



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO  
ADMINISTRATIVO - FUNDAP



**MARIANA SARMENTO ABRAHÃO**

**ASPECTOS PSICODINÂMICOS E CONTRIBUIÇÕES DO  
PSICODIAGNÓSTICO NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
NARCISISTA NA TERCEIRA IDADE**

RIBEIRÃO PRETO

2012

**ABRAHÃO, MARIANA SARMENTO**

**BIBLIOTECA CENTRAL DA USP RIBEIRÃO PRETO**

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

TOMBO: \_\_\_\_\_ SYSNO: \_\_\_\_\_

**MONOGRAFIA 2012**

**“ASPECTOS PSICODINÂMICOS E CONTRIBUIÇÕES DO  
PSICODIAGNÓSTICO NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
NARCISISTA NA TERCEIRA IDADE”**

**ALUNA: MARIANA SARMENTO ABRAHÃO**

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. FLÁVIA DE LIMA OSÓRIO**



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO  
ADMINISTRATIVO - FUNDAP

**MARIANA SARMENTO ABRAHÃO**

**ASPECTOS PSICODINÂMICOS E CONTRIBUIÇÕES DO  
PSICODIAGNÓSTICO NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
NARCISISTA NA TERCEIRA IDADE**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/ Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento.

**Área:** Psicologia – Saúde Mental

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Flávia de Lima Osório

**Supervisora Titular:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Regina Loureiro

RIBEIRÃO PRETO

2012

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariana Sarmento Abrahão

Aspectos Psicodinâmicos e Contribuições do Psicodiagnóstico no Transtorno de Personalidade Narcisista na Terceira Idade

Monografia apresentada junto ao Programa de Aprimoramento Profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

**Área:** Psicologia – Saúde Mental, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Flávia de Lima Osório, e supervisão da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Regina Loureiro.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

### Banca Examinadora

Psicólogo (a): Iara Giraldi

Instituição: HCFMRP-USP

Assinatura: \_\_\_\_\_

Psicólogo (a): Marcus Vinicius Santos

Instituição: HCFMRP-USP

Assinatura: \_\_\_\_\_

## RESUMO

O narcisismo é um conceito muito discutido no campo da Psicologia, já tendo sido definido por vários autores. Atualmente, considera-se que no sujeito narcisista sua libido é retirada dos objetos do mundo externo e volta-se para si, refletindo um investimento libidinal excessivo sobre o ego. Observa-se que pacientes com Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) enfrentam grandes dificuldades no processo do envelhecimento em função das mudanças físicas, intelectuais e sociais, podendo ocasionar muita insegurança, medo e tensão. Este trabalho tem como objetivo caracterizar, por meio de estudo de caso, os aspectos relativos às manifestações clínicas e de organização da personalidade de mulheres na terceira idade, tendo por referência a avaliação da história clínica, do Método de Rorschach e das Pirâmides Coloridas de Pfister. Foram analisados os casos de duas pacientes psiquiátricas adultas com diagnóstico psicodinâmico de TPN, que realizaram avaliação psicodiagnóstica individualmente, com objetivos de auxiliar no diagnóstico clínico, junto ao Serviço de Psicologia da Divisão de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP). A avaliação psicológica foi realizada durante internação psiquiátrica, na qual ambas tinham diagnóstico clínico de Transtorno Depressivo Recorrente. Procedeu-se a coleta de informações da história clínica, aplicação e codificação dos testes projetivos utilizados, segundo as normas técnicas. Analisou-se os resultados com base nos dados normativos de padronização brasileira; para o Método de Rorschach, utilizou-se a nomenclatura francesa. Para interpretação dos dados teve-se por referência a abordagem psicodinâmica. Com base na história clínica, observou-se que as pacientes sofreram dificuldades significativas durante a vida, tiveram relacionamentos interpessoais turbulentos. No entanto, concluíram ensino superior, trabalharam em suas profissões, e seguiram a vida sem procurar ajuda psiquiátrica até o meio da idade adulta, quando iniciaram as crises. A avaliação por meio do Rorschach evidenciou nos dois casos a presença de recursos cognitivos não plenamente utilizados, bem como uma estrutura de personalidade marcada por defesas narcisistas, como idealização e projeção, caracterizando personalidade frágil e pouco interesse pelo outro. Os dados relativos ao Pfister mostraram peculiaridades quanto às manifestações afetivas, sinalizando em especial a ausência de indicadores característicos de depressão que pudessem justificar a presença de um quadro depressivo de base. Concluiu-se que essas pacientes possuem uma estrutura de personalidade narcisista, e que o processo de envelhecimento acentuou a utilização de defesas desta natureza, agravando a vulnerabilidade aos acontecimentos da vida e favorecendo um prejuízo no funcionamento e na adaptação à realidade, prejudicando suas qualidades de vida.

Palavras-Chave: Narcisismo, Técnicas projetivas, Terceira Idade.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. OBJETIVO .....	21
3. MÉTODO.....	22
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
6. REFERÊNCIAS .....	51

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos Históricos e Aspectos Clínicos do Transtorno de Personalidade Narcisista

O termo narcisismo vem da tradição grega, para designar o amor de uma pessoa por si mesma. Tem origem no mito de Narciso, um jovem de grande beleza que atraía o desejo de muitas ninfas. Uma delas, Eco, ao ser rejeitada por ele, desespera-se e implora a uma deusa que a vingue. Narciso, durante uma caçada, detém-se junto a uma fonte de águas claras e fica fascinado pelo seu reflexo na água, imaginando tratar-se de outra pessoa. Ele mergulha o braço na água na tentativa de tocar a imagem, mas ela sempre se esquivava. Torturado pelo desejo, Narciso chora até perceber que era ele mesmo o objeto de seu amor. Tenta separar-se de sua própria pessoa e acaba se ferindo e morre. E, no lugar de seu corpo, aparece uma flor (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Anterior à utilização do termo narcisismo na psicanálise, o psicólogo francês Alfred Binet (1857-1911) o empregou pela primeira vez em 1887, para descrever uma forma de fetichismo que consistia em tomar-se como seu próprio objeto sexual (ROUDINESCO; PLON, 1998). Posteriormente, em 1898, Havelock Ellis, sexólogo do final do século XIX, foi o primeiro a relacionar o mito clássico de Narciso com as dificuldades psicológicas, classificando a homossexualidade, até então considerada perversão sexual, como patologia do amor próprio, pois o indivíduo ama alguém semelhante a ele, em lugar do sexo oposto pretensamente correto (HOLMES, 2005).

Nos escritos de Freud, o termo aparece pela primeira vez em 1910, em uma nota acrescentada ao seu trabalho *“Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”*, descrevendo pessoas que tomam a si próprias como objetos sexuais. Em seguida, também em 1910, em seu ensaio *“Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância”*, e em 1911, no estudo do caso Schreber, Freud fala do narcisismo como um estágio normal da evolução sexual (ROUDINESCO, 1998).

Em 1914, Freud publicou um trabalho, “*Sobre o Narcisismo: uma Introdução*”, que é considerado um dos mais importantes de sua teoria e um marco significativo do pensamento psicanalítico. Este artigo é constituído de três partes, onde a questão do narcisismo é discutida tendo-se os seguintes enfoques: a) a vida mental dos esquizofrênicos, das crianças e dos povos primitivos; b) a associação com doenças orgânicas, hipocondria e vida erótica; c) o conceito de idealização e os problemas de auto-estima (ZIMERMAN, 2001).

Outros autores psicanalíticos estudaram o narcisismo e ofereceram importantes contribuições para o entendimento deste conceito. Destacam-se Karl Abraham e a escola kleiniana posterior, sobretudo Herbert Rosenfeld e Otto Kernberg, que enfatizaram os aspectos destrutivos do narcisismo, associados à inveja, ódio e busca patológica pela destruição do objeto, isto é, o outro. Já o enfoque psicanalítico de Heinz Kohut, chamado de Escola da Psicologia do Eu, considerava que o narcisismo, ou seja, o amor próprio, e o objeto de amor não eram complementares, mas duas linhas de desenvolvimento distintas que persistem por toda a vida, cada qual com características e patologias próprias (HOLMES, 2005).

Dentro da Psiquiatria, o Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) é classificado como um dos Transtornos de Personalidade. Uma das classificações diagnósticas vigentes, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-IV, o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, APA, 1995) define os Transtornos de Personalidade como experiências subjetivas e comportamentos persistentes que se desviam dos padrões culturais, os quais são rigidamente generalizados, têm início na adolescência ou na vida adulta inicial. Tais características são estáveis ao longo do tempo e levam à infelicidade tanto do indivíduo quanto daqueles que o rodeiam. Esses traços de personalidade são rígidos e mal adaptativos, e produzem comprometimento do desempenho em várias esferas da vida pessoal ou sofrimento subjetivo importante (SADOCK, 2008).



Historicamente, o TPN foi incluído como categoria diagnóstica no DSM-III (APA, 1980), incentivado pela sensibilidade dos médicos ao narcisismo patológico e seu reconhecimento como categoria nosológica. Em 1987 foi publicado o DSM-III-TR (APA, 1987), que acrescentou um conjunto de nove critérios para esta patologia, aumentando sua cobertura dentro da Psiquiatria. No DSM-IV (APA, 1995), as alterações realizadas nos critérios diagnósticos enfatizam a necessidade que a pessoa narcisista tem de obter admiração e de sentir-se especial, bem como acrescentou as características de arrogância e insolência (KAPLAN; SADOCK, 1999).

O paciente com TPN caracteriza-se por ter um padrão global de grandiosidade (em fantasia ou em comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, o que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Para o diagnóstico deste transtorno, segundo o DSM-IV-TR (2003), é necessário a coexistência de pelo menos cinco dos seguintes critérios:

- (1) sentimento grandioso acerca da própria importância;
- (2) preocupação com fantasias de ilimitado sucesso, poder, inteligência, beleza ou amor ideal;
- (3) crença de ser “especial” e único e de que somente pode ser compreendido ou deve associar-se a outras pessoas (ou instituições) especiais ou de condição elevada;
- (4) exigência de admiração excessiva;
- (5) possuir expectativas irracionais de receber um tratamento especialmente favorável ou obediência automática às suas expectativas;
- (6) ser explorador em relacionamentos interpessoais, isto é, buscar tirar vantagens de outros para garantir seus próprios objetivos;
- (7) mostrar ausência de empatia, ou seja, relutar em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades alheias;

(8) sentimentos frequentes de inveja de outras pessoas ou crença de ser alvo da inveja alheia;

(9) Comportamento e atitudes arrogantes e insolentes.

O TPN, de acordo com o DSM-IV-TR, tem prevalência de um a três por cento nas populações clínicas, podendo atingir índices de até 16% em função da rigidez dos métodos de avaliação diagnóstica adotados. Destaca-se maior prevalência no sexo masculino, cerca de 50 a 75% dos casos (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Quanto à evolução e prognóstico, os aspectos narcisistas podem tornar-se severos em resposta a fracassos ou rejeições, e podem amenizar-se no contexto de conquistas bem sucedidas ou relacionamentos estáveis e duráveis. Em resposta a situações de limitações físicas, ocupacionais e relacionais, podem estar presentes associações com transtorno depressivo maior, psicose reativa breve e suicídio. Na meia idade é comum ocorrerem episódios depressivos. A longo prazo, observa-se muita variabilidade no curso da doença, porém a maioria das pessoas com esse transtorno apresenta melhora em seu ajustamento ocupacional e nos relacionamentos interpessoais. Pessoas com aspectos anti-sociais somados ao TPN podem ter uma evolução pior, com disfunção cada vez maior (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Como tratamento, Kaplan e Sadock (1999) referem que a psicoterapia individual é o tratamento de escolha, sendo essencial para esses pacientes. Para esses autores, a Psicanálise, com ou sem interpretação precoce da transferência, pode beneficiar pacientes narcisistas que funcionam relativamente bem, enquanto que as psicoterapias dinâmicas, menos intensivas, são mais indicadas para aqueles que apresentam déficits maiores de ego, associados à dificuldade no controle dos impulsos ou à regulação do afeto. A terapia de grupo é utilizada como complementação à terapia individual. Pacientes narcisistas raramente necessitam de internação, sendo que estas, quando necessárias, devem-se mais às comorbidades associadas, como por

exemplo uma depressão severa relacionada a impasses profissionais ou conjugais.

Cabe ainda referir que, segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, Organização Mundial da Saúde – OMS, 1993) o TPN não é classificado como uma categoria diagnóstica distinta devido à sua limitada validação empírica e sua presumida sobreposição com os transtornos da personalidade dissociativa e histriônica (KAPLAN; SADOCK, 1999). Porém, ele é classificado dentro do agrupamento Outros Transtornos Específicos da Personalidade (F60.8), junto com as classificações de Personalidade Excêntrica, Imatura, Passivo-agressiva, Psiconeurótica e Tipo “haltlose”.

## **1.2 Aspectos Psicodinâmicos do Transtorno de Personalidade Narcisista**

Como já foi referido anteriormente, Freud iniciou os seus estudos referentes ao conceito de narcisismo mais profundamente com a publicação, em 1914, do seu trabalho “*Sobre o Narcisismo: uma Introdução*”. Logo no início deste texto, Freud levanta a questão de que os pacientes com esquizofrenia parecem retirar sua libido dos objetos do mundo externo, sem substituí-los por outros em fantasia: “*A libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá marcha a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo*” (FREUD, 1974, p.91).

Esse desinvestimento do apego libidinal aos objetos externos explica a perda do contato com a realidade nos pacientes psicóticos, sendo que a grandiosidade e a onipotência, características comuns nesse quadro, refletem o investimento libidinal excessivo no ego; no desenvolvimento normal das crianças, é frequente essa crença em sua própria onipotência. Em estados de doença física e hipocondria, Freud também observou que as categorias libidinais são frequentemente retiradas dos objetos externos, na medida em

que não dizem respeito ao seu sofrimento, e voltam-se para o ego. Nas crenças e mitos dos povos primitivos, Freud descreveu manifestações narcisistas, especialmente na capacidade de influenciar eventos externos através da onipotência mágica dos seus próprios processos de pensamento (apud KAPLAN; SADOCK, 1999).

Além das reflexões citadas acima, em seu texto de 1914, Freud conceitua o **narcisismo primário** como uma etapa normal do desenvolvimento, sendo um estado precoce em que a criança investe toda a libido em si mesma, e o **narcisismo secundário**, referindo-se a uma espécie de retorno da libido para o ego, após experiência de investimento libidinal em objetos externos, quase sempre devido a frustrações com os objetos provedores das necessidades (FREUD, 1974).

Ao longo do tempo, no entanto, Freud variou o uso do termo narcisismo, causando alguma confusão no campo da Psicanálise. Ele considerava que no decorrer de um desenvolvimento saudável devia-se superar o investimento em si mesmo e dedicar as energias libidinais principalmente aos outros. Outros autores discutiram que é necessário uma certa quantidade de investimento libidinal em si (auto-estima) para se ter um desenvolvimento saudável, sendo esse investimento (narcisismo) importante ao longo da vida. Assim, pensadores psicanalíticos posteriores dedicaram-se mais intensamente na diferenciação entre narcisismo normal e patológico (apud KAPLAN; SADOCK, 1999).

Kernberg foi um desses autores. Ele trabalhou em hospitais com pacientes ambulatoriais e internados, e baseou sua definição de narcisismo a partir deste trabalho. Suas descrições clínicas referem-se a pacientes mais primitivos, arrogantes e agressivos, muitas vezes com aspectos anti-sociais, e com aspectos grandiosos mais explícitos. Ele definiu a personalidade narcisista como uma subcategoria similar de transtorno borderline, embora estes tenham um funcionamento egóico mais prejudicado. Em sua descrição, o self narcisista é uma estrutura altamente patológica, composta de uma fusão do self ideal, objeto ideal e self real, no qual está presente a inveja e a agressão. A

idealização, em sua descrição, é vista como uma defesa contra a raiva, a inveja, o desprezo e a desvalorização (apud GABBARD, 1998)

Kohut, por outro lado, teve uma importante contribuição no entendimento do narcisismo quando ressaltou o aspecto positivo do mesmo, por entender que a adoração dos pais pelo filho, a empolgação do filho por si mesmo e pelas suas conquistas, bem como suas esperanças, aspirações e ambições, pertencem ao âmbito do narcisismo positivo e são necessários para um desenvolvimento saudável. No desenvolvimento, o narcisismo não é substituído pelo objeto de amor, mas sim, colocado em contato com a realidade, de modo que na idade adulta ele continua a motivar a boa auto estima e as metas realistas (apud HOLMES, 2005).

Kohut acreditava que os indivíduos com perturbações narcisistas estão presos a um estágio do desenvolvimento onde necessitam de respostas específicas das pessoas do meio para manter um *self* coeso; quando esta resposta não ocorre, estes indivíduos apresentam tendência à fragmentação do *self*. Segundo o autor, essa característica, assim como o narcisismo secundário e a incapacidade de ter um amor próprio resultam de “*feridas narcísicas*”, que quase sempre decorrem de desconsideração ou falta de empatia por parte dos pais (apud HOLMES, 2005). Kohut sugere que nestas condições os pais não respondiam com validação e admiração ao exibicionismo adequado à fase desenvolvimental das crianças, não oferecendo modelos dignos de serem idealizados. Nesses casos, a criança/indivíduo recorre ao amor próprio para que continue existindo esperança e motivação (apud GABBARD, 1998).

A prática psiquiátrica contemporânea é bastante influenciada atualmente pela Psiquiatria Psicodinâmica. Glen O. Gabbard, o principal autor nesta área, em seu livro “*Psiquiatria Psicodinâmica baseada nos critérios do DSM-IV*” (GABBARD, 1998) se refere aos autores citados acima e escreve que os vários tipos de pacientes narcisistas descritos por eles podem ser definidos como estando em dois pólos de um *continuum* baseado no estilo típico de relações interpessoais. Estes tipos foram chamados de narcisista distraído e narcisista hipervigilante. O primeiro seria um sujeito que não parece ter consciência do

seu impacto sobre os outros, é arrogante, raramente faz contato visual, tem necessidade de ser o centro das atenções. Sua fala é cercada por referências a si próprio, e aparentemente é inacessível a ser magoado pelos outros; estas características combinam com o TPN descrito no DSM-IV. O tipo narcisista hipervigilante é caracterizado por grande sensibilidade à reação dos outros, pela atenção continuamente dirigida às pessoas, tendência a se sentir desprezado a todo momento, timidez e inibição. Este funcionamento esconde uma grande sensação de vergonha e um desejo secreto de se exibir de forma grandiosa.

Gabbard (1998) discute que uma certa medida de amor próprio é desejável para um desenvolvimento psicológico, o que torna bastante difícil a distinção entre narcisismo saudável e narcisismo patológico. Segundo ele, vive-se atualmente em uma cultura narcisista, na qual os sujeitos são muito influenciados pela mídia, que difunde imagens superficiais e ignora a essência e a profundidade: o medo de envelhecer aumenta a procura por cirurgias estéticas, a competição e a busca por ser o melhor em tudo é o objetivo mais almejado de todos. Além disso, um dos critérios principais para o diagnóstico de TPN, a exploração das relações interpessoais, é altamente incentivado na sociedade. Assim, tem se tornado muito difícil determinar que traços indicam um transtorno de personalidade e quais são traços culturais adaptativos e até incentivados pela sociedade.

Um critério clássico que poderia ajudar nessa diferenciação seria o tempo de saúde psicológica, apontado pela capacidade de amar e trabalhar. Contudo, esse critério é apenas parcialmente útil para responder essa pergunta. Indivíduos narcisistas altamente perturbados podem encontrar grande sucesso em certas profissões, como grandes negócios, artes, política, indústria, liderança em empresas. Essas pessoas podem obter esse sucesso no trabalho como forma de obter realização e aplauso, como se estes fossem mais importantes que o próprio domínio e conhecimento da área (GABBARD, 1998).

Assim, ainda segundo Gabbard (1998), as formas patológicas do narcisismo são mais facilmente identificadas pela qualidade dos relacionamentos dos indivíduos, pois uma característica muito comum a essas pessoas é a sua incapacidade de amar. Para Freud, o amor é sentimento e ação de investimento de energia psíquica (libido) sobre um objeto, sendo que os pacientes narcisistas tem muita dificuldade em investir essa energia psíquica no outro. Rios (2008, p. 422) trabalha essa questão em seu artigo “*O amor nos tempos de Narciso*”, dizendo:

Na fase do desenvolvimento psicosssexual, que Freud chamou de narcisismo primário, o eu e o outro se constroem numa relação de espelhamento. O objeto amado é visto à imagem do eu e valorizado pela semelhança, no tipo de ligação amorosa chamada narcísica. Em um ambiente seguro e amoroso, na convivência com o adulto que cuida, alimenta e protege. A criança começa a perceber o outro como diferente e passa a sustentar seu valor não mais na semelhança, mas na relação intersubjetiva, no tipo de relação amorosa chamada anaclítica (...). A relação amorosa permanece depois de decantar a paixão, quando o eu consegue transpor o estado narcísico para o estado da alteridade e reconhecer no outro alguém para amar. Ou seja, o eu, suficientemente constituído e seguro de sua capacidade de transitar pelo campo relacional formado por subjetividades diferentes, consegue sustentar a relação com o outro e ainda se enriquecer pelo compartilhamento de ideias, afetos e experiências.

A constituição desse *eu* capaz de encontrar-se subjetivamente com o outro ocorre a partir da relação mãe-bebê, segundo Winnicott (1993). O narcisismo é uma fase normal do desenvolvimento psíquico, essencial para a constituição do eu e do lugar do outro em nossa vida. Assim, as dificuldades de relacionamento ocorrem quando, por algum motivo, a saída dessa fase fica comprometida, e na vida adulta, o retorno a ela encapsula o eu a si mesmo, caracterizando um modo de subjetividade na qual não há legítimo valor e interesse pelo outro (RIOS, 2008).

Dessa forma, torna-se difícil o indivíduo narcisista ter qualidades como empatia e preocupação com os sentimentos alheios, um interesse genuíno pelas idéias do outro, capacidade de tolerar a ambivalência sem desistir do relacionamento, e poder admitir as próprias contribuições nos conflitos interpessoais. O narcisista aproxima-se das pessoas como objetos a serem descartados de acordo com suas necessidades, sem considerar seus

sentimentos; as pessoas não são vistas como tendo uma existência separada ou necessidades próprias (GABBARD, 2008). Diante disto, fica explícito por que os indivíduos com transtorno narcisista apresentam dificuldades nos relacionamentos interpessoais e em outras áreas da vida, que acabam trazendo grande prejuízo no funcionamento global do mesmo.

### **1.3 Transtorno de Personalidade Narcisista e o envelhecimento**

A população idosa tem aumentado significativamente nas últimas décadas, decorrente do desenvolvimento da medicina e de tecnologias, entre outras mudanças, as quais oferecem condições favoráveis para desenvolver estilos de vida mais saudáveis e melhorar a expectativa de vida. Com isso, surgem estudos com objetivo de entender melhor essa população e auxiliar no cuidado direcionado a ela.

O processo de envelhecer é uma vivência subjetiva, permeada por experiências positivas e negativas, e é vivida por cada indivíduo de forma diferente. No entanto, a velhice em si traz modificações físicas e intelectuais, que propiciam mudanças significativas na personalidade e geram sentimentos de insegurança, medo e tensão. Ocorrem muitas perdas, como os atrativos físicos jovens, a função profissional, a autonomia e a responsabilidade por si próprio. Nesse caminhar, o idoso pode se ver imerso em um grande sentimento de tristeza e solidão, dificultando o enfrentamento de situações naturais dessa etapa de vida do ser humano. O impacto desses aspectos pode interferir no humor do idoso, podendo surgir grandes dificuldades nessa área, como transtornos mentais, sendo a depressão o maior risco (LUSTOSA, 2007).

Na sociedade atual, um estudo de Capitanini (apud ALTMAN, 2011), afirma que o idoso tem experimentado um tipo de vida que é propício a sentimentos de solidão, apatia e insatisfação, principalmente nas cidades grandes, onde as relações interpessoais ficam cada vez mais difíceis e escassas. Esses aspectos relacionados ao envelhecimento serão discutidos a



seguir tomando-se como referência básica o livro de Papalia, Olds e Feldman (2009) chamado *Desenvolvimento Humano*.

As mudanças físicas, comumente associadas ao envelhecimento, são observáveis por qualquer pessoa, como a mudança do tom pele e da elasticidade, os cabelos brancos, os ossos mais frágeis. Mudanças menos visíveis atingem os órgãos internos e o organismo em geral, como o cérebro, e o funcionamento sexual, motor e sensorial. Essas mudanças são bastante variáveis de indivíduo para indivíduo, alguns declinam rapidamente, outros demoram muito mais. As atividades diárias também podem se tornar mais difíceis de serem realizadas, pois podem causar mais cansaço que anteriormente.

Em geral, as mudanças no cérebro de pessoas idosas saudáveis são modestas e podem fazer pouca diferença no funcionamento global, mas é fato que há uma perda gradual da massa encefálica. No entanto, essas mudanças variam bastante de uma pessoa para outra, e naquelas em que as mudanças são mais significativas pode haver prejuízos na memória, no funcionamento cognitivo, na coordenação motora, entre outros. Podem surgir também doenças crônicas, ou agravarem-se as que já existiam.

Essas perdas podem causar uma diminuição da autonomia da pessoa idosa e um conseqüente aumento da dependência de terceiros, tanto no âmbito de auxílio no cuidado físico quanto na administração de bens e da casa. Esta dependência, principalmente aquela referente aos cuidados físicos, pode ser bastante estressante para o idoso e para o cuidador, principalmente quando este é um parente próximo do idoso.

No âmbito do desenvolvimento psicossocial, as questões da saída dos filhos de casa, dos relacionamentos afetivos e da aposentadoria do trabalho são bastante importantes, pois trazem consigo uma mudança de papéis que muitas vezes pode acarretar sofrimento. Quando os filhos vão embora, esse momento de transição pode desencadear um sentimento de vazio, principalmente para as mulheres que costumam investir bastante em suas funções como mães, e para os homens cuja identidade depende de seu papel

como pai. Para o casal em si, a dificuldade pode estar presente na necessidade de encarar problemas conjugais já existentes e encobertos pela pressão de serem pais. Entretanto, sabe-se que tem se tornado mais frequente um sentimento de liberdade diante da saída dos filhos de casa, a qual possibilita que os pais busquem por seus próprios interesses enquanto se satisfazem com as realizações dos filhos.

Os divórcios e separações na terceira idade são relativamente raros, eles costumam acontecer mais frequentemente nos 10 primeiros anos de casamento. Porém, pessoas que se divorciam depois de muito tempo de casamento referem que a experiência é extremamente traumática, comparando a separação com a perda do emprego ou a descoberta de uma doença grave. O divórcio parece ser mais difícil para as mulheres, que são mais afetadas negativamente em qualquer idade. A perda do cônjuge por falecimento, no entanto, é referida como a pior experiência de todas, causando um desamparo muito grande nos indivíduos que ficam viúvos.

Problemas mentais como a depressão também estão presentes na terceira idade. Estudos indicam que a hereditariedade representa de 40% a 50% de risco para desenvolver depressão grave, sendo que a vulnerabilidade para a doença parece resultar de genes múltiplos interagindo com fatores ambientais, como acontecimentos estressantes, solidão e abuso de substâncias, e também doenças crônicas ou invalidez, declínio cognitivo, divórcio ou viuvez, que são frequentes no processo do envelhecimento. Em qualquer faixa etária a depressão pode causar muitas perdas, mas na terceira idade essa questão parece ser deixada em segundo plano, pois muitos familiares acreditam erroneamente que nada pode ser feito em relação aos problemas mentais nessa idade, por acreditarem que estes sintomas são considerados acontecimentos naturais no envelhecimento.

Por outro lado, estudos indicam que idosos que têm uma perspectiva mais positiva da vida possuem maior auto-estima, desfrutam melhor da vida e tem menos probabilidade de se tornarem frágeis. Assim, todas essas questões discutidas acima se relacionam invariavelmente com fatores como o estilo de

vida, principalmente de exercícios e da alimentação, e a personalidade do indivíduo, fatores estes que influenciam bastante no processo do envelhecimento.

Para a Psicanálise, tomando como referência a teoria de Melanie Klein (1991), o envelhecimento pleno pode ser alcançado quando a integração da personalidade permitiu que os sentimentos amorosos superassem o ódio e a inveja, o que depende de como o sujeito estabeleceu dentro de si o “objeto bom interno”. Assim, este objeto bom internalizado pode atuar como fator de saúde psíquica durante toda a vida. Klein refere ainda que a resolução bem sucedida dos sentimentos de inveja e rivalidade são essenciais para um ajuste normal à vida adulta e à velhice, uma vez que dessa forma é possível sentir-se realizado com as conquistas de outras pessoas, como os filhos, e é possível dedicar-se a algo do mundo externo.

Neste contexto, Gabbard (1998) afirma que indivíduos com TPN encontram uma grande dificuldade no processo do envelhecimento. É comum que esses indivíduos casem-se com idades mais elevadas, em torno dos 30 ou 40 anos, e que enfrentem grandes dificuldades nesses relacionamentos, chegando comumente ao divórcio. Isto ocorre em função da forma que eles se relacionam, assumindo frequentemente uma postura de cobrança excessiva de um cuidado ou uma dedicação que eles acreditam que mereçam, disfarçando assim um medo de ser humilhado pelo parceiro conjugal. Estes indivíduos podem chegar a um estado de raiva crônica, no qual eles mantêm um ressentimento e uma mágoa com o companheiro por achar que este não o trata como ele teria direito.

Em muitos casos, indivíduos narcisistas são fisicamente atraentes ou charmosos, e alcançam um certo grau de sucesso durante seus anos de adultos jovens. No entanto, suas fantasias grandiosas de juventude e beleza eternas são quebradas pelo processo do envelhecimento, o que traz muito sofrimento a esses indivíduos. Muitas vezes esse sofrimento é enfrentado com o uso de defesas maníacas, como a busca por casos extraconjugais com pessoas mais novas (GABBARD, 1998).

Kernberg (apud GABBARD, 1998) fala que o prazer da meia-idade consiste em desfrutar o sucesso de pessoas mais novas, como os filhos; mas pacientes com TPN não conseguem o prazer desta forma, em função de sua inveja e desespero diante do tempo que está passando. Estes sentimentos podem levar esses pacientes ao tratamento psiquiátrico pela primeira vez em torno dos 40 anos, se tornando assim acessíveis ao cuidado.

Diante disto, pretende-se neste estudo analisar duas avaliações psicodiagnósticas e suas contribuições, com o objetivo de compreender mais profundamente o funcionamento da personalidade de pacientes com mais de 60 anos que apresentavam queixas depressivas importantes, mas que do ponto de vista psicodinâmico foram diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Narcisista.

## **2. OBJETIVO**

Caracterizar os aspectos relativos às manifestações clínicas e de organização da personalidade de mulheres com mais de 60 anos de idade com diagnóstico psicodinâmico de Transtorno Narcísico de Personalidade, submetidas à avaliação psicológica. Neste estudo serão analisados os dados colhidos em entrevistas clínicas, e os indicadores presentes no Método de Rorschach, e no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Sujeitos

Serão sujeitos deste estudo duas pacientes adultas, do sexo feminino, que estavam internadas na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) para tratamento e esclarecimento diagnóstico, e realizaram avaliação psicodiagnóstica segundo solicitação médica. A Tabela 1 apresenta de forma sucinta as principais características de identificação e os antecedentes pessoais das pacientes. Usaram-se nomes fictícios para preservar a identidade das pacientes.

**Tabela 1- Identificação e antecedentes pessoais das pacientes participantes do estudo**

	<b>Luíza</b>	<b>Ivete</b>
<b>Dados de Identificação</b>	74 anos, solteira, ensino superior completo (Pedagogia), aposentada, sem filhos. 7ª filha de prole de nove, seis são falecidos, um por suicídio. Pai faleceu de Doença de Chagas quando a paciente tinha três anos.	60 anos, divorciada, ensino superior completo (Odontologia), aposentada, três filhos. 1ª filha de prole de cinco, gestação gemelar, sendo que sua irmã gêmea faleceu de glioma em 2002.
<b>Aspectos da infância, adolescência e vida adulta</b>	Refere desenvolvimento neuropsicomotor sem intercorrências. Morou com a avó desde um ano até oito anos de idade, não tem lembranças de brincar com outras crianças, se divertia com a avó. Quando voltou à casa da mãe, lembra-se apenas de apanhar, pois desentendia-se com os irmãos, fala que era por causa de inveja por ela ser <i>“mais bonita, mais inteligente”</i> (sic). Descreve-se como uma aluna bastante aplicada. Refere ter sofrido <i>bullying</i> e não ter tido amigos na escola por gostar de estudar e ser muito bonita. Aos 18 anos saiu de casa para ir trabalhar como professora primária em São Paulo, tornando-se diretora de um grupo escolar, onde se aposentou. Teve alguns namorados, foi noiva, mas nunca se casou. Namora até a data atual, contando 42 anos de relacionamento, entre idas e vindas, mas nunca moraram juntos.	Refere desenvolvimento neuropsicomotor sem intercorrências. Ótima aluna e gostava de ir à escola, tinha pequeno círculo de amigas. Refere que era alvo constante de inveja por ser filha de um médico famoso da cidade. Adolescência marcada por perseguição política do pai, o que levou à mãe entrar em depressão e se suicidar quando a paciente tinha 19 anos, ficando responsável pelo cuidado dos irmãos mais novos. Era muito próxima da irmã gêmea na infância e adolescência. Casou-se durante a faculdade (não há relato da idade), tendo 3 filhos. Seu casamento foi muito tumultuado, culminando com divórcio há mais ou menos 15 anos.

Na Tabela 2, são apresentados os dados referentes ao quadro psiquiátrico prévio e atual das pacientes.

**Tabela 2 - Caracterização do quadro psiquiátrico das pacientes**

	<b>Luíza</b>	<b>Ivete</b>
<b>Quadro psiquiátrico</b>	<p>Alterações de comportamento se iniciaram há cerca de 18 anos (1993), quando a paciente tinha <u>56 anos</u>, depois de conflito familiar que envolveu seu amasio, passando a ter problemas de relacionamento com toda a família.</p> <p>Início do quadro se deu pela morte de seis irmãos em curto período de tempo (cinco anos). Quadro piorou depois da morte da mãe e de alguns irmãos.</p> <p><u>Abril de 2001</u>: Apresenta idéia de que seu corpo inteiro estava infectado por vermes. Procurou psiquiatra, recebeu diagnóstico de transtorno delirante e iniciou medicação. Em <u>agosto de 2001</u>, sem remissão das idéias, iniciou quadro depressivo.</p> <p>Queixas somáticas permeiam toda a história.</p> <p><u>Outubro de 2002</u>: Primeira internação na Unidade de Emergência devido ao quadro depressivo.</p> <p><u>Maio de 2003</u>: mudou-se para Ribeirão Preto, passava o dia deitada, alimentando-se mal. Referia ter inveja de pessoas que tem família, poder, riqueza, dizia sentir-se com cinco anos de idade. Nessa época falava que <i>“tudo que fez não valeu nada”</i> (sic), sentia-se inferiorizada.</p> <p><u>Tentativas de suicídio</u>: tentou se jogar do 9º andar, colocar fogo no apartamento e fez um corte na região cervical, necessitando de internação.</p> <p><u>Maio de 2007</u>: Internada em enfermaria psiquiátrica para acerto das medicações.</p>	<p>Início da depressão em 1992, quando a paciente tinha <u>40 anos</u>, em função de uma situação financeira difícil, tendo parado de trabalhar como dentista para cuidar dos filhos.</p> <p><u>Em 1995</u>: piora do quadro após a paciente descobrir que o marido tinha outra esposa e filhos. Separou-se e iniciou uso frequente de álcool e cigarro.</p> <p><u>Em 1998</u>: foi internada em enfermaria psiquiátrica, realizou psicodiagnóstico, sendo sugerida hipótese de Distímia e Transtorno de Personalidade Borderline.</p> <p><u>Em 2002</u>: piora do quadro após morte da irmã gêmea.</p> <p>Relacionamento conflituoso com ex-marido, permeado por dependência financeira do mesmo.</p>
<b>Crise atual</b>	<p>Paciente foi internada em <u>setembro de 2011</u> na enfermaria psiquiátrica do HC-Campus, com piora da angústia nos dois últimos meses, sono irregular, fraqueza nas pernas, dores no estômago, tontura, taquicardia, mãos/pés gelados/quentes, <i>“ânus e vagina pegando fogo”</i> (sic), pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida com planejamento de se jogar do apartamento ou <i>“fumar crack”</i> (sic).</p> <p>Em sua história clínica utilizou diversas medicações psiquiátricas.</p> <p><u>Diagnóstico Clínico atual</u>: Transtorno Depressivo Recorrente (F33)</p>	<p>Paciente piorou em <u>Julho de 2011</u> após descobrir que o ex-marido não havia pago o aluguel e condomínio do apartamento onde ela reside, recebeu aviso de despejo, ficando <i>“exposta e sem outras possibilidades”</i> (sic). Apresentou quadro de agitação, quebrou as lanternas do carro da filha, móveis e eletrodomésticos.</p> <p>Teve sua 4ª tentativa de suicídio, cortou os pulsos e foi internada na enfermaria psiquiátrica do HC- Campus.</p> <p><u>Diagnóstico Clínico atual</u>: Transtorno Depressivo Recorrente (F33)</p>

### **3.2 Instrumentos**

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

- Entrevista Clínica Psiquiátrica, abrangendo dados da História da Moléstia Atual, Antecedentes Pessoais e Psiquiátricos.
- Psicodiagnóstico de Rorschach, sendo a aplicação, codificação e interpretação dos indicadores realizada de acordo com as recomendações técnicas da Escola Francesa (TRAUBENBERG, 1998) e para comparação considerou-se a padronização brasileira de Pasian (2000).
- Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, aplicado, codificado e interpretado segundo as normas de padronização brasileira propostas por Villemor-Amaral (2005).

### **3.3 Coleta e análise de dados**

Serão considerados para análise os protocolos de avaliação psicológica das pacientes, as quais foram solicitadas ao serviço de Psicologia para esclarecimento diagnóstico e melhor compreensão dos aspectos psicodinâmicos, tendo sido realizadas durante o período em que as pacientes estavam em internação integral na Enfermaria de Psiquiatria A, no ano de 2011.

Antes de iniciar o processo de avaliação psicológica, foram esclarecidos os objetivos da avaliação, de forma que as pacientes pudessem optar por realizarem ou não a mesma. Foram abordados aspectos relativos às etapas da avaliação, sendo elas a entrevista, a aplicação dos instrumentos de avaliação, e a devolutiva a ser realizada ao final do processo, atendendo aos princípios éticos recomendados. Somente com o consentimento explícito das pacientes, foi iniciado o processo do psicodiagnóstico.



Os dados para este estudo de caso foram coletados dessas avaliações psicológicas, realizadas por psicólogas treinadas para a aplicação de técnicas específicas de avaliação da personalidade e funcionamento psicodinâmico, e posteriormente foram codificadas pelas profissionais. Para o presente estudo, os protocolos foram revistos quanto à codificação, de modo independente, por dois psicólogos experientes. Os pontos de discórdia foram avaliados e discutidos com juízes e, para a análise dos estudos, foram adotadas as codificações de consenso entre os três avaliadores.

Os indicadores das técnicas e os dados das entrevistas clínicas foram agrupados e interpretados sob a perspectiva do referencial teórico psicodinâmico. Os dados foram agrupados quanto:

- História Clínica Psiquiátrica: manifestações e caracterização da doença;
- Psicodiagnóstico de Rorschach, especificando as categorias:

1 – Funcionamento lógico e percepção da realidade, agrupando:

- a) *Produção*: número de respostas absolutas (R), respostas adicionais (Rad), denegações (Deneg), tempo total (TT), tempo de resposta médio (TRm) e Banalidades (Ban);
- b) *Modos de apreensão*: adaptação ao real por meio dos tipos de percepção global (G%), detalhe (D%), pequeno detalhe (Dd%) e detalhe branco (DbI%);
- c) *Determinantes das respostas*: por meio da porcentagem de respostas forma (F%), porcentagem de respostas forma bem vista (F+%), porcentagem de respostas forma bem vista associadas a outros determinantes (F+ext%), respostas movimento humano (K) parcial animal (kan) e objeto (kob);
- d) *Conteúdos das respostas*: por meio da porcentagem de respostas animal (A%), humano (H%);
- e) *Fórmula de angústia*, por meio de  $(Hd + \text{Sex} + \text{Anat})/R$ ;

2 – Funcionamento afetivo, agrupando:

a) *Tipos de vivências*: 1ª Fórmula (T.R.I. -  $\sum K:\sum Cp$ ), 2ª Fórmula (T.L. -  $\sum k:\sum Ep$ ) e 3ª Fórmula (Nº de R das Pranchas VIII, IX e X)/R, porcentagem de respostas forma associadas à cor, estompagem e movimento (FC:CF+C; FE: EF+E,  $\sum K:\sum k$ );

- Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, levando-se em consideração os indicadores relativos a:

a) *Aspectos formais*: o tempo de trabalho, tipos de pirâmides, a fórmula cromática, o modo de execução e de colocação das pirâmides;

b) *Aspectos afetivos*: por meio das síndromes normal (Az%+Vm%+Vd%), estímulo (Vm%+Am%+La%), fria (Az%+Vd%+Vi%) e incolor (Pr%+Br%+Ci%), e por meio da porcentagem de cores na média (x), aumentadas (↑) e diminuídas (↓).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão discutidos a seguir os principais dados obtidos nas avaliações psicodiagnósticas quanto: a) à história clínica e pessoal; b) aos indicadores gerais da técnica de Rorschach por meio do funcionamento lógico e afetivo; c) aos indicadores do Pfister relativos aos aspectos formais, síndromes e cores, visando compreender o funcionamento e estrutura de personalidade das pacientes deste estudo. Posteriormente serão discutidos os resultados quanto aos indicadores específicos do TPN, para o qual será utilizado como bibliografia básica Chabert (1993), juntamente com uma análise simbólica das respostas, visando compreender os aspectos da personalidade mais relacionados com o narcisismo. Os dados serão discutidos concomitantes à apresentação dos resultados, após serem apresentadas as tabelas com os indicadores.

Quanto aos indicadores da história clínica e pessoal das pacientes, a análise dos prontuários permitiu observar que Luíza e Ivete tiveram muitas dificuldades em suas vidas. Já precocemente, com um ano, Luíza foi morar com a avó, e perdeu o pai aos três anos de idade. Aos oito anos, quando voltou a morar com a mãe, lembra-se de ter sido agredida algumas vezes por se desentender com os irmãos. Ivete teve uma adolescência marcada pela perseguição política do pai, o que levou sua mãe a se suicidar no fim da adolescência dela. Esses fatos de grande impacto vivenciados por ambas as pacientes e marcados por perdas importantes podem estar relacionados com uma possível dificuldade na introjeção de figuras parentais, na diferenciação eu-outro, e na saída da fase do narcisismo primário, conforme discutido por Winnicott (1993) e Rios (2008), características essas que podem ter contribuído para estruturação de uma personalidade narcisista na vida adulta.

Considerando o percurso do desenvolvimento, como referem Kaplan e Sadock (1999), diante de um ambiente favorável pessoas narcisistas podem nunca apresentar crises agudas que necessitem de internação, pois os aspectos narcisistas podem amenizar-se no contexto de conquistas bem

sucedidas ou relacionamentos estáveis e duráveis. Porém, estes mesmos aspectos tornam-se severos diante de fracassos, rejeições ou grandes dificuldades. Estes autores falam que é comum ocorrerem episódios depressivos severos na meia idade. Kernberg (apud GABBARD, 1998) afirma também que os sentimentos de realização diante do sucesso de pessoas mais novas é algo que pode trazer prazer na meia-idade. Contudo, pacientes narcisistas não conseguem experimentar o prazer desta forma, em função de sentimentos de inveja e tristeza diante do tempo que está passando, e podem procurar tratamento psiquiátrico pela primeira vez nessa fase da vida. Essas questões serão discutidas a seguir, relacionando-as com as pacientes deste estudo.

As pacientes citadas neste estudo referiram ter sido boas alunas durante a escola, formaram-se no ensino médio sem dificuldades, concluíram um curso superior e trabalharam em suas profissões por bastante tempo. Luíza trabalhou como diretora em um grupo escolar, tendo se aposentado nesse trabalho, e Ivete trabalhava como dentista até a época que precisou deixar o trabalho para cuidar dos filhos em função de uma crise financeira na família. Ambas relatam que as crises se iniciaram em função de dificuldades muito grandes.

Luíza começou a ter alterações de comportamento há 18 anos, quando estava com 56 anos, em função de conflitos familiares com seu amasio, passando a ter problemas de relacionamentos com toda sua família. Seu quadro psiquiátrico iniciou quando ela perdeu seis irmãos em cinco anos, piorando bastante depois que sua mãe faleceu, sendo estas perdas significativas para a paciente. Nessa época, teve sintomas de alteração na senso-percepção, apresentando a ideia de que seu corpo inteiro estava infectado por germes, e recebeu diagnóstico de Transtorno Delirante. Alguns meses depois, sem remissão dos sintomas, iniciou quadro depressivo, pelo qual foi internada em enfermaria psiquiátrica algumas vezes.

Já Ivete referiu que iniciou o quadro depressivo em 1992, quando estava com 40 anos, após uma crise financeira difícil. Seu quadro piorou três anos depois quando descobriu que o marido tinha outra família, iniciando uso

frequente de álcool e cigarro como forma de lidar com as dificuldades. Após três anos foi internada em enfermaria psiquiátrica, tendo realizado psicodiagnóstico cuja hipótese diagnóstica foi de Distímia e Transtorno de Personalidade Borderline. Novamente a piora do quadro veio após uma perda significativa, de sua irmã gêmea.

Assim, ambas as pacientes iniciaram o quadro psiquiátrico após os 40 anos, em consequência à perdas de parentes, perdas financeiras e grandes frustrações, o que vai de acordo com o que foi dito por Kaplan e Sadock (1999) e Kenberg (apud GABBARD, 1998). Somado a isso, ambas as pacientes foram internadas em função de sintomas de quadros depressivos severos, com pelo menos duas tentativas de suicídio, o que também vai de acordo com o que foi discutido por Kaplan e Sadock (1999). Nesse sentido, vale ressaltar que o quadro de TPN foi somente diagnosticado através do psicodiagnóstico que elas realizaram nesta última internação, na qual ambas as pacientes foram admitidas com diagnóstico clínico de Transtorno Depressivo Recorrente.

Outra questão a ser discutida é a dificuldade de relacionamentos interpessoais e amorosos que ambas apresentaram ao longo da vida. Luíza refere ter tido muitos conflitos familiares, os quais a levaram a iniciar o quadro psiquiátrico. Esta paciente teve alguns namorados, mas nunca se casou, indicando uma possível dificuldade de relacionamento e de formar vínculo. Mantém um relacionamento estável com seu namorado há mais de 40 anos, mas nunca morou com ele e refere ter tido “muitas idas e vindas” com ele. Ivete casou-se, mas separou-se após descobrir uma traição e mantém relacionamento conflituoso com o ex-marido, permeado por brigas e dependência financeira. Esses relacionamentos marcados por dificuldades são característicos das formas patológicas do narcisismo conforme discutido por Gabbard (1998). Por fim, os fatos relatados acima corroboram com a questão de que o quadro de TPN pode piorar com o envelhecimento, em função do agravamento das perdas e das dificuldades de relacionamento, segundo Gabbard (1998).

Serão apresentados a seguir, os indicadores relativos à avaliação por meio do método de Rorschach, tendo por referência as comparações com os dados normativos de Pasian (2000). Na Tabela 3 serão apresentados os indicadores do funcionamento lógico e da percepção da realidade.

**Tabela 3 - Indicadores relativos ao funcionamento lógico e à percepção da realidade, segundo o método de Rorschach**

Indicadores	Luíza	Ivete
<b>Produção</b>		
R	13 x	14 x
Rad	7 ↑	3 ↑
Deneg	1 ↑	1 ↑
TT	22'26"	8'42"
TRm	1'43"	37"
Ban	3 (23%) ↓	3 (21%) ↓
<b>Modos de Apreensão</b>		
G	53% x	50% x
D	23% ↓	21% ↓
Dd	23% ↑	28% ↑
DbI	0 x	0 x
<b>Determinantes das respostas</b>		
F+	0	1
F-	3	3
K+	4	1
K-	0	0
kan+	1	2
kan-	1	1
kob+	0	1
kob-	0	0
F%	30% x	21% ↓
F+ %	0% ↓↓	25% ↓↓
F+ ext %	46% ↓↓	50% ↓↓
<b>Conteúdos</b>		
A%	46% x	57% ↑
H%	15% x	28% ↑
F.A.%	7% ↓	0% ↓

X - dentro do valor normativo, ↑ - aumentado com relação à norma; ↓ - diminuído com relação à norma.

De acordo com a tabela acima, observa-se que os indicadores de cada paciente referentes à produção e ao modo de apreensão guardam bastante semelhança entre si, evidenciando um estilo de funcionamento bastante próximo.

Constatou-se uma produção quantitativamente na média em ambos os casos, indicando boa habilidade associativa, capacidade produtiva e cognitiva. As respostas adicionais (Rad) foram aumentadas nas duas pacientes, indicando por um lado bons recursos associativos e superação das resistências iniciais, mas, por outro lado, uma tentativa de mostrar-se mais produtivo e inteligente. O número de denegações (Deneg) foi aumentado em ambos os casos, indicando grande nível de exigência interno, além de repressão e angústia originada pelo conteúdo inicialmente projetado. O número de banalidades (Ban) foi diminuído em ambos os casos, o que indica que as pacientes encontram-se auto-voltadas, afastando-se da realidade compartilhada pela maioria.

Quanto aos modos de apreensão, as respostas G encontram-se na média nos dois casos, indicando boa habilidade de percepção do todo, abertura na percepção e apreensão da realidade, mas também indicando uma superficialidade nessa apreensão. Sendo a resposta G um indicador de inteligência, segundo Traubenberg (1998), o fato de encontrar-se na média indica bons recursos cognitivos em ambas as pacientes, o que é concordante com a história de vida delas, em que ambas referiram ter sido boas alunas na escola, formaram-se no nível superior e conseguiram desempenhar papéis que exigiam boa capacidade cognitiva.

As respostas pequeno detalhe (Dd) encontram-se aumentadas nos casos estudados, mostrando uma excessiva atenção aos detalhes que pode indicar um modo pessoal de considerar e avaliar a realidade (particularização), pois a resposta Dd constitui um elemento mais pessoal, mais projetivo, onde o sujeito “cria mais do que percebe” (TRAUBENBERG, 1998), indicando uma atitude auto-voltada das pacientes. Pode indicar também capacidade de observação e atitude vigilante em face da realidade. Ainda segundo esta

autora, este indicador tem valor de mecanismo de defesa, pois ele é utilizado para evitar um efeito choque, uma perturbação, constituindo-se uma reação a um conflito preciso com o mundo exterior, familiar ou social, ou seja, uma tentativa de controle onipotente frente à realidade.

Quanto aos indicadores formais, as pacientes apresentaram pouca diferença entre si na comparação dos indicadores. O determinante F é descrito por Traubenberg (1998) como uma modalidade de apreensão visual de um estímulo não familiar, com objetivo de “controlar o caos”, sendo, portanto, um esforço de organização racional e de adaptação ao real. Luíza apresentou o indicador F% dentro da normalidade, sugerindo que a lógica e precisão do pensamento estão preservados; assim, os recursos de intelectualização poderiam ser eficazes para adaptação, mas parecem não serem plenamente utilizados. Em Ivete, o determinante F% encontra-se diminuído, indicando prejuízo na lógica e precisão do pensamento.

Ambas as pacientes apresentaram F+% bastante diminuído, sendo este ausente em Luíza, sugerindo grande particularização do pensamento e perda de contato com o real. Este indicador mostra pouca correspondência com a realidade, uma apreensão intelectual pouco adaptada ao exterior, correspondendo mais à fantasia e às projeções do paciente. O indicador F+ext% rebaixado corrobora com os outros indicadores citados acima, e sugere que os prejuízos na lógica são agravados quando na presença dos afetos. Nesse sentido, Chabert (1993, p. 83) ilustra o que ocorre com essas pacientes:

No que concerne aos determinantes formais observa-se uma manutenção da qualidade da relação com o real que mostra superficialmente a adequação das condutas de controle e de adaptação ao mundo exterior e, ao mesmo tempo, bruscas diminuições de qualidade, denunciando a emergência brutal do processo primário.

A presença de dinamismo interno foi identificada em ambos os casos através das repostas cinestésicas, indicando inteligência, dinamismo de base e imaginação criadora. Segundo Traubenberg (1998), a presença de pelo menos uma grande cinestesia indica a tolerância do ego às pulsões primitivas,



caracterizando imaginação criadora e consciência da vida interior. As pequenas cinestésias indicam imaturidade afetiva, considerando pouco as exigências do meio e as necessidade de adaptação. Podem indicar a preponderância dos elementos fantasmáticos infantis sobre as capacidades de integração com a realidade objetiva e com a identificação real.

No caso de Luíza, esta apresentou quatro respostas de grandes cinestésias (K), sendo todas bem vista, e apresentou duas respostas pequena cinestésia (kan), sendo uma bem vista e outra mal vista. Estes indicadores mostram que esta paciente apresentou recursos para um dinamismo interno mais elaborado e maduro (maior presença de respostas K). Já Ivete apresentou uma resposta grande cinestésia (K) positiva, e quatro respostas de pequenas cinestésias (dois kan+, um kan- e um kob+), indicando características de elementos mais infantis que se sobrepõem a capacidade de integração da realidade objetiva.

.Com relação aos conteúdos das respostas, Luíza apresentou respostas A% e H% dentro da normalidade, indicando boa adaptação desta paciente à realidade externa. Ivete apresentou aumento em ambos os indicadores (A%↑ e H%↑), sinalizando um aspecto mais infantilizado e estereotipado. Ambas apresentaram interesse pelo humano através das respostas H% pelo menos na média, porém este contato parece prejudicado qualitativamente em suas histórias pessoais em função deste funcionamento.

Na Tabela 4 são apresentados os indicadores do funcionamento afetivo por meio do Método de Rorschach.

**Tabela 4 - Indicadores relativos ao funcionamento afetivo, segundo o Método de Rorschach**

<b>Indicadores</b>	<b>Luíza</b>	<b>Ivete</b>
<b>TRI</b>	Extratensivo dilatado	Introversivo dilatado
<b>TL</b>	Introversivo dilatado	Extratensivo dilatado
<b>3ª fórmula</b>	Extratensivo	Introversivo
<b>TRIXTL (Manifestações atuais dos afetos)</b>	Conflitivo	Conflitivo
<b>TRIX3ª fórmula (Recursos no contato com as pessoas)</b>	Ausência de conflito	Ausência de conflito
<b>FC:CF+C</b>	0:1 - Inadequado	0:3 - Inadequado
<b>FE:EF+E</b>	3:1 - Adequado	1:1 - Tend. Inadequado
<b><math>\Sigma K:\Sigma k</math></b>	4:2 - Adequado	1:4 - Inadequado

Para a avaliação da dinâmica afetiva foram consideradas as fórmulas vivenciais e as fórmulas de controle. Ambas as pacientes apresentaram as fórmulas vivenciais dos afetos conflitivas, indicando que falta uma integração e amadurecimento das vivências afetivas, para a qual há recursos que não estão integrados. Como relatado por Traubenberg (1998), esse é um indicador de que o sujeito pode ter desenvolvido um estilo de ser num sentido contrário às suas possibilidades reais.

Em ambas as pacientes, a reação ao ambiente condiz ao afeto vivenciado internamente, sinalizando superficialmente uma adequação.

Com relação ao controle específico dos afetos, observou-se inadequação nas fórmulas em ambas as pacientes, indicando dificuldade no controle dos impulsos e pouca elaboração afetiva, apontando para um estado afetivo primitivo. O controle específico da angústia parece melhor estabelecido na paciente Luíza, na qual observa-se maior contenção em função dos recursos cognitivos. Já Ivete apresentou uma tendência à inadequação, indicando maior dificuldade na contenção das angústias.

A capacidade de controle interno sobre os impulsos, a partir da proporção entre as grandes e pequenas cinestésias (K:k), apontou que Luíza apresentou maior integração e adaptação da vida imaginativa. Já Ivete apresentou um dinamismo psíquico imaturo na integração da realidade e de identificação com o real, porém com recursos latentes para desenvolver mecanismos mais maduros de elaboração dos afetos.

Em síntese, através do método de Rorschach, foi possível observar que ambas as pacientes apresentaram bons recursos cognitivos, o que é condizente com seus desempenhos durante a vida, porém não conseguem utilizá-los plenamente, o que pode ser percebido em função das grandes dificuldades que vinham apresentando antes de serem. Nas duas pacientes, o funcionamento lógico pareceu perder a qualidade na presença de afetos intensos, os quais não conseguem ser elaborados, aumentando a possibilidade de *acting-out* e comportamento auto e hetero agressivos, os quais estão presentes na história das duas pacientes.

Elas apresentaram-se bastante auto voltadas, com dificuldade de olhar para o outro e suas necessidades, além de evidências de grande particularização no pensamento e na percepção da realidade, o que é característico de crises como a que enfrentavam no momento da avaliação.

A paciente Luiza apresentou mais recursos de dinamismo interno e controle, porém observa-se na sua história a presença de sintomas mais voltados para o pensamento, como delírios e alucinações, em função principalmente da impulsividade a ele dirigida. Já Ivete apresentou prejuízos mais acentuados no controle dos impulsos e das angústias, o que é condizente com comportamentos impulsivos apresentados por ela, como as tentativas de suicídio.

Apresentar-se-á a seguir os indicadores relativos à avaliação por meio das Pirâmides Coloridas de Pfister. Na Tabela 5 são apresentados os indicadores referentes aos aspectos formais e afetivos segundo esta técnica.

**Tabela 5 - Indicadores referentes aos aspectos formais e afetivos segundo a Técnica das Pirâmides Coloridas de Pfister**

	<b>Luíza</b>	<b>Ivete</b>	
<b>Tempo</b>	8'30"	6'01"	
<b>Aspectos formais</b>	<b>Tipos de pirâmides</b>	I - Camada multicromática II - Tapete puro III - Camada tombada	I - Camada multicromática II - Camada tombada III - Formação simétrica
	<b>Fórmula cromática</b>	3:3:0:4 Moderada Estável	2:2:4:2 Ampla Estável
	<b>Modo de Execução</b>	Ordenada	Desordenada
	<b>Modo de Colocação</b>	Descendente inversa	Sem modo de colocação
<b>Síndromes</b>			
<b>Aspectos afetivos</b>	<b>Normal</b>	63% ↑	35% ↓↓
	<b>Estímulo</b>	46% ↑	45% ↑
	<b>Fria</b>	54% ↑	26% ↓↓
	<b>Incolor</b>	0% ↓↓	7% ↓
	<b>Cores</b>	Vd 27% ↑	Ma 20% ↑↑
		La 22% ↑↑	La 18% ↑↑
		Vm 20% ↑	Am 16% ↑↑
		Az 16% x	Vd 13% ↓
		Vi 11% ↑	Vm 11% x
		Am 4% ↓	Az 11% ↓
Ma ausente		Br 7% x	
Br ausente		Vi 2% ↓↓	
Pr ausente	Pr ausente		
Ci ausente	Ci ausente		

X - dentro do valor normativo, ↑ - aumentado com relação à norma; ↓ - diminuído com relação à norma.

Referente aos aspectos formais observados no Pfister, as pacientes apresentaram tipos de pirâmides bastante diversos, como camadas, tapetes e

formação simétrica, o que é indicativo de recursos cognitivos, bem como de capacidade de controle emocional (VILLEMOR-AMARAL, 2005).

Luíza apresentou fórmula cromática moderada e estável, o que sugere maior estabilidade, segurança e capacidade de adaptação, e Ivete apresentou fórmula cromática ampla e estável, indicando receptividade e tendência à estabilidade nas escolhas, mas também comodismo e indiferenciação.

A síndrome de estímulo encontra-se aumentada nos dois casos, o que sugere capacidade de extroversão e de contato afetivo e social, mas pode indicar também egocentrismo e desadaptação, o que parece ser bastante presente nos casos estudados. O laranja elevado, presente nas duas pacientes, está relacionado à onipotência, reduzido senso de auto-crítica e à arrogância, o que é característico de pacientes com TPN.

Luíza apresentou como cor predominante o verde, indicando prejuízo nas relações sociais, bem como sobrecarga de estimulação, podendo gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno. Já Ivete apresentou o marrom como cor predominante, indicando um controle bastante primitivo. As duas apresentaram também indicadores de prejuízos estruturais em função da síndrome incolor rebaixada. A cor preta está ausente nos dois casos, podendo indicar ausência de repressões indispensáveis à pessoa socialmente adaptada.

Os indicadores acima discutidos vão ao encontro de um funcionamento de personalidade com traços de instabilidade. Observa-se também que do ponto de vista dinâmico descarta-se, em ambos os casos, um funcionamento indicador de um quadro clínico de depressão.

Serão apresentadas a seguir as Tabelas 6 e 7, as quais trazem uma análise qualitativa das respostas dadas pelas pacientes no Método de Rorschach, em função das quais realizar-se-á a discussão dos aspectos simbólicos.

**Tabela 6 - Aspectos simbólicos relativos às respostas do Rorschach da paciente Luíza.**

<b>Luíza</b>		
<b>Respostas</b>	<b>Indicadores</b>	
<p><b>I</b></p> <p><b>1</b> - “É um morcego (...) tá de asas abertas, voando, né?”.  <b>2</b> - “Avião de caça voando (...). Se parecem tanto as figuras... Pelo menos as negras, né”.</p>	<p>- Adequação ao coletivo.                      - Identidade com marcas de onipotência, grandiosidade.                      - Dificuldade no processo de diferenciação da identidade.</p>	
<p><b>II</b></p> <p>“Ai, tudo a mesma coisa? Ah, será que eu estou sem falta de imaginação?”  <b>1</b> - “O que eu tenho que falar aqui? (...). Aqui eu falei que não vi nada, né? Sabe o que acontece? Como eu tava vendo um monte de figura de morcego, eu achei mais fácil pra minha cabeça. Um pouco de preguiça, sabe? (...) Eu vi o morcego com as asas fechadas e esse aqui é o sangue dele”.</p>	<p>- Angústia.                      - Tendência a denegação, repressão intensa                      - Postura de desvalorização da tarefa</p>	
<p><b>III</b></p> <p>“Ah, não sei, tá muito difícil esse aqui... Nem o psicotécnico era tão difícil assim, sabia? Esse eu não vou passar de jeito nenhum, se eu nem passei no outro...”  <b>1</b> - “Aqui eu vi uma mulher, o rosto de uma mulher”.  <b>2</b> - “Dois cavalheiros, estão fazendo uma reverência para a jovem do rosto”.</p>	<p>- Desvalorização de si frente à tarefa.                      - Indicadores de fragmentação da identidade.                      - Adequação ao coletivo.                      - Sedução, superioridade.</p>	
<p><b>IV</b></p> <p><b>1</b> - “Ai, outra vez? É o mesmo? Ah minha filha... Um morcego. (...) Se eu soubesse geografia ia falar no Saltinho da Itália... Não, só o morcego mesmo. Preto e cinza, né? Não, só o preto mesmo... Entra o cinza aqui, esse aqui não entra não. Mas o morcego vai ficar meio furado de não entrar o branco, será que vai ficar desequilibrado? (...) Não está com as asas completamente abertas... Ah, tá sim. Agora eu vi direitinho, ele tá voando”.</p>	<p>- Arrogância e desvalorização frente à tarefa                      - Ambivalência e angústia associado à introjeção da figura paterna.                      - Racionalização.</p>	
<p><b>V</b></p> <p>“Ai senhor do céu! Aonde você vê coisas? Eu só vejo morcego. Ai, eu devo tá ruim da cabeça... To, né? (...) Eu embaralho muito ou dá pra entender? Sabe que as duas outras vezes que eu estive aqui eu dei aula pros alunos da Medicina? Advinha do que? Depressão”.  <b>1</b> - “Morcego parado de asas abertas”.  <b>RA</b> - “Rei com suas vestes (...). Tá entrando num lugar em que ele tem que abrir o manto. Porque não é em todo lugar, se não você vai achar que eu to biruta. Ele tá assim, ostentando seu poder. Isso ajuda a saber se eu sou biruta? Ajuda? (...) Sabe o que eu vou levar no grupo amanhã? Falou-se tanto em limite, quero saber como conseguir esse auto-controle”.</p>	<p>- Ambivalência no processo de formação de identidade (desvalorização x onipotência).                      - Onipotência.                      - Repressão e busca de controle racional.</p>	

(Continua)

**(Conclusão) Tabela 6 - Aspectos simbólicos relativos às respostas do Rorschach da paciente Luíza.**

<p><b>VI</b></p>	<p>1 - "Puxa vida, não? Aqui já não é um morcego. Me pareceu um animal aberto, destrinchado assim (...). Não vejo mais nada, bem, só isso. Minha cabeça (pode por aí) minha cabeça deu uma fundida com as figuras... Parecidas e diferentes. (...) Falei peça de animal aberto. Mas acho que não é isso não. (...) Agora eu tenho certeza que não é um animal aberto, um pouco de falta de atenção, pode ser. To com dor de estômago, será que é nervoso?".  <b>RA1</b> - "Parece uns pássaros, não sei, será? Nem sei se estou vendo esses pássaros. Você vai me perguntar o que mais eu to vendo, já sei essa pergunta, to procurando aqui.  <b>RA2</b> - "Cara de um cachorro. Você já imaginou na minha idade fazer esse teste? E se dar alguma loucura na minha cabeça? Você não vai ter coragem de falar pra mim".</p>	<p>- Ambivalência, angústia e vulnerabilidade.  - Tendência à somatização diante de mobilização afetiva.  - Controle defensivo</p>
<p><b>VII</b></p>	<p>"Meu Deus do céu, que isso? Não consigo ver! Ah... Eu não vou dar conta... Que que eu posso? Minha mente não consegue imaginar"  1 - "Borrões negros (...). Ah, pra falar bobagem também não vou falar. <i>(É importante você dizer tudo que parece)</i> Mas não parece nada. Vocês são pessoas muito imaginativas, eu gosto do concreto, aqui é tudo subjetivo, eu gosto do objetivo".  <b>RA</b> - "Uma nuvem? Uma parte podia ser uma nuvem escura".</p>	<p>- Desvalorização de si frente à tarefa, vulnerabilidade  - Angústia defensiva no controle dos afetos.  - Repressão maciça  - Fragmentação.</p>
<p><b>VIII</b></p>	<p>"Agora colorido" (sorri).  1 - "Dois ursos escalando uma montanha é meio complicado, né? (...) Gente, quem fez isso aqui devia tá com a cabeça afim de pifar a cabeça alheia."  <b>RA</b> - "Vestido tomara que caia. Agora pifou mesmo a minha cabeça".</p>	<p>- Persecutoriedade.  - Sedução.</p>
<p><b>IX</b></p>	<p>1 - "Você acha que eu posso estar vendo isso? Só na minha cabecinha. Um violão, um violoncelo, esses aqui são os sons. Olha, eu to tremendo de verdade (...). Mas agora eu não acho... Ah, tem sim. Perái... Jesus, será que sou eu que não consigo ver? Não vejo mais nada, nem instrumento musical. Põe aí, 'falta de imaginação' <i>(onde você viu?)</i> Onde eu vi foi aqui, ó, mas não to vendo mais. Faz umas perguntas pra mim, vai? <i>(O que ajudou a ver o instrumento?)</i> A minha imaginação fértil, pode por aí".  <b>2</b> - Sons  <b>RA</b> - "Parece dois papagaios (...). Estão dormindo".</p>	<p>- Angústia, vulnerabilidade  - Falha no uso de racionalização e repressão.  - Fragmentação.</p>
<p><b>X</b></p>	<p>1 - "Um instrumento <i>(denega na Investigação)</i>  <b>2</b> - "Sons que saem do instrumento. Não dá bem! É o que eu posso te dizer... Cada vez fica mais difícil, né? (...) Eu tenho a impressão que isso aqui é uma mistura de todos os cartões... Ou não, não sei... Sua cabeça não cansa não?"</p>	<p>- Angústia  - Fragmentação, repressão.</p>

**Tabela 7 - Aspectos simbólicos relativos às respostas do Rorschach da paciente Ivete.**

<b>Ivete</b>	
<b>Respostas</b>	<b>Indicadores</b>
<p><b>I</b></p> <p><b>1</b> - "Um sapinho. Aqui os olhos e as mãozinhas. Sabe esse sapinho que pula, perereca".</p> <p><b>2</b> - "São seis borboletas. Cada uma é uma borboleta. As asas, a forma das asas ajudou, sendo quatro fechadas e duas abertas, e essas estão acabando de pousar".</p> <p><b>RA</b> - "Outro sapinho, daqueles bem pequenininhos (...). Os olhos e a mãozinha. Só pode ser da mesma espécie".</p>	<p>- Dissociação.</p> <p>- Fragmentação.</p>
<p><b>II</b></p> <p><b>1</b> - "Dois palhacinhos dando a mão, mão com mão, e joelho com joelho, a perna aqui".</p> <p><b>2</b> - "Duas pessoas, eu e a minha irmã. Iguais (...). Ou são dois ou tá se olhando no espelho. Olhar no espelho e ver a mim e a minha irmã, a gente era gêmea idêntica".</p>	<p>- Perda da equação simbólica.</p> <p>- Indicadores de simetria, confabulação, auto-referência.</p> <p>- Conflito da identidade.</p>
<p><b>III</b></p> <p><b>1</b> - "Duas mulheres carregando bolsa e um laço vermelho muito bonito desenhado (...). Elas segurando a bolsa na foto, talvez estivessem querendo se aproximar, para mim é muito difícil ser gêmea, é uma sensação que vocês não sentem, uma se vê através da outra no espelho, é uma sensação louca e ruim".</p>	<p>- Adequação ao coletivo.</p> <p>-Sedução.</p> <p>- Perda da equação simbólica, confabulação e auto-referência.</p>
<p><b>IV</b></p> <p><b>1</b> - "Duas botas aqui no cinza".</p> <p><b>2</b> - "Aqui um patinho, cheio de pena, um de cada lado de costas. (...) Pelos, é fofinho, não é duro igual uma galinha. (...) Esses dois tons sabe, o cinza claro com o cinza escuro".</p> <p><b>3</b> - "Cabeça de pinguim, meio com a cabeça do pato, no mesmo lugar também. (...) Cada vez que eu olho penso mil coisas, se fixar mais aqui embaixo, ou nos brancos, tem papo por muito tempo aqui na foto".</p> <p><b>RA</b> - "Muitas imagens de bichinhos pequenos, de médio porte. Bichos pequenos em tudo, a forma deles em tudo".</p>	<p>- Indicadores de angústia.</p> <p>- Fragmentação.</p> <p>- Dissociação.</p>
<p><b>V</b></p> <p><b>1</b> - "Parece uma lebre com uma asa bem grande... As costas de uma lebre com assim, peludo, uma asa, eu nunca vi, acho que misturaram... Asa de pêlo, pêlo macio. (...) Uma lebre com duas asas enormes, só pode ser asas, abertas, como se estivessem no ar. A figura toda. Uma foto dela no ar".</p>	<p>- Dissociação.</p> <p>- Prejuízo no contato com a realidade.</p> <p>- Onipotência.</p>
<p><b>VI</b></p> <p><b>1</b> - "Metade de um cachorrinho, do rosto". (<i>Denega na Investigação</i>)</p> <p><b>2</b> - "Um gato aqui, metade aqui e tá com todas as patinhas abertas, estendidas. (...) Ele tá com a mãos e pezinhos abertos, deitado de barriga, como se estivesse tomando sol, tranquilo."</p>	<p>- Repressão.</p>

(Continua)



**(Conclusão) Tabela 7 - Aspectos simbólicos relativos às respostas do Rorschach da paciente Ivete.**

<b>VII</b>	<b>1</b> - "Duas mulheres se olhando com o rabo de cavalo, que tá em pé, com a mãozinha uma pra cá, não sei se é reflexo, ou se estavam se olhando, com os joelhos encostados (...). É uma sensação que eu sinto quando olho no espelho (...). Aqui é o perfil, a forma, estão se olhando, imitando os mesmos gestos com a mão. Eu sempre me vesti igual a minha irmã, até os 15 anos, quando eu dei um basta".	- Adequação ao coletivo. - Perda da equação simbólica/ confabulação. - Conflito da identidade.
<b>VIII</b>	<b>1</b> - "De novo aqui um coelhinho, aquele da Índia? Comendo alface. (...) A cabeça pequenininha, as patas e o rabinho e aqui a alface (...). Deu sensação de maciez, coisa fofinha." <b>RA</b> - "Dois coelhinhos da Índia, iguais, idênticos, um monte de alface, mesma cor para cada um, tão pisando no mesmo chão e sempre tem essa linha que separa".	- Adequação ao coletivo. - Dissociação. - Conflito da identidade.
<b>IX</b>	<b>1</b> - "De novo um coelhinho comendo alface, coelho mesmo, não da Índia, com a orelhinha, ele tá de pé, sentado em cima de um monte de alface, sempre tem essa linha separando. (...) Nossa, quanto coelho, é todo ele, aqui desse lado bem o olhinho e desse não, eu não sei por que esse tem e esse não, olha aqui doutora. Aqui é erro, tá borrado de laranja, um tá mais nítido que o outro(...) Falei certo, doutora?".	- Perseveração de conteúdo. - Sedução da avaliadora
<b>X</b>	<b>1</b> - "Parece um monte de fogos de artifício, com a fumaça, eu achei bonito, é lindo. (...) Aqui é a fumaça de alguns, o amarelo, o laranja, o verde e até o branco, as cores só".	- Fragmentação. - Sedução.

A partir dos aspectos qualitativos apresentados acima, observa-se que a paciente Luíza apresentou indicadores de adequação ao coletivo, favorecendo uma adaptação ao meio. Porém, esta apresentou, por um lado, uma postura importante de desvalorização da tarefa e de si, e por outro, uma onipotência bastante marcada, mostrando uma ambivalência no processo de formação de identidade. Apresentou também mecanismos de defesa como a repressão, fragmentação, sedução e racionalização, sendo que esta última mostrou-se falha em algumas situações, indicando uma vulnerabilidade no pensamento. Em muitos momentos também apresentou indicadores de angústia frente ao estímulo, indicando fragilidade em sua personalidade.

Ivete apresentou uso intenso de defesa de dissociação, fragmentação e onipotência, além de um conflito com a identidade bastante marcado e importante, o qual aparece em vários momentos neste método de avaliação. Em algumas situações, quando apresentou confabulações e perda da equação simbólica, a paciente mostrou prejuízo no contato com a realidade.

Será apresentada a seguir a Tabela 8, com os indicadores específicos de Narcisismo, segundo as proposições de Chabert (1993).

**Tabela 8 - Indicadores específicos de Narcisismo segundo Chabert (1993)**

<b>Indicadores</b>	<b>Sinal Patognomônico</b>	<b>Significado</b>	<b>Luíza (exemplos de resposta)</b>	<b>Ivete</b>
<b>Relação estabelecida com o Psicólogo</b>	Sedução do Psicólogo	Movimento de idealização com função de negar qualquer diferença entre paciente e profissional; evidencia ausência de demanda reconhecida pelo paciente	Ausente	IX – 1
	Desprezo pela situação do teste e pelo Psicólogo	Desqualificação, rejeição e exclusão ativa do psicólogo e da situação; também evidencia ausência de demanda reconhecida pelo paciente	II – 1 IV – 1 VII – 1	Ausente
<b>Centramento sobre a experiência subjetiva</b>	Descrição detalhada e com nuances dos afetos, traços de caráter e vivências dos personagens da história ou de si mesmo	Toma como recurso a referências relacionadas apenas a si mesmo, o que ele experimenta, o que sente sua maneira de ver as coisas, recordações, fragmentos de sua biografia	V – Ra VII – 1	III – 1 VI – 2 VII – 1
<b>Verbalização</b>	Uso de muitos adjetivos e/ou alternância abrupta entre uma apreciação hiperpositiva e outra hipernegativa	Extremismo dos adjetivos utilizados, utilizando-se de mecanismos de idealização ou de desvalorização.	V – Ra	III – 1 IV – 2 X – 1
	Evocação de experiências valorizantes	Tentativa de assegurar que em outros momentos o sujeito consegue responder à situação	V – Comentário inicial	Ausente
<b>Condutas de reassuramento narcísico marcadas pela verbalização</b>	Rejeição do teste	Tentativa de responsabilizar unicamente o teste pela pobreza associativa	II - 1 III – Comentário inicial VII - 1 VIII - 1	Ausente
	Centramento sobre simetria	Manobra defensiva com objetivo de negar as diferenças, isto é, uma defesa narcísica de negação	Ausente	VIII – Ra
	Referências ao eixo mediano	Tem conotação narcísica quando são tentativas de reunião centrípeta e busca de ajuda	Ausente	VIII - Ra
<b>F% e F+% Relação com o real</b>	F% na média (x) F+% aumentado (↑)	Tentativa de controle racional sobre as fantasias inconscientes	Ausente	Ausente
<b>Conteúdo da resposta</b>	Resposta “pele”	Evoca uma superfície limitante entre o dentro e o fora com objetivo de mascarar, encobrir fragilidades	V – Ra VIII – Ra	IV – 2 V – 1
<b>Conteúdo da resposta</b>	Idealização e desvalorização	Respostas com qualificativos na tentativa de embelezar ou desvalorizar as respostas, como se essas respostas só existissem pelo julgamento (positivo ou negativo) do outro	V – Ra VI – 1	IV – 2 VI – 2

(Continua)

**(Conclusão) Tabela 8 - Indicadores específicos de Narcisismo segundo Chabert (1993)**

<b>Indicadores</b>	<b>Sinal Patognomônico</b>	<b>Significado</b>	<b>Luíza</b>	<b>Ivete</b>
<b>Conteúdo da resposta</b>	Relações em espelho (caráter idêntico) e respostas “reflexos”, sendo o acento dado para o olhar	Negação do conflito entre Eu e Eu-ideal	Ausente	II – 2 III – 1 VII – 1
<b>Localização da resposta</b>	Ausência de integração e associação do Vermelho nas respostas (Pr. II e III)	A ausência de integração do Vermelho indica negação dos movimentos pulsionais	Integração em II	Integração em III
<b>Localização das respostas</b>	Clivagem – Respostas G sem articulações ou vagas	Indica dificuldade de integração e de síntese	X – 2	IV – Ra
<b>Respostas C’</b>	Angústia Branca	Perda sofrida, vazio, buracos psíquicos	VII – 1 e Ra	IV – 2

Ao analisar a Tabela 8 acima, observa-se que ambas as pacientes apresentaram indicadores importantes de funcionamento narcisista, os quais serão discutidos a seguir.

No contato com o psicólogo, Luíza estabeleceu uma modalidade de relação marcada principalmente por desprezo pelo psicólogo e pela situação de avaliação, evidenciando uma postura de rejeição e de exclusão ativa do teste e do avaliador. Esse indicador mostra nessa paciente um movimento de defesa com relação à situação da avaliação e indica uma dificuldade muito grande em aceitar a necessidade de ajuda e em perceber as diferenças entre profissional e paciente, sendo esta uma característica frequente em pacientes narcisistas segundo Chabert (1993). Ivete mostrou-se mais distante do avaliador, apresentando apenas em um momento uma certa insegurança e tentativa de sedução, mostrando-se mais concentrada na realização da tarefa.

Nas verbalizações das respostas, também esteve presente em ambas as pacientes um centramento sobre a experiência subjetiva, uma descrição fina e com nuances dos afetos principalmente das próprias vivências e fragmentos de sua biografia. Neste indicador, o sujeito faz referências relacionadas a si mesmo, o que ele sente, suas recordações, mostrando uma subjetividade que

se apoia no olhar do outro e o nega ao mesmo tempo. Em Luíza e Ivete, isso aparece através de respostas auto centradas, nas quais elas faziam muita referência à si, indicando que este é o modo que elas funcionam na vida, com olhar particular das situações e baseando-se somente em suas percepções.

Chabert (1993) se refere também a um tipo de verbalização no qual o sujeito utiliza adjetivos para caracterizar uma resposta, sustentado por um mecanismo de idealização ou desvalorização, semelhante à tudo aquilo que se relaciona à representação de si. Este indicador também foi encontrado nos casos estudados sugerindo que essas pacientes utilizam desse mecanismo de idealização e desvalorização como forma de lidar com a realidade. Em suas histórias foi possível observar esse funcionamento quando tudo parece ser muito bom ou muito ruim, não sendo possível um meio termo e uma integração dos objetos. Isto leva essas pacientes a terem uma expectativa muito grande com relação às situações, às pessoas e à si mesmo, a qual não pode ser alcançada, e por isso causa sofrimento. Como exemplo, pode-se destacar uma situação de crise na história de vida de Luíza na qual ela dizia que *“tudo que fez não valeu nada”* (sic), desvalorizando tudo que já tinha realizado e sentindo-se inferiorizada com relação às outras pessoas. Ivete também apresentou uma crise quando recebeu aviso de despejo, dizia que ficou *“exposta e sem outras possibilidades”* (sic), como se não houvesse outra saída para a situação.

Boekholt (apud CHABERT, 1993) refere que a verbalização da pessoa narcisista afirma o saber, a dominação e o poder. Porém, segundo Chabert (1993), quando suas produções são julgadas insatisfatórias, ou quando a experiência do sujeito é marcada por angústia e ansiedade, ou ainda quando as pranchas solicitam fortes movimentos pulsionais inaceitáveis, pode-se observar condutas de reasseramento narcísico. Nesse sentido, Luíza mostrou defender-se da situação do teste evocando experiências nas quais ela conseguiu responder ao que era solicitado, ao mesmo tempo que buscou responsabilizar o teste por sua pobreza associativa. Já Ivete apresentou defesas narcísicas marcadas pela negação, cujo objetivo é negar o movimento projetivo por uma conduta de negação da diferença através de um

sobreinvestimento da simetria (“os dois são iguaizinhos”). Assim, ambas as pacientes mostraram defender-se narcisicamente da situação angustiante e ansiogênica do teste, mas de maneiras diferentes, sugerindo que esta é a maneira que elas enfrentam as situações difíceis da vida.

Novamente as duas pacientes tiveram resposta semelhante quanto aos indicadores F% e o F+%, os quais se referem à relação com o real. Segundo Chabert (1993), esse indicador corresponde ao estabelecimento de barreiras investidas entre o dentro e o fora, sendo um recurso necessário para afastar as intromissões imaginárias ou fantasmáticas para tentar se manter no registro da percepção pura. Luíza apresentou F% na média e F+% bastante diminuído, indicando dificuldade no estabelecimento dessas barreiras principalmente diante de mobilização afetiva. Ivete apresentou F% diminuído e F+% ausente, pois ela não apresentou nenhuma resposta forma bem vista, indicando grande dificuldade no estabelecimento dessas barreiras e confusão entre a percepção interna e do externo. Nesse sentido, Luíza e Ivete apresentaram bastante dificuldade em diferenciar o que é realidade do que é fantasia, estando suscetíveis à imaginação e à fantasia, o que as distancia da percepção realidade e desestabiliza o contato com a realidade.

Ainda em relação com o real, Chabert (1993) fala sobre um sobreinvestimento dos limites através das respostas “pele”, cujo conteúdo se refere a um envelope ou a um continente, podendo ser de vários conteúdos (animais com carapaça, vestimenta como mantos, vestidos, casacos, entre outros), com a função de evocar uma superfície limitante entre o dentro e o fora, numa tentativa de preencher lacunas psíquicas. Luíza traz essas respostas claramente, indicando tentativa de estabelecer uma superfície limitante, a qual parece não estar bem estabelecida em função das dificuldades de diferenciação eu-outro. Já Ivete traz essa superfície mais sutilmente através das respostas de animais peludos, referindo-se às peles/pelos dos animais como essa barreira, mostrando uma necessidade menor que a de Luíza em estabelecer essa superfície.

Segundo Chabert (1993), o recolhimento do investimento libidinal do objeto em benefício do Eu do sujeito tem como consequência a idealização, sendo esta uma defesa marcante de pessoas narcisistas, a qual leva a uma extrema idealização de um Self grandioso. É possível também observar nesses pacientes uma desvalorização de tudo aquilo que é excluído. Em ambas as pacientes foi possível observar esse mecanismo através de respostas com qualificativos principalmente positivos das respostas.

Chabert (1993) fala de outro eixo característico de pacientes narcisistas, qual seja, a representações de relações. A paciente Ivete apresentou um conflito muito grande com relação ao Eu e o Eu-ideal, o que foi identificado através de algumas respostas espelho, nas quais ela refere-se principalmente ao fato de ter tido uma irmã gêmea e tê-la perdido. Já Luíza não apresentou este indicador. Chabert (1993, p. 79) ilustra esse funcionamento:

As tensões psíquicas nascidas da diferenciação e da confrontação entre o Eu e o Eu-Ideal são insuportáveis. Do lado do Eu se situam todas as representações de si corporais ou psíquicas que se impõem com um mínimo de objetividade. Do lado do Eu-Ideal tem-se a imagem desejada, cuja perfeição provém da idealização.

Ainda neste eixo, Chabert (1993) fala também da negação dos movimentos pulsionais nas representações de relações, o que é observável nas respostas dadas às pranchas II e III quando não há uma estrutura de combinação bilateral e não há integração da cor vermelha nas respostas. Ambas as pacientes apresentaram este indicador em uma prancha e na outra não, havendo assim uma dificuldade em lidar com as pulsões e seus representantes simbólicos.

Outro indicador presente nos casos estudados refere-se à utilização do mecanismo de clivagem, o que aparece em uma maioria de respostas G inarticuladas, impressionistas, vagas, mostrando a dificuldade de integração e de síntese desses sujeitos. Na análise das respostas de ambas as pacientes foi possível observar este indicador, porém não pode-se dizer que estas configuraram a maioria das respostas, mas percebe-se que elas existem.

Por fim, sabe-se que muitas vezes o funcionamento narcisista ocorre devido a tentativas de evitar o contato com as situações de perda de objeto, que são sentidas como insuportáveis, pois elas levam o sujeito a descobrir a dependência negada em relação ao outro. Esta tentativa de evitar a perda e a dor inevitavelmente prejudica o sujeito, visto que há uma extrema sensibilidade a qualquer ataque a ele. Essa angústia, segundo Chabert (1993), surge no Rorschach através das cores do luto, sobretudo branco, preto e cinza, sendo significativa a presença de respostas C'. Green (apud CHABERT, 1993) refere-se ao negro como presente na depressão grave, e o branco como presente nos estados de vazio. Nesse sentido, ambas as pacientes apresentaram este indicador em seus protocolos, o que indica a presença de bastante angústia e sentimento de vazio, que são encobertos pelas defesas narcisistas.

Dessa forma, diante do que foi exposto, observa-se que a apresentação de cada uma das pacientes tem suas peculiaridades, porém, fica clara a presença de uma estrutura de personalidade narcisista nas duas pacientes do estudo.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se com este trabalho realizar uma análise dos aspectos psicodinâmicos levantados a partir do psicodiagnóstico, correlacionando-os com a história de vida das pacientes estudadas e com os aspectos mais relevantes relacionados ao envelhecimento.

Analisando a história das pacientes, observou-se que no decorrer da vida elas conseguiram enfrentar dificuldades como perdas precoces de parentes próximos, formaram-se no ensino superior, trabalharam durante algum tempo, relacionaram-se com pessoas da família e do trabalho.

Foi possível observar em ambas as pacientes bons recursos cognitivos, porém pareceu que elas não conseguiram utilizá-los plenamente para o enfrentamento de conflitos mais profundos relacionados com a afetividade e as representações de identidade. Nas duas pacientes, o funcionamento lógico pareceu perder a qualidade na presença de afetos intensos, os quais não conseguiram ser elaborados, aumentando a possibilidade de acting-out e comportamentos auto e hetero agressivos, os quais estão presentes nas suas histórias.

Nenhuma das pacientes procurou serviços de psiquiatria até pelo menos os 40 anos. Talvez, os seus próprios recursos tenham sustentado o enfrentamento das dificuldades até certo momento. No entanto, com o passar dos anos, elas se viram diante de perdas causadas principalmente pelo envelhecimento, que foram trazendo à tona vivências mais precoces de frustrações e abandonos, acentuando assim defesas como idealização e onipotência, as quais refletem um grande investimento libidinal no ego.

Com isso, elas iniciaram um quadro psiquiátrico bastante importante, caracterizado por sintomas depressivos, com tentativas de suicídio e grandes dificuldades nos relacionamentos; assim como apresentaram alguns sintomas psicóticos, indicando uma perda do contato com a realidade. Observa-se que as crises que as pacientes apresentaram vinham sempre após alguma dificuldade específica, como perdas financeiras ou de pessoas próximas.



O processo do envelhecer pode trazer um possível bem estar decorrente do amadurecimento e da acolhida das experiências de vida com seus simbolismos e sentidos de realização, trazendo, principalmente, uma resignificação da existência em seus aspectos positivos e construtivos. No entanto, por outro lado, podem ser recrudescidos e reeditados conflitos e dores profundas não elaboradas. Dessa forma, entram como fatores etiológicos nesses tipos de desencadeamento a história de vida da pessoa, seus recursos de superação e a rede de apoio com a qual a pessoa pode contar ao longo de suas experiências mais traumáticas, assim como na vivência do envelhecimento. E no presente estudo, pode-se observar o quanto a história de vida e os momentos vivenciados pelas duas pacientes foram fundamentais na configuração dos sintomas, de suas carências afetivas e de suas qualidades de vida.

Em nosso contexto sócio-cultural está muito presente uma supervalorização da estética e de padrões de beleza atuais, configurada no discurso de exaltação da juventude e produtividade. A pessoa de mais idade, incapaz de olhar mais criticamente para esses modelos propostos de maneira limitante, tenta de forma maníaca, muitas vezes, buscar meios de se incluir nesses padrões; ou, então, diferentemente, acaba caindo no isolamento e na ausência de projetos de realização.

Embora muitas pessoas não expressam preocupações com os sinais físicos do envelhecer – como observou-se nas mulheres estudadas – pode existir inconscientemente uma sensação de impotência, abandono, desamparo e sentimentos negativos relacionados com a auto-estima.

No aspecto clínico deste trabalho, verificou-se que as pacientes apresentavam sinais e sintomas de Transtorno Depressivo Recorrente, sendo que foram estas dificuldades que as levaram a procurar ajuda psiquiátrica, e este foi o diagnóstico clínico que elas receberam no momento da internação.

Porém, com base na avaliação psicodiagnóstica realizada durante a internação, observou-se que as técnicas projetivas auxiliaram numa compreensão mais integrada dos dados psicodinâmicos relativos às pacientes,

observando-se que os aspectos narcísicos mostraram-se bastante marcados na estrutura de personalidade e no funcionamento das pacientes avaliadas, indicando que este é o quadro de base. Assim, percebeu-se que as perdas decorrentes do envelhecimento tiveram muito impacto nessas pacientes, provavelmente em função da cristalização das defesas narcísicas que funcionavam bem até certo momento, mas não foram capazes de conter as dificuldades e angústias relacionadas com o envelhecimento.

Como contribuição específica, a análise simbólica das respostas do Rorschach permitiu caracterizar muito bem o funcionamento psicodinâmico dos casos avaliados, observando-se os mecanismos de defesas mais presentes, as manifestações psicodinâmicas, a presença maciça de idealizações, as características de verbalizações e a relação com o real.

Diante do que foi discutido, observa-se a importância de considerar o sofrimento causado por este transtorno e a necessidade de oferecer tratamento para pacientes com esse diagnóstico, com objetivo de auxiliar no enfrentamento das dificuldades e possibilitar uma melhor integração do ego; e, assim, contribuir para a descoberta de meios de superação e recursos para uma melhora na qualidade de vida, tanto social como psicológica. Observa-se também o quanto o atendimento psicológico e/ou psicoterapêutico pode promover uma escuta diferenciada e atenta às necessidades de cada paciente e, ao mesmo tempo, constituir-se sempre e renovadamente em espaço para constantes estudos e análises que possam ampliar a compreensão do material psíquico.

## 6. REFERÊNCIAS

ALTMAN, M. O Envelhecimento à luz da Psicanálise. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 44, n. 80, p.193-206, junho 2011.

APA (American Psychiatric Association). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-III**. Porto Alegre: Artes Médicas,1980.

APA (American Psychiatric Association). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-III-TR**. Porto Alegre: Artes Médicas,1987.

APA (American Psychiatric Association). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. Porto Alegre: Artes Médicas,1995.

CHABERT, C. **A psicopatologia no exame de Rorschach**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

FREUD, S. **Sobre o Narcisismo: Uma Introdução**. In: Obras completas de Sigmund Freud. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica: baseado no DSM IV**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

HOLMES, J. **Narcisismo**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KLEIN, M. **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LUSTOSA, M. A. In: REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR, v.10, n.2. 2007, Rio de Janeiro. **Resumos...** Rio de Janeiro. Rev. SBPH, 2007.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.** Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

PASIAN, S. R. **O Psicodiagnóstico de Rorschach em adultos: atlas, normas e reflexões.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

RIOS, I. C. O amor nos tempo de narciso. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 421-426, junho 2008.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual Conciso de Psiquiatria Clínica.** 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

TRAUBENBERG, N. R. **A Prática do Rorschach.** São Paulo: Vetor, 1998.

VILLEMOR-AMARAL, A. E. **As Pirâmides Coloridas de Pfister.** São Paulo: Centro editor de teste e pesquisas em Psicologia, 2005.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

ZIMERMAN, D. E. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.