



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS



**RAFAELA GONÇALVES CARVALHO**

**TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E INDICADORES DO  
MÉTODO DE RORSCHACH: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

RIBEIRÃO PRETO

2018

**CARVALHO, RAFAELA GONÇALVES**

**BIBLIOTECA CENTRAL DA USP RIBEIRÃO PRETO**

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

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

**MONOGRAFIA 2018**

“TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E  
INDICADORES DO MÉTODO DE RORSCHACH: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA”

ALUNA: RAFAELA GONÇALVES CARVALHO  
ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. SONIA REGINA LOUREIRO



# PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS



**RAFAELA GONÇALVES CARVALHO**

## **TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E INDICADORES DO MÉTODO DE RORSCHACH: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP, 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:** Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro

**Supervisora Titular:** Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Carvalho, Rafaela Gonçalves

Transtorno de Personalidade Borderline e Indicadores do Método de Rorschach: Uma Revisão Integrativa / Rafaela Gonçalves Carvalho; orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Regina Loureiro. Ribeirão Preto – 2018.

38 f.

Trabalho de conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

1. Transtorno de Personalidade Borderline, 2. Rorschach, 3. Indicadores do Rorschach

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Transtorno de Personalidade Borderline e Indicadores do Método de Rorschach:  
Uma Revisão Integrativa / Rafaela Gonçalves Carvalho; Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra.  
Sonia Regina Loureiro

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> Sonia Regina Loureiro

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

### Banca Examinadora

Psicólogo: Daniela Perocco Zanatta

Instituição: HCFMRP/USP

Assinatura \_\_\_\_\_

Psicólogo: Bárbara Gea

Instituição: HCFMRP/USP

Assinatura \_\_\_\_\_

## RESUMO

CARVALHO, R.G. **Transtorno de Personalidade Borderline e indicadores do método de Rorschach: uma revisão integrativa.** 2018. 38f Monografia – Programa de Aprimoramento Profissional – Psicologia Saúde Mental – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

O Transtorno de Personalidade Borderline é uma patologia complexa quanto às suas manifestações clínicas e psicodinâmicas, sendo que o método de Rorschach pode auxiliar no acesso às características de personalidade de tais indivíduos. Objetivou-se identificar nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) artigos científicos, publicados entre 1994 e 2017, sobre a avaliação psicodiagnóstica do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), por meio do método de Rorschach. A revisão foi conduzida conforme as etapas recomendadas, tendo por pergunta norteadora: quais os indicadores do método de Rorschach que são característicos do TPB? Utilizaram-se as seguintes palavras chave: Rorschach, Teste Projetivo, Transtorno de Personalidade Borderline, Avaliação Psicodiagnóstica, Avaliação Psicológica e Avaliação Psicodinâmica. Foram identificados e analisados 11 estudos. Procedeu-se a leitura na íntegra e a categorização dos artigos. Como principais achados identificou-se a adoção de uma diversidade de sistemas de interpretação, sendo os participantes das amostras, em sua maioria do sexo feminino, em uma faixa etária do final da adolescência a idade adulta. Em relação aos tipos de delineamentos adotados, verificou-se uma maior ocorrência de estudos qualitativos sob a forma de estudos de caso. No que se refere aos instrumentos utilizados, além do método de Rorschach, foram incluídos testes de inteligência, escala, inventários, entrevistas diagnósticas e outras técnicas projetivas. Quanto aos principais indicadores do Rorschach apontados como característicos do TPB na categoria Adaptação ao Real foram identificadas dificuldades em apreender a realidade, denotando nível de angústia elevado, com prejuízo na organização do pensamento, expresso por tentativas de manter a produção em nível superficial, seguido de perda na qualidade da lógica, com

respostas com conteúdos mal vistos do ponto de vista formal e por dificuldades em responder aos estímulos, com tempo de latência elevado, denegação de respostas, recusa de cartões e excessivas manipulações dos mesmos. Em relação ao Controle de Impulsos foram relatados indicadores de uma elevada carga de impulsividade, com expressão direta dos mesmos no meio, por um aumento considerável do número de respostas em cartões coloridos, associadas a conteúdos agressivos e paranoides. No que diz respeito à Introjeção da Identidade evidenciou-se a forma conflituosa como os relacionamentos interpessoais são vivenciados pela presença de determinantes cor e estompage sem continente forma, pela dificuldade do reconhecimento do humano, e por respostas de conteúdo fundido ou ligado. O estudo contribuiu para um aprofundamento do conhecimento sobre os indicadores clínicos e psicodinâmicos do método de Rorschach, presentes no funcionamento psíquico de pessoas com TPB. Palavras chave: Transtorno de Personalidade Borderline, Rorschach, Indicadores do Rorschach

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Transtorno de Personalidade Borderline: Aspectos Históricos... 1</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Transtorno de Personalidade Borderline: Aspectos Diagnósticos.3</b>	<b>3</b>
<b>1.3. Transtorno de Personalidade Borderline: Prevalência e Epidemiologia .....5</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Transtorno de Personalidade Borderline: Desenvolvimento e curso.....5</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Transtorno de Personalidade Borderline: Etiologia.....6</b>	<b>6</b>
<b>1.6 Transtorno de Personalidade Borderline: Aspectos Psicodinâmicos.....6</b>	<b>6</b>
<b>1.7 Avaliação Psicodiagnóstica.....9</b>	<b>9</b>
<b>1.8 Avaliação Psicodiagnóstica: Método de Rorschach.....10</b>	<b>10</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>12</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>35</b>

## **INTRODUÇÃO**

### **1.1 Transtorno de Personalidade Borderline: Aspectos Históricos**

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) surge como categoria diagnóstica utilizada de modo mais amplo na clínica psiquiátrica e psicanalítica no princípio da década de 50. A noção do termo borderline foi inicialmente cunhada como uma categoria vaga e imprecisa, que dizia respeito a sintomas compreendidos dentro de um amplo espectro compreendendo o neurótico, passando pelos distúrbios de personalidade, até o espectro psicótico (DALGALARRONDO,2008).

A classificação que hoje se configura como transtorno borderline passou por uma evolução terminológica ao longo do tempo. Autores como Kahlbaum e Hecker no século XIX descrevem com detalhes uma síndrome comum em adolescentes que muito se assemelhava com a hebefrenia. No ano de 1980 Kahlbaum cunhou o termo heboidofrenia, descrito por alterações principalmente na esfera das relações sociais e de personalidade, mais especificamente representadas por prejuízos na esfera instintiva, na compreensão das regras morais e dos hábitos culturais, sendo que nos casos mais extremos poderiam surgir também tendências ou evidentes comportamentos delinquentes (DALGALARRONDO; VILELA, 1999).

Nos trabalhos de Eugen Bleuler sobre esquizofrenia também se fizeram presentes contribuições sobre o Transtorno Borderline. Na sua monografia intitulada Demência Precoce, o autor relatou a existência de um grupo de pacientes que, apesar de apresentarem um comportamento social convencional, trariam consigo, de modo subjacente, elementos da esquizofrenia, denominando tais manifestações como “esquizofrenia latente”. Autores como Rorschach (1921) e Zilborg (1941), também reafirmaram a ocorrência de uma forma latente de esquizofrenia, para salientar a existência de formas frustras, quase não identificáveis de esquizofrenia. Foi a partir da metade do século XX é que o termo borderline efetivamente começou a ser usado por Stern ao denominar as chamadas neuroses borderline, em Deutsch denominada Personalidade “como se” e por Knight ao se referir aos Estados Borderline. Nessas denominações a descrição da patologia era a mesma e estava

associada a quadros que envolviam uma personalidade que aparentava adequação superficial nos relacionamentos, mas apresentava um importante distúrbio frente aos relacionamentos interpessoais mais significativos (DALGALARRONDO; VILELA 1999).

A partir de estudos que conseguiram delimitar as características e o curso da patologia, verificou-se que o quadro borderline parecia ser bem diferente de uma esquizofrenia de fato, esta caracterizada por um curso marcado por importantes deteriorações ao longo do tempo, o que foi afastando cada vez mais a síndrome borderline da esquizofrenia (GABBARD, 2016).

Na classificação dos transtornos mentais da CID-9 o termo borderline ainda estava associado a quadros psicóticos como a Esquizofrenia Latente, ou Esquizofrenia borderline, estando incluído nas classificações diagnósticas dos transtornos que apresentavam características de esquizofrenia, porém sem os sintomas clássicos desta patologia (OMS,1976).

O conceito de borderline foi elaborado como entidade nosológica a partir da classificação norte-americana das doenças mentais de 1980, o DSM III (APA, 1980). Nesta classificação, a patologia borderline deixou de ter uma compreensão relativamente vaga de estados intermediários entre neurose-psicose, para ter o estatuto de um distúrbio específico da personalidade, que se caracteriza por afeto, humor, relações objetais e auto-imagem extraordinariamente instáveis (KAPLAN,1997).

A Classificação Internacional de Doenças CID-10, descreveu tal patologia como Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável (F. 60.3) dividido em dois tipos, o tipo impulsivo (F. 60.30) e tipo borderline (F.60.31), sendo que este último se sobrepõe à definição apresentada no DSM-IV. Segundo esta classificação o TPB é caracterizado por uma tendência do indivíduo a agir de modo a não considerar as consequências dos atos, apresentando humor variável, acessos de raiva e incapacidade de controle de comportamentos impulsivos, de modo a criar conflitos em situações sociais associados a esses comportamentos impulsivos (OMS, 1994).

Conforme o DSM IV, o transtorno borderline é considerado como uma das

formas de apresentação do Transtorno Emocionalmente Instável, categoria que reúne alterações de personalidade nas quais há uma tendência a agir impulsivamente sem a consideração das consequências, junto com instabilidade afetiva, sendo que tal característica acaba por provocar a imprevisibilidade do comportamento. Para que o diagnóstico seja fechado o indivíduo necessita preencher cinco ou mais dos critérios listados no manual, caso preencha quatro o diagnóstico é provável, porém não definitivo (APA, 2002).

Atualmente, a versão mais atualizada do manual, DSM-5 (APA, 2013) listou nove critérios, cinco dos quais devem estar presentes para que seja feito o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline, tal como na versão anterior, destacando as seguintes características: 1) Esforços para evitar abandono real ou imaginário 2) Padrão de relacionamentos instáveis e intenso 3) Perturbação na Identidade 4) Impulsividade em pelo menos duas áreas autodestrutivas 5) Recorrência de gestos ou ameaças suicidas e comportamento automutilantes 6) Instabilidade afetiva 7) Sentimentos crônicos de vazio 8) Raiva intensa e inapropriada 9) Ideação paranoide transitória.

## **1.2 Transtorno de Personalidade Borderline: Aspectos Diagnósticos**

O TPB é descrito no DSM-5 por um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem, dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos. Segundo o manual, os transtornos de personalidade estão divididos em três grupos, baseado em suas semelhanças descritivas. O TPB está incluso no Grupo B, dividindo espaço com os transtornos da personalidade antissocial, histriônica e narcisista. Os indivíduos diagnosticados com transtornos do Grupo B costumam apresentar-se de modo dramático, emotivo ou errático (APA, 2013).

Os pacientes diagnosticados com esse transtorno são muito sensíveis às condições ambientais. Fazem grandes esforços na tentativa de evitarem um abandono real ou imaginado. A simples percepção da possibilidade de uma perda ou de um abandono provoca profundas alterações em seus comportamentos. Para eles, o abandono significa desintegração, não existência, pois precisam do outro para se perceber, podendo ser descrito como um sentimento crônico de vazio (APA, 2013). Para sujeitos acometidos a percepção de uma separação ou rejeição iminente, ou a

perda de estrutura externa são fatores que incitam uma profunda desorganização no sujeito, podendo levar a mudanças profundas na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento. Estes vivenciam medos intensos de abandono e expressão de raiva inadequada mesmo diante de uma separação de curto prazo ou quando ocorrem mudanças de planos.

Pacientes diagnosticados com o TPB apresentam um padrão instável e intenso em sua maneira de se relacionar. Podem idealizar companheiros e cuidados nos primeiros contatos e logo em seguida oscilar para um extremo de desvalorização dos mesmos, estas mudanças dramáticas e repentinas na forma de enxergar o outro culminam em desilusão e conflitos intensos com os pares, que podem culminar em ideação paranoide constante. Ocorre também uma perturbação na identidade, que se caracteriza por instabilidade na percepção de si mesmos, com mudanças súbitas na autoimagem expressas por metas, valores e aspirações vocacionais inconstantes (APA, 2013).

A instabilidade afetiva é outro fator característico do TPB, os indivíduos com este transtorno podem apresentar reatividade do humor. O humor disfórico de base desta patologia pode ser alterado por períodos de raiva, pânico ou desespero e é raramente aliviado por períodos de bem-estar ou satisfação. Cabe dizer que estas oscilações de humor estão majoritariamente relacionadas a conflitos nos relacionamentos interpessoais (APA, 2013).

Indivíduos com este transtorno demonstram impulsividade em pelo menos duas áreas significativas na vida, expressas por marcada destrutividade. Podem apostar, gastar dinheiro, abusar de substâncias, envolver-se em sexo desprotegido entre outras coisas. Apresentam com frequência gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento de automutilação, sendo que suicídio ocorre em 8 a 10% dos casos, sendo a ideação suicida e automutilação mais recorrentes (APA, 2013).

Aproximadamente 75% desses pacientes fazem pelo menos uma tentativa de suicídio e estima-se que 10% conseguem concretizar esse ato. A automutilação pode se dar durante experiências dissociativas e frequentemente traz alívio ao indivíduo. Na história de 70 a 75% desses pacientes, existe pelo menos um ato de autoagressão, tornando-se inclusive essa característica um dos critérios diagnósticos para a caracterização do quadro segundo o CID-10 e o DSM– IV (APA, 2013).

### **1.3 Transtorno de Personalidade Borderline: Prevalência e Epidemiologia**

Segundo o DSM-5 a prevalência média do TPB na população é estimada em 1,6%, esta média pode chegar a 5,9%. TPB é diagnosticado em 75% dos casos em mulheres, sendo que esta prevalência diminui em faixas etárias mais altas. A manifestação do transtorno nos homens se apresenta de forma diferente que nas mulheres, na maioria dos casos, os homens têm maior probabilidade de apresentar comorbidades com transtorno de abuso de substâncias e tendem a preencherem critérios para o transtorno de personalidade anti-social (GABBARD, 2016). Clinicamente, o TPB costuma apresentar comorbidades com os Transtornos do Eixo I, transtornos de humor, abuso de substâncias e transtornos alimentares (APA, 2013).

### **1.4 Transtorno de Personalidade Borderline: Desenvolvimento e curso**

De acordo com o DSM- 5 o curso do TPB é variável. O padrão mais comum é o de instabilidade crônica no início da vida adulta, com episódios graves de descontrole afetivo e impulsivo. O prejuízo decorrente do transtorno e o risco de suicídio são maiores entre os adultos jovens e desaparecem gradualmente com o avançar da idade. Dos 30 aos 50 anos, a maioria dos indivíduos com o transtorno alcança estabilidade maior no seus relacionamentos e funcionamento profissional (APA, 2013).

A tendência para a vivência de emoções intensas, impulsividade e intensidade nos relacionamentos é alta e provável que perdure a vida toda, apesar disso, pode-se dizer que indivíduos que se envolvem em diversos tipos de terapias costumam apresentar melhoras dentro do primeiro ano de tratamento. Estudos que acompanham indivíduos em tratamento indicam que após 10 anos, até a metade deles já não apresenta um padrão de comportamento que feche critérios para o diagnóstico de TPB (APA, 2013).

Dadas as características clínicas e critérios diagnósticos do TPB, se faz também importante para uma descrição mais completa a respeito da patologia a atenção a etiologia e aos aspectos psicodinâmicos.

### **1.5 Transtorno de Personalidade Borderline: Etiologia**

Pastore e Lisboa (2014), consideram que para uma melhor compreensão dos aspectos relacionados a etiologia do TBP, deve-se considerar fatores como: a genética, experiências de separação e perda, abuso infantil e ambiente familiar

conturbado e caótico. Os autores ainda apontam as perdas na infância como um componente importante na determinação do TPB, sendo que de 20% a 40% dos pacientes com o diagnóstico experimentaram separação traumática de pelo menos um dos pais.

O abuso sexual infantil também tem aparecido com um dos aspectos a serem considerados na etiologia do TPB. Alguns estudos já identificaram que 81% dos indivíduos diagnosticados com o transtorno de personalidade sofreram abuso sexual na infância. O percentual alto demonstra a importância de se observar este aspecto durante uma avaliação psicológica para diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (PASTORE; LISBOA, 2014)

No que diz respeito ao ambiente familiar conturbado, Stern, considera que a precária constituição narcísica desses sujeitos é o fator etiológico fundamental para a instalação do quadro. Tal insuficiência dos investimentos libidinais no próprio eu conduzem a uma postura de extrema dependência e de necessidade de proteção. Isso manifesta-se não apenas em demandas concretas de cuidado e de atenção, mas, sobretudo, na exigência constante de que o outro o reassegure quanto à estabilidade de sua própria auto-imagem (STERN, 1938).

### **1.6 Transtorno de Personalidade Borderline: Aspectos Psicodinâmicos**

Para uma melhor compreensão dos aspectos psicodinâmicos do TPB, torna-se relevante uma caracterização do funcionamento desses indivíduos quanto a sua identidade, pensamento, afetividade, mecanismos de defesa e a forma de relacionamento interpessoal, a fim de descrever a personalidade dos mesmos quanto aos aspectos funcional e estrutural.

As primeiras descrições psicodinâmicas a respeito do TPB diziam que estes pacientes pareciam ocupar um continuum que ia da fronteira psicótica até a fronteira neurótica, entre esses dois extremos, podem ser encontrados um grupo de pacientes com afetos predominantemente negativos e com dificuldade de manter relações interpessoais estáveis; e um outro grupo caracterizado por uma falta generalizada de identidade, resultando em uma necessidade de tomar a identidade de outros; sendo denominadores comuns aos dois a raiva como principal ou único afeto, os déficits nas relações interpessoais, a ausência de identidade consistente do self e a depressão difusa (GABBARD, 2016).

A respeito da patogênese do TPB, alguns autores a relacionaram ao envolvimento excessivo de figuras maternas que estavam em conflito em relação a permitir que a criança se separasse, levando a ansiedades com respeito à separação e ao abandono. Outros focaram mais um modelo de déficit ou de insuficiência e sugeriram que a maternagem não confiável fazia os pacientes borderline terem dificuldades para desenvolver uma introjeção tranquilizadora e acolhedora que os sustentassem durante os períodos de ausência (GABBARD, 2016).

Pereira (1999) afirma que Otto Kernberg foi um dos teóricos mais importantes nos estudos do TPB, sobretudo por sua noção de “organização borderline da personalidade”. Em seu famoso artigo de 1976 também descreveu a organização borderline da personalidade como uma estrutura psicopatológica específica, situada na região fronteira entre a neurose e a psicose. Segundo esse autor, o termo borderline deveria ser reservado para indivíduos que apresentavam uma organização crônica do caráter, a qual não seria nem psicótica, nem neurótica e seria caracterizada por uma constelação sintomatológica típica, por uma conformação específica de operações defensivas do ego, por uma patologia típica das relações de objeto internalizadas e por achados genético-dinâmicos característicos.

Stern (1938) discorre a respeito da extrema dificuldade de tratar com paciente com TPB efetivamente através dos procedimentos psicanalíticos habituais. Assim, desde os seus primórdios, a categoria borderline apresenta-se como um desafio clínico para a psicanálise.

No que diz respeito aos vínculos Jordão e Ramires (2010) ressalta que os pais exercem um papel essencial na saúde mental e/ou no desenvolvimento de psicopatologias no decorrer da infância e da adolescência, sendo que relações saudáveis do ponto de vista emocional funcionam como fatores de proteção. A qualidade das relações interpessoais e suas representações afetivas desempenham, portanto, um papel essencial na determinação de vulnerabilidades a psicopatologias e na promoção de resiliência e ajustamento psicossocial. Em contrapartida, vínculos inseguros, desorganizados e indiscriminados mostram-se relacionados ao sofrimento psíquico dos adolescentes, expondo-os a situações de vulnerabilidade emocional e afetiva. Dentre essas situações, situa-se o adolescente *borderline*, acentuadamente atuador, com fragilidades significativas nas representações de si (identidade) e dos

outros. Trata-se de um funcionamento psicodinâmico em que predominam angústias primitivas e desestruturantes, intolerância à ansiedade e às frustrações, com temor de perda do objeto e intensos sentimentos de raiva.

Quanto a definição dos critérios para organização borderline da personalidade Gabbard (2016), traz os achados de Kernberg, sobre o tema. O autor afirma serem critérios determinantes do TPB: as manifestações inespecíficas de fragilidade do ego, mudança ou regressão ao pensamento primário, operações defensivas específicas (cisão, idealização primitiva, identificação projetiva, negação, onipotência e desvalorização) e relações objetais internalizadas patológicas. O autor descreveu que manifestações inespecíficas de fragilidade do ego são expressas pelo paciente borderline pela incapacidade de aglutinar forças do ego para realizar funções como o retardamento da descarga e impulsos e a modulação de afetos, em função das fragilidades inerentes inespecíficas. De forma semelhante, eles têm dificuldade para sublimar impulsos poderosos e utilizar sua consciência para orientar o comportamento. No que diz respeito a Operações defensivas específicas a primeira dessas defesas foi a cisão, a qual Kernberg viu como processo ativo de separação de introjeções e afetos contraditórios entre si. As operações de cisão na pessoa com TPB manifestam-se conforme uma expressão alternante de atitudes e comportamentos contraditórios, com a qual o paciente não se preocupa e nega, uma compartimentalização de todas as pessoas do ambiente do paciente em grupos de “totalmente boas” e totalmente más” e em visões e imagens contraditórias de si mesmo coexistentes que se alternam de uma hora para outra. Como resultado da cisão, a pessoa com organização borderline da personalidade não vê os outros como possuidores de um misto de qualidades negativas e positivas. Esses indivíduos não conseguem integrar os aspectos libidinais e agressivos dos outros, o que inibe sua capacidade de reconhecer verdadeiramente as experiências internas de outras pessoas.

Tendo em vista a complexidade clínica e psicodinâmica do TPB, a avaliação psicodiagnóstica pode ser relevante para a compreensão do transtorno.

### **1.7 Avaliação Psicodiagnóstica**

As raízes da avaliação psicológica abrangeram uma fase que vai do final do século XIX ao início do século XX, época que marcou a inauguração do uso de

testes psicológicos. Atualmente a testagem ainda constitui um passo importante do processo de avaliação, porém é considerada apenas um dos recursos possíveis. Cunha (2000) descreve a avaliação psicológica como um processo de coleta de dados, utilizando-se para isso instrumentos e técnicas, que tem como objetivo descrever e classificar comportamentos. Busca-se, desta forma, maior conhecimento do indivíduo ou do grupo de indivíduos, fornecendo, assim, subsídios para planejar intervenções e ações terapêuticas, quando necessário.

O psicodiagnóstico é um processo que envolve o levantamento prévio de hipóteses que serão confirmadas ou não ao longo da avaliação, e em vista disso é considerado científico. Além disso, o psicodiagnóstico pode ter um ou vários objetivos que dependerão das razões do encaminhamento. O avaliador utilizará de várias técnicas tanto para poder identificar aspectos psicodinâmicos do indivíduo e realizar descrições a respeito de um ponto específico quanto para solucionar dúvidas de diagnóstico e prognóstico do paciente avaliado (CUNHA, 2000).

A avaliação psicológica é também um procedimento clínico que envolve princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação tanto da personalidade como de outras funções cognitivas, tais como: entrevista e observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos de investigação clínica, como jogos, desenhos, o contar histórias, o brincar, entre outros. A escolha das estratégias e dos instrumentos empregados é feita sempre de acordo com o referencial teórico, o objetivo que pode ser clínico, profissional, educacional, forense entre outros. Como também tendo por base a finalidade que pode ser relacionada ao diagnóstico, indicação de tratamento e/ou prevenção, conforme Ocampo et al. (2005), e Trinca (1984).

Para realizar uma avaliação psicodiagnóstica é importante conhecer a história do paciente que será avaliado, procedimento este que será realizado por meio de entrevistas clínicas e consultas ao prontuário do mesmo. Esse recurso permitirá que o profissional tenha informações a respeito do paciente que sirvam de aporte introdutório para apoiar o processo como um todo (CUNHA, 2000).

A avaliação psicodiagnóstica, portanto, pretende realizar uma integração entre os aspectos da história do indivíduo com os indicadores psicodinâmicos identificados nas técnicas de avaliação psicológica utilizadas. Nesse contexto,

podem ser utilizadas técnicas projetivas, que se utilizam da apresentação ao sujeito de estímulos pouco ou nada estruturados, esperando com isso mobilizar a maneira particular de cada um ver, sentir e interpretar a situação, o que se acredita evidenciar a fantasia interior (ALVES, 1998). As técnicas projetivas permitem ainda apreender as articulações psíquicas e as possibilidades de mudança, do funcionamento psíquico do sujeito avaliado em uma perspectiva dinâmica. Essas técnicas podem propiciar contato com as fantasias inconsciente, portando-se como um espaço transicional entre o mundo interno e mundo externo do sujeito (CHABERT, 2004).

De acordo com Trinca (1998), durante muito tempo considerou-se que o método projetivo de avaliação psicológica não seria instrumental adequado aos requisitos científicos, sendo alvo de críticas. No entanto, percebeu-se posteriormente que este material recobre estruturas muito precisas, de natureza afetiva e fantasmática. O mesmo autor afirma que as técnicas projetivas não dispensam os critérios formais e as exigências metodológicas de se fazer ciência, no entanto, não permanecem aprisionadas a fórmulas e a regras proibitivas de sua expansão. Uma discussão bastante presente na área da Avaliação Psicológica no Brasil, mas também em termos internacionais, diz respeito às qualidades psicométricas dos métodos projetivos, sobretudo relacionadas a suas evidências técnico-científicas de validade, fidedignidade e referenciais normativos. Uma das técnicas projetivas mais reconhecidas no cenário da avaliação psicológica e que permite esse acesso ao mundo de fantasias dos indivíduos é o Psicodiagnóstico de Rorschach.

### **1.8 Avaliação Psicodiagnóstica: O Método de Rorschach**

O método Rorschach conquistou importante prestígio entre os profissionais do campo da psicologia, como também de outras áreas que utilizam seus resultados para diversas finalidades, como acontece nos meios forenses, por exemplo, (AMARAL; WERLANG, 2008). Tendo como base as teorizações de Rorschach, Pasion (2010) coloca que o método se baseia na interpretação de formas fortuitas e a interpretação das mesmas se dá por meio das funções de percepção e compreensão. A originalidade de Rorschach se deu pelo fato de que, diferentemente dos demais pesquisadores de sua época, que se detinham no conteúdo das respostas dos indivíduos buscando avaliar, em especial, a imaginação dos mesmos,

ele desenvolveu um sistema de classificação da estrutura das respostas às manchas de tinta, considerando que os elementos estruturais das respostas se relacionavam com características da personalidade. Compreendeu que a interpretação das manchas de tinta não estava relacionada simplesmente com a imaginação, mas permitia a avaliação dos processos perceptivos, intelectuais e afetivos, enquanto fenômenos psíquicos inter-relacionados.

O Psicodiagnóstico de Rorschach é um método de avaliação psicológica que consiste da apresentação de dez cartões com borrões de tinta, constituindo um estímulo não estruturado, é então solicitado ao sujeito realizar associações perceptivas a respeito desse cartão. As respostas dadas são cotadas de acordo com a localização, determinante e conteúdo, respeitando um sistema interpretativo e de codificação (PASIAN, 2000).

A situação proposta pelo Método de Rorschach permite a livre associação por parte do indivíduo avaliado, dada a ausência de referentes externos. Na situação de aplicação desse instrumento de avaliação psicológica, o indivíduo se depara com manchas de tinta que, por sua vez, são ambíguas. Essa situação usualmente relaxa as defesas do examinando, permitindo o surgimento de elementos inconscientes. Ao mesmo tempo, há forças defensivas presentes durante o processo de associação das respostas, que aparecem em função do nível de tolerância a ansiedade para lidar com o material reprimido (NASCIMENTO, 2010).

O Método de Rorschach auxilia no acesso a características de personalidade conscientes e observáveis, mas também revela aspectos reprimidos e inconscientes, possibilitando, dessa forma, uma melhor compreensão acerca da estrutura e da dinâmica de personalidade dos indivíduos. Permite uma estimativa dinâmica dos recursos atuais e latentes do sujeito, assim como de seus pontos vulneráveis, sendo que sobre essa compreensão global poderão se apoiar um aconselhamento psicológico, uma indicação terapêutica e um prognóstico evolutivo (CHABERT, 2004).

## **1. Justificativa**

Considerando que o TPB se constitui em um quadro clínico complexo quanto

a suas manifestações clínicas e psicodinâmicas, requerendo a identificação de características típicas que sustentem tal diagnóstico, justifica-se a proposição de uma revisão da literatura integrativa que abranja artigos empíricos que abordem a avaliação das características de personalidade de pacientes com TPB, por meio do método de Rorschach.

A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, apresenta também abordagem metodológica mais ampla referente às revisões, sendo possível a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para que seja possível uma compreensão completa do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

## **2. OBJETIVO**

Identificar nas bases de dados no SciELO e PePSIC artigos científicos, publicados entre 1994 e 2017 sobre a avaliação psicodiagnóstica do Transtorno de Personalidade Borderline, por meio do método de Rorschach.

## **3. MÉTODO**

As etapas que conduziram esta revisão integrativa sobre os indicadores do método do Rorschach apresentados em paciente com TPB foram as propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010) a saber: elaboração de uma pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados nos artigos selecionados, análise crítica dos estudos incluídos e discussão dos resultados.

A formulação do problema contemplou a elaboração de uma pergunta norteadora centrada em uma questão específica, relativa aos indicadores técnicos que na avaliação por meio de método de Rorschach são apontados como característicos do Transtorno de Personalidade. Formulou-se tal questão do seguinte modo: Quais os indicadores do método de Rorschach que são característicos do TPB?

Na segunda etapa relativa à busca na literatura dos dados relativos ao tema procedeu-se a pesquisa nas bases de dados indexadas: *Scientific Electronic Library*

*Online* (SciELO) e *Periódicos Eletrônicos em Psicologia* (PePSIC), utilizando-se as palavras chave: Rorschach/ Transtorno de Personalidade Borderline/, Testes Projetivos/ Avaliação Psicodiagnóstica/ Avaliação Psicodinâmica/ Teste Projetivo; Rorschach/ Borderline; Avaliação Psicológica/ Avaliação Psicodinâmica; Testes Projetivos; Rorschach/ Transtorno de Personalidade Borderline; Rorschach/ Avaliação Psicológica; Rorschach. Procedeu-se a identificação dos artigos publicados a partir de 1994, ano de Publicação do Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais quarta edição DSM IV (APA, 1994).

O levantamento bibliográfico no SciELO e PePSIC totalizou, respectivamente 136 e 43 artigos. A primeira seleção dos trabalhos foi feita a partir da leitura dos títulos e resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica, os quais se relacionavam com o objetivo da pesquisa. Nessa etapa, foram selecionados 32 artigos no SciELO e 10 no PePSIC.

Dos 42 artigos identificados ao início 31 artigos foram excluídos pelos motivos destacados a seguir: a) 26 não tinham em sua amostra sujeitos com TPB, b) dois não utilizaram o Rorschach como instrumento de avaliação e não incluiu sujeitos com TPB, c) três tratavam de descrições psicodinâmicas a respeito das repercussões clínicas e psicológicas do Transtorno de Personalidade Borderline. Procedeu-se ainda a verificação das referências bibliográficas dos 11 artigos selecionados. Portanto, a amostra final foi constituída por 11 estudos os quais foram lidos na íntegra e categorizados, e codificados com uma sequência alfanumérica (A1, A2, A3 e assim sucessivamente), com o objetivo de facilitar a identificação dos estudos. Para a categorização os artigos foram codificados e alocados em tabelas que privilegiaram: as características sociodemográficas das amostras, metodologias utilizadas, os principais temas abordados e os indicadores do método de Rorschach destacados como característicos do TPB.

De modo a nortear a elaboração de categorias e a interpretação dos indicadores característicos do TPB identificados por meio do método de Rorschach, procedeu-se a leitura e sistematização dos indicadores dos aspectos clínicos e psicodinâmicos do TPB relatados na literatura especializada. Após a leitura e categorização dos estudos identificados procedeu-se a análise crítica dos mesmos e a discussão dos resultados de modo a identificar as principais contribuições

extraídas para a prática clínica e para fomentar novos estudos a respeito da temática.

#### 4. Resultados e Discussão

Para realizar esta revisão integrativa foram selecionados 11 artigos que serão a seguir analisados em relação: a características gerais das amostras, metodologia utilizada nos estudos, instrumentos utilizados além do método de Rorschach e a análise dos principais resultados quanto aos indicadores característicos do TPB identificados por meio do método do Rorschach.

Os artigos analisados foram ordenados considerando a ordem temporal do mais recente ao mais antigo, os quais serão nomeados de acordo com os códigos de A1 a A11.

No Tabela1 são apresentadas as especificações dos artigos incluídos quanto a autores, título e ano na ordem do mais atual para o mais antigo.

**Tabela 1: Códigos atribuídos aos estudos analisados e especificações das autorias, títulos e datas de publicação (n=11).**

Código do Estudo	Autor/ Título	Ano
A1	AMADO, L; AMADO, B. T. Avaliação dos Efeitos Terapêuticos da Psicoterapia Psicanalítica através do Teste do Rorschach	2015
A2	COSTA, M; MOTA, C. P; MILHEIRO, C. Abordagem psicodinâmica em um estudo de caso sobre transtorno de personalidade borderline	2013

(Continua)

**(Conclusão) Tabela 1: Códigos atribuídos aos estudos analisados e especificações das autorias, títulos e datas de publicação (n=11).**

Código do Estudo	Autor/ Título	Ano
A3	YAZIGI, L; AMARO, T.C; FIORI, M.L.M; SEMER, N.L Rorschach Sistema Compreensivo na Avaliação de Psicoterapia Psicodinâmica	2010
A4	JORDÃO, A. B; RAMIRES, V.R.R. Vínculos afetivos de adolescentes borderline e seus pais	2010
A5	KIKUCHI, K Verification of Rorschach Indicators of Sexual Abuse	2010
A6	TEIXEIRA, V; MARQUES, M.E. O buraco negro na patologia limite: Um contributo da/para a técnica Rorschach	2009
A7	VIEGAS, J. C; MARQUES, M. E. O Rorschach e o agir na patologia borderline: A alucinação negativa e a simbolização	2009
A8	ONETO, M.M; MARQUES, M. E; PINHEIRO, C.B. A natureza e especificidade do espaço mental através do Rorschach. Um espaço potencial? - Análise de um protocolo de um paciente limite	2009
A9	GODINHO, M. Q; MARQUES, M. E; PINHEIRO, C. Bray. A expressão no Rorschach dos fenómenos transitivos e do espaço potencial na personalidade borderline	2009
A10	ANTÚNEZ, A. E.A; SANTOANTONIO, J. Análise fenómeno-estrutural e o estudo de casos	2008
A11	SEMER, N.L; YAZIGI, L; FIORI, M.L.M; SILIVA, J.F.R; BIANCO, S.M; GAZIRE, P. Psychic changes: the Rorschach, the psychoanalytical process and the analyst- analysand relationship	2008

Os artigos selecionados para esta revisão foram publicados dentre os anos de 2008 a 2015, sendo produtos predominantemente de estudos de dois grupos de pesquisa, um procedente da Universidade Federal de São Paulo e outro do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida de Lisboa.

A tabela a seguir mostra os sistemas de classificações das respostas ao método de Rorschach nos 11 artigos analisados nesta revisão integrativa.

**Tabela 2. Sistemas Adotados nas classificações das respostas ao Método de Rorschach nos estudos analisados (n=11)**

Tipo de Apresentação dos dados do Rorschach relacionado apenas com o TPB	Códigos dos Artigos
Sistema Francês	A6, A5,A7,A8
Sistema Compreensivo	A1,A3,A11
Sem especificação de sistema, atribuição de Significado Simbólico às respostas específicas	A2, A4, A9 e A10

Em relação aos sistemas adotados observou-se que quatro utilizaram o Sistema Francês, quatro não especificaram os sistemas adotados atribuindo significado simbólico às respostas e três fizeram uso no Sistema Compreensivo para classificação das respostas ao método Rorschach.

Na sequência serão analisados os 11 artigos selecionados com relação às seguintes características: aspectos sociodemográficos das amostras, tipos de delineamentos e instrumentos utilizados.

Os artigos selecionados como objeto da presente revisão integrativa foram categorizados em relação aos aspectos sociodemográficos das amostras, sendo eles: Faixa Etária, Sexo, Escolaridade, Profissional e Classe Social. Na Tabela 3 são apresentados os indicadores relativos às características sociodemográficas das amostras estudadas.

**Tabelas 3: Aspectos Sociodemográficos das amostras incluídas nos estudos analisados n=11**

Código do Estudo	Número de Participantes	Faixa Etária (Anos)	Sexo	Escolaridade	Exercício Profissional	Classe Social
A1	8	22 a 45	Ambos os sexos	NF	NF	Média Alta
A2	1	22	Feminino	Sup. Incomp	Ativa - função não especificada	NF

(Continua)

**(Conclusão) Tabelas 3: Aspectos Sociodemográficos das amostras incluídas nos estudos analisados n=11**

Código do Estudo	Número de Participantes	Faixa Etária (Anos)	Sexo	Escolaridade	Exercício Profissional	Classe Social
A3	68	Média- 39	Ambos os sexos	48,5%≥ 12 anos 32,4%< 9 a 11 anos	35,5% desempregados 16,2% inativos 41,2%ativos/donas de casa 7,3% estudantes	51,5% classe média baixa 25% classe média 23,5% classe baixa
A4	3	16 / 17	Ambos os sexos	NF	NF	NF
A5	156	NF	Feminino	NF	NF	NF
A6	1	52	Masculino	NF	NF	NF
A7	4	21 a 45	Ambos os sexos	NF	NF	NF
A8	1	26	Feminino	NF	Desempregada	NF
A9	1	NF	Feminino	NF	NF	NF
A10	1	23	Feminino	Sup. Incomp	NF	NF
A11	4	Jovens sem especificação	Feminino	NF	NF	NF

Código NF: Não informado

Dentre os 11 artigos empíricos analisados, três não especificaram as idades, porém infere-se a partir das descrições dos participantes envolvidos no estudo que diz respeito a adultos. Os outros 8 artigos identificaram a idade de seus participantes, referindo uma variação de 16 a 52 anos, o que mostra uma faixa etária localizada do final da adolescência a idade adulta. A idade predominante dos participantes envolvidos no estudo é a idade adulta, considerada como a mais crítica em relação à apresentação sintomática característica do TPB. Sabe-se que o padrão mais comum de instabilidade crônica do TPB se manifesta no início da idade adulta

(APA, 2013).

Em relação ao sexo, seis estudos foram conduzidos apenas com mulheres; quatro estudos descreveram terem incluído homens e mulheres como participantes das pesquisas e um dos estudos foi conduzido apenas com homens. Na maioria dos estudos analisados as amostras incluíram mulheres dentre seus participantes, o que possivelmente, guarda relação com a prevalência relatada na literatura, a qual afirma que o TPB é diagnosticado predominantemente, cerca de 75%, em indivíduos do sexo feminino (APA, 2013).

A respeito da formação escolar dois estudos referiram que os participantes possuíam Ensino Superior Incompleto, um estudo apresentou a média de anos de estudo dos participantes que variou de 9 a 12 anos em média (Ensino Fundamental e Médio); os outros oito estudos não especificaram a escolaridade dos participantes incluídos. Quanto ao exercício profissional, somente em um estudo foi referido que a participante estava ativa no momento da coleta de dados, outro estudo descreveu as atividades dos participantes em Desempregados, Inativos, Ativo, Dona de Casa e Estudante, sendo que a maioria da amostra formada por Desempregados, um estudo possuía participante que estava desempregada no momento da coleta e oito estudos não especificaram se seus participantes exerciam alguma função remunerada.

Em relação a classe social, um estudo descreveu a classe social de seus participantes em Classe Média Baixa, Classe Média e Classe Baixa, sendo a maioria das amostras contaram com sujeitos que pertenciam a Classe Média Baixa, um estudo descreveu sua única participante como pertencente à Classe Média Alta e nove estudos não informaram a classe social dos seus participantes. Os dados relativos à escolaridade, exercício profissional e classe social foram diversos nos estudos analisados não tendo sido objeto de análise por parte dos autores.

A análise dos 11 estudos da amostra priorizou os Tipos de Delineamentos utilizados nos estudos como também, os instrumentos de entrevista e avaliação psicológica escolhidos. A tabela 4 a seguir apresenta a organização destes dados.

**Tabela 4: Tipos de Delineamentos e Instrumentos utilizados nos estudos analisados n=11**

Código do Estudo	Tipos de Delineamentos	Instrumentos utilizados
A1	Estudos de Caso comparativos- antes a após a psicoterapia	Rorschach
A2	Estudo de Caso- características de personalidade ao longo da psicoterapia	Rorschach; Escala Symptom Checklist - SCL-90; Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - versão revista
A3	Comparações características de Personalidade- antes e após a psicoterapia	Rorschach; Entrevista DSM (SCID I/ SCID II)
A4	Estudos de casos- dos núcleos familiares	Rorschach; Entrevista, Teste do Desenho da Família, Inventário de Vínculos Parentais
A5	Comparações entre grupos-transtorno psiquiátricos mais abuso sexual.	Rorschach
A6	Estudo de caso	Rorschach
A7	Estudo de caso	Rorschach
A8	Estudo de Caso	Rorschach
A9	Estudo de Caso	Rorschach
A10	Estudo de Caso	Rorschach; Teste de Apercepção Temática – TAT; Escala de Inteligência Wechsler – WAIS-III
A11	Estudos de caso- antes e após psicoterapia	Rorschach

Conforme demonstrado na tabela acima, com relação aos tipos de

delineamento utilizado nos estudos, identificou-se que nove artigos adotaram metodologia qualitativa sob a forma de estudos de caso; e os outros dois estudos adotaram uma abordagem metodológica quantitativa própria de estudos comparativos. No conjunto dos estudos tem-se como perspectivas de análise de dados sete estudos de caracterização, três estudos que avaliou o resultado da psicoterapia e um estudo de comparação.

Com relação aos instrumentos utilizados nos estudos, além do Rorschach outras técnicas foram adotadas, sendo estas: Entrevista estruturada do DSM (SCID I e SCID II), Escala Symptom Checklist - SCL-90 (Derogatis, 1994); Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - versão revista (Wechsler, 1981), Teste do Desenho da Família, Inventário de Vínculos Parentais, Teste de Apercepção Temática – TAT. Em sete estudos foi utilizado apenas o Rorschach, em um artigo foi utilizada entrevista em conjunto ao Rorschach, em um artigo foi utilizada outra técnica projetiva (TAT) associada a um teste cognitivo, um artigo utilizou uma escala de sintomas e teste cognitivo, um artigo utilizou entrevista, desenho da família e inventário de vínculos parentais

De modo a apresentar os indicadores do Rorschach relativos ao TPB procedeu-se a classificação dos resultados apresentados nos estudos considerando-se três categorias típicas do transtorno, segundo Gabbard (2016) a saber: Dificuldade de percepção e adequação ao real, Falta de Controle de Impulsos, constituindo as duas primeiras categorias. E como terceira categoria optou-se por analisar os prejuízos referentes a internalização do humano, expressos principalmente nas relações interpessoais, sendo esta categoria nomeada Introjeção da Identidade.

Na tabela 5 são apresentadas as análises das respostas do Rorschach dos 11 artigos analisados, considerando as categorizações relativas às Manifestações inespecíficas de fragilidade do ego, dando ênfase as Dificuldades de percepção e adequação ao real.

**Tabela 5. Indicadores psicodinâmicos presentes nos protocolos do Rorschach relativos dificuldades de percepção e adequação ao real (n=11)**

<b>Código do Estudo</b>	<b>Dificuldades de percepção e adequação ao real</b>
A1	Início da psicoterapia: Respostas de Movimento Inanimado, cor acromática difusa, poucas respostas forma - indicadores de imprecisão formal Final da psicoterapia: Indicadores de imprecisão diminuíram, mas permaneceu o pensamento mágico e onipotente
A2	Caracterização: capacidade limitada de ancoramento no real, presença de Mecanismos de isolamento, com discriminação mínima do real e do imaginário, Rigidez dos mecanismos de defesa, com priorização da realidade exterior do objeto
A3	Início da Psicoterapia: Informa que o perfil clínico é característico do TPB Final da psicoterapia: Aumento das respostas de controle racional ( <i>F puro</i> ), presença de movimento ativo como indicador de flexibilidade do pensamento, percepção da realidade sob perspectivas diferentes, Maior abertura à experiência e maior participação dos aspectos ideativos e afetivos
A4	Caracterização: Representações objetais precárias e pouco integradas- indicadores de imprecisão formal de percepções superficiais
A5	Estudo de comparação: Grupo de mulheres que sofreram abuso sexual maior pontuação em respostas cor de baixa qualidade ( $FC < \text{ou igual } CF + C$ ) em comparação ao grupo controle, vivências impulsivas se sobrepõem ao controle racional
A6	Caracterização: Predomínio da simetria sobre a assimetria- indicando, superficialidade ( <i>G sincréticos contaminados ou confabulados</i> ), Respostas objetos bizarros- indicador movimento regressivo, aproximação com objeto traumático ( <i>F-, K-, kan-</i> ), Abstrações conteúdos mortos- caracterizando deterioração- indicador de vivências desorganizadoras, Fracasso na capacidade de responder, indicador de dificuldade de elaboração ( <i>Recusa, denegação</i> )
A7	Caracterização: Respostas objetos bizarros, parciais e sem sentido- indicador de desorganização da atividade mental ( <i>F-</i> ), Conteúdo Catastrófico- indicador de dimensões de natureza destrutiva, ameaçadora e persecutória, Incômodos relacionados ao estímulo- indicador tentativa de controle formal e dificuldade de simbolização ( <i>Recusa, verbalizações de desconforto e dificuldade</i> )

(Continua)

**(Conclusão) Tabela 5. Indicadores psicodinâmicos presentes nos protocolos do Rorschach relativos dificuldades de percepção e adequação ao real (n=11)**

Código do Estudo	Dificuldade de percepção e adequação ao Real
A8	<p>Caracterização: Respostas impressionistas associadas a forma mal vista- indicador tentativa de controle racional (<i>G vagas</i>), Omissão de detalhes que são frequentemente vistos (<i>D, Dd</i>)- indicador de invasão lógica e pouca capacidade elaborativa, Determinantes Forma predominantes- indicador de esforço de controle racional, Perseveração ao longo de vários cartões e Conteúdos parciais sem profundidade, sem espessura, lisos e desvitalizados- indicadores de angústia que invade o pensamento (<i>Ad e E</i>), Objetos Absurdos, bizarros ou inexistentes e Oscilação entre duas ou mais imagens na mesma posição- indicadores de invasão do pensamento, Manifestações de dificuldade de realização da tarefa com pedidos de ajuda ao psicólogo- indicador de invasão do afeto sobre a razão;</p> <p>Forma de produção: Tendência à contaminação, Recusas, Tempo de latência elevado e excessiva manipulação dos cartões- indicadores de esforço racional e de ansiedade frente a prova</p>
A9	<p>Caracterização: Apreensão global da realidade- indicador tentativa de adaptação à realidade (<i>G adaptado</i>), Conteúdos Parciais- indicadores da dificuldade adaptação ao real e integração da percepção, Respostas de conteúdo ameaçador e terrorífico- indicadores da invasão do objeto traumático, Baixa porcentagem de Respostas Forma de boa qualidade- indicador da dificuldade de apreensão da realidade externa</p>
A10	<p>Caracterização: Conteúdo mórbidos, objeto em decomposição- indicador da desvitalização e dificuldade em perceber aspectos do real, Ênfase em Respostas simetria- indicador de busca intensa de controle racional, intensa manipulação do cartão e comentários em relação a prova- indicadores de esforço racional frente a ansiedade mobilizada pela prova</p> <p>Início da Psicoterapia: Respostas fragmentadas, frágeis, desintegradas, conteúdos anatômicos- indicador de angústia e desvitalização</p>
A11	<p>Final da psicoterapia ocorre uma evolução na noção de self e representação de objeto- indicador de menor vulnerabilidade, Alteração na percepção de partes fragmentadas para visão do inteiro - indicador de melhor aproveitamento dos recursos do pensamento</p>

A análise dos indicadores do Rorschach nos estudos de caracterização para a categoria Dificuldade de percepção e adequação ao real, demonstrou a presença de respostas com localizações generalistas, que indicam adaptação à realidade, porém de forma superficial. Os sujeitos dos estudos tenderam a manter a organização formal e a lógica num primeiro momento, porém ao longo da prova apresentaram indicadores de perda do controle lógico. Na análise dos determinantes, verificou-se a ocorrência de respostas forma, movimento e estompagem em apresentações imprecisas, sendo seus conteúdos relacionados a respostas anatômicas, deterioradas e bizarras. Em relação a forma de produção foi verificado a presença de elevado nível de ansiedade frente à prova, culminando em tempo de latência elevado, excessiva manipulação dos cartões, tendência a contaminação e recusa. Indicadores estes que denotam as dificuldades mobilizadas e o esforço racional em vencê-las

Nos estudos que avaliaram os efeitos da psicoterapia foram verificados melhoria na adaptação ao real, com a presença no segundo momento de respostas mais integradas e modos de apreensão mais detalhistas, sugerindo a possibilidade de uma análise mais específica dos estímulos apresentados. Os indicadores sugeriram que a psicoterapia aumentou a capacidade dos indivíduos de tolerarem a ansiedade mobilizada frente a prova e deste modo foi possível atingir melhor desempenho, expressos pela ocorrência de mais respostas bem vistas e menos superficiais.

No único estudo de comparação, foi verificado a ocorrência de respostas cor de baixa qualidade no Grupo de mulheres que sofreram abuso sexual em comparação ao Grupo controle, demonstrando que vivências impulsivas se sobrepuseram ao controle racional.

Os indicadores sugeriram que os altos níveis de angústias identificados nos sujeitos com TPB e mobilizados quando em contato com o Rorschach, atuaram como elementos que refletiram a desorganização das funções egóicas, principalmente no que se refere a dificuldade de simbolização e a capacidade de mobilizar defesas racionais que auxiliem no processamento desta angústia. Esta mobilização afetiva não encontrou canais de sublimação e se expressou pelo

desconforto em relação a prova e pela tentativa de manter produção em nível superficial, a fim de evitar a desorganização do pensamento e perdas da lógica. Tais dados são concordantes com a afirmativa de Chabert (1993) a qual aponta um duplo funcionamento em organizações limites, um deles caracterizado pela rigidez e adaptação a realidade e outro desorganizado com marcas de desintegração, assinalando que o mundo interno frente as angústias que o Rorschach incita se expressa pelas perdas adaptativas relacionadas a abertura ao real.

Gabbard (2016) assinala que o sujeito com TPB quando em contato com elevada carga de ansiedade, pode sofrer distorções cognitivas no processamento dos estímulos externos, como o pensamento quase psicótico, ou seja, a presença de prejuízos no teste de realidade que são transitórias, circunscritas e/ ou atípicas. Esse tipo de distorção tem maior ocorrência no campo interpessoal, sendo comum percepções de abandono que beiram ao delírio. Com isso os indivíduos com esse transtorno fazem grandes esforços na tentativa de evitarem um abandono real ou imaginado, a possibilidade de uma perda ou de um abandono provoca profundas alterações em seus comportamentos. Para eles, o abandono significa desintegração, não existência, pois precisam do outro para se perceber (APA, 2013).

Pode-se identificar, portanto, através das respostas fornecidas que a apresentação de estímulos pouco estruturados propiciada pelo Rorschach, incitou nos sujeitos aumento do nível de ansiedade e dificuldade na mobilização de defesas que fossem capazes de organizar as funções egóicas dos mesmos e com isso a possibilidade de oferecer respostas mais adaptadas à realidade. A ausência de estrutura própria da técnica, pode ter provocado uma angústia de desintegração e a ameaça de abandono que é característica central deste transtorno ganhou espaço nas projeções realizadas. Este achado está em concordância com a proposição de Kernberg, encontrada em Gabbard (2016), o qual descreveu a esse respeito, que manifestações inespecíficas de fragilidade do ego são expressas pelo paciente borderline pela incapacidade de aglutinar forças do ego para realizar funções como o retardamento da descarga e impulsos e a modulação de afetos, em função das fragilidades inerentes inespecíficas.

Na tabela 6 são apresentadas as análises das respostas do Rorschach dos 11 artigos analisados, considerando as categorizações relativas às Manifestações

inespecíficas de fragilidade do ego, dando ênfase agora à Dificuldade de Controle de Impulsos.

**Tabela 6. Indicadores psicodinâmicos presentes nos protocolos do Rorschach relativos às dificuldades de controle sobre os impulsos (n=11)**

Código do Estudo	Dificuldades de controle sobre os impulsos
A1	Início da Psicoterapia: Falhas no controle de impulso e na capacidade de sublimar- indicadores de invasão afetiva- indicadores de ideação suicida Final da Psicoterapia: Diminuição do descontrole e aumento da capacidade de sublimação, Ausência de indicadores de ideação suicida
A2	Caracterização: Expressão de agitação interna, instabilidade, com possibilidade de passagens ao ato de forma agressiva e destruidora- indicadores de altos níveis de angústia atuados no ambiente
A3	Início da Psicoterapia: Informa que o perfil clínico é característico do TPB Final da Psicoterapia: Diminuição de lambda- indicador de restrição da expressão afetiva com significado de maior contenção - indicador de expressão menos intensas das manifestações ideativas e emocionais, Maior ajuste nas manifestações relativas aos determinantes: sombreado difuso- com diminuição da expressão de inquietação, ansiedade relacionadas ao estresse situacional, Diminuição de respostas cor forma e cor pura- com redução das reações afetivas imaturas, lábeis e impulsivas
A4	Categorização: Falhas na capacidade de controle afetivo- indicador de ênfase no pólo pulsional.
A5	Estudo de comparação: Grupos de mulheres abusadas apresentaram maior pontuação na Escala de hostilidade do Rorschach quando comparadas ao Grupo controle, sugerindo agressividade manifesta
A6	Caracterização: Determinantes com a ausência de continente forma- indicadores de invasão afetiva ( <i>C, C', Clob</i> ) Descargas disruptivas- com falta de controle de impulsos, predomínio de <i>K</i> ou <i>Kan</i> agressivas ou <i>Kp</i> Paranoide, Diminuição do determinante movimento humano- indicador de discreta diminuição das atuações, devido ao uso da reflexão e planejamento na solução de problemas
A7	Caracterização: Maior sensibilidade aos cartões coloridos-, invasão afetiva via processos evacuativos e sensibilidade aos estímulos externos
A8	Comentários centrados nas vivências subjetivas- indicador de expressão de angústia atuadas diretamente no meio

(Continua)

**(Conclusão) Tabela 6. Indicadores psicodinâmicos presentes nos protocolos do Rorschach relativos às dificuldades de controle sobre os impulsos (n=11)**

Código do Estudo	Dificuldades de controle sobre os impulsos
A9	Caracterização: Sensibilidade cromática- indicador de invasão afetiva e sensibilidade aos estímulos externos (predomínio de C sobre k), Respostas cinestésicas-com intensidade pulsional ( $K, k$ ) associada a conteúdos agressivos- com dificuldade no controle de impulsos
A10	Caracterização: Grande número de respostas movimento- indicador de agitação interna; Conteúdos agressivos- com dificuldade no controle de impulsos
A11	Início da Psicoterapia: Respostas com conteúdo agressivo Final na psicoterapia: aumento na Capacidade de lidar com afetos intensos e desorganizadores- indicador de maior capacidade de controle, Maior contenção dos impulsos de agressividade, de ideação suicida - indicadores de controle sobre manifestações primárias

A análise dos indicadores do Rorschach referente a categoria Dificuldade de Controle de Impulsos, verificou-se nos sete estudos de caracterização uma alta frequência de sensibilidade cromática, ou seja, aumento do número de respostas nos cartões coloridos, que denotaram a invasão afetiva intensa. Essa invasão culminou em expressão de impulsividade e desorganização na maneira de responder, expresso por elevado número de respostas. Chama atenção a presença de impulsividade com poucas respostas com determinante movimento. Nesse sentido, foi verificado em apenas dois artigos a presença de respostas com determinante movimento, segundo Chabert (1993) a tendência à contenção do movimento, reflete uma tentativa de barrar as fantasias cujas ressonâncias arcaicas são bem patentes. Além destas características, foi verificada a presença marcante de conteúdos agressivos e paranoides, os quais parecem estar relacionados à dificuldade no controle de impulsos.

Nos três artigos que avaliaram o resultado da psicoterapia, após tal processo, foi verificado aumento da capacidade de lidar com afetos intensos e desorganizadores, maior contenção dos impulsos de agressividade e ideação suicida, aumento da capacidade de sublimação, diminuição da expressão de

inquietação relacionadas ao estresse situacional e reações afetivas imaturas marcadas pela labilidade e impulsividade.

No único estudo de comparação, foi observado maior pontuação na Escala de hostilidade no Grupo de mulheres que sofreram abuso sexual quando comparadas ao Grupo controle, refletindo assim a presença de descontrole frente aos impulsos

No TPB as passagens ao ato e falta de controle de impulsos se revelam como a característica mais comum e socialmente inquietante em tal transtorno (VIEGAS; MARQUES, 2009). A passagem ao ato é concebida como procura de continente, tentativa de atribuição de sentido e simbolização, que ocorre quando o sujeito experimenta uma ameaça de desamparo, frente as vivências de vazio (VIEGAS, 2007). Considera-se que um dos aspectos relevantes do funcionamento do ego maduro é a capacidade de retardar a descarga de impulso e modular afetos, o que no caso dos pacientes com TPB mostra-se pouco desenvolvido sendo estes incapazes de aglutinar forças do ego para realizar tais funções (GABBARD, 2016). De forma semelhante, eles têm dificuldade para sublimar impulsos poderosos e utilizar sua consciência para orientar o comportamento, o que vai de encontro com os achados encontrados nos indicadores do Rorschach.

A literatura disponível sobre o TPB considera que é comum neste transtorno a ocorrência de impulsividade em pelo menos duas áreas significativas na vida, expressas por marcada destrutividade. Como por exemplo por meio do abuso de substâncias, apostas, gastos excessivos e sexo desprotegido. Soma-se a isso a ocorrência gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento de automutilação (APA, 2013). A expressão de agressividade e dificuldade de controle dos afetos apareceu, portanto, em grande medida nos indicadores de aumento de respostas em cartões coloridos, aumento do número de respostas movimento e respostas com conteúdo agressivo e paranoide, evidenciando concordância aos achados da literatura.

Na tabela 7 são apresentadas as análises das respostas do Rorschach dos 11 artigos analisados, considerando a categorização relativa à Introjeção da identidade.

**Tabela 7. Indicadores psicodinâmicos presentes nos protocolos do Rorschach relativos às dificuldades quanto a introjeção da identidade (n=11)**

Código do Estudo	Introjeção da Identidade
A1	<p>Início da Psicoterapia: Respostas Textura- indicador de necessidade de contato físico primário, Dependência infantil organização frágil do eu, Difusão da identidade e falhas na representação de si e de pessoas significativas- falhas na internalização de figuras parentais</p> <p>Final da Psicoterapia: Processo de identificação mais realista e menos fantasiado do humano, Diminuição da difusão da identidade, Respostas textura ausentes</p>
A2	<p>Caracterização: Angústias de abandono de natureza precoce, Identidade sexual imatura, Expressão de angústia associados aos cartões relativos à relação materna- indicadores de falhas na internalização de figuras parentais</p>
A3	<p>Início da Psicoterapia: Informa que o perfil clínico é característico do TPB</p> <p>Final da Psicoterapia: Aumento da capacidade de olhar pra si mesmo de forma crítica, não depreciativa ou negativa, Índice de depressão positivo- indicador de diminuição na auto percepção negativa, denegrada ou grandiosa, embora com dificuldade na aproximação, Soma de todas as respostas conteúdos humanos- manutenção do interesse por si mesmo e pelo outro, Respostas de conteúdo humano não puro- indicador de diminuição da identificação com figuras não reais, fantásticas, relacionado à melhoria nas identificações, no desconforto social e na relação com pessoas, Aumento da capacidade de ter empatia e da noção da própria identidade</p>
A4	<p>Caracterização: Conflito com relação à sexualidade e identidade, Representação de si instável e desorganizada, com indicadores de temores de invasão de conteúdos inconscientes, Relações superficiais menos comprometidas, permanecem dificuldades nas trocas afetivas e nos contatos sociais- ativação de defesas por meio de representações superficiais, Manifestações de vivências negativas frente as figuras femininas e a figura materna- com fragilidade na internalização de figuras parentais</p>
A5	<p>Estudo de comparação: Grupos de mulheres abusadas deram maior número de respostas de conteúdo sexual quando comparadas ao Grupo controle, sugerindo o predomínio de vivência de angústia relacionadas a identidade percebida de modo parcial</p>
A6	<p>Caracterização: Sensibilidade aumentada ao branco- caracterizando fragilidade na identificação primária (<i>G_bl, D_bl, Dd_bl ou Gbl, Dbl, Ddbl</i>)</p>
A7	<p>Caracterização: Sensibilidade aumentada ao branco- caracterizando sensibilidade à falta (<i>Gbl</i>) Presença de Resposta frente a estímulo sensorial puro- indicador de retraimento Narcísico pseudo- depressivo (<i>E</i>)</p>

(Continua)

**(Conclusão)Tabela 7. Indicadores psicodinâmicos presentes nos protocolos do Rorschach relativos às dificuldades quanto a introjeção da identidade (n=11).**

Códigos dos Estudos	Introjeção da Identidade
A8	Sensibilidade aumentada ao branco- caracterizando sensibilidade à falta ( <i>Gbl Db</i> ) - manifestando sensibilidade à falta, Resposta D dada depois de uma Resposta G, que reflete o desvanecer da imagem dada inicialmente- indicador de retraimento narcísico, Imagens regressivas com temas alimentares ou de água- significados relacionados a fragilidade do vínculo materno
A9	Caracterização: Conteúdo Persecutório no cartão I- indicador fragilidade do vínculo materno, Sensibilidade aumentada ao branco, Predomínio de respostas <i>E</i> - caracterizando retraimento narcísico, Expressão Direta de sentimento de Perigo- com ausência de representações internas positivas que aplaquem a angústia; Respostas Anat.- indicadores de angústia arcaica, Não consideração da simetria nos cartões e associação da imagem do cartão a um objeto real- com indiferenciação entre sujeito e objeto e dificuldade de desenvolvimento da própria subjetividade
A10	Respostas justificadas pela ligação e união- caracterizando dificuldades relacionadas ao processo de individuação
A11	Início da Psicoterapia: Respostas fundidas e com expressão de ansiedade de separação Final da psicoterapia: presença de uma separação de imagens fundidas indicando aumento da ansiedade frente ao processo de individuação, Melhoria na qualidade das respostas de um nível mais infantil para uma projeção mais integrada do humano- com diminuição da representação negativa de si mesmo.

A análise dos indicadores do Rorschach relativos à Introjeção da Identidade nos sete artigos de caracterização, evidenciaram maior sensibilidade ao branco caracterizando uma manifestação de sensibilidade à falta, que denota uma aderência ao contato com o vazio interior e a não representação de si. Verificou-se uma pequena ocorrência de determinantes estompage, que pode ser característico do retraimento narcísico e de uma tentativa de regressão a relações primária marcadas pela sensorialidade, como forma de lidar com a vivência de desamparo. Foi verificada também a presença de respostas com conteúdos fundidos e ligados,

as quais podem estar relacionados a dificuldades nos processos individualização e constituição da identidade. Verificou-se uma pequena frequência de respostas anatômicas, que expressam angústias de natureza arcaica. A respeito da forma de responder, verificou-se a expressão direta de sentimentos de perigo e temor em certo sentido, denotando o contato dos avaliados com a experiência de desorganização experimentada frente aos estímulos.

Nos três artigos que avaliaram o resultado da psicoterapia, após este processo ocorreu uma separação de imagens fundidas indicando apesar do aumento da ansiedade frente ao processo de individuação o esforço em efetivá-la. Foi verificado uma melhoria na qualidade das respostas de um nível mais infantil para uma projeção mais integrada do humano, com diminuição da representação negativa de si mesmo e aumento da capacidade de olhar para si mesmo de forma reflexiva, crítica, não depreciativa ou negativa. Verificou-se ainda, a diminuição da identificação com figuras não reais, fantásticas, o que denota uma melhoria nas identificações, no desconforto social e na relação com pessoas e um aumento na capacidade de ter empatia.

No único estudo de comparação o Grupo de mulheres que sofreram abuso sexual deu maior número de respostas com conteúdo sexual quando comparadas ao Grupo controle, sugerindo o predomínio de vivência de angústia relacionadas a identidade percebida de modo parcial e vinculada a vivência traumática.

Esta categoria de análise destaca as características do TPB relativas aos relacionamentos interpessoais que denotam as possibilidades relativas a estruturação da identidade, sobre a qual as teorias não são concordantes. Proposições psicodinâmicas iniciais para compreensão do TPB focavam no envolvimento intenso das mães no cuidado dos filhos, dificultando que os mesmos se separassem. Esse excesso de cuidados levava a ansiedades relacionadas a separação e ao abandono. Outros teóricos, contrariamente sugeriram um modelo de déficit ou insuficiência quanto aos cuidados recebidos. Neste caso, uma maternagem ausente em cuidados poderia ser dificultadora do desenvolvimento de introjeções capazes de gerar uma sensação acolhedora nos períodos de ausência de cuidadores (GABBARD, 2016).

A capacidade para conceber a si próprio se dá pelo desenvolvimento de representações dos estados internos. É esperado que a criança veja a si mesma sob a perspectiva dos olhos do cuidador, conforme esta reflete de volta o que vê na

criança. Quando ocorrem falhas nesse processo e o cuidador não consegue proporcionar uma experiência de amparo, um cuidador assustador ou assustado é internalizado como parte integrante do self da criança. Acredita-se que um temperamento vulnerável e hiper-reativo, quando em contato com experiências precoces de trauma, as quais criam sofrimento interno intenso, acompanhados por dificuldade de manejo, podem levar a dificuldades importantes de formação de um senso estável de identidade com disfunção interpessoal grave (GABBARD, 2016).

Jordão e Ramires (2010) ressaltaram a qualidade das relações interpessoais e suas representações afetivas desempenham, portanto, um papel essencial na determinação de vulnerabilidades a psicopatologias e na promoção de resiliência e ajustamento psicossocial. Acredita-se que um temperamento vulnerável e hiper-reativo, quando em contato com experiências precoces de trauma, as quais criam sofrimento interno intenso acompanhados por dificuldade de manejo e expressão de sofrimento, podem levar a dificuldades importantes de formação de um senso estável de identidade e disfunção interpessoal grave (GABBARD, 2016).

Os indicadores do Rorschach apontaram para falhas na introjeção da identidade que são, portanto, expressos pela sensibilidade ao branco, respostas textura, dificuldade de consideração da simetria dos cartões. Esses dados analisados qualitativamente demonstraram a dificuldade da percepção de si e necessidade do contato fundido com o outro para a sensação de estabilidade e coesão do self, característica relevante dos pacientes com TPB, como afirma os achados da literatura acima descritos.

De modo a responder à questão proposta nesta revisão apresentar-se-á na tabela 8 uma síntese dos indicadores relatados no conjunto de estudos analisados.

**Tabela 8. Síntese dos principais Indicadores psicodinâmicos presentes nos protocolos do Rorschach no conjunto de estudos analisados, considerando as categorias Localização, Determinantes, Conteúdos e Forma de Produção (n=11).**

Localização	Determinantes	Conteúdo	Forma de Produção
G sincréticos contaminados ou confabulados	Com ausência de continente forma (C)	Agressivos e paranoides	Comentários de vivências subjetivas

(Continua)

**(Conclusão) Tabela 8. Síntese dos principais Indicadores psicodinâmicos presentes nos protocolos do Rorschach no conjunto de estudos analisados, considerando as categorias Localização, Determinantes, Conteúdos e Forma de Produção (n=11).**

Localização	Determinante	Conteúdo	Forma de Responder
G vagas	Respostas cinestésicas com intensidade pulsional ( <i>K, k</i> )	Objetos bizarros, Abstração, conteúdos mortos	Fracasso na capacidade de responder (Recusa, denegação)
Resposta D dada depois de uma Resposta G, que reflete o desvanecer da imagem dada inicialmente	Sensibilidade cromática ( <i>predomínio de C sobre k</i> )	Imagens regressivas com temas alimentares ou de água	Tendência à contaminação
Sensibilidade aumentada ao branco ( <i>G_bl, D_bl, Dd_bl ou Gbl, Dbl, Ddbl</i> )	Descargas disruptivas com falta de controle de impulsos ( <i>predomínio de K ou Kan agressivas ou Kp Paranoide C', Clob</i> )	Respostas Anat. Respostas parciais ( <i>Ad, Hd</i> )	Tempo de Latência elevado
	Resposta frente a estímulo sensorial puro ( <i>E</i> )	Não consideração da simetria nos cartões e associação da imagem do cartão a um objeto real	Excessiva manipulação dos cartões
		Respostas ligadas e fundidas	Expressão de angústia associados aos cartões relativos à relação materna
			Expressão Direta de sentimento de Perigo, com ausência de representações internas positivas que aplaquem a angústia

Como síntese dos principais dos principais indicadores psicodinâmicos presentes nos artigos analisados, destacar-se-á os achados relevantes relativos as localizações, determinantes conteúdos e formas de produção.

Em relação as localizações verificou-se o predomínio de apreensões generalistas e vagas, bem como a presença de respostas detalhes num segundo

momento, em menor frequência com a peculiaridade de sensibilidade ao branco em diversas localizações (*Gbl, Dbl, Ddbl*).

No que se refere aos determinantes, predominou a ocorrência de movimento animal, humano e de partes com descargas disruptivas, agressivas e paranoides de afetos, determinantes com ausência de continente, como o estompagem puro e cor pura. Além do domínio da cor sobre o movimento, caracterizando sensibilidade cromática.

Já os conteúdos foram majoritariamente expressos por representações pouco adaptadas, como em objetos bizarros, mortos, desvitalizados e parciais, com tendência a apresentações mal vistas, conteúdos fundidos e ligados, desconsiderando-se a simetria dos cartões, com a presença de conteúdos regressivos tais como alimento e água.

Quanto a forma de responder os artigos apontaram para indicadores de intenso desconforto em relação à prova, expressos por comentários que expressaram vivências subjetivas de incomodo, fracasso na capacidade de responder por meio de recusa de pranchas e denegação de respostas, tempo de latência elevado e excessiva manipulação dos cartões.

Desta forma, a análise dos indicadores predominantes extraídos dos artigos analisados apontou para a presença de falhas da adaptação à realidade, com dificuldades relativas às percepções que se expressam por indicadores de descontrole, com elevado nível de angústia, prejuízos quanto a noção de si e do outro, refletindo fragilidades estruturais e funcionais do TPB.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo objetivou revisar a literatura científica sobre o tema avaliação psicodiagnóstica do Transtorno de Personalidade Borderline, por meio do método de Rorschach. Para tal procedeu-se a uma revisão integrativa, com a identificação e análise de 11 artigos empíricos, publicados a partir 1994, ano da publicação do DSM IV até 2017, sendo o último identificado de 2015.

De modo a evidenciar o conhecimento gerado pelos estudos analisados procedeu-se a análise dos mesmos considerando várias categorias de análise, a

saber :os sistemas de interpretação do método de Rorschach adotados, os aspectos sociodemográficos das amostras estudadas, os delineamentos e instrumentos utilizados nos estudos e os principais indicadores do Rorschach apontados como característicos do TPB. De forma breve destacar-se-á as principais características identificadas quanto a tais categorias de análise.

No que se refere aos Sistemas de Interpretação do Método de Rorschach, identificou-se uma diversidade de sistemas utilizados, com a utilização dos sistemas francês, compreensivo e ainda estudos que não especificaram o sistema utilizado detendo-se em uma análise psicodinâmica, guiada pelos significados simbólicos das respostas aos protocolos.

Os participantes das amostras dos artigos analisados foram em sua maioria do sexo feminino, estavam em uma faixa etária do final da adolescência a idade adulta, o que é pertinente as características epidemiológicas próprias do TPB.

Em relação aos tipos de delineamentos adotados nos estudos, verificou-se uma maior ocorrência de estudos qualitativos, sob a forma de estudos de caso. No que se refere aos instrumentos utilizados, além do método de Rorschach, outras técnicas foram incluídas, sendo estas: Entrevista estruturada do DSM (SCID I e SCID II), Escala Symptom Checklist - SCL-Z; Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - versão revista, Teste do Desenho da Família, Inventário de Vínculos Parentais, Teste de Apercepção Temática – TAT.

Quanto aos principais indicadores do Rorschach apontados como característicos do TPB, de modo a integrar a análise adotou-se como foco três categorias centrais ao transtorno, sendo elas: Adaptação a Realidade, Controle de Impulsos e Introjeção da Identidade.

Na primeira categoria, relativa ao teste do real, identificou-se nos artigos analisados que os pacientes com TPB apresentaram importantes dificuldades em apreender a realidade, denotando nível de angústia elevado. A prova do Rorschach neste sentido, evidenciou a dificuldades de organização do pensamento, expressas pelas tentativas de manter a produção em nível superficial, em um primeiro momento, seguido de perdas na qualidade e da lógica manifestas por respostas com conteúdos malvistas do ponto de vista formal e por dificuldades em responder aos

estímulos.

Na segunda categoria, nomeada Controle de Impulsos, nos artigos analisados identificou-se indicadores de uma elevada carga de impulsividade com expressão direta e disruptiva dos mesmos no meio; expressa ainda por um aumento considerável do número de respostas em cartões coloridos, associadas a conteúdos agressivos e paranoides.

Na terceira categoria, denominada Introjeção da Identidade a análise dos artigos evidenciou a forma conflituosa como os relacionamentos interpessoais são vivenciados e as dificuldades relativas à integração da percepção de si mesmo, denotando imaturidade e dificuldades quanto a identidade.

Destaca-se como limitações do presente estudo o número reduzido de artigos identificados, o que reflete uma temática que ainda requer novos estudos dada as peculiaridades dos artigos analisados, que em sua maioria analisaram casos específicos, o que limita as generalizações.

Considera-se que dentro desses limites, o presente estudo contribuiu para um aprofundamento do conhecimento sobre os indicadores clínicos e psicodinâmicos do método de Rorschach, presentes no funcionamento psíquico de pessoas com TPB, ao evidenciar os pontos em comuns observados nos diferentes estudos e as peculiaridades ressaltadas nos mesmos.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, I. C. B. **As Técnicas no Psicodiagnóstico e Sua Função na Psicoterapia**, Anais do I Encontro sobre Psicologia Clínica. Universidade Mackenzie, São Paulo, p. 9-14, 1998.

AMADO, L.; TERPIN-AMADO, B. Evaluación de los efectos terapéuticos de la psicoterapia psicoanalítica através del test de Rorschach. **Subj. procesos cogn.**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 19, n. 1, p. 29-40, 2015.

VILLEMOR-AMARAL, A. E de.; WERLANG, B.S.G. **Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

ANTUNEZ, E. A.; SANTOANTONIO, J. Análise fenômeno-estrutural e o estudo de casos. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 53-71, 2008.

APA (American Psychiatric Association). **DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

APA (American Psychiatric Association). **DSM-III. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 1980.

APA (American Psychiatric Association). **DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

CHABERT, C. **Psicanálise e métodos projetivos**. Tradução de Álvaro José Lelé e Eliane Maria Almeida Costa e Silva, São Paulo: Vetor, 2004.

\_\_\_\_\_. **A Psicopatologia no exame do Rorschach**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

COSTA, M.; MOTA, C. Pinheiro; MILHEIRO, C. Abordagem psicodinâmica em um estudo de caso sobre transtorno de personalidade borderline. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 19-33, 2013.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

DALGALARRONDO P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, P.; VILELA, W. A. Transtorno Borderline: História e Atualidade. **Ver. Latino Am. Psicop. Fund. II**, v. 2, p. 52-71, 1999.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2016.

GODINHO, M. Q.; MARQUES, M. E.; PINHEIRO, C. B. A expressão no Rorschach dos fenômenos transitivos e do espaço potencial na personalidade borderline. **Análise Psicológica**, v. 27, n. 3, p. 349-363, 2009.

JORDÃO, A. B.; RAMIRES, V. R. R. Vínculos afetivos de adolescentes borderline e seus pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 89-98, 2010b.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

KIKUCHI, K et al. Verification of Rorschach Indicators of Sexual Abuse. **Yonago Acta Medica**, v.53, p. 53-58, 2010.

OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005

ONETO, M. M.; MARQUES, M. E.; PINHEIRO, C. B. A natureza e especificidade do espaço mental através do Rorschach. Um espaço potencial? - Análise de um protocolo de uma paciente limite. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 27, n. 3, jul. 2009.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-09: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1976.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

NASCIMENTO, R. S. G. F. **Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a População Brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

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

\_\_\_\_\_. (Org) **Os avanços do Rorschach no Brasil**. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

PASTORE, E.; LISBOA, C. S de M. Transtorno de Personalidade Borderline, tentativas de suicídio e desempenho cognitivo. **Psicologia Argumento**, v. 32, n.79, p. 9-17, 2014.

PEREIRA, M. E. C. A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the borderline group of neuroses”. **Rev. Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v.2 p.158.1999.

SEMER, N. L et al. Psychic changes: the Rorschach, the psychoanalytical process and the analyst-analysand relationship. **Interam. j. psychol.** v.42, n.2, p. 187-194, 2008.

STERN. A. **Psychoanalytic investigation of and the therapy in the borderline group of neuroses”**, **The Psychoanalytic Quarterly**, v. 7, p. 467-489.1938.

SUTIL, C. R. Evaluación de la personalidad y sus trastornos a través de los métodos proyectivos o pruebas basadas en la actuación (Performance-based) **Clínica y Salud**, v. 18, n. 3, p. 325-346, 2007.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO. Revisão integrative: o que é e como fazer. **Einstein**. v. 8, p. 102-106.

TEIXEIRA, V.; MARQUES, M. E. O buraco negro na patologia limite: Um contributo da/para a técnica Rorschach. **Análise Psicológica**, v. 27, n. 3, p. 281-293, 2009.

TRINCA, W. **Diagnóstico psicológico: a prática clínica**. São Paulo: EPU, 1984.

\_\_\_\_\_. **As técnicas projetivas no século XXI**. In 3 Encontro da Sociedade Brasileira de Rorschach. Ribeirão Preto: SBRo, 1998.

VIEGAS, J. C. O Rorschach e o agir na patologia borderline: A alucinação negativa e a simbolização. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISPA, 2007

VIEGAS, J. C.; MARQUES, M. E. O Rorschach e o agir na patologia borderline: A alucinação negativa e a simbolização. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 27, n. 3, p. 295-306, 2009.

YAZIGI, Latife et al. Rorschach Sistema Compreensivo na avaliação de psicoterapia psicodinâmica. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 15, n. 2, p. 257-270, 2010.