

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento
e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXVI

Capítulo 22

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE: UMA REVISÃO

ANDRÉ LUIS VARELA BAUMGARTNER¹
FLÁVIA ZACCHI COELHO¹
GABRIELA CAROLINE DA COSTA KUTZLIEB¹
LAURA PEIXER NICOLAU¹
LETÍCIA PEGORETTI¹
SOFIA PEIXER NICOLAU¹
GABRIEL QUARTIERI PICCOLI²

¹Discentes de Medicina na Universidade do Vale do Itajaí

²Médico graduado na Universidade do Sul de Santa Catarina

Palavras-Chave: Transtorno de Personalidade; Saúde Mental; Psiquiatria.

INTRODUÇÃO

Os transtornos de personalidade (TP) caracterizam-se como padrões persistentes de experiência interna e comportamento que divergem das expectativas culturais, geralmente manifestando-se desde a adolescência ou início da vida adulta (FARIBA *et al.*, 2024).

Estão organizados em dez categorias diagnósticas, distribuídas em três clusters: o “A”, associado a perfis excêntricos e esquisitos (paranoide, esquizoide e esquizotípico); o “B”, marcado por traços dramáticos e emotivos (antissocial, histriônico, narcisista e borderline); e o “C”, que reúne personalidades ansiosas e temerosas (evitativa, dependente e obsessiva-compulsiva).

Para diagnóstico e manejo, é fundamental o uso de critérios padronizados pelo DSM-5, que orientam a prática clínica e favorecem abordagens mais precisas (MAZER *et al.*, 2017).

Todavia, a percepção da própria personalidade pode não ser objetiva. Portanto, ao invés de indagar diretamente sobre a personalidade do indivíduo, é imprescindível questionar deliberadamente sobre as suas relações interpessoais e desempenho profissional, assim como obter informações de familiares, companheiros e amigos. Dessa forma, estabelece-se um direcionamento mais adequado para a investigação clínica e o diagnóstico (BOZZATELLO, *et al.*, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de agosto de 2025, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO, Google Acadêmico, CAPES Periódicos, LILACS, Medline. Foi utilizado o descritor: “Transtorno de Personalidade”.

Desta forma, a seleção dos estudos ficou a critério dos autores, incluindo ainda a consulta

de livros, diretrizes e revistas relacionadas ao tema, para compor a fundamentação teórica do trabalho.

Os critérios de inclusão foram: estudos em português, inglês e espanhol, publicados no período de 2013 e 2025, que abordassem as temáticas propostas para esta pesquisa; estudos do tipo revisão sistemática; e disponibilizados na íntegra.

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados apenas na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada ou que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, restaram 28 artigos, que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em descritiva e em imagens, divididos em categorias temáticas: Transtornos de Personalidade do Cluster A; Transtornos de Personalidade do Cluster B; e Transtornos de Personalidade Cluster C.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Transtornos de Personalidade do Cluster A

1. Transtorno de Personalidade Paranoide

O transtorno de Personalidade Paranoide (TPP) é definido por um padrão persistente de desconfiança e suspeita em relação aos outros, além de uma tendência a interpretar ações alheias como hostis ou ameaçadoras.

Indivíduos com esse transtorno tendem a ser hipervigilantes, relutam em confiar nos outros e frequentemente interpretam comentários ou ações neutras como ameaças ou insultos, o que representa um desafio significativo na vida social, profissional e familiar.

Como resultado, os indivíduos que atendem aos critérios de TPP geralmente experimentam sentimentos de raiva por suposto abuso, ansiedade por ameaças percebidas e um aumento do senso de medo, que muitas vezes é notado por

outros como comportamento argumentativo, teimoso, defensivo e intransigente (ESTERBERG *et al.*, 2010).

Segundo os critérios diagnósticos do DSM-5, o TPP é caracterizado conforme descritos na tabela abaixo (**Figura 22.1**).

Figura 22.1 Transtorno da Personalidade Paranoide

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.0 (F60.0)

A. Um padrão de desconfiança e suspeita difusa dos outros, de modo que suas motivações são interpretadas como malévolas, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Suspeita, sem embasamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado por outros.
2. Preocupa-se com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou da confiabilidade de amigos e sócios.
3. Reluta em confiar nos outros devido a medo infundado de que as informações serão usadas maldosamente contra si.
4. Percebe significados ocultos humilhantes ou ameaçadores em comentários ou eventos benignos.
5. Guarda rancores de forma persistente (i.e., não perdoa insultos, injúrias ou desprezo).
6. Percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são percebidos pelos outros e reage com raiva ou contra-ataca rapidamente.
7. Tem suspeitas recorrentes e injustificadas acerca da fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos ou outro transtorno psicótico e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar “pré-mórbido”, isto é, “transtorno da personalidade paranoide (pré-mórbido)”.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

A etiologia do TPP é multifatorial, sendo que fatores genéticos, ambientais e psicológicos são levados em conta. Algumas literaturas sugerem que experiências adversas na infância, como abuso ou negligência, podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento de características típicas paranoïdes (MAZER *et al.*, 2017).

O processo de identificação do TPP é um desafio, visto que pacientes afetados com tal condições relutam em procurar auxílio profissional devido à desconfiança extrema nas relações interpessoais. Muitas vezes, os sintomas são confundidos com comportamentos defensivos ou normais, fatores que retardam o diagnóstico. Ademais, pacientes relutam ao receber o diagnóstico e mostram-se resistentes para iniciar a terapia adequada (NAVES *et al.*, 2022).

Epidemiologicamente, o TPP é mais prevalente em homens do que em mulheres, com início na adolescência ou no início da vida adulta. Há uma tendência ao subdiagnóstico, pois os pacientes podem apresentar sintomas amenos, o

que dificulta a procura pelo serviço médico. Outrossim, o TPP é frequentemente associado a outros transtornos psiquiátricos, como depressão, transtorno de ansiedade e outros transtornos de personalidade (FARIBA *et al.*, 2024).

Dito isso, com o respaldo da literatura científica atualizada, a etapa crucial para o tratamento é a realização de terapias psicoterápicas, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Essa abordagem mostra-se eficaz ao trabalhar com as distorções cognitivas que sustentam a desconfiança e o comportamento paranoide, ajudando os pacientes a reconhecer e modificar suas crenças iracionais. Também se evidencia eficiência na terapia psicodinâmica, ao explorar as raízes emocionais e os conflitos inconscientes que podem contribuir para o transtorno (JACOBS, 2024).

Em alguns casos, intervenções psiquiátricas medicamentosas são necessárias. Embora não haja medicação específica para o TPP, antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos de baixa

dose são frequentemente prescritos para tratar sintomas secundários, como ansiedade e depressão, que podem coexistir com o transtorno. Porém, a resposta ao tratamento pode ser variada, sendo que alguns pacientes não respondem de maneira significativa, principalmente devido à resistência ao tratamento, motivada pela desconfiança em relação aos profissionais de saúde (LEE, 2017).

2. Transtorno de Personalidade Esquizotípica

O Transtorno de Personalidade Esquizotípica (TPE) é uma condição psiquiátrica que pode manifestar-se desde o início da vida adulta e permanecer constante ao longo do tempo. O quadro clínico do indivíduo esquizotípico é amplo e se manifesta principalmente nas áreas do pensamento, da percepção e da interação social (BALDIN, 2019).

Os critérios diagnósticos do transtorno esquizotípico baseiam-se em déficits interpessoais, especialmente no desconforto e na dificuldade em manter relacionamentos próximos. O

quadro inclui comportamento excêntrico, isolamento social, aparência incomum e distorções cognitivas, como pensamento mágico, crenças paranormais e suspeitas paranoides, além de ansiedade social persistente, que não diminui com a convivência (BALDIN, 2019).

A limitação nos relacionamentos interpessoais é um traço central do transtorno. Sob a ótica psicodinâmica, esses indivíduos possuem sentimentos e buscam interações, mas carecem de habilidades essenciais para sustentá-las. A fragilidade estrutural da personalidade, marcada por baixa autoestima e representações primitivas do self, dificulta a formação de vínculos. Dessa forma, embora transmitam uma aparência fria, hostil ou estranha, vivenciam experiências relacionais confusas e dolorosas (GABBARD, 2015).

O diagnóstico é majoritariamente clínico, estabelecido conforme os critérios do DSM-5, em que devem apresentar cinco das nove características, conforme descritas na tabela abaixo (**Figura 22.2**).

Figura 22.2 Transtorno da Personalidade Esquizotípica

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.22 (F21)

A. Um padrão difuso de déficits sociais e interpessoais marcado por desconforto agudo e capacidade reduzida para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Ideias de referência (excluindo delírios de referência).
 2. Crenças estranhas ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas subculturais (p. ex., superstições, crença em clarividência, telepatia ou "sexto sentido"; em crianças e adolescentes, fantasias ou preocupações bizarras).
 3. Experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões corporais.
 4. Pensamento e discurso estranhos (p. ex., vago, circunstancial, metafórico, excessivamente elaborado ou estereotipado).
 5. Desconfiança ou ideação paranoide.
-

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

O TPE e o transtorno do espectro esquizofrônico possuem em comum alterações cognitivas e dificuldades na comunicação. O primeiro distingue-se por não apresentar episódios psicóticos completos ou perda sustentada do juízo de realidade.

Além disso, outros diagnósticos diferenciais incluem transtorno de personalidade paranoide, o transtorno de personalidade esquizoide e o transtorno do espectro autista (COELHO *et al.*, 2025).

O tratamento deve ser contínuo, integrando a terapia medicamentosa, em alguns casos, e a psicoterapia, sendo a terapia cognitivo-comportamental (TCC) uma das abordagens mais utilizadas.

As medicações podem ter efeito benéfico em casos selecionados, como em indivíduos que possuem episódios ansiosos intensos, quadro depressivo e pensamento paranoide. Nesse cenário, o uso de antipsicóticos atípicos em baixa dosagem pode ser útil na redução das distorções perceptivas, além do uso de antidepressivos e ansiolíticos (COELHO *et al.*, 2025).

3. Transtorno de Personalidade Esquizoide

O Transtorno de Personalidade Esquizoide caracteriza-se por distanciamento das relações sociais e restrição da expressão emocional, geralmente com início no começo da vida adulta. Esses indivíduos mostram pouco interesse em intimidade, parecem indiferentes a vínculos familiares ou sociais e preferem atividades solitárias a interações interpessoais. Frequentemente, optam por tarefas mecânicas ou abstratas, como jogos de computador ou matemáticos, demonstrando prazer limitado em experiências sociais,性uais ou sensoriais (APA, 2014).

Figura 22.3 Transtorno da Personalidade Esquizoide

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.20 (F60.1)

A. Um padrão difuso de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão de emoções em contextos interpessoais que surgem no início da vida adulta e estão presentes em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Não deseja nem desfruta de relações íntimas, inclusive ser parte de uma família.
2. Quase sempre opta por atividades solitárias.
3. Manifesta pouco ou nenhum interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa.
4. Tem prazer em poucas atividades, por vezes em nenhuma.
5. Não tem amigos próximos ou confidentes que não sejam os familiares de primeiro grau.
6. Mostra-se indiferente ao elogio ou à crítica de outros.
7. Demonstra frieza emocional, distanciamento ou embotamento afetivo.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista e não é atribuível aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar "pré-mórbido", isto é, "transtorno da personalidade esquizoide (pré-mórbido)".

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Além disso, costumam não ter amigos próximos ou confidentes e permanecem indiferentes tanto à aprovação quanto à crítica dos outros. Seu comportamento é marcado por exterior frio e pouco reativo, raramente respondendo a expressões emocionais alheias. A afetividade tende a ser constrita, com escassa manifestação de alegria, raiva ou outras emoções intensas, reforçando a imagem de indivíduos distantes e desapegados (APA, 2014).

Dessa forma, é importante diferenciar o transtorno de personalidade esquizoide de outros quadros, como o transtorno de personalidade evitativa, no qual o isolamento social corre do medo de rejeição ou humilhação. Já no esquizoide, há ausência de desejo por intimidade e uma indiferença mais profunda ao contato social (APA, 2014; SHARP, 2022; THOMSON, 2024).

Segundo o DSM-5, o transtorno de personalidade esquizoide possui diagnóstico majoritariamente clínico, estabelecido conforme os critérios do manual, em que devem estar presentes quatro ou mais das sete características, conforme descritas na tabela abaixo (**Figura 22.3**).

Para o manejo terapêutico do paciente, dentre as abordagens atuais, destaca-se a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), que auxilia o indivíduo a identificar e modificar padrões de pensamento e comportamentos disfuncionais que contribuem para o distanciamento social (KAPLAN *et al.*, 2017).

Transtornos de Personalidade do Cluster B

1. Transtorno de Personalidade Borderline

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um transtorno psiquiátrico grave, debilitante e multifatorial, caracterizado por instabilidade emocional, interpessoal, de autoimagem e de comportamento (BOZZATELLO *et al.*, 2021).

Sua prevalência na população em países ocidentais varia entre 0,4% e 3,9%, sendo um

dos transtornos de personalidade mais estudos devido ao impacto clínico e social (GARTLEHNER *et al.*, 2021).

A etiologia é heterogênea e multifatorial, relacionada à interação entre vulnerabilidades genéticas, alterações neurobiológicas e experiências adversas na infância, como abuso e negligéncia (GARTLEHNER *et al.*, 2021).

Do ponto de vista diagnóstico, o DSM-5 descreve o TPB como um padrão difuso de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e nos afetos, associado à impulsividade acentuada, com início na adolescência ou no início da vida adulta e presente em diferentes contextos.

Para o diagnóstico, é necessário que pelo menos cinco dos nove critérios sejam atendidos (APA, 2013). Os critérios diagnósticos estão descritos conforme a tabela abaixo (**Figura 22.4**).

Figura 22.4 Transtorno da Personalidade Borderline

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.83 (F60.3)

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (**Nota:** Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
 2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
 3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
 4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substâncias, direção irresponsável, compulsão alimentar). (**Nota:** Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
 5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
 6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
 7. Sentimentos crônicos de vazio.
 8. Raiva intensa e inappropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
 9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.
-

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

A organização borderline da personalidade é caracterizada por fragilidade do ego, uso de

defesas primitivas — como cisão, idealização primitiva, identificação projetiva e negação —

e relações objetais patológicas, que explicam a instabilidade interpessoal, o medo de abandono e a difusão da identidade. Essa perspectiva psicodinâmica complementa os critérios do DSM-5 (APA, 2013; GABBARD, 2015).

Além da instabilidade afetiva, estudos apontam elevada frequência de sintomas psicóticos transitórios, como alucinações (29–50%), delírios (20%), paranoia (até 87%) e episódios dissociativos (17–90%) (WU *et al.*, 2022). Tais manifestações, quando somadas aos sintomas clássicos do TPB, contribuem para a deterioração funcional e aumento do risco de suicídio.

A presença de comorbidades médicas e psiquiátricas também é marcante. Indivíduos com TPB apresentam maior risco de doenças cardiovesselares, hipertensão, infecções sexualmente transmissíveis e uma forte associação com transtornos depressivos, ansiosos, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares e uso de substâncias (WU *et al.*, 2022; REICHL; KAESS, 2021). Esse cenário reforça a complexidade do manejo clínico, exigindo uma abordagem integrada e multidisciplinar.

A autolesão não suicida (NSSI) e as tentativas de suicídio são características centrais, com prevalências extremamente elevadas: 95% em adolescentes e 90% em adultos com TPB relatam NSSI, enquanto pelo menos 75% tentam suicídio em algum momento da vida (REICHL; KAESS, 2021). Tais comportamentos estão intimamente relacionados à dificuldade de regulação emocional, sendo frequentemente utilizados como estratégias para reduzir estados emocionais negativos ou induzir alívio.

No campo terapêutico, não há, até o momento, medicamentos aprovados especificamente para o tratamento do TPB por agências regulatórias como a FDA (WU *et al.*, 2022; GARTLEHNER *et al.*, 2021). Apesar disso, até

96% dos pacientes recebem algum tipo de psicofármaco durante o tratamento (GARTLEHNER *et al.*, 2021).

As evidências apontam que antidepressivos, antipsicóticos de segunda geração e anticonvulsivantes não reduzem de forma consistente a gravidade dos sintomas centrais do transtorno. Alguns estudos sugerem que anticonvulsivantes possam melhorar sintomas específicos, como agressividade, raiva e labilidade afetiva, mas os achados são limitados e de baixa robustez (GARTLEHNER *et al.*, 2021). O uso de benzodiazepínicos deve ser evitado, dada a possibilidade de exacerbar a impulsividade, aumentar o risco de abuso e dependência e elevar a letalidade em casos de overdose (WU *et al.*, 2022).

Diante da baixa eficácia dos tratamentos farmacológicos, a psicoterapia permanece como a abordagem de maior evidência e efetividade. Modelos como a Terapia Comportamental Dialética (DBT) e a Terapia Baseada na Mentalização (MBT) demonstram melhores resultados na redução de autolesão, tentativas de suicídio e melhora da funcionalidade global (BOZZATELLO *et al.*, 2021). Além disso, a psicoeducação, tanto do paciente quanto dos familiares, é uma ferramenta essencial para engajamento, adesão ao tratamento e manejo de comorbidades (WU *et al.*, 2022).

2. Transtorno de Personalidade Narcisista

O Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) é caracterizado por padrões persistentes de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia, que afetam significativamente as relações interpessoais, o funcionamento social e ocupacional dos indivíduos (WEINBERG; RONNINGSTAM, 2022).

A etiologia desse transtorno é multifatorial, envolvendo fatores biológicos, genéticos e, sobretudo, experiências precoces na infância que

moldam a personalidade e a regulação emocional (THALIB *et al.*, 2024; ROSS *et al.*, 2024).

Estudos recentes indicam que a supervalorização e a indulgência excessiva durante a infância, como elogios e validação desproporcionais, podem contribuir para o desenvolvimento de traços narcisistas, prejudicando a capacidade de empatia e a percepção realista de si mesmo e dos outros (THALIB *et al.*, 2024). Além disso, experiências adversas na infância, incluindo negligência física e emocional ou abuso, têm sido associadas ao surgimento de comportamentos narcisistas patológicos, indicando que tanto a falta quanto o excesso de cuidado podem atuar como fatores de risco (ROSS *et al.*, 2024).

No que se refere à apresentação clínica, o TPN pode ser subdividido em narcisismo grandioso e narcisismo hipervigilante. O narcisismo

grandioso manifesta-se por autoconfiança excessiva, busca constante por admiração e tendência a explorar os outros, enquanto o narcisismo hipervigilante envolve sentimento de segurança, sensibilidade à crítica e comportamento defensivo (WEINBERG; RONNINGSTAM, 2022). Essa distinção é relevante para a avaliação clínica e para o planejamento de intervenções terapêuticas, uma vez que diferentes subtipos podem demandar abordagens específicas.

O diagnóstico do TPN segue os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5^a edição (DSM-5)*. Para o diagnóstico, é necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos nove critérios listados na tabela a seguir (**Figura 22.5**).

Figura 22.5 Transtorno de Personalidade Narcisista

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.81 (F60.81)

Um padrão difuso de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem uma sensação grandiosa da própria importância (p. ex., exagera conquistas e talentos, espera ser reconhecido como superior sem que tenha as conquistas correspondentes).
2. É preocupado com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor ideal.
3. Acredita ser "especial" e único e que pode ser somente compreendido por, ou associado a, outras pessoas (ou instituições) especiais ou com condição elevada.
4. Demanda admiração excessiva.
5. Apresenta um sentimento de possuir direitos (i.e., expectativas irracionais de tratamento especialmente favorável ou que estejam automaticamente de acordo com as próprias expectativas).
6. É explorador em relações interpessoais (i.e., tira vantagem de outros para atingir os próprios fins).
7. Carece de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e as necessidades dos outros.
8. É frequentemente invejoso em relação aos outros ou acredita que os outros o invejam.
9. Demonstra comportamentos ou atitudes arrogantes e insolentes.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Intervenções psicoterapêuticas têm se mostrado mais eficazes do que abordagens farmacológicas isoladas, focando na melhoria da regulação emocional, da empatia e do manejo das relações interpessoais (WEINBERG; RONNINGSTAM, 2022).

3. Transtorno de Personalidade Histrionica

O transtorno de personalidade histrionica (TPH) é caracterizado por um padrão persistente de busca de atenção e emotionalidade exagerada, geralmente associado a dificuldades interpessoais e comorbidades frequentes com outros

transtornos de personalidade (ALVES *et al.*, 2024; GABBARD, 2015).

Esse padrão costuma surgir na adolescência ou no início da vida adulta, comprometendo o funcionamento social e ocupacional. Entre as manifestações mais descritas estão a variabilidade emocional rápida, a necessidade de ser o centro das atenções, o uso da aparência física como recurso de visibilidade, comportamento sedutor inapropriado, dramatização, sugestionabilidade, comunicação vaga e relações percebidas como mais íntimas do que realmente são (ALVES *et al.*, 2024; TORRICO *et al.*, 2025).

O diagnóstico do TPH segue os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5^a edição* (DSM-5), sendo necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos oito critérios listados na tabela abaixo. O Transtorno de Personalidade Histrionica (TPH) é caracterizado por um padrão persistente de busca de atenção e emotionalidade exagerada,

geralmente associado a dificuldades interpessoais e a comorbidades frequentes com outros transtornos de personalidade (ALVES *et al.*, 2024; GABBARD, 2015).

Esse padrão costuma surgir na adolescência ou no início da vida adulta, comprometendo o funcionamento social e ocupacional. Entre as manifestações mais descritas estão: variabilidade emocional rápida, necessidade de ser o centro das atenções, uso da aparência física como recurso de visibilidade, comportamento sedutor inapropriado, dramatização, sugestionabilidade, comunicação vaga e relações percebidas como mais íntimas do que realmente são (ALVES *et al.*, 2024; TORRICO *et al.*, 2025).

O diagnóstico do TPH segue os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5^a edição* (DSM-5), sendo necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos oito critérios listados na tabela abaixo (**Figura 22.6**).

Figura 22.6 Transtorno da Personalidade Histrônica

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.50 (F60.4)

Um padrão difuso de emotionalidade e busca de atenção em excesso que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Desconforto em situações em que não é o centro das atenções.
 2. A interação com os outros é frequentemente caracterizada por comportamento sexualmente sedutor inadequado ou provocativo.
 3. Exibe mudanças rápidas e expressão superficial das emoções.
 4. Usa reiteradamente a aparência física para atrair a atenção para si.
 5. Tem um estilo de discurso que é excessivamente impressionista e carente de detalhes.
 6. Mostra autodramatização, teatralidade e expressão exagerada das emoções.
 7. É sugestionável (i.e., facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias).
 8. Considera as relações pessoais mais íntimas do que na realidade são.
-

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

A etiologia do TPH é multifatorial, sustentada por um modelo biopsicossocial que envolve predisposição genética, experiências ambientais e vínculos precoces, sendo a negligência e traumas na infância fatores de risco relevantes (ALVES *et al.*, 2024).

O tratamento baseia-se na psicoterapia, com evidências para abordagens cognitivo-comportamentais, psicodinâmicas, de esquemas e intervenções em grupo (ALVES *et al.*, 2024). Não há medicação específica, mas a farmacoterapia

auxilia no manejo de comorbidades (TORRICO *et al.*, 2019; AKULA, 2024).

O prognóstico tende a ser mais favorável com adesão consistente à psicoterapia, embora faltem estudos longitudinais, sendo os desfechos influenciados pelas comorbidades e pelo engajamento terapêutico (ALVES *et al.*, 2024).

4. Transtorno de Personalidade Antissocial

O transtorno de Personalidade Antissocial (TPA) caracteriza-se por um padrão persistente de desrespeito e violação dos direitos alheios, com início precoce e exigência diagnóstica de transtorno de conduta na infância. É mais prevalente em homens e apresenta curso crônico,

sendo de difícil manejo terapêutico, com prioridade para intervenções psicossociais (FISHER; TORRICO; HANY, 2025).

Entre os principais comportamentos estão: violação de leis, manipulação, impulsividade, agressividade, desprezo pela segurança, vínculos laborais frágeis e ausência de remorso.

O DSM-5 estabelece a presença de transtorno de conduta antes dos 15 anos como critério central, além da idade mínima de 18 anos para o diagnóstico definitivo (APA, 2013), conforme demonstrado na tabela a seguir (**Figura 22.7**).

Figura 22.7 Transtorno da Personalidade Antissocial

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.7 (F60.2)

A. Um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes:

1. Fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, conforme indicado pela repetição de atos que constituem motivos de detenção.
2. Tendência à falsidade, conforme indicado por mentiras repetidas, uso de nomes falsos ou de trapaça para ganho ou prazer pessoal.
3. Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro.
4. Irritabilidade e agressividade, conforme indicado por repetidas lutas corporais ou agressões físicas.
5. Descaso pela segurança de si ou de outros.
6. Irresponsabilidade reiterada, conforme indicado por falha repetida em manter uma conduta consistente no trabalho ou honrar obrigações financeiras.
7. Ausência de remorso, conforme indicado pela indiferença ou racionalização em relação a ter ferido, maltratado ou roubado outras pessoas.

B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

C. Há evidências de transtorno da conduta com surgimento anterior aos 15 anos de idade.

D. A ocorrência de comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Fatores de risco incluem impulsividade, falhas de autorregulação e busca por recompensa. Psicopatia e TPA não são equivalentes: a primeira enfatiza dimensões afetivo-interpessoais, enquanto o TPA privilegia comportamentos observáveis.

Essa distinção é relevante na psiquiatria forense, já que instrumentos como a *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) permitem identificar perfis psicopáticos que não são clinicamente detectados, mas que se associam a maior reincidência criminal e risco social, influenciando

decisões jurídicas (VAN DEN BOSCH *et al.*, 2018).

O tratamento do TPA permanece desafiador e é majoritariamente psicossocial. Terapias baseadas em mentalização, protocolos unificados e adaptações da terapia cognitivo-comportamental mostram resultados promissores, embora limitados ao curto prazo (VAN DEN BOSCH *et al.*, 2018).

O prognóstico depende das trajetórias individuais e das comorbidades, havendo tendência de redução de comportamentos antissociais com a idade, mas persistindo risco aumentado de mortalidade e impacto social (FISHER; TORRICO; HANY, 2025).

Transtornos de Personalidade do Cluster C

1. Transtorno de Personalidade Evitativo

O Transtorno de Personalidade Evitativo (TPE) se caracteriza por um padrão duradouro de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa. Esses indivíduos, embora desejem construir relacionamentos significativos, apresentam grande dificuldade em estabelecê-los devido ao medo de rejeição e à percepção de inferioridade pessoal.

É justamente tal contradição entre desejo de afeto e evitação interpessoal que distingue o TPE de outros quadros de retraimento, como o transtorno de personalidade esquizoide, em que há indiferença genuína às relações (APA, 2023; TORRICO; SAPRA, 2024).

A etiologia do transtorno é multifatorial, incluindo fatores genéticos, ambientais e psicosociais. Experiências precoces de negligência ou rejeição também podem atuar como fatores de risco, reforçando a ideia de que falhas no apego contribuem para a formação de padrões defensivos de retraimento.

Além disso, indivíduos com TPE tendem a apresentar temperamento com alta evitação de danos e baixa busca por novidade, características que limitam a exploração de novos contextos sociais (TORRICO; SAPRA, 2024).

O diagnóstico do Transtorno de Personalidade Evitativo (TPE) baseia-se na identificação de um padrão persistente de retraimento social e sentimentos de inadequação, seguindo critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5, conforme a tabela abaixo (**Figura 22.8**).

Figura 22.8 Transtorno da Personalidade Evitativa

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.82 (F60.6)

Um padrão difuso de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Evita atividades profissionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de crítica, desaprovação ou rejeição.
2. Não se dispõe a envolver-se com pessoas, a menos que tenha certeza de que será recebido de forma positiva.
3. Mostra-se reservado em relacionamentos íntimos devido a medo de passar vergonha ou de ser ridicularizado.
4. Preocupa-se com críticas ou rejeição em situações sociais.
5. Inibe-se em situações interpessoais novas em razão de sentimentos de inadequação.
6. Vê a si mesmo como socialmente incapaz, sem atrativos pessoais ou inferior aos outros.
7. Reluta de forma incomum em assumir riscos pessoais ou se envolver em quaisquer novas atividades, pois estas podem ser constrangedoras

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Esses elementos clínicos tornam o transtorno distinto de outros quadros ansiosos, exigindo

avaliação criteriosa para evitar confusões diagnósticas e subsidiar a formulação de estratégias

terapêuticas adequadas (APA, 2023; TORRICO; SAPRA, 2024).

No tratamento do Transtorno de Personalidade Evitativa (TPE), a psicoterapia é a intervenção central, com destaque para abordagens cognitivo-comportamentais. Terapias baseadas em mentalização e intervenções interpessoais também podem ser úteis, aprimorando habilidades relacionais e percepção de autoeficácia.

Embora os medicamentos não atuem diretamente sobre o TPE, podem ser empregados para controlar sintomas de ansiedade ou depressão associados, sendo os inibidores seletivos da recaptação de serotonina os mais utilizados (TORRICO; SAPRA, 2024).

2. Transtorno de Personalidade Dependente

O Transtorno de Personalidade Dependente (TPD) é caracterizado por um padrão duradouro e generalizado de comportamento submisso e necessidade excessiva de ser cuidado, além de dificuldade em tomar decisões cotidianas sem orientação ou reafirmação por parte de terceiros.

A dependência interpessoal frequentemente leva os indivíduos a se envolver em relacionamentos desequilibrados ou até exploratórios (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

De acordo com o DSM-5, os critérios diagnósticos estão descritos na tabela abaixo (**Figura 22.9**).

Figura 22.9 Transtorno da Personalidade Dependente

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.6 (F60.7)

Uma necessidade difusa e excessiva de ser cuidado que leva a comportamento de submissão e apego que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem dificuldades em tomar decisões cotidianas sem uma quantidade excessiva de conselhos e reassentamento de outros.
 2. Precisa que outros assumam responsabilidade pela maior parte das principais áreas de sua vida.
 3. Tem dificuldades em manifestar desacordo com outros devido a medo de perder apoio ou aprovação. (**Nota:** Não incluir os medos reais de retaliação.)
 4. Apresenta dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (devido mais a falta de autoconfiança em seu julgamento ou em suas capacidades do que a falta de motivação ou energia).
 5. Vai a extremos para obter carinho e apoio de outros, a ponto de voluntariar-se para fazer coisas desagradáveis.
 6. Sente-se desconfortável ou desamparado quando sozinho devido a temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si mesmo.
 7. Busca com urgência outro relacionamento como fonte de cuidado e amparo logo após o término de um relacionamento íntimo.
 8. Tem preocupações irrealistas com medos de ser abandonado à própria sorte.
-

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Na leitura psicodinâmica proposta por Gabbard (2021), o TPD está ligado a experiências precoces de insegurança na relação com figuras de apego, geralmente marcadas por ambientes superprotetores ou invalidantes. Nesses contextos, a autonomia pode ser percebida como perigosa, e o desenvolvimento da identidade acaba prejudicado por figura parental idealizada, da

qual o sujeito se mantém psicologicamente dependente (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

O tratamento do TPD exige intervenções que promovam a gradual construção de autonomia emocional e funcional. A terapia cognitivo-comportamental e as abordagens psicodinâmicas oferecem recursos para a reestruturação da identidade (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

Embora não haja farmacoterapia específica para o transtorno, medicamentos podem ser utilizados em casos de comorbidades, como transtornos ansiosos ou depressivos. O prognóstico é geralmente favorável quando o paciente se engaja no processo terapêutico e consegue internalizar uma nova forma de lidar com suas relações e com sua própria capacidade de existir de maneira autônoma (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

3. Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo

O transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC) é caracterizado por um padrão persistente de rigidez, perfeccionismo e necessidade excessiva de controle, que compromete a flexibilidade, a espontaneidade e o funcionamento interpessoal.

O comportamento controlador do paciente muitas vezes oculta emoções inconscientes, como raiva e dependência, que são neutralizadas por defesas rígidas, como a formação reativa e o isolamento afetivo. O caráter obsessivo-compulsivo costuma se formar a partir da internalização de figuras parentais críticas e exigentes, consolidando um padrão de autocritica e disciplina que visa à autoproteção e à aprovação (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

O diagnóstico baseia-se na presença de critérios específicos, conforme tabela abaixo (**Figura 22.10**). A rigidez observada não apenas dificulta a adaptação às demandas ambientais, como também compromete os vínculos interpessoais, pois o paciente tende a estabelecer relações baseadas em controle, exigência e baixa tolerância à imperfeição, mantendo um padrão que reforça o isolamento emocional e a autocritica (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

Figura 22.10 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.4 (F60.5)

Um padrão difuso de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental e interpessoal à custa de flexibilidade, abertura e eficiência que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. É tão preocupado com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários a ponto de o objetivo principal da atividade ser perdido.
 2. Demonstra perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (p. ex., não consegue completar um projeto porque seus padrões próprios demasiadamente rígidos não são atingidos).
 3. É excessivamente dedicado ao trabalho e à produtividade em detrimento de atividades de lazer e amizades (não explicado por uma óbvia necessidade financeira).
 4. É excessivamente conscientioso, escrupuloso e inflexível quanto a assuntos de moralidade, ética ou valores (não explicado por identificação cultural ou religiosa).
 5. É incapaz de descartar objetos usados ou sem valor mesmo quando não têm valor sentimental
 6. Reluta em delegar tarefas ou trabalhar com outras pessoas a menos que elas de submetam à sua forma exata de fazer as coisas.
 7. Adota um estilo miserável de gastos em relação a si e a outros; o dinheiro é visto como algo a ser acumulado para futuras catástrofes.
 8. Exibe rigidez e teimosia.
-

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Quanto ao tratamento, a psicoterapia cognitivo-comportamental é frequentemente indicada para ajudar o paciente a flexibilizar crenças

rígidas e a lidar com o perfeccionismo e a inflexibilidade.

Entretanto, as abordagens psicodinâmicas são essenciais para trabalhar os conteúdos emocionais reprimidos, permitindo que o paciente reconheça e integre afetos como a raiva e a dependência (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

A relação terapêutica com pacientes obsessivo-compulsivos apresenta desafios específicos, pois o paciente pode apresentar colaboração, mas mantém defesas sutis para evitar a vulnerabilidade. Um posicionamento terapêutico que acolha o paciente em sua busca por ordem, mas que também o auxilie a tolerar imperfeições e inseguranças, favorece a experiência de um espaço corretivo, no qual mudanças internas e relacionais possam acontecer de forma gradual e segura (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Os transtornos de personalidade constituem um campo complexo da psiquiatria, marcado

por desafios diagnósticos, etiológicos e terapêuticos.

A literatura destaca a importância de uma abordagem precoce, considerando fatores de risco como experiências adversas na infância, além da influência de aspectos psicodinâmicos e neurobiológicos na manifestação clínica. Manuais diagnósticos, como o DSM-5-TR, reforçam a necessidade de critérios claros para distinguir os diferentes tipos de personalidade patológica, evitando subdiagnóstico e estigmatização.

No âmbito terapêutico, observa-se maior avanço na psicoterapia especializada. Assim, compreender os transtornos de personalidade de forma integrada — clínica, social e biologicamente — é fundamental para uma psiquiatria mais eficaz, favorecendo tanto a redução do sofrimento psíquico quanto a promoção da funcionalidade e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKULA, T. Histrionic personality disorder - a review on comorbidities, associated features and assessments with consideration of factitious disorder traits. EPRA International Journal of Multidisciplinary Research, 2024. DOI: 10.36713/epra18871.

ALVES, T. F.; RIBEIRO, L. E. de S.; NUNES, A. B. D. M. S. *et al.* Características, diagnóstico e abordagens terapêuticas do transtorno de personalidade histrônica: uma revisão bibliográfica. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2024. DOI:10.51891/rease.v10i7.15023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Arlington: APA, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARAUJO, E. O.; RIBAS, M. C. B. Transtorno paranoide de personalidade: identificação precoce e intervenção psiquiátrica. Arihbj, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 1-13, 27 fev. 2025. DOI: 10.70779/arihbj.v2i2.259.

BOZZATELLO, P. *et al.* Borderline personality disorder: risk factors and early detection. Diagnostics, Basel, v. 11, n. 11, p. 2142, 2021. DOI: 10.3390/diagnostics11112142.

BOZZATELLO, P.; *et al.* Borderline personality disorder: risk factors and early detection. Frontiers in Psychiatry, v. 12, p. 661, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661>.

ESTERBERG, M. L.; GOULDING, S. M.; WALKER, E. F. Cluster A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 515–528, 2010. DOI: 10.1007/s10862-010-9183-8.

FARIBA, K. A. *et al.* Personality Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

FISHER, K. A.; TORRICO, T. J.; HANY, M. Antisocial Personality Disorder. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

GABBARD, G. O. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GARTLEHNER, G. *et al.* Pharmacological and non-pharmacological treatments for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2021, n. 6, CD012955, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>.

JACOBS, K. A. Changes of intuition in paranoid personality disorder. Frontiers in Psychiatry, v. 14, p. 1307629, 2024.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

LEE, R. J. Mistrustful and misunderstood: a review of paranoid personality disorder. Current Behavioral Neuroscience Reports, v. 4, p. 151-165, 2017.

MAZER, A. K.; MACEDO, B. B. D.; JURUENA, M. F. Transtornos da personalidade – Personality disorders. Medicina (Ribeirão Preto, Online), v. 50, supl. 1, p. 85-97, jan./fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p85-97>.

NAVES, P. G. R. *et al.* Transtornos de personalidade: etiologias e desafios diagnósticos. Research, Society and Development, v. 11, n. 14, p. e53111436223-e53111436223, 2022.

REICHL, C.; KAESZ, M. Self-injury in borderline personality disorder: a systematic review. Frontiers in Psychiatry, v. 12, p. 651, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.651>.

ROSS, A. G.; *et al.* Adverse childhood experiences leading to narcissistic personality disorder: a case report. BMC Psychiatry, v. 24, n. 1, p. 842, 22 nov. 2024. DOI: 10.1186/s12888-024-06307-9.

SHARP, C. Personality Disorders. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 387, n. 10, p. 916-923, 2022. DOI: 10.1056/NEJMra2120164.

THALIB, I.; HUSNA, *et al.* Tracing the Link Between Narcissistic Personality Disorder and Childhood Overgratification. *Cureus*, v. 16, n. 10, p. e72638, 29 out. 2024. DOI: 10.7759/cureus.72638.

THOMSON, S. M.; BORNSTEIN, R. F. Toward a More Nuanced Perspective on Detachment: Differentiating Schizoid and Avoidant Personality Styles through Qualities of the Self-Representation. *Journal of Personality Assessment*, v. 106, n. 4, p. 496-508, 2024. DOI: 10.1080/00223891.2023.2289468.

TORRICO, T. J.; FRENCH, J. H.; ASLAM, S. P. *et al.* Histrionic Personality Disorder. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

TORRICO, T. J.; SAPRA, A. Avoidant Personality Disorder. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

VAN DEN BOSCH, L. M. C.; *et al.* Treatment of antisocial personality disorder: development of a practice focused framework. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 58, p. 72-78, maio/jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.03.002>.

WEINBERG, I.; RONNINGSTAM, E. Narcissistic Personality Disorder: Progress in Understanding and Treatment. *Focus* (American Psychiatric Publishing), v. 20, n. 4, p. 368-377, 2022. DOI: 10.1176/appi.focus.20220052.

WU, T. *et al.* Demystifying borderline personality disorder in primary care. *Frontiers in Medicine*, v. 9, 1024022, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1024022>.