

Artigo de Revisão

## Trauma na infância e transtornos da personalidade na vida adulta: relações e diagnósticos

*Trauma in childhood and personality disorders in adulthood: relations and diagnostics*

 <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v5i1.3247>

Carol Rebeschini<sup>1\*</sup>

### RESUMO

O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão assistemática da literatura sobre Transtornos de Personalidade, verificando e discutindo associações a vivências de traumas na infância. Observou-se a necessidade de mais pesquisas a respeito de todos os Transtornos da Personalidade, principalmente no que se refere à etiologia e epidemiologia destes. Além disso, aponta-se para a importância do desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação, assim como intervenções ainda na infância, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de possíveis transtornos na idade adulta.

**Palavras-chave:** Transtornos de Personalidade; Personalidade; Trauma na Infância; Maus-tratos.

### ABSTRACT

The present study aimed to perform a literature non systematic review about Personality Disorders, verifying and discussing associations to traumatic experiences in childhood. The necessity of more research about all Personality Disorders, especially regarding their etiology and epidemiology was observed. Furthermore, we indicate the importance

of developing new evaluation instruments, as well as interventions in childhood, aiming to prevent the development of possible disorders in adulthood.

**Keywords:** Personality Disorders; Personality; Trauma in Childhood; Maltreatment.

### INTRODUÇÃO

Sabe-se atualmente que evidências de exposição à traumas na infância e adolescência, como abuso físico, sexual, emocional e negligência, são fatores de risco que podem explicar o desenvolvimento de Transtornos da Personalidade, principalmente o Transtorno de Personalidade *Borderline*. Além disso, pode-se dizer que os modelos de estilo parental também são fatores importantes para a formação das percepções de mundo e sujeito, podendo ser um fator agravante ou atenuante para transtornos clínicos ou de personalidade<sup>1</sup>.

A partir de 1890, muitos pesquisadores voltaram-se para o estudo das modificações cerebrais ocorridas ao longo da vida dos indivíduos. Nesta mesma época, os resultados de análises apontaram para evidências de que a vivência de um evento afetivo e emocionalmente carregado de muita excitabilidade poderia ser capaz de deixar marcas importantes no cérebro do indivíduo. Após algumas décadas, concluiu-se que estes mesmos eventos podem causar uma hipertrofia da glândula adrenal, ulceração gastrointestinal e involução timicolinfática, resposta física que mais tarde foi chamada de estresse. Assim, o indivíduo que passa por um evento com potencial estressor acentuado do ponto de vista emocional, precisa desenvolver um processo de adaptação emergencial para preservar-se e manter o equilí-

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

\***Endereço de correspondência:** Avenida Getúlio Vargas, 1644, sala 611 - Menino Deus, Porto Alegre, RS.

**E-mail:** carol.rebeschini@gmail.com

**Submetido em:** 24/05/2016

**Aceito em:** 09/04/2017

brio necessário para a sua própria sobrevivência. Desta forma, o trauma psíquico representaria uma dificuldade do indivíduo na integração da vivência estressora, ameaçando a vida e sua integridade física e psíquica<sup>2</sup>.

A partir do estudo das “neuroses de guerra”, no início do século passado, o trauma psíquico real começou a tomar maior importância científica e social. Nesta época, foram descobertas evidências de que situações traumáticas poderiam causar transtornos mentais posteriores<sup>3</sup>. Desta forma, quando exposto a uma vivência traumática, é comum que o sujeito armazene memórias detalhadas (cognitivas e motoras) deste evento, com grande intensidade emocional associada. Estas memórias se tornam tão vívidas pois o sujeito aciona estruturas corticais e subcorticais, pareando suas memórias com os estímulos sensoriais vividos no momento do trauma. Assim, também é comum que o indivíduo crie falsas memórias a respeito do evento, uma vez que o mesmo se torna vulnerável a fazer associações e generalizações muitas vezes incoerentes, relacionando outros fatores que não dizem respeito ao evento em si. Quando este tipo de situação se estabelece, o sujeito fica predisposto a reviver o trauma diversas vezes, podendo chegar a desenvolver o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)<sup>4</sup>.

A partir do estudo da neurobiologia do TEPT, pôde-se concluir que, com a vivência de eventos estressores, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é ativado e com isso ocorre a liberação de diversos hormônios, dentre eles o cortisol. Assim, com este transtorno, ocorre uma hipersensibilidade do eixo HHA, o que acarreta uma diminuição na produção de cortisol. Além disso, com a ativação do sistema nervoso simpático, hormônios como adrenalina e noradrenalina também têm sua produção aumentada<sup>5</sup>.

Além disso, quando o indivíduo vivencia situações traumáticas, é comum que características como culpa, dissociação, alterações na personalidade, desregulação emocional também se manifestem. Assim, o sujeito torna-se mais suscetível ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade, depressão e abuso de substâncias. Desta forma, as consequências se dão em nível cognitivo, emocional, fisiológico, comportamental e psicológico, desenvolvendo assim um quadro grave, que demanda tratamento especializado<sup>6</sup>.

Atualmente, estima-se que cerca de 60 a 90% dos indivíduos acabam por ser expostos a uma situação potencialmente traumática ao longo da vida, porém, apesar de alguns autores considerarem o Transtorno de Estresse Pós-Traumático como o quarto transtorno mental mais comum, apenas de 8 a 9% da população acaba por desenvolvê-lo. O TEPT ocorre quando a situação causa tanto impacto para a pessoa que acaba por influenciar no processamento cognitivo do próprio evento. A partir disso, o indivíduo passa a avaliar de forma extremamente negativa o trauma e suas consequências. Nestes casos, a memória do evento traumático também sofre uma má elaboração e integração, o que acarreta em uma forte associação do evento a outras memórias. Por isso, sabe-se que a função cognitiva mais prejudicada no TEPT é a memória, seguida pela atenção e outras funções executivas<sup>5</sup>. Porém, apesar da importância do tema para o estudo, esta revisão não possui o objetivo de focar no fenômeno do TEPT, e sim na temática do trauma como um todo.

Uma pesquisa realizada por Southwick, Yehuda e Giller (7), avaliou traços de Transtornos de Personalidade em 34 pacientes veteranos de guerra com sintomas pós-traumáticos. Neste estudo, concluiu-se que existe uma alta incidência de Transtornos da Personalidade nesta amostra de pacientes vítimas de trauma, sendo os Transtornos da Personalidade mais presentes o Borderline, o Obsessivo-Compulsivo, o Esquiva e o Paranoide. A partir disso, é possível formar um paralelo quanto a influência de eventos estressantes na vida de pacientes que desenvolveram características de EIXO II.

Outro conceito também importante para discussão e estudo do trauma e da formação da personalidade é o de resiliência. Este conceito, emprestado da física, refere-se à capacidade do material de retornar ao seu estado original após ter sofrido uma deformação. Porém, quando trazido para o âmbito da psicologia, o conceito refere-se ao potencial do sujeito para a adaptação ou para a recuperação frente a eventos estressantes. Fatores que contribuem para a capacidade de resiliência do indivíduo ainda não são totalmente conhecidos, porém, acredita-se nos atributos individuais, somados aos aprendidos pelos pais e família e às características do ambiente social, que podem auxiliar indivíduos a lidarem com situações traumáticas<sup>3</sup>.

## Trauma na infância

Durante a infância, desenvolvem-se as funções cognitivas, emocionais e comportamentais do indivíduo<sup>8</sup>. Por isso, qualquer impacto significativo sofrido nesta fase pode comprometer parte do desenvolvimento infantil, causando prejuízos neuropsicológicos, tornando o indivíduo mais reativo a estressores externos e, por consequência, influenciando no desenvolvimento da personalidade da criança. Além disso, a exposição a traumas pode também afetar a organização e maturação do cérebro da criança, modificando o sistema de resposta ao estresse<sup>9</sup>.

Segundo Paolucci *et al.* (10), crianças vítimas de abuso sexual possuem 21% mais de chances de desenvolver depressão e suicídio, 20%, TEPT, 14%, promiscuidade, 10%, déficits no rendimento escolar, e 8%, reprodução dos comportamentos violentos, o que mantém a perpetuação do ciclo da violência. Estas estatísticas enfatizam o quanto o desenvolvimento da criança pode ser afetado por uma situação traumática específica e contribuir para que a formação da personalidade do indivíduo também seja afetada<sup>11</sup>.

Segundo Bryer, Nelson, Miller e Krol (12), estima-se que os indivíduos com ideação ou comportamentos suicidas são três vezes mais propensos a terem sofrido abuso durante a infância do que pacientes sem este tipo de comportamento. Além disso, estes autores afirmam que a criança que sofreu estresse crônico grave possui grande probabilidade de ter sofrido influência negativa sobre o desenvolvimento de seu temperamento, excitação e sensibilidade emocional, fatores estes que contribuem em grande parte para a constituição da personalidade do sujeito.

## Transtornos da Personalidade e Trauma

Segundo o DSM-5 (13), Transtornos de Personalidade se caracterizam por padrões inflexíveis e generalizados de funcionamento e comportamentos, com início na adolescência ou adultez jovem, que não são comumente encontrados na cultura em que o indivíduo está inserido e que causam acentuado prejuízo ou sofrimento ao sujeito, ou aos que o cercam. Estes transtornos podem ser divididos em três *clusters* - A, B e C -, de acordo com suas características semelhantes. No primeiro *cluster*, estão os transtornos Pa-

ranóide, Esquizóide e Esquizotípico, considerados como padrões “excêntricos ou incomuns” de funcionamento, principalmente no âmbito social. No segundo, estão os transtornos Antissocial, o *Borderline*, o Histriônico e o Narcisista, que compartilham características de déficit de empatia e comportamento imprevisível. E por último, no terceiro *cluster*, encontram-se os Transtornos Obsessivo-Compulsivos, os Dependentes e os Esquiva, que apresentam alta ansiedade ou medo na interação social.

Em ambiente clínico, atualmente, são identificados altos índices de diagnósticos de Transtornos de Personalidade. Segundo o DSM-5 (13), estima-se que entre 9,1% e 15% da população geral possua algum, ou mais de um, transtorno desta origem. A prevalência, para o *cluster* A, fica em 5,7%, 1,5%, para no *cluster* B, e 6%, no *cluster* C. Porém, estas estatísticas mudam quando fala-se de incidência clínica, como veremos a seguir.

Entre os Transtornos de Personalidade - TP - encontrados em contexto clínico, de 30 a 60% são do tipo TP *Borderline*. Além deste diagnóstico, o TP Dependente e o TP Histriônica também representam elevada prevalência, e, logo após estes, em relação a epidemiologia, encontram-se o TP Obsessivo-Compulsivo, o TP Paranoide, o TP Esquiva e o TP Narcisista. Os outros transtornos da personalidade - Antissocial, Narcisista, Esquizóide, Esquizotípico - não são comuns de serem encontrados em âmbito clínico por, muitas vezes, possuírem menor sofrimento autopercebido ou consciência a respeito de sua patologia, porém, possuem uma prevalência de aproximadamente de 0,5 a 3% da população geral<sup>14</sup>.

Discutindo a relação entre trauma e Transtorno de Personalidade, uma significativa incidência de indivíduos que relatam ter passado por situações significativamente traumáticas, com consequências sérias para o funcionamento geral do sujeito, também é bastante frequente em âmbito ambulatorial. Atualmente, o DSM-5 (13) prevê que os únicos diagnósticos que necessitam da vivência de experiências traumáticas são o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o Transtorno de Estresse Agudo, o Transtorno de Apego Reativo, o Transtorno de Engajamento Social Desinibido e o Transtorno de Adaptação. A partir do diagnóstico destes transtornos é possível que tenhamos acesso às estatísticas da incidência de traumas em âmbito clínico, porém, é importante ressaltar

que diversos casos de Transtornos de Ansiedade e de Transtorno de Personalidade também estão associados a vivências traumáticas.

Segundo as estatísticas do DSM-5 (13), o TEPT já esteve presente na vida adulta entre 3,5 e 8,7% da população geral. O Transtorno de Estresse Agudo está presente em aproximadamente 20% dos casos de exposição a traumas. O Transtorno de Adaptação é um dos mais diagnosticados em consultas de hospitais psiquiátricos, podendo chegar a 50%. Já o Transtorno de Apego Reativo e o Transtorno de Engajamento Social desinibido são bastante incomuns, aparecendo em menos de 10% das crianças que sofreram negligência grave.

Atualmente, é constatada a existência de um elevado índice de comorbidade entre Transtorno de Personalidade *Borderline* e Transtorno de Estresse Pós-traumático, uma vez que nos dois casos existem sintomas semelhantes, tais como: desregulação do afeto, dificuldade no controle de impulsos, nas relações interpessoais e na integração de *self*<sup>1</sup>. Com base nisto, pode-se perceber que existe relação entre os Transtornos de Personalidade e traumas na infância, mesmo que seja no que se refere à sobreposição de transtornos ou origem dos mesmos.

A personalidade de um indivíduo, de acordo com a psicologia cognitiva, é constituída por crenças e esquemas psíquicos desenvolvidos ao longo da vida. A forma como o sujeito vê o mundo, os outros e o futuro, é influenciada pelos processos afetivos, cognitivos e motivacionais aprendidos ao longo da vida. Existem “traços” da personalidade das pessoas que, quando externalizados através de comportamentos, podem ser vistos como manifestações destas estruturas subjacentes. Em alguns casos, essas características de personalidade podem ter uma valência exagerada ou diminuída, o que caracteriza um Transtornos da Personalidade<sup>15</sup>. A seguir estão especificados e discutidos os Transtornos da Personalidade agrupados por características de semelhanças, através dos *clusters* anteriormente citados.

### **Cluster A**

O *cluster A* é composto pelos transtornos que se caracterizam por padrões incomuns de excentricidade, no que se refere, principalmente, ao âmbito social. Estes dividem características de an-

siedade e/ou inadequação em relações interpessoais. São eles: Transtorno de Personalidade Paranóide, Transtorno de Personalidade Esquizóide e Transtorno de Personalidade Esquizotípica<sup>13</sup>.

O Transtorno de Personalidade Paranóide é caracterizado por um padrão persistente e irrealista de acreditar que os indivíduos são mal-intencionados ou ameaçadores e que podem estar conspirando contra si. Apesar de não termos ainda muitas pesquisas a respeito deste tema, sabe-se que este quadro possui um papel genético importante, porém, é inegável que algumas vivências infantis dos diversos tipos de abuso e agressão possuem um papel fundamental para o desenvolvimento desde transtorno<sup>16,13</sup>.

O diagnóstico deste transtorno, muitas vezes, é dificultado pelo fato de que, de acordo com o autorrelato do paciente, suas crenças disfuncionais a respeito das pessoas e do mundo são justificáveis por exemplos cotidianos. Vale lembrar que estes pacientes não possuem delírios ou alucinações, o que pode complicar ainda mais o reconhecimento dos sintomas e diagnóstico. Desta forma, se faz necessário investigar qual a visão que o paciente acredita que os outros têm dele mesmo e, muitas vezes, procurar algum familiar para obter maiores informações. Porém, todo o processo de avaliação deve ser feito de maneira extremamente cuidadosa, já que o paciente procurará evidências de que o próprio terapeuta pode ter más intenções<sup>16</sup>.

Já os indivíduos com Transtorno de Personalidade Esquizóide têm como característica um padrão de não interação interpessoal, ou seja, são pessoas que não necessitam se relacionar com as outras ou que apenas nutrem certa indiferença pelo contato social. Além disso, são pessoas que não costumam falar sobre emoções e nem expressam qualquer alteração acentuada de humor, portando-se sempre de uma maneira estável e marcadamente introvertida. Desta forma, seu contato com outros indivíduos é usualmente distante e reservado, já que este tipo de interação lhes causa desconforto<sup>16, 13</sup>. Devido à baixa incidência e a tendência ao isolamento destes pacientes, ainda não existem muitos estudos sobre este transtorno.

O Transtorno de Personalidade Esquizotípica é caracterizado por um déficit social e interpessoal, uma série de distorções cognitivas ou per-

ceptivas e comportamento excêntrico. Indivíduos com este diagnóstico possuem muita dificuldade em manter um relacionamento íntimo. Além disso, muitas vezes estão presentes distorções cognitivas graves, como ideias de referência, pensamentos supersticiosos ou crenças bizarras. Sintomas de ansiedade e depressão também estão associados a alguns casos deste transtorno<sup>13</sup>. Assim como o Transtorno da Personalidade Esquizóide, existe uma descrição acurada quanto a este transtorno, porém, infelizmente, ainda não existem muitos estudos acerca da etiologia, da incidência e do curso do mesmo.

### Cluster B

O Transtorno de Personalidade Antissocial, o Transtorno de Personalidade Borderline, o Transtorno de Personalidade Histriônica e o Transtorno de Personalidade Narcisista constituem o *cluster* B. Estes compartilham as características de déficit na empatia e imprevisibilidade no comportamento, muitas vezes acompanhado de humor instável<sup>13</sup>.

O Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) tem como características principais: problemas de relacionamento interpessoais, originados por um déficit de empatia e pela persistente manutenção de comportamentos desviantes e desrespeitosos, e de adaptação a normas socialmente aceitas. Outro importante fator está na impulsividade e, por vezes, agressividade destes indivíduos, que visam comportamentos que gerem satisfação imediata, sem medir as consequências a longo prazo. Além disso, existe uma alta comorbidade deste transtorno com o Transtorno de Personalidade *Borderline*, o que dificulta o diagnóstico diferencial, já que ambos dividem esta característica de comportamento impulsivo nos mais diversos âmbitos sociais<sup>13, 17</sup>.

Atualmente, sabe-se que eventos traumáticos na infância, associados a predisposições genéticas estão relacionados ao desenvolvimento do TPAS. Violência (verbal, física ou psicológica, sofrida ou testemunhada), negligência, maus-tratos, consumo de álcool e outras drogas durante a gestação e dificuldades escolares são alguns dos fatores que podem estar envolvidos no desenvolvimento deste transtorno<sup>17, 18</sup>.

Atualmente, estima-se que aproximadamente 11% dos pacientes psiquiátricos preenchem

critérios diagnósticos para o Transtorno de Personalidade *Borderline*. Este número aumenta para 20% quando se refere a pacientes de internação psiquiátrica, porém, observa-se que estes índices tendem a diminuir quando se considera uma população de idade mais avançada. Isto porque as características deste transtorno tendem a diminuir próximo a meia idade. Algumas características associadas a este tipo de pacientes, em sua maioria mulheres, são: desregulação emocional, interpessoal e comportamental, esforços frenéticos para evitar o abandono, comportamentos impulsivos, suicidas e/ou automutilatórios, sensação de vazio interno, entre outras<sup>13, 19</sup>.

Existe uma elevada incidência do Transtorno de Personalidade *Borderline* em mulheres vítimas de abuso sexual. Estima-se que até 76% das portadoras deste diagnóstico passaram por experiências traumáticas na infância, como negligência, abuso sexual ou abuso físico. Acredita-se que estes sejam alguns dos fatores, juntamente com uma predisposição genética ou acontecimentos intrauterinos negativos, que contribuem para o desenvolvimento da desregulação emocional presente neste transtorno e que causam efeito durante a maturação do cérebro e do sistema nervoso infantil<sup>19</sup>.

Sabe-se que crianças vítimas de abuso sexual estão mais propensas à realização de comportamentos automutilatórios e às tentativas de suicídio do que outros indivíduos. Desta forma, observamos que este tipo de trauma, quando sofrido durante a infância, pode ser decisivo tanto para indivíduos vulneráveis quanto para os não-vulneráveis emocionalmente, criando em uma espécie de "vulnerabilização" infantil<sup>20, 19</sup>.

O Transtorno de Personalidade *Borderline* compartilha com o Transtorno de Personalidade Histriônico a instabilidade emocional e a necessidade que o indivíduo possui em se sentir especial para alguém. Porém, o Transtorno de Personalidade Histriônico tem como principal característica diferencial uma excessiva busca por atenção, demonstrada através de seu comportamento emotivo e teatral. As pessoas com este transtorno, muitas vezes também atuam de forma provocante ou sedutora nos mais diversos contextos sociais, até mesmo com pessoas as quais não possuem interesses sexuais. Além disso, costumam agir de forma dramática e podem considerar seus relacionamentos mais íntimos do que de fato são<sup>13</sup>.

Já o Transtorno de Personalidade Narcisista, observado mais frequentemente em homens (50 a 75% de prevalência), é caracterizado por um padrão de crença grandiosidade e necessidade de admiração, muitas vezes acompanhado de uma déficit de empatia. Arrogância, dificuldades em lidar com a crítica e necessidade de tratamentos especiais, também se fazem presente na maioria dos casos<sup>13</sup>.

Young, Klosko e Weishaar (21) propõem três modos de funcionamento que os pacientes com Transtorno de Personalidade Narcisista se utilizam no seu dia-a-dia. O modo “criança solitária”, desenvolvido pela sensação de que não são dignos de ser amados e pelo medo de não corresponder às expectativas alheias; o modo “autoengrandecedor”, que se mostra arrogante e competitivo na busca por admiração, e que se desenvolve como um mecanismo de hipercompensação para o modo anterior; e o modo “autoconfortador desligado”, que é ativado em situações de solidão e tem por objetivo desviar seus pensamentos do que sentem.

Segundo os mesmos autores, as origens do Transtorno de Personalidade Narcisista estão na infância do indivíduo, com históricos de: (1) solidão/isolamento, (2) falta de limites, (3) manipulação pelos pais e (4) aprovação condicional. Desta forma, acredita-se que durante a infância, (1) eles teriam sido crianças negligenciadas pelos cuidadores, que não demonstravam afeto nem empatia pelos filhos. Além disso, (2) não receberam limites suficientes, fazendo com que desenvolvessem o sentimento de superioridade no lugar de onde estaria a sensação de ser amado. Em diversos casos, (3) pode-se estar presente nos cuidadores uma característica de manipular os filhos no intuito de preencher suas próprias necessidades, e, por isso, (4) apenas gratificar os filhos quando atingem alguma meta elevada imposta pelos pais. Em outras ocasiões, apenas recebiam crítica ou indiferença.

### **Cluster C**

O *cluster C* é composto pelo Transtorno de Personalidade Dependente, pelo Transtorno de Personalidade Esquiva e pelo Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo. Estes transtornos têm em comum um padrão de extrema ansiedade em seu dia-a-dia, principalmente no

âmbito social. Além disso, compartilham características de inflexibilidade e, muitas vezes, acabam por prejudicar mais a si mesmos do que aos outros a sua volta<sup>13</sup>.

O Transtorno de Personalidade Dependente é caracterizado por um sentimento de apego excessivo, no qual o indivíduo acredita não ser capaz de viver sem que alguém o guie. Desta forma, o portador deste transtorno acaba por desenvolver um grande medo de ser abandonado e/ou de ficar sozinho. Assim, muitas vezes mostra-se submisso às leis de seu companheiro, evitando a separação. Para estas pessoas, se torna mais difícil a tomada de decisão, sem a ajuda de outros, até mesmo em questões simples do cotidiano. Além disso, a ansiedade e a depressão muitas vezes estão associadas ao quadro deste transtorno<sup>16</sup>.

Já o transtorno de Personalidade Esquiva se caracteriza por evitação comportamental, cognitiva e emocional. A autodesvalorização, o intenso medo da rejeição e a intolerância a pensamentos e emoções negativas também são parte do quadro. Quando crianças, acredita-se que tiveram como pessoa significativa alguém com um alto nível de crítica e rejeição a imperfeições, o que acaba por criar na criança crenças de inadequação que perduram até a adultez por meio da generalização. Além disso, um padrão de ansiedade com relacionamentos interpessoais, seguido de tristeza pela inabilidade social, acompanha estes sujeitos. Assim, acabam por se tornar pessoas com poucos contatos íntimos<sup>16,13</sup>.

O diagnóstico diferencial do Transtorno de Personalidade Esquiva com o Transtorno de Fobia Social Generalizada é de difícil distinção. Alguns pesquisadores, inclusive, apoiam a ideia de que o Transtorno de Personalidade Esquiva seria apenas uma forma mais grave do transtorno anteriormente citado. Até o presente momento, nada foi confirmado quanto a estas hipóteses, porém, sabe-se que a ansiedade social forte está associada a ambos os transtornos, e que a comorbidade entre estes dois transtornos é comumente observada<sup>16</sup>.

Em contrapartida, os indivíduos com Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC) costumam apresentar características como: atenção aos detalhes, controle emocional, autodisciplina, rigidez, perfeccionismo, ruminação, perseverança, confiabilidade, indecisão e polidez.

Sintomas depressivos e preocupação excessiva com o trabalho também são comumente encontrados. Acredita-se que este tipo de personalidade se desenvolva a partir de um ambiente familiar extremamente rígido e controlador durante a infância<sup>13,16</sup>.

Convém salientar que o diagnóstico diferencial do Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) deve ser feito. O TPOC é caracterizado por extrema rigidez cognitiva, como por exemplo, distinções severas de “certo e errado”, enquanto, no TOC, existe a presença de obsessões e compulsões verdadeiras. Apesar disso, sempre se deve levar em conta que estes dois transtornos possuem um alto grau de comorbidade<sup>16</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou realizar um levantamento de bibliografias a respeito dos Transtornos da Personalidade, relacionando-os com possíveis vivências traumáticas na infância. Observa-se a carência de material a respeito dos Transtornos da Personalidade no Brasil, principalmente quanto aos transtornos do *cluster A*, ainda que o *cluster B* e *C* também necessitem de maior atenção, por parte dos pesquisadores, por possuírem maior incidência na clínica atualmente. A etiologia e epidemiologia destes transtornos ainda são pouco estudadas, o que dificultou a realização de paralelos com eventos estressores na infância destes pacientes. Além disso, ainda não existem muitos instrumentos de avaliação para diagnóstico destes transtornos, o que dificulta na compreensão, no tratamento e na realização de pesquisas sobre estes transtornos.

A avaliação, em âmbito clínico, quanto a patologias da personalidade é fundamental para a compreensão do funcionamento do paciente e a forma como este interage com o meio no qual habita. Assim, para a realização de um bom tratamento psicoterápico, o diagnóstico (ou ao menos noções diagnósticas) é de suma importância, uma vez que a terapia necessita rumar para um caminho diferente dos outros transtornos mentais. Para tal entendimento, o uso de escalas de autorrelato vem sendo bastante comum pelos clínicos, por ser de fácil acesso e aplicação<sup>22</sup>.

Atualmente existem linhas de tratamento focadas para pessoas diagnosticadas com Transtornos da Personalidade, ou que possuam fortes traços/indicativos destes transtornos. A Terapia do Esquema e a Terapia Comportamental Dialética são bons exemplos, pois ambas foram formuladas com o objetivo de eficácia para tratamento de pacientes difíceis, com transtornos de personalidade que demoram mais tempo para responder a outras linhas psicoterápicas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental<sup>23</sup> e a psicanálise.

Além disso, faz-se necessário repensar a noção de trauma, já que, atualmente, tem-se encontrado maior dificuldade no tratamento de crianças vítimas de maus-tratos durante a infância do que no tratamento de crianças que apenas sofreram algum evento estressor pontual, no qual o indivíduo desenvolveu Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Assim, para tratamento, se torna de suma importância a minuciosa avaliação do estado em que o indivíduo se encontra e do real impacto que o evento teve na vida da pessoa. Ademais, ressalta-se a importância de tratamento ainda na infância, quando se sabe da exposição destes indivíduos a estressores ambientais, e de intervenções preventivas com pais, professores, crianças, adolescentes e educadores, em escolas, clubes, comunidades e grupos em geral.

## REFERÊNCIAS

1. Schestatsky SS. Fatores ambientais e vulnerabilidade ao Transtorno de Personalidade Borderline: um estudo caso-controle de traumas psicológicos precoces e vínculo parentais percebidos em uma amostra brasileira de pacientes mulheres. [Tese] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
2. Grassi-Oliveira R, Pergher GK, Stein LM. Cicatrizes neurobiológicas do TEPT. In: Caminha RM (org.) Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
3. Hauck S. A influência do vínculo parental na reação emocional ao trauma em vítimas de violência sexual. [Dissertação] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande

- do Sul; 2005.
4. Knapp P, Caminha RM. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003; 25(Supl I):31-6.
  5. Kristensen CH, Parente MAMP, Kaszniak AW. Transtorno de Estresse Pós-Traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*. 2006;11(1):17-23.
  6. Weathers FW, Keane TM, Foa EB. Assessment and Diagnosis of Adults. In.: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ & Cohen JA. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Nova York: The Guildford Press; 2009.
  7. Southwick SM, Yehuda R, Giller EL. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(7):1020-3.
  8. Carnier L, Rodrigues OMPR, Perosa GB. Estudos sobre stress e coping infantil: contribuições para a Psicologia do Desenvolvimento. In.: Do Valle TGM, Maia ACB. (orgs). *Psicologia do desenvolvimento humano e aprendizagem*. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2011.
  9. Borges JL, Dell'Aglio DD. Relações entre abuso sexual na infância, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*. 2008;13(2):371-379.
  10. Paolucci EO, Genius ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*. 2001;135(1):17-36.
  11. Caminha RM, Shaefer LS, Lobo BOM, Kristensen CH, Caminha MG. Abuso sexual de crianças e pedofilia. In.: RANGE, B. & cols. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
  12. Bryer J, Nelson B, Miller J, Krol, P. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*. 1987;144:1426-1430.
  13. American Psychiatric Association. *DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ª ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
  14. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
  15. Beck AT, Freeman A. *Terapia cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
  16. Beck AT, Freeman A, Davis DD. (cols). *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
  17. Del-Ben CM. Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. *Rev. Psiq. Clín*. 2005; 32(1):27-36.
  18. Holmes SE, Slaughter JR, Kashiani J. Risk factors in childhood that lead to the development of conduct disorder and antisocial personality disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2001; 31(3):183-93.
  19. Linehan MM. *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
  20. Edwall GE, Hoffman NG, Harrison PA. Psychological correlates of sexual abuse in adolescent girls in chemical dependency treatment. *Adolescence*. 1981; 24:279-288.
  21. Young JE, Kloslo JS, Weishaar ME. *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
  22. Carvalho LF, Bartholome D Silva MCR. *Instrumentos para avaliação dos Transtornos da Personalidade no Brasil. Avaliação Psicológica*. 2010; 9(2):289-298.
  23. Beck JS. *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.