controlá-las; tentar impressionar as pessoas com posses materiais, conquistas e amizades com pessoas de alto nível social são algumas das estratégias compensatórias hiperdesenvolvidas desses indivíduos. Por outro lado, cooperar com os outros para alcançar um objetivo comum; trabalhar assiduamente, passo a passo, para alcançar as metas pessoais; tolerar inconveniências, frustrações, não reconhecimento; satisfazer as expectativas dos outros sem grande benefício para si próprio caracterizam as estratégias compensatórias subdesenvolvidas (Beck 2007).

1.4.8) Transtorno da Personalidade Histriônica

De acordo com Beck e Freeman (1993) a palavra-chave para esse transtorno é a expressividade; a pessoa que o possui incorpora a tendência a se emocionar ou a romancear

todas as situações e tentar impressionar e cativar os outros. Considera-se glamurosa, impressionante e capazes de seduzir os outros. Vêem ainda as outras pessoas como receptivas e admiradoras. Suas principais crenças são: “as pessoas estão aí para me servir ou admirar”, “elas não têm o direito de negar meus justos direitos”, “eu posso seguir meus sentimentos”.

Segundo J. Beck (2007), as estratégias compensatórias tanto hiperdesenvolvidas quanto subdesenvolvidas mais utilizadas nesse transtorno são:

Estratégias compensatórias hiperdesenvolvidas: ser extremamente dramático; vestir, agir e falar de modo sedutor; divertir os outros, buscar elogios.

Estratégias compensatórias subdesenvolvidas: ser quieto, obediente; concordar com os outros; estabelecer padrões razoáveis de comportamento em relação aos outros pacientes; agir dentro dos limites normais.

1.4.9) Transtorno da Personalidade Esquizóide

As pessoas com esse transtorno buscam o isolamento e a autonomia. Apresentam uma visão de si como auto-suficientes e solitárias; e uma visão dos outros como intrusivos. Suas principais crenças: “os outros não são gratificantes”, “relacionamentos são confusos e indesejáveis” (Beck & Freeman, 1993).

De acordo com J. Beck (2007), as estratégias compensatórias tanto hiperdesenvolvidas quanto subdesenvolvidas mais utilizadas nesse transtorno são:

Estratégias compensatórias hiperdesenvolvidas: evitar contato com os outros; evitar intimidade com as pessoas; envolver-se em atividades solitárias.

Estratégias compensatórias subdesenvolvidas: possuir habilidades sociais comuns; confiar nos outros.

Vale lembrar que os transtornos da personalidade esquizotípica e borderline não têm características descritivas bem delimitadas. Muitas características desses dois transtornos estão presentes nas descrições dos outros supracitados. E por essa razão, não serão citados como os demais. O primeiro assemelha-se muito ao transtorno esquizóide nas suas características de evitação de relacionamentos interpessoais, mas tendem também a apresentar sintomas paranóides e psicóticos. Os indivíduos borderline por sua vez, apresentam instabilidade na maioria dos aspectos do funcionamento, incluindo relacionamento, auto-imagem, afeto e comportamento.

2. Transtornos de Ansiedade

Assim como acontece com todos os outros transtornos mentais, os chamados transtornos de ansiedade não têm uma causa única. É preciso considerar em sua etiologia as dimensões biológica, social e psicológica.

A vulnerabilidade genética à ansiedade pode ajudar a explicar parte do desenvolvimento de um transtorno de ansiedade. De acordo com Barlow e Durand (2008) métodos sofisticados de estudos de genética, chamados *caracteres quantitativos* QTL (*quantitative trait loci*) têm permitido aos pesquisadores identificarem pequenos grupos de genes que desempenhariam papel importante na vulnerabilidade à depressão e à ansiedade.

A ansiedade também está associada a circuitos cerebrais e neurotransmissores específicos. Os níveis esgotados de Gaba estão relacionados com a ansiedade elevada. Os sistemas noradrenérgico e serotoninérgico também têm sido associados à ansiedade. (Deakin e Graeff, 1991).

O sistema límbico, que age como mediador entre tronco encefálico e córtex, é a área do cérebro mais associada à ansiedade. O tronco encefálico monitora e percebe as mudanças nas funções corporais e retransmite esses sinais de perigo potencial para processos corticais mais elevados através do sistema límbico. Barlow e Durand (2008), chamou de sistema de inibição comportamental (SIC) o circuito ativado por sinais de acontecimentos inesperados vindo do tronco encefálico, como mudanças no funcionamento corporal que poderiam sinalizar perigo. Os sinais de perigo em resposta à ameaça descem pelo córtex para o sistema septo-hipocampal. O SIC também recebe um grande impulso da amígdala (Barlow & Durand, 2008). Quando o SIC está ativado por sinais que surgem do tronco encefálico ou descem do córtex, nossa tendência é arrepiar, experimentar ansiedade e avaliar apreensivamente a situação para confirmar se o perigo está presente (Barlow & Durand, 2008).

Além da dimensão biológica, variáveis sociais também contribuem para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Acontecimentos estressantes desencadeiam vulnerabilidades psicológicas e biológicas. Problemas no trabalho, dificuldades financeiras, demandas acadêmicas e profissionais, casamento, divórcio, morte de entes queridos são fatores sociais comuns que podem ser estressores potenciais para desencadear um transtorno de ansiedade.

A dimensão psicológica integra às duas primeiras fornecendo assim uma visão mais ampla da etiologia de um transtorno de ansiedade. O modelo Cognitivo da Ansiedade preconiza que as pessoas que sentem uma ansiedade desproporcionalmente maior do que a estimulação que a gerou, têm a crença de estarem em perigo que possa gerar dano físico e/ou social. Obviamente que tal ameaça é exagerada pelo indivíduo, e mesmo que seja inexistente por completo, o sujeito tem uma experiência de ansiedade como se a ameaça fosse real e significativamente grande.

Segundo Salkovskis (2004), os fatores envolvidos na ocorrência de ansiedade mais severa e persistente podem ser divididos em duas categorias: (1) fatores que levam as pessoas a experimentarem níveis de ansiedade relativamente maiores e (2) fatores envolvidos na manutenção de altos níveis de ansiedade.

Na primeira categoria estariam contidos a probabilidade percebida da ameaça, o grau de aversão ao perigo, a capacidade percebida de enfrentamento e os chamados “fatores de resgate” percebidos que incluem uma ajuda externa diante da estimulação aversiva. Esses elementos da categoria podem ser organizados na seguinte fórmula (Salkovskis, 2004):

$$\text{Ansiedade} = \frac{\text{Probabilidade percebida da ameaça} \times \text{Grau de aversão ao perigo}}{\text{Capacidade percebida de enfrentamento} + \text{“Fatores de resgate”}}$$

Por sua vez, os elementos que contribuiriam para a manutenção da ansiedade são:

1. Atenção seletiva. Pessoas que acreditam estar diante de um perigo potencial tendem a se tornar sensíveis à percepção dos estímulos consistentes com o perigo. Desse modo, a pessoa ansiosa que percebe mais sinais de perigo pode, erroneamente, interpreta-los como sinal de que o perigo tornou-se realmente maior (Salkovskis, 2004).

2. Alteração Fisiológica. Uma vez que a ansiedade tem efeitos fisiológicos, as pessoas que se percebem em perigo, podem sentir os efeitos da liberação de substâncias como a adrenalina e relacionar as reações à medida real do perigo, o que caracteriza um erro de interpretação. Isso geraria ainda mais ansiedade, fechando um círculo vicioso que resultaria novamente na percepção aumentada do perigo (Salkovskis, 2004)

3. Mudanças no comportamento. De acordo com Salkovskis (2004) a percepção do perigo aumenta o comportamento de evitação. O comportamento de evitação aumenta a preocupação com a ameaça, constituindo assim mais um círculo vicioso envolvido na manutenção da ansiedade.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM-IV-TR, traz no grupo dos transtornos de ansiedade, os seguintes transtornos:

O **Transtorno de Pânico Sem Agorafobia** é caracterizado por Ataques de Pânico inesperados e recorrentes acerca dos quais o indivíduo se sente persistentemente preocupado.

O **Transtorno de Pânico Com Agorafobia** caracteriza-se por Ataques de Pânico recorrentes e inesperados e Agorafobia.

A **Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico** caracteriza-se pela presença de Agorafobia e sintomas tipo pânico sem uma história de Ataques de Pânico inesperados.

A **Fobia Específica** caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a um objeto ou situação específicos e temidos, freqüentemente levando ao comportamento de esquiva.

A **Fobia Social** caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, freqüentemente levando ao comportamento de esquiva.

O **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** caracteriza-se por obsessões (que causam acentuada ansiedade ou sofrimento) e/ou compulsões (que servem para neutralizar a ansiedade).

O **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** caracteriza-se pela revivência de um evento extremamente traumático, acompanhada por sintomas de excitação aumentada e esquiva de estímulos associados com o trauma.

O **Transtorno de Estresse Agudo** caracteriza-se por sintomas similares àqueles do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, ocorrendo logo após um evento extremamente traumático.

O **Transtorno de Ansiedade Generalizada** caracteriza-se por pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupação excessivas e persistentes.

O **Transtorno de Ansiedade Devido a Uma Condição Médica Geral** caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade considerados como sendo a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

O **Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância** caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade, considerados como sendo a consequência fisiológica direta de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina.

O **Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação** é incluído para a codificação de transtornos com ansiedade proeminente ou esquiva fóbica que não satisfazem os critérios para qualquer um dos transtornos de ansiedade específicos definidos nesta seção (ou sintomas de ansiedade acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias).

Abaixo, seguem-se os quatro transtornos de ansiedade que serão foco de atenção nesse trabalho: Transtorno de Pânico Com e Sem Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno de Ansiedade Generalizada.

2.1 Transtorno de Pânico com e sem Agorafobia

Primeiramente é preciso diferenciar Ataque de Pânico de Transtorno de Pânico. Segundo o DSM IV TR (APA, 2002) o ataque é representado por um período distinto no qual há o início de intensa apreensão, temor ou terror. Estão presentes sintomas como falta de ar, palpitações, dor ou desconforto torácico, sensação de sufocamento e medo de enlouquecer ou perder o controle. O ataque de pânico está presente no transtorno de pânico, porém não é exclusivo deste, podendo aparecer em qualquer outro transtorno de ansiedade e mesmo em transtornos de humor ou relacionados a substâncias.

Ainda segundo o DSM IV, estudos epidemiológicos no mundo inteiro indicam consistentemente que a prevalência do transtorno de pânico durante toda a vida (com ou sem Agorafobia) situa-se entre 1,5 e 3,5%. O transtorno é caracterizado pela presença de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos 1 mês de preocupação persistente acerca de ter um outro Ataque de Pânico, preocupação acerca das possíveis implicações ou conseqüências dos ataques, ou uma alteração comportamental significativa relacionada a eles.

Geralmente manifesta-se no final da adolescência ou início da vida adulta, quando definições e escolhas se processam. Um pequeno número de casos começa na infância, e o início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer. Uma vez que os indivíduos com transtorno de pânico apresentam baixa produtividade e recorrem frequentemente aos serviços de saúde pública, pode-se dizer que é um transtorno associado a um alto custo social.

De acordo com Clark (1986) as interpretações catastróficas de manifestações corporais dariam origem aos ataques. A interpretação de perigo iminente dispararia ou intensificaria as sensações corporais que por sua vez aumentariam as interpretações catastróficas fechando o ciclo vicioso do pânico.

Para Barlow (1988) a vulnerabilidade genética e a aprendizagem de crenças disfuncionais somadas à situações estressoras explicariam o aparecimento de respostas autonômicas inesperadas. Tais repostas passam por um condicionamento interoceptivo sendo associadas a qualquer mudança percebida no funcionamento do organismo. A apreensão crônica e a hipervigilância são produtos da interpretação desses sinais corporais como sendo perigosos. Diante disso, sem repertório adequado para lidar com essa aversiva experiência, o indivíduo engaja-se em evitações.

No entanto, com nem todas as pessoas trazem consigo todos esses fatores citados e encadeados acima, é preciso identificar variáveis de vulnerabilidade psicológica como perfis de personalidade. A tendência a responder às demandas do meio de maneira dependente, passiva ou mesmo histriônica, pode ajudar a avaliar e conceitualizar melhor o caso.

2.2 Fobia Social

O transtorno de ansiedade social, também conhecido como Fobia Social caracteriza-se por um medo marcante de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que a pessoa sente-se exposta a desconhecidos. Teme agir de maneira que lhe seja humilhante e vergonhosa. A esquiva, a antecipação ansiosa e o sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (acadêmico), em atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo (APA, 2002).

Estima-se que 2,4 a 13,3% da população geral sofrem de fobia social em algum momento de suas vidas (Barlow & Durand, 2008). Isso torna a fobia social o transtorno

psicológico mais comum. É mais freqüente em mulheres (1,5:1), apesar de ser mais comum em homens (2:1) na população clínica. Presume-se que os homens tenham maior prejuízo com o transtorno, o que os fazem buscar tratamento com mais freqüência. O transtorno é também mais prevalente em indivíduos com baixo poder aquisitivo e tem início precoce, com 50% dos casos iniciando na adolescência e 50% em torno dos 20 anos de idade (Regier, 1988).

Existem dois subtipos para a fobia social: 1) fobia social circunscrita ou restrita: que é o medo de uma única situação social como assinar cheques, comer ou falar em público; e 2) fobia social generalizada: onde ao contrário da circunscrita o indivíduo teme a maioria das situações sociais.

Também no transtorno de fobia social deve-se considerar a influência da personalidade. O transtorno comórbido mais comum é o transtorno da personalidade esquiva. Herbert (1992) supõe que a personalidade esquiva nada mais é que o ponto extremo da fobia social generalizada tamanha é a sobreposição entre os transtornos. Tran (1995) afirma que os fóbicos sociais com personalidade esquiva têm a mais grave ansiedade social e são os mais propensos a ser depressivos.

2.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Para Barlow e Durand (2008) o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é o mais devastador dos transtornos de ansiedade. Internação e até mesmo psicocirurgia são indicados para alguns pacientes com TOC. Inicia-se em geral na adolescência ou no início da idade adulta, podendo aparecer também na infância. Caracteriza-se por obsessões e compulsões. As obsessões são pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos que invadem a consciência, involuntários ou impróprios, persistentes e recorrentes. Por sua vez, as compulsões

representam pensamentos ou atos repetitivos e estereotipados usados para suprimir as obsessões e oferecer alívio.

As obsessões mais comuns são pensamentos repetidos acerca de contaminação, dúvidas repetidas, necessidade de organizar as coisas em determinada ordem, impulsos agressivos ou horrorizantes e imagens sexuais. Tais obsessões não estão relacionadas a problemas da vida real (APA, 2002).

Como as compulsões objetivam reduzir o sofrimento das obsessões elas estão relacionadas à obsessão específica. Os indivíduos podem lavar as mãos para neutralizar o medo de contaminação. Podem verificar várias vezes uma fechadura para diminuir a aflição de obsessões de terem deixado uma porta aberta. Podem contar até 10, em ordem crescente, 100 vezes a cada pensamento para suprimirem pensamentos blasfemos (APA, 2002).

Um extenso estudo epidemiológico estabeleceu a prevalência do TOC em 2,6% (Barlow & Durand, 2008). Normalmente o início é gradual, mas uma vez estabelecido o transtorno, a maioria dos indivíduos têm um curso crônico de vaivém dos sintomas, com piora deles relacionada ao estresse. Cerca de 15% apresentam deterioração progressiva no funcionamento profissional e social e 5% tem um curso episódico, com sintomas mínimos ou ausentes entre os episódios (APA, 2002).

O TOC pode estar associado com transtorno depressivo maior, outros transtornos de ansiedade (Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada), transtornos da alimentação e por fim, alguns transtornos de personalidade (transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, transtorno da personalidade esquiva e transtorno da personalidade dependente).

2.4 Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

O indivíduo é diagnosticado com transtorno de ansiedade generalizada se estiver experimentando uma ansiedade ou preocupação excessiva, ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses, acerca de diversos eventos ou atividades. Tal preocupação é acompanhada de pelo menos três sintomas de uma lista que inclui inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (APA, 2002).

Embora a preocupação excessiva seja uma marca da modernidade e que cada vez mais indivíduos se queixem de ansiedade, a taxa de prevalência para esse transtorno, segundo o DSM IV, não passa de 5%. No entanto, em clínicas específicas para tratamento de transtornos de ansiedade, 25% tem o TAG como diagnóstico principal.

Os pacientes diagnosticados com TAG frequentemente apresentam história de ansiedade ao longo de toda vida. Grande parte deles nem sabe informar quando os sintomas começaram. Algumas pessoas além de poderem ter herdado a tendência de serem tensas ainda podem ter passado por experiências estressantes anteriores, com as quais foi aprendido que o mundo era perigoso e fora de controle e que não seria possível enfrenta-lo.

O transtorno de ansiedade generalizada co-ocorre com outros transtornos de ansiedade, transtornos de humor e relacionados às substâncias.

3. Transtornos de Humor

Estima-se que 5% da população mundial sofra de depressão maior unipolar. Quadros severos de depressão podem ser profundamente debilitantes. Em casos extremos, os pacientes deixam de comer e de manter cuidados pessoais básicos. Embora alguns indivíduos apresentem um único episódio, é comum a recorrência da patologia. Em torno de 70% dos

pacientes que tiveram um episódio depressivo em algum momento terá outro episódio na vida (Kandel, 2000).

Por outro lado, cerca de 25% dos pacientes com depressão maior apresentam um episódio maníaco como comorbidade. Esses casos são categorizados como transtornos bipolares e afetam homens e mulheres igualmente (Kandel, 2000).

Uma teoria integrada das causas dos transtornos de humor considera a interação de fatores bio-psico-sociais. Evidências apontam a contribuição de fatores genéticos nos transtornos de humor.

Os estudos de Klein et al. (2002) citados por Barlow e Durand (2008) indicam que para familiares de sujeitos com um transtorno de humor, a taxa de ocorrência de um transtorno é duas a três vezes maior que em relação a familiares de pessoas que não possuem esses transtorno. Além disso, estudos com gêmeos sugerem que os transtornos de humor são hereditários (McGuffin et al., 2003). A probabilidade de um gêmeo idêntico apresentar um transtorno de humor é de 66,7% se o primeiro gêmeo desenvolver um transtorno de humor do tipo bipolar, enquanto que um gêmeo fraterno tem a probabilidade de 18,9% de ter a patologia nesse mesmo caso. As taxas se alteram para 45,6% *versus* 20,2% se o primeiro gêmeo tiver um transtorno unipolar. McGuffin et al. (2003) dão suporte à idéia de que as contribuições genéticas da depressão, tanto em casos de transtorno unipolares como em casos de transtornos bipolares, são as mesmas ou semelhantes. Entretanto, a genética da mania é diferente da genética da depressão. Considerando isso, esses autores afirmam que indivíduos com transtorno bipolar são geneticamente suscetíveis à depressão e, de maneira independente, geneticamente suscetíveis também à mania.

Segundo Barlow e Durand (2008) permanecem ainda muitas questões sobre as contribuições dos fatores psíquicos e genéticos para os transtornos de humor. Algumas

evidências sugerem que esses transtornos são familiares e é bastante provável que reflitam uma vulnerabilidade genética subjacente, particularmente nas mulheres.

Alguns pesquisadores, como Caspi & Shiner (2005) começam a apontar um pequeno grupo e genes que conferem essa vulnerabilidade, ao menos para alguns tipos de depressão.

Os transtornos de humor sempre foram o assunto de uma grande parte de estudos neurobiológicos. A maioria das teorias atuais sobre as bases biológicas da depressão e do transtorno bipolar são fundamentadas no conhecimento dos mecanismos de ação das drogas antidepressivas e estabilizadores do humor (Kandel, 2000). Novas constatações e pesquisas tentando desvendar os mecanismos fisiológicos dessas patologias surgem quase que mensalmente e são pontuadas como avanços no meio (Barlow & Durand, 2008). Nessa área, a maioria dos “avanços” mostram-se ilusórios, entretanto, contribuem para a compreensão da enorme complexidade dos mecanismos neurobiológicos dos transtornos de humor.

A primeira grande teoria abordando a etiologia biológica da depressão hipotetizava que a depressão seria resultado de uma deficiência de neurotransmissores monoaminérgicos, mais especificamente de serotonina e noradrenalina (Stahl, 2000). As evidências que corroboravam essa teoria vinham de estudos com drogas que conhecidamente aumentavam ou diminuíaam a disponibilidade de serotonina e noradrenalina disponível na fenda sináptica. Apesar de simplista, essa teoria representa as estratégias atuais nos estudos dos neurotransmissores e da psicopatologia (Barlow & Durand, 2008).

Algumas das dificuldades para as pesquisas se devem à heterogeneidade dos transtornos depressivos e de suas etiologias diversas. Além disso, um obstáculo tem sido a impossibilidade de reproduzir em modelos animais alguns sintomas comuns dos episódios depressivos como o sentimento de culpa e o desejo de cometer suicídio. Não obstante, alguns estudos que combinam técnicas comportamentais, moleculares e eletrofisiológicas. (Krishnan & Nestler, 2008) revelam que alguns aspectos da depressão resultam de mudanças

neuroplástica sem circuitos neurais específicos induzidas por estresse mal-adaptativo. De fato, as pesquisas mais recentes têm relacionado o estresse e a resiliência como fatores importantes na neurobiologia da depressão.

No que diz respeito aos episódios maníacos, há um interesse continuado em desvendar o papel da dopamina. Em estudos conduzidos com administração de drogas agonistas de dopamina, como L-dopa, em pacientes bipolares foi observada a produção de sintomas hipomaníacos (Garlow e Nemeroff, 2003 In: Barlow e Durand, 2008). No entanto, como em outras pesquisas desse campo, é difícil ainda identificar quaisquer relações com segurança.

Dentro da dimensão psicológica, a depressão será abordada neste trabalho sob o escopo da abordagem cognitiva. A compreensão da Depressão segundo o Modelo Cognitivo da Depressão proposto por Beck et al. (1997) postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos (processamento de informações falho).

O conceito de tríade cognitiva está relacionado a três padrões cognitivos maiores que induzem o sujeito a considerar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de uma maneira negativista em uma condição psicopatológica como na depressão (Beck et al., 1997).

Um segundo componente desse modelo cognitivo é o conceito de esquemas, definido como uma forma de organização estrutural do pensamento depressivo. Em outros termos, os esquemas são padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base da regularidade das interpretações de um conjunto específico de situações (Beck et al., 1997). Os esquemas servem, portanto, como um “molde” para transformar as informações do ambiente em cognições.

Constituem assim uma base para extrair, diferenciar e codificar os estímulos com que o indivíduo se depara. Algumas vezes os esquemas permanecem inativos por longos períodos, entretanto, eles podem ser ativados por situações específicas e passam a determinar

diretamente o modo como a pessoa responde ao evento. Em estados depressivos, os indivíduos perdem a precisão no teste de realidade e os conceitos do sujeito sobre o que seriam essas situações disparadoras de esquemas são distorcidos. Eles mantêm suas crenças na validade de seus conceitos negativistas apesar da presença de evidências contraditórias. (Beck & Davis, 2005).

De acordo com Barlow e Durand (2008) a depressão mais diagnosticada em geral e a mais grave é chamada Episódio Depressivo Maior, caracterizado pela ocorrência por ao menos duas semanas de sintomas cognitivos como sentimentos de menos valia e indecisão, além de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo experimenta ainda perturbações nas funções físicas que podem incluir alterações no apetite ou peso, no padrão de sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimento de culpa ou desvalia; dificuldade para pensar ou concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre a morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas (APA, 2002).

O segundo estado fundamental nos transtornos de humor é a mania, relatada como uma condição de alegria, entusiasmo e euforia exagerados (Barlow & Durand, 2008). Os Episódios Maníacos são definidos no DSM-IV TR como um período distinto durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansível ou irritável com duração de pelo menos uma semana ou menos se for necessária internação do sujeito (APA, 2002). Nessas ocasiões os indivíduos tornam-se bastante hiperativos, sentem-se capazes de realizar projetos grandiosos, diminuem a necessidade de horas de sono e podem se envolver em situações autodestrutivas (Barlow & Durand, 2008).

O DSM-IV TR (APA, 2002) define também o Episódio Hipomaníaco, consistindo este em uma versão menos grave de um Episódio Maníaco. É definido como um período distinto durante o qual existe um humor anormal, persistentemente elevado, expansivo ou irritável,

com duração mínima de quatro dias. Não é considerado problemático em si por não causar ao sujeito prejuízos notáveis no funcionamento social e ocupacional. Entretanto, o Episódio Hipomaníaco é importante na definição de diversos transtornos de humor (Barlow & Durand, 2008).

Os transtornos de humor estão divididos segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) em Transtornos Depressivos, Transtornos Bipolares, Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica e Transtorno do Humor Induzido por Substância. Fazem parte do grupo dos Transtornos Depressivos o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Distímico e o Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação. Essas desordens se diferenciam dos Transtornos Bipolares por não serem relacionadas à ocorrência de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. Por sua vez, os Transtornos Bipolares são geralmente acompanhados pela presença (ou histórico) de episódios depressivos maiores e compreendem os subtipos Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II, Transtorno Ciclotímico e Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (APA, 2002).

Para essa revisão, considerou-se dentro dos critérios de busca os transtornos Depressivo Maior, Distímico e Bipolar.

3.1 Transtorno Depressivo Maior

O transtorno depressivo maior é caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados de pelos menos quatro sintomas adicionais de que podem incluir alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimento de culpa ou desvalia; dificuldade para pensar ou concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre a morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas (APA, 2002).

3.2 Transtorno Distímico

O transtorno distímico, por sua vez, tem como característica essencial um humor deprimido na maior parte do tempo durante pelo menos dois anos, acompanhado por outros sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), os transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno da Adaptação com Humor Deprimido ou Transtorno da Adaptação Misto de Ansiedade e Depressão são incluídos na categoria de Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação.

4.3 Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar I é caracterizado pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos – definidos por um período em que são preenchidos tanto os critérios para Episódio Maníaco quanto para Episódio Depressivo Maior num período de no mínimo uma semana -, geralmente acompanhados por Episódios Depressivos Maiores. Já o Transtorno Bipolar II tem como característica um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelos menos um Episódio Hipomaníaco. O Transtorno Ciclotímico é caracterizado por numerosos períodos de sintomas hipomaníacos, que não satisfazem os critérios para um Episódio Maníaco, e de sintomas depressivos, que não satisfazem critérios para um Episódio Depressivo Maior.

II. OBJETIVOS

Este trabalho objetivou, a partir de uma revisão na literatura brasileira de psicologia, descrever como os pesquisadores, que utilizam os referenciais cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental, têm abordado o tema personalidade em seus trabalhos.

1.1 Objetivos Específicos

- Verificar a frequência de publicações sobre transtornos de personalidade na literatura científica brasileira de psicologia.
- Comparar a frequência das publicações sobre transtornos de personalidade com as produções sobre os transtornos de ansiedade e de humor citados nesse trabalho.
- Descrever como o constructo personalidade – e mesmo os transtornos da personalidade – tem sido abordado nos trabalhos sobre os Transtornos de Ansiedade e Humor escolhidos para essa revisão.

III. JUSTIFICATIVA

Como um perfil de personalidade acaba, quase sempre, representando o que a pessoa chama de “jeito de ser” de cada um, a evolução para um transtorno de personalidade pode não ser percebida pela pessoa até que sintomas característicos dos transtornos do Eixo I comecem a aparecer. Ansiedade, insônia, tristeza, diminuição de libido, medos, mudança no apetite são alguns dos sintomas que levam as pessoas a procurarem médicos e psicólogos. Dessa forma, um transtorno de personalidade nunca é a queixa principal do indivíduo. As pessoas que procuram a clínica normalmente irão se queixar de sintomas que elas não atribuem ao famigerado “jeito de ser”.

Certamente que nem todas as queixas dos pacientes em consultórios de psicólogos e psiquiatras são decorrentes de transtornos de personalidade. No entanto, a maneira estereotipada, inflexível e persistente de pensar, sentir e agir no ambiente, tão característica dos transtornos de personalidade, pode estar por trás de muitas síndromes sintomáticas.

Com essa relação tão estreita entre os perfis de personalidade – ou mesmo os transtornos – com as síndromes sintomáticas, faz-se necessário identificar como está aparecendo o tema da personalidade na produção científica brasileira sob o enfoque da abordagem cognitivo-comportamental. Tal descrição contribuiria para uma visão mais globalizada da produção brasileira sobre o assunto e poderia sugerir caminhos para pesquisas posteriores.

A escolha da literatura brasileira se deu por considerar que os temas psicopatologia e psicoterapia estão inexoravelmente ligados ao local, à cultura, aos níveis sócio-econômicos específicos de uma região ou país e são inevitavelmente dependentes dessas variáveis. Dessa forma, não é difícil imaginar que os rumos que a psicoterapia cognitivo-comportamental vem

tomando no Brasil são certamente diferentes de outros lugares, se não na essência, pelo menos na forma.

IV. MÉTODO

A pesquisa do tipo bibliográfica buscou elucidar as questões colocadas nos objetivos. Conforme Lakatos e Marconi (1991), a pesquisa seguiu as seguintes etapas:

- *Localização do material bibliográfico*

As fontes bibliográficas deste trabalho foram cinquenta e três revistas de duas bases do portal de periódicos capes. São eles: **PePSIC** – Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Anexo A) e **SciELO.ORG** - Scientific Electronic Library Online (Anexo B). Dentro dessas bases, interessaram a esta pesquisa os periódicos brasileiros de psicologia. Foram excluídos da busca apenas os periódicos específicos de outras abordagens. Todos os números dos periódicos disponíveis on line foram considerados, sem delimitação de tempo.

Dentro de cada revista, realizou-se uma busca sistemática de publicações sobre os temas: Personalidade, Transtornos de Personalidade, Transtorno de Pânico, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão Maior, Transtorno Bipolar e Distímia. Interessaram para essa pesquisa todos os trabalhos publicados no Brasil de orientação Cognitivo-Comportamental.

Na busca, em cada uma das bases e revista específica, foram usadas as seguintes palavras e termos-chave:

- ❖ **“Personalidade”**
- ❖ **“Transtornos de Personalidade”**

❖ Separadamente, todos os termos que nomeiam os transtornos de personalidade: “Paranóide”, “Esquizóide”, “Esquizotípica(o)”, “Anti-Social”, “Borderline”, “Histriônica(o)”, “Narcisista”, “Esquiva”, “Dependente”, “Obsessivo-Compulsivo(a)” e “Passivo-Agressivo(a)”.

❖ “Transtorno de pânico”, “Fobia Social”, “Ansiedade Social”, “Transtorno Obsessivo-Compulsivo”, “TOC”, “Ansiedade Generalizada”, “Depressão”, “Depressão Maior”, “Transtorno de Humor”, “Bipolar”, “Transtorno Distímico” “Distímia”.

Os termos acima foram cruzados com as seguintes palavras:

❖ “Cognitiva(o)”, “Comportamental”, “Cognitivo(a)-comportamental”, “Comportamental-cognitiva”, “TCC”, “Terapia”, “Psicoterapia”, “Tratamento”, “Intervenção”

- *Compilação e fichamento do material bibliográfico:* reunião sistemática do material encontrado e resumo dos artigos de cada tema específico.

- *Descrição, Análise e discussão:*

Realizou-se a análise de todo o material encontrado e uma descrição detalhada da produção científica brasileira nos campos da psicologia no que tange ao tema da personalidade. Quando possível, foi usado o Teste de Qui-Quadrado para comparar as frequências das publicações.

Seguiu-se uma discussão de como o tema personalidade foi e está sendo abordado pelos pesquisadores no Brasil que trabalham com a TCC, não só no âmbito dos transtornos de personalidade mas também sua relação com os transtornos de humor e ansiedade supracitados. Tal discussão objetivou entre outras coisas, explanar como tem sido tratada a interface entre os transtornos de ansiedade e humor e os transtornos do Eixo II. E por fim, sugerir rumos para pesquisas posteriores.

Para elucidar como os trabalhos sobre Transtornos de Humor e Ansiedade têm abordado o tema da personalidade, foram usadas as categorias descritas abaixo:

- **Não cita a palavra personalidade:** Em nenhum lugar do artigo aparece a palavra Personalidade.
- **Apenas cita sem fazer relações:** Artigos que citam uma ou duas vezes a palavra personalidade, sem estabelecer relação direta com o transtorno do eixo I relatado.
- **Cita como fator a ser considerado:** Diz claramente, pelo menos uma vez, que as características (ou transtorno) de personalidade devem ser consideradas como tendo relação com o transtorno abordado.
- **Cita ressaltando comorbidade:** Estabelece relação de comorbidade do transtorno específico com um transtorno de personalidade.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados resultou num total de 218 artigos. No entanto, uma segunda filtragem foi feita para selecionar de fato aqueles artigos que utilizavam referenciais cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental.

Dessa filtragem foram extraídos 81 artigos, separados em três categorias: A) *Transtornos de Ansiedade*; B) *Transtornos de Humor* e C) *Transtornos de Personalidade*.

Abaixo, é possível verificar, na tabela 1, como ficou a distribuição dos 81 artigos nessas três categorias:

Tabela 1: Todos os artigos divididos em três categorias de transtornos

CATEGORIAS	Número de Artigos
Transtornos de Ansiedade	38 (46,9 %)
Transtornos de Humor	25 (30,9%)
Transtornos de Personalidade	18 (22,2%)
TOTAL	81

Com o apoio do teste do Qui-quadrado de ajustamento, conclui-se que mais artigos são significativamente publicados sobre um tipo de transtorno do que sobre outros ($\chi^2=7,62$, g.l.=2, $p < 0,02$). Artigos tratando dos transtornos de ansiedade são significativamente mais frequentes do que tratando dos transtornos de personalidade ($\chi^2=2,68$ g.l.=1, $p < 0,01$) e pouco mais frequentes do que artigos tratando de transtornos de humor, porém essa diferença não é significativa ($\chi^2= 1,13$, g.l.=1, $p > 0,05$). Artigos tratando de transtornos de humor são mais frequentes sem haver uma diferença significativa e em bem menor grau do que os artigos tratando de transtornos de personalidade ($\chi^2= 7,14$, g.l.=1, $p > 0,05$).

A tabela 1 mostra a predominância dos trabalhos que abordam transtornos de ansiedade e transtornos de humor, em relação aos transtornos da personalidade. É importante lembrar que o DSM-IV-TR especifica doze tipos de transtorno de ansiedade e que este trabalho levou em conta apenas cinco deles (o transtorno de pânico com e sem agorafobia são tomados como dois transtornos distintos) e que no grupo dos transtornos de humor priorizou-se neste trabalho os transtornos depressivo maior, o distímico e o bipolar. Considerando que no grupo dos transtornos de personalidade, todos foram buscados com suas respectivas palavras-chaves, podemos afirmar então que essa discrepância entre o número de publicações sobre transtornos de personalidade e os outros dois grupos de transtornos é ainda maior.

Dos dezoito artigos classificados dentro do grupo transtornos de personalidade, apenas sete fazem referência direta ao transtorno (tabela 2). Desses sete artigos, três contemplam o transtorno anti-social, dois o borderline, um é sobre transtorno dependente e um sobre o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva. A tabela 2 mostra esses números:

Tabela 2: Número de artigos para cada Transtorno de Personalidade

Transtornos de Personalidade	Número de artigos
Paranóide	0
Esquizóide	0
Esquizotípica	0
Anti-Social	3
Borderline	2
Histriônica	0
Narcisista	0
Esquiva	0
Dependente	1
Obsessivo-Compulsiva	1

Passivo-Agressiva	0
TOTAL	7

Sousa (2003) aborda o transtorno de personalidade *borderline* a partir de uma visão analítico-funcional. A autora mostra a relevância da análise funcional para identificar variáveis da história passada, momento atual e principalmente a relação terapêutica para entender e tratar a problemática apresentada pelo cliente. O trabalho relata um estudo de caso de uma cliente com 34 anos de idade, tendo como diagnóstico: agorafobia, bulimia e transtorno de personalidade *borderline*. Durante o processo de intervenção, foi evidenciado que a história de invalidação de sentimentos e opiniões experimentada pela cliente levou a uma falta de senso de 'eu', deixando-a sob controle apenas de eventos públicos. Segundo Sousa (2003), foram trabalhadas técnicas de assertividade, enfrentamento e exposição a situações reais, uma vez que a falta de assertividade a impedia de se comportar de maneira adequada. Dessa forma apresentava episódios bulímicos, pois estes traziam a sensação de alívio. Trabalhou-se também com a técnica de resolução de problemas, para que ela começasse a identificar, diante de uma dada circunstância, qual era o problema e levantar alternativas para lidar com o mesmo, ao invés de comer e vomitar.

Souza e Vandenberghe (2007) exploraram algumas possibilidades de aplicação da FAP (Psicoterapia Analítico-Funcional) como metodologia de supervisão para quatro casos de pacientes diagnosticados como *borderlines*. O procedimento envolveu uma entrevista inicial semi-estruturada com o intuito de levantar como as terapeutas se sentiam em relação aos comportamentos dos clientes, bem como quais estratégias estavam sendo utilizadas para lidar com seus sentimentos. Os autores concluíram que a atenção particular para os padrões interpessoais durante a supervisão pode produzir oportunidades de aprendizagem ao vivo para

terapeutas. O autores sugerem que isto tornará a FAP uma abordagem viável para melhorar a supervisão de clientes borderlines.

Zanin e Valerio (2004) demonstraram o impacto da intervenção cognitivo-comportamental na redução das queixas características do transtorno de personalidade Dependente (TPD). Através de um estudo de caso, com uma jovem de 24 anos que foi submetida a uma série de sessões (num total de 28) onde foram aplicados o Inventário Beck de Depressão e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, e para intervenção, foram utilizadas estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais. Os principais resultados demonstraram redução significativa das queixas características do TPD e sintomas de depressão, e aquisição de repertório comportamental e cognitivo para um melhor funcionamento biopsicossocial.

Abreu e Prada (2004) analisaram a semelhança entre as variáveis operantes nos comportamentos obsessivo-compulsivos tanto do transtorno de ansiedade obsessivo-compulsivo (TOC) quanto do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC). O estudo de caso se fez através dos atendimentos clínicos realizados no período de 27/01/03 a 12/12/03, ao longo de 25 atendimentos. As sessões aconteceram semanalmente nas instalações da clínica-escola da Universidade Federal do Paraná, sendo acompanhadas através do espelho unidirecional por outro integrante da equipe. O esquema analítico-comportamental adotado mostra uma possível semelhança nas variáveis de manutenção dos comportamentos característicos tanto ao TPOC quanto ao TOC. Concluíram que a semelhança fenomenológica ocorre não pelas topografias comportamentais vigentes, mas pela similaridade existente entre as variáveis de controle.(Abreu & Prada, 2004).

Nunes, Nunes e Hutz (2006) compararam o uso de uma entrevista semi-estruturada e duas escalas objetivas (EFE e EFS) de avaliação da personalidade para a identificação de pessoas com sintomas do transtorno da personalidade anti-social. A amostra foi composta por

dois grupos. Do primeiro, participaram 35 estudantes universitários (9 homens e 26 mulheres) com idade média de 21,7 anos e no segundo, 48 clientes de uma clínica para tratamento de adicção ao álcool e outras drogas (43 homens e 5 mulheres), com idade variando entre 17 e 66 anos. Encontraram sensibilidade de 87,8% e especificidade de 90,9%, apontando para a vantagem da associação desses dois instrumentos para o diagnóstico do transtorno anti-social.

Ainda sobre o transtorno anti-social, Costa e Valério (2008) apresentaram apontamentos da literatura a respeito do transtorno de personalidade anti-social e sua relação com o transtorno por uso de substâncias. Segundo esses autores, os dados indicam a coexistência de ambos em parcela significativa da população geral, clínica e penitenciária, entretanto, ainda não demonstram informações conclusivas sobre quais os tipos de associações. Para Costa e Valério (2008), indivíduos com transtorno por uso de substâncias, geralmente são sub-diagnosticados para o transtorno de personalidade anti-social e os tratamentos são realizados isoladamente e não consideram a co-ocorrência destes. Para esses autores, por suas características e campos de abrangência, o modelo baseado na teoria cognitivo-comportamental, que já contribui no tratamento de cada um, isoladamente, poderá ser um recurso relevante na abordagem simultânea de ambos os transtornos.

O último trabalho encontrado que abordava especificamente um transtorno de personalidade, também é sobre a personalidade Anti-social. Filho, Teixeira e Dias (2009) fizeram uma revisão seletiva da literatura da psicopatia enfocando algumas dificuldades relacionadas ao conceito e sua avaliação. Segundo eles, a psicopatia é apresentada como um construto resultante de décadas de pesquisas clínicas e empíricas e cuja possibilidade de avaliação na população geral se justifica por sua natureza dimensional.

Entre os demais artigos classificados como sendo de transtorno de personalidade, quatro deles abordam a questão das crenças e/ou dos esquemas iniciais de Jeffrey Young; dois artigos tratam do trabalho com sonhos dentro da abordagem cognitivo-comportamental; dois

relacionam personalidade com outros problemas de saúde (condições médicas); um estabelece comorbidade com transtorno alimentar e obesidade e um analisa a personalidade de agressores conjugais.

Callegaro (2005) explorou a utilidade da noção de processamento mental inconsciente quando aplicada à Terapia focada no Esquema. A teoria do esquema é sintetizada, examinando-se a neurobiologia subjacente a esta abordagem e sua aproximação com as neurociências cognitivas. Duarte, Nunes e Kristensen (2008) conduziram uma revisão sobre o tema dos Esquemas Desadaptativos e constataram a imprecisão conceitual no uso dos termos esquemas e crenças, bem como grande variação nos termos empregados para qualificar estes conceitos.

Ainda sobre os esquemas, Scribel, Sana e Benedetto (2007) apresentam uma contribuição para o entendimento da conjugalidade, abordando a relação amorosa sob a perspectiva da Teoria dos Esquemas de Young, e focando o papel dos esquemas precoces tanto na escolha do parceiro quanto na construção do vínculo amoroso. E por último Matta, Bizarro e Reppold (2009) avaliaram a satisfação de vida e o ajustamento psicológico de universitários a partir de crenças irracionais.

Shinohara (2006) trata da questão dos sonhos para a abordagem cognitivo-comportamental, baseada em pesquisas que sugerem que o conteúdo de alguns sonhos pode ter relação com a personalidade do sonhador, podendo então considerar alguns sonhos como rico material terapêutico, onde padrões cognitivos e afetivos são expressos e esquemas podem estar exercendo sua máxima influência. Sobre este tema Vandenberghe e Pitanga (2007) argumentam que temas dos sonhos de um paciente são pertinentes para entender seus padrões comportamentais observáveis quando acordado.

Thomas e Alchieri (2005) avaliaram qualidade de vida, depressão e personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise, concluindo que é possível caracterizar diferentes níveis

de aderência e suas correspondentes tipicidades, auxiliando enquanto medida dos indicadores de adesão ao tratamento. Por sua vez, Peres e Santos (2006) conduziram uma revisão sobre a relação entre personalidade dos pacientes e a sobrevivência após transplante de medula óssea.

Tomaz e Zanini (2009) analisaram a importância da personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade sugerindo que “(...) *demandas pessoais, como fatores da personalidade, podem influenciar a forma como as pessoas reagem a situações difíceis...*”.

Cortez, Padovani e Williams (2005) relatam experiência com terapia cognitivo-comportamental de grupo para agressores conjugais e apontam para a importância da personalidade.

Como já mencionado, observamos que o número de publicações sobre transtornos de personalidade ainda é menor se comparado ao número de trabalhos sobre transtornos de humor e ansiedade. Artigos tratando do transtorno de ansiedade são significativamente mais frequentes do que tratando de transtorno de personalidade e pouco mais frequentes do que artigos tratando de transtornos de humor, diferença não significativa. Apenas sete trabalhos tratavam especificamente de um transtorno de personalidade, dentre os quais, cinco (três anti-social e dois borderline) foram sobre transtornos que não são tão comuns em tratamento ambulatorial.

Apenas um trabalho abordou a Personalidade Obsessivo-Compulsiva e outro a Personalidade Dependente, esses sim, transtornos (ou pelo menos, traço) mais comuns em consultórios psicológicos. O transtorno de personalidade evitativo ou esquiva e da personalidade histriônica, também comuns nos consultórios, não apareceram em nenhum trabalho.

Outro objetivo deste trabalho foi verificar como o constructo personalidade foi abordado dentro dos trabalhos sobre transtornos de humor e transtornos de ansiedade.

Separando os artigos sobre esses transtornos nas categorias supracitadas – 1) Não cita a palavra personalidade; 2) Apenas cita sem fazer relações; 3) Cita como fator a ser considerado e 4) Cita ressaltando comorbidade – obteve-se o seguinte panorama (tabela 3):

Tabela 3: Artigos sobre Transtornos de Humor e Ansiedade

CATEGORIAS	T. ANSIEDADE	T. HUMOR
1) Não cita a palavra personalidade	21	20
2) Apenas cita sem fazer relações	13	4
3) Cita como fator a ser considerado	2	1
4) Cita ressaltando comorbidade	2	0
TOTAL	38	25

O número de observações não permite uma análise dos dados usando as quatro categorias (**1, 2, 3 e 4**). Optou-se assim pela utilização de duas modalidades apenas: 1) Não cita a palavra personalidade (categoria **1**) e 2) Cita a palavra personalidade (categoria **2, 3 e 4**). Com o apoio do teste do Qui-quadrado de independência, com a correção de Yates, conclui-se que a citação da palavra personalidade não depende significativamente do tipo de transtorno tratado no artigo ($\chi^2= 3,04$, g.l.=1, $p > 0.05$). A tendência é que o termo personalidade apareça mais nos artigos tratando de transtornos de ansiedade do que nos artigos tratando de transtornos de humor.

A figura 2, mostra como ficou a distribuição de artigos de transtornos de ansiedade no quesito referência à personalidade:

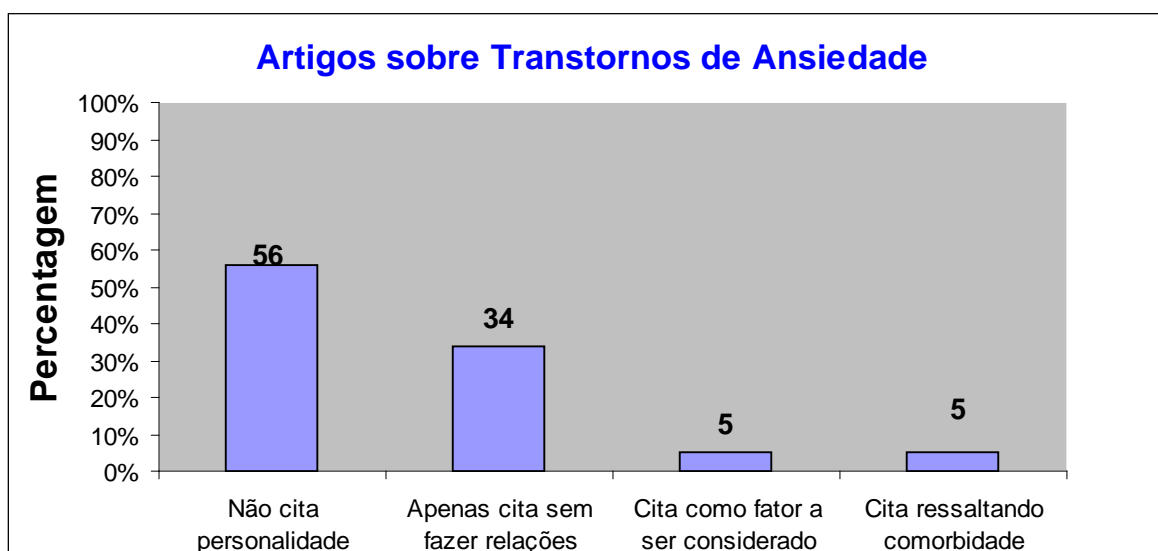


Figura 1: Citação de Personalidade no grupo dos Transtornos de Ansiedade

A figura 02, percebe-se que nos artigos pesquisados sobre ansiedade, poucas referências foram feitas à questão da personalidade. Mais da metade dos artigos não faz referência ao termo. Aqueles que citam personalidade sem fazer relações diretas com o transtorno – normalmente aparece a palavra personalidade apenas uma vez ao longo do texto – também apareceram em grande número, totalizando 34% dos artigos. Se somarmos os dois grupos temos um total de 90% dos artigos que, ou não fazem, ou fazem uma discreta referência ao termo personalidade.

Em apenas dois artigos, 5% do total, foi encontrada a relação do transtorno de ansiedade com um transtorno do Eixo II do DSM IV-TR (APA, 2002). O mesmo número de artigos nos quais o constructo personalidade apareceu como hipótese de influência, sendo considerado como importante para a compreensão do tema abordado no trabalho.

Segundo o DSM- IV-TR (APA, 2002), pelo menos cinco transtornos de personalidade podem apresentar com frequência comorbidade com transtornos de ansiedade. Indivíduos com transtorno paranóide da personalidade podem estar em risco aumentado para desenvolverem agorafobia e transtorno obsessivo-compulsivo. Pacientes diagnosticados com o transtorno de personalidade esquiva têm grande chance de apresentarem um transtorno de ansiedade, sendo o mais comum a fobia social. O transtorno dependente da personalidade

também deixa os indivíduos vulneráveis à um transtorno de ansiedade, segundo o DSM -IV-TR (APA, 2002).

Ainda segundo o DSM- IV-TR (APA, 2002), indivíduos que apresentarem um transtorno de ansiedade, especialmente o TOC, Fobia Social ou Fobias Específicas, têm chances aumentadas de apresentarem comórbido o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

Dessa forma, não se pode prescindir da consideração de perfis ou transtornos de personalidade quando o assunto for um transtorno de ansiedade. De acordo com o DSM-IV-TR e com a experiência clínica, notamos a importância da investigação de fatores de personalidade na etiologia, desenvolvimento, avaliação e tratamento das patologias relacionadas à ansiedade.

Outros treze artigos citaram personalidade ao longo do trabalho mas não estabeleceram relação direta com o transtorno ou o fizeram de maneira bem discreta. À frente, têm-se alguns exemplos:

Magalhães e Loureiro (2005) apresentaram interessante trabalho estabelecendo a relação entre Transtorno do Pânico, Nível de Stress e *locus* de Controle. Procedeu-se à avaliação de trinta pessoas adultas divididas em dois grupos, um com diagnóstico de transtorno do pânico e outro sem diagnóstico psiquiátrico avaliado sistematicamente. A comparação estatística realizada por estes autores apontou que o grupo com transtorno do pânico apresentou mais indicadores de stress com predomínio da fase de resistência e a percepção de ser controlado pelo acaso, sorte ou destino, caracterizando maior suscetibilidade ao stress e à baixa confiança na previsibilidade dos eventos.

Neste artigo a palavra personalidade aparece apenas duas vezes, nos seguintes trechos:

*“Os aspectos funcionais da **personalidade** dos pacientes com TP (Transtorno do Pânico), relativos à presença de stress e à percepção de controle sobre os eventos do*

meio com base no acaso, parecem relacionados às características clínicas do quadro, não sofrendo interferência direta da comorbidade com agorafobia.” (Magalhães & Loureiro, 2005)

*“Os aspectos funcionais da **personalidade** dos sujeitos com TP puderam ser avaliados através da presença de indicadores de stress e da avaliação da percepção de controle sobre os eventos do meio.” (Magalhães & Loureiro, 2005)*

Apesar de afirmar que os aspectos funcionais da personalidade puderam ser avaliados através da presença de indicadores de stress, tal stress foi atribuído ao transtorno de ansiedade – no caso o Pânico – e não a fatores de personalidade, conforme no trecho:

“(..).Todos os sujeitos com TP avaliados apresentaram indicadores de stress. Esse dado vai ao encontro da afirmação de Lipp (1996) de que os transtornos de ansiedade podem assumir a função de geradores de estados tensionais, sendo importantes desencadeadores de stress(...)”(Magalhães & Loureiro, 2005)

Porto (2005) descreve a importância da família na Fobia Social, destacando que a participação dos pais recebe especial atenção porque o contexto familiar tem sido enfatizado como crítico para aquisições de habilidades sociais na infância. A palavra personalidade aparece uma vez nesse artigo no trecho:

*“(...)Alcalde e López (1999, citado por Falcone & Figueira, 2001) consideram que, embora o diagnóstico da Fobia Social ocorra, frequentemente, no começo da idade adulta, seu início manifesta-se muitos anos antes e pode ser precedido de certas características de **personalidade**(...)”(Porto, 2005).*

Levitan, Rangé e Nardi (2008) realizaram uma busca eletrônica nas bases de dados PsycINFO, MEDLINE e SCIELO, sobre Habilidades Sociais na Agorafobia e Fobia Social. Aqui também, o termo personalidade aparece de maneira discreta:

“(...)Os participantes agorafóbicos se mostraram significativamente mais ansiosos socialmente e menos assertivos, sugerindo-se que essas características parecem fazer parte da **personalidade** de indivíduos com esse quadro(...)”(Levitan, Rangé & Nardi, 2008).

Nos outros dez artigos a menção ao termo da personalidade seguiu essa tendência discreta. O termo aparece, mas não se discorre sobre as possíveis relações. Não se hipotetiza quais perfis poderiam ser predominantes nos quadros ansiosos, tampouco estabelecem comorbidades.

Ao dividir os artigos sobre transtornos de ansiedade em apenas duas categorias: **Cita Personalidade** (aglutinando as categorias 2, 3 e 4) e **Não Cita Personalidade**, observa-se as porcentagens para cada transtorno na tabela 4:

Tabela 4. Número e Porcentagem de artigos de T Ansiedade que citam ou não personalidade

Transtornos de Ansiedade	Não Cita Personalidade	Cita Personalidade
Pânico	(5)56%	(4)44%
TOC	(6)55%	(5)45%
Fobia Social	(5)63%	(3)37%
Ansiedade Sem especificação	(4)44%	(5)56%
Ansiedade na Infância	(1)100%	(0)0%
TOTAL	(21)55%	(17)45%

Com esses resultados não foi possível aplicar o Teste Qui-Quadrado dado o número reduzido de observações.

Em apenas dois artigos encontrou-se a referência ao termo personalidade como fator importante a ser considerado na condução do estudo.

Montagnero, Lopes e Galera (2008) apresentaram dois estudos sobre a relação entre traços de ansiedade e atenção através de Tarefas de Stroop. No primeiro, sessenta estudantes universitários, divididos em função do grau de ansiedade, realizaram as tarefas de *Stroop clássico* e de *Stroop emocional*. Os resultados mostram que o tempo para nomear cores de palavras ameaçadoras aumenta com a ansiedade. No segundo estudo procuraram determinar se substantivos concretos ou abstratos têm efeitos diferenciados sobre o desempenho na tarefa de Stroop. Os resultados confirmaram a suposição para palavras ameaçadoras concretas e apontam para a importância da qualidade semântica dos estímulos na tarefa de Stroop. Tal estudo levou em conta na sua discussão a importância da personalidade nos padrões de ansiedade.

Em outro artigo Lopes, Santos e Lopes (2008) avaliaram os efeitos do relaxamento progressivo sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. E também aqui se verificou a importância dada à personalidade na discussão dos resultados.

Constatou-se que em dois artigos sobre transtornos de ansiedade, o termo personalidade não só foi citado, mas também considerado como intimamente ligado à patologia estudada.

Shinohara (2005) apresentou uma sistematização didática sobre o transtorno de pânico, e também os resultados obtidos no atendimento de um caso de um homem de 40 anos, casado, com nível médio de escolaridade, que vinha apresentando ataques frequentes de pânico e grande restrição na vida pessoal e profissional. A personalidade foi citada como fator relevante neste fragmento:

*“(...)Portanto, **fatores de personalidade** (passividade, dependência, ansiedade de separação, dificuldade em lidar com sentimentos) e formas características de interpretar as sensações corporais facilitam a catastrofização das conseqüências dos ataques e interferem na apreensão crônica por novos ataques(...)”(Shinohara, 2005)*

Em outro trabalho, Silva e Silva (2007) realizaram um levantamento na literatura científica quanto à relação entre psoríase, aspectos psicológicos, stress e eventos de vida. A literatura mostra que os aspectos psicológicos e o stress podem colaborar para o surgimento, recidiva ou piora do quadro clínico. Neste artigo, onde temos dermatologia e psicologia juntas, a importância da personalidade foi bastante lembrada, como se pode ver neste trecho:

*“(...)O problema da pele acaba favorecendo sensações de discriminação, inadequação e insatisfação quanto à aparência física. Situações desse tipo, acrescidas da própria constituição da **personalidade**, fundamentada em uma imagem corporal debilitada pela doença, podem também influenciar na capacidade de auto-aceitação e satisfação pessoal do indivíduo(...)”(Silva & Silva, 2007)*

No campo dos trabalhos que abordaram transtornos de humor, a ausência de referências ao termo é ainda maior. Noventa e seis por cento dos trabalhos, num total de vinte e cinco, não citam personalidade ou o fazem de maneira discreta, sem estabelecer relações diretas com o transtorno de humor abordado. Apenas um trabalho faz relações diretas com a personalidade e nenhum estabelece relação comórbida. A seguir, a figura 3 mostra a distribuição desses trabalhos:

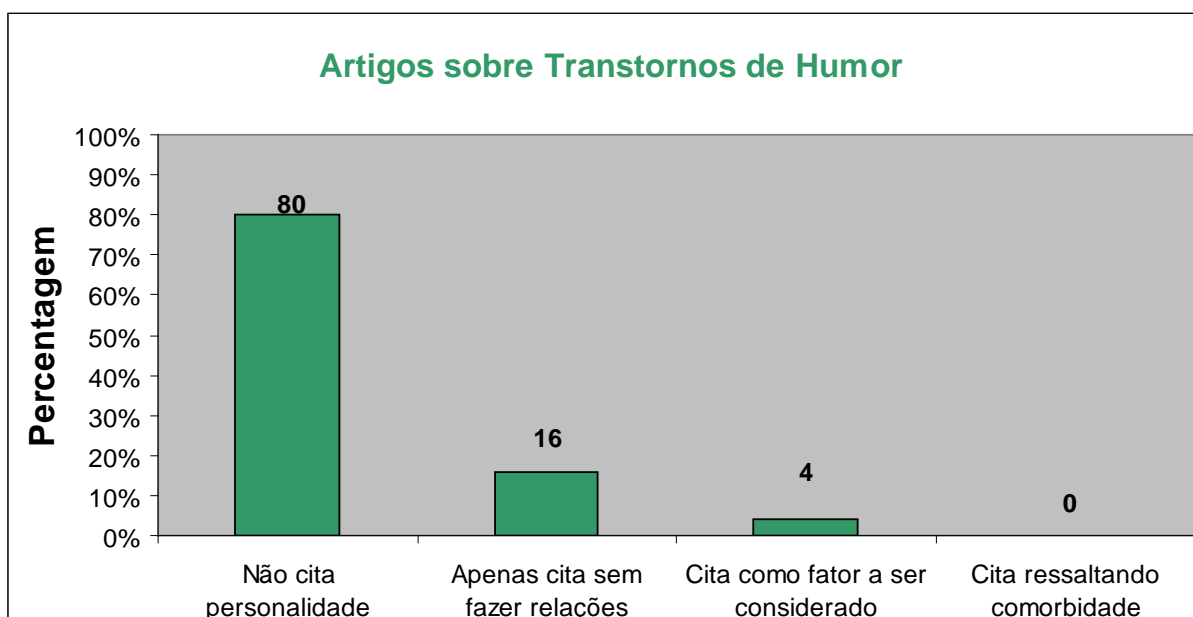


Figura 2: Como os artigos sobre Transtornos de Humor citam Personalidade

Dentro do grupo de artigos que não citam o termo personalidade (20 artigos dos 25), todos faziam referência ao transtorno depressivo maior. Nenhum deles abordava o transtorno bipolar nem o transtorno distímico. Sobre este último, inclusive, não foi encontrado nenhum trabalho nas bases de dados pesquisadas.

No grupo dos artigos que citaram o termo personalidade sem estabelecer relações, encontra-se quatro artigos, sendo um deles sobre transtorno bipolar. A referência discreta ao termo pode ser verificada nesse exemplo:

Figueiredo, Souza, Dell'aglio jr. e Argimon (2009) realizaram um estudo que visou investigar na literatura científica os resultados obtidos através do uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. Dessa revisão concluíram que a psicoeducação, embora não substitua o tratamento medicamentoso, tem se mostrado efetiva na otimização significativa dos efeitos dos tratamentos farmacológicos e de seus resultados além de apresentar características preventivas para recaídas e para saúde mental dos familiares.

Neste trabalho, a palavra personalidade foi citada uma única vez no trecho:

“(...)Os benefícios da participação do familiar no processo de psicoeducação para a adesão ao tratamento medicamentoso , bem como nos resultados terapêuticos obtidos

em pacientes com transtorno bipolar são indiscutíveis (Colom et al., 2003; Colom & Lam, 2005), inclusive em casos onde há comorbidade com transtornos de personalidade (Colom et al., 2004).” (Figueiredo, Souza, Dell’aglio jr. & Argimon, 2009)

Nos outros trabalhos a referência à personalidade seguiu a mesma tendência discreta, ou seja, não se estabeleceu relações mais estreitas com os transtornos de humor abordados. Se recorrermos ao DSM-IV-TR (APA, 2002), podemos ver uma relação mais próxima entre os transtornos de humor e os de personalidade.

Segundo o DSM IV-TR (APA, 2002) indivíduos com o transtorno da personalidade esquizotípica tem de 30 a 50% de chance de desenvolver um transtorno depressivo maior. Ainda segundo o DSM IV TR no tópico *Características e Transtornos Associados*, encontramos referência a algum transtorno do humor em todos os transtornos da personalidade. Deste modo, é curiosa a ausência marcante de citações sobre personalidade nos trabalhos sobre transtornos de humor.

No único artigo que leva em conta o fator personalidade, Porto, Hermolin e Ventura (2002) descreveram as principais alterações cognitivas encontradas na depressão, bem como as suas correlações com estudos de neuroimagem. E este artigo, sobre alterações neuropsicológicas associadas à depressão, lembra a importância das variáveis ligadas à personalidade:

“(...)Também, os aspectos da personalidade e dos esquemas de funcionamento das cognições depressivas precisam ser levados em conta e podem ser avaliados objetivamente através de testes como o MMPI (Butscher, Dahlstrom e Graham, 1989) e da escala de depressão de Beck (Beck, Ward e Mendelson, 1961) (...).”(Porto, Hermolin & Ventura 2002)

Mesmo em duas revistas específicas das áreas cognitiva e comportamental, o cenário não é muito diferente. A seguir, os números para a Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e da Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Na tabela 5, observa-se a distribuição total dos artigos em cada uma das revistas. Nas tabelas 6 e 7, tem-se a relação do número de artigos sobre T. Humor e T. Ansiedade quanto à referência ao termo personalidade.

Tabela 5: Relação de todos os artigos encontrados nas Revistas Brasileiras de Terapias Cognitivas.e Terapia Comportamental e Cognitiva.

Transtorno	Revista de TC	Revista de TCC	TOTAL
T. Ansiedade	8	9	17
T. Humor	7	5	12
T. Personalidade	4	4	8
TOTAL	19	18	37

Tabela 6: Artigos sobre T. Ansiedade e T. Humor na Revista Brasileira de Terapia Cognitiva.

CATEGORIA	T. ANSIEDADE	T. HUMOR
1) Não cita a palavra personalidade	6	6
2) Apenas cita sem fazer relações	2	1
3) Cita como fator a ser considerado	0	0

4) Cita ressaltando comorbidade	0	0
TOTAL	8	7

Tabela 7: Artigos sobre T. Ansiedade e T. Humor na Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva

CATEGORIA	T. ANSIEDADE	T. HUMOR
1) Não cita a palavra personalidade	7	3
2) Apenas cita sem fazer relações	2	1
3) Cita como fator a ser considerado	0	1
4) Cita ressaltando comorbidade	0	0
TOTAL	9	5

Em nenhuma das tabelas acima foi possível aplicar o Teste do Qui-Quadrado devido ao baixo número de observações.

Abaixo, nas figuras 04 e 05, observa-se a frequência do aparecimento do tema personalidade nos artigos sobre transtornos de ansiedade e humor na soma das duas revistas. As publicações sobre transtornos de ansiedade nas revistas específicas somaram dezessete dos trinta e oito totais e sobre transtornos de humor, doze em vinte e cinco.

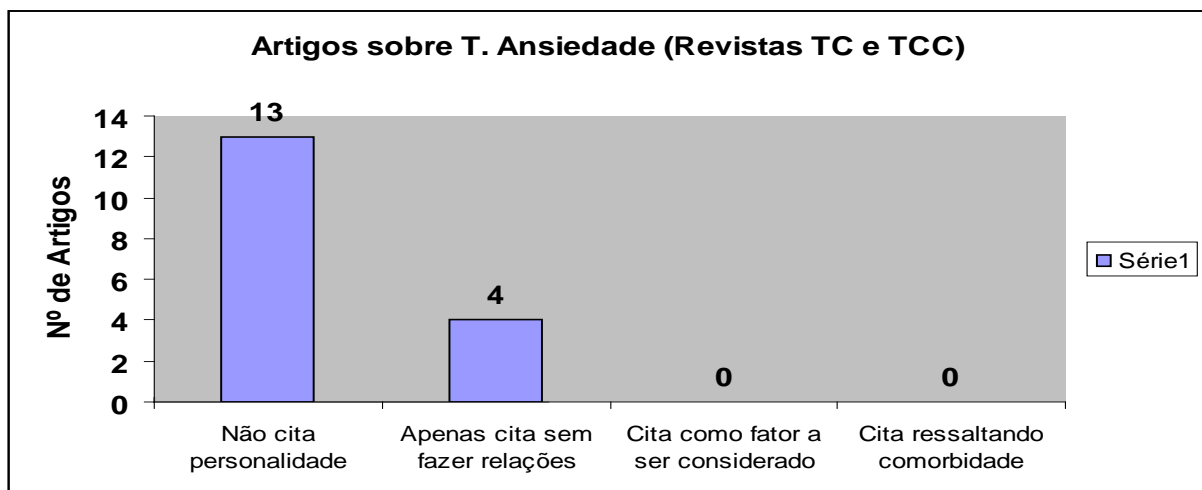


Figura 3: Distribuição dos artigos sobre T. Ansiedade nas revistas nas revistas Brasileiras de Terapia Cognitiva e Terapia Comportamental e Cognitiva

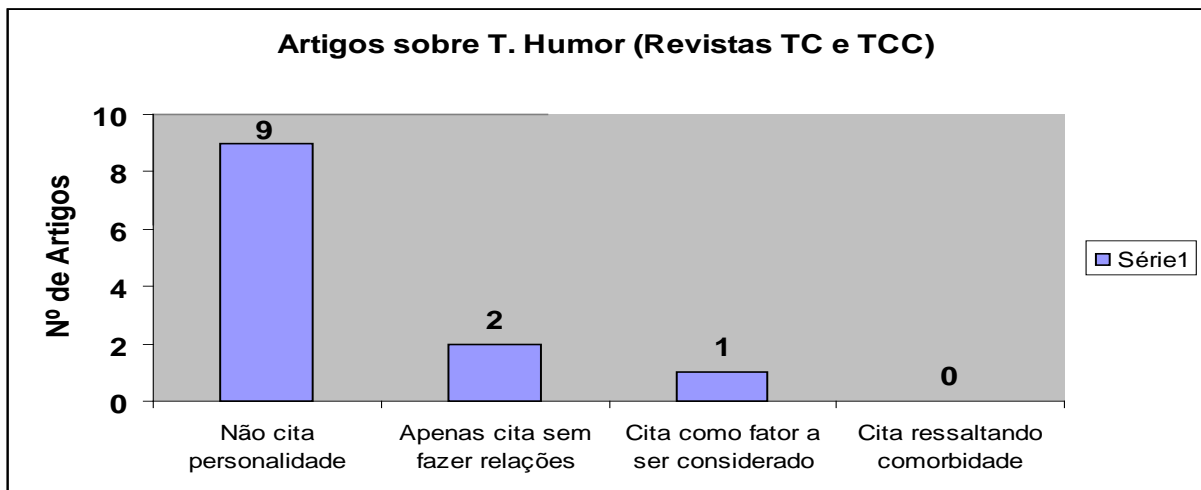


Figura 4: Distribuição dos artigos sobre T. Humor nas revistas Brasileiras de Terapia Cognitiva e Terapia Comportamental e Cognitiva

Se somarmos os dados de transtornos de humor e transtornos de ansiedade (29 artigos) e verificarmos a porcentagem de artigos quanto à citação do termo personalidade, temos a seguinte distribuição apresentada na figura 06:

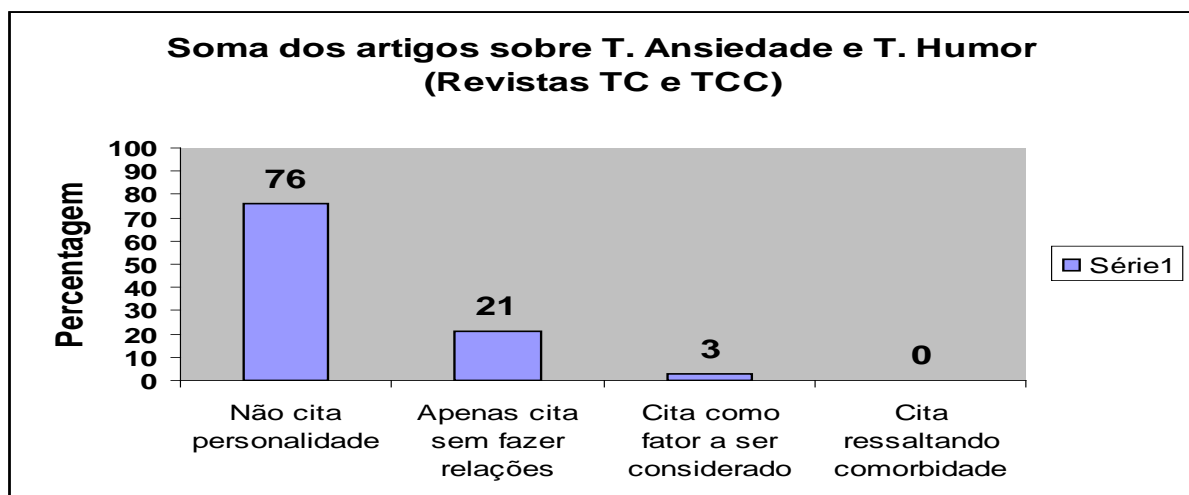


Figura 5: Porcentagem de citações à Personalidade na soma de todos os artigos das revistas Brasileiras de Terapia Cognitiva e Terapia Comportamental e Cognitiva

Aqui também, o Teste do Qui-Quadrado não se mostrou adequado dado o número reduzido de observações.

Por fim, a figura 07 mostra a totalidade dos artigos sobre Ansiedade e Humor, levando em conta todas as revistas pesquisadas, incluindo as específicas:

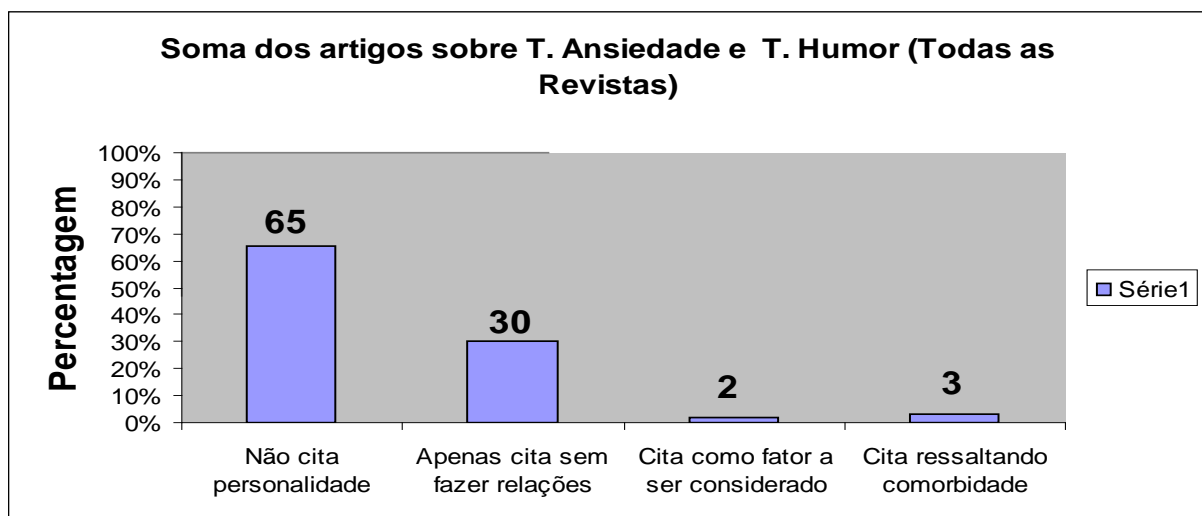


Figura 6: Porcentagem de Citações ao termo Personalidade em todos os artigos pesquisados

Na figura 7 podemos perceber que 95,% dos artigos selecionados sobre transtornos do humor e transtornos de ansiedade ou fazem uma referência discreta ou não fazem qualquer referência à personalidade.

Uma vez que não podemos supor que o grau de independência desses transtornos com os transtornos de personalidade chegue a esse número (95,%), estamos diante de um dado importante sobre a predominância de publicações nos periódicos brasileiros de psicologia, quando o assunto é personalidade.

Essa revisão encontrou que os trabalhos sobre transtornos de personalidade são, em número, inferiores aos produzidos sobre ansiedade e depressão. Mas o dado mais relevante talvez seja essa ausência marcante do tema personalidade nos trabalhos sobre transtornos do humor e ansiedade.

É evidente que toda revisão é apenas um recorte de uma totalidade de produções científicas, nunca representando a realidade exata das publicações e conseqüentemente dos fatos. Ela apresenta no máximo uma tendência, uma sinalização de como estão se desenvolvendo as pesquisas naquela área específica do conhecimento.

Esta revisão não é diferente. Obviamente que muitos trabalhos não foram contemplados nesse esforço que teve como objetivo, antes de tudo, apontar apenas uma tendência de como pesquisadores que trabalham com a abordagem Cognitivo-Comportamental têm abordado o tema personalidade em seus trabalhos, e com isso contribuir com o desenvolvimento do campo científico da psicologia.

A partir dos dados apresentados acima, pode-se perceber que o tema personalidade ainda está sendo pouco explorado por pesquisadores cognitivistas e comportamentais no Brasil. A ausência significativa do tema nas publicações levanta-nos questionamentos sobre a prática profissional, por ser um dos mais, senão o mais importante objetivo do avanço científico na área.

Sabe-se, como já foi colocado anteriormente, que os transtornos de personalidade representam um dos maiores desafios para o clínico. Indivíduos com este transtorno são resistentes à mudança, oferecendo pouca colaboração com o processo psicoterápico, o que normalmente frustra os profissionais que trabalham com esse público.

Destaca-se a necessidade de se desenvolver técnicas mais apuradas para o tratamento dos transtornos da personalidade, chegando-se assim a poderosas armas contra os transtornos mentais como um todo. A falta dessas técnicas também contribuem para a frustração do profissional, que vê a síndrome sintomática ceder mas sabe que um problema estrutural (de personalidade) fatalmente continuará a exercer grande influência no comportamento de seu cliente.

Aliás, a melhora das síndromes sintomáticas, para as quais as técnicas se desenvolveram bastante desde o surgimento da Terapia Cognitiva com Aaron Beck na década de 60, pode ser um fator que impede uma proximidade maior ao tratamento de um transtorno do Eixo II. Todo clínico acaba em um dilema, quando vê o seu paciente melhorando significativamente os sintomas dos quais se queixava no início da terapia e não apresentando

mais demandas ao setting terapêutico, e por outro lado deixando preservadas as pistas para a rigidez limitante e implacável de um traço ou transtorno de personalidade.

Essa talvez seja uma das dificuldades que surgem como uma espécie de armadilha, no seio da eficácia teórica e técnica da abordagem cognitivo-comportamental. É fato, os pacientes melhoram. E assim como em qualquer problema de saúde, os indivíduos consideram-se satisfeitos e saudáveis quando se percebem sem sintomas. E aqui estamos diante do dilema citado anteriormente.

Mesmo que pudéssemos convencer o paciente que superar a síndrome sintomática é só o começo, seria preciso ferramentas para acessar e trabalhar um perfil de personalidade mesmo sem o indivíduo apresentar queixas. É fácil perceber o caráter contraproducente da proposta, seja ela ao nível de investimento pessoal ou financeiro, seja a nível ético, onde esbarraríamos em outra armadilha: a de “inventar” problemas.

Outro fator que pode dificultar o acesso a um maior número de casos de transtornos de personalidade e conseqüentemente diminuir as possibilidades de pesquisas, é o tempo gasto no tratamento desses transtornos, normalmente durando mais de um ano. No sistema público de saúde, uma rica fonte de dados, o tratamento de transtornos do Eixo II é uma realidade distante. Os atendimentos muitas vezes acontecem em grupo e mesmo quando são individuais, a rapidez na solução das queixas é um dos objetivos do serviço, que sofre quase sempre com as listas de espera.

Essas dificuldades todas podem ajudar a explicar a ausência do tema personalidade na maioria esmagadora dos trabalhos localizados nesta revisão, mas com certeza não esgota todas as causas. Quando vemos 95% dos artigos sobre transtornos de ansiedade e humor fazendo uma referência discreta ou mesmo não fazendo referência ao termo personalidade, podemos perceber o tamanho dessa dificuldade.

No entanto, dificuldades e perguntas são o combustível da ciência e por isso o desafio com os pacientes com transtornos de personalidade deve fomentar o desenvolvimento de pesquisas na área e não dirimir o ânimo daqueles que fazem da pesquisa, mais que um ofício, mas uma necessidade humana.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão de literatura possibilitou apontar uma tendência dos pesquisadores brasileiros que trabalham com as teorias Cognitiva, Comportamental e Cognitivo-Comportamental sobre a abordagem do tema Personalidade. Verificou-se que a maioria dos trabalhos não cita o tema como co-participante no entendimento de transtornos mentais do Eixo I.

Mais do que isso, o trabalho chama a atenção para o tema, uma vez que a teoria é extensa em afirmar a influência da personalidade na etiologia de transtornos mentais variados, como foi mostrado acima.

Debruçar-nos sobre o campo arenoso dos transtornos de personalidade é fundamental para o desenvolvimento adequado da abordagem cognitivo-comportamental e do campo da psicologia aplicada em geral. Uma vez que se cede às dificuldades que esse campo apresenta, corre-se o risco não só de estar atuando com alcance apenas parcial, como deixando de desenvolver essa importante, rica e fascinante área da psicoterapia.

VII. REFERÊNCIAS

- Abreu, P. R., & Prada, C. G. (2004). Transtorno de ansiedade obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno da personalidade obsessivo-compulsivo (TPOC): um “diagnóstico” analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6 (2), pp. 212-220.
- Allport, G. W. (1973). *Personalidade: Padrões e Desenvolvimento*. São Paulo. E.P.U. Ed. da Universidade de São Paulo.
- Argimon, I. I., Bicca, M. G., & Rinaldi, J. (2007). Transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3 (1), pp. 15-21.
- Associação Psiquiátrica Americana (2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*, (4. ed. Rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Bandura A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*. 52, pp. 1–26.
- Bandura, A. & Mischel, W. (1965) Modification of self-imposed delay of reward through exposure to live and symbolic models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 698-705.
- Barlow, D. H., & Durand, M. R. (2008). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. (R. Galman, Trad.) São Paulo: Cengage Learning.

- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and it's disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Beck J. S. (2007). *Terapia Cognitiva para Desafios Clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1997) *Terapia Cognitiva da Depressão*; trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis D. D. (2005). *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Freeman, A. (1993). *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Atualidade*. São Paulo: Santos.
- Caballo, V. E. (2008) *Manual de Transtornos de Personalidade: descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Santos Editora.
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (1), pp. 09-20.
- Caspi, A., Roberts, B. W. & Shiner, R. L. (2005) Personality Development: Stability and Change. *Annual Review of Psychology* 56, 453–84.
- Cattell, R. B. (1963) Personality, role, mood, and situation perception: A unifying theory of modulators. *Psychological Review*, 70, 1-18.
- Clark, D. M. (1986) A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-70.
- Cordioli, A. V. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), S65-72.
- Cortez, M. B., Padovani, R. D., & Williams, L. C. (2005). Terapia de grupo cognitivo-comportamental com agressores conjugais. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 13-21.
- Costa, J. B., & Valerio, N. I. (2008). Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. *Temas em psicologia*, 16 (1), pp. 119-132.
- Deakin, J. F. W. & Graeff, F. G. (1991) 5-HT and mechanisms of defence. *Journal of Psychopharmacology*, Vol. 5, 4, 305-315.
- Duarte, A. L., Nunes, M. L., & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (1), pp. 0-0.

- Dweck, C.S., Chiu, C. & Hong, Y. (1995) Implicit theories and their role in judgments and reactions: A world from two perspectives. *Psychological Inquiry*, 6, 267-285.
- Eysenck, S. B. G. & Long, F. Y. (1986) A cross-cultural comparison of personality in adults and children: Singapore and England. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 124-130.
- Figueiredo, A. L., Souza, L., Dell'Áglio Jr, J. C., & Argimon, I. I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11 (1), pp. 15-24.
- Filho, N. H., Teixeira, M. A., & Dias, A. C. (2009). Psicopatia: o Construto e sua Avaliação. *Avaliação Psicológica*, 8(3), 337-346.
- Fontenelle, J. M., Santana, L. S., Lessa, L. R., Victoria, M. S., Mendlowicz, M. V., Fontenelle, L. F., et al. (2010). O conceito do insight em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 77-82.
- Funder, D. C. (2001) Personality. *Annual Review of Psychology* 52, 197–221.
- Glassman, W. E & Hadad, M. (2008) *Psicologia: Abordagens Atuais*. São Paulo: Artmed.
- Greenberger, D. & Padesky, C.A. (1999) *A mente vencendo o humor: mude como você se sente mudando o modo como você pensa*. Porto Alegre: Artmed.
- Hall, C. S. & Lindzey, G.(1973) *Teorias da Personalidade*. São Paulo: EPU.
- Herbert, J. D., Hope, D. A. & Bellack, A. S. (1992) Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kasen, S. & Brook, J. S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 805-811.
- Kandel, E., Schwartz, J. H. e Jessel, T. M. (2000). *Principles of Neural Science*. 4° ed. New York: McGraw-Hill. p. 1014-1028.
- Kipper, L., Wachleski, C., Salum, G. A., Heldt, E., Blaya, C., Manfro, G. G., et al. (2009). Can psychopharmacological treatment change personality traits in patients with panic disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 307-313.
- Knapp, P. (2004) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Krishnan, V. & Nestler, E. J. (2008) The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455, 894-902.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. e A. (1991). Pesquisa bibliográfica. In E. M. Lakatos & M. A. Marconi, *Metodologia do trabalho científico* (pp. 44-80). São Paulo: Atlas.

- Levitan, M., Rangé, B. & Nardi, A. E. (2008). Habilidades Sociais na Agorafobia e Fobia Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 95-100.
- Lopes, R. F., Santos, M. R., & Lopes, E. J. (2008). Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, X(1), 39-49.
- Magalhães, S. H., & Loureiro, S. R. (2005). Transtorno do pânico: nível de stress e locus de controle. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 233-240.
- Markus, H. (1977) Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Matta, A. d., Bizarro, L., & Reppold, C. T. (2009). Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. *Psico-USF*, 14 (1), pp. 71-81.
- McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., *et al* (2003) The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 60, 497 - 502.
- Montagnero, A. V., Lopes, E. J., & Galera, C. (2008). Relação entre traços de ansiedade e atenção através de Tarefas de Stroop. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10 (2), pp. 157-169.
- Moro, M. R. & Lachal, C. (2008) *As psicoterapias: Modelos, métodos e indicações*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Nunes, C. H., Nunes, M. F., & Hutz, C. S. (2006). Uso Conjunto de Escalas de Personalidade e Entrevista para Identificação de Indicadores de Transtorno Anti-social. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 171-178.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006). Relações entre a Personalidade dos Pacientes e a Sobrevivência após o Transplante de Medula Óssea: Revisão da Literatura. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 341-349.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2004). *Personalidade: Teoria e Pesquisa*. 8° ed. (R. C. Costa, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Porto, P. (2005). Orientação de pais de crianças com fobia social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (1), pp. 101-110.
- Porto, P., Hermolin, M., & Ventura, P. (2002). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Rev. bras.ter. comport. cogn.[online]*, 4 (1), pp. 63-70. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 03 jul 2010.

- Rangé, B. (Org.) (2001) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Regier, D. A. (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-86.
- Rosch, E., Mervis, C., Gray, W. Johnson, D. & Boyesbraem, P. (1976) Basic objects in natural categories. *Cognitive Psychology*, 8, 382-439.
- Salkovskis, P.M. (2004) *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Schank, R. & Abelson, R. (1977) *Scripts, plans, goals, and understanding*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Scribel, M. d., Sana, M. R., & Di Benedetto, A. M. (2007). Os esquemas na estruturação do vínculo conjugal. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3 (2), pp. 0-0.
- Serra, A.M. (Org.) (2007) *Terapia Cognitiva e Construção do Pensamento*. Revista Psique, Ed. Especial, Abril, 2007. São Paulo: Ed. Escala
- Shinohara, H. (2006). O trabalho com sonhos na terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (2), pp. 85-90.
- Shweder, R. A. & Sullivan, M. A. (1993) Cultural Psychology: Who Needs It? *Annual Review of Psychology*. 44: 497-523.
- Silva, K. D., & Silva, E. A. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 257-266.
- Sinohara, H. (2005). Transtorno de pânico: da teoria à prática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2), pp. 115-122.
- Skinner, B. F. (2002) *Sobre o Behaviorismo* (Trad. M. P. Villalobos). São Paulo: Editora Cultrix. (Obra original publicada em 1974) .
- Sousa, A. C. (2003). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (2), pp. 121-137.
- Sousa, A. C., & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes borderlines. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9 (1), pp. 1-11.
- Stahl, S. M. (2000). *Essential Psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application*. 2° ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 57-64.

- Tomaz, R., & Zanini, D. S. (2009). Personalidade e Coping em Pacientes com Transtornos Alimentares e Obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 447-454.
- Tran, G.Q., & Chambless, D. L. (1995) Psychopathology of social phobia: Effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 489-501.
- Triandis, H. C. (1997). Cross-cultural perspectives on personality. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology*. San Diego: Academic Press. pp. 439-464.
- Vandenberghe, L., & Pitanga, A. V. (2007). A análise de sonhos nas terapias cognitivas e comportamentais. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 239-246.
- Weiner, B. (1996) Searching for order in social motivation. *Psychological Inquiry* 7, 1-24.
- Zanin, C. R., & Valerio, N. I. (2006). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de personalidade dependente: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6 (1), pp. 81-92.

ANEXOS

ANEXO A

Lista de quadros de Critérios Diagnósticos DSM IV TR

Quadro 1: Critérios Diagnósticos para Transtorno de Personalidade

A. Um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:

- (1) cognição (isto é, modo de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos)
- (2) afetividade (isto é, variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional)
- (3) funcionamento interpessoal
- (4) controle dos impulsos

B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.

C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta.

E. O padrão persistente não é melhor explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.

F. O padrão persistente não é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano).

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 645.

Quadro 2: Critérios Diagnósticos para Transtorno da Personalidade Esquiva

Um padrão global de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios:

-
-
- (1) evita atividades ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição*
 - (2) reluta a envolver-se, a menos que tenha certeza da estima da pessoa*
 - (3) mostra-se reservado em relacionamentos íntimos, em razão do medo de passar vergonha ou ser ridicularizado*
 - (4) preocupação com críticas ou rejeição em situações sociais*
 - (5) inibição em novas situações interpessoais, em virtude de sentimentos de inadequação*
 - (6) vê a si mesmo como socialmente inepto, sem atrativos pessoais, ou inferior*
 - (7) extraordinariamente reticente em assumir riscos pessoais ou envolver-se em quaisquer novas atividades, porque essas poderiam provocar vergonha.*
-
-

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 673.

Quadro 3: Critérios Diagnósticos para Transtorno da Personalidade Dependente

Uma necessidade global e excessiva de ser cuidado, que leva a um comportamento submisso e aderente e a temores de separação, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios

- (1) dificuldade em tomar decisões do dia-a-dia sem uma quantidade excessiva de conselhos e reasseguramento da parte de outras pessoas*
 - (2) necessidade de que os outros assumam a responsabilidade pelas principais áreas de sua vida*
 - (3) dificuldade em expressar discordância de outros, pelo medo de perder apoio ou aprovação. Nota: Não incluir temores realistas de retaliação.*
 - (4) dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (em vista de uma falta de autoconfiança em seu julgamento ou capacidades, não por falta de motivação ou energia)*
 - (5) vai a extremos para obter carinho e apoio, a ponto de oferecer-se para fazer coisas desagradáveis*
 - (6) sente desconforto ou desamparo quando só, em razão de temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si próprio*
-
-

(7) busca urgentemente um novo relacionamento como fonte de carinho e amparo, quando um relacionamento íntimo é rompido

(8) preocupação irrealista com temores de ser abandonado à própria sorte.

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 677.

Quadro 4: Critérios Diagnósticos para Transtorno de Personalidade Passivo-Agressiva

A. Um padrão invasivo de atitudes negativistas e resistência passiva às exigências de um desempenho adequado, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por quatro (ou mais) dos seguintes critérios:

(1) resistência passiva à realização de tarefas sociais e ocupacionais rotineiras

(2) queixas de ser incompreendido e desconsiderado pelos outros

(3) mau humor e propensão a discussões

(4) críticas irracionais e desprezo pela autoridade

(5) inveja e ressentimento para com aqueles que aparentemente são mais afortunados

(6) queixas exageradas e persistentes de infortúnio pessoal

(7) alternância entre o desafio hostil e o arrependimento

B. Não ocorre exclusivamente durante Episódios Depressivos Maiores, nem é mais bem explicado por Transtorno Distímico

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 739.

Quadro 5: Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva

Um padrão global de preocupação com organização, perfeccionismo e controle mental e interpessoal, à custa de flexibilidade, abertura e eficiência, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios:

(1) preocupação tão extensa com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários, que o alvo principal da atividade é perdido

(2) perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (p. ex., é incapaz de completar

-
-
- um projeto porque não consegue atingir seus próprios padrões demasiadamente rígidos)*
- (3) devotamento excessivo ao trabalho e à produtividade, em detrimento de atividades de lazer e amizades (não explicado por uma óbvia necessidade econômica)*
- (4) excessiva conscienciosidade, escrúpulos e inflexibilidade em questões de moralidade, ética ou valores (não explicados por identificação cultural ou religiosa)*
- (5) incapacidade de desfazer-se de objetos usados ou inúteis, mesmo quando não têm valor sentimental*
- (6) relutância em delegar tarefas ou trabalhar em conjunto com outras pessoas, a menos que essas se submetam a seu modo exato de fazer as coisas*
- (7) adoção de um estilo miserável quanto à gastos pessoais e com outras pessoas; o dinheiro é visto como algo que deve ser reservado para catástrofes futuras*
- (8) rigidez e teimosia*
-
-

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p. 680.

Quadro 6 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Paranóide

A. Um padrão global de desconfiança e suspeitas em relação aos outros, de modo que nas intenções são interpretadas como maldosos, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios:

- (1) suspeita, sem fundamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado por terceiros*
- (2) preocupa-se com dúvidas infundadas acerca da lealdade ou confiabilidade de amigos ou colegas*
- (3) reluta em confiar nos outros por um medo infundado de que essas informações possam ser maldosamente usadas contra si*
- (4) interpreta significados ocultos, de caráter humilhante ou ameaçador em observações ou acontecimentos benignos*
- (5) guarda rancores persistentes, ou seja, é implacável com insultos, injúrias ou deslizes*
- (6) percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são visíveis pelos outros e reage rapidamente com raiva ou contra-ataque*
-
-

(7) *tem suspeitas recorrentes, sem justificativa, quanto à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual*

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Características Psicóticas ou outro Transtorno Psicótico, nem é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Nota: Se os critérios são satisfeitos antes do início de Esquizofrenia, acrescentar "Pré-Mórbido"; por exemplo, "Transtorno da Personalidade Paranóide (Pré-Mórbido)".

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 649.

Quadro 7 Critérios diagnósticos para Transtorno da Personalidade Anti-social

A. Um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, que ocorre desde os quinze anos, indicado por, no mínimo, três dos seguintes critérios:

(1) incapacidade de adequar-se às normas sociais com relação a comportamentos ilícitos, indicada pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção

(2) propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer

(3) impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro

(4) irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas

(5) desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia

(6) irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou em honrar obrigações financeiras

(7) ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém

B. O indivíduo tem no mínimo dezoito anos de idade

C. Existem evidências de Transtorno da Conduta com início antes dos quinze anos de idade.

D. A ocorrência do comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco.

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 660.

Quadro 8: Critérios Diagnósticos para Transtorno da Personalidade Narcisista

Um padrão global de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios:

- (1) sentimento grandioso acerca da própria importância (p. ex., exagera realizações e talentos, espera ser reconhecido como superior sem realizações à altura)*
- (2) preocupação com fantasias de ilimitado sucesso, poder, inteligência, beleza ou amor ideal*
- (3) crença de ser “especial” e único e de que somente pode ser compreendido ou deve associar-se a outras pessoas (ou instituições) especiais ou de condição elevada.*
- (4) exigência de admiração excessiva*
- (5) presunção, ou seja, possui expectativas irracionais de receber um tratamento especialmente favorável ou obediência automática às suas expectativas*
- (6) é explorador em relacionamentos interpessoais, isso é, tira vantagem de outros para atingir seus próprios objetivos*
- (7) ausência de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades alheias*
- (8) frequentemente sente inveja de outras pessoas ou acredita ser alvo da inveja alheia*
- (9) comportamentos e atitudes arrogantes e insolentes.*

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 670.

Quadro 9: Critérios Diagnósticos para Transtorno da Personalidade Histriônica

Um padrão global de excessiva emotividade e busca de atenção, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios:

- (1) desconforto em situações nas quais não é o centro das atenções*
 - (2) a interação com os outros frequentemente se caracteriza por um comportamento inadequado, sexualmente provocante ou sedutor*
-
-

-
-
- (3) mudanças rápidas e superficialidade na expressão das emoções
 - (4) constante utilização da aparência física para chamar a atenção sobre si próprio
 - (5) estilo de discurso excessivamente impressionista e carente de detalhes
 - (6) dramaticidade, teatralidade e expressão emocional exagerada
 - (7) sugestionabilidade, ou seja, é facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias
 - (8) considerar os relacionamentos mais íntimos do que realmente são
-
-

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 667.

Quadro 10: Critérios Diagnósticos para Transtorno da Personalidade Esquizóide.

A. Um padrão global de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional em contextos interpessoais, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios:

- (1) não deseja nem gosta de relacionamentos íntimos, incluindo fazer parte de uma família
- (2) quase sempre opta por atividades solitárias
- (3) manifesta pouco, se algum, interesse em ter experiências sexuais com um parceiro
- (4) tem prazer em poucas atividades, se alguma
- (5) não tem amigos íntimos ou confiantes, outros que não parentes em primeiro grau
- (6) mostra-se indiferente a elogios ou críticas
- (7) demonstra frieza emocional, distanciamento ou embotamento afetivo

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Características Psicóticas, outro transtorno Psicótico ou um Transtorno Global do Desenvolvimento, nem é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

NOTA: Se os critérios são satisfeitos antes do início de Esquizofrenia, acrescentar “Pré-Mórbido”, por exemplo, “Transtorno da Personalidade Esquizoide (Pré-Mórbido)”.

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 652.

Quadro 11: Critérios Diagnósticos para Transtorno de Pânico Sem Agorafobia

A. (1) ou (2):

(1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados

(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:

(a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais

(b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco")

(c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques

B. Ausência de Agorafobia

C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo).

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como

Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas),

Fobia Específica (por ex., ocorrendo quando da exposição a uma situação fóbica específica),

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação),

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou

Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p 428.

Quadro 12: Critérios Diagnósticos para Fobia Social

A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por terceiros. O indivíduo teme agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade) que lhe seja humilhante e vergonhoso. Nota: Em crianças, deve haver evidências de capacidade para

relacionamentos sociais adequados à idade com pessoas que lhes são familiares e a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, não apenas em interações com adultos.

B. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado a situação ou predisposto por situação. Nota: Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações sociais com pessoas estranhas.

C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. Nota: Em crianças, esta característica pode estar ausente.

D. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou sofrimento.

E. A esquiva, a antecipação ansiosa u o sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (acadêmico), em atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter a fobia.

F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses.

G. O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral nem é mais bem explicado por outro transtorno mental (p. ex., Transtorno de Pânico Com ou Sem Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Global do Desenvolvimento ou Transtorno da Personalidade Esquizóide).

H. Em presença de uma condição médica geral ou outro transtorno mental, o medo no Critério A não tem relação com estes; por exemplo, o medo não diz respeito a Tartamudez, tremor na doença de Parkinson ou manifestação de um comportamento alimentar anormal na Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

Especificar se:

Generalizada: se os temores incluem a maioria das situações sociais (considerar também o diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquiva).

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p. 442.

Quadro 13: Critérios Diagnósticos para Transtorno Obsessivo-Compulsivo

A. Obsessões ou compulsões:

Obsessões, definidas por (1), (2), (3) e (4):

(1) pensamentos impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento.

(2) Os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real

(3) A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação

(4) A pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente (não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamentos)

Compulsões, definidas por (1) e (2)

(1) comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas

(2) os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.

B. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. Nota: Isso não se aplica a crianças.

C. As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (tomam mais de 1 hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (ou acadêmico), em atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

D. Se um outro transtorno do Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (p. ex., preocupação com alimentos na presença de um Transtorno da Alimentação; arrancar os cabelos na presença de Tricotilomania; preocupação com a aparência na presença de Transtorno Dismórfico Corporal; preocupação com drogas na presença de um Transtorno por Uso de Substância; preocupação com ter uma doença grave na presença de Hipocondria; preocupação com anseios ou fantasias sexuais na

presença de uma Parafilia; ruminções de culpa na presença de um Transtorno Depressivo Maior).

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamentos) ou de uma condição médica geral.

Especificar se:

Com Insight Pobre: se, na maior parte do tempo durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que as obsessões e compulsões são excessivas ou irracionais.

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p.448

Quadro 14: Critérios Diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Generalizada

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias pelo período mínimo de 6 meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses).

Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

(1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele

(2) fadigabilidade

(3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente

(4) irritabilidade

(5) tensão muscular

(6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto)

D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do Eixo I; por exemplo, a ansiedade ou preocupação não se refere a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico), ser envergonhado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (como

na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença grave (como na Hipocondria), e a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

E. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

F. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Global do Desenvolvimento.

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p. 460

Quadro 15: Critérios Diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior

A. Presença de dois ou mais Episódios Depressivos Maiores.

Nota: Para serem considerados episódios distintos, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior.

B. Os Episódios Depressivos Maiores não são mais bem explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco.

Nota: esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, especificar a condição clínica e/ou características:

Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas.

Grave com Características Psicóticas.

Crônico.

Com Características Catatônicas.

Com Características Melancólicas.

Com Características Atípicas.

Com Início no Pós-Parto.

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, especificar a condição clínica atual do Transtorno Depressivo Maior ou as características do episódio mais recente:

Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa.

Crônico.

Com Características Catatônicas.

Com Características Melancólicas.

Com Características Atípicas.

Com Início no Pós-Parto.

Especificar

Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Entre os Episódios).

Com Padrão Sazonal.

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p. 371.

Quadro 16: Critérios Diagnósticos para Transtorno Distímico

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros, pelo período mínimo de 2 anos.

Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de 1 ano.

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

(1) apetite diminuído ou hiperfagia

(2) insônia ou hipersonia

(3) baixa energia ou fadiga

(4) baixa auto-estima

(5) fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões

(6) sentimentos de desesperança

C. Durante o período de 2 anos (1 ano para criança ou adolescentes) de perturbação, o

indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de 2 meses de cada vez.

D. Ausência de Episódio Depressivo Maior durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é mais bem explicada por um Transtorno Depressivo Maior crônico ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial.

E. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico.

F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como esquizofrenia ou Transtorno Delirante.

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma Substância (p.ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).

H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p376.

Quadro 17: Critérios Diagnósticos para Transtorno Bipolar I e II

Transtorno Bipolar I

A. Presença de apenas um Episódio Maníaco e ausência de qualquer Episódio Depressivo Maior no passado.

B. O Episódio Maníaco não é mais bem explicado por Transtorno Esquizoafetivo nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Transtorno Bipolar II

A. Presença (ou histórico) de no mínimo um Episódio Depressivo Maior.

B. Presença (ou histórico) de um Episódio Hipomaníaco.

C. Jamais houve um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto

D. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não são mais bem explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirane ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento

social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição, texto revisado. 2002. American Psychiatric Association. p383

Anexo B

Revistas do Pepsic Brasil – Periódicos Eletrônicos de Psicologia (43 revistas consultadas)

- ALETHEIA - REVISTA DO CURSO DE PSICOLOGIA
- ARQUIVOS BRASILEIROS DE PSICOLOGIA
- AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA
- BOLETIM - ACADEMIA PAULISTA DE PSICOLOGIA
- BOLETIM DE PSICOLOGIA
- CIÊNCIAS & COGNIÇÃO
- CLINICAPS
- CÓGITO
- EPISTEMO-SOMÁTICA
- ESTILOS DA CLINICA
- ESTUDOS DE PSICOLOGIA (CAMPINAS)
- ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA
- IDE
- IMAGINÁRIO
- INTERAÇÕES - ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA
- INTERAMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY
- LATIN AMERICAN JOURNAL OF FUNDAMENTAL PSYCHOPATHOLOGY ON LINE
- MENTAL
- NATUREZA HUMANA
- PSIC: REVISTA DA VETOR EDITORA
- PSICOLOGIA EM PESQUISA
- PSICOLOGIA EM REVISTA
- PSICOLOGIA USP
- PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO
- PSICOLOGIA: PESQUISA E TRÂNSITO
- PSICOLOGIA: TEORIA E PRÁTICA
- PSICO-USF
- PSYCHOLOGY & NEUROSCIENCE
- REVERSO
- REVISTA BRASILEIRA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO HUMANO

- REVISTA BRASILEIRA DE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL
- REVISTA BRASILEIRA DE PSICOLOGIA DO ESPORTE
- REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA COMPORTAMENTAL E COGNITIVA
- REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS
- REVISTA DA ABOP
- REVISTA DA SBPH
- REVISTA DA SPAGESP
- REVISTA DE ETOLOGIA
- REVISTA PSICOLOGIA POLÍTICA
- REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE
- SMAD. REVISTA ELETRÔNICA SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E DROGAS
- TEMAS EM PSICOLOGIA
- VÍNCULO - REVISTA DO NESME

Anexo C

Revistas do SciELO Scientific Electronic Library Online (10 revistas consultadas)

ESTUDOS DE PSICOLOGIA (NATAL)

FRACTAL : REVISTA DE PSICOLOGIA

PSICOLOGIA & SOCIEDADE

PSICOLOGIA CLÍNICA

PSICOLOGIA EM ESTUDO

PSICOLOGIA USP

PSICOLOGIA: REFLEXÃO E CRÍTICA

PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA

REVISTA DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA. UFF

PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS

ANEXO D

Lista dos artigos pesquisados

Autor(es)	Título	Revista	Objetivos	Tipos de transtorno	Citação do termo Personalidade
Abreu & Prada (2005)	Relação entre os condicionamentos operante e respondente no transtorno obsessivo-compulsivo	Estudos de Psicologia (Campinas), 22(3), 225-232 julho – setembro 2005	Analisar sob os pressupostos do behaviorismo radical o caso de uma cliente atendida durante estágio clínico.	TOC	Não cita
Abreu e Prada (2004)	Transtorno de ansiedade obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno da personalidade obsessivo-compulsivo (TPOC): um “diagnóstico” analítico-comportamental	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.6 n.2 São Paulo dez. 2004	Analisar, sob os pressupostos do behaviorismo radical, o caso de uma cliente (com TOC e TOCP) atendida durante o estágio clínico	Personalidade	---
Amazonas et al. (2010)	O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo	Estudos de Psicologia I Campinas I 27(1) I 57-65 I janeiro - março 2010	Verificar o grau de acomodação familiar apresentado por doze mães e dois pais, selecionados por meio da aplicação da Medida de Criticismo	Ansiedade	Apenas cita

			percebido aos pacientes.		
Andrade & Argimon (2006)	Sintomas depressivos e o uso de substâncias psicoativas durante a vida em adolescentes	Rev. bras.ter. cogn. v.2 n.1 Rio de Janeiro jun. 2006	Investigar a associação entre sintomas depressivos e o uso de substâncias psicoativas em adolescentes	Humor	Não cita
Annicchino & Matos (2007)	Ansiedade de separação em adultos com transtorno de pânico: um tratamento cognitivo-comportamental	Estudos de Psicologia (Campinas) 24(1), 33-39 janeiro – março 2007	Avaliar a incidência e a severidade de sintomas de ansiedade de separação e o efeito da terapia cognitivo-comportamental sobre eles.	Pânico	Não cita
Araújo, Nakano, Gouveia (2009)	Prevalência de depressão e ansiedade em detentos	Avaliação Psicológica, 2009, 8(3), pp. 381-390	Investigar sintomas de depressão e ansiedade em dois grupos de presidiários (30 recém chegados ao presídio e 30 antigos)	Humor	Não cita
Argimon, Bicca e Rinaldi (2007)	Transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência	Rev. bras.ter. cogn. v.3 n.1 Rio de Janeiro jun. 2007	Discorrer sobre o tratamento associado, fármacos e Terapia Cognitivo-Comportamental, de uma adolescente	Ansiedade	Não cita

			diagnosticada com TOC		
Azevedo et al. (2003)	Representação mental das relações de apego de um indivíduo diagnosticado com transtorno depressivo maior	Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 20, n. 2, p. 51-62, maio/agosto 2003	Avaliar a representação mental das relações de apego de um indivíduo diagnosticado com transtorno depressivo maior.	Humor	Não cita
Baptista et al. (2007)	Eficiência de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão	PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 8, nº 1, p. 77-88, Jan./Jun. 2007	Averiguar quais tipos de intervenções psicoterápicas são mais eficazes no tratamento da depressão.	Humor	Apenas cita
Baptista, Baptista e Dias (2001)	Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes	Psicol. cienc. prof. v.21 n.2 Brasília jun. 2001	Abordar as influências dos aspectos sociais na relação entre o suporte familiar e a depressão na adolescência.	Humor	Não cita
Barbosa et al. (2008)	Grupo de sala de espera em ambulatório de ansiedade: um estudo exploratório	Rev. bras.ter. cogn. v.4 n.2 Rio de Janeiro dez. 2008	Avaliar, sob a perspectiva dos pacientes, o atendimento em grupo de sala de espera oferecido em um ambulatório de	Ansiedade	Não cita

			transtornos de ansiedade		
Barros et al. (2006)	As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio	Estudos de Psicologia I Campinas I 23(1) I 19-28 I janeiro-março 2006	Verificar as representações sociais da sintomatologia da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio de escolas públicas e privadas da cidade de João Pessoa, PB.	Humor	Não cita
Bittencourt, Oliveira & Souza (2005)	Estudo de relações entre fobia social e uso do álcool	Rev. bras.ter. cogn. v.1 n.2 Rio de Janeiro dez. 2005	Verificar as associações entre dependentes do álcool e a co-morbidade com Fobia Social	Ansiedade	Não cita
Borges et al. (2006)	Depressão e <i>coping</i> em crianças e adolescentes portugueses	Rev. bras.ter. cogn. v.2 n.2 Rio de Janeiro dez. 2006	Analisar a relação da depressão e das estratégias de <i>coping</i> entre si e em função da idade e do gênero	Humor	Não cita
Borges & Angelotti	Ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes classificados como	Rev. estudos de psicologia, puc-campinas, v. 19, n. 3, p. 15-22, setembro/dezembro	Levantar fatores comportamentais, mais especificamente	Ansiedade	Apenas cita

(2002)	portando fatores psicológicos que afetam as condições médicas	2002	ansiedade e depressão, em uma amostra de pacientes classificados como apresentando fatores psicológicos que afetam as condições médicas.		
Brito & Duarte (2004)	Transtorno de pânico e agorafobia: um estudo de caso	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.6 n.2 São Paulo dez. 2004	Intervir nos comportamentos problemáticos de uma cliente de 53 anos com transtorno de pânico	Ansiedade	Não Cita
Burato, Crippa & Loureiro (2009)	Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: uma revisão sistemática	Estudos de Psicologia, 14(2), Maio-Agosto/2009, 167-174	Identificar na literatura indexada, estudos relativos à qualidade técnica de instrumentos psicométricos e experimentais sobre a avaliação dos pensamentos negativos e comportamentos de	Ansiedade	Apenas cita

			segurança associados ao transtorno de ansiedade social.		
Callegaro (2005)	A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente	Rev. bras.ter. cogn. v.1 n.1 Rio de Janeiro jun. 2005	Explorar a utilidade da noção de processamento mental inconsciente quando aplicada a um dos mais recentes desenvolvimentos em terapia cognitiva, a Terapia focada no Esquema (Schema Therapy), de Jeffrey Young	---	---
Cavalcante (1997)	Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental	Psicologia Ciência e Profissão, 1997 17, (2) 2-12	Abordar a depressão de acordo com o referencial teórico da análise do comportamento e discutir alguns sintomas desse fenômeno em relação a conceitos e princípios comportamentais estabelecidos, sem a	Humor	Não cita

			intenção de avaliar estratégias de tratamento		
Calvoso et al. (2005)	Prevalência de sintomas depressivos na perimenopausa	Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2008; 18(3): 339-345	Realizar revisão sistemática de estudos de prevalência dos sintomas depressivos na perimenopausa	Humor	Não cita
Cardoso & Loureiro	Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico	Estudos de Psicologia (Campinas), 22(1) I 5-12 I janeiro – março 2005	Comparar um grupo de crianças sem necessidades especiais que apresentam um alto nível de ansiedade frente ao tratamento odontológico, necessitando de contenção física para a realização do mesmo, a um grupo de crianças que colaboram com o tratamento odontológico.	Ansiedade	Apenas cita
Cavalcanti & Santos	Os efeitos da depressão na percepção visual de contraste em humanos: achados preliminares	Rev. bras.ter. cogn. v.1 n.1 Rio de Janeiro jun. 2005	Caracterizar alterações na percepção visual da forma em portadores de depressão maior,	Humor	Não cita

			utilizando a função de sensibilidade ao contraste (FSC)		
Chaves & Cade (2002)	Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.4 n.1 São Paulo jun. 2002	Verificar a relação entre estratégias de enfrentamento com os estados de ansiedade e de depressão	Humor	Não cita
Cordioli (2008)	A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo	Rev Bras Psiquiatria 2008;30(Supl II):S65-72	Descrever a terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo	Ansiedade	Apenas cita
Cortez; Padovani & Williams (2005)	Terapia de grupo cognitivo-comportamental com agressores conjugais	Estudos de Psicologia (Campinas), 22(1), 13-21, janeiro – março 2005	Avaliar a eficácia de um grupo psicoterapêutico cognitivo-comportamental para agressores conjugais, buscando eliminar ou reduzir sua violência	Humor e Ansiedade	Apenas cita
Costa & Valerio (2008)	Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização,	Temas em Psicologia, v.16, n.1, Ribeirão Preto, jun. 2008	Apresentar apontamentos da literatura a respeito do Transtorno de Personalidade Anti-	Transtorno de Personalidade Anti-Social e Transtorno por uso de	Cita como fator a ser considerado

	comorbidades e desafios ao tratamento		Social e sua relação com o Transtorno por Uso de Substâncias	Substâncias	
Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008)	Inventário de depressão infantil (CDI): análise dos padrões psicométricos	Fractal: Revista de Psicologia, v. 20 - n. 2 p. 473-490 Jul./Dez. 2008	Analisar os parâmetros psicométricos da versão brasileira reduzida do inventário de depressão infantil - CDI e de sua versão original	Humor	Não cita
D'El Rey & Pacini (2006)	Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas	Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 269-275, mai./ago. 2006	Realizar uma breve revisão bibliográfica dos mais importantes modelos e técnicas cognitivas e comportamentais da fobia social.	Ansiedade	Não cita
D'El Rey, Beidel & Pacini (2006)	Tratamento da fobia social generalizada: comparação entre técnicas	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.8 n.1 São Paulo jun. 2006	Comparar o uso de THS com THS e Reestruturação de crenças no tratamento da ansiedade social	Ansiedade	Não Cita
Dias (2009)	A depressão em humanos e outras espécies	Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, Ano 9, nº 3, 582-595, 2009.	Revisar a literatura atual relativa aos modelos animais de depressão humana, usando técnicas de	Humor	Não cita

			‘data mining’ (mineração de dados); e também discutir se seria razoável estender o conceito de depressão a não humanos.		
Dougher & Hackbert (2003)	Uma explicação analítico – comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.5 n.2 São Paulo dez. 2003	Fornecer uma explicação analítico-comportamental da depressão	Humor	Cita ressaltando comorbidade
Duarte; Nunes & Kristensen (2008)	Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa	Rev. bras.ter. cogn. v.4 n.1 Rio de Janeiro jun. 2008	Revisar de forma sistemática o conceito “esquema desadaptativo” no âmbito das TCC	---	---
Farah & Amaral (2008)	O transtorno do pânico e o Rorschach no sistema compreensivo	Boletim de Psicologia, 2008, VOL. LVIII, Nº 128: 103-119	Verificar em que medida os sinais de ansiedade e controle no Psicodiagnóstico de Rorschach na abordagem do Sistema Compreensivo auxiliam na compreensão de pacientes com	Pânico	Apenas cita

			Transtorno de Pânico		
Fernandes et al. (2008)	Eventos aversivos e depressão na adolescência: relato de caso	Rev. bras.ter. cogn. v.4 n.1 Rio de Janeiro jun. 2008	Relatar o caso de uma adolescente de treze anos que vivenciou experiências estressoras e apontar o quanto esses eventos podem contribuir para desenvolvimento de depressão	Humor	Não cita
Figueiredo et al. (2009)	O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.11 n.1 São Paulo jun. 2009	Investigar na literatura científica os resultados obtidos através do uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar	Humor	Apenas Cita
Filho, Teixeira & Dias (2009)	Psicopatia: o construto e sua avaliação	Avaliação Psicológica, 2009, 8(3), pp. 337-346	Fazer uma revisão seletiva da literatura da psicopatia enfocando algumas dificuldades relacionadas ao conceito e sua avaliação.	Transtorno de Personalidade Anti-Social	Cita como fator a ser considerado

Fonseca, Coutinho & Azevedo (2008)	Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão	Psicologia: Reflexão e Crítica, 21(3), 492-498. 2008	Apreender as representações sociais da depressão nos estudantes do curso de psicologia de uma universidade na cidade de João Pessoa-PB	Humor	Não cita
Fontenelle et al. (2010)	O conceito do insight em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo	Revista Brasileira de Psiquiatria • vol 32 • nº 1 • mar 2010 • 77	Atualizar os clínicos sobre a existência de um possível subtipo do transtorno obsessivo-compulsivo caracterizado por pouco insight.	Ansiedade	Cita ressaltando personalidade
Gandini et al (2007)	Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer	Psico-USF, v. 12, n. 1, p. 23-31, jan./jun. 2007	Validar fatorialmente o Inventário de Depressão de Beck – BDI para uma amostra de 208 mulheres com câncer	Humor	Não cita
Gomide (2005)	Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais	Psico-USF, v. 10, n. 2, p. 169-178, jul./dez. 2005	Correlacionar o Inventário de Estilos Parentais de Gomide (IEP) com	Humor	Não cita

			inventários de depressão, estresse e habilidades sociais		
Heldt et al. (2010)	Preditores de recaída no segundo ano após terapia cognitivocomportamental para pacientes com transtorno de pânico	Revista Brasileira de Psiquiatria, 2010	Investigar os preditores de recaída após dois anos de terapia cognitivo-comportamental em grupo breve para pacientes com transtorno do pânico que não responderam ao tratamento farmacológico	Ansiedade	Não cita
Kipper (2009)	O tratamento psicofarmacológico pode mudar traços de personalidade em pacientes com transtorno do pânico?	Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(4):307-13	Avaliar os efeitos do tratamento psicofarmacológico nos padrões de personalidade em pacientes com transtorno do pânico.	Personalidade	---
Levitan, Rangé & Nardi	Habilidades sociais na agorafobia e fobia social	Psicologia: Teoria e Pesquisa 2008, Vol. 24 n. 1, pp. 095-100	Realizar uma revisão da literatura sobre a possível relação do déficit em habilidade	Ansiedade	Apenas cita

(2008)			social com a agorafobia e fobia social.		
Lipp, Pereira & Sadir (2005)	Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional	Rev. bras.ter. cogn. v.1 n.1 Rio de Janeiro jun. 2005	Analisar em uma amostra de 86 adultos de ambos os sexos a presença de crenças irracionais e sua associação com níveis de stress, gênero, idade e estado civil dos respondentes.	Ansiedade	Não cita
Lopes, Santos & Lopes (2008)	Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.10 n.1 São Paulo jun. 2008	Avaliou a eficácia do relaxamento progressivo para o controle da ansiedade e a desesperança em pacientes portadoras de câncer	Ansiedade	Apenas Cita
Maciel & Yoshida (2006)	Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool	Avaliação Psicológica, 2006, 5 (1), 43-54	Investigar os níveis de alexitimia, neuroticismo e depressão em uma amostra masculina, composta por um	Humor	Cita ressaltando comorbidade

			grupo de pacientes ambulatoriais dependentes de álcool e um de não-dependentes		
Magalhães & Loureiro (2005)	Transtorno do pânico: nível de stress e locus de controle	Estudos de Psicologia (Campinas), 22(3), 233-240, julho – setembro 2005	Caracterizar o nível de stress e a percepção de controle sobre os eventos do meio em pacientes com transtorno do pânico em comparação a sujeitos sem distúrbio psiquiátrico.	Pânico	Apenas cita
Manso & Matos (2006)	Depressão, ansiedade e consumo de substâncias em adolescentes	Rev. bras.ter. cogn. v.2 n.1 Rio de Janeiro jun. 2006	Estudar as diferenças de algumas variáveis, tais como gênero, idade e consumo de álcool e tabaco, em relação à depressão e à ansiedade	Humor e Ansiedade	Não cita
Mariano & Guilhardi (2005)	Terapia por contingências de reforçamento: um estudo de caso sobre depressão infantil e “fala alucinatória”	Psicologia: Teoria e Prática – 2005, 7(1): 167-183	Relatar um estudo de caso que ilustra o processo terapêutico, conduzido de acordo com a Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR), com Cacá, 12 anos, e	Humor	Não cita

			os pais		
Matta, Bizarro & Reppold (2009)	Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários	Psico-USF, v. 14, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2009	Verificar as relações entre as crenças irracionais, medidas por meio da Escala de Crenças Irracionais e do Questionário de Crenças Irracionais, os indicadores de neuroticismo, medidos por meio da Escala Fatorial de Neuroticismo e a avaliação de satisfação de vida, mensurada pela Escala de Satisfação de Vida.	Ansiedade	Apenas cita
Mendes & Vandenberg (2009)	O relacionamento terapeuta-cliente no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo	Estudos de Psicologia I Campinas I 26(4) I 545-552 I outubro - dezembro 2009	Levantar a possibilidade de intervenção no transtorno obsessivo compulsivo por meio da psicoterapia analítica funcional.	Ansiedade	Apenas cita

Mitsi, Silveira e Costa (2004)	Treinamento de habilidades sociais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: um levantamento bibliográfico	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.6 n.1 São Paulo jun. 2004	Investigou como, com que frequência e com qual efetividade o THS foi utilizado como tratamento principal de pessoas com TOC.	Ansiedade	Não Cita
Montagnero, Lopes e Galera (2008)	Relação entre traços de ansiedade e atenção através de Tarefas de Stroop	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.10 n.2 São Paulo dez. 2008	Medir o tempo para nomear cores de palvars ameaçadoras na tarefa de stroop	Ansiedade	Apenas Cita
Montiel (2005)	Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico	PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 6, nº 2, p. 33-42, Jul./Dez. 2005	Avaliar a presença de sintomas depressivos em 20 pacientes com transtorno de pânico e correlacionou sua frequência com o nível de ansiedade.	Humor e pânico	Não cita
Neves et al. (1999)	O modelo da equivalência de estímulos na análise de distúrbios de ansiedade: os efeitos da história experimental e da qualidade de estímulos em sujeitos ansiosos e não-	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.1 n.1 São Paulo jun. 1999	Avaliar os efeitos da história experimental e da qualidade de estímulos em sujeitos ansiosos e não-ansiosos	Ansiedade	Não Cita

	ansiosos				
Nunes, Nunes & Hutz (2006)	Uso conjunto de escalas de personalidade e entrevista para identificação de indicadores de transtorno anti-social	Avaliação Psicológica, 2006, 5(2), pp.171-178	Comparar o uso de uma entrevista semi-estruturada e duas escalas objetivas (Escala Fatorial de Extroversão - EFE e Escala Fatorial de Socialização - (EFS) de avaliação da personalidade para a identificação de pessoas com sintomas do transtorno da personalidade anti-social.	Transtorno Anti-social	Cita como fator a ser considerado
Oliveira & Duarte (2004)	Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.6 n.2 São Paulo dez. 2004	Reduzir a ansiedade excessiva em universitários durante exposições orais em sala de aula	Ansiedade	Não Cita
Pereira & Amaral (2004)	Escala de avaliação de depressão para crianças: um estudo de validação	Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 21, n. 1, p. 5-23, janeiro/abril 2004	Realizar um estudo de validação da "Escala de Avaliação de Depressão para Crianças" de Amaral e Barbosa	Humor	Apenas cita

			(1990).		
Paiva et al. (2008)	O Estudo da Comorbidade entre Fobia Social e Álcool	Psicologia em Pesquisa (UFJF) 2(01), 40-45, janeiro-junho de 2008	Verificar a associação entre fobia social e alcoolismo.	Ansiedade social	Não cita
Penido; Fortes & Rangé (2005)	Um estudo investigando as habilidades sociais de pacientes fibromiálgicas	Rev. bras.ter. cogn. v.1 n.2 Rio de Janeiro dez. 2005	Investigar o repertório de habilidades sociais de pacientes fibromiálgicas	Ansiedade e Humor	Apenas cita
Peres & Santos (2006)	Relações entre a personalidade dos pacientes e a sobrevivência após o transplante de medula óssea: revisão da literatura	Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 341-349, mai./ago. 2006	Avaliar de forma sistemática os artigos científicos dedicados à pesquisa das relações entre a personalidade dos pacientes e a sobrevivência pós-transplante de medula óssea	Personalidade	---
Porto (2005)	Orientação de pais de crianças com fobia social	Rev. bras.ter. cogn. v.1 n.1 Rio de Janeiro jun. 2005	Descrever a orientação de pais de crianças com fobia social	Ansiedade	Apenas Cita
Porto, Hermolin & Ventura (2002)	Alterações neuropsicológicas associadas à depressão	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.4 n.1 São Paulo jun. 2002	Descrever as principais alterações cognitivas encontradas	Humor	Cita como fator a ser considerado

			na depressão, bem como as suas correlações com estudos de neuroimagem		
Rangé (2008)	Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos	Estudos de Psicologia I Campinas I 25(4) I 477-486 I outubro - dezembro 2008	Descrever a evolução do conhecimento sobre um tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de pânico e da agorafobia.	Ansiedade	Apenas cita
Schmidt, Piccoloto & Müller (2005)	Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil	Psico-USF, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005	Apresentar uma revisão bibliográfica acerca da depressão pós-parto	Humor	Não cita
Scribel; Sana & Benedetto (2007)	Os esquemas na estruturação do vínculo conjugal	Rev. bras.ter. cogn. v.3 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007	Apresentar a possível aplicação da Teoria dos Esquemas de Young à terapia de casal, focando a influência dos esquemas precoces tanto na escolha do parceiro quanto na estruturação do vínculo conjugal	Humor e ansiedade	---

Shinohara (2006)	O trabalho com sonhos na terapia cognitiva	Rev. bras.ter. cogn. v.2 n.2 Rio de Janeiro dez. 2006	Apresentar, de forma sucinta, algumas elaborações teóricas sobre o modelo cognitivo dos sonhos, assim como propostas de intervenção cognitiva com posterior descrição de um caso clínico, onde o sonho do paciente foi utilizado como principal indício de mudança de crença	---	---
Shinohara (2005)	Transtorno de pânico: da teoria à prática	Rev. bras.ter. cogn. v.1 n.2 Rio de Janeiro dez. 2005	Descrever fatores de desenvolvimento, precipitadores e mantenedores do transtorno de Pânico	Ansiedade	Apenas Cita
Silva & Silva (2007)	Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida	Estudos de Psicologia (Campinas), 24(2), 257-266, abril – junho 2007	Avaliar o resultado do tratamento de controle do stress emocional com a redução e a recidiva das lesões no seu tamanho e extensão	Ansiedade	Cita ressaltando comorbidade
Sousa (2003)	Transtorno de personalidade borderline	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.5 n.2 São	Descrever o Transtorno de	Personalidade	---

	sob uma perspectiva analítico-funcional	Paulo dez. 2003	Personalidade <i>Borderline</i> a partir de uma visão analítico-funcional		
Sousa & Vandenberghe (2007)	Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes boderlines	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.9 n.1 São Paulo jun. 2007	Explorar as possibilidades de aplicação da FAP (Psicoterapia Analítico-Funcional) como metodologia de supervisão	Personalidade	---
Souza et al. (2003)	Ansiedade, depressão e traços de personalidade em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica	Psicologia, saúde & doenças, 2003, 4 (1), 149-162	Descrever o estado às frequências dos traços e estados de ansiedade e a prevalência de depressão em pacientes de doença pulmonar obstrutiva crônica e verificar a variação desses aspectos de acordo com parâmetros de função pulmonar.	Humor	Apenas cita

Thomas & Alchieri (2005)	Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise	Avaliação Psicológica, 4(1), 2005, pp. 57-64	Investigar as variáveis que indicam aderência ou não ao tratamento de Hemodiálise por meio da identificação das principais características de personalidade pelo Inventário Millon de Personalidade (MIPS) na expressão de comportamentos aderentes ao tratamento.	Humor	Cita como fator a ser considerado
Tomaz & Zanini (2009)	Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade	Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(3), 447-454. 2009	Avaliar o uso diferencial de coping e traço de personalidade em pacientes com transtornos alimentares (anorexia, bulimia e TASOE) e com obesidade e em população geral	Personalidade	---
Tomé & Matos (2006)	Depressão, rendimento escolar e estratégias de <i>coping</i> em adolescentes	Rev. bras.ter. cogn. v.2 n.1 Rio de Janeiro jun. 2006	Verificar se os adolescentes com baixo rendimento escolar possuem maior incidência de sintomas	Humor	Não cita

			de depressão e utilizam menos estratégias de <i>coping</i> do que aqueles com rendimento escolar mais elevado		
Vandenberghe & Pitanga (2007)	A análise de sonhos nas terapias cognitivas e comportamentais	Estudos de Psicologia (Campinas), 24(2), 239-246, abril – junho 2007	Fazer uma análise funcional dos sonhos de acordo com a terapia cognitiva e a terapia comportamental	---	Não cita
Vermes & Zamignani (2002)	A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.4 n.2 São Paulo dez. 2002	Avaliar os padrões de resposta envolvidos no TOC	Ansiedade	Não Cita
Vieira, Campos & Fernandez (2009)	Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão	Rev. bras.ter. cogn. v.5 n.1 Rio de Janeiro jun. 2009	Revisar a literatura sobre transtornos de ansiedade na infância e adolescência	Ansiedade	Não cita
Yano, Meyer & Tung (2003)	Modelos de tratamento para o transtorno do	Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 20, n. 3, p. 125-134, setembro/dezembro	Discutir os principais modelos de tratamento para o transtorno do	Ansiedade	Não cita

	pânico	2003	pânico.		
Zamignani & Banaco (2005)	Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.7 n.1 São Paulo jun. 2005	Apresentar uma análise dos transtornos de ansiedade a partir dos pressupostos teóricos do behaviorismo radical de Skinner	Ansiedade	Não cita
Zanin & Valério (2004)	Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de personalidade dependente: relato de caso	Rev. bras.ter. comport. cogn. v.6 n.1 São Paulo jun. 2004	Demonstrar o impacto da intervenção cognitivo-comportamental na redução das queixas características do Transtorno de Personalidade Dependente	Personalidade	---