



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO - CETREDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

**ESTUDO SOBRE O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
ESQUIZOTÍPICA**

Juliana Fernandes Ribeiro Holanda

Fortaleza-Ceará

2008

# ESTUDO SOBRE O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICA

JULIANA FERNANDES RIBEIRO HOLANDA

Monografia submetida à coordenação do Curso de Especialização em Avaliação Psicológica como requisito parcial para obtenção do grau de especialista pela Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza-Ceará

2008

Esta monografia foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Avaliação Psicológica pela Universidade Federal do Ceará e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca Central da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas da ética científica.

---

Juliana Fernandes Ribeiro Holanda

MONOGRAFIA APROVADA EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Cristiane Maria G. Vasconcelos

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO .....   | 5  |
| 1 PERSONALIDADE .....  | 8  |
| 1.1 Tipologias .....   | 11 |
| 1.2 Desenvolvimento Infantil .....   | 20 |
| 2 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE.....  | 24 |
| 2.1 Características .....  | 24 |
| 2.2 Métodos utilizados para classificação do transtorno .....                                | 25 |
| 2.3 Avaliação da personalidade .....   | 31 |
| 3 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICA .....  | 38 |
| 3.1 Características do transtorno de personalidade esquizotípica .....                       | 38 |
| 3.2 Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno de personalidade esquizotípica ..... | 42 |
| 3.3 Como a terapia cognitiva trata o Transtorno .....  | 44 |
| 3.4 Informações complementares sobre o transtorno .....                                      | 47 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 50 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 52 |
| ANEXOS .....   | 54 |

## INTRODUÇÃO

A personalidade de um indivíduo é uma das características primordiais do ser humano para uma convivência social saudável, como também, para o próprio bem-estar individual. Desta forma, observaremos com este estudo, como os transtornos de personalidade podem afetar a vida e o comportamento das pessoas acometidas por eles, assim como também, interferir direta ou indiretamente na vida de outros.

O transtorno de personalidade esquizotípica é um transtorno que o leigo pouco ouviu falar, mas é um transtorno que afeta algumas pessoas e as faz isolarem-se dos outros, principalmente pelas características que lhe são inerentes, ou seja, sua maneira de ser, as leva a pensar, falar e agir de modo não convencional.

Para tornar mais fácil a compreensão do assunto abordado neste trabalho, explanaremos no primeiro capítulo os conceitos de personalidade de uma forma geral, falando da individualidade do sujeito, de sua forma de ser, da consciência que tem de si mesmo, do julgamento que faz de si próprio, de seus sentimentos, fraquezas e méritos. Veremos alguns tipos de personalidade e o que a tipologia busca mostrar, identificando o que algumas pessoas têm em comum com as outras e suas diferenças. Abordaremos também as fases do desenvolvimento infantil para facilitar a assimilação do conteúdo apresentado.

No segundo capítulo falaremos dos transtornos de personalidade e suas definições, como também, de alguns métodos utilizados pela psicologia e psiquiatria para a classificação das categorias ou dimensões que definem as diferenças e semelhanças fundamentais entre as pessoas. Enfatizaremos neste capítulo a importância de uma avaliação cuidadosa e sistemática, com o objetivo de se obter diagnósticos confiáveis.

Explanaremos neste mesmo capítulo a forma de utilização de alguns inventários e escalas que ajudam no diagnóstico de um transtorno de personalidade. Veremos que entrevistas semi-estruturadas e testes projetivos são também bastante utilizados.

No terceiro e último capítulo, falaremos do transtorno de personalidade esquizotípica, suas características, critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais), como também do CID-10 (Classificação Internacional das Doenças) para este transtorno. Os tratamentos necessários, ou melhor, como a terapia cognitiva trabalha com os sintomas apresentados pelos portadores desta enfermidade e o tratamento medicamentoso recomendado.

Analisaremos neste capítulo, como este transtorno interfere na vida de uma pessoa e a faz sentir-se realmente diferente dos outros, fazendo afastar-se muitas vezes do convívio social, isolando-se cada vez mais e por isto mesmo prejudicando ainda mais o seu estado psicológico e emocional.

A importância de um tratamento psicoterápico e, quando também se fizer necessário, o medicamentoso, é de suma importância para que o indivíduo portador do transtorno de personalidade esquizotípica aprenda a conviver de forma mais tranqüila e ajustada com o meio em que vive.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do presente trabalho é de natureza exploratória e descritiva. Baseou-se essencialmente em: pesquisa bibliográfica e em exame documental presentes em livros, textos, artigos, compêndios, e internet. Utilizamos também estudos de casos de forma sucinta para não comprometer a ética profissional.

Nos livros, compêndios, e até mesmo na internet, percebemos que o assunto em questão (Transtorno de Personalidade Esquizotípica), apresenta-se de forma repetitiva e em cada fonte pesquisada encontramos pouca coisa que

acrescente a este tema, pois, obtemos poucas informações complementares sobre o transtorno.

Portanto, diante da necessidade em estudar e aprofundar o conhecimento sobre o Transtorno de Personalidade Esquizotípica, até porque ao atendermos um caso clínico deste transtorno, nos interessamos a ponto de aumentar nossos estudos e pesquisas sobre este. Resolvemos então realizar pesquisas que se transformariam posteriormente neste trabalho, no qual pretendemos que seja um pouco mais completo e esclareça algumas questões que sejam relevantes ao estudo deste transtorno.

Desta forma finalizamos o trabalho, acreditando ser mais uma valiosa contribuição aos estudos dos transtornos de personalidade, mas principalmente ao transtorno de personalidade esquizotípica.

## 1 PERSONALIDADE

Para entendermos melhor o transtorno de personalidade esquizotípica se faz necessário nos arremetermos primeiramente ao conceito de personalidade e aos transtornos de personalidade de uma forma geral. Portanto explanaremos neste primeiro momento o conceito de personalidade que para Kaplan e Sadock: “pode ser definido como a totalidade relativamente estável e previsível dos traços emocionais e comportamentais que caracterizam a pessoa na vida cotidiana, sob condições normais” (KAPLAN, SADOCK, 1993, p. 556).

Ela pode ser descrita como um estilo característico de um indivíduo, que inclui sua forma de percepção de si e do mundo, mecanismos preferidos de enfrentamento em resposta ao stress e valores derivados de experiências culturais, familiares e individuais.

Os seres humanos têm a sua individualidade totalmente inconsciente ao nascer, semi-inconsciente nos primeiros tempos da vida e torna-se consciente com o decorrer do tempo. E segundo João de Souza Ferraz: “diz-se que a individualidade ganha personalidade, tanto mais firme, mais nítida, mais bem formada, quanto mais consciente se torna de si mesmo o indivíduo” (FERRAZ, 1959, p. 295).

A noção do “eu”, organiza-se gradativamente, passando o indivíduo a sentir a si mesmo, saber da existência dos próprios sentimentos, pensamentos e ações.

O indivíduo se vê como pessoa segundo a consciência que tem de si mesmo, dos seus atos, da sua existência própria, não se confundindo com o “eu” das outras pessoas.

Personalidade seria a consciência da própria individualidade, ou seja, a consciência de ser único, individual, ímpar. Cada pessoa se estima a si mesma. Faz um julgamento dos próprios méritos, das próprias fraquezas, dos próprios sentimentos, que não se parece em nada com o julgamento das outras pessoas. E isso seria a sua personalidade consciente.

Um idiota, não tem personalidade, não se vê a si mesmo, interiormente, não é consciente de sua existência de ser consciente, pois não chegou a construir sua personalidade. Um doente mental é diferente, alheia-se a si mesmo, por um desequilíbrio da personalidade.

A personalidade “pode ser definida como uma síntese de pensamentos, emoções e comportamentos que torna cada um de nós único” (ABREU, 2006, p. 128).

Didaticamente, a personalidade pode ser dividida em um componente inato e outro adquirido. O componente inato seria o temperamento que reflete uma base biológica instintiva e geneticamente determinada, capaz de interagir com o ambiente durante o desenvolvimento do indivíduo. Ele inclui nossas características afetivas e volitivas, como a extroversão, o humor, a afetividade e a impulsividade.

Ao componente adquirido na interação com o mundo chamamos de caráter, que seria uma forma existencial de estruturação interna pela apreensão de experiências e objetos. Ele inclui os valores morais e éticos, conteúdos incorporados durante o desenvolvimento da pessoa. É a organização dinâmica dos padrões comportamentais do indivíduo.

Mas alguns autores como Abreu (ABREU, 2006), Moskowitz e Orgel (DORIN, 1974), dentre outros, colocam o entendimento em termos de traços de personalidade versus estado.

Ainda segundo Abreu (2006):

O estado sugere que o chamado traço ou as características imutáveis nada tem de imutável e que o comportamento depende da situação externa a que estamos submetidos. Mudando-se o estado, ou seja, as condições à nossa volta, o indivíduo muda. (ABREU, 2006, p. 128).

Dorin, citando Moskowitz e Orgel, fala que: “Toda pessoa tem uma personalidade porque toda pessoa exibe padrões distintos de comportamento organizado” (DORIN, 1974, p. 171).

O mesmo autor, citando Munn, L. D. Fenald e P. S. Fenald, diz que personalidade seria “a combinação singular de características comuns e menos comuns que compõem cada pessoa” (DORIN, 1974, p. 171).

Ainda segundo Gordon W. Allport, citado também por Dorin, classifica personalidade como sendo: “o sistema dinâmico de traços psicofisiológicos que determinam o pensamento e o comportamento de um indivíduo em seu ajustamento” (DORIN, 1974, p. 171).

Somente os aspectos estáveis do comportamento podem ser designados como traços de personalidade. Sendo, portanto o traço de personalidade uma característica que distingue uma pessoa de outra e que a leva a se comportar de maneira mais ou menos coerente.

Na personalidade podemos encontrar alguns traços com sentido moral (hábitos morais), sendo o caráter a síntese desses traços incluindo também a maneira como o indivíduo percebe suas próprias ações, tendo como referência os costumes sociais e os desejos que influenciam suas percepções e geram seu comportamento moral. O caráter é, portanto: “um sistema de padrões habituais de comportamentos organizados em torno de objetivos designados pela sociedade como permissíveis ou proibidos” (DORIN, 1974, p. 173).

Se quisermos estudar o caráter de alguém, deveremos nos concentrar naqueles atributos, características ou traços que são aprovados ou desaprovados pela sociedade.

Temperamento é a disposição constitucional e geneticamente determinada para reações a estímulos (intensidade, ritmo e tipo de resposta afetiva).

Existem também os tipos de personalidade que são categorias de pessoas com características similares. Sendo que um pequeno número de tipos é suficiente para descrever todas as pessoas.

A tipologia busca identificar o que algumas pessoas têm em comum com as outras e suas diferenças. A busca por uma classificação do comportamento humano em padrões mais ou menos definidos vem desde a antigüidade. Temos como exemplo disto a astrologia, que define padrões específicos de comportamento para cada signo do Zodíaco e para cada um dos planetas regentes.

## **1.1 Tipologias**

Vários pesquisadores trabalham com a idéia de criar uma tipologia (estudo dos tipos humanos, visando sua classificação) do ponto de vista científico, como por exemplo, podemos citar: Cesare Lombroso, La Bruyère, Ernest Kretschmer, W. H Sheldon, dentre outros, conforme podemos encontrar em Dorin (DORIN, 1974).

As tipologias podem ser classificadas em três grandes grupos, quais sejam: Tipologia Somática, que se baseia na estrutura orgânica dos indivíduos; Tipologia Somatopsíquica, que se baseia nas interações entre orgânico e

psíquico; e Tipologia Psíquica, que é baseada somente em aspectos psicológicos. Inclui-se neste último grupo a Tipologia Junguiana.

A Tipologia Junguiana tenta em linhas gerais, definir estilos cognitivos e de comportamento individual, classificando semelhanças e diferenças em determinados grupos.

Sua tipologia não é um fim em si mesmo, mas está ligada às concepções de homem e mundo desenvolvidas por Jung em sua teoria da personalidade.

Ele e seus seguidores conseguiram obter uma série de dados que lhes permitiram classificar os indivíduos segundo o valor que dão aos objetos externos e o interesse que demonstram por esses objetos e por pessoas. O extrovertido seria aquele que tem uma preocupação com o presente, interessado no mundo que percebe e sente. É o prático, o sociável, aquele capaz de tomar decisões com rapidez. Seria um tipo “aberto”. O introvertido seria aquele preocupado consigo mesmo, com seus pensamentos e sentimentos e com o futuro. Está mais preocupado com as leis que regem o mundo. Seria intuitivo e voltado a imaginação e jamais agiria sem uma análise pormenorizada da situação (DORIN, 1974).

A tipologia de Hipócrates, citada por Dorin (DORIN, 1974), classificou os indivíduos levando em consideração seu temperamento, ele era defensor de que os quatro humores, a bÍlis negra, bÍlis amarela, sangue e fleuma, em desequilÍbrio seriam a causa de todas as doenças, para ele os seres humanos seriam ou sangüíneos ou melancólics, ou coléricos, ou fleugmáticos:

Tipo de temperamento → características principais → humor corporal  
Sanguíneo → afetuoso, excitação emocional rápida e agradável  
→ sangue.

Melancólico → deprime-se facilmente; emoção varagosa, profunda, desagradável, calma → bÍlis negra.  
 Colérico → zanga-se facilmente; excitação emocional rápida, forte, desagradável → bÍlis amarela.  
 Fleugmático → apático; emoção lenta, fraco, agradável, calma → fleuma. (DORIN, 1974, p. 213).

Séculos depois de Hipócrates, conforme Dorin, surge Pavlov estudando os reflexos condicionados em vários cães e observou a diversidade de sistemas nervosos em animais. Classificou então os sistemas, segundo suas características essenciais, tomando por base os processos de excitação e inibição, o equilíbrio e a mobilidade dos referidos processos. Classificou então os animais em:

- Tipo forte (equilibrado) – inerte, lento, calmo, que é o fleugmático de Hipócrates;
- Tipo forte (equilibrado) – hábil, muito vivo, que seria o sangüíneo de Hipócrates;
- Tipo forte (desequilibrado) – o colérico de Hipócrates;
- Tipo fraco – o melancólico de Hipócrates.

A classificação de Pavlov dos animais segundo as disposições do sistema nervoso veio confirmar a de Hipócrates baseada no temperamento. Embora os meios que conduziram Hipócrates a entender os tipos de temperamento não sejam mais tidos como certos (humor corporal, sangue, bÍlis negra, bÍlis amarela, fleuma), a sua tipologia continua como modelo para os que querem se dedicar a este ramo da psicologia.

Kretschmer também citado por Lannoy Dorin (1974) em sua tipologia, classificou os indivíduos em quatro grupos:

- Os pÍcnicos que teriam forma do corpo brevilÍnea (constituição adiposa);
- Os leptossomáticos ou astênicos, que teriam forma do corpo longelÍnea (delgados);

- Os atléticos que possuem forma do corpo normolínea, musculoso, peito amplo, está situado entre os pícnicos e os leptossomáticos;
- Os displásicos que são aqueles que apresentam anomalias de desenvolvimento, como anões e gigantes, são tipos assimétricos. (DORIN, 1974, p. 214).

Utilizando-se de 260 pacientes, em Dorin (DORIN, 1974, p. 214, 215) Kretschmer agrupou-os e procurou uma relação entre o tipo físico e o tipo de transtorno mental do paciente e desta forma obteve as seguintes relações:

- Pícnicos: desordem mental conhecida como psicose maníaco depressiva;
- Leptossomáticos, atléticos e displásicos: esquizofrenia;

Ele transportou estes dados da psiquiatria para a Psicologia Diferencial e classificou as personalidades normais em dois grupos:

- Os ciclóides (que seriam as personalidades ciclotímicas), sendo desta forma a maioria dos pícnicos, cujas características principais seriam as alterações do temperamento;
- Os esquizóides (que seriam as personalidades esquizotímicas), são os retraídos e egocêntricos.

Mas muitas foram as críticas feitas à tipologia de Kretschmer, primeiramente pela falta de comprovações estatísticas e segundo pelo fato de ele ter tentado classificar indivíduos normais tomando por base a classificação de anormais.

A tipologia de Sheldon, também citada por Lannoy Dorin (1974), levou em consideração as outras tipologias e recolheu dados com métodos próprios, elaborando-a tomando por base a morfologia (forma do corpo) e o temperamento.

Ele acreditava existir uma relação entre forma do corpo e temperamento, mais acentuada do que haviam previsto os tipólogos precedentes.

Ele classificou, quanto à morfologia, três tipos básicos de indivíduos: os endomorfos (os adiposos, gordos); os mesomorfos (musculosos, atléticos); e os ectomorfos (delgados). E segundo o temperamento e o caráter em:

- Endomorfos, que seriam os viscerotônicos (afetividade, sociabilidade, relaxamento geral, extroversão);
- Mesomorfos, que seriam os somatotônicos (agilidade, energia, atividade);
- Ectomorfos, que seriam cerebrotônicos (introversão, intelectualidade, autocontrole, tendência ao isolamento, sono deficiente).

A escala de Sheldon permite classificar todo e qualquer indivíduo segundo a morfologia, o temperamento e o caráter sendo, portanto sua tipologia bem superior a de Kretschmer.

De acordo com J. Sjöbring comentado por Marco Abreu, (ABREU, 2006), os temperamentos podem ser reduzidos a quatro constructos fisiológicos básicos inerentes a todas as personalidades, quais sejam:

- A capacidade (potencial genético para o desenvolvimento intelectual);
- A validade (grau de energia a disposição do funcionamento do sistema nervoso);
- A estabilidade (potencial máximo alcançável);
- A solidez (grau em que o potencial máximo deve ser preenchido para manter o seu nível máximo).

Sjöbring, conforme Abreu, defendia que o interesse clínico centrava-se nas personalidades em que um destes fatores está em desequilíbrio.

A importância das experiências infantis precoces é destacada no ponto de vista psicodinâmico, onde a perspectiva psicanalítica centra-se no conflito intrapsíquico, e em que todas as formas de comportamento, cognição e emoção servirão múltiplas necessidades e objetivos. Já do ponto de vista genético, os acontecimentos precoces desenvolvem sintomas defensivos antecipatórios que persistem durante toda a vida e resultam em perturbações da personalidade.

Marco Abreu falando da teoria Freudiana (ABREU, 2006), procurou definir os tipos característicos de acordo com a estrutura psíquica dominante entre eles, ou seja, um tipo erótico (exigências instintivas do id); um tipo narcísico (sujeitos dominados pelo ego); e por último, um tipo compulsivo (vida regulada pela rigidez do superego).

Vale a pena ressaltar que para Oswaldo di Loreto: “O superego é uma instância que pode se constituir precocemente. Desde muito cedo. Por caminho direto; um curto-circuito” (LORETO, 2004, p. 144). Pode-se perceber que, desta forma, a afirmação da teoria de Freud sobre o caráter compulsivo do superego pode se justificar pela sua formação precoce.

O caráter compulsivo defendido por Freud corresponde à perturbação da personalidade obsessivo-compulsiva atual.

Os três principais tipos de caráter comentados por Marco Abreu e descritos por Freud, Abraham e Reich se diferenciam a partir dos estádios psicosexuais e são (ABREU, 2006):

1º - O caráter oral (que tem duas subfases): a fase de sucção e a fase oral de preensão. A primeira quando demasiado indulgente pode conduzir a um tipo oral dependente (indivíduos com um otimismo imperturbável, auto-segurança ingênua). Se este período for deficitário pode ser associado à dependência excessiva, onde são muito importantes as fontes externas de gratificação. Já no

que se refere, a frustrações no estágio oral de apreensão podem originar sarcasmo e hostilidade verbal, com uma grande desconfiança pessimista, tendência à petulância.

2º - O caráter anal: a criança tem a capacidade de controlar os músculos do esfíncter anal e compreender as expectativas parentais, podendo desta forma adaptar atitudes em relação à autoridade que terão efeitos de longo alcance. Esses caracteres anais dependem do período durante o qual a resolução conflitual se passa, ou seja, o período expulsivo (característico de desconfiança, megalomania, tendência ao auto-conceito extremo, ambição e assertividade), ou o período de retenção (obstinação, ordem, predominância da parcimônia, meticulosidade e respeito das regras sociais).

3º - O caráter fálico: este caráter é passível de ser perturbado pela sexualidade narcísica. É um caráter vaidoso, arrogante, autoconfiante, vigoroso, frio, reservado e agressivo. Esta fase é vista como o início da maturidade (socialização e a adaptação adultas) em que podem ocorrer duas patologias: caracteres histéricos (sedução, superficialidade, volatilidade, incapacidade de relacionamentos estáveis) e masoquistas (autocriticismo, disposição conflituosa, hábito de se atormentar a si próprio e aos outros). (ABREU, 2006).

E. Fromm, também comentado por Marco Abreu (ABREU, 2006), reinterpreta a teoria de Freud num contexto social, colocando que o caráter compulsivo é visto não como resultado de frustrações experimentadas no estágio oral, mas como modelo comportamental exibido por um pai rígido e meticuloso durante o treino dos esfíncteres.

Alguns pesquisadores propuseram amplos fatores de personalidade que diferem da maioria dos traços por serem mais amplos. Estes são quantitativos, onde as pessoas recebem um escore em vez de serem simplesmente classificados numa ou noutra categoria de tipos.

Segundo Cloninger (1999):

Traços e tipos de personalidade nos permitem comparar uma pessoa com outra. Esta é a abordagem mais comum na investigação da personalidade, a abordagem **nomotética**. Grupos de indivíduos são estudados e as pessoas são comparadas pela aplicação dos mesmos conceitos (geralmente traços) a cada pessoa. Frequentemente, grupos de sujeitos são submetidos a um teste de personalidade e seus escores são comparados. Cada pessoa recebe um escore para indicar quanto do traço ela possui. (CLONINGER, 1999, p.05).

Um exemplo disto seria uma pessoa receber 10 pontos para extroversão, indicando que ela é sociável, enquanto que outra recebe apenas 3, indicando que essa pessoa seria menos extrovertida. Essas pontuações medem diferenças individuais.

Mas apesar das vantagens dessa abordagem, ela também possui alguns inconvenientes, como estudar muitas pessoas e as comparar, o que torna difícil a obtenção de uma compreensão bem mais completa de cada pessoa individualmente, ou seja, a abordagem nomotética enfoca mensurações de traços muito mais do que a compreensão integral das pessoas. É muito mais fácil para os pesquisadores dedicar-se a descrição de variáveis do que à descrição de pessoas, pois lhes custa muito mais esforço descrever uma pesquisa que mostre o que uma única pessoa experimentou.

Em contraposição, outros psicólogos estudam a personalidade sem focar as diferenças individuais. A abordagem **idiográfica** estuda um indivíduo por vez, sem fazer comparações com outras pessoas. Na prática, abordagens totalmente idiográficas são impossíveis, já que qualquer descrição de uma pessoa (por exemplo, “Mary é sociável”) implica comparação com outras pessoas, mesmo que essa comparação esteja apenas na memória daquele que efetua a análise. Embora comparações implícitas com outras pessoas sejam inevitáveis, chamamos uma pesquisa de idiográfica quando ela enfoca as particularidades de um caso individual. A descrição geralmente é feita por meio de palavras do que de mensurações numéricas. (CLONINGER, 1999, p. 05).

Estudos de caso e análises psicobiográficas são abordagens idiográficas.

Devemos conhecer o indivíduo e também saber como ele deve ser comparado com outros. Cloninger citando William McKinley que por sua vez cita Kluckhohn e Murray diz o seguinte: “Cada homem é, em certos aspectos, (a) como os outros homens, (b) como alguns outros homens, (c) diferente de qualquer outro homem” (CLONINGER, 1999, p. 06).

Assim sendo, a psicologia da personalidade tem três objetivos: descobrir o que é verdadeiro para todas as pessoas, o que é verdadeiro para grupos de pessoas e o que é verdadeiro para cada indivíduo.

Constatou-se que as situações são mais fortes do que a personalidade como determinantes do comportamento. Muitas pesquisas concentraram-se no tema da importância relativa dos traços de personalidade e das situações na determinação do comportamento. A personalidade opera no contexto de situações e os teóricos devem considerar tanto as situações como os traços de personalidade.

As situações requerem que se lide com elas, já a personalidade implica uma maneira individual de lidar com o mundo, de adaptar-se as exigências e oportunidades do meio (adaptação). Através do tratamento clínico dos pacientes, da observação de seus desajustamentos e de um ajustamento cada vez melhor com o tratamento, foram sugeridas idéias mais gerais sobre a personalidade que foram amplamente aplicadas a populações não-clínicas.

A personalidade é influenciada pelas nossas maneiras de pensar sobre nós mesmos, sobre nossas capacidades e sobre outras pessoas. Quando a experiência ou uma terapia muda os nossos pensamentos, muda também a nossa personalidade (CLONINGER, 1999, p. 09).

As teorias da personalidade atuais consideram mais cuidadosamente as influências sociais sobre a personalidade.

Eysenk (1982) postulava uma base fisiológica para as principais variáveis da personalidade, e essa linha de pesquisa continua até hoje (por exemplo, Gray,1987; Lester,1989b). Um artigo (Rowe,1987) conclui que boa parte da personalidade é genética. Esses temas foram antevistos nas abordagens biossociais dos primeiros psicólogos, como McDougall e Murphy (Cheek,1985). (CLONINGER, 1999, p. 10).

Foi investigado por Cattell, citado por Susan C. Cloninger (CLONINGER, 1999, p. 10), o papel da hereditariedade como determinante da personalidade e ele descobriu que alguns de seus aspectos são fortemente influenciados pela hereditariedade, embora outros não o sejam.

Ainda conforme Susan C. Cloninger (CLONINGER, 1999, p. 10), a experiência desempenha um papel muito mais significativo do que a hereditariedade na formação desse complexo organismo que denominamos ser humano.

Sabemos que a personalidade desenvolve-se ao longo do tempo. A experiência, especialmente na infância, influencia como cada pessoa desenvolve sua personalidade. E muitos outros teóricos concordam que os primeiros anos de vida são importantes. Erikson ampliou este conhecimento enfocando a importância sobre o desenvolvimento, incluindo a idade adulta e a velhice.

## **1.2 Desenvolvimento Infantil**

O desenvolvimento é uma conquista crescente. O bebê, desde o seu nascimento, entra em relação afetiva com seus pais e vai fazendo a descoberta de suas capacidades motoras, sensoriais e intelectuais, construindo, aos poucos, a sua identidade. Vivencia a satisfação de suas necessidades e desejos e, ao mesmo tempo, convive com frustrações de desejos irrealizáveis.

O bebê não tem consciência de sua dimensão histórica, nem percebe conscientemente a si mesmo, as outras pessoas e o espaço que ocupa. Ele vive a simbiose com sua mãe ou adulto substituto.

Com o desmame, o bebê passa por nova prova de castração simbologênica, distanciando-se do corpo-a-corpo, construindo sua imagem inconsciente do corpo e vivendo sua relação com a mãe, num diálogo de percepções sutis que expressam o coração a coração entre mãe e bebê. Até o oitavo mês, a não-proximidade é vivida como um desaparecimento total. Se não vê a mãe ou não a sente por perto, é como se ela sumisse e não pudesse voltar mais, o que provoca medo e angústia.

Somente no final do primeiro ano, o bebê faz a descoberta da permanência do objeto de amor e também dos objetos que ele explora no mundo e com isso inicia-se a descoberta de si mesmo como sujeito. Passa a ter confiança em sua mãe ou substituta, e sua ausência tende a ser suportada com menor angústia. Aqui, ele já se locomove, pode procurar e acercar-se de sua mãe quando desejar. Neste momento, são muito comuns os jogos de esconde-esconde, onde a criança brinca de aparecer e desaparecer, elaborando, assim, sua angústia.

Diferencia suas sensações internas dos estímulos externos. Essas primeiras estruturas cognitivas permitem as experiências intelectuais do bebê. Ele explora, age, experimenta, para conhecer o sentido dos objetos e acontecimentos e para se dar conta de suas próprias possibilidades de atuação.

Aos 2 ou 3 anos, a criança perde os prazeres regressivos dos cuidados de maternagem, mas ao mesmo tempo, conquista sua autonomia, prosseguindo seu processo de individuação, elaborando sua angústia de separação da mãe. Com a experiência do espelho, o reconhecimento de seu rosto e de sua imagem

especular vinculado ao seu nome, a permitem ascender à sua identidade de pessoa.

A atividade motora da criança mostra sua busca de afirmação e autonomia e ela se torna uma verdadeira exploradora do espaço e do ambiente.

Dos 3 aos 6 anos inicia-se uma verdadeira reconstrução do mundo. A criança passa do conhecimento prático, sensório-motor, para o pensamento e a organização de um universo representativo. Com a evolução de sua linguagem, a representação mental a conduz a integrar seu esquema corporal e a objetivar o espaço e o tempo, estruturando-se o mundo representativo.

Piaget (1975) definiu o desenvolvimento como um *continuum* ao longo da vida, do nascimento até a morte, e definiu as mudanças e a aquisição do conhecimento como algo gradual. Para ele, o crescimento cognitivo e o desenvolvimento intelectual são distribuídos em quatro estádios: sensório-motor, pré-operatório, operatório concreto e operatório formal. (SOUSA, 2004, p.63)

No período sensório-motor que vai de 0 aos 2 anos de idade, ou seja, desde os primeiros reflexos até o início das representações mentais, já existe clara diferenciação entre o eu e o mundo, e é possível representar a si mesma e aos objetos mentalmente. Nessa fase as estruturas cognitivas evoluem de simples esquemas reflexos para esquemas de ação e, com a acomodação e a assimilação, acontecem ações cada vez mais inteligentes, capazes de transformar o mundo.

Já no período pré-operatório, nas idades entre 2 e 6/7 anos, percebemos o surgimento da linguagem oral, que permite a simbolização e a representação do pensamento. A tarefa aqui será de reaprender, no plano do pensamento, o que já dominou no plano prático. A partir de mais ou menos dois anos, a criança chega ao nível do pensamento e elabora os dados da realidade no plano da representação mental, e apóia-se em imagens mentais e esquemas verbais.

Intelectualmente, a criança evolui criando pré-conceitos e pré-relações. Afetivamente, os primórdios da socialização também levam a uma certa descentração, com sentimentos mais específicos perante as diversas pessoas. Sua moral ainda não é introjetada, depende dos valores dos pais. As conquistas cognitivas ainda são limitadas, pois os raciocínios permanecem presos aos estádios. Os processos psicossociais também são limitados, pela dificuldade em conjugar e dissociar os próprios pontos de vista e dos outros. (SOUSA, 2004, p.65).

O período operatório-concreto, que seria o terceiro período, compreendendo as idades de 7/8 anos a 11/12 anos, é marcado pelo maior desenvolvimento do pensamento lógico. Nesse momento a criança sai do egocentrismo intelectual, social e afetivo e se posiciona como ser lógico, responsável e autônomo, considerada uma entre outras, em um grupo de iguais e no mundo adulto. E se não lhe for exigido um nível muito alto de abstração, consegue raciocinar logicamente e formular conceitos, juízos e raciocínios. Seu pensamento se adapta a convenções sociais. A maior socialização fica mais evidenciada nas atividades lúdicas, nos jogos de construção, nos jogos de regras e nas atividades escolares.

O quarto período, chamado de operatório formal é caracterizado pelo desenvolvimento do raciocínio lógico-hipotético-dedutivo, permitindo o pensamento tornar-se independente do concreto. Apresenta maior capacidade de abstração e observação científica do real. Nesse período o adolescente atinge um domínio do conhecimento ilimitado. Simultaneamente, a personalidade se afirma e a inserção no mundo dos adultos se torna possível.

Verificamos desta forma a importância do desenvolvimento infantil para a formação da personalidade de um sujeito, e a considerável contribuição de Piaget para esta compreensão. Cada fase é uma conquista, e a má vivência em algumas delas, pode comprometer um desenvolvimento saudável e, portanto de uma personalidade também saudável.

## 2 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

### 2.1 Características

Os transtornos de personalidade se caracterizam por capacidades adaptativas (forma de lidar com o mundo) cronicamente inadequadas afetando diversas esferas de funcionamento, ou seja, consistem numa variação dos traços de caráter que vão além da faixa encontrada na maioria das pessoas.

Indivíduos com distúrbios da personalidade apresentam padrões profundamente entranhados (arraigados, inveterados), inflexíveis e mal ajustados de relacionamento e percepção do ambiente e de si mesmos.

Esses indivíduos parecem não ter uma maneira absolutamente “normal” de viver, ou seja, seria uma maneira de atuar permanente de um Ego não-normal, ou melhor, de um Ego problemático, que não funciona como deveria.

A personalidade pode ser definida pela totalidade dos traços emocionais e de comportamento de um indivíduo (caráter), um transtorno de personalidade pode aparecer quando estes traços são muito inflexíveis e mal ajustados, prejudicando a adaptação do indivíduo às situações que enfrenta, causando a ele próprio, ou aos que lhe estão próximos, incômodo e sofrimento.

Transtornos de personalidade são padrões crônicos de comportamento que têm um início precoce e insidioso e que se tornam evidentes no final da adolescência ou início da vida adulta. Estes transtornos não são síndromes circunscritas que afetam apenas uma área de funcionamento, mas ao contrário, são transtornos difusos que afetam todas as áreas da personalidade, incluindo afeto, cognição, estilo interpessoal e comportamento.

Indivíduos com este tipo de transtorno são pouco motivados ao tratamento, uma vez que os traços de caráter pouco geram sofrimento para si mesmos. Contudo, perturbam suas relações com outras pessoas, fazendo com que esses familiares ou amigos aconselhem o tratamento.

Entretanto, diante da possibilidade de se destacar um traço marcante, específico e característico numa determinada pessoa e, diante do fato desta personalidade ser caracterizada por um determinado traço, torna-se possível sua classificação e ainda, se esta característica responsável por sua classificação prejudique a liberdade desta personalidade de ser livre e desimpedida de qualquer estigma limitador de sua maneira de ser, caso ainda esta característica faça sofrer a própria pessoa ou outros, aí então, ao invés de estarmos diante de apenas um certo tipo de personalidade, ou de um certo traço, estaremos diante de um transtorno de personalidade.

## **2.2 Métodos utilizados para classificação do transtorno**

O livro Tratado de Psiquiatria (TALBOLT, 1992, p. 457), comenta que houve até hoje muitos métodos de classificação das categorias ou dimensões que definem as diferenças e semelhanças fundamentais entre as pessoas.

Dentre estas a aparência física é uma medida óbvia e confiável de diferenças individuais e freqüentemente tem sido considerada como reveladora de personalidade. Assim sendo, a fisionomia sempre foi um indicador popular de traços de personalidade. Os exames “cranioscópicos” de Gall (também encontrados em Talbolt), sobre as variações de contorno dos crânios e o estudo morfológico de Kretschmer e Sheldon dos tipos de corpo eram mais sistemáticos, mas ainda de valor limitado.

Na psicologia, o método mais popular tem sido uma classificação dimensional da personalidade à base de respostas a inventários de auto-relato

administrados a populações normais. Isto se remonta às primeiras orientações psicométricas dos psicólogos James Cattell, Galton, Pearson e Spearman, onde foram identificadas muitas dimensões possíveis, dentre elas os dezesseis traços de origem de Raymond Cattell; neuroticismo de Eysenck, introversão-extroversão e dimensões de psicotismo; as dimensões clínicas medidas pelo Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota; necessidades humanas básicas de Murray; circumplexo interpessoal de Leary, dentre outras. (TALBOLT, 1992, p. 457)

Segundo o manual técnico de aplicação, o Inventário Fatorial de Personalidade (I.F.P), (PASQUALI, 1997, p.11-13) é um inventário objetivo, de natureza verbal e baseado na teoria das necessidades básicas de Henry Murray. Este inventário se propõe em avaliar o indivíduo normal em 15 necessidades ou motivos psicológicos, quais sejam: Assistência, Dominância, Ordem, Denegação, Intração, Desempenho, Exibição, Heterossexualidade, Afago, Mudança, Persistência, Agressão, Deferência, Autonomia e Afiliação. Ele também produz um escore de mentira ou veracidade e outro de desejabilidade social.

Este Inventário pode ser aplicado tanto individual como coletivamente e não possui limite de tempo, mas normalmente não deve passar de 45 minutos.

A apuração dos resultados pode ser feita manualmente ou pelo computador. E após descoberto o escore bruto, pode ser procurado nas tabelas de normas que convertem automaticamente no respectivo escore percentílico. Existe uma tabela para cada sexo.

Este inventário juntamente com outros testes ou inventários proporciona uma correta interpretação do perfil de personalidade do sujeito avaliado.

Outro teste, que na verdade se constitui numa escala é o E.F.N (Escala Fatorial de Neuroticismo), (HUTZ, 2001, p. 07-13) que avalia uma dimensão da

personalidade humana denominada neuroticismo, que é também denominado Fator N, e se refere ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional representando as diferenças individuais que ocorrem quando pessoas experienciam padrões emocionais associados a um desconforto psicológico como aflição, sofrimento, angústia, dentre outros e seus estilos cognitivos e comportamentais decorrentes.

Diz-se que um alto nível de Neuroticismo está associado a indivíduos propensos a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional. Pode incluir também idéias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva, dificuldade para tolerar a frustração causada pela não saciação do desejo e respostas de *coping* (conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas e externas, que surgem em situações de estresse) mal adaptadas.

Segundo Hutz (2001):

Indivíduos com baixos índices de Neuroticismo são geralmente calmos, relaxados, estáveis, menos agitados. Porém, baixos escores de neuroticismo não significam necessariamente que o indivíduo tem boa saúde mental. Na verdade o oposto pode ser verdadeiro. Níveis elevados ou muito baixos de Neuroticismo podem ser indicadores de problemas (HUTZ, 2001, p.8).

O estudo de Hutz mostrou que o fator Neuroticismo apresenta uma estreita relação com a maioria dos transtornos de personalidade catalogados em sistemas categóricos, como o DSM-IV.

Na psiquiatria, o método de classificação mais popular tem sido um modelo categórico baseado na formulação teórica e na experiência clínica. Define-se um tipo ideal que é a acentuação de estilos de personalidade comumente encontrados na prática clínica. O tipo ideal pode ser visto raramente, já que representa a síntese de muitos casos semelhantes e serve como o exemplar com o qual casos futuros podem ser comparados. Várias tipologias clínicas foram

propostas na psiquiatria, psicanálise e psicologia. As dez personalidades “psicopáticas” de Schneider foram especialmente influentes dentro da psiquiatria europeia, já as tipologias psicosexuais de Freud, Abraham e Fenichel, a tipologia relativamente mais ego-analítica de Reich e as formulações de relações objetivas de Kernberg foram particularmente influentes dentro da psiquiatria americana (TALBOLT, 1992, p. 457).

Uma dificuldade maior no estabelecimento de uma classificação de transtornos de personalidade tem sido a determinação do número ideal de categorias ou dimensões, com opções variando dos quatro humores de Hipócrates aos 810 tipos de caráter de Fourier (Francês e Widiger, 1986). Um problema adicional é o estabelecimento de classificações confiáveis. Até recentemente, era impossível determinar a validade de um diagnóstico de transtorno de personalidade porque os médicos não podiam chegar a um acordo sobre os diagnósticos adequados para cada paciente. No DSM-II, os critérios diagnósticos eram simplesmente descrições narrativas dos traços principais que caracterizavam cada transtorno. Não havia linhas de orientação específicas quanto aos traços suficientes ou necessários ou como determinar a presença dos traços. Não é de surpreender que os diagnósticos que utilizavam o DSM-II fossem indignos de confiança, uma vez que os médicos tinham que depender de seus próprios critérios subjetivos (TALBOLT, 1992, p. 458).

Como um reflexo do movimento “neo-Kraepeliano” que enfatiza a avaliação cuidadosa e sistemática da sintomatologia com o objetivo de desenvolver diagnósticos confiáveis, o diagnóstico da personalidade recebeu maior atenção durante os últimos anos. Desde o aparecimento do DSM-III, uma considerável atenção empírica e clínica tem sido dada aos transtornos de personalidade.

O CID-10 (Classificação Internacional das Doenças) descreve os transtornos específicos da personalidade da seguinte maneira:

Estes tipos de condição abrangem padrões de comportamento profundamente arraigados e permanentes, manifestando-se como respostas inflexíveis a uma ampla série de situações pessoais e sociais. Eles representam desvios extremos ou significativos do

modo como o indivíduo médio, em uma dada cultura, percebe, pensa, sente e, particularmente, se relaciona com os outros. Tais padrões de comportamento tendem a ser estáveis e a abranger múltiplos domínios de comportamento e funcionamento psicológico. Eles estão freqüentemente, mas não sempre, associados a graus variados de angústia subjetiva e a problemas no funcionamento e desempenho sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 196).

Desta forma, os transtornos de personalidade são condições do desenvolvimento da personalidade que aparecem na infância ou adolescência e continuam na idade adulta. E esta condição diferencia-se do transtorno da alteração da personalidade, pois este último sucede durante a vida como consequência de algum outro transtorno emocional ou até mesmo seguindo-se a estresse grave.

Para o DSM-III-R:

Característica de personalidade são padrões duradouros de percepção, relação e pensamento acerca do ambiente e de si mesmo, e são exibidos numa ampla faixa de contextos sociais e pessoais importantes. É somente quando as características de personalidade são inflexíveis e inadaptadas, e causam um comprometimento funcional significativo como sofrimento subjetivo, que elas constituem os Distúrbios de Personalidade. As manifestações dos Distúrbios de Personalidade são freqüentemente reconhecíveis na adolescência ou mais cedo, e continuam por quase toda a vida adulta, embora elas muitas vezes se tornem menos óbvias nas faixas médias ou extremas de idade.(GIORDONO JUNIOR, 1989, p. 353).

O DSM-IV fala dos transtornos de personalidade da seguinte forma:

Um Transtorno de Personalidade é um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é generalizado e inflexível, tem início na adolescência ou começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo. (R. JORGE, 2002, p. 641).

Personalidades “anormais” seriam aquelas que fazem sofrer tanto o indivíduo como aqueles que o rodeiam. Tais personalidades seriam alterações perenes do caráter caracterizando não somente a maneira de *estar* no mundo, mas também a maneira de *ser* no mundo.

As perturbações da personalidade podem ser consideradas como desenvolvimentos anormais da personalidade, embora tenha grande importância o fato de, eventualmente, corresponderem a personalidades que não se desenvolveram em determinados aspectos e permaneceram em fases do crescimento onde, o que agora é patológico, seria então normal.

As personalidades consideradas “anormais” se caracterizam pela sua rigidez e impossibilidade de comportamentos alternativos sendo, portanto, diferentes estilos de funcionamento mal-adaptativo que originam deficiências, desequilíbrios ou conflitos na relação com os estímulos ambientais. A sua liberdade fica mitigada.

Discute-se se não existirão condicionantes biológicos subjacentes a estes desenvolvimentos. É possível que isso aconteça em alguns casos, sobretudo quando se perde a compreensibilidade. Existem dois tipos de personalidades perturbadas que, desde o seu início, dificilmente se compreendem que são a esquizotípica e a “*boderline*”. Estas fazem fronteira com as psicoses endógenas como a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva.

Os transtornos de personalidade podem ser reunidos em três grupos segundo Kaplan citando o DSM-III-R: No primeiro grupo estariam os transtornos de personalidade paranóide, esquizóide e esquizotípica. Pessoas com este transtorno parecem esquisitas ou excêntricas. No segundo grupo aparecem os transtornos de personalidade histriônico, narcisista, anti-social e *boderline*. As pessoas com este transtorno freqüentemente parecem dramáticas e emotivas. E o terceiro grupo estaria com os transtornos obsessivo-compulsivo, passivo-

agressivo, evitativo e dependente. E as pessoas com estes transtornos apresentam-se ansiosas e medrosas (KAPLAN; SADOCK, 1993, p. 556). Vide, anexo.

Um único paciente pode ser diagnosticado por mais de um transtorno, pois podem exibir traços que não se limitam a um único transtorno de personalidade. E se um paciente reúne os critérios para mais de um transtorno, cada um deles deve ser diagnosticado.

### **2.3 Avaliação da personalidade**

A avaliação da personalidade de um paciente pode acontecer pelas seguintes fontes de informação:

- \* Pela própria descrição do paciente;
- \* Seu comportamento durante as sessões ou entrevista;
- \* Forma de comportar-se durante as situações relevantes de sua vida;
- \* Visão de familiares ou amigos.

Também pode ocorrer perante informações necessárias sobre relacionamentos; humor habitual; atitudes, crenças e valores; hábitos; traços de personalidade.

O psicólogo avalia a personalidade de um cliente através de observações clínicas, entrevistas com familiares e com o cliente (entrevista clínica) e testes psicológicos.

Segundo Talbolt (1992):

A entrevista clínica tem sido o método diagnóstico preferido desde Hipócrates. Três procedimentos adicionais para avaliação da

personalidade são: entrevistas semi-estruturadas; inventários de auto-relato; testes projetivos (TALBOLT, 1992, 460).

É compreensível a popularidade das entrevistas clínicas, já que elas permitem uma considerável flexibilidade. Os inventários de auto-relato não podem assegurar tão certamente que estão sendo avaliados estados e não traços. Questiona-se se um inventário de auto-relato fornece a mesma descrição do transtorno de personalidade de um paciente antes, durante e após um transtorno de Eixo I. Os inventários de auto-relato também podem relatar mais patologia de transtornos de personalidade do que as entrevistas clínicas. E ainda segundo Talbolt (1992):

Este “exagero” pode refletir a intrusão de fatores de estado nas medições dos traços. Por outro lado, ele pode também refletir uma tendência de alguns transtornos de personalidade, que podem caracterizar-se por exagero de sintomas. Além disso, os médicos podem estar expondo de forma incompleta os transtornos de personalidade. O inventário de auto-relato aceita o que o paciente relata e não filtra a informação através dos preconceitos e expectativas de um médico. O inventário de auto-relato também tem a vantagem de facilidade na administração e pontuação (TALBOLT, 1992, 460).

Na realidade, o ideal seria utilizar os dois métodos de medição, pois cada um tem suas limitações, mas cada um tem também suas vantagens, e ambos oferecem uma única perspectiva. Assim sendo, a descrição e o diagnóstico combinados podem ser mais válidos do que qualquer das abordagens consideradas isoladamente.

Em se falando de entrevistas semi-estruturadas, Talbolt coloca que:

As entrevistas semi-estruturadas melhoram a confiabilidade por controlarem, através de um conjunto de perguntas, o tipo e quantidade de informação que foi obtida pela entrevista, e por fornecerem regras para a codificação daquela informação em um diagnóstico. Estes esquemas de entrevista são denominados de “semi-estruturados” porque permitem vários graus de latitude na quantidade, no tipo de perguntas e no registro e codificação de respostas.

Há quatro tipos de entrevistas semi-estruturadas para o diagnóstico de todos os transtornos de personalidade do DSM-III: Entrevista Estruturada para o Diagnóstico de Transtornos de Personalidade (Stangl et al., 1985), Exame do Transtorno de Personalidade (Loranger et al., 1987), e Questões da Entrevista de Personalidade (Widiger et al., 1987). A Entrevista Diagnóstica para *boderlines* (Kolb e Gunderson, 1981) também tem gerado considerável pesquisa. Esses e outros esquemas de entrevista foram revisados com mais detalhe por Reich (1985) E Widiger e Francês (1987). (TALBOLT, 1992, 460).

Ainda segundo o livro Tratado de Psiquiatria de Talbolt, existem três inventários de auto-relato que são considerados os principais para a avaliação de transtornos de personalidade, quais sejam: o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI), o inventário Clínico Multiaxial de Millon, e o Questionário Diagnóstico de Personalidade. Há outros inventários adicionais que medem apenas sintomatologia de transtornos de personalidade individuais.

Ainda que o MMPI seja o inventário de auto-relato mais amplamente usado, as escalas foram desenvolvidas na década de 30 e podem não fornecer o conjunto ideal de dimensões ou itens que permitam a identificação e diferenciação entre os transtornos de personalidade do DSM-III-R. Outras importantes pesquisas foram feitas sobre a medição do MMPI de funcionamento borderline, anti-social e esquizotípico, mas os achados foram variados.

Muito mais curto que o MMPI é o Inventário Clínico Multiaxial de Millon, sendo mais fácil de administrar e construído para medir a taxonomia de transtorno de personalidade de Millon, que se sobrepõe aos transtornos de personalidade do DSM-III. O Questionário Diagnóstico de Personalidade também é breve e foi desenvolvido para medir especificamente os transtornos de personalidade do DSM-III, (TALBOLT, 1992, 461).

Jurema Alcides Cunha (CUNHA, 2000, 37) coloca que:

Para quem trabalha com psicodiagnóstico, é essencial a familiaridade com os sistemas de classificação nosológica, já que

a nomenclatura oficial dos transtornos é extremamente útil na comunicação entre profissionais, além do fato de que outros documentos, como atestados, além de laudos, podem exigir o código do transtorno de um paciente. (CUNHA, 2000, 37)

Segundo Kaplan (KAPLAN; SADOCK, 1993, p. 557) fatores temperamentais identificados na infância podem estar associados com transtornos de personalidade na idade adulta.

Alguns transtornos de personalidade podem surgir devido a um fraco ajuste parental, isto é, um fraco ajuste entre temperamento e práticas de criação infantil. Um exemplo disto é de crianças que são ansiosas e criadas por mães também ansiosas. Estas crianças têm mais possibilidades de desenvolver um transtorno de personalidade, do que se fosse criada por uma mãe calma.

Existem também alguns fatores biológicos que podem contribuir para o surgimento ou presença de transtorno de personalidade como: hormônios, monoamino oxidase plaquetária, movimentos oculares de perseguição lenta, neurotransmissores e eletrofisiologia.

Para ajudar pessoas com este transtorno, o psiquiatra ou terapeuta precisa apreciar suas defesas subjacentes e segundo Kaplan e Sadock (1993):

As defesas são processos mentais inconscientes utilizados pelo ego para resolver conflitos entre os quatro pontos de referência da vida interior – instinto (desejo ou necessidade), realidade, pessoas importantes e consciência. (KAPLAN; SADOCK, 1993, p. 557).

Desta forma, para estes pacientes, abandonar uma defesa significaria aumentar sua ansiedade ou depressão conscientes, por isso eles são resistentes à alteração de seu comportamento.

Em bases clínicas, muitos tipos diferentes de intervenção podem ser úteis para muitos dos diferentes transtornos de personalidade. Esses transtornos envolvem disfunção na cognição, afeto, comportamento e relações interpessoais,

e a intervenção efetiva em qualquer dessas áreas provavelmente se generalizará para o resto. Desta forma, cada abordagem tem algo a oferecer. Existem intervenções psicodinâmicas de *insight*, de apoio, interpessoais (grupais, conjugais e de sistemas estratégicos), comportamentais e cognitivas, farmacológicas.

A psicoterapia psicodinâmica de *insight* é a única abordagem que se focaliza especificamente na estrutura da personalidade, reconhecendo que vários traços mal adaptativos são manifestados tanto dentro como fora da relação de transferência, traçando seus desenvolvimentos dentro do contexto das relações familiares, e fornecendo *insight* aos conflitos inconscientes que ajudam a acioná-los e mantê-los.

Os tratamentos psicodinâmicos variam de acordo com a pretensão de seus objetivos, ou seja, vão desde a psicoterapia psicodinâmica breve de tempo limitado, passando pela psicoterapia exploratória de longo prazo até a psicanálise com encontros diversas vezes por semana por muitos anos.

É pouco realista colocar como objetivo uma alteração fundamental do estilo da personalidade na maioria dos casos. Algo mais prático é diminuir a inflexibilidade dos traços mal-adaptativos e reduzir suas interferências no funcionamento cotidiano e nas relações significativas.

A psicoterapia de apoio ajuda o paciente a atravessar um período de estresse médico, interpessoal, profissional ou outro com regressão mínima e máxima submissão a um plano de tratamento global, sem desafiar suas defesas.

Já que os transtornos de personalidade são em grande parte perturbações no estilo interpessoal, as psicoterapias interpessoais são particularmente adequadas. Dentre as várias técnicas são incluídas terapias de grupo, conjugal ou familiar e de sistemas estratégicas.

A terapia de grupo pode ajudar no reconhecimento da inflexibilidade do estilo interpessoal do paciente e de seu efeito sobre outras pessoas. E a terapia conjugal é muitas vezes necessária, pois o cônjuge pode estar reforçando os traços mal-adaptativos do paciente e pode impedir a mudança.

Os transtornos de personalidade tendem a estimular respostas complementares nos outros, incluindo o terapeuta, daí resulta a relação de transferência-contratransferência com o terapeuta.

Segundo Talbolt (1992):

Uma estratégia terapêutica geral é adotar um estilo interpessoal que complemente (encoraje) o funcionamento mais flexível e adaptativo no paciente para romper o padrão conivente de relações mutuamente debilitantes. As terapias de sistemas e estratégias tiram proveito do estilo inflexível do paciente e das relações interpessoais coniventes. Pacientes opositores e controladores podem ser direcionados a um funcionamento mais adaptativo através do encorajamento explícito a aumentarem progressivamente seus traços de personalidade mal-adaptativos. Uma técnica paradoxal relacionada é prescrever o comportamento mal-adaptativo de uma forma que seja previsível e controlável (TALBOLT, 1992, p. 461).

As terapias comportamentais e cognitivas são bastante proveitosas nesses pacientes, pois o emprego de técnicas de modelagem, dessensibilização sistemática, técnicas de exposição e manejo através do reforço das situações podem ser instrumentos bem efetivos para iniciar e manter mudanças positivas. As técnicas cognitivas são na maioria das vezes efetivas, já que estilos cognitivos rígidos, ilógicos e irracionais são aspectos centrais de muitos dos transtornos de personalidade.

A farmacoterapia é também útil quando focalizada nos sintomas-alvo, tais como descontrole afetivo no transtorno borderline de personalidade, ansiedade no transtorno evitativo de personalidade e aberrações cognitivas-perceptivas no transtorno esquizotípico de personalidade. E mesmo se os sintomas não forem o

resultado de uma irregularidade neuroquímica básica, a intervenção farmacológica contribuirá para o alívio desses sintomas e ajudarão o paciente a ser mais responsivo às intervenções psicossociais.

### 3 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICA

#### 3.1 Características do transtorno de personalidade esquizotípica

O transtorno de personalidade esquizotípica, conforme estudos realizados utilizando as pesquisas de Aaron Beck (BECK; FREEMAN, 1993), Harold Kaplan (KAPLAN, 1993), Michael Ebert (EBERT, 2002), dentre outros, é caracterizado por indivíduos que são considerados esquisitos ou estranhos, mesmo para pessoas leigas. Possuem o pensamento mágico (por exemplo, acreditar que um parente morto está presente ou que os outros sabem o que eles estão pensando), ilusões e desrealização fazem parte de seu mundo e apresentam noções peculiares e idéias de referência (como acreditar que acontecimentos não relacionados estão relacionados a eles de um modo significativo), ou seja, fazem interpretações incorretas de acontecimentos externos ou de incidentes casuais como se tivessem um significado particular e incomum direcionados a eles.

Essas idéias de referência devem ser diferenciadas dos delírios de referência. Alterações da percepção podem estar presentes. São indivíduos desconfiados, podendo ter ideação paranóide. Muitas vezes parecem interagir com os outros de maneira inadequada, rígida ou constricta. Seu mundo interior pode estar pleno de relacionamentos imaginários vívidos, temores e fantasias infantis. Podem ter ilusões perceptuais ou macropsia (distúrbio visual em que o paciente vê um objeto com tamanho maior que o real). Além de poderem ser também supersticiosos ou declarar poderes de clarividência. Um paciente declarou certa vez acreditar ter o poder de curar pessoas de suas enfermidades e rezava impondo as mãos sobre estas pessoas.

Nesse transtorno, o pensamento e a comunicação estão perturbados, entretanto, as pessoas acometidas por ele podem não conhecer seus próprios sentimentos, mas serem extremamente sensíveis aos sentimentos dos outros. O

discurso dessas pessoas pode ser estranho ou peculiar e ter significado apenas para elas. Mostram fracos relacionamentos interpessoais e podem agir de forma inadequada, devido a isto, são isoladas e possuem poucos ou nenhum amigo íntimo ou confidente. Sentem desconforto na interação com outras pessoas e muitas vezes vivenciam esses relacionamentos como problemáticos. Interagem com os outros quando precisam, mas preferem ficar sozinhos, por acharem que são diferentes. Em situações pessoais que envolvem estranhos sentem-se muitas vezes ansiosos. Sua ansiedade social não cede com facilidade, mesmo passando mais tempo no contexto ou se familiarizando com as outras pessoas, porque a ansiedade tende a estar associada com suspeitas acerca das motivações dos outros.

Os aspectos mais marcantes desse transtorno são as esquisitices da cognição, mesmo sendo o isolamento social, o afeto contraído ou inadequado e o comportamento não usual as características do transtorno esquizotípico de personalidade. “As distorções cognitivas desse transtorno encontram-se entre as mais severas dentre todos os transtornos de personalidade” (BECK; FREEMAN, 1993, p. 103).

Utilizando-se das informações relatadas da vivência de um paciente que se encontrava em tratamento psicoterápico, este acreditava veementemente que os outros o criticavam com comentários maldosos e com as cobranças sobre a sua pessoa, já que não trabalhava, sentindo-se com isso, um inútil.

Apesar dessas “esquisitices” serem similares às dos esquizofrênicos, e embora a personalidade esquizotípica seja algumas vezes observada em indivíduos com esquizofrenia antes deles adoecerem, a maioria dos adultos com uma personalidade esquizotípica não desenvolve esquizofrenia.

Pessoas com este transtorno freqüentemente experimentam ilusões, como, por exemplo, pensar que estão vendo pessoas em sombras ou na estampa do papel de parede.

Embora o discurso dessas pessoas seja coerente e não haja afrouxamento de associações, o indivíduo esquizotípico freqüentemente é tangencial, circunstancial, tartamudo (gago) ou hiper elaborado, fazendo com que apareçam numa linguagem estranha esses tipos de cognição.

O afeto, como seria de se esperar, muitas vezes é também peculiar, sendo contraído ou inadequado à situação e, de acordo com estas características, o paciente esquizotípico muitas vezes se comporta de maneira inadequada, como, por exemplo, passar horas arrumando armários, ou lendo gibis, mesmo já adulto. Esses comportamentos inadequados contribuem para o extremo isolamento social.

Uma disfunção da organização perceptivo-conceptual leva a perturbação dos processos de concentração e da atenção, o que se reflete nos sinais e sintomas, discurso peculiar, pensamento mágico, alterações da percepção, desconfiança, dentre outras.

As alterações na atenção e no processamento de informações, potenciais auditivos evocados e movimentos oculares, são comuns nos doentes com perturbação da personalidade esquizotípica e esquizofrênicos.

Para Beck (1993):

As cognições distorcidas do paciente com respeito aos outros e suas interações sociais desajeitadas e incômodas levam-nos a desenvolver ansiedade social. Embora possa haver a falta de desejo ou apreço por relacionamentos vista nos esquizóides, é muito mais provável que os relacionamentos sejam evitados devido à ansiedade (BECK; FREEMAN, 1993, p. 104).

De acordo com o livro *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento* (EBERT, et al, 2002), o transtorno de personalidade esquizotípica foi pela primeira vez oficialmente incluído no DSM-III, onde foi apartado do transtorno da personalidade *boderline* em um esforço de distinguir duas formas de uma entidade conhecida como esquizofrenia *boderline*, de acordo com um conceito originado nos escritos de Sandor Rado.

Essa distinção fez com que fossem separados efetivamente os indivíduos instáveis (os portadores do transtorno de personalidade *boderline*) dos portadores de aberrações cognitivas (os portadores de transtorno de personalidade esquizotípica). Para alguns autores o transtorno de personalidade esquizotípica seria um transtorno do espectro esquizofrênico, sendo que os critérios do DSM-IV mostram um certo nível de adaptação entre a personalidade esquizóide e a esquizofrenia (EBERT; LOOSEN, 2002, p. 466).

De acordo com Ebert (2002):

Os parentes de pacientes esquizofrênicos que apresentam transtorno de personalidade esquizotípica tendem a apresentar isolamento social e fraco *rapport* ao invés de sintomas do tipo psicótico na forma de ideação de referência e distorções da percepção. Portanto embora o transtorno apareça com uma frequência maior que o esperado entre os parentes de pacientes esquizofrênicos, não se trata meramente de uma forma branda de esquizofrenia. O transtorno pode também ser distinguido do transtorno de personalidade esquizóide pelo grau de constrição afetiva presente nesse último, contrastando com a acentuada ansiedade social e as distorções cognitivas associadas com o primeiro (EBERT; PETER, 2002, p. 466).

Desta forma, indivíduos com transtorno de personalidade esquizotípica podem ser distinguidos dos pacientes com transtorno de personalidade esquizóide e esquiva pela presença de esquisitices em comportamento, pensamento, percepção e comunicação e talvez por uma história familiar clara de esquizofrenia. Essas pessoas diferem dos pacientes com esquizofrenia pela ausência de psicose. E se aparecem sintomas psicóticos, esses são breves e fragmentados.

De acordo com o DSM-IV-TR:

O Transtorno de Personalidade Esquizotípica não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorre exclusivamente durante o curso da Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Características Psicóticas, outro Transtorno Psicótico ou um Transtorno Global do Desenvolvimento (R. JORGE, 2002, p. 653).

Segundo Beck (1993):

Estes pacientes são relativamente fáceis de diagnosticar, embora comumente seja necessário um diagnóstico diferencial entre transtorno esquizotípico de personalidade e esquizofrenia. Se houver muitas indicações de alucinações, delírios, ou associações frouxas, deve-se considerar o diagnóstico de transtorno esquizofreniforme ou esquizofrenia. Embora seja de esperar que estranheza de linguagem, afeto inadequado ou plano e comportamento estranho sejam evidentes em ambos, um diagnóstico de esquizofrenia exigiria uma sintomatologia mais severa e aguda. Baron, Asnis e Gruen (1981) desenvolveram um esquema para a avaliação deste transtorno, o qual pode ser útil no diagnóstico. Este esquema de entrevista, denominado Esquema para Personalidades Esquizotípicas (Schedule for Schizotypal Personalities) demonstrou alta confiabilidade inter-avaliadores e teste-reteste. (BECK; FREEMAN, 1993, p. 104-105).

### **3.2 Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno de personalidade esquizotípica**

A. Um padrão global de déficits sociais e interpessoais, marcado por desconforto agudo e reduzida capacidade para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios: (1) idéias de referência (excluindo delírios de referência) (R. JORGE, 2002, p.655-656).

Nessas idéias de referência o indivíduo acredita que acontecimentos não relacionados estão relacionados a eles de um modo significativo. Acreditam que fatos ou circunstâncias teriam um significado particular e incomum direcionados a eles.

(2) crenças bizarras ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e não estão de acordo com as normas da sub cultura do indivíduo (p.ex., superstições, crença em clarividência, telepatia ou “sexto sentido”; em crianças e adolescentes, fantasias e preocupações bizarras) (R. JORGE, 2002, p. 655-656).

Temos como exemplo disto um sujeito que acredita poder curar pessoas com a imposição de suas mãos, por achar que possui esse poder e ser quase um santo.

(3) experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões somáticas  
 (4) pensamento e discurso bizarros (p. ex., vago circunstancial, metafórico, pernóstico ou estereotipado) (R. JORGE, 2002, p. 655-656).

Como exemplos disso, teremos: imaginar ver coisas se movendo, como o desenho de um quadro na parede, ver objetos se locomovendo; pensamento incomum e discurso presunçoso.

(5) desconfiança ou ideação paranóide  
 (6) afeto inadequado ou constrito  
 (7) aparência ou comportamento esquisito, peculiar ou excêntrico (R. JORGE, 2002, p. 655-656).

São sujeitos desconfiados e podem acreditar que estão sendo cobrados por coisas que não fazem e que os outros o exigem por algo que não conseguem realizar, como por exemplo: um indivíduo que não trabalha e que não conseguiu cursar uma faculdade, acredita veementemente ser esta a razão de tudo de ruim em sua vida.

(8) não tem amigos íntimos ou confidentes, exceto parentes em primeiro grau.  
 (9) ansiedade social excessiva que não diminui com a familiaridade e tende a estar associada com temores paranóides, em vez de julgamentos negativos acerca de si próprio (R. JORGE, 2002,p. 655-656).

Sua ansiedade social, não os permite aproximar-se das pessoas e principalmente daquelas que acreditam julgá-los por algo de ruim que fizeram ou não fizeram (fato este que está apenas em suas cabeças).

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno do humor com características psicóticas, outro transtorno psicótico ou um transtorno global do desenvolvimento  
**Nota:** Se os critérios são satisfeitos antes do início de esquizofrenia, acrescentar “pré-mórbido”, por exemplo, “transtorno de personalidade esquizotípica (pré-mórbido)”. (R. JORGE, 2002, p. 655-656).

### 3.3 Como a terapia cognitiva trata o Transtorno

Na terapia cognitiva, um dos primeiros passos para se trabalhar com o transtorno de personalidade esquizotípica consiste na identificação dos pensamentos automáticos típicos.

Além das idéias de referência, pensamentos mágicos, ideações suspiciosas e ilusões, outros pensamentos automáticos típicos descrevem temores e preocupações de natureza social.

Alguns pacientes esquizotípicos podem focalizar detalhes e perder de vista a situação em geral, já outros podem excluir a atenção a detalhes. Muitos indivíduos esquizotípicos envolvem-se nas distorções cognitivas de personalização e raciocínio emocional.

Na personalização, o indivíduo acredita ser responsável por situações externas, quando este não é o caso. No raciocínio emocional, a pessoa acredita que, pelo fato dela sentir uma emoção negativa, tem de haver uma situação externa negativa correspondente.

As atitudes e suposições subjacentes tendem a ser bizarras neste transtorno e desta forma alguns temas típicos podem incluir idéias de que as pessoas são basicamente não confiáveis, ou que necessitam ser observadas o tempo todo. De um modo geral, os temas serão únicos ao indivíduo. Como por exemplo, crença específica como “Eu posso prever o futuro” ou “Eu tenho um sexto sentido”, essas crenças devem ser determinadas de caso a caso.

O transtorno esquizotípico de personalidade é freqüentemente considerado o extremo oposto do continuum da esquizofrenia. A expressão da esquizofrenia pode ocorrer mediante uma combinação de predisposição genética e estresse ambiental.

Particularmente, se estiverem socialmente isolados ou se defrontarem com um aumento de estresse, estes pacientes podem mover-se do transtorno esquizotípico a uma desintegração psicótica. À medida que ficam cada vez mais afastados de testar a realidade com os outros estes indivíduos tendem mais a recorrer à fantasia. O isolamento social e o comportamento peculiar criam uma previsível espiral, onde quanto mais excêntrico o comportamento, mais o indivíduo experimenta o ridículo e a rejeição social. Estes fatos exacerbam ainda mais a ansiedade social e o comportamento inadequado, levando a um retraimento ainda maior.

Conforme Beck, (BECK; FREEMAN, 1993) algumas das estratégias terapêuticas utilizadas pela terapia cognitiva para estes clientes são:

1º - Estabelecimento de uma relação terapêutica idônea, ou seja, como estes pacientes tendem a ter uma série de crenças disfuncionais relativas às pessoas, a importância da relação terapêutica não deve ser subestimada, esta etapa representa um passo em direção à redução do isolamento social, já que o paciente esquizotípico tem grande risco de perder o teste de realidade sem o contato social, muito mais do que no caso de indivíduos esquizóides. O indivíduo

esquizotípico tipicamente deseja ter relacionamentos sociais e apresenta grande sofrimento em consequência de seu isolamento. Sendo assim, uma estratégia afetiva pode consistir no aumento da rede social do paciente.

2º - Envolver um aumento da adequação social. É importante que o terapeuta reforce a adequação em qualquer contato com o paciente. Além do mais, pode-se fazer um treinamento de habilidades sociais para modelar um comportamento e linguagem adequados. O terapeuta deve também ensinar a esses clientes a identificar suas próprias respostas inadequadas. Nesse treino de habilidades sociais, se torna mais efetiva a combinação de intervenções cognitivas e comportamentais. “A percepção e identificação dos pensamentos automáticos e suposições subjacentes acerca da interação com os outros pode levar a uma avaliação destas cognições” (BECK; FREEMAN, 1993, p. 106).

Como exemplo, um paciente esquizotípico pode acreditar que os outros não gostam dele, ou pensa “Eu sou um desajustado social”, ou “Sou diferente dos outros”. Desta forma, pensamentos acerca de como o paciente está sendo percebido e se outros o perscrutaram podem ser identificados e desafiados.

Dramatização das respostas adequadas também se faz necessário, assim como estabelecer uma hierarquia de situações sociais a serem trabalhadas. O contexto grupal se torna o ideal para estas intervenções, pois o paciente pode observar as suas interações e as dos outros em um ambiente apoiador.

3º - Manter estruturadas as sessões de terapia seria a outra estratégia, já que estes pacientes possuem seus estilos cognitivos erráticos e passam facilmente por uma sessão de terapia aproveitando muito pouco. O terapeuta poderá ajudar o paciente a identificar um objetivo pequeno a ser alcançado durante a sessão.

Segundo Beck (1993):

O aspecto crítico do tratamento consiste em ensinar os pacientes a procurar evidências objetivas no ambiente, para avaliar seus pensamentos, ao invés de se basearem em respostas emocionais. Além disso, visto que os pensamentos inadequados tendem a persistir como um aspecto da experiência de vida destas pessoas é importante ensiná-las a desconsiderar tais pensamentos e considerar as conseqüências que teria que responder emocional ou comportamentalmente de acordo com tais pensamentos (BECK; FREEMAN, 1993, p. 107).

Um paciente foi capaz de enfrentar seus pensamentos paranóides da seguinte forma:

[...] quando, em casa, ia tomar um copo d'água, ele pensava que poderia haver pequenos cacos de vidro no copo. Como não havia evidências objetivas para tal, ela conseguiu atenuar estes pensamentos, depois de alguma prática. O procedimento ajuda tais pacientes a atribuir pouca significação à noção bizarra que têm. Em tais casos, os pacientes devem perceber que não é necessário reagir emocional ou comportamentalmente a tais pensamentos. Ao invés disso, afirmação de enfrentamento pré-elaboradas podem ser feitas, tais como "Lá vou eu de novo. Mesmo que eu esteja tendo este pensamento, isto não quer dizer que ele seja verdadeiro" (BECK; FREEMAN, 1993, 107).

Uma outra estratégia geral é ajudar a melhorar a vida do paciente de maneira prática. Muitas vezes estes pacientes têm dificuldades em obter e manter um emprego, encontrar uma habitação ou encontrar-se com pessoas. Desta forma, qualquer intervenção que o terapeuta possa vir a fazer, como por exemplo, habilidades de auto-ajuda, educação da higiene pessoal, ou habilidades sociais, poderão ser de grande valia para melhorar o estilo de vida de um indivíduo esquizotípico.

### **3.4 Informações complementares sobre o transtorno**

Muitos pacientes com transtorno de personalidade esquizotípica, mantêm uma personalidade esquizotípica estável durante toda a vida e se casam e trabalham, apesar de seus hábitos peculiares. Frequentemente buscam

tratamento para os sintomas associados de ansiedade, depressão ou outros afetos disfóricos, ao invés de para os próprios aspectos do transtorno de personalidade. Mais da metade dos indivíduos podem ter uma história de pelo menos um episódio depressivo maior.

O transtorno de personalidade esquizotípica pode manifestar-se pela primeira vez na infância e adolescência, na forma de solidão, fracos relacionamentos sociais, ansiedade social, baixo rendimento escolar, excessiva suscetibilidade, pensamentos e linguagem peculiares e fantasias bizarras. São crianças que podem atrair zombarias e que parecem “esquisitas” ou “excêntricas”.

Um paciente de 28 anos de idade relata que, desde pequeno se achava diferente dos outros e que os colegas zombavam dele, devido a isto, tendia a se isolar. Além do mais, tinha também um baixíssimo rendimento escolar, que resultou em várias repetências, o que o fez sentir-se ainda pior, pois era sempre o mais velho da turma, fazendo com que se sentisse ainda mais diferente dos outros.

Há relatos de que o transtorno ocorre em aproximadamente 3% da população geral, e que 1% das pessoas acometidas por ele eventualmente cometem suicídio.

Pode ser difícil distinguir as crianças com transtorno de personalidade esquizotípica do grupo heterogêneo de crianças solitárias e esquisitas cujo comportamento se caracteriza por acentuado isolamento social, peculiaridades da linguagem e excentricidade e cujos diagnósticos provavelmente seriam de formas leves de transtorno autista, transtorno de *Asperger*, transtorno da linguagem expressiva e transtorno misto da linguagem receptivo-expressiva.

O transtorno de personalidade esquizotípica deve ser diferenciado de uma alteração da personalidade devido a uma condição médica geral, na qual os

traços surgem devido aos efeitos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. E também deve ser diferenciado de sintomas que se desenvolvem em associação com o uso crônico de substâncias.

O treinamento de habilidades sociais é muito importante para diminuir o desconforto que sente com relação às outras pessoas e melhorar a aparência e o comportamento excêntricos e bizarros.

Os transtornos depressivos e ansiosos chamam muito mais a atenção e, por isso, muitas vezes, são a queixa principal em vez de outras anomalias como, por exemplo, as cognitivas.

Segundo o livro *Psiquiatria: Diagnóstico e tratamento* de Ebert, os medicamentos neurolépticos em baixas doses são úteis no tratamento das peculiaridades cognitivas, depressão, discurso estranho, ansiedade e impulsividade nos pacientes com transtorno da personalidade esquizotípica. Esses medicamentos são particularmente úteis em pacientes com sintomas esquizotípicos moderados e episódios psicóticos leves e transitórios. Não se sabe se os medicamentos antipsicóticos apresentam algum benefício profilático na prevenção do agravamento desse transtorno (EBERT; LOOSEN, 2002, p.466).

Desta forma, percebemos que este transtorno ocasiona sofrimento ao paciente e a seus familiares, mas principalmente ao próprio paciente, que necessitará de apoio e suporte terapêutico como também medicamentoso para poder enfrentar melhor seus sintomas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno de Personalidade Esquizotípica é um transtorno pouco falado ou conhecido pelas pessoas em geral, desde leigos até mesmo alguns profissionais da área, mas é um transtorno em que se diagnosticado desde cedo, pode ser melhor trabalhado e, desta forma, facilitar a vida do indivíduo que o apresenta.

Percebemos que existem várias formas de diagnosticar este transtorno, e que a junção de algumas destas formas, podem nos ajudar a obter um diagnóstico mais confiável.

Os indivíduos que apresentam um quadro esquizotípico de personalidade, são pessoas que desde cedo, apresentam-se estranhas, isoladas e diferentes das demais. Agem de forma inadequada, e por isso tendem a se afastar do convívio social cada vez mais, razão esta da qual se pode explicar que estes possuem poucos amigos íntimos ou confidentes.

As distorções cognitivas (tidas como distorções no ato de conhecer ou perceber as coisas) são um dos sintomas que mais atrapalham o portador deste transtorno. Atrapalham também o seu bom ajustamento ao meio em que vive, pois, as interpretações incorretas que o indivíduo esquizotípico faz dos fatos ou acontecimentos, os fazem crer nas coisas que eles próprios colocam fantasiosamente como verdadeiras.

Essas distorções são dificilmente retiradas de sua mente e perduram durante muito tempo, interferindo negativamente em muitos aspectos a sua vida. Podemos perceber isto em alguns exemplos de casos clínicos citados no decorrer do trabalho e que foram colocados de forma tênue, para não comprometer a ética profissional.

O mais importante é a forma como estes pacientes podem ser trabalhados terapeuticamente para aprenderem a conviver de forma mais tranqüila e ajustada com seus sintomas. Vemos isto através da terapia cognitiva que se utiliza de algumas estratégias que nos ajudam no tratamento destes clientes. As outras abordagens terapêuticas, tais como a humanista, gestalt-terapia, dentre outras podem inserir em suas sessões algumas destas estratégias, pois facilitam em muito o tratamento.

Essas estratégias nos ajudam enquanto terapeutas e profissionais da área a tratar destes casos e tornar mais fácil para o paciente o controle de seus sintomas, ao ponto destes já não o incomodarem tanto quanto os incomodava antes do tratamento.

Com estas estratégias e o treinamento de habilidades sociais o cliente aprende a interagir melhor socialmente e ajustar-se um pouco mais ao convívio com os outros. Aprende a cuidar de sua aparência e vestuário e com isto sentir-se mais confiante e aceitável.

Esses clientes precisam de um atendimento sistemático e ininterrupto, já que surgem pensamentos automáticos e eles muitas vezes não conseguem controlá-los, apesar de muitos indivíduos com este transtorno aprenderem a controlar seus comportamentos e pensamentos inadequados em virtude da terapia e obterem uma maior satisfação para viver.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cristiano Nabuco. **Síndromes Psiquiátricas**: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ABREU, Marco. **Psicopatologia** – Perturbações de personalidade. Disponível em: <<http://marcoabreu.blogspot.com/2006/04/psicopatologia-perturbaes-de.html>> Acesso em: 05/02/2008.

BECK, Aaron; FREEMAN, Arthur. (Org). **Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CLONINGER, Susan.C. **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

CUNHA, J.A. **Psicodiagnóstico – V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DORIN, Lannoy. **Psicologia da Adolescência**. São Paulo: Editora do Brasil, 1974.

\_\_\_\_\_. **Psicologia Geral**. 4.ed. São Paulo: Editora do Brasil. Exemplar nº 2275.

EBERT, Michael. H; LOOSEN, Peter. T; NURCOMBE, Barry. **Psiquiatria**: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

FERRAZ, João de Sousa. **Psicologia Humana**. São Paulo: Edição Saraiva, 1959.

HUTZ, Cláudio. S; Nunes, Carlos Henrique S. S. Nunes. **Escala Fatorial de Ajustamento Social/Neuroticismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

JORGE, Miguel. R. (Org). **DSM-IV-TR**- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

JÚNIOR, Sylvio Giordano. (Org). **DSM-III-R**- Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM-III-R. 3.ed. São Paulo: Manole, 1989.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de Psiquiatria**: Ciências comportamentais, psiquiatria clínica. Trad: Dayse Baptista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

LORETO, Oswaldo di. **Origem e modo de construção das moléstias da mente (psicopatogênese)**: a psicopatogênese que pode estar contida nas relações familiares. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do CID 10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PASQUALI, Luiz. **Inventário Fatorial de Personalidade.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUSA, Dayse Campos de. **Psicomotricidade:** integração pais, criança e escola. Fortaleza: Editora Livro Técnico, 2004.

TALBOLT, Ed. John. A; HALES, Robert. E; YUDOFKY, Stuart. C. **Tratado de Psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

# ANEXOS

Critérios para o diagnóstico do transtorno conforme o CID-10:

- (1) Afeto inapropriado e constrangido (o indivíduo parece frio e distante);
- (2) Comportamento ou aparência que é estranho, excêntrico ou peculiar;
- (3) Pobre relacionamento com outros e uma tendência a retraimento social;
- (4) Crenças estranhas ou pensamento mágico influenciando o comportamento e inconsistente com normas subculturais;
- (5) Suspeita ou idéias paranóides;
- (6) Ruminações obsessivas sem resistência interna, freqüentemente com conteúdos dismorfofóbicos, sexuais ou agressivos;
- (7) Experiências perceptivas inusuais, incluindo somatossensoriais (corporais) ou outras ilusões, despersonalização ou desrealização;
- (8) Pensamento vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado, manifestado por um discurso estranho ou de outras formas, sem incoerência grosseira;
- (9) Episódios quase psicóticos ocasionais e transitórios, com intensas ilusões, alucinações auditivas ou outras e idéias deliróides, usualmente ocorrendo sem provocação externa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 94-95).

Segundo estudos realizados por Kaplan (KAPLAN; SADOCK, 1993, p. 556), explanados de forma sucinta neste trabalho monográfico (p. 30), os transtornos de Personalidade são divididos em três grupos:

As doenças do grupo A (paranóide, esquizóide e esquizotípica) são mais comuns nos parentes biológicos dos esquizofrênicos do que entre os grupos de controle. Significativamente mais parentes com o transtorno de personalidade esquizotípico são encontrados na história familiar de pacientes com esquizofrenia do que entre os grupos-controles. Existe uma menor correlação entre os transtornos de personalidade paranóide e esquizóide e esquizofrenia.

As doenças do grupo B (personalidade histriônica, narcisista, anti-social e boderline) demonstram uma predisposição genética ao transtorno de personalidade anti-social, que também está associado ao alcoolismo. A depressão é mais comum nos antecedentes familiares de pacientes boderline. Também existe uma forte associação entre o transtorno de personalidade histriônico e o transtorno de somatização (síndrome de Briquet), no sentido de que os pacientes com cada um deles apresentam uma sobreposição de sintomas. Os pacientes boderline têm mais parentes com transtornos do humor do que os dos grupos controle, e os transtornos de personalidade boderline e do humor freqüentemente coexistem.

Os transtornos do grupo C (personalidade obsessivo-compulsiva, passivo-agressiva, dependente e evitante) também podem ter uma base genética. Os traços obsessivo-compulsivo são mais comuns em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos, e as personalidades obsessivo-compulsivas mostram alguns sinais associados com a depressão (por ex., período de latência *REM* encurtado, teste de supressão de dexametadona anormal). A personalidade evitativa está freqüentemente associada com um alto nível de ansiedade.