

Salmo Zugman¹
Carmen Beatriz Neufeld²

Conceitualização cognitiva de um caso de paranóia de Freud

Cognitive conceptualization of a Freud's case of paranoia

RESUMO

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada hoje um tratamento eficaz e baseado em evidências, adjunto aos medicamentos antipsicóticos, para a esquizofrenia. O modelo cognitivo atual para esquizofrenia foi desenvolvido individualmente para os seus sintomas principais: alucinações, delírios e sintomas negativos. Entre os delírios, os persecutórios são os mais frequentemente encontrados entre os pacientes com esquizofrenia. Apesar dos dados de eficácia, é ainda pouco disseminado emprego da TCC para pacientes psicóticos. Este trabalho tem como objetivo fazer uma leitura embasada no modelo cognitivo de um caso de paranoia anteriormente relatado por Freud. O caso escolhido foi selecionado a partir de uma busca nas obras completas de Freud, observando-se os seguintes critérios de inclusão: o paciente deveria apresentar delírios paranoides, ter sido pessoalmente atendido por Freud e apresentar em seu relato dados pessoais suficientes para a confecção da conceitualização cognitiva. Este estudo de revisão identificou as características do modelo cognitivo de Beck, como por exemplo, a importância das distorções cognitivas na manutenção da paranoia, em um caso descrito no início do século XX. Além disso, pode-se concluir que pacientes paranoides representam desafios para terapeutas de várias épocas históricas distintas.

Palavras-chave: caso de Freud; conceitualização cognitiva; paranoia.

ABSTRACT

The cognitive-behavioral therapy (CBT) is now considered an effective and evidence-based adjunct treatment for schizophrenia. The current cognitive model for schizophrenia has been developed individually for their main symptoms: hallucinations, delusions and negative symptoms. The delusions of persecution are the most frequently type found among patients with schizophrenia. Although the efficacy data, it is still little widespread the use of CBT for psychotic patients. This work aims to do a reading based on the cognitive model of a previously reported case of paranoia by Freud. The case chosen was selected from a search of the complete works of Freud, observing the following inclusion criteria: the patient should have paranoid delusions, have been personally treated by Freud and in his account submit personal data sufficient for making the cognitive conceptualization. This revision study identifies characteristics of the cognitive model Beck, for example, the importance of cognitive distortions in maintaining paranoia, in one case described in the early twentieth century. Moreover, one can conclude that paranoid patients pose challenges to therapists of various historical epochs.

Keywords: cognitive conceptualization; Freud's case; paranoia.

¹ Mestrado em farmacologia pela UFPR (Coordenador Ambulatório de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas/UFPR Diretor IPTC - Curitiba - PR - Brasil).

² Doutora em Psicologia pela PUCRS (Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental - LaPICC da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).

Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva.

Correspondência:

Rua Emiliano Pernetá, nº 10, conj. 602. Centro. Curitiba - PR. Brasil. CEP: 80.010-050.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 06 de dezembro de 2011. cod. 76.

Artigo aceito em 24 de agosto de 2012.

DOI: 10.5935/1808-5687.20120007

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos antipsicóticos é essencial para o tratamento da esquizofrenia. Mas está claro que somente os medicamentos não são suficientes para a melhor recuperação dos pacientes e algumas intervenções psicológicas têm demonstrado sua eficácia (Kern, Glynn, Horan & Marder, 2009). Entre elas destacam-se o treinamento de habilidades sociais, as intervenções familiares, a remediação cognitiva e a terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Os modelos cognitivos para esquizofrenia, igualmente a vários outros transtornos, estão baseados no modelo de Aaron Beck para a depressão (Beck & Rector, 2005). Os sintomas principais da esquizofrenia são os delírios, as alucinações, as desordens de pensamento e os sintomas negativos (John, Khanna, Thennarasu & Reddy, 2003). Devido ao grau de heterogeneidade das apresentações dos quadros de esquizofrenia, os modelos e as intervenções cognitivas e comportamentais foram desenvolvidos para cada um dos tipos dos sintomas separadamente.

Os modelos cognitivos atuais dos delírios estão baseados na hipótese de que eventos de vida negativos, geralmente interpessoais, ativam crenças disfuncionais pré-existentes. Muitas delas relacionadas com preocupações rotineiras, tais como de ser enganado, rejeitado ou manipulado (Beck & Rector, 2002). Distorções cognitivas e de processamento das informações estão presentes na manutenção dos delírios paranoides. Algumas dessas distorções cognitivas são comuns em outros transtornos mentais, tais como a atenção seletiva, o pensamento dicotômico e a catastrofização. Outros são mais frequentemente encontrados em pacientes delirantes: o viés de egocentricidade, o viés de externalização e o viés de intencionalidade.

Além disso, os delírios não são vistos como representações discretas, qualitativamente diferentes das crenças funcionais (Kington & Turkington, 1991). Eles podem ser caracterizados pela presença de dimensões ou características relevantes que as diferenciariam do pensamento normal. De acordo com a quantidade presente dessas características, ocorre um aumento da probabilidade da existência de um delírio (Oltmanns, 1988). São destacadas como dimensões de uma crença para serem avaliadas como delírio: a plausibilidade, a convicção, o nível de preocupação, a rigidez, o envolvimento de referências pessoais e o nível de sofrimento e de interferência nas atividades diárias. Esta complexidade multidimensional da experiência delirante torna necessária uma abordagem individualizada para o entendimento de cada paciente em particular (Garety & Hemsley, 1994).

O conteúdo dos delírios é influenciado pela conjuntura sociopolítica, mídia e inovações tecnológicas (Sher, 2000; Eytan, Liberek, Graf & Golaz, 2002). Entre os delírios, os persecutórios são os mais frequentemente relatados nos quadros de psicoses em diversos países. (Sartorius, Shapiro

& Jablensky, 1974; Cannon & Kramer, 2011). Os delírios não podem mais ser vistos como incompreensíveis e a convicção com que são mantidos em cada caso pode variar com o tempo e como resultado das intervenções cognitivas (Kingdon, Turkington & John, 1994).

A psicanálise foi pioneira no esforço de compreensão do aparecimento de transtornos mentais a partir de causas psicológicas. Sigmund Freud ficou conhecido por ter desenvolvido muitos conceitos psicanalíticos a partir de estudos de obras literárias ou de casos reais. Em sua vasta obra encontramos a análise psicológica de muitos pacientes psicóticos (Rosenfeld, 1969).

Neste sentido, o presente trabalho visa buscar conceitualizar cognitivamente um caso atendido por Freud. Tal proposta justifica-se justamente devido ao pioneirismo de Freud em atender e buscar compreender a psicose do ponto de vista psicológico. Considerando diferentes modelos teóricos (a TCC e a Psicanálise) o presente trabalho objetiva verificar a plausibilidade de utilização dos conceitos da TCC em um caso descrito no início do século XX, e a partir disso, lançar um novo olhar, uma nova perspectiva de compreensão sobre o mesmo caso anteriormente descrito.

MÉTODO

O caso foi escolhido a partir de uma busca pela palavra chave “paranoia” na edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Imago, 2000). Como critérios de inclusão foram considerados os relatos de pacientes atendidos pelo próprio Freud, excluindo a análise de personagens de ficção como a Gradiva ou relatos autobiográficos como o do caso Schereber. Por fim, foram incluídos os casos apresentados com um maior número de dados biográficos e descrição fenomenológica mais apurada dos sintomas visando permitir uma melhor formulação cognitiva do quadro.

Foram encontrados seis casos e o relato escolhido foi “Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença” (Freud, 1915). Trata-se de um caso que Freud pessoalmente atendeu, não para tratamento, mas com a finalidade de um esclarecimento diagnóstico. Uma perícia, como poderia ser dito nos dias de hoje, a pedido de um advogado conhecido de Freud. Para fundamentar seu parecer, Freud descreveu de forma mais detalhada os dados de vida e da apresentação do caso. Inclusive em seu relato de caso ele aconselha os profissionais em saúde mental a serem bastante cuidadosos nas anamneses de seus pacientes. O caso também chamou a atenção de Freud por aparentar, inicialmente, ir contra a sua teoria de que a paranoia se desenvolveria a partir da repressão de instintos homossexuais inconscientes, pois a paciente estudada era do sexo feminino e sua perseguição estava focada em um indivíduo do sexo masculino. A escolha deste caso para este estudo também repousa sobre o fato de que este se trata do primeiro caso de paranoia com conteúdo relacionado a um aparelho

tecnológico descrito na literatura científica. A utilização de uma máquina fotográfica portátil para uma posterior divulgação de imagens comprometedoras.

A seguir será apresentado o caso de paranoia de Freud. Esta seção trata-se de uma livre adaptação do texto original. Posteriormente o caso será conceitualizado a partir dos modelos cognitivos de Beck dos delírios persecutórios.

RELATO DO CASO

Uma jovem solteira de 30 anos de idade foi encaminhada por seu advogado para ser examinada. O advogado considerou muito fantasioso as alegações da sua cliente em potencial e precisava estar seguro da realidade das acusações antes de aceitar o seu caso. Sendo assim exigiu uma avaliação prévia com um perito em saúde mental e foi assim que a paciente veio parar no consultório de Freud.

A realização de duas entrevistas foi suficiente para Freud diagnosticar-la como um caso com de paranoia e caracterizar as alegações da moça como fruto de delírio e não da realidade. Na primeira entrevista a moça compareceu acompanhada de seu advogado. Para a segunda, ela compareceu desacompanhada, atendendo a uma solicitação de Freud, que dessa forma esperava facilitar a coleta de informações.

Freud considerou a moça muito atraente, realmente bela e que parecia mais jovem do que era na verdade. Possuía um tipo marcadamente feminino. Pareceu-lhe evidente que ela se ressentia de ter que comparecer para a entrevista médica, não se dando ao trabalho de esconder sua relutância e desconfiança em relação ao examinador. Entretanto, não demonstrou qualquer acanhamento ou vergonha, por estar na presença de um estranho, para contar aspectos íntimos da sua experiência. Mostrou-se inteiramente dominada pela ansiedade provocada pela situação. Também trouxe consigo as cartas como uma tentativa de comprovar suspeitas que mantinha contra um rapaz ao qual acusava de tentar destruir sua reputação.

A moça relatou que exercia por muitos anos uma função de responsabilidade em uma grande empresa comercial de Viena e era apreciada por seus supervisores. Órfã de pai e sem irmãos, vivia com a mãe idosa, de quem era a única fonte de sustento. Ela havia procurado um advogado para solicitar uma medida de proteção contra assédio moral por parte de um colega seu de trabalho, com quem havia mantido uma aventura amorosa. Ele abusara de sua confiança e agora mantinha em seu poder fotografias comprometedoras. Caso elas fossem exibidas, ficaria desonrada e seria obrigada a pedir demissão de seu emprego.

Relatou que não havia tido experiência anterior com rapazes. Mas que há pouco tempo passou a corresponder às atenções de um colega de trabalho culto e atraente. Por motivos externos, o casamento estava fora de cogitação. Mesmo assim o rapaz insistira para que mantivessem relações sexuais. Ele

alegara que seria injusto ambos abdicarem, por razões sociais, de desfrutar de algo que iria enriquecer-lhes a vida. Ela por fim acabou concordando, após ele prometer não lhe expor a qualquer risco.

Ela o visitou em seu apartamento de solteiro após o horário de trabalho, onde se abraçaram e se beijaram. Quando já estava parcialmente desnuda deitada ao lado do rapaz, com os seios a mostra, ela ouviu um estalido repentino. Ela interrompe o que estavam fazendo e exige uma explicação para o significado daquele barulho. O ruído parecia ter vindo de um espaço coberto por uma cortina entre a escrivaninha e a janela, aos pés da cama. O rapaz respondeu que o estalido viera provavelmente de um relógio despertador que estava sobre a escrivaninha. A moça não aceitou a explicação do rapaz e deixou abruptamente seu quarto, antes de chegarem a manter uma relação sexual completa.

Ao sair, ela encontra dois homens na escada ao lado, que murmuraram algo entre si enquanto passava por eles rumo à saída da residência. Um dos estranhos carregava uma pequena caixa em um embrulho tampado que aparentemente procurava esconder. Durante a caminhada para sua moradia se preocupou: “A caixa poderia muito bem ser uma máquina fotográfica e o homem, um fotógrafo que ficara escondido por detrás da cortina enquanto estava no quarto.” “Ele agiu segundo as instruções do rapaz e observou e fotografou a nossa relação íntima”, “O estalido fora o ruído do obturador da máquina; a fotografia foi tirada tão logo ele me viu com os seios desnudos” e “Ele deseja me registrar em posições particularmente comprometedoras, para depois poder me chantagear”.

Ela passou então a procurar e assediar o rapaz com recriações e pedidos de explicações e garantias. Não apenas quando se encontravam, mas também por correspondência. Ele tentou convencê-la de sua sinceridade e que suas desconfianças eram inteiramente sem fundamento. Posteriormente por carta, com expressões de pesar pelas ideias dela, que caracterizava como mórbidas, ele pôs fim ao relacionamento. Foi quando então, insegura, ela buscou a proteção da lei através de um advogado bastante renomado. Este foi o relato da moça contado durante a primeira entrevista. Na verdade Freud já havia considerado bastante razoável as alegações contidas nas cartas escritas pelo rapaz. Também para Freud, o ruído de estalido não fora de um clique de uma máquina fotográfica e muito menos de um tique-taque de um relógio sobre a escrivaninha, mas sim resultante da percepção da excitação clitoriana pela própria moça naquela ocasião.

Freud conseguiu que a jovem prestasse informações adicionais em uma segunda entrevista, desta vez sem a presença do advogado. Ficou então sabendo que, na verdade, ela já visitara os aposentos do rapaz em uma oportunidade anterior. Nessa visita não acontecera nada digno de nota entre eles entre eles. Apenas conhecera o local. Mas no dia seguinte ao da sua primeira visita, o jovem apareceu de maneira inesperada na repartição em que ela trabalhava. Pretensamente

para discutir um assunto de natureza comercial com a gerente superior sua e conversaram em voz baixa. A gerente de seu departamento era uma senhora idosa e de cabelos brancos. A moça se considerava como sendo de sua predileção especial. Ela então teve os seguintes pensamentos: "Ele está lhe falando de minha visita ao seu quarto no dia de ontem". "Ele traiu a minha confiança", "Agora ela sabe de nosso relacionamento secreto" e "Nossa, eles também estão tendo um caso" e "Ela vai ficar com ciúmes de mim, ela vai querer o meu mal".

Durante o resto do expediente daquele dia, passou a observar as conversas e a conduta de sua gerente, para confirmar ou não as suas suspeitas. Sem demora chegou à conclusão que a chefe demonstrava descaradamente sua desaprovação contra si mediante insinuações misteriosas, que somente ela percebia. Na primeira oportunidade após o trabalho, recriminou o rapaz por sua traição de tê-la exposto à gerente. Ele respondeu que a acusação era sem fundamento e conseguiu tranquilizá-la com juras de amor. Ela então recuperou a sua confiança no rapaz e acabou por concordar em visitá-lo em uma segunda oportunidade algumas semanas depois. Visita esta que desencadeou as situações que a convenceram a buscar um advogado.

Freud considerou a sua entrevista bastante proveitosa e sublinhou a necessidade de serem realizadas quantas entrevistas forem necessárias para se chegar a uma conclusão criteriosa. Para Freud, o fato de que por trás da perseguição do rapaz estar presente também a perseguição de sua suposta amante, sua gerente e substituta materna, confirmava a teoria da importância dos instintos homossexuais reprimidos para a gênese dos delírios da paranoia.

DISCUSSÃO

Não foram relatadas as presenças de alucinações ou de sintomas negativos, sendo que se poderia hipotetizar que o quadro atualmente seria considerado como um Transtorno Delirante Persistente (OMS, 1993). Segundo o modelo cognitivo atual, os sintomas psicóticos se originam a partir da interação recíproca de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Entre esses fatores constam déficits da capacidade do processamento de informações, alterações da reatividade autonômica, limitações da capacidade de enfrentamento e de competência social, eventos discretos de vida e influencia constantes de estressores ambientais (Nuechterlein & Dawson, 1984).

Estímulos internos ou externos, suficientemente importantes para romper os limites individuais de resistência, estão relacionados com o desencadeamento de crises psicóticas (Zubin & Spring, 1977). Eventos de vida importantes, tais como iniciar um trabalho, luto, sair de casa, se apaixonar e o uso de drogas já foram identificados como potenciais desencadeadores de crises psicóticas agudas. Influências ambientais negativas e constantes, como críticas e isolamento social, também estão descritas como fatores precipitantes (Warner & Atkinson, 1988).

Sintomas de ansiedade, depressão e irritabilidade antecedem na maioria dos casos de duas a quatro semanas o desencadeamento de um surto psicótico (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler & Bebbington, 2002).

Entre os fatores de vulnerabilidade biológica se encontram causas genéticas e insultos pré e perinatais. Traumas emocionais na infância, tais como abuso e negligência estão associados com uma incidência maior de esquizofrenia (Read, van Os, Morrison & Ross, 2005). Aspectos de personalidade pré-mórbidos, de ajustamento social e dificuldades cognitivas também já foram implicados como fatores de risco para o desenvolvimento de psicoses (Malmberg, Lewis, David & Allebeck, 1998; Woodberry, Giuliano & Seidman, 2008).

O delírio persecutório resulta da ativação de crenças disfuncionais pré-existentes em um ambiente geralmente desfavorável (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001). Para a gênese e a manutenção do delírio paranoide foram identificadas a atuação de diversas distorções cognitivas e uma tríade cognitiva já foi descrita nesses casos por Beck e Rector, (2005). Segundo os autores, o paranoico vê a si mesmo como fraco e vulnerável. As pessoas são vistas como manipuladores, mal intencionadas e não confiáveis. O mundo é visto como perigoso, sendo então necessárias medidas de proteção. Freeman (2007) ressalta ainda que também é típico dos quadros psicóticos o processamento cognitivo insuficiente, a ausência de explicações alternativas e o teste de realidade atenuado estão implicados na manutenção dos delírios.

No caso, a moça apresentava as seguintes vulnerabilidades: ser órfã de pai e sem experiência anterior de relacionamentos com outros homens. Possuir um cargo de alguma responsabilidade em uma grande firma na área urbana de Viena e ser arrimo de família são fatores ambientais mais recentes. Sendo solteira e não mais tão jovem, a visita ao quarto de um colega de trabalho solteiro, pode ser vista como um evento significativo de sua vida, principalmente considerando a época em que o relato ocorreu (início do século XX). O fato de não ter amparo social para seu relacionamento poderia resultar na ativação de crenças disfuncionais até então dormentes. A moça poderia então desconfiar que existisse uma segunda intenção por trás do convite do rapaz para manterem um relacionamento amoroso.

Várias distorções podem controlar os processos cognitivos envolvidos na formação e manutenção dos delírios. Alguns como a atenção seletiva e o pensamento dicotômico estão também atuantes em diversos quadros emocionais (Beck, 1987). Outros foram estudados mais especificamente como ativos nos transtornos delirantes: a externalização, a egocentricidade e a intencionalidade são as distorções mais frequentemente descritas nestes casos. Elas atuam de forma complementar na criação dos delírios persecutórios (Beck & Rector, 2005).

O viés de externalização atribui a terceiros a causa de eventos negativos sofridos. Ele pode ser visto então como um mecanismo que favorece a manutenção da uma autoestima positiva perante principalmente adversidades sociais (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001). Também experiências internas, como pensamentos obsessivos e sensações somáticas, são atribuídas a agentes externos. Foram descritos dois tipos de paranoia, tendo em vista a presença ou não de uma defesa para o “*self*” (Trower & Chadwick, 1995). A “*bad me*” (eu mau) paranoia, onde o sujeito considera ser justificada a perseguição a que está sendo submetido e que estaria associado a uma baixa autoestima e depressão. Já no caso da “*poor me*” (pobre de mim) paranoia, o sujeito considera injusta a perseguição sofrida e apresenta uma maior autoestima e menos depressão aparente. Por exemplo, a moça atribuiu ao rapaz ter lhe arrastado a uma aventura amorosa e à concordância em encontrá-lo em seus aposentos de solteiro. Assim, ele teria abusado de sua confiança ao lhe prometer que não lhe exporia a qualquer risco.

O viés de egocentricidade faz com que o paranoico se veja constantemente em seu ambiente como o centro das atenções. Eventos irrelevantes são percebidos como importantes ao *self*. Nenhum acontecimento é percebido como fortuito ou só uma coincidência (Beck & Rector, 2002). Para a moça, a presença inesperada do rapaz em seu local de trabalho para conversar em voz baixa com sua gerente e a dos dois homens na escada murmurando algo, são exemplos de eventos que foram interpretados como diretamente relacionados à sua pessoa.

Pessoas com o viés da intencionalidade acreditam que os comportamentos dos demais sempre estão baseados em alguma intenção, geralmente malévolas, contra si (Beck & Rector, 2002). Pacientes delirantes tendem a atribuir significados negativos a estímulos neutros ou ambíguos (Hotl, Titone, Long, Goff, Cather, Rauch, Judge & Kuperberg, 2006). No caso estudado, a intenção por trás do convite do colega de trabalho era lhe desmoralizar publicamente e forçar a moça a pedir demissão de seu emprego. A raiva e a ansiedade resultantes fizeram com que a moça recriminasse intensamente o rapaz e buscasse o auxílio de um advogado contra um suposto assédio moral. Essas tentativas de evitar o resultado temido poderiam ser entendidas como comportamentos de segurança, semelhante aos encontrados nos transtornos de ansiedade (Morrison, 2001).

Um estilo de raciocínio que conta com consistentes evidências empíricas para a gênese e a manutenção dos delírios paranoides é o “salto para conclusão” (*jump to conclusion*) (Huq, Garety & Hemsley, 1988). Os pacientes com delírios utilizam menos informações que sujeitos controles para alcançar uma decisão sobre alguma situação. A aceitação de uma hipótese é mais rápida, mesmo com pouca evidência que a corrobore. Já foi argumentado que esse estilo de raciocínio estaria associado a uma tendência de se buscar menos informações;

antes de se chegar a alguma conclusão (Garety & Freeman, 1999). O “salto para conclusão” dificulta a capacidade de gerar e considerar explicações alternativas ao pensamento delirante, independente de serem plausíveis ou não para as demais pessoas (Freeman, 2007). A falta de aceitação social para suas explicações é o que distingue a paranoia de outros transtornos mentais não delirantes (Morrison, 2001).

O salto para conclusão está associado a uma maior convicção do delírio (Garety, Freeman, Jolley, Bebbington, Kuipers, Dunn, Fowler & Dudley, 2005) e quanto maior a importância emocional da questão envolvida, maior a chance da aceitação de explicações não plausíveis (Young & Bentall, 1997). Além disso, a presença de um prejuízo do teste de realidade prejudica o descarte das explicações disfuncionais (Beck & Rector, 2005), como por exemplo, as relacionadas com causas sobrenaturais ou com as tecnologias de ponta. A câmara fotográfica portátil foi criada nos EUA por George Eastman em 1888. A demanda da moça está baseada na utilização de uma máquina fotográfica por um homem escondido atrás de uma cortina enquanto encontrava-se parcialmente desnuda no quarto de um rapaz solteiro. Como evidência ela apresentou o ruído ouvido no aposento e a presença de dois homens na saída do apartamento, portando uma caixa em um embrulho.

Os pensamentos da moça: “Ele está falando da nossa aventura para minha gerente”, “Ela me desaprova pelo que fiz” e “Ele contratou esses homens para me fotografar e me desmoralizar” podem fazer parte de um diagrama de conceitualização cognitiva. As crenças centrais são as da tríade geral da paranoia (Beck & Rector, 2005): “Sou vulnerável às más intenções de outras pessoas”, “As pessoas não são confiáveis” e “O mundo é perigoso”. Para completar a conceitualização cognitiva e orientar a terapêutica é necessária a identificação das crenças condicionais subjacentes (Beck, 1995).

A literatura pode ser de auxílio neste ponto, uma vez que o relato de Freud não daria suporte literal para a dedução de crenças condicionais subjacentes. Em um estudo, que aplicou a Escala de Atitudes Disfuncionais (Weissman & Beck, 1978) em pacientes com delírios, a gravidade da ideação paranoica foi associada com os componentes da escala relacionados com a necessidade de aprovação (Rector, 2004). Essa associação foi replicada recentemente em um estudo que também demonstrou uma interação entre um autoconceito negativo interpessoal e crenças disfuncionais de aprovação na paranoia (Lincoln, Mehl, Ziegler, Kesting, Exner, & Rief, 2010). É possível inferir, baseado na literatura, que as crenças subjacentes condicionais específicas para o caso seriam: “Para ser aceita por pessoas importantes, eu preciso fazer tudo o que elas me pedem”, “Se eu demonstrar fraqueza, as pessoas vão fazer qualquer coisa para me machucar” e “Se alguma coisa der errada, eu é que serei a responsabilizada”. Após a construção de uma forte aliança terapêutica, essas hipóteses podem ser discutidas com os pacientes (Rathod, Phiri & Kingdon, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente mais de 30 estudos já foram publicados demonstrando a eficácia da TCC para a esquizofrenia e as revisões sistemáticas confirmam tais evidências (Barreto & Elkis, 2007). Uma metanálise recente demonstrou uma magnitude de efeito positiva (0,40, intervalo de confiança 95%: 0,252 - 0,548 e $p \leq 0,5$) para sintomas positivos, negativos, humor, funcionamento e ansiedade social quando considerados em separado (Wykes, Stell, Everitt & Tarrier, 2008). O estudo também demonstrou que a melhora em um domínio estava correlacionado com melhora nos demais domínios de sintomas. Por exemplo, a melhora dos sintomas positivos estava correlacionada com uma melhora dos sintomas negativos ($R = 0,83$, $p \leq 0,001$, $N = 23$). Tais correlações sugerem um impacto positivo maior sobre a esquizofrenia como um todo, do que sobre cada sintoma em particular. Entretanto quando considerados apenas os estudos mais rigorosos, aqueles em que os pesquisadores mais seguramente desconheciam quais pacientes receberam TCC e quais o tratamento usual, ocorreu uma diminuição da magnitude de efeito da TCC para os sintomas positivos (0,223, intervalo de confiança 95%: 0,017 - 0,428) e os efeitos sobre os demais domínios perderam a significância.

Apesar de moderados, tais resultados justificam a inclusão da TCC nas orientações clínicas oficiais mais recentes na Inglaterra (NICE, 2009) e nos Estados Unidos (Kreyenbuhl, Buchanan, & Dickerson, 2010) como tratamento adjunto eficaz para esquizofrenia. Nessas orientações a TCC é indicada principalmente para quando a remissão dos delírios é parcial, permanecendo um grau importante de sofrimento para o paciente, apesar do uso correto dos medicamentos.

As intervenções cognitivas em esquizofrenia foram desenvolvidas de forma pragmática e buscam basear-se em dados de pesquisas (Garety, Freeman, Jolley, Ross, Waller & Dunn, 2011). Os delírios adaptam-se à realidade histórica e cultural dos indivíduos, o que os tornam passíveis de compreensão a partir do contexto interpessoal dos pacientes (Kuller & Bjorgvinsson, 2010). O conteúdo dos delírios tende a refletir preocupações diárias dos pacientes e as crenças que antecedem suas manifestações. O antecedente proximal de um delírio paranoide pode incluir medo de retaliação por ter feito algo ofensivo a uma pessoa ou um grupo de pessoas (Rector & Beck, 2002). Nesse sentido, por exemplo, um interesse prévio em novas tecnologias pode-se manifestar através de delírios referentes à internet (Bell, Grech, Maiden, Halligan & Ellis, 2005). A conceitualização cognitiva propicia uma maior compreensão sobre os fatores de manutenção de cada caso particular de delírio. Mas os mecanismos cognitivos para o desencadeamento de um quadro delirante ainda não foram esclarecidos (Turkington, Dudley, Warman & Beck, 2004). Por exemplo, é desconhecido por que as inovações tecnológicas podem ser incorporadas nos conteúdos delirantes (Tausk, 1933; Dugall, Jagadheesan & Nizamie, 2002).

A releitura cognitiva de um caso de Freud mostrou a surpreendente atualidade das dificuldades da paciente. Se ela fosse transportada para nosso século, provavelmente enfrentaria problemas de relacionamentos semelhantes no ambiente competitivo das grandes empresas atuais. Também poderia ter dificuldades de adaptação com as constantes inovações tecnológicas. Caso ficasse delirante, a câmara fotográfica implicada poderia ser a de um celular e o meio de divulgação a internet. O trabalho de Freud foi pioneiro ao demonstrar que os delírios, por mais absurdos que parecessem, poderiam se tornar compreensíveis. Cabe aos pesquisadores atuais dar continuidade ao trabalho de compreensão das psicoses e de desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas eficazes. Nesse sentido os estudos da TCC parecem estar contribuindo significativamente para elucidar cada vez mais as demandas destes sintomas.

REFERÊNCIAS

- Barreto, E., & Elkis, H. (2007). Evidências de eficácia da terapia cognitivo-comportamental na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (suppl. 2), 204-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000800011>
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beck, A.T. & Rector N.A. (2002). Delusions: a cognitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, 455-468.
- Beck, A.T. & Rector N.A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 577-606. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205>
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bentall, R.P.; Corcoran, R.; Howard, R.; Blackwood, N. & Kinderman, P. (2001). *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00106-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00106-4)
- Bell, V.; Grech, E.; Maiden, C.; Halligan P.W. & Ellis, H.D. (2005). Internet delusions: a case series and theoretical integration. *Psychopathology*, 38, 144-150. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000085845>
- Cannon, B.J. & Kramer L.M. (2011). Delusion content across the 20th century in an American psychiatric hospital. *The International Journal of Social Psychiatry*, March 18, [Epub ahead of print].
- Dugall, H.S.; Jagadheesan, K. & Nizamie, H. (2002). Internet delusion responsive to cognitive therapy. *Indian Journal of Psychiatry*, 44, 293-296.
- Eytan, A., Liberek, C., Graf, I. & Golaz J. (2002). Electronic chips implant: a new culture-bound syndrome? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65, 72-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.65.1.72.19761>
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27, 425-457. PMID: 17258852 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>
- Freeman, D.; Garety, P.A.; Kuipers, E.; Fowler, D. & Bebbington, P.E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331-347. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466502760387461>

- Freud, S. (1915). Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol 14, pp. 267-284). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (2000). Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Garety, P. A. & Freeman, D. (1999). Cognitives approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466599162700>
- Garety, P.A.; Freeman, D.; Jolley, S.; Bebbington, P.E.; Kuipers, E.; Dunn, G.; Fowler, D.G. & Dudley, R. (2005). Reasoning, emotions and delusional conviction in psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 373-384. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.114.3.373>
- Garety, P.; Freeman, D.; Jolley, S.; Ross, K.; Waller H. & Dunn, G. (2011). Jumping to conclusions: the psychology of delusional reasoning. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17, 332-339. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.109.007104>
- Garety, P & Hemsley D.R. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford University Press, Oxford U.K.
- Garety, P.A.; Kuipers, E.; Fowler, D.; Freeman, D & Bebbington P.E. (2001). A cognitive model of positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Holt, D.A.; Titone, D.; Long, S.L.; Goff, D.C; Cather, C.; Rauch, S.L.; Judge, A. & Kuperberg, G.R. (2006). The misattribution of salience in delusional patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 83, 247-256. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.12.858>
- Huq, S.F.; Garety, P.A. & Hemsley, D.R. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, 40, 801-812. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14640748808402300>
- John, J.P.; Khanna S.; Thennarasu K. & Reddy S. (2003). Exploration of dimensions of psychopathology in neuroleptic-naive patients with recent-onset schizophrenia/schizophreniform disorder. *Psychiatry Research*, 121, 11-20. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00199-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00199-9)
- Kern, R.S.; Glynn, S.M.; Horan, W.P. & Marder S.R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347-361. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbn177>
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. A preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 207-211.
- Kingdon, D.; Turkington, D. & John, C. (1994). Cognitive behavior therapy of schizophrenia: the amenability of delusions and hallucinations to reasoning. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 581-587. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.164.5.581>
- Kreyenbuhl J.; Buchanan R.W. & Dickerson F.B. (2010). The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 94-103. PMID: 19955388 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbp130>
- Kuller, A. M. & Bjorgvinsson, T. (2010). Cognitive behavioral therapy with a paranoid schizophrenic patient. *Clinical Cases Studies*, 9, 311-327. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1534650110383009>
- Lincoln, T.M.; Mehl, S.; Ziegler, M.; Kesting, M.L.; Exner, C. & Rief, W. (2010). Is fear of others linked to an uncertain sense of self? The relevance of self-worth, interpersonal self-concepts and dysfunctional beliefs to paranóia. *Behavior Therapy*, 41, 187-197. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.004>
- Malmberg, A.; Lewis, G.; David, A. & Allebeck, P. (1998). Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 308-313. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.172.4.308>
- Morrison, A.P. (2001). The interpretations of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- National Institute for Clinical Excellence (2009). *Clinical guideline: schizophrenia (CG1)*. London: Department of Health.
- Nuechterlein, K.M. & Dawson, M.E. (1984). A heuristic/vulnerability stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/10.2.300>
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oltmanns, T. F. (1988). *Approaches to the definition and study of delusions*. Em Oltmanns, T. F. & Maher, B. A. (Eds). *Delusional beliefs*. Wiley, New York.
- Rathod, S., Phiri, P & Kingdon, D. (2010). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 527-536. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.009>
- Read, J.; van Os, J.; Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Rector, N. A. (2004). Dysfunctional attitudes and symptom expression in schizophrenia: Differential associations with paranoid delusions and negative symptoms. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 163-173. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/jcop.18.2.163.65959>
- Rector, N. A. & Beck, A.T. (2002). Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 39-48.
- Rosenfeld, H. (1969). On the treatment of psychotic states by psychoanalysis: an historical approach. *The International Journal of Psychoanalysis*, 50, 615-631.
- Sartorius, N.; Shapiro, R. & Jablensky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 21-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/1.11.21>
- Sher, L. (2000). Sociopolitical events and technical innovations may affect the content of delusions and the course of psychotic disorders. *Medical Hypotheses*, 55, 507-509. DOI: <http://dx.doi.org/10.1054/mehy.2000.1102>
- Tausk, V. (1933). On the origin of the "influencing machine" in schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 519-556.
- Trower P. & Chadwick P. (1995). Pathways to Defense of the Self: A Theory of Two Types of Paranoia. *Clinical Psychology: Theory and Practice*, 2, 263-278. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00044.x>
- Turkington, D.; Dudley, R.; Warman, D.M. & Beck, A.T. (2004). Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia: a review. *Journal of Psychiatry Practice*, 10, 5-16.

- Warner, R. & Atkinson, M. (1988). The relationship between schizophrenic patient's perception of their parents and the cause of their illness. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 344-353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.153.3.344>
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scales. Paper presented at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Woodberry, K.A.; Giuliano, A.J. & Seidman, L.J. (2008). Premorbid IQ in schizophrenia: a meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry*. 165, 579-587. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081242>
- Wykes, T.; Stell, C.; Everitt, B. & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbm114>
- Young, H.F. & Bentall, R.P. (1997). Probabilistic reasoning in deluded, depressed and normal subjects: effects of task difficulty and meaningful versus non-meaningful material. *Psychological Medicine*, 27, 455-465.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new model of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>