



**Terapia Focada em Esquemas e Personalidade Narcisista:
um entendimento acerca deste transtorno**

Graziella Sanco de Lima Isoppo

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Psicologia – Ênfase em Psicologia Clínica -
Terminalidade Terapia Cognitivo e Comportamental –
Sob orientação da Prof. Dra. Janaína Thais Barbosa Pacheco

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Porto Alegre, abril 2012

SUMÁRIO

Sumário.....	02
Resumo	03
Capítulo I: Introdução.....	04
Revisão da Literatura.....	04
Transtorno de Personalidade Narcisista	04
Teoria Cognitiva.....	07
Terapia Focada no Esquema.....	08
Esquemas Iniciais Desadaptativos.....	10
Objetivo	20
Capítulo II: Método	20
Capítulo III: Resultados e Discussão.....	21
Capítulo IV: Considerações Finais	28
Referências Bibliográficas.....	29

Resumo

Neste artigo, este estudo apresenta uma ilustração da manifestação dos esquemas desadaptativos em situação clínica de uma paciente com Transtorno de Personalidade Narcisista a partir da Teoria do Esquema, de Jeffrey Young (Young, 2003). Tal teoria é uma abordagem integrativa que expande a Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional, integrando contribuições da Gestalt, Psicanálise e do Construtivismo em um novo sistema de psicoterapia (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Uma vez que o tratamento de pacientes com Transtorno de Personalidade Narcisista é tido como um grande desafio clínico, buscou-se, por meio de vinhetas clínicas, ilustrar situações de psicoterapia nas quais foi empregada a terapia focada em esquemas para o entendimento e o tratamento de uma paciente com Transtorno de Personalidade Narcisista. Objetivou-se apresentar os principais Esquemas Iniciais Desadaptativos típicos deste Transtorno. Este estudo foi realizado como critério para obtenção do título de especialista na Especialização em Psicologia Clínica - Terminalidade em Terapia Cognitiva e Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre.

Palavras chave: Transtorno de Personalidade Narcisista, teoria focada em esquemas, esquemas iniciais desadaptativos (EIDs).

Capítulo I:

Introdução

O presente artigo consiste em um entendimento acerca do Transtorno de Personalidade Narcisista a partir de Teoria do Esquema de Jeffrey Young (2003). O objetivo é contribuir para a compreensão do funcionamento da Personalidade Narcisista sob foco da Teoria Cognitivo-Comportamental, uma vez que a produção científica sobre o assunto é escassa (Behary, 2011). A terapia focada no esquema é uma abordagem sistemática que amplia a TCC clássica ao dar ênfase “à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente a aos estilos desadaptativos de enfrentamento” (Young, Klosko & Weishaar, 2008, p. 21).

Este estudo foi realizado como critério para obtenção do título de especialista na Especialização em Psicologia Clínica - Terminalidade em Terapia Cognitiva e Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre.

Revisão da Literatura

Transtorno de Personalidade Narcisista

O Transtorno da Personalidade Narcisista foi descrito como um padrão invasivo de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia que começa na idade adulta precoce e está presente numa variedade de contextos (APA, 2002). Os sujeitos acometidos por este transtorno acreditam ser superiores,

especiais e únicos, certos de que devem ser tratados como tal. Estes muitas vezes relatam uma excessiva necessidade de admiração, sendo altamente sensíveis a críticas. Pacientes com transtorno de personalidade narcisista podem apresentar severas perturbações em importantes áreas da vida como no campo do trabalho e das relações interpessoais. Tem sido demonstrado que estes pacientes têm elevado risco de suicídio e tais tentativas podem surgir de forma abrupta e imprevisível (Marissen, Deen & Franken, 2011).

O conhecimento acerca da etiologia do transtorno de personalidade narcisista é restrito. As causas deste Transtorno geralmente são múltiplas, relacionadas com as vivências infantis e da adolescência do indivíduo (Marissen, Deen & Franken, 2011).

Segundo o DSM-IV (APA, 2002) o Transtorno de Personalidade Narcisista é descrito como um padrão invasivo de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. O diagnóstico é indicado por pelo menos cinco dos seguintes critérios:

- (1) sentimento grandioso da própria importância (por exemplo, exagera realizações e talentos, espera ser reconhecido como superior sem realizações comensuráveis);
- (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) sentimento de intitulação, ou seja, possui expectativas irracionais de receber um tratamento especialmente favorável ou obediência automática às suas expectativas;
- (6) é explorador em relacionamentos interpessoais, isto 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) freqüentemente sente inveja de outras pessoas ou acredita ser alvo da inveja alheia;
- (9) comportamentos e atitudes arrogantes e insolentes.

Os traços narcisistas podem ser particularmente comuns em adolescentes, não indicando, necessariamente, que o indivíduo terá um Transtorno da Personalidade Narcisista. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista podem ter dificuldades especiais no ajustamento ao início das limitações físicas e ocupacionais inerentes ao processo de envelhecimento (Marissen, Deen & Franken, 2011).

Os homens perfazem 50 a 75% dos indivíduos com o diagnóstico de Transtorno da Personalidade Narcisista. As estimativas da prevalência do Transtorno da Personalidade Narcisista variam de 2 a 16% na população clínica e são de menos de 1% a população em geral (APA, 2002).

A vulnerabilidade da autoestima torna os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista muito sensíveis a "mágoas" por críticas ou derrotas. Embora possam não demonstrar abertamente, as críticas podem assolar esses indivíduos e levá-los a se sentirem humilhados, degradados e vazios. Sua reação pode ser de desdém,

raiva ou contra-ataque afrontoso. Essas experiências frequentemente levam a um retraimento social ou a uma aparência de humildade que pode mascarar e proteger a grandiosidade (APA, 2002).

As relações interpessoais tipicamente são comprometidas pelos problemas resultantes do sentimento de intitulação, da necessidade de admiração e do relativo desrespeito à sensibilidade alheia. Embora a ambição e a confiança ufanista possam levar a altas realizações, o desempenho pode ser perturbado em virtude da intolerância a críticas ou derrotas. Às vezes, o desempenho profissional pode ser muito baixo, refletindo uma relutância para assumir riscos em situações competitivas ou de outra espécie, nas quais a derrota é possível. Sentimentos persistentes de vergonha ou humilhação e a autocrítica pertinente podem estar associados com retraimento social, humor deprimido e Transtorno Depressivo Maior ou Distímico (APA, 2002).

Por outro lado, períodos persistentes de grandiosidade podem estar relacionados a humor hipomaníaco. O Transtorno da Personalidade Narcisista também está associado com Anorexia Nervosa e Transtornos Relacionados a Substâncias (especialmente relacionados à cocaína). Os Transtornos da Personalidade Histriônica, Borderline, Anti-Social e Paranóide podem estar relacionados com o Transtorno da Personalidade Narcisista (APA, 2002).

Teoria Cognitiva

Na atualidade se faz crescente o interesse científico na busca de possíveis tratamentos para Transtornos de Personalidade e dos comportamentos dependentes. Diversas áreas do conhecimento vêm apresentando proposições para a construção de

uma visão aprofundada e significativa do ser humano (Trindade, Mossati e Mazzoni, 2009).

A terapia cognitiva busca trabalhar nessa direção buscando oferecer modelos que favoreçam o desenvolvimento humano (Cazassa & Oliveira, 2008). Aaron Beck evidenciou, em suas pesquisas, a eficácia desta na promoção de mudanças de padrões disfuncionais de pensamento e comportamento nos indivíduos (Behary, 2011). A terapia cognitiva mostra-se focada em examinar os significados que atribuímos a lugares, pessoas e coisas ao longo da vida (Beck, Freeman & Davis, 2005). A terapia cognitiva se mostrou uma produtiva base a tantas outras teorias, dentre elas a Terapia do Esquema proposta por Jeffrey Young (2003).

Terapia Focada no Esquema

A terapia focada no esquema é uma abordagem sistemática que amplia a TCC clássica ao dar ênfase “à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente e aos estilos desadaptativos de enfrentamento” (Young, Klosko & Weishaar, 2008, p. 21). Foi desenvolvida com foco no tratamento de pacientes com problemas caracterológicos crônicos os quais não estavam tendo sucesso no tratamento com a TCC clássica (Trindade, Mossati e Mazzoni, 2009).

Nas colocações feitas por Young (2003), este apontou algumas limitações da terapia cognitiva tradicional para o tratamento de pacientes com Transtornos de Personalidade ou àqueles com transtornos mais severos e arraigados. Uma vez que esses

pacientes não teriam capacidade de responder a algumas suposições fundamentais da terapia cognitiva (Cazassa e Oliveira, 2008). Conforme destacado por Cazassa e Oliveira (2008), tais limitações estariam ligadas a:

- 1) acesso a sentimentos, pensamentos e imagens a partir de breve treinamento;
- 2) motivação no aprendizado de tarefas e estratégias de auto-controle;
- 3) engajar-se em um relacionamento colaborativo com o terapeuta, entre outros.

A terapia do Esquema proposta por Young integra elementos da abordagem cognitivo-comportamental, aliando Gestalt, relações objetais, construtivismo e escolas psicanalíticas, em uma rica e unificada conceituação e modelo de tratamento (Young, 2003). O modelo desenvolvido por Young enfatiza a confrontação, e a discussão de experiências iniciais de vida; caracteriza-se ainda por ser mais longa do que a terapia cognitiva, dedicando muito tempo a superar a evitação cognitiva, afetiva e comportamental (Callegaro, 2005).

O esquema em si, funciona como um filtro, selecionando informações, assimilando, priorizando e organizando aqueles estímulos que sejam consistentes com a estrutura do esquema, e evitando todo o estímulo que não seja consistente com essa estruturação (Duarte, Nunes, Kristensen, 2008). O entendimento do sujeito com base em seus esquemas é a base da teoria formulada por Jeffrey Young.

Recentemente, Behary (2011) apontou o modelo proposto por Young como a abordagem mais eficaz para o tratamento de questões relacionadas ao Transtorno de Personalidade Narcisista. Corroborando com a idéia de Young que aponta a terapia do esquema como uma evolução no modelo cognitivo de Aaron Beck para o tratamento de

transtornos de personalidade, uma vez que enfatiza um nível mais aprofundado de cognição ao qual denominou de Esquema Inicial Desadaptativo (EID) (Cazassa e Oliveira, 2008).

Esquemas Iniciais Desadaptativos

Segundo o autor, os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) são estruturas estáveis e duradouras que se desenvolvem e se cristalizam precocemente na personalidade e/ou ao longo da vida do sujeito e que se encontram associadas a diversas psicopatologias (Young, 2003). Caracterizam-se por padrões emocionais e cognitivos desadaptativos, que tendem a se repetir ao longo da vida, dando forma a tipos de funcionamento de personalidade que norteiam a interação dos sujeitos com a realidade (Cazassa e Oliveira, 2008).

Os esquemas são compostos de crenças ou cognições e envolvem sensações emocionais e corporais, juntamente com elementos biológicos. Um esquema é um sentimento que se formou inicialmente na infância ou adolescência e que denota uma realidade exagerada, que é ativado apenas em determinadas condições e fica latente a maior parte do tempo (Behary, 2011).

Jeffrey Young (2003) propôs 18 Esquemas Iniciais Desadaptativos – EIDs agrupados em cinco domínios (Young, Klosko e Weichaar, 2008; Behary, 2011):

Domínio I

Desconexão e Rejeição: pacientes que apresentam esquemas neste domínio são caracterizados pela incapacidade na formação de vínculos satisfatórios (Trindade, Mossati e Mazzoni, 2009). Compreendem este domínio os seguintes EIDs:

ABANDONO / INSTABILIDADE

Instabilidade ou falta de confiança percebida em pessoas passíveis a fornecer vínculos e apoio. Está presente a sensação de que figuras significativas não serão capazes de manter vínculos emocionais e proteção prática, uma vez que são percebidos como instáveis e imprevisíveis emocionalmente, pouco confiáveis ou presentes de modo errático; poderão morrer iminentemente; ou o abandonarão por alguém melhor.

DESCONFIANÇA / ABUSO

Na desconfiança existirá a expectativa de que os outros enganarão, abusarão, humilharão, magoarão, mentirão ou tirarão alguma vantagem. Frequentemente, envolve a noção de que o mal é intencional ou resultado de negligência injustificada e extrema. Podendo ainda gerar a sensação de estar sendo enganado e tratado de forma injusta pelos demais.

PRIVAÇÃO EMOCIONAL

Compete a expectativa de que o desejo de apoio emocional não será atendido de forma adequada. São três grandes formas de privação:

- A. **Privação de investimento parental**: ausência de atenção, carinho, afeto ou companheirismo.

B. **Privação de Empatia:** ausência de entendimento, escuta, exposição de si mesmo ou compartilhamento dos sentimentos expressos por outros.

C. **Privação de Proteção:** ausência de força, direção ou orientação dada por outros.

DEFECTIVIDADE / VERGONHA

Sensação de que se é defectiva, indesejável, inferior, ruim ou insignificante em questões importantes; ou ainda que não é digno do amor de outros sujeitos significativos. Podendo denotar elevado grau de sensibilidade à crítica, à rejeição e à acusação; ao sentimento de inibição, às comparações e a insegurança na presença de outros; ou ainda uma sensação de vergonha em relação à falhas percebidas. Podendo estas serem privadas (como por exemplo, egoísmo, desejos sexuais inaceitáveis ou impulsos raivosos) ou públicas (tais como falta de traquejo social ou aparência física indesejável).

ISOLAMENTO SOCIAL / ALIENAÇÃO

O sentimento de que se está isolado do mundo; percebe-se diferente de outras pessoas e/ou não faz parte de um grupo ou comunidade.

Domínio II

Autonomia e Desempenho Prejudicado: pacientes que apresentam esquemas neste domínio não conseguem se desenvolver com confiança, pois habitualmente provem de

famílias superprotetoras, que prejudicaram seu processo de independização (Trindade, Mossati e Mazzoni, 2009). Compreendem este domínio os seguintes EIDs:

DEPENDÊNCIA / INCOMPETÊNCIA

Crença de que se é incapaz de manejar responsabilidades cotidianas de maneira competente e sem significativo auxílio de terceiros; freqüentemente, sente-se inútil.

VULNERABILIDADE A SE FERIR OU A ADOECER

Persistente medo em relação a uma iminente catástrofe que possa acontecer e que será incapaz de evitá-la. Tais medos são focados em um ou mais dos seguintes eventos: catástrofes médicas (ataques cardíacos, AIDS ou câncer); catástrofes emocionais (“enlouquecer”); catástrofes externas (ataques criminosos, queda de elevador, terremoto ou acidente de avião).

ENTRELAÇAMENTO / *SELF* DEPENDENTE

Intimidade e envolvimento emocional excessivos com um ou mais sujeitos significativos (freqüentemente os pais) a ponto de comprometer sua identidade individual ou desenvolvimento social normal. Situação que pode envolver a crença de que não será possível sobreviver ou ser feliz sem apoio constante de outras pessoas. Pode apresentar, também, a sensação de estar oprimido ou fundido a estes. Cria-se uma noção de falta de identidade que culmina em sensações de vazio e sufocamento, de desorientação ou até, em casos extremos, questionamento sobre a própria existência.

FRACASSO

A constante crença de que fracassou, inevitavelmente fracassará ou é significativamente inadequado com relação aos demais em áreas de destaque tais como escola, carreira, esportes entre outras. As crenças comumente associadas são do tipo “sou burro”, “sou inadequado”, “não tenho talento”, “sou ignorante” e assim por diante.

Domínio III

Limites Prejudicados: indivíduos com esquemas neste domínio geralmente são oriundos de famílias muito permissivas. Isso colabora para a falta de limites, desrespeito aos direitos alheios e dificuldade no cumprimento de regras. As principais características destes indivíduos são o egoísmo, a irresponsabilidade e o narcisismo (Trindade, Mossati e Mazzoni, 2009).

MERECIMENTO / GRANDIOSIDADE

A crença de que se é superior aos demais, merecedor de direitos e privilégios e/ou não sujeito a regras que norteiam o convívio social normal. Frequentemente, envolve a questão de que deve-se ser capaz de fazer ou ter o que deseja, sem qualquer noção de realidade ou do quanto isso custaria aos demais. O foco está na superioridade (por exemplo estar entre ricos e famosos) na busca de atingir poder ou controle (sem preocupar-se com aprovação). Pode incluir competitividade excessiva ou domínio sobre os outros – sem empatia ou preocupação com necessidades e sentimentos alheios.

AUTOCONTROLE / AUTODISCIPLINA INSUFICIENTES

Predominante dificuldade ou recusa em exercer auto-controle e de tolerar frustração na busca de seus objetivos ou ainda para reprimir emoções e impulsos excessivos. Observando-se uma forma branda, pode existir uma busca por fugir do desconforto, evitando confrontações, dores, conflitos, responsabilidades ou grandes esforços que venham a comprometer sua satisfação pessoal.

Domínio IV

Direcionamento para o outro: neste domínio, os indivíduos tendem a demonstrar uma postura visando atender a todas as necessidades de terceiros em detrimento às suas próprias necessidades, buscando aprovação e evitando retaliações. Em geral as famílias destes sujeitos estabelecem relações condicionais (Trindade, Mossati e Mazzoni, 2009). Neste domínio estão inclusos os seguintes EIDs:

SUBJUGAÇÃO

Excessiva tendência a submeter-se ao controle de outros, pelos quais sente-se coagido, normalmente na busca de evitar sentimentos como raiva ou situações de abandono. As duas grades formas de subjugação são:

- A. **Subjugação de necessidades:** supressão de desejos, preferências e decisões.
- B. **Subjugação de emoções:** supressão de expressões emocionais, sobretudo a raiva.

Em ambas situações, a subjugação pressupõe a percepção de que seus desejos, opiniões e sentimentos não são importantes ou se quer válidos para os demais. Frequentemente, observa-se a subjugação associada à hipersensibilidade, ao sentir-se preso a armadilhas. O acúmulo de raiva pode ocasionar comportamento passivo-agressivo, ataques de mau-humor, encenação, afastamento afetivo e toxicomania.

AUTOSSACRIFÍCO

Sacrifício voluntário de sua própria satisfação em prol das necessidades de terceiros. Comumente as razões que levam a tais ações são: culpa em função de sentimentos egoístas, evitar a dor do outro, receio de perder alguém que lhe parece muito necessário. Em função de uma grande sensibilidade a dor alheia. Por vezes, induz a uma sensação de que as próprias necessidades não estão sendo satisfeitas, despertando ressentimento pelos que estão lhe amparando. Atentar a possível sobreposição ao conceito de codependência.

BUSCA DE APROVAÇÃO / RECONHECIMENTO

Excessiva busca por aprovação, atenção, reconhecimento ou enquadramento as custas de seu desenvolvimento pessoal seguro. A auto-estima está condicionada a reação dos outros e não a questões pessoais. Pode apresentar preocupação excessiva com status, aparência, dinheiro ou realização, na busca por admiração, atenção e aprovação (não tendo a obtenção de poder e/ou controle como objetivo central). Comumente culmina em decisões nada autênticas ou satisfatórias ou ainda em uma hipersensibilidade à rejeição.

Domínio V

Supervilância e Inibição: neste domínio, os indivíduos tendem a demonstrar uma postura visando atender a todas as necessidades de terceiros em detrimento às suas próprias necessidades, buscando aprovação e evitando retaliações. Em geral as famílias destes sujeitos estabelecem relações condicionais (Trindade, Mossati e Mazzoni, 2009).

Neste domínio estão inclusos os seguintes EIDs:

NEGATIVISMO / PESSIMISMO

Persistente foco nos aspectos negativos da vida tais como morte, perda, dor, culpa, ressentimento, traição, conflito, decepção, erros, problemas, no que pode dar errado; minimizando aspectos otimistas e positivos. Geralmente, há uma expectativa exacerbada de que algo dará errado, que mesmo em situações onde está indo tudo bem, o final será ruim (incluindo situações de trabalho, finanças ou relações interpessoais). Há um grande medo de cometer erros que possam levar a situações ruins, fracasso financeiro, humilhação. Sendo os aspectos negativos ressaltados, comportamentos de vigilância, preocupação constante, reclamações recorrentes ou indecisões se tornam comuns.

INIBIÇÃO EMOCIONAL

Excessiva inibição de sentimento, ação ou comunicação espontânea, em geral tentando evitar sentimentos de vergonha, perda de controle de impulsos ou desaprovação alheia. As áreas comuns de inibição relacionam-se com: inibição de impulsos positivos (alegria, excitação sexual, afeto); inibição da agressão e da raiva;

grande dificuldade em demonstrar vulnerabilidade, dificuldade em demonstrar sentimentos e necessidades. Enfatizando a sabedoria racional desconsiderando emoções.

PADRÕES INFLEXÍVEIS / CRÍTICA EXAGERADA

Presença de crença subjacente de que deve-se buscar atender padrões de comportamento internalizados muito elevados, na busca de evitar críticas. Repercutindo em uma atitude crítica exacerbada de si e dos outros e na sensação constante de pressão. Implicando no prejuízo do prazer, do relaxamento, na auto-estima, em relações satisfatórias e até mesmo na saúde. Os padrões rígidos aparecem tipicamente de três formas:

- A. **Perfeccionismo**, subestima seu desempenho em relação à norma, atenta demasiadamente a detalhes.
- B. **Regras rígidas e “obrigações”**, em várias áreas da vida, incluindo preceitos morais, éticos culturais e religiosos irrealistas.
- C. **Preocupação com tempo e eficiência**, para que mais trabalho possa ser realizado.

CARÁTER PUNITIVO

Presença de crença que as pessoas devem ser severamente punidas por seus erros. Tendência a raiva, intolerância e impaciência com as pessoas que não atendem a suas expectativas ou padrões. Em geral, inclui dificuldade em perdoar seus erros e os dos outros, por uma dificuldade em entender as imperfeições humanas ou de se fazer solidário a sentimentos.

Tabela 1 – Domínios e Esquemas Iniciais Desadaptativos Correspondentes

<u>Domínio I:</u>	<u>Domínio II:</u>	<u>Domínio III:</u>	<u>Domínio IV:</u>	<u>Domínio V:</u>
Desconexão e Rejeição	Autonomia e Desempenho Prejudicado	Limites Prejudicados	Direcionamento para o outro	Supervigilância e Inibição
ABANDONO / INSTABILIDADE	DEPENDÊNCIA / INCOPETÊNCIA	MERECIMENTO / GRANDIOSIDADE	SUNJUGAÇÃO	NEGATIVISMO / PESSIMISMO
DESCONFIANÇA / ABUSO	VULNERABILIDADE E SE FERIR OU ADOECER	AUTOCONTROLE / AUTODISCIPLINA INSUFICIENTES	AUTOSACRIFÍCIO	INIBIÇÃO EMOCIONAL
PRIVAÇÃO EMOCIONAL	ENTRELAÇAMENTO / <i>SELF</i> DEPENDENTE		BUSCA DE APROVAÇÃO / RECONHECIMENTO	PADRÕES INFLEXÍVEIS / CRÍTICA EXAGERADA
DEFECTIVIDADE / VERGONHA	FRACASSO			CARATER PUNITIVO
ISOLAMENTO SOCIAL / ALIENAÇÃO				

Apresentados os 18 EDIs propostos por Young (2003), cabe destacar os tipicamente relacionados ao Transtorno de Personalidade Narcisista. Segundo Behary (2011), autora tida como uma das maiores autoridades quando se trata do entendimento e de experiência no tratamento de tal patologia, existem duas situações a serem observadas no que diz respeito à personalidade narcisista e os esquemas envolvidos. Os esquemas tipicamente ativados pelos narcisistas (principais EIDs evidenciados em sujeitos que mantêm relacionamento significativo com um narcisista) são: Autosacrifício, Subjugação, Abandono/instabilidade, Defectividade/vergonha, Inibição emocional, Privação emocional, Desconfiança/abuso e Padrões rígidos. Já os Esquemas tipicamente associados ao narcisismo (principais EIDs observados em sujeitos com

transtorno de personalidade narcisista) são: Privação emocional, Desconfiança/abuso, Defectividade/vergonha, Subjugação, Padrões rígidos, Merecimento/grandiosidade, Autocontrole insuficiente e Busca por aprovação.

Mediante a utilização de vinhetas clínicas, este artigo apresentará momentos do tratamento de um sujeito com Transtorno de Personalidade Narcisista que ilustra a forma de entendimento de Behary (2011). Tal estudo se faz necessário devido a pouca produção científica sobre o assunto.

Objetivo

Com o objetivo de contribuir para o conhecimento na área relacionada à terapia cognitiva do Transtorno de Personalidade Narcisista, este estudo apresenta uma ilustração da manifestação dos esquemas desadaptativos em situação clínica.

Capítulo II: Método

Os dados apresentados a seguir são de uma paciente da terapeuta responsável por este estudo e são utilizados mediante TCLE. O nome usado é fictício e todas as questões de sigilo e ética serão respeitadas.

Sujeito

Maria, 22 anos, buscou acompanhamento psicoterápico por iniciativa própria. É solteira, estudante, filha única e mora com os pais. Seu desempenho acadêmico é exemplar. A paciente possui uma história de repetidas frustrações em relacionamentos amorosos e dificuldades em fazer e manter amizades. Dedicar a maior parte de seu tempo aos estudos, o que a faz permanecer por longos períodos isolada. Aprecia atividades esportivas de cunho artístico.

Instrumento

Para a análise e identificação dos EIDs recorreu-se ao Young Schema Questionnaire (YSQ-S3, de Jeffrey Young, 2005), traduzido e adaptado por D. Rijo (2006). Nesta escala de identificação dos EIDs, Young atribuiu-lhe, na sua versão original, 205 itens, que foram posteriormente reformulados para 75. Recentemente, em seu novo formato, o questionário conta com 90 itens, os quais foram aplicados neste estudo. Na grade de cotação contabilizam-se os itens correspondentes a 18 esquemas e calculam-se as médias individuais (tais médias podem variar de 1 a 6, calculadas dividindo-se a pontuação total por 5) e o total de cada um deles (variando de 5 a 30 pontos, conforme escala de atribuição de valores proposta pelo autor) e a pontuação total do YSQ, na qual uma pontuação mais elevada significa uma maior existência de EIDs. Os 18 EIDs em análise são: Abandono, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defectividade/Impossibilidade de ser amado, Isolamento Social/Alienação, Dependência/Incompetência funcional, Vulnerabilidade a danos e doenças, Emaranhamento, Fracasso, Grandiosidade/Arrogo, Auto-controle e Autodisciplina Insuficientes, Subjugação, Auto-Sacrifício, Busca de Aprovação/Reconhecimento, Negativismo/Pessimismo, Inibição Emocional, Padrões excessivos/rígidos de realização e Postura Punitiva.

Capítulo III: Resultados e Discussão

A aplicação do Young Schema Questionnaire (YSQ-S3) apresentou os resultados conforme apresentado nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Resultado Global YSQ-S3;

Esquema	Total	Média
Privação Emocional	15	3,0
Abandono	20	4,0
Desconfiança/Abuso	23	4,6
Isolamento Social/Alienação	17	3,4
Defectividade/Impossibilidade de ser amado	18	3,6
Fracasso	05	1,0
Dependência/Incompetência funcional	09	1,8
Vulnerabilidade a Danos e Doenças	08	1,6
Emaranhamento	11	2,2
Subjugação	17	3,4
Auto-Sacrifício	08	1,6
Inibição Emocional	29	5,8
Padrões excessivos/rígidos de realização	25	5,0
Grandiosidade/Arrogo	20	4,0
Autocontrole e autodisciplina insuficientes	09	1,8
Busca de Aprovação/Reconhecimento	18	3,6
Negativismo/Pessimismo	08	1,6
Postura Punitiva	11	2,2
PONTUAÇÃO TOTAL DO YSQ-S3	271	

Tabela 3 – Resultados YSQ-S3 para EIDs típicos do Transtorno de Personalidade Narcisista;

Esquema	Total	Média
Privação Emocional	15	3,0
Desconfiança/Abuso	23	4,6
Defectividade/Impossibilidade de ser amado	18	3,6
Subjugação	17	3,4
Padrões excessivos/rígidos de realização	25	5,0
Grandiosidade/Arrogo	20	4,0
Autocontrole e autodisciplina insuficientes	09	1,8
Busca de Aprovação/Reconhecimento	18	3,6

Os dados da Tabela 3 confirmam os esquemas típicos do Transtorno de Personalidade Narcisista corroborando esse diagnóstico. E evidenciando concordância entre o teoricamente exposto e o verificado clinicamente.

A paciente em questão apresenta a média mais elevada para o EID **Padrões excessivos/rígidos de realização** o que denota significativa falta de espontaneidade e sentimento de inadequação. Maria abre mão de situações prazerosas em prol de fazer tudo com perfeição. *“Vou a (nome da cidade) de carro, minha amiga Ana mora bem perto de onde vou. Faz muito tempo que não falo com ela; e ela é uma grande amiga. Mas se eu tentar ir a casa dela, posso errar o caminho. Faz tempo que não vou até lá. Não posso correr esse risco”*. A paciente sente-se incomodada com a possibilidade de não deter o pleno controle da situação, ilustrando a persistente busca por perfeição.

A busca por controlar, fica também evidente pelo EID **Subjugação**, que demonstra a busca por manter-se sempre no controle, jamais ser controlada. *“Eu e a Joana resolvemos vender bijuterias na faculdade; vou escolher as peças e colocar o preço. Vou buscar novas peças uma vez por semana, daí entrego para a Joana e ela vai vender no horário do intervalo no bar. A cada dois dias ela vai ter que me passar uma lista de tudo o que vendeu. Seremos sócias”*. Confirmando a tendência apresentada no DSM-IV que aponta o narcisista como controlador e competitivo (APA, 2002).

Mantendo-se em posição de controle, Maria almeja destaque. Quer constante reconhecimento de seu status e a máxima atenção alheia. O EID **Busca por aprovação**, avalia essa necessidade. Maria aprecia muito relatar situações nas quais teve destaque; *“meu professor de terça-feira é um maluco. Todos os semestres reprova praticamente toda a turma. A aula dele é uma maluquice, tem uma didática péssima. Ainda bem que tenho facilidade, apesar de ser um conteúdo complicado, consigo resolver todos os exercícios. Fiz a prova e fui super bem. Nem tive o resultado ainda, mas sei que fui muito bem. Tu sabe que é assim não é? Claro que fui bem. Não acha?”*

Segundo Alarco'n & Sarabia (2012) o sujeito acometido pelo Transtorno de Personalidade Narcisista apresenta forte tendência a ser controlador e competitivo, estando freqüentemente em disputas de poder. Contudo podem se sentir incompreendidos e maltratados e, afim de externalizar a culpa que sentem, se mantêm em padrões irrealistas de perfeição.

A busca constante por aprovação e preocupação por manter um status superior prestam-se a camuflar um grande sentimento de solidão e defectividade. O EID **Defectividade / Impossibilidade de ser amado** com média elevada, demonstra que a um nível central e inconsciente, a paciente sente-se indigna de ser amada e envergonha-

se de si mesma, percebe sua imperfeição. Sentimentos como vergonha e raiva se tornam recorrentes ocasionando uma possível instabilidade de humor (Alarco'n & Sarabia, 2012).

Como forma de compensação, entrega-se a atividades repetitivas e reconfortantes. Maria estuda demasiadamente, pois através disto consegue aprovação por suas realizações fantásticas e faz-se merecedora de tratamento especial. “*A matrícula será semana que vem, tenho privilégios para escolher as cadeiras, pois tenho sempre as melhores notas*”.

Como esquema central no transtorno narcisista, está o EID **Grandiosidade / Arrogo**. O narcisista se sente especial quando é tratado de forma diferente dos demais seres humanos, tem sonhos grandiosos e um sentimento de autoimportância suprema. Maria acredita que “*mãe é para isso mesmo, ela me colocou no mundo e tem que estar disposta a fazer tudo o que eu quiser, afinal ela vive pra mim*”. Porém, esta é mais uma máscara para encobrir seu sentimento de defectividade.

A sensação grandiosidade descreve o protótipo do narcisismo. Indivíduos que se vêem como superiores aos outros tendo direitos a privilégios especiais. Lutam por poder e glória, riqueza e prestígio, manipulam pessoas e eventos afim de obter resultados desejados e favoráveis a si próprios. São detentores de uma visão inflada sobre si mesmo. No entanto tal condição lhes gera vários sintomas de ansiedade e somatização ocasionados por uma auto-estima muito frágil e instável (Alarco'n & Sarabia, 2012).

A paciente menciona que a mãe “*vive para ela, para servi-la*”. Em contraponto, Maria coloca-se como alguém que nunca precisa dos outros. Há uma constante busca por perfeição, sucesso e autonomia. Característico do EID **Privação Emocional** pelo

qual acredita que ninguém jamais satisfará suas necessidades e a amará como ela é. “A minha mãe me busca onde eu quero, meu pai me leva onde eu quero. Agora tenho meu carro, mas vou continuar indo e vindo com eles quando eu quiser. E quando eu não quiser eles por perto, tenho meu carro”.

Maria mantém pessoas significativas muito próximas de si, no intuito de tê-las a sua disposição. Mas em contraponto, acredita que os demais somente lhe são simpáticos e solícitos por que desejam algo dela. O que a faz evitar intimidade verdadeira sendo extremamente cética em relação a motivações alheias. Tal aspecto condiz com o EID **Desconfiança / Abuso** para o qual a paciente apresentou a segunda maior média na aplicação do questionário.

“Ele (refere-se ao rapaz com quem está se relacionando) me ligou sábado à noite para saber se eu iria querer fazer alguma coisa no domingo. Eu não sabia, então não disse nada. No domingo ele me ligou de novo, mas eu estava lavando o carro. Quando eu acabei de lavar o carro liguei para ele, já era meio da tarde, daí fui encontrar ele. Fomos no cinema. Comi um lanche e voltei, tinha que dormir para não estar cansada na segunda”. Maria não reconhece/retribui as investidas do rapaz, foca-se apenas nas atividades que previu realizar esquivando-se de uma maior aproximação.

Tal comportamento evidencia a falta de empatia de Maria, que é descrito como um importante sintoma do Transtorno de Personalidade Narcisista. A empatia está intimamente relacionada ao reconhecimento de expressões faciais de afeto. Pessoas que têm baixas funções empáticas demonstram pouco reconhecimento sobre o tipo de afeto expresso por terceiros (Marissen, Deen & Franken, 2011).

Pacientes com Transtorno de Personalidade Narcisista são significativamente comprometidos e menos precisos em distinguir expressões emocionais faciais, sugerindo uma habilidade de empatia prejudicada. Um estudo realizado por Marissen, Deen & Franken (2011), sugerem que pacientes com Transtorno de Personalidade Narcisista podem até ser capazes de reconhecer as emoções dos outros em alguns contextos, mas são deficientes em “sentir o que as outras pessoas sentem”.

Dentre os EIDs destacados como típicos da personalidade narcisista o que mede **Autocontrole e Autodisciplina insuficientes** apresentou a menor média. Diferente do que se espera teoricamente, a paciente aceita limites e tolera relativamente bem frustrações. E, ainda, tem capacidade de postergar seus desejos. *“Quero comprar um novo bichinho. Desde que o Floc morreu, penso em um novo cachorro. Mas como agora vem o verão e quero ir à praia, acho melhor esperar para o próximo ano. Se bem que, não sei se dará para comprar no próximo ano também por que eu vou estar cheia de coisas para fazer e não terei como cuidar direito do bichinho”*.

As vinhetas apresentadas neste artigo, acredita-se, prestaram-se a ilustrar o exposto teoricamente. Destacando-se como aspectos fundamentais à paciente e, de modo geral, aos sujeitos acometidos pelo Transtorno de Personalidade Narcisista características como: significativa falta de empatia, sentimento desmedido de grandiosidade, auto-estima instável e forte tendência a controlar.

No caso apresentado, a terapia focado no esquema mostrou-se pertinente no entendimento do funcionamento da paciente. A visão proposta por Young mostra-se viável como opção de tratamento para o transtorno de personalidade em questão.

Capítulo IV: Considerações Finais

O impacto da terapia focada no esquema proposta por Jeffrey Young vem se fazendo evidente no tratamento de transtornos de personalidade. De forma complementar a terapia cognitivo-comportamental clássica essa tem sido constantemente empregada e já tem resultados empiricamente aceitos.

Tendo em vista o tratamento do Transtorno de Personalidade Narcisista, a terapia focada no esquema vem se fortalecendo como um tipo de tratamento eficaz e produtivo. Contudo ainda faz-se de suma importância a produção científica sob tal foco.

Além de estudos empíricos para fins de pesquisa, terapeutas cognitivo-comportamentais que utilizam ou pretendem iniciar seu trabalho com terapia do esquema devem realizar estudos a fim de aperfeiçoar sua prática clínica. Corroborando para o melhor andamento do processo terapêutico e para o desenvolvimento deste novo enfoque.

Referências Bibliográficas

- Alarco'n, R. D., Sarabia, S. (2012). *Debates on the Narcissism Conundrum Trait, Domain, Dimension, Type, or Disorder?* The Journal of Nervous and Mental Disease. 200 (1). Recuperado em 25 de março de 2012, de http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2012/01000/Debates_on_the_Narcissism_Conundrum_Trait,.4.aspx
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual de Estatística e Diagnóstica de Transtornos Mentais*. (4º ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. (2005). *Terapia Cognitiva dos transtornos da personalidade*. (2º ed). Porto Alegre: Artmed.
- Behary, W. T. (2011). *Ele se acha o centro do universo: sobreviva a um narcisista despertando nele o interesse por você, sua vida e seus sentimentos*. Rio de Janeiro: Best Seller.
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 1 (1), 9 – 20. Recuperado em 28 de fevereiro, 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000100002&script=sci_arttext
- Cazassa, M. J., Oliveira, M. S. (2008). Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisa. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 35 (5), 187 – 195. Recuperado em 02 de março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n5/a03v35n5.pdf>
- Duarte, A. L. M., Nunes, M. L. T., Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 4 (1).

Recuperado em 03 de março, 2012, de

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a04.pdf>

Marissen, M. A. E., Deen, M. L., Franken, I. H. A. (2011). *Disturbed emotion recognition in patients with narcissistic personality disorder*. Psychiatry Resesearch. 10.1016.

Recuperado em 25 de março de 2012, de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178111008262>

Trindade, M. T., Mossati, R. L., Mazzoni, C. G. (2009). *Terapia do Esquema: Uma evolução na terapia cognitivo-comportamental*. Manuscrito não publicado.

Young, J. E. (2003). *Terapia Cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada no esquema*. (3ªed). Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Teoria do Esquema*. Porto Alegre: Artmed.