

A FENOMENOLOGIA COMO UM CAMINHO PARA A COMPREENSÃO DE SUJEITOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE PARANÓIDE

Juliana Mendanha Brandão- FAMUC, IPSEMG

Resumo

Este artigo tem como objetivo discorrer sobre o uso da fenomenologia, como uma postura, no atendimento psicológico ao portador de sofrimento mental com transtorno de personalidade paranóide, cujas características tornam difícil o estabelecimento da empatia e do afeto necessários para a relação de ajuda. A fenomenologia, como método, dentro da proposta de Jaspers, também foi utilizada para se fazer o diagnóstico psicopatológico do caso em questão, possibilitando a compreensão da vivência do sujeito, de sua maneira de estar no mundo e de sua percepção do mesmo. A discussão se baseia em um caso clínico onde o paciente com este transtorno apresentou melhoras no tratamento somente após a psicóloga adotar uma postura fenomenológica frente ao seu caso.

Palavras chaves: psicoterapia, psicopatologia, fenomenologia

Abstract

This article will discuss the use of phenomenology, as an approach in paranoid personality disorders psychotherapy. The individual with this mental illness makes difficult to the psychotherapist to feels empathy and affection towards him, what makes as well difficult the therapeutic relationship. The phenomenology as a method, based on Jasper, was as well used for the mental illness diagnoses, allowing the understanding of the individual in his experience, and his relationship with the environment and with himself. The discussion is based on a practical experience which the client with this disorder started to make progress after the psychotherapist changed her approach to a phenomenological view.

INTRODUÇÃO

A sala do psicólogo em um centro de saúde é um convite à subjetividade, à reflexão sobre as percepções que o sujeito tem de si mesmo, do mundo em que vive e de suas relações. É também um espaço de busca pela saúde, primariamente psíquica, e de uma busca, nem sempre clara para o sujeito, por transformações.

Quando alguém adentra este espaço, geralmente não está se sentindo bem e demanda uma ajuda do psicólogo. E essa ajuda pode se configurar através de um processo de psicoterapia. Porém, a psicoterapia que lhe será oferecida não terá como objetivo uma supressão ou resolução simples dos problemas, angústias e questões que surgirem ao longo da vida da pessoa, tampouco uma promessa de felicidade ou perfeição. O objetivo da psicoterapia, sob uma abordagem fenomenológica, como bem expressou ANGERAMI-CAMON (2002), é “ampliar a visão perspectiva do paciente para que ele possa ter uma concepção de mundo mais abrangente e repleta de possibilidades.” Dessa forma, o paciente, antes aprisionado à sua angústia por uma percepção de mundo e de suas questões mais restritiva, tem ampliado seu grau de liberdade e suas chances de enfrentamento dos desafios que a vida lhe traz.

Porém, o sucesso do processo psicoterapêutico depende de uma série de fatores nem sempre passíveis de controle por parte do terapeuta. Entre esses fatores, os seus próprios sentimentos diante do paciente pode tanto impulsionar positivamente o processo, como ser um impedimento para continuidade do mesmo. A afeição e o interesse pelo paciente, assim como a

admiração pelo mesmo, são condições importantes para fazer com que a relação terapeuta-paciente seja uma relação de ajuda.

Assim, quando o psicólogo se depara com um paciente que,

“além de similaridade com o universo cultural, também apresenta uma afinidade com a concepção de valores- incluindo-se os conceitos de mundo, homem e de valores políticos e sociais- se tem todas as condições propícias para que a psicoterapia se desenvolva em toda plenitude.” (Idem)

Isso porque fica mais fácil ao terapeuta compreender um sujeito que se pareça com ele, “gostar” dele e, então, ajudá-lo.

No entanto, alguns pacientes que se apresentam para o atendimento psicológico são um desafio para o profissional justamente por apresentarem uma percepção de mundo tão única e diversa da visão de mundo do profissional que dificultam o estabelecimento de um processo terapêutico. Talvez porque o psicólogo não os compreenda realmente e não tenha idéia de como esse sujeito vivencia suas experiências, torna-se complicado ajudá-lo.

Quando isso ocorre é necessária uma mudança de postura frente ao caso, para que o processo terapêutico não permaneça paralisado com a incompreensão do profissional. A fenomenologia implica essa mudança de postura, uma atitude de “pôr entre parênteses” as definições pré-concebidas, paralisantes, uma atitude de suspensão de juízos. Ela traz a possibilidade de se estabelecer a empatia, a capacidade de se imergir no mundo subjetivo do outro e de participar de sua experiência, sem perder a própria subjetividade. Enfim, a fenomenologia traz a chance de compreender o sujeito.

E foi a abordagem da fenomenologia que possibilitou a compreensão e o atendimento psicoterapêutico de W, paciente da equipe de saúde mental de um centro de saúde da cidade de Contagem, MG.

A PSICÓLOGA E O PACIENTE- INCOMPREENDIDOS E INCOMPREENSÍVEIS

W é um homem que tinha 30 anos quando de seu primeiro contato com a psicóloga que vivenciou este caso aqui estudado. Vivia, no bairro do centro de saúde em que buscou atendimento, um bairro de classe socialmente desfavorecida, com os pais e dois irmãos mais novos que ele, sendo que o mais novo tinha o diagnóstico de autista. Estava desempregado e era formado em nível médio como técnico de laboratório e exames clínicos. Seu primeiro atendimento foi em março de 2001.

W apareceu no centro de saúde por “demanda espontânea”, que é como se denomina a procura por atendimento que independe de encaminhamento médico ou de outros profissionais. Falava, a princípio, principalmente de suas desilusões amorosas e de suas frustrações com isso e, aos poucos, foi falando mais de outros aspectos de sua vida. Embora seja este um tema inicial bem comum, algo não parecia comum na maneira como o assunto era apresentado.

A psicóloga sentia um estranhamento em relação a W. Às vezes parecia que sua expressão fisionômica e seu gestual não combinavam com o que dizia. Sua postura corporal parecia enrigecida e ele mantinha-se em sua cadeira a uma distância maior que a maioria dos outros pacientes. Parecia sempre tenso. Os fatos que relatava também tinham algo diferente, principalmente na maneira como ele reagia aos acontecimentos e aos atos das outras pessoas. Falava de como era comum que os outros o julgassem fraco ou bobo e que quisessem enganá-lo. Quando achava que isso acontecia, sua atitude costumeira era vingar-se de um modo algumas vezes bem violento. Para se precaver, andava com uma faca. E premeditadamente já agredia e/ou ameaçava pessoas com ela.

Há algum tempo atrás, W havia sido atendido por uma outra profissional com quem sua terapeuta atual “trocou idéias”. Para essa psicóloga, W era um paciente “difícil” e ela não havia conseguido identificar sua “estrutura”, o que para ela, que seguia uma linha psicanalítica de atendimento, era de fundamental importância para atendê-lo. Às vezes achava que ele

poderia ser psicótico, mas logo, considerava a hipótese da estrutura neurótica. O processo terapêutico com ela, segundo a própria, não havia “evoluído” muito. Ela ainda relatou um fato que havia ocorrido entre W e uma médica que o havia atendido: ele a agredira com um chute nas costas por não ter ficado satisfeito com o tratamento a ele despendido. Sofrera inclusive processo por isso.

W não parecia sentir pena de ninguém e nem carinho ou amor. Contava casos de amigos, mas a maneira de referir-se a eles parecia seca, distante. E bastava um desapontamento para que a amizade terminasse. Muitas vezes com brigas.

Certa vez, chegou contando que havia acontecido algo chato na sua casa e qual foi o espanto da psicóloga quando soube que “o algo chato” havia sido a morte de seu pai. E o que incomodou W foi o fato dos seus familiares ficarem chorando e de ter ficado um clima de tristeza na casa. Quanto ao que ele mesmo estava sentindo pela morte, dizia que só achou ruim não ter dado “um murro das fuças do pai” antes de ele ter morrido. Mas no que ele relatava sobre o pai, não parecia haver motivo para tanta raiva. Tristeza, só uma vez relatou ter sentido por algo que ocorrera com algum ser vivo: quando seu cãozinho morreu.

Sua percepção da própria família era muito negativa. Tinha certeza de ser o preterido da casa, de ser o perseguido pela mãe que, segundo ele, o acusava de causador de qualquer problema e lhe cobrava por tarefas e atitudes que não cobrava dos irmãos. Várias vezes, W referia-se à mãe como “desgraçada”. E prometia a si mesmo que, em relação a ela, não deixaria acontecer o que ocorreu com o pai, e ainda a agrediria ou se vingaria dela antes de sua morte. Não admitia a hipótese de que a mãe não fosse tão terrível como considerava e tinha certeza de que todos os seus atos e falas em relação a ele eram planejadas para prejudicá-lo. Não aceitava qualquer gesto de carinho vindo dela, sempre considerando o ato como “fingimento”.

Não admitia que alguém pudesse ter algum ato sem intencionalidade. Achava que todos que lhe faziam algum mal (ou faziam com que ele se sentisse mal) sabiam que estavam fazendo isso e tinham uma intenção prévia clara. Dizia que ele próprio sempre pensava antes de tudo o que fazia ou falava.

A respeito de relacionamentos amorosos, W se considerava revoltado por nunca conseguir relacionamentos satisfatórios ou pelas pessoas por quem se interessava não se interessarem da mesma forma por ele. Os breves namoros que tinha tido não eram considerados bons para ele (“umas meninas bregas, aquém do meu nível”) e/ou terminavam em conflitos sérios.

Disse certa vez que havia pensado em uma forma de ter uma companheira que ficasse com ele fielmente, de ter um relacionamento sem falhas, mas não poderia contar seus planos porque era algo “inaceitável” para as pessoas. Questionado se uma forma artificial não seria um impedimento para que a pessoa o amasse, ele colocou que o sentimento viria aos poucos. Dizia que executaria o plano quando tivesse condições de se manter e ninguém iria descobri-lo.

W costumava dizer que tinha azar e que nada dava certo para ele. Além dos relacionamentos, queixava-se por não conseguir um emprego ou não ficar em algum por muito tempo.

Em relação à psicóloga, W demandava muita atenção e tempo, em relação a outros pacientes. Aparecia sem horário marcado e queria ser atendido sem demora e “vira-e-mexe” questionava sobre o tempo que durava seu atendimento, achando que o tempo despendido para ele era menor do que o das outras pessoas. Por outro lado, não demonstrava afeto pela profissional, não parecia gostar dela. Tampouco parecia desgostar. Quando a psicóloga fazia alguma intervenção, W mostrava-se fechado para ouvi-la, com o gestual demonstrando através do cruzamento dos braços, e geralmente discordava do que fora dito.

Recordadas agora essas intervenções, fica claro que muitas vezes eram uma tentativa de modificar W, de fazê-lo mais dentro da normalidade compreendida pela psicóloga, de ensiná-lo uma forma “melhor” de ver o mundo e de se analisar as suas relações com as pessoas, de convencê-lo de que o que ele percebia não era aquilo que devia ser percebido. Essas intervenções se constituíam, então, em uma violência contra W, no mínimo um desrespeito à sua subjetividade. E, nesse diálogo, tanto W, quanto a própria psicóloga, eram incompreendidos. E incompreensíveis.

Para a psicóloga, era muito difícil abster-se de julgamentos, quase sempre, negativos de W e a profissional pegou-se considerando W um sujeito mau, no maniqueísta sentido contrário às características das “pessoas de bom coração”.

À medida em que havia mais dados a respeito de W e mais contato com ele, mais difícil tornava-se seu atendimento, pelo fato de ele parecer aversivo. A psicóloga passou a querer que W não continuasse seu atendimento, pois se tornava muito penoso para ela, embora não parecesse que fosse assim para ele, uma vez que era bastante freqüente nas consultas. Além disso, W parecia representar um risco para a psicóloga, que sentia medo dele. O seu olhar já era para ela ameaçador.

Todavia, era claro que W sofria. E parecia claro que muito do seu sofrimento advinha de sua maneira de ver o mundo, perceber as pessoas e se relacionar com elas. Mas ele parecia preso a essa maneira.

Segundo a psicopatologia, alterações psíquicas, que provocam reações vivenciais anormais (incomuns), mas que se tornam uma norma na vida de um sujeito, podem fazer com que um sujeito perca a liberdade de optar por ser ou deixar de ser de acordo com as regras do meio onde vive. Por isso, pode-se definir doença mental com a patologia da liberdade.

W poderia apresentar algum transtorno mental.

O IMPASSE

Se em um consultório de psicologia pode ser possível escolher os clientes, pela observação de quais pessoas têm as características que tornam mais fácil o estabelecimento da empatia, da aceitação incondicional, e, conseqüentemente, o bom andamento de um processo terapêutico, em um centro de saúde do serviço público, isso é muito difícil de acontecer pela própria característica de universalidade do SUS. Todos têm o direito de serem atendidos. E o ideal é que todos sejam bem atendidos, no sentido de participarem de um processo terapêutico que “caminhe”.

Ademais, a função da psicologia é ajudar, de sua forma específica, as pessoas a lidarem com seu sofrimento e não se podia negar que isso ocorria com W. Além disso, não é por um paciente ser de mais ou menos difícil trato que se pode excluí-lo de serviço de saúde público. E se ele tem relacionamentos difíceis com praticamente todas as pessoas com quem ele convive, segundo seus relatos, não se poderia esperar que com um psicólogo, o caso seria tão diferente. E teria que fazer parte do atendimento, pelo menos, a tentativa de compreendê-lo de uma forma abrangente, incluindo sua maneira muitas vezes “áspera” ou aversiva de se relacionar.

Alguns autores colocam que o sentimento negativo do terapeuta para com o paciente, ou uma contratransferência negativa, pode tornar ineficaz um atendimento. Por outro lado, de acordo com KAPLAN e SADOCK (1993), que analisaram a relação médico-paciente e que, aqui pode ser transposta para a relação psicólogo-paciente,

“os sentimentos de contratransferência nem sempre devem ser percebidos em termos puramente negativos. Se reconhecidos e analisados, eles podem ajudar o médico a compreender melhor o paciente que os estimulou.”

Dessa forma, um desafio se impôs: ajudar um sujeito incompreendido por muitos, incluindo a psicóloga, e talvez por ele mesmo, a se sentir melhor. E investigar: como é a vivência de um sujeito que aparentemente se relaciona de uma forma não satisfatória para os seus convivas e para ele mesmo? E ainda: apresentaria esse sujeito algum transtorno mental e de comportamento passível de categorização pelo CID 10, cujas características emergiriam de uma investigação fenomenológica psicopatológica? Se sim, qual seria esse transtorno?

Em 1914, o psicólogo e médico francês Charles Blonde (PAIN:2006) já mostrava que o enfermo psíquico vive em um mundo diferente. E é para penetrar no mundo subjetivo dos enfermos psíquicos que a psiquiatria procurou apoio na fenomenologia e a usou como método. W parecia viver em um mundo diferente, tal era sua forma incomum de percebê-lo.

Assim, pela dificuldade de se entender o paciente e a conseqüente paralisia que se dava no processo terapêutico por causa dessa mesma dificuldade, tornou-se necessária aquela mudança de postura já referida e possibilitada pela fenomenologia e foi feito um diagnóstico de W, uma pesquisa sobre suas características essenciais, a fim de compreendê-lo e ajudá-lo.

O mesmo diagnóstico que pode estigmatizar uma pessoa, aprisionando-a a uma nomenclatura estática, pode humanizá-la na medida em que a coloca como diferente sim, de uma maioria de pessoas, mas igual em vários outros aspectos a tantos outros seres humanos que já foram categorizados em uma estrutura psicopatológica.

Como definiu LIMA (1995),

“a psicopatologia deve descrever então, o homem-enfermo-psíquico considerando-o como um ser psíquico e somático, envolvido por um ambiente social e psicológico dentro do qual desenvolve uma história particular interna e externa, que concorre e decorre do modo como ele apreende este mundo e a si próprio.”

E ainda:

“este particular de cada ser humano, não impede que apreendamos, nos diversos tipos de alterações no psiquismo, determinados tipos de fenômenos, que se repetem em diferentes indivíduos. Tais dados, que se repetem iguais, em indivíduos diferentes, nos possibilitam distinguir quadros clínicos facilmente reconhecíveis. Estes, identificados e nomeados, nos autorizam a tomar diante deles condutas terapêuticas baseadas num consenso científico.”

Assim, um estudo psicopatológico de W se ocupará de seu psiquismo, mas somente do que nele estiver alterado num sentido patológico. E as alterações deverão ser apreendidas, descritas e compreendidas, uma vez que podem levar o homem que as apresenta a uma inadaptação a diversas situações vitais, com conseqüentes transtornos de comportamento, que ocasionam sofrimento a ele ou aos que com ele convivem.

A PESQUISA DIAGNÓSTICA DE W

O diagnóstico foi feito utilizando-se do método fenomenológico proposto por Karl Jaspers em seus estudos psicopatológicos. Por este método, o pesquisador deve analisar os dados a respeito das funções psíquicas do sujeito pesquisado, a saber: consciência, consciência do eu, atenção, afetividade, memória, pensamento, sensopercepção, temporalidade, espacialidade. Tais dados deverão ser captados, nos momentos das entrevistas com o paciente, através de seus diferentes tipos de expressão (linguagem, comportamento, postura, mímica, ressonância afetiva, humor, motricidade, escrita etc). Ou seja, o que o indivíduo expressar de diferentes formas deverá ser analisado e organizado segundo o “tema” a que se refere, ou a uma essência, e relacionado a uma função. Assim, pode-se extrair de cada entrevista feita, frases ou sentenças que digam respeito ao fenômeno investigado ou função psíquica; tentar conferir um sentido a cada assertiva significativa (momento chamado de “formulação de sentidos” por Colaizzi - um dos autores que propuseram o método fenomenológico) no intuito de caracterizar as funções. Elas, caracterizadas de uma maneira específica, podem se identificar posteriormente com um quadro clínico também específico e organizado na classificação internacional de transtornos mentais e de comportamento. Esclarecendo que o termo “transtorno” é aqui utilizado para “indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções sociais.”(CID 10)

É importante pensar, como bem lembrou BELLO (2004), que a palavra método, que vem do grego *méthodos*, quer dizer “no caminho” e o diagnóstico de W tornou-se o caminho para sua compreensão e para uma psicoterapia mais eficiente.

Através desse caminho, uma série de características de W tornou-se mais perceptível como: atitudes e condutas desarmonicas em várias áreas de funcionamento (afetividade, controle dos impulsos, modos de percepção e de pensamento e estilo de

relacionamento com os outros); padrão incomum de comportamento permanente, não limitado a episódios de doença mental, e invasivo e claramente mal-adaptativo para uma ampla série de situações pessoais e sociais; angústia pessoal considerável; sensibilidade exagerada a contratempos e rejeições; tendência a guardar rancores por longo tempo, recusando-se a perdoar seus agravos; desconfiança generalizada nas pessoas; tendência a interpretar as ações dos outros como hostis e desdenhosas; senso exagerado de direitos pessoais em desacordo com a situação real.

Tais características assim explicitadas e ordenadas levaram ao diagnóstico de transtorno de personalidade paranóide que foi resumidamente explicada por FOCCHI e CASTILLO (2006)

“como entidade patológica distinta, que independe da cultura e do grupo em que o indivíduo está inserido, envolvendo um estilo global de pensar, sentir ou relacionar-se com os outros de forma rígida e invariável. Constitui maneira de ser do indivíduo, ego-sintônica, caracterizada por desconfiança e suspeita persistentes em relação a outrem, interpretando motivações e ações de outros indivíduos como malevolentes.”

Segundo DSM-IV,

“os traços de personalidade são padrões persistentes no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo, exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais. Apenas quando são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativo, os traços de personalidade constituem Transtornos da Personalidade”.

Dessa maneira, o que torna W portador de transtorno mental é principalmente sua rigidez na forma com percebe o mundo e o sofrimento que essa forma traz.

Alguns autores questionam o uso de uma amostra unitária ou o estudo de um sujeito apenas em uma pesquisa fenomenológica, uma vez que não há vários discursos de variadas pessoas pra se extrair uma essência comum a todos – sendo que tal extração é uma parte, um passo comum aos métodos fenomenológicos mais comumente usados. Porém, a essência da vivência de W, captada pelo estudo das suas entrevistas com a psicóloga é aceitável, como resultado de pesquisa, à medida em que esse sujeito, no caso W, pode ser considerado um típico “portador” do transtorno de personalidade paranóide.

O RESULTADO MAIS RECOMPENSADOR

Mais importante, porém, que a identificação do transtorno mental do sujeito pesquisado, foi a mudança de perspectiva que a visão fenomenológica possibilitou ao processo psicoterápico e a maneira como W pode sentir-se mais acolhido por causa dessa mudança e mais apoiado, para se movimentar para fora de sua rigidez na percepção do e relação com o mundo.

Como toda pesquisa qualitativa (MOREIRA:2002), essa também se deu com uma ênfase na subjetividade do sujeito. E o interesse da pesquisadora-psicóloga foi na interpretação que ele próprio tinha do objeto de estudo, no caso, a sua vivência. A ênfase recaiu no entendimento dessa vivência e não num objetivo pré-determinado, numa explicação pré-concebida; e a pesquisa foi orientada para o processo e não para o resultado. Isso significa reconhecer o impacto do processo da pesquisa sobre a situação.

Assim, no decorrer do processo de pesquisa feito, através das entrevistas psicológicas, a situação, ou seja, a vivência de W, foi se transformando, enquanto W era escutado de uma forma diferente e finalmente, compreendido.

Buscaram-se a essência das experiências vividas de W, sua maneira de ver o mundo e de estar nele, sua percepção de seus relacionamentos e sua maneira de reagir ao que lhe acontece. Utilizou-se uma maneira de compreender muito bem explicada por BENJAMIN (1994):

“trata-se de compreender com a outra pessoa (...). É necessário deixar tudo de lado, menos nosso senso comum de humanidade, e somente com ele tentar compreender com a outra pessoa como ela pensa, sente e vê o mundo ao seu redor. Significa nos livrarmos de nossa estrutura interna de referência, e adotar a do outro. A questão não é discordar ou concordar com ele, mas compreender o que é ser com ele.”

Isso é a compreensão fenomenológica.

W, sentindo-se melhor compreendido e, conseqüentemente, mais aceito, pôde diminuir suas defesas contra as intervenções da psicóloga e, aos poucos, foi se abrindo para possibilidades diferentes de percepção do mundo. Foi percebendo que nem sempre, quando alguém lhe fazia se sentir mal, a pessoa tinha essa intenção e que ele poderia dar mais chances para situações positivas ocorrerem em sua vida, já que foi notando que descartava possibilidades muito rapidamente.

Parou de expressar seus planos que envolviam atitudes mais violentas contra os outros e começou a exibir um senso de humor antes inexistente, o que diminuiu a tensão da terapeuta durante seus atendimentos, já que aos poucos os dois podiam rir juntos. W não parecia mais uma pessoa má, mas apenas um sujeito que sofria com sua visão de um mundo ameaçador, cruel para ele, que acabava reagindo de um modo mais drástico.

Após o seu diagnóstico, a psicoterapia continuou por algum tempo, até meados de 2004, quando W começou a trabalhar em horários que incompatibilizavam com os atendimentos. É claro que sua vida ainda tem sofrimento, conflitos e W não se tornou uma outra pessoa. Todavia, se flexibilizou em suas percepções e seu grau de liberdade aumentou, enquanto suas reações vivenciais foram se tornando mais diversificadas.

E a fenomenologia cumpriu um papel transformador.

BIBLIOGRAFIA

- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org.). *Psicoterapia fenomenológico-existencial*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- BELLO, Ângela Ales. *Fenomenologia e ciências humanas*. Bauru, SP: EDUSC, 2004.
- BENJAMIN, Alfred. *A entrevista de ajuda*. 8ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1994
- CID-10. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 7ª edição, 1994
- DSM-IV. Transtornos de personalidade. Classificação de doenças mentais. In BALLONE, G.J. *PsiqueWeb. Psiquiatria geral*. Disponível em <http://psiweb.med.br/dsm/person.html> Acesso em 7 de março de 2006.
- FOCCHI, Guilherme R.A.; CASTILLO, José Carlos R. *Transtorno de Personalidade Paranóide*. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/arquivo/para1099.htm>> Acesso em 3 de março de 2006.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. *Compêndio de psiquiatria. Ciências comportamentais. Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 6ª edição, 1993.
- LIMA, Eudis J. Garcia. *Aula: Introdução à psicopatologia*. Belo Horizonte: UFMG, 1996 (mimeo)
- MOREIRA, Daniel Augusto. *O Método fenomenológico na pesquisa*, São Paulo: Pioneira, 2002.
- PAIN, Isaias. *O que é psicopatologia*. Disponível em <<http://psicopatologia.tripod.com.br/psicopatologia.htm>> Acesso em 5 de março de 2006.