



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSICOTERAPIA

AS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS COMO
TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE DO
CLUSTER C: UMA REVISÃO NARRATIVA

JOSÉ DANTAS DE GÓES FILHO

ORIENTAÇÃO: CAROLINA BLAYA DREHER

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de
Residência Médica em Psicoterapia do
Hospital das Clínicas de Porto Alegre
como requisito parcial à obtenção de
certificado de conclusão de curso.

Porto Alegre, 24 de Fevereiro de 2023

CIP - Catalogação na Publicação

Góes Filho, José Dantas

As Terapias Cognitivo-Comportamentais como
Tratamento dos Transtornos de Personalidade do Cluster
C: Uma Revisão Narrativa / José Dantas Góes Filho. --
2023.

19 f.

Orientador: Carolina Blaya Dreher.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência
Médica em Psicoterapia, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Transtornos de Personalidade. 2. Cluster C. 3.
Terapia Cognitivo-Comportamental. 4. Terapia do
Esquema. 5. Terapia Dialética Comportamental
Radicalmente Aberta. I. Dreher, Carolina Blaya,
orient. II. Título.

IDENTIFICAÇÃO

Médico Residente: José Dantas de Góes Filho

Orientadora: Dra. Carolina Blaya Dreher

Palavras-Chave (Descritores em Ciências da Saúde): Transtornos de Personalidade, Cluster C, Terapia Cognitivo-Comportamental, TCC, Terapia do Esquema, Terapia Dialética-Comportamental Radicalmente Aberta, Transtorno de personalidade Dependente, Transtorno de Personalidade Evitativa, Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva.

APRESENTAÇÃO

Este projeto foi desenvolvido como parte dos requisitos para a conclusão do Programa de Residência Médica em Psicoterapia do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, o qual exige que ao final do período de formação que cada residente apresente um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

A escolha do tema deu-se em função da percepção de que não há protocolos ou formas de tratamento direcionados aos Transtornos de Personalidade do Cluster C sob o paradigma da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) que sejam amplamente difundidos ou de fácil acesso pelos profissionais de Saúde na literatura especializada. Dessa forma, seria oportuna uma referência que contemplasse os mesmos de forma resumida e que os comparasse entre si, possibilitando ao profissional de Saúde Mental uma avaliação crítica sobre as técnicas e construtos teóricos desenvolvidos na área para aplicação em benefício deste grupo de pacientes.

INTRODUÇÃO

Os Transtornos de Personalidade são um grupo de transtornos mentais em que experiências subjetivas e comportamentos disfuncionais ocorrem de forma persistente e inflexível a partir de um momento entre o fim da adolescência e o começo da vida adulta (APA, 2014). Tais experiências e comportamentos não são esperados para o meio cultural do indivíduo e geram prejuízo significativo em âmbitos da vida como trabalho, relações interpessoais e o enfrentamento de adversidades.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014) adota uma classificação dos Transtornos de Personalidade em três grupos (clusters):

- 1) Cluster A: Transtornos com predominância da excentricidade.
- 2) Cluster B: Transtornos com predominância da impulsividade.
- 3) Cluster C: Transtornos com predominância de ansiedade.

Os Transtornos de Personalidade do Cluster C são aqueles em que o padrão de experiências e comportamentos inflexíveis envolve predominantemente ansiedade e evitação (Sadock, 2017). Este grupo é composto pelo Transtorno de Personalidade Dependente, pelo Transtorno de Personalidade Evitativa e pelo Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva.

Conjuntamente, esses transtornos afetam entre 6% e 9% da população, sendo o grupo de Transtornos de Personalidade mais importante epidemiologicamente, dado que estima-se que 10% a 20% da população sofra com algum Transtorno de Personalidade (Sadock, 2017). Paradoxalmente, a literatura psiquiátrica sobre eles é mais escassa se comparada ao grupo de Transtornos de Personalidade mais estudado: o cluster B (Donohue, 2010). Presume-se que o fato de a comunidade científica debruçar-se mais intensamente sobre os Transtornos do Cluster B decorra de que esses pacientes tenham como características a instabilidade afetiva e a impulsividade (Lynch, 2018), de modo a apresentarem-se mais a serviços especializados e seus comportamentos gerarem maior risco a eles mesmos e a terceiros. Em

contrapartida, os pacientes com Transtornos do Cluster C apresentam características como a evitação e o perfeccionismo, muito menos fáceis de chamar a atenção de clínicos, familiares e mesmo dos próprios pacientes para sua natureza patológica. É comum que os sintomas dos Transtornos de Personalidade sejam percebidos como parte de quem a pessoa é (egossintonia) e que não haja clareza de sua natureza disfuncional para o próprio paciente. Algumas características desses Transtornos podem até vir a serem estimuladas e valorizadas nos ambientes desses pacientes, tal como a passividade no Transtorno de Personalidade Dependente e a autocrítica no Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva. Esse conjunto de fatores leva a subdiagnósticos e a um perfil de pacientes que, salvo devido a comorbidades, não buscam com muita frequência serviços de internação psiquiátrica ou ambulatórios especializados (Donohue, 2010).

As pesquisas sobre o tratamento de Transtornos de Personalidade revelam consistentemente que os tratamentos farmacológicos tem baixa eficácia em remitir seus sintomas, sendo indicados frequentemente para o tratamento de comorbidades. Por outro lado, as psicoterapias tem sido a modalidade de tratamento preferencial para essa classe de Transtornos, tendo apresentado uma multiplicidade de técnicas e formas de terapia, em especial para o Transtorno de Personalidade Borderline (Sadock, 2017).

Dentre as muitas formas de psicoterapia, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) destaca-se pela amplitude de indicações que tem, respaldada por metanálises na área de Saúde Mental para uma série de Transtornos (Rangé, 2011). Essa forma de psicoterapia surgiu na década de 60 com estudos do psiquiatra americano Aaron Beck e hoje é dividida em gerações (ondas) conforme os paradigmas teóricos adotados pelo tipo de TCC empregada.

Em geral, as TCCs tem em comum o fato de pressuporem que comportamentos e sentimentos tem determinantes cognitivos (pensamentos, crenças) e esses são reforçados pelos comportamentos do sujeito, operando de forma a gerar uma percepção de mundo coerente com tais cognições (Knapp, 2007). O próprio Aaron Beck seria um dos primeiros a aplicar essa abordagem aos Transtornos de Personalidade, inclusive os do Cluster C. Após

as publicações de Beck, porém, poucas seriam as abordagens a dirigir-se explicitamente a essa categoria, tal como a Terapia do Esquema (que se propõe a abordar Transtornos de Personalidade como um todo) e a Terapia Dialética-Comportamental Radicalmente Aberta (que se propõe a tratar transtornos de hipercontrole, dentre eles explicitamente os Transtornos de personalidade do Cluster C).

O presente trabalho propõe-se a uma revisão bibliográfica de forma narrativa, buscando descrever, dentre as TCCs, como surgiram os primeiros modelos e técnicas de tratamento para os Transtornos de personalidade do Cluster C (modelo de Beck), assim como descrever como se deram as ampliações e modificações dessas visões com a Terapia do Esquema e a Terapia Dialética-Comportamental Radicalmente Aberta (RO-DBT), TCCs de terceira onda que vieram a ampliar as propostas terapêuticas para essas patologias.

METODOLOGIA

Este trabalho adotou uma metodologia de revisão narrativa, considerando-se o interesse em trazer informações pragmáticas para a prática em psicoterapia. As abordagens revisadas foram escolhidas com base em explicitamente direcionarem-se ao tratamento de Transtornos de Personalidade do Cluster C.

As TCCs que corresponderam a esse critério, após revisão das modalidades atualmente divulgadas no meio científico, foram:

1) A Terapia Cognitiva (TC) de Beck para os Transtornos de personalidade.

2) A Terapia do Esquema (TE) de Jeffrey Young.

3) A Terapia Dialética Comportamental Radicalmente Aberta (RO-DBT) de Thomas Lynch.

Após a seleção dessas abordagens, foram buscadas obras usadas como livros-texto referência em ambientes de formação das mesmas, em particular os textos produzidos pelos autores considerados fundadores da abordagem. O material referente a Transtornos de Personalidade do Cluster C foi resumido de forma narrativa, finalizando com uma comparação crítica dos modelos estudados.

Importante ressaltar que para os fins desta revisão, a discussão teórica sobre se o Transtorno de Ansiedade Social e o Transtorno de personalidade Evitativa constituem uma mesma entidade nosológica (Donohue, 2010) foi desconsiderada, devido ao escopo do trabalho restringir-se ao tratamento dos Transtornos de Personalidade em específico.

REVISÃO

1. *Terapia Cognitiva (TC) de Beck*

A Terapia Cognitiva de Beck foi a primeira abordagem para os Transtornos de personalidade do Cluster C dentre as TCCs. Suas características foram resumidas na tabela 1.

Tabela 1 - Características da Terapia Cognitiva de Beck para os Transtornos de Personalidade do Cluster C
Sessões individuais estruturadas
Conceituação Cognitiva focada nas Distorções Cognitivas típicas de cada Transtorno
Visão Categorial dos Transtornos de Personalidade
Foco no Empirismo Colaborativo e na Reestruturação Cognitiva
Relação Terapêutica como Facilitadora da Aplicação de Técnicas Terapêuticas

Com a introdução do modelo cognitivo e o entendimento dos Transtornos Mentais a partir de sua aplicação, terapeutas cognitivos começaram a construir modelos para os Transtornos de Personalidade com esse embasamento teórico. Tais modelos utilizam os construtos de crenças nucleares, pressupostos intermediários (crenças intermediárias) e pensamentos automáticos como pedra angular do funcionamento de um sujeito (Knapp, 2007). Tais cognições levariam o sujeito a comportar-se de determinada forma, em concordância com as cognições, e terminaria por reforçá-las comportamentalmente, criando um ciclo no qual essa visão de mundo torna-se rígida. O conjunto de cognições e comportamentos rígidos seria típico de cada Transtorno de Personalidade, de forma categorial, e a conceituação cognitiva de pacientes com um mesmo diagnóstico seria bem semelhante, conforme o modelo de Beck (2017).

A terapia é baseada no empirismo colaborativo, que pressupõe que terapeuta e paciente podem ser aliados com o mesmo objetivo, construindo um

entendimento colaborativo sobre o transtorno do paciente e propondo formas de mudança terapêutica conjuntamente. Em geral, o paciente é psicoeducado sobre termos como pensamentos automáticos e comportamentos reforçadores, de forma que compreenda sua importância para romper padrões indesejados de comportamento conforme as tarefas decididas pela dupla.

No Transtorno de Personalidade Dependente, o núcleo psicopatológico estaria em uma visão de si mesmo (crença nuclear) do tipo: "Não sou capaz", "Sou Fraco" ou "Sou Incompetente". Esse tipo de crença seria tipicamente compensado por pressupostos como: "Se eu tiver ajuda, tudo acaba bem.", "Se eu não tiver ajuda, tudo irá piorar." e "Se eu for deixado, não vou suportar a solidão". Tal estrutura cognitiva geraria comportamentos de dependência, sedução e uso do outro para regulação emocional (p.ex.: Ao se sentir triste, um indivíduo solicita com insistência um amigo ou parceiro, de forma "grudenta"). Como esta é uma estratégia que diminui a ansiedade derivada da crença (distorcida) de que se é incapaz, o comportamento e as crenças são reforçados e adquirem rigidez, principalmente na falta de estímulos ambientais para que se comporte de outra forma. A terapêutica proposta envolve, por parte do terapeuta, a compreensão de que as crenças alvo da mudança foram construídas com cuidadores invalidantes das experiências de auto-eficácia do paciente e que o mesmo deve usar a relação terapêutica para ser acolhedor e encorajador da autonomia do paciente, progressivamente usando técnicas como seta descendente para mostrar ao paciente as crenças nucleares e pressupostos, construindo estratégias mais adaptativas para regulação emocional a partir de crenças mais funcionais.

O Transtorno de Personalidade Evitativa teria um conjunto de crenças nucleares muito similar, de auto-depreciação e inadequação, porém o conjunto de pressupostos e comportamentos seria diferente, pois ao invés de envolverem o uso do outro como regulador de si mesmo, expressam um temor de que esse outro seria justamente uma ameaça ao bem-estar, gerando comportamento de evitação acentuado. Beck estipula que nesses casos, a evitação é social mas também cognitiva e emocional, de modo que esses pacientes tipicamente expressam "brancos" e confusão ao serem questionados pelo terapeuta sobre seus sentimentos e pensamentos, em decorrência de

evitarem pensar e sentir tais conteúdos. A relação terapêutica teria, então, a função de gerar experimentos comportamentais nos quais as crenças negativas sobre os outros (inclusive o terapeuta) seriam testadas de modo que seu caráter distorcido ficaria evidente ao paciente, progressivamente motivando-o a mudar comportamentos previamente egossintônicos.

Já o Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo teria uma conceituação focada em pressupostos do tipo: "Se eu me preocupar o suficiente, problemas não acontecerão.", "Se o certo for feito, problemas não acontecerão." e "Se problemas acontecerem, isso é inaceitável", frequentemente como derivados de crenças nucleares auto-depreciativas. Muitas das estratégias terapêuticas para esse Transtorno são destinadas a modificar pensamento dicotômico ou aumentar a tolerância à incerteza sobre problemas. Pacientes com formas mais leves poderiam responder bem a essas técnicas, enquanto outros podem requerer a reestruturação cognitiva de crenças nucleares para poderem engajar em experimentos comportamentais de abandono do hipercontrole.

2. Terapia do Esquema (TE) de Jeffrey Young

A Terapia do Esquema surgiu na década de 90 desenvolvida por Jeffrey Young como uma abordagem voltada ao tratamento dos Transtornos de Personalidade. Suas características foram resumidas na tabela 2.

Tabela 2 - Características da Terapia do Esquema para os Transtornos de Personalidade do Cluster C
Sessões individuais pouco estruturadas
Conceituação Cognitiva focada nos Esquemas, Modos Esquemáticos e Modos de Enfrentamento (Coping)
Visão que mescla o Categórico e o Dimensional em relação aos Transtornos de Personalidade
Foco na Reparentalização Limitada e Confrontação Empática
Relação Terapêutica como Instrumento Terapêutico (Fim em si mesma)

A Terapia do Esquema é uma psicoterapia integrativa que buscou ampliar o modelo conceitual de Beck incorporando elementos da Psicanálise, da Gestalt-Terapia e do Psicodrama. Sua proposta de compreensão da personalidade utiliza o conceito elementar de esquema. Um esquema é uma entidade mental composta de crenças, ideias, memórias e sensações físicas.

Jeffrey Young (2008) explica o desenvolvimento da personalidade como dependente de etapas evolutivas marcadas por necessidades psicológicas, tais como aceitação, pertencimento, auto-eficácia, limites e validação emocional. A não satisfação dessas necessidades pelo ambiente favorece o surgimento de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDS) correspondentes.

A Terapia do Esquema propõe um tratamento longo (duração indefinida geralmente de alguns anos) em que se procura ressignificar os EIDS do paciente por meio da Reparentalização Limitada, em que as necessidades psicológicas privadas do paciente são vivenciadas no aqui e agora de forma terapêutica, com estímulo à formação de novos esquemas adaptativos a partir dessas experiências.

Em sessões individuais, as técnicas variam entre a psicoeducação, validação emocional, reestruturação cognitiva, ensaios comportamentais e técnicas vivenciais inspiradas no psicodrama. É comum o estilo de confrontação empática para facilitar que sintomas egossintônicos se tornem gradualmente mais egodistônicos, por meio de uma validação afetiva pareada com o apontamento de inconsistências e distorções nos pensamentos e comportamentos do paciente.

Cabe destacar a importância dada à relação terapêutica. Compreende-se a relação como o principal mecanismo de mudança para o paciente, por meio da vivência na relação com o terapeuta de necessidades psicológicas privadas. Dessa forma, a estrutura da sessão é flexível para permitir que o terapeuta perceba as necessidades e esquemas mais importantes de serem abordados a cada momento.

Por fim, é notório que o uso de esquemas como construtos de uso prático na TE foi gradualmente dando lugar ao de modos esquemáticos (Wainer, 2016), que abarcam tanto esquemas ativados em determinado

momento como comportamentos compensatórios (coping) para com os esquemas. Os modos são vistos como "partes" do paciente que se alternam em sua continuidade da experiência psíquica e podem ser infantis, de enfrentamento, críticos ou saudáveis. Um modo infantil é um tipo de funcionamento autêntico e espontâneo em que esquemas não são compensados e seu conteúdo se expressa de forma bastante ligada à deficiência da necessidade psicológica que lhe deu origem. Modos de enfrentamento (compensatórios) envolvem a supressão do conteúdo do esquema por técnicas como evitação (protetor evitativo), agressão do outro (modo predatório) ou uso do prazer para tal (protetor de autoalívio), assim como a simples dissociação de elementos da experiência (modo protetor desligado). Modos críticos envolvem cognições do tipo "deve ser" e de caráter auto-depreciativo. Por fim, o modo adulto saudável seria um modo no qual o paciente identifica e satisfaz as próprias necessidades emocionais por meios flexíveis e adaptativos em relação ao meio.

O objetivo da TE, explicado a partir dos modos, seria o de satisfazer as necessidades psicológicas de modos infantis (Reparentalização Limitada), romper o funcionamento de modos compensatórios e críticos e fortalecer o modo adulto saudável, o que equivale a "curar" os esquemas associados ao funcionamento patológico.

Nos Transtornos de Personalidade do Cluster C, dá-se ênfase a EIDS cuja origem seja uma deficiência de auto-eficácia (Esquemas de Fracasso, Dependência, Vulnerabilidade ao Dano, Self Subdesenvolvido), comuns a todos os Transtornos de Personalidade deste grupo. A combinação destes com outros esquemas e estilos de coping definiria o perfil mais "típico" de determinado Transtorno. No Transtorno de Personalidade Dependente, esquemas de Subjugação e Abandono frequentemente são encontrados, enquanto no Transtorno de Personalidade Evitativo seriam mais comuns esquemas de Desconfiança e Isolamento Social. Já o Esquema de Padrões Inflexíveis seria definidor de um funcionamento Obsessivo-Compulsivo.

Em termos de modos esquemáticos, o Transtorno de Personalidade Evitativa, por exemplo, consiste em um Modo de Enfrentamento Evitativo e um Modo Protetor Desligado que em conjunto mantém o paciente desconectado de

seus modos infantis (necessidades primárias não atendidas). Tais modos precisam ser transpostos para se chegar aos esquemas mais nucleares (ou aos modos infantis) e se ter a oportunidade de uma experiência emocional corretiva por meio da relação terapêutica. O mesmo se daria com o Transtorno de Personalidade Dependente, marcado por um Modo de Enfrentamento Capitulador Complacente, que suprime a raiva do paciente e o faz comportar-se de modo subjugado aos outros para conseguir, por meio do apoio, o suprimento de necessidades de afeto, às custas das necessidades de auto-eficácia.

3. Terapia Comportamental Dialética Radicalmente Aberta (RO-DBT) de Thomas Lynch

A RO-DBT surgiu no início dos anos 2000 desenvolvida por Thomas Lynch como uma abordagem voltada ao tratamento dos Transtornos que têm o hipercontrole como elemento psicopatológico comum. Suas características foram resumidas na tabela 3.

Tabela 3 - Características da Terapia Comportamental Dialética Radicalmente Aberta para os Transtornos de Personalidade do Cluster C
Sessões individuais estruturadas e Grupo de Treino de Habilidades Estruturado
Conceituação focada no Déficit de Habilidades de Comunicação Social e Temperamento que Favoreça a Evitação de Risco e Baixa Abertura
Visão Dimensional dos Transtornos de Personalidade (Transdiagnóstica)
Foco na Aquisição de Habilidades e Abertura a Experiência
Relação Terapêutica como Facilitador do Ensino de Habilidades

Essa forma de psicoterapia surgiu inspirada na Terapia Dialética Comportamental (DBT) de Marsha Linehan, porém com uma proposta voltada a um perfil oposto de pacientes. Enquanto a DBT propõe a desregulação emocional como mecanismo psicopatológico central para pacientes com problemas de controle pobre dos impulsos (Transtornos de Personalidade do

Cluster B), a RO-DBT propõe o déficit de comunicação social (*social signaling*) como um mecanismo psicopatológico central para pacientes com problemas de hipercontrole.

O hipercontrole pode ser definido como um mecanismo de inibição emocional e vigilância para evitação de riscos que envolve aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais (Lynch, 2018). É central para a formulação diagnóstica da RO-DBT a combinação de variáveis de temperamento como evitação de dano e baixa abertura a novidades com um ambiente que ofereça poucas oportunidades para o desenvolvimento de habilidades sociais, culminando em uma forma de compreensão prejudicada de dicas e sinais de comunicação social, sentimentos de inadequação e evitação constante de situações sociais ansiogênicas por meio da alta vigilância (hipercontrole). Esses elementos estariam presentes de forma consistente ao longo de um espectro de transtornos que compreendem a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e os Transtornos de Personalidade do Cluster C (sendo frequente nos manuais a ênfase dada a "Sintomas Obsessivo-Compulsivos" como referência a sintomas de perfeccionismo e alta escrupulosidade).

O tratamento consiste em sessões de uma hora individuais paralelamente a um grupo de habilidades específicas que precisam ser trabalhadas por indivíduos com sintomas decorrentes deste "complexo" psicopatológico associado ao hipercontrole (tabela 4). O protocolo original prevê 30 semanas de tratamento.

Módulo de Habilidades	Alvos Comportamentais
Mindfulness	Rigidez e Hiperadesão a Regras
	Imperativo do "correto"
	Impulsividade
Efetividade Interpessoal	Distanciamento e Reclusão Social
	Medo da Vulnerabilidade
Regulação Emocional	Mascaramento de Sentimentos

	Alta Comparação Social/Inveja/Amargura
Tolerância ao Desconforto	Negligenciar Auto-Cuidado
	Necessidade Rígida de Estrutura e Ordem
Abertura Radical	Baixa Abertura
	Evitação de Risco e Novidade
	Desconsiderar Feedback
	Desconfiança e Suspeita
	Baixa Empatia/Validação dos Outros
	Déficits de Perdão e Compaixão

Tabela 4 - Módulos do treino de habilidades na RO-DBT.

Na RO-DBT, o foco em mecanismos psicopatológicos transdiagnósticos faz com que não se defina um perfil muito típico aos muitos transtornos a que a abordagem se dirige, compreendendo-se de forma ampla as implicações dos mecanismos descritos e que todo paciente com esse perfil precisa adquirir habilidades mais adaptativas para viver melhor. Ao se compreender o hipercontrole de forma ampla, pode-se compreender como no Transtorno de Personalidade Dependente a estratégia de uso do outro para regulação emocional seria uma habilidade para controlar de forma rígida os próprios afetos, associada ao mascaramento de sentimentos como habilidade frequentemente empregada e ao medo da vulnerabilidade como mecanismo recorrente. Nas sessões individuais do protocolo, é possível o terapeuta focar nas habilidades mais importantes para determinado paciente, em oposição ao sistema mais rígido e protocolar do grupo de habilidades.

4. Comparação entre as abordagens

É possível observar elementos similares e dissidentes entre as três abordagens revisadas. Como principal similaridade, ocorre que os mesmos elementos cognitivos e comportamentais definidores dos Transtornos de

Personalidade do Cluster C são conceituados pelos teóricos como centrais à compreensão desses tipos de personalidade. Elementos como a evitação, visão negativa de si mesmo, perfeccionismo e regulação emocional disfuncional são expressos por meio de termos diferentes, mas mantendo um sentido uniforme de seu papel psicopatológico.

Por exemplo, na TC de Beck descreve-se que pressupostos intermediários medeiam a relação entre as crenças nucleares de incompetência e os comportamentos disfuncionais observados no sujeito, sendo estes pressupostos os que vão caracterizar o tipo de Transtorno de Personalidade, enquanto na TE de Jeffrey Young descreve-se que os esquemas derivados da privação da auto-eficácia estão no centro dos três Transtornos de Personalidade, sendo os mesmos diferenciados por esquemas associados e estratégias de coping (modos de enfrentamento). Nesse exemplo, fica claro que o conceito de estrutura de Personalidade é muito similar: um auto-conceito negativo acompanhado de mecanismos de compensação que privilegiam uma ou outra estratégia. Similarmente, na RO-DBT valoriza-se o temperamento mais evitativo e o aprendizado de habilidades disfuncionais para se regular o próprio comportamento. Compreendendo-se que a RO-DBT (assim como a DBT) assume uma descrição teórica mais próxima do Behaviorismo e cognições são vistas como comportamentos (encobertos), torna-se possível compreender como os esquemas ou pressupostos seriam habilidades mal adaptativas adquiridas ao longo do desenvolvimento e assim muitas das habilidades disfuncionais correspondem aos conceitos descritos na TC e na TE. Outro elemento uniforme entre as três abordagens é a ênfase dada ao caráter desenvolvimental desses transtornos como suposição etiológica.

No que pesem as similaridades, a comparação das tabelas 1, 2 e 3 permite a verificação de diferenças importantes, principalmente no que se refere às técnicas que são empregadas e ao papel da relação terapêutica. Na TC de Beck, a ênfase no empirismo colaborativo faz com que a relação seja instrumentalizada em função da psicoeducação e da preparação para a aplicação de técnicas como reestruturação cognitiva e experimentos comportamentais. Na RO-DBT, estimula-se que o terapeuta seja um exemplo de modelagem para o paciente e por isso o mesmo assumirá uma atitude

abertamente despojada e relaxada, de modo a fazer um contraponto ao hipercontrole empregado pelo paciente. Já na TE, o terapeuta é extremamente empático e validador devido ao foco na Reparentalização Limitada, inclusive priorizando o uso da relação para isso em detrimento da aplicação de técnicas específicas. Parece que suposições de *como* o paciente melhora levam a ênfases diferentes em cada abordagem, a partir de um entendimento muito similar de estrutura psicopatológica de personalidade.

Uma derivação lógica desse dado é questionar se na realidade os meios *como* o paciente melhora não seriam todos possíveis e na realidade não se trataria de uma abordagem ser mais teoricamente correta e sim de todas proporem formas complementares de atuação terapêutica frente a um mesmo problema. Uma forma de se investigar esse dilema (que evoca o Dilema do Pássaro Dodô) seria por meio de estudos comparando a eficácia das abordagens, porém estudos sobre a eficácia dessas abordagens são escassos, sendo desconhecido do autor um estudo que compare abertamente as mesmas nesse sentido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de diferentes formas de abordagem dentre as TCCs permite apontar similaridades e diferenças entre elas, porém o quanto cada uma dessas constitui diferenças relevantes para se apontar numa direção futura em particular para a terapêutica dos Transtornos de Personalidade do Cluster C é difícil de se dizer em virtude da falta de estudos mais robustos sobre o assunto.

Em termos práticos, parece útil ao profissional de Saúde Mental compreender os modelos de *compreensão* psicopatológica que essas abordagens possuem, já que na verdade parecem tratar-se de construtos muito próximos descritos com palavras diferentes. Nesse sentido, este é um trabalho útil ao profissional que se lance a tal empreitada.

Também parece útil aplicar esses modelos conforme parecer mais benéfico ao paciente (princípio ético da beneficência). Cabe ressaltar que em um meio profissional no qual não é claro qual método seria mais eficaz, parece coerente admitir flexibilidade de aplicação dos mesmos, inclusive com o encaminhamento de casos refratários de uma abordagem para outra.

Não há no presente justificativa para uma fidelização de terapeutas a um determinado método, sendo, pelo contrário, ideal que na ausência de estudos comparativos mais definidores dessa questão, os teóricos esforcem-se colaborativamente para aprimorar sua conceitualização dos problemas de Saúde Mental deste grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

Associação Americana de Psiquiatria (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Edição. Porto Alegre, 2014.

Beck, A. T. Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade. 3ª Edição, Porto Alegre. Artmed, 2017.

Donohue, W. O.; FOWLER, K. A.; LILIENTHAL, S. O. Transtornos de Personalidade: Em direção ao DSM-V. 1ª Edição, São Paulo. Roca, 2010.

Knapp, P. Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. 1ª Edição, Porto Alegre. Artmed, 2007.

Lynch, T. P. The Skills Training Manual for Radically Open Dialectical Behavioral Therapy: A Clinician's Guide for Treating Disorders of Overcontrol. 1ª Edição, Oakland. Context Press, 2018.

Lynch, T. P. Radically Open Dialectical Behavioral Therapy: Theory and Practice for Treating Disorders of Overcontrol. 1ª Edição, Oakland. Context Press, 2018.

Rangé, B. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um Diálogo Com a Psiquiatria. 2ª Edição, Porto Alegre. Artmed, 2011.

Sadock, B. J. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ª Edição, Porto Alegre. Artmed, 2017.

Wainer, R.; PAIM, K.; ERDOS, R.; ANDRIOLA, R. Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapia. 1ª Edição, Porto Alegre. Artmed, 2016.

Young, J. E. Terapia do Esquema: Guia de Técnicas Cognitivo-Comportamentais Inovadoras. 1ª Edição, Porto Alegre. Artmed, 2008.