

# Transtorno de personalidade na terceira idade

Personality disorders in an elderly patient

FERNANDA SPEGGIORIN PEREIRA<sup>1</sup>, MARCO A. MOSCOSO APARÍCIO<sup>2</sup>, JONIA LACERDA FELÍCIO<sup>3</sup>, DÉBORA PASTORE BASSITT<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Pós-graduanda do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ – HC-FMUSP).

<sup>2</sup> Médico Pesquisador do Projeto Terceira Idade (PROTER) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ – HC-FMUSP).

<sup>3</sup> Psicóloga do Serviço de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ – HC-FMUSP).

<sup>4</sup> Médica-Assistente do Projeto Terceira Idade (PROTER) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ – HC-FMUSP).

Recebido: 21/10/2005 – Aceito: 07/06/2006

---

### Resumo

**Contexto:** Dificuldades interpessoais, instabilidade afetiva, distorções da relação médico-paciente e respostas imprevisíveis às intervenções são características centrais aos transtornos de personalidade que são encontradas tanto em pacientes jovens, como em adultos idosos. **Relato de caso:** Encontra-se aqui descrito um caso de transtorno de personalidade em paciente de 68 anos de idade, com transtorno de personalidade do tipo histriônica e outras comorbidades psiquiátricas. **Conclusão:** Transtorno de personalidade é um diagnóstico raramente aventado no tratamento psiquiátrico no paciente idoso de difícil manejo. Deve-se nestes casos fazer uma investigação mais aprofundada do funcionamento da personalidade, pois a presença e a severidade do transtorno de personalidade têm implicações no plano da assistência de ambos os tratamentos psicológico e farmacológico.

*Pereira, F.S. et al. / Rev. Psiq. Clín. 34 (1); 18-22, 2007*

**Palavras-chave:** Transtorno de personalidade, terceira idade, diagnóstico, comorbidades.

---

### Abstract

**Context:** Interpersonal difficulties, affective instability, distortions of the clinician-patient relationship, and unpredictable responses to clinical interventions, are characteristics found in older adults as well as in younger patients with personality disorders. **Case report:** We report the case of a 68 years old patient with histrionic personality disorder and other psychiatric comorbidities. **Conclusion:** Personality disorders are frequently overlooked in the diagnostic workout of complex psychogeriatric syndromes, and require a comprehensive assessment of personality traits. The correct identification of personality disorders and their subtypes is critical for planning the therapeutic approach, including pharmacotherapy and psychological management.

*Pereira, F.S. et al. / Rev. Psiq. Clín. 34 (1); 18-22, 2007*

**Keywords:** Personality disorders, elderly, diagnosis, comorbidities.

## Introdução

A literatura sobre transtorno de personalidade na terceira idade é dispersa e inconclusiva, e sua prevalência é pouco conhecida (Abrams e Horowitz, 1999).

Apesar da grande importância, este ainda é um campo de diagnóstico pouco considerado e investigado, como demonstra uma revisão realizada por Agronin e Maletta em 2000. Foram encontrados 350 artigos publicados no *Journal of Personality Disorders* de 1987 até 1997 e apenas seis deles focaram a população de mais de 65 anos de idade. De forma parecida, entre 1993 e 1997 foram achados somente quatro artigos nos 120 publicados no *American Journal of Geriatric Psychiatry* e apenas dois entre os 620 artigos no *International Journal of Geriatric Psychiatry* enfocando a terceira idade nos transtornos de personalidade.

Pesquisas acerca dos transtornos de personalidade têm crescido nos últimos 10 anos, entretanto os campos de estudo entre psiquiatria geriátrica e transtornos de personalidade vêm se cruzando recentemente, e por isso já se encontram mais estudos de transtornos de personalidade na terceira idade.

No que se refere às características desses transtornos na terceira idade, diversos trabalhos sugerem que transtornos de personalidade persistem na terceira idade e são particularmente prevalentes em amostras de idosos deprimidos, impactando de maneira negativa nos pacientes com depressão na terceira idade (Morse e Lynch, 2004).

Um grande número de estudos tem sugerido que transtornos de personalidade na terceira idade estão ligados a comorbidades de desordens do eixo 1, particularmente depressão maior (Kunik *et al.*, 1993).

Outros estudos afirmam que o diagnóstico de transtorno de personalidade proporciona piores perspectivas prognósticas em relação à evolução e ao tratamento desses quadros (Vine e Steingart, 1994).

Dificuldades interpessoais, instabilidade afetiva, distorções da relação médico-paciente e respostas imprevisíveis às intervenções, características conhecidas nos transtornos de personalidade, são as mesmas encontradas tanto em adultos idosos como em pacientes jovens (Clarkin *et al.*, 1999).

Neste presente trabalho, relatamos um caso de transtorno de personalidade do tipo histriônico em uma paciente da terceira idade.

## Relato de caso

Trata-se de uma paciente de 68 anos, de sexo feminino, separada, com história de quadro depressivo que se

estendia já por 22 anos. Nas consultas psiquiátricas relatava estar triste, desanimada, desesperançada, pessimista e apresentava muitas queixas sobre seus relacionamentos interpessoais. Isto porque, segundo a paciente, as pessoas pareciam ser loucas e sem paciência. Também mencionava as dificuldades que sempre havia tido em se manter nos empregos durante sua vida profissional, pois se envolvia em brigas com os colegas, achando que eles a perseguiam. Esses relatos aconteciam de forma excessivamente emocional e lábil, no sentido de comportarem súbitas e frequentes alterações de tom e conteúdo, ora tristes, raivosos, ora mesmo indiferentes e casuais. A paciente também se queixava de diversos sintomas somáticos, como dores nas pernas, cefaléia, falta de ar e palpitações.

Ela tem acompanhado tratamento ambulatorial em instituto psiquiátrico de um grande hospital-escola da cidade de São Paulo há 13 anos, com diagnóstico de transtorno depressivo recorrente, de acordo com os critérios do DSM-IV.

Durante todo esse acompanhamento ambulatorial, a paciente manteve um comportamento teatral quando, por exemplo, chamava muita atenção nos ambientes comuns do hospital ao reclamar para ser atendida antes do horário, alegando estar passando mal ou ao se queixar do atendimento de seus médicos, desvalorizando as condutas propostas para quaisquer pessoas que pudessem escutá-la nos corredores. Ao mesmo tempo, ligava com frequência para esses clínicos, contando que estava desesperada, abandonada pela família e que, por isso, cometeria suicídio. Após breve diálogo, o médico facilmente conseguia dissuadi-la da tentativa de suicídio e ela passava a ter uma atitude mais estável.

Segundo o relato da filha, a paciente fazia esses apelos também com a família. Em mais de uma ocasião, impediu que a filha viajasse a trabalho, pois ligava dizendo que estava morrendo e precisava ser levada ao pronto-socorro.

Realizou tratamento com diversas medicações, como paroxetina, amitriptilina, sertralina, ácido valpróico, mirtazapina, milnaciprano, clorpromazina, periciazina, lorazepam e bromazepam em diferentes tentativas quanto à dosagem, mas sem resposta satisfatória. Ao contrário, a paciente passou a acrescentar às suas queixas os efeitos colaterais que eram descritos na bula das medicações.

Durante o acompanhamento psiquiátrico, foi encaminhada à psicoterapia breve, mas não conseguiu dar continuidade a esse acompanhamento pela falta de motivação e pequena capacidade de introspecção e *insight*.

Neste ponto, foi encaminhada para avaliação psicológica, que se propôs a investigar os fatores relacionados à

falta de adesão ao tratamento e à dinâmica familiar para ajuda diagnóstica e terapêutica.

Na avaliação, a paciente logo apresentou comportamentos que confirmavam o traço teatral de sua personalidade: levantava da cadeira por diversas vezes durante a consulta, ajoelhava-se no chão, fazendo repetidamente gestos do sinal da cruz, enquanto dizia, com voz chorosa, que nesta vida apenas podia contar com o Sagrado Coração de Jesus. Seu discurso constituía uma percepção polarizada dos mundos externo e interno, onde as situações e pessoas eram apresentadas como excessivamente idealizadas ou, no outro extremo, muito desqualificadas: "... minha filha é tudo pra mim..." e "... minha filha é a pior filha para mim, só sabe me desprezar..." (sic). Sua própria vida também era descrita nesses termos, pois teria se constituído de uma infância plenamente maravilhosa e de vida adulta absolutamente vitimizada. Outro tema recorrente era o ter sido a preferida ou a pessoa rejeitada e desconsiderada nos relacionamentos, indicando sua atenção sobre quem ocupa uma posição que possa ser considerada invejável: "... eu era a filha que ele mais gostava, das três eu era sem dúvida a mais bonita..." ou "... era maravilhosa, a mais paquerada..." (sic).

As referências a seus problemas não eram aprofundadas, mesmo sob o questionamento mais direto da psicóloga. Seu casamento, por exemplo, era descrito como uma "tortura chinesa", "... todos diziam que eu era muito para ele..." (sic). No seu entendimento, o marido só pretendia que ela sofresse ao se esquecer de comemorar datas importantes: isto seria "humilhação e desprezo, pior que dar uma surra!" (sic).

A expressividade emocional excessiva, mas superficial e breve, também foi observada nas produções projetivas, como na seguinte associação a uma figura que é um estímulo do Teste de Apercepção Temática (Murray, 2005): "... o menino está desesperado, pensando que morrer seria o melhor. Psicóloga: Por quê? "Ele está assim porque está triste". Psicóloga: Por que triste? "Ah... porque sim" (sic).

Depois da separação deste casamento que durou vinte e um anos, morando com a filha, a paciente persistiu no comportamento vitimizado, no qual é sempre uma personagem passiva das injustiças alheias, exigindo que as pessoas assumam uma posição de provedores absolutos em relação a ela: "... minha filha viaja a trabalho e não se importa comigo; se fosse uma filha igual ao filho dos outros, não deixaria a mãe largada, ia cuidar para

que nada acontecesse comigo; ela sabe muito bem as doenças graves que eu tenho..." (sic).

Esse padrão de demandas interpessoais vorazes, em que não há condição de experimentar gratidão ou um maior nível de satisfação nos vínculos, é o mesmo observado no relacionamento com os profissionais de saúde. Observa-se uma tendência a boicotar os esforços clínicos das equipes de saúde, não seguindo as orientações para uso correto das medicações, mostrando-se intolerante a qualquer atraso nas consultas, além das faltas freqüentes às consultas de avaliação psicológica e de psicoterapia. Esse traço de exigências dramáticas dirigidas aos outros estende-se desde a infância, quando ela diz que teria sido uma líder, "muito querida por todos", mas "malcriada", pois "descia a mão se fosse preciso" (sic) em situações em que os outros demonstravam qualquer oposição a ela.

A rigidez e persistência nesse funcionamento da personalidade na direção de ter que sempre mobilizar dramaticamente os outros, com pouca consideração das necessidades alheias, foram alguns dos principais aspectos que nos permitiram caracterizá-la como portadora de um quadro de transtorno de personalidade histriônica.

Esse diagnóstico explica a grande dificuldade no manejo clínico nos diversos tratamentos que se vêm provendo a essa paciente. Ou seja, fazem parte do processo de atendimento de pacientes gravemente histriônicos a queixa e a instabilidade persistentes, o que não implica que a equipe de saúde possa tomar esse tipo de resposta como sinal de que o encaminhamento não foi adequado ou que deva ser descontinuado. Neste sentido, o diagnóstico reforçou o entendimento quanto à necessidade do atendimento psiquiátrico, que provia as mínimas condições para que a paciente pudesse continuar a estar sob os cuidados da filha, e foi retomado o atendimento psicoterápico individual com concomitante orientação familiar, que também cumpria a função de dividir com o atendimento médico as sempre crescentes exigências de atenção diferenciada da paciente.

Fica claro que a identificação de que havia comorbidade com um quadro de transtorno de personalidade esclarece as expectativas e condutas implicadas nos tratamentos médico e psicossocial. A equipe de saúde não permanece mais na posição de dúvida e constante busca por novas intervenções, compreendendo que é parte da resposta terapêutica, nestes casos, a exigência que a paciente faz de que seja acolhida sua constante insatisfação e demanda por atenção.

## Discussão

O presente relato ilustra um caso de transtorno de personalidade em uma paciente idosa. Além da presença de sintomas depressivos, como tristeza, perda da motivação, revelava também comportamento exibicionista e sérias dificuldades no relacionamento familiar.

Em amostras adultas, pacientes com transtorno de personalidade têm respostas menos favoráveis do que os sem transtorno a uma variedade de tratamentos já testados para depressão, incluindo medicações antidepressivas, psicoterapia interpessoal, placebo e medicação combinada mais terapia. Os transtornos de personalidade têm sido geralmente associados com limitada resposta aos tratamentos e também à cronicidade, que se refere aos pacientes que se mantêm sempre doentes (Stek *et al.*, 2002). Situação essa que acontece com este caso relatado, em que a paciente não respondeu a nenhuma das terapêuticas medicamentosas propostas e manteve um quadro crônico de difícil manejo.

Grande parte desses indivíduos frequentemente se apresenta como os casos mais difíceis e resistentes a tratamentos, além da chance de provocar fortes sentimentos contratransferenciais (Kaplan *et al.*, 1994). A natureza da psicopatologia dos transtornos de personalidade em pessoas de terceira idade pode criar muitos conflitos entre membros familiares e cuidadores, apresentar rupturas nos *settings* de tratamento, nas residências para idosos e dificultar os cuidados em longo prazo.

Em relação ao início desses quadros, um estudo foi realizado por Nubukpo *et al.* (2005), que tinha o objetivo de acessar o papel dos transtornos de personalidade na depressão em idosos e distinguir se o começo da depressão era precoce ou tardio. Os pacientes foram classificados de acordo com a época da primeira ocorrência de episódio depressivo, antes dos 65 anos (depressão de início precoce) ou depois dos 65 anos (depressão de início tardio). Após avaliação da presença de transtorno de personalidade segundo critérios do DSM-IV, verificou-se que a frequência de transtornos de personalidade foi mais observada em pacientes com depressão de início precoce do que naqueles com início tardio.

Em nossa paciente, sua história demonstrou que o transtorno estava presente havia muito tempo, mas nunca tinha sido oficialmente diagnosticado, acarretando custos econômicos e sociais altos por não ter sido encaminhada para o tratamento mais adequado.

Em pacientes idosos com muitos episódios depressivos e recorrentes é de vital importância se obter uma adequada história longitudinal dos pacientes, informantes, revisar prontuários psiquiátricos, assim como realizar uma investigação mais aprofundada do funcionamento da personalidade, pois esse tipo de funcionamento é facilmente confundido com depressão, transtorno afetivo bipolar e ansiedade.

A presença e a severidade do transtorno de personalidade têm implicações no plano da assistência, pois ajudam a prever respostas de ambos tratamentos psicológico e farmacológico (Abrams e Horowitz, 1999).

O presente relato ilustra um caso de transtorno de personalidade do tipo histriônico, que coincide com estudos da literatura, como o de Paris (2004), que refere que determinados transtornos de personalidades, como dependente, *borderline* e histriônico, ocorrem mais em mulheres, enquanto personalidades paranóide, anti-social e obsessivo-compulsiva predominam nos homens.

Deve-se ressaltar que esse transtorno em mulheres é mais comum em pessoas separadas, que têm casamentos infelizes e problemáticos, que apresentam também doenças clínicas inexplicáveis, frequentes tentativas de suicídio, embora a morte seja rara; já em homens, esse transtorno está mais associado a abuso de substâncias (Coid, 2003).

Em termos de psicoterapia, uma vez avaliada a personalidade, a documentação do funcionamento pode ser usada para aumentar a consciência do paciente sobre quais tipos de eventos ele é mais vulnerável, e esse é um passo propício à diminuição de sua frequência ou ao desenvolvimento de habilidades de enfrentamento para reduzir seu impacto negativo (Morse e Robins, 2005).

No que se refere ao tratamento desses transtornos em geral, preconiza-se que seja multidisciplinar, inicialmente contando com um arsenal medicamentoso em que se utilizam antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores do humor, tentando controlar e melhorar os sintomas (Lieb *et al.*, 2004), em segundo lugar, pensando no tratamento combinado com psicoterapia e, por último, procurando ter sempre um suporte familiar e social importante, para qualquer eventualidade no decorrer do tratamento.

A abordagem multidisciplinar e o trabalho aliado com a família do paciente tornam-se essenciais no tratamento e acompanhamento de idosos que apresentam transtornos de personalidade quaisquer que sejam.

## Referências

- Abrams, R. C.; Horowitz S. V. Personality disorders after age 50: A meta analytic review of the literature. In: Rosowsky, E.; Abrams, R. C.; Zweig, R. A. (eds.). *Personality disorders in older adults. Emerging issues in diagnoses and treatment*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1999.
- Agronin, M. E.; Maletta G. Personality disorders in late life: understanding and overcoming the gap in research. *Am J Geriatr Psychiatry* 8: 4-18, 2000.
- Clarkin, J. F.; Spilman, L. A.; Klausner, E. Conceptual overview of personality disorders in the elderly. In: Rosowsky, E.; Abrams, R. C.; Zweig, R. A. (eds.). *Personality disorders in older adults. Emerging issues in diagnoses and treatment*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1999.
- Coid, J.W. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182 (4): 3-10, 2003.
- Kaplan H.I.; Sadock B.J.; Grebb J.A. Personality disorders. In: *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. 7.ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994.
- Kunik, M. E.; Mulsant, B. H.; Rifai, A. H. Personality disorders in elderly in patients with major depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 1:38-45, 1993.
- Lieb K.; Zanarini M.C.; Schmahl C.; Linehan M.M.; Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet* 364:453-461, 2004.
- Morse, J. Q.; Lynch, T. R. A preliminary investigation of self-reported personality disorders in late life: prevalence, predictors of depressive severity, and clinical correlates. *Aging & Mental Health* 8 (4): 307-315, 2004.
- Morse, J. Q.; Robins, C. J. Personality-life event congruence effects in late-life depression. *J Affect Disord* 84 (1): 25-31, 2005.
- Murray, H. E. T.A.T.: *Teste de percepção temática*. Adaptação e padronização brasileira: Maria Cecília Vilhena M. Silva. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2005.
- Nubukpo, P.; Hartmann, J.; Clement, J. P. Role of personality in depression of the elderly: difference between early and late life depression. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 3 (1): 63-69, 2005.
- Paris J. Gender differences in personality traits and disorders. *Curr Psychiatry Rep* 6(1):71-4, 2004.
- Stek, M. L.; Tilburg, E. V.; Westendorp, W.; Beekman, R. G. J. The prognosis of depression in old age: outcome six to eight years after clinical treatment. *Aging & Mental Health* 6: 282-285, 2002.
- Vine, R. G.; Steingart A. B. Personality disorder in the elderly depressed. *Can J Psychiatry* 39: 392-398, 1994.