



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO
FUNDAP



ROSIANE SILVA PEREIRA

**TRANSTORNOS DISSOCIATIVO E HISTRIÔNICO: CONTRIBUIÇÕES DA
AVALIAÇÃO PSICODIAGNÓSTICA**

**RIBEIRÃO PRETO
2011**

PEREIRA, ROSIANE SILVA

BIBLIOTECA CENTRAL DA USP RIBEIRÃO PRETO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

TOMBO: _____ SYSNO: _____

MONOGRAFIA 2011

**“TRANSTORNOS DISSOCIATIVO E HISTRIÔNICO:
CONTRIBUIÇÕES DA AVALIAÇÃO PSICODIAGNÓSTICA”**

ALUNA: ROSIANE SILVA PEREIRA
ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. SONIA REGINA LOUREIRO



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO
FUNDAP



ROSIANE SILVA PEREIRA

**TRANSTORNOS DISSOCIATIVO E HISTRIÔNICO: CONTRIBUIÇÕES DA
AVALIAÇÃO PSICODIAGNÓSTICA**

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.

Área: Psicologia – Saúde Mental
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Regina Loureiro.

RIBEIRÃO PRETO
2011

Pereira, Rosiane Silva

Transtornos Dissociativo e Histriônico: Contribuições da Avaliação Psicodiagnóstica/Rosiane Silva Pereira. Ribeirão Preto – 2011. 58p.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Regina Loureiro.

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

1. Histeria. 2. Dissociação. 3. Técnicas Projetivas. 4. Rorschach.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rosiane Silva Pereira

Transtornos Dissociativo e Histriônico: Contribuições da Avaliação Psicodiagnóstica

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.^a Dr.^a Sonia Regina Loureiro.

Aprovado em: 06/12/2011

Banca Examinadora

Psicóloga: Iara de Moura Engrácia Giraldi

Instituição: HCFMRP/USP

Assinatura_____

Psicólogo: Marcus Vinícius dos Santos

Instituição: HCFMRP/USP

Assinatura_____

RESUMO

Nos manuais diagnósticos verifica-se nas descrições das manifestações clínicas a presença de diversos aspectos em comum quanto aos transtornos dissociativo e de personalidade histriônica, sendo que a superposição dessas manifestações dificulta precisar o diagnóstico descritivo desses transtornos. Por outro lado, no contexto clínico a compreensão das peculiaridades dos transtornos faz diferença, especialmente quando do planejamento terapêutico. Nesse sentido, é que se insere a potencial contribuição da avaliação psicodinâmica por favorecer uma compreensão aprofundada do nível de organização da personalidade, evidenciando as peculiaridades do seu funcionamento. Objetiva-se caracterizar, por meio de estudos de casos de pacientes com diagnóstico psicodinâmico de Transtorno Dissociativo e Transtorno de Personalidade Histriônica, os aspectos relativos às manifestações clínicas e de organização da personalidade, tendo por referência a avaliação por meio do Rorschach, do Pfister e do HTP. Foram analisados os casos de duas pacientes psiquiátricas, mulheres, adultas, que realizaram a avaliação psicodiagnóstica individualmente, com objetivos clínicos, junto ao Serviço de Psicologia da divisão de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Procedeu-se a coleta de informações da história clínica e a aplicação e codificação dos testes projetivos Rorschach, Pfister e HTP, segundo as normas técnicas. Adotou-se para todas as técnicas a comparação com dados normativos de padronização brasileira, na avaliação do Rorschach utilizou-se a nomenclatura francesa, e para a interpretação e integração dos dados teve-se por referência a abordagem psicodinâmica. Com base nos dados da história clínica observou-se que as duas pacientes receberam diversas hipóteses diagnósticas e apresentavam além das manifestações dissociativas, indicadores psicóticos, caracterizando assim a gravidade dos casos. A avaliação por meio do Rorschach evidenciou para ambos os casos a presença maciça de mecanismos defensivos relacionados às manifestações dissociativas, sugerindo a presença de similaridade quanto às defesas empregadas e distinções quanto a um maior prejuízo no nível de organização da personalidade e no controle razão /afeto no caso com transtorno histriônico. Os dados relativos ao Pfister evidenciaram peculiaridades quanto às manifestações dos afetos, com tendência ao uso de mecanismos repressivos e inibitórios como forma de não entrar em contato com manifestações afetivas intensas e dolorosas, predominando no transtorno dissociativo as manifestações mais extroversivas e no histriônico as manifestações mais introversivas. Com base nos indicadores do HTP observou-se, em ambos os casos, indicadores de dificuldades em relação à organização da identidade, com a presença de vivências de ansiedade, insegurança, imaturidade e conflito com a sexualidade, sendo que no caso de transtorno dissociativo, identificou-se maior busca por controle sobre as fantasias, o que denota uma melhor estruturação da personalidade em comparação ao caso com personalidade histriônica. Conclui-se que a avaliação psicodiagnóstica, por meio de técnicas projetivas, evidenciou peculiaridades dos dois transtornos quanto à organização da personalidade e aos mecanismos defensivos o que esclarece as sobreposições da descrição clínica, complementando e contribuindo para a avaliação diagnóstica e a orientação terapêutica quanto aos transtornos de personalidade dissociativo e histriônico.

Palavras Chave: Histeria, Dissociação, Técnicas Projetivas, Rorschach.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. Histeria e Aspectos Históricos	8
1.2. Aspectos Clínicos e Diagnósticos Para os Transtornos Dissociativos e Histriônicos	11
1.3. Aspectos Psicodinâmicos dos Transtornos Dissociativos e Histriônicos	18
1.4. Avaliação Psicodiagnóstica no Contexto Psiquiátrico	21
2. OBJETIVO	27
3. MÉTODO	28
3.1. Participantes	28
3.2. Instrumentos	29
3.3. Procedimento	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
6. REFERÊNCIAS	56

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Histeria - Aspectos Históricos

Os transtornos dissociativos e histriônicos tem seus fundamentos na caracterização clássica da histeria, a qual remonta ao início da medicina. Visando compreender as suas origens abordar-se-á os aspectos históricos relativos à histeria.

O termo histeria é antigo, muito difundido e vigora desde os primórdios da medicina na Grécia antiga, sendo usado para referir aos comportamentos disfuncionais, às manifestações posteriormente nomeadas como doenças psicossomáticas ou transtornos de personalidade, que acometiam no geral as pacientes do sexo feminino. Ao longo dos anos, o termo recebeu várias designações, todas dotadas de significados e peculiaridades sendo o fenômeno investigado pela medicina, e também objeto de estudo da teologia, pesquisado por bispos e padres (ÁVILA; TERRA, 2009).

O termo histeria originou-se da palavra grega *hystera*, que significa matriz, sendo derivado da denominação atribuída por Hipócrates a *sufocação da matriz*, que se referia a uma doença orgânica, tendo origem naquele que gera e cria, o útero, e afeta todo o corpo, provocando sintomas associados à conflitos de ordem sexual (BELINTANI, 2003).

Depois de Hipócrates ter denominado *sufocações da matriz* é que Littré, em 1839, ao traduzir para o francês as obras de Hipócrates, empregou pela primeira vez na literatura o termo histeria. Por referir a um órgão feminino, a histeria acabou sendo difundida como uma patologia notadamente da mulher (ÁVILA; TERRA, 2009).

Na Idade média, período que corresponde ao século V ao XV, quando a histeria também foi alvo de estudo da teologia, considerava-se as apresentações sob a forma de crises convulsivas eram consideradas como pecado e possessão demoníaca pelas concepções religiosas vigentes daquela época. Ainda que a medicina discordasse de tal visão, muitas pessoas foram vítimas da inquisição e

foram levados à fogueira no movimento de caça às bruxas, acusados de *casos de bruxaria* por apresentar em comportamentos histéricos. Somente no século XVII, as concepções demoníacas deixaram de vigorar e a igreja cedeu espaço para a medicina investigar e tratar a histeria, sendo vista nesse momento como doença dos nervos (BELINTANI, 2003).

Para a finalidade da revisão sobre a histeria apresentada nos próximos parágrafos, adotamos a descrição clínica e os marcos históricos tal como referido por Ávila e Terra (2009), assim todos os trechos referidos a seguir tem esta mesma fonte, a qual não será repetida a cada parágrafo.

A histeria ao longo da história foi vista como um transtorno que possui várias facetas, que a cada observador se apresenta de uma forma e é descrita a partir da perspectiva daquele que a observa e a interpreta. Antigamente, esse distúrbio era compreendido de maneira mais ampla, abrangendo neuroses, psicoses, catatonia, epilepsia e quadros degenerativos.

A descrição clássica da histeria engloba os grupos de sintomas, a saber: manifestações agudas, sintomas funcionais persistentes e sintomas viscerais. As manifestações agudas englobam as crises completas, com emotividade exagerada, impulsividade, explosividade, dramaticidade e crises menores, com comprometimento das funções da consciência, amnésia, agitação e síncope. Os sintomas funcionais persistentes se referem às paralisias funcionais, contraturas, espasmos musculares e disfunção da sensibilidade. Os sintomas viscerais envolvem as queixas dolorosas, respiratórias, cefaléias, retenção intestinal ou urinária, dispepsia, distúrbios vasomotores e sensação de mobilidade dos órgãos pelo corpo. A personalidade histórica pode ser manifesta tanto pela maneira de se comportar, se comunicar e se vestir, como também por manifestações de sintomas físicos e psíquicos, com expressividade fundamentalmente por meio do corpo.

Tais aspectos despertaram a atenção da psicanálise, permeando a carreira de Freud desde seus primeiros estudos sobre o inconsciente, além de outros psicanalistas que se dedicaram à compreensão dos fenômenos da histeria. Freud considerava que as histéricas haviam sofrido traumas, mais especificamente de cunho sexual, e que desenvolveram mecanismos repressivos para não entrar em contato com o sofrimento anterior, vividos em tenra infância. Para Freud, o histérico sofre de reminiscências, e a histeria teria a função de defesa que distancia da consciência idéias e afetos conflitivos, que podem por em risco a unidade psíquica.

Por meio da repressão, a energia contida nos impulsos reprimidos é convertida em sintoma histérico, com a dupla função de proteger e manter o doente desconhecendo tais impulsos e manifestando, de forma disfarçada, a realização dos mesmos.

Mais tarde, em 1924, foi empregado o termo *somatização* pelo ex-colaborador de Freud, o psiquiatra Wilhelm Stekel, denominação esta difundida principalmente em 1980, quando foi introduzido como diagnóstico no DSM-III pela neutralidade do termo. Em 1938, foi empregado o termo “*doença psicossomática*” para os transtornos psicológicos que se refletiam nas funções orgânicas do corpo. Apesar da grande aceitação da psicossomática, a compreensão dos sintomas corporais histéricos foi considerada controversa. Assim, no DSM-I tanto o termo *histeria* quanto *transtorno psicossomático* não foram citados. Já na segunda edição do DSM, a histeria passou a vigorar como sendo neurose, a neurose histérica (do tipo dissociativo e conversivo), e como *transtorno de personalidade histérica*, que é a correspondente ao *transtorno de personalidade histriônica* do DSM-IV. Considera-se que tal formulação se deve ao termo ter adquirido vários sentidos ao longo dos tempos e também pela carga pejorativa que continha o termo da histeria.

Foi a partir do DSM-III, que a histeria foi abolida enquanto diagnóstico e teve os sintomas característicos do transtorno separados em subdivisões e catalogados com rigor descritivo, objetivando, assim, melhorar o manejo clínico dos doentes ao diferenciar de forma efetiva as patologias psiquiátricas e orgânicas. Passou então, a receber a denominação de *transtorno dissociativo* e *transtorno somatoforme*, como se encontra atualmente mencionado na décima edição da Classificação Internacional das Doenças - CID-10 (1993) e na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV (2003).

No âmbito da psiquiatria, a histeria adquiriu sentidos diversos, podendo referir-se a sintoma, a doença ou a uma síndrome. Como diagnóstico é pouco definido e delimitado, com distintas manifestações clínicas e etiologia. Verifica-se assim, uma dificuldade para o embasamento de uma identidade nosográfica, com características e atributos específicos de uma categoria exclusiva.

A erradicação do termo histeria dos manuais médicos visava estabelecer categorias mais objetivas, através de critérios a serem pontuados para verificar a presença ou ausência de determinada enfermidade. Contudo, quando se refere à histeria, tal contribuição não foi tão eficaz quanto foi a outras patologias, sendo ainda

complicado classificar as características clínicas em algumas das categorias estabelecidas após o desaparecimento do termo.

Atualmente, o principal termo utilizado para se referir a estes pacientes é a *somatização*, mas ainda são muitas as questões a serem esclarecidas sobre o que antes era denominado histeria. Considerando que tais pacientes representam uma parcela importante dos que procuram os serviços de saúde, são necessários estudos que ampliem a compreensão de tais manifestações, por vezes diversas e difusas, sendo importante também a busca por propostas de intervenção e manejo clínico que auxiliem o trabalho dos profissionais da saúde com esses pacientes. Nesse contexto se insere o foco de interesse do presente estudo sobre aspectos diagnósticos dos transtornos dissociativos e histriônicos.

1.2. Aspectos Clínicos e Diagnósticos dos Transtornos Dissociativos e Histriônicos

Serão descritos a seguir as características clínicas para o diagnóstico relativo aos dois transtornos que são objetos desse estudo, a saber: o transtorno dissociativo e o transtorno de personalidade histriônica.

Tendo por referência os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, APA, 2003) o transtorno dissociativo consiste na disfunção da capacidade do indivíduo em integrar pensamentos, sentimentos e ações. Essa integração exige que a pessoa tenha condições de unificar aspectos de si mesmo às experiências vivenciadas. Assim, a dissociação se apresenta como um mecanismo psíquico para se distanciar de situações, no geral eventos estressantes ou traumáticos, e se caracteriza como um transtorno quando passa a trazer prejuízos funcionais e sociais para a vida do indivíduo.

O DSM-IV-TR (APA, 2003), propõe a especificação de cinco transtornos dissociativos, a saber: *amnésia dissociativa*, *fuga dissociativa*, *transtorno dissociativo de identidade*, *transtorno de despersonalização* e *transtorno dissociativo sem outra especificação*. Nele os critérios diagnósticos têm em comum aos quatro transtornos que os sintomas estão relacionados a eventos traumáticos e causam sofrimento relevante e prejuízo funcional, social ou em outras áreas importantes da vida do

sujeito. Além disso, cada um desses transtornos não pode ocorrer de modo concomitante nem mostrar-se associado à condição médica geral, ou ao uso de substâncias psicoativas. Descrever-se-á a seguir os critérios para cada tipo de Transtorno Dissociativo, segundo o DSM-IV-TR.

Os critérios para a *amnésia dissociativa* consistem em um ou mais episódios, nos quais informações pessoais importantes não são recordadas, sendo tais informações tão significativas que não podem ser consideradas como esquecimento normal.

Com relação à *fuga dissociativa*, caracteriza-se por uma viagem súbita para lugares incomuns, que não tem a ver com a vida cotidiana ou rotina de trabalho do paciente, podendo ir para longe de casa e apresentar incapacidade de recordar, parcialmente ou totalmente, aspectos da própria vida e do passado. A duração da fuga dissociativa pode variar de horas, dias ou meses em que o indivíduo permanece nesse estado, viajando longas distâncias ou somente pelas proximidades. Esses pacientes, geralmente, chegam ao serviço de atenção à saúde devido ao esquecimento de fatos recentes ou sobre a própria identidade.

Quanto ao *transtorno dissociativo de identidade*, caracteriza-se por uma incapacidade de integrar aspectos da identidade, memória e consciência, em que a característica principal é a presença de duas ou mais identidades ou estados diferentes, vivenciados com história pessoal, auto-imagem e identidades próprias e distintas umas das outras, oscilando de modo recorrente o controle sobre o comportamento do indivíduo. Neste transtorno é comum a presença de lacunas da memória para a história pessoal, tanto remota quanto recente. Algumas identidades apresentam sintomas conversivos, possuem características específicas no controle da dor ou de outros sintomas físicos.

O *transtorno de despersonalização* caracteriza-se por sentimentos de estranhamento de si, em que o indivíduo tem a sensação de ser um observador de si mesmo, vivenciando variadas anestésias sensoriais, falta de resposta afetiva e sensação de não ter o controle das próprias ações, incluindo a fala. Porém, o teste do real se mantém inalterado. Geralmente, os indivíduos com esse transtorno têm dificuldade em descrever seus sintomas e pensam que estão *loucos*, podendo também apresentar desrealização, vivenciando sentimentos de que a realidade externa é estranha ou irreal.

A categoria do *transtorno dissociativo sem outra especificação*, tem as características predominantes de um transtorno dissociativo, com disfunção nas funções integrativas de memória, consciência, identidade ou percepção do ambiente, tendo por peculiaridade o não preenchimento dos critérios para um transtorno dissociativo específico.

Já para o CID-10 (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1993) o transtorno dissociativo na sua definição geral é caracterizado pela dificuldade em integrar as memórias do passado, consciência de identidade, sensações imediatas e controle corporal, aproximando-se do proposto pelo DSM-IV-TR (APA, 2003) ao especificar os subtipos, observando as diferenças, a saber: *amnésia dissociativa; fuga dissociativa; estupor dissociativo; transtornos de transe e possessão; transtornos dissociativos de movimento e sensação; transtornos motores dissociativos; convulsões dissociativas; anestesia e perda sensorial dissociativas; transtornos dissociativos (ou conversivos) mistos; outros transtornos dissociativos (síndrome de ganser; transtorno de personalidade múltipla); transtornos dissociativos (ou conversivos) transitórios*, ocorrendo na infância e adolescência; *outros transtornos dissociativos (ou conversivos) especificados; transtorno dissociativo (ou conversivo), não especificado*. Descrever-se-a a seguir cada um desses transtornos, tendo por referência o CID-10.

A *amnésia dissociativa*, segundo o CID-10, tem por critérios a perda da memória de eventos recentes importantes, que não podem ser explicadas por um esquecimento normal ou fadiga, nem por transtorno mental orgânico. Geralmente a amnésia está relacionada a questões estressantes, sendo no geral, parcial e seletiva. Afetam principalmente adultos jovens e são acompanhados por diferentes estados afetivos, incluindo perplexidade, angústia e comportamentos de chamar atenção. A pessoa com tal transtorno pode também perambular indefinidamente e apresentar diminuição dos cuidados gerais, o que dificilmente permanece mais que um ou dois dias. A amnésia dissociativa é predominantemente retrógada e pode ser recuperada por hipnose. Segundo o CID-10 é difícil distinguir a amnésia dissociativa de uma simulação, que é o comportamento de fingir uma amnésia, sendo sugerida para a distinção uma avaliação da personalidade pré-morbida e da motivação, tendo em mente os possíveis ganhos secundários.

Com relação à *fuga dissociativa*, os critérios englobam os mesmos da amnésia dissociativa, acrescidos de uma viagem para longe de casa ou local de

trabalho, que aparenta ser propositada, sendo que o auto cuidado e o comportamento permanecem adequados, podendo assumir outra identidade, vivenciada com duração variável de períodos curtos a longos.

Quanto ao estupor dissociativo, há uma disfunção nos movimentos voluntários, com redução de resposta frente aos estímulos externos, como luz, ruído e toque. Pode permanecer deitado ou sentado sem movimentar-se por longos períodos, sendo a sua fala ou movimentos espontâneos quase ou completamente ausentes. Faz-se necessário diferenciar estupor dissociativo do estupor catatônico da esquizofrenia e do estupor depressivo ou maníaco das doenças afetivas.

No *transtorno de transe e possessão*, há uma perda provisória do senso de identidade pessoal e da consciência plena do ambiente, podendo em algumas vezes o indivíduo agir como se tivesse sido tomado por uma força, uma entidade ou outra personalidade. Apresenta limitação quanto à atenção e consciência do ambiente, o que se manifesta por um conjunto limitado e repetido de movimentos posições e expressões vocais. Tais comportamentos são considerados transtorno, somente se ocorrerem fora de contextos religiosos ou de atividades próprias da cultura, ao menos que sofram um prolongamento para fora de tais contextos.

O *transtorno dissociativo de movimento e sensação* implica em uma perda ou interferência de movimentos ou perda de sensações, em que o paciente aparenta ter um transtorno físico, mas sem relações com nenhuma causa orgânica. No exame do estado mental e em situação social, verifica-se que o paciente encontra-se em situação desagradável, em que estas disfunções o ajudam a não entrar em contato com conflitos atuais, podendo ser uma forma de expressar dependência e ressentimento de forma indireta. Geralmente, o sujeito nega a presença de conflitos e problemas, atribuindo qualquer sentimento de angústia ao sintoma ou à consequência dele. É comum a existência de algumas características pré-morbidas de personalidade e das relações interpessoais, além do fato de pessoas próximas do paciente terem sofrido as mesmas sintomatologias físicas apresentadas pelo paciente. Esse transtorno pode acontecer na adolescência, com frequência leve e transitória, enquanto que as variedades crônicas são mais comuns em adultos jovens. Outro aspecto é que esse transtorno, em alguns indivíduos, tende a se repetir como padrão de comportamento nas situações de estresse, manifestando-se também na meia-idade e na velhice.

Com relação aos *transtornos motores dissociativos*, há uma disfunção da capacidade de mover um ou mais membros do corpo ou parte deles, podendo apresentar paralisia parcial, caracterizado por lentificação e fraqueza, ou total.

Nas convulsões dissociativas há uma característica próxima do que seria uma convulsão epilética, mas sem a apresentação de alguns comportamentos típicos da convulsão propriamente dita, a saber, morder a língua, incapacidade de continência urinária e perda da consciência.

Quanto à *anestesia e perda sensorial dissociativa*, as áreas anestésicas da pele não são explicadas pelo conhecimento médico e perdas sensoriais podem vir acompanhadas de queixas de parestesia. Quando há perda da visão, ela raramente é total, sendo geralmente caracterizada por perda da acuidade, borramento ou visão em túnel.

Os chamados *transtornos dissociativos ou conversivos mistos* incluirão manifestações de transtornos que se enquadram em mais de uma das especificidades citadas acima. Já os outros transtornos dissociativos ou conversivos, englobam a Síndrome de Ganser e o Transtorno de Personalidade Múltipla.

A Síndrome de Ganser é caracterizada pela apresentação voluntária de sintomas psiquiátricos considerados graves, com produção de respostas aproximadas incorretas a perguntas simples ou discurso despropositado. Tais sintomas apresentados são difíceis de serem categorizados em alguma categoria diagnóstica, uma vez que os sintomas aparecem de acordo com a idéia que o paciente possui acerca da doença mental. Pode ocorrer em comorbidade a outros transtornos como esquizofrenia, transtornos depressivos, factícios, estados tóxicos ou por efeito do uso de álcool. Além disso, muitas vezes, é associada a fenômenos dissociativos como amnésia, fuga, perturbações perceptivas e sintomas conversivos. Tal síndrome pode ter como fator predisponente um transtorno de personalidade grave, sendo difícil traçar diagnósticos diferenciais, pois a noção da natureza factícia dos sintomas somente é possível através da declaração do paciente sobre a falsidade dos sintomas ou de evidências a partir de testes psicológicos que apontam para a não confirmação de um transtorno legítimo (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Já o *transtorno de personalidade múltipla* se caracteriza pela presença de duas ou mais personalidades diferentes no mesmo indivíduo, que se apresentam em momentos alternados, sendo um transtorno raro, segundo o CID-10, apontando para

o caráter iatrogênico ou especificamente cultural desse transtorno. As personalidades possuem suas próprias memórias, comportamento e preferências, sendo uma delas predominante, mas sem acesso ao conteúdo das outras personalidades, a alternância no início se dá subitamente e em situações estressantes ou traumáticas.

Por último, são mencionados no CID-10 os transtornos dissociativos ou conversivos transitórios, que podem ocorrer na infância e adolescência, tendo como peculiaridade a etapa da vida; *outros transtornos dissociativos ou conversivos especificados*, incluindo a confusão psicogênica e o estado crepuscular; e *outros transtornos dissociativos ou conversivos não especificados*, caracterizando condições não suficientes quanto aos critérios dos transtornos especificados acima.

Segundo o DSM-IV, o Transtorno de Personalidade Histriônica é caracterizado por um padrão de emocionalidade exagerada e comportamentos de busca de atenção, sendo que tais pessoas sentem-se incomodadas quando não são o centro das atenções e buscam tê-la através de comportamentos inadequados, sexualmente provocadores ou sedutores. Inicialmente, são agradáveis com seu estilo dramático e animado de ser, mas com o tempo passam a ser evitados pelos outros pelo incômodo provocado por sua exigência inadequada de atenção. A expressão emocional pode ter uma característica de superficialidade e com rápidas mudanças, dando a impressão de ser ativadas e desativas com muita facilidade. No mesmo sentido, o discurso é impressionista, dramático, demonstrando fortes convicções de situações, porém com pouca clareza de detalhes, sendo muitas vezes vago e confuso. Muitas vezes, essas pessoas são influenciadas por pessoas ou situações, sendo muito vulneráveis às opiniões alheias. Em geral usam da aparência física para chamar atenção, podendo até investir muito dinheiro e energia em tais aspectos. Apresentam grandes dificuldades de relacionamento, mostram-se muito dependentes, tentando controlar seus parceiros através da sedução e manipulação emocional, podendo afastar as pessoas de si pelos pedidos de atenção em excesso. Na maioria das vezes ficam deprimidos e aborrecidos quando não são o centro das atenções, além de ter uma avidez pela novidade, estimulação e excitação, apresentando baixa tolerância à frustração e as situações de adiamento das gratificações. Podem apresentar risco de suicídio, o que clinicamente se manifesta por gestos e ameaças de suicídio, para chamar atenção e coagir outros para terem maior envolvimento consigo.

O transtorno de personalidade histriônica pode estar associado aos transtornos de somatização, conversivo e depressivo maior. Além disso, podem ser confundidos com outros transtornos de personalidade, por apresentarem características em comum. Outras vezes, o sujeito apresenta características de mais de um transtorno, podendo ter em concomitância tais diagnósticos.

Não raro, o transtorno de personalidade histriônico é comórbido aos transtornos de personalidade borderline, narcisista, dependente e anti-social. São aspectos em comum ao transtorno de personalidade borderline a questão da busca por atenção, emocionalidade lábil e exagerada, diferindo do observado no histriônico quanto a questão da autodestrutividade, interrupção colérica de relacionamentos íntimos, sentimentos de vazio e perturbação da identidade. Já em relação ao transtorno de personalidade anti-social as similaridades são a dificuldade de controle dos impulsos, a manipulação, sedução e busca por excitação. O que difere são os fins, pois o anti-social visa a obtenção de vantagens financeiras ou gratificação material, ao passo que no transtorno histriônico o objetivo é a obtenção de afeto e atenção. Em relação ao transtorno de personalidade narcisista, a diferença está no sentido da busca pela atenção, que se justifica pela obtenção de superioridade, enquanto no histriônico o objetivo é apresentar fragilidade e dependência. No transtorno de personalidade dependente o sujeito depende de elogios e aprovação dos outros, mas não apresenta a característica exuberante e exagerada do histriônico.

Para ser considerado um transtorno é necessário que esteja descartada a hipótese de uma condição médica geral e que o sujeito apresente prejuízo significativo da vida funcional e social.

Na CID-10 a descrição do transtorno de personalidade histriônico se assemelha a descrição do DSM-IV, a saber: características de personalidade em que o paciente busca situações em que seja o centro das atenções, preferindo situações e pessoas que a fazem sentir como tal. Apresenta afetividade lábil e superficial, e suas emoções são expressas de forma exagerada, com dramaticidade e teatralidade. Muitas vezes é sugestível, podendo ser influenciada por pessoas ou situações. A preocupação com a aparência física é exagerada e utiliza-se da sedução, inadequadamente, através do seu comportamento ou da sua aparência.

Verifica-se na descrição das manifestações clínicas dos transtornos dissociativos e histriônicos, com base nas classificações diagnósticas vigentes (CID-

10 e DSM IV-TR), uma diversidade de apresentações peculiares, que nem sempre, se diferenciam de modo exclusivo, configurando dificuldades diagnósticas. Nesse contexto, se insere o foco desse estudo ao abordar as contribuições da avaliação psicodinâmica de tais transtornos.

1.3. Aspectos Psicodinâmicos dos Transtornos Dissociativos e Histriônicos

A avaliação dos aspectos psicodinâmicos dos transtornos tem por finalidade compreender os aspectos estruturais e funcionais da personalidade, evidenciando os níveis de organização e os mecanismos de defesa. Abordar-se-á tais características quanto aos transtornos dissociativos e histriônicos.

Segundo Zimmerman (2004), o conceito de histeria recebeu várias formulações podendo estar presente em todas as psicopatologias. Contudo, afirma que o termo deve restringir a uma estruturação própria de personalidade, com características específicas que delimitem tal estrutura. Assim, o autor menciona os aspectos que fazem parte das especificidades que os pacientes histéricos apresentam, que serão descritos a seguir. As características subjacentes observadas na histeria, englobam: a baixa tolerância à frustração; o uso maciço de defesas repressivas; o uso excessivo da sedução; a função que o corpo assume, tanto em termos de valorização estética, quanto na manifestação conversiva e somatizadora; o discurso dramático e teatral baseado na percepção sensitiva e não reflexiva; as queixas inesgotáveis; a necessidade de obter reconhecimento pelos outros e a busca de garantias de ser amada e desejada; a capacidade de despertar sentimentos aversivos nos outros, favorecendo que maus tratos sejam dirigidos a si, confirmando assim a sua teoria de vitimização e injustiça; a labilidade afetiva; o sofrimento acentuado frente a perdas e separações.

Destaca-se nos transtornos histriônicos a presença de manifestação sintomática originada a partir de um trauma de ordem psíquica, o que reflete o conflito entre idéias conscientes e inconscientes, sendo tal conflito o que produz o sintoma. Segundo Freud a histeria está relacionada a fase fálica do desenvolvimento psicosexual infantil, inferindo que as histéricas sofrem de reminiscências e os sintomas representam uma negociação entre o desejo sexual recalcado e a sua

expressão consciente, sendo que algo intolerável no psiquismo transforma-se em sintoma somático e assim ganha expressividade (FROTA, 2010).

Frota (2010) afirma que, segundo os psicanalistas, a histeria abarca uma variedade de patologias, podendo entrar tanto no grupo das neuroses quanto das psicoses, já que atravessam os estados borderline e narcisísticos graves, abarcando uma plasticidade de sintomas. Ressalta ser este o motivo pelo qual muitos profissionais ficam confusos quanto ao tratamento desses pacientes, cujas manifestações clínicas dão margem a hipóteses de patologias primitivas. Assim, justifica a complexidade em descrever a histeria em sinais e sintomas que se incluam dentro de categorias nosológicas específicas, fundamentando a necessidade de compreensão psicodinâmica.

Para os objetivos desse estudo, buscar-se-á apresentar aspectos psicodinâmicos característicos da histeria, tal como ela é abordada nos manuais diagnósticos de psiquiatria, a saber: o transtorno dissociativo e o transtorno de personalidade histriônica. As peculiaridades da psicodinâmica destes transtornos, serão abordadas tendo por referência básica Gabbard (2006).

O transtorno dissociativo é caracterizado por uma disfunção na capacidade integrativa da percepção, memória, identidade ou consciência. Esse transtorno é associado a traumas precoces vivenciados pelo paciente, contudo, esse não pode ser considerado isoladamente como único fator predisponente para o transtorno. As representações conflitivas do *self* são separadas em compartimentos mentais diferentes, a fim de que as recordações do *self* traumatizado não sejam acessados pelo *self* adaptado do dia a dia.

O transtorno dissociativo tem como defesa básica a dissociação, maneira encontrada pelo indivíduo de se defender do trauma através de um desligamento dissociativo, de modo a evitar os afetos dolorosos. Assim, os conteúdos traumáticos são banidos da mente do indivíduo, porém, permanecem em consciências paralelas e podem ser mobilizados, diferente da repressão em que os conteúdos são totalmente enviados para o inconsciente. Nesse transtorno a dissociação assume dois papéis, afasta o indivíduo de uma situação traumática, no momento em que ela se manifesta, e protela a aproximação com o evento cuja finalidade é a elaboração.

Do ponto de vista da história de vida, considera-se a presença de uma relação entre trauma e vínculo vivenciados por tais pacientes com os seus pais, o que implica em uma redução da capacidade de pensar as experiências e os

relacionamentos de maneira integrada, separando de maneira defensiva os relatos de sentimentos dos pensamentos. Assim, tais pacientes tendem a repetir padrões de relacionamentos onde são novamente vítimas de abuso, como uma tentativa de dominar o que antes foi vivido passivamente.

Ao descrever o funcionamento psicodinâmico de um paciente com transtorno de personalidade histriônico, encontram-se muitas das características dos pacientes histéricos. Isso porque ambos apresentam dificuldades em fases psicosexuais iniciais do desenvolvimento, a saber: vivência de privação materna durante a fase oral e a dificuldade de elaboração do conflito edípico e de uma identidade sexual definida. Apesar dessas semelhanças, a personalidade histriônica tem suas origens em uma questão relativa a uma fase mais precoce do desenvolvimento, em que a ausência de maternagem implica na busca de satisfação das necessidades primárias no pai.

O estilo cognitivo do histérico e histriônico é generalista, difuso e de baixa qualidade descritiva, tendo dificuldade em expressar de maneira clara e com detalhes as suas experiências de modo a enriquecer o seu discurso. Verifica-se uma falha na capacidade em integrar dados, conseqüências e detalhes na experiência vivida. Tal fenômeno é o reflexo da inibição do processamento das informações e da utilização de defesas para atenuar emoções intensas.

A distinção entre personalidade histérica e histriônica é pouco precisa, pois enquanto alguns consideram gradações de um continuum, outros consideram como sendo transtornos diferentes. No mais, há concordância de que os pacientes histéricos apresentam o nível de integração do *self* mais preservado, inclusive quanto a forma como percebem os outros. Já em pacientes histriônicos, há uma fixação a nível diádico de relações primárias, em que o outro é percebido como extensão de si próprio, favorecendo a tendência a apresentar características de apego inseguro com marcada dependência, sendo a separação associada a elevados níveis de angústia, denotando prejuízos na esfera de relacionamentos.

Com relação ao funcionamento social, é comum o paciente com transtorno de personalidade histriônica apresentar dificuldades no trabalho visto que a falta de objetivos determinados, a dependência do outro e os sentimentos de desamparo prejudicam a sua capacidade de realizar as tarefas por si próprio, com independência.

As defesas mais empregadas por esses pacientes para diminuir a mobilização afetiva são a repressão, a negação, a dissociação e a supressão. Contudo, tal inibição das emoções pode favorecer rompantes de manifestações exageradas, a fim de despertar reações comportamentais nas pessoas. Outra defesa utilizada é a emocionalidade que, ao apresentar de maneira intensa o afeto, faz com que essa expressão se dê a nível superficial, funcionando como barreira aos afetos profundos a serem evitados. Muitas vezes, o transtorno de personalidade histriônico apresenta semelhanças com o transtorno dissociativo, devido a reação dos pacientes frente às suas crises, pois referem que pareciam ter uma outra pessoa assumindo o controle de si, no momento da crise, ou não recordam do que fizeram.

Verifica-se, nas descrições, a presença de alguns aspectos em comum nos transtornos de personalidade histriônica e no transtorno dissociativo, o que dificulta definir o diagnóstico de tais pacientes, dada a superposição de manifestações clínicas. Mas, por outro lado, verifica-se também a presença de peculiaridades que fazem diferença na compreensão desses transtornos e do tratamento dos mesmos.

1.4. Avaliação Psicodiagnóstica no contexto psiquiátrico

A contribuição da avaliação psicodinâmica em psiquiatria se insere no contexto da caracterização das peculiaridades da organização da personalidade e, segundo Gabbard (2006), tal avaliação favorece uma compreensão mais integrada do paciente, levando em consideração as suas forças e fraquezas quanto à organização da personalidade o que permite a compreensão de aspectos peculiares dos transtornos.

O referido autor menciona também a importância de ter como referência um diagnóstico descritivo, cuja função é ajudar o profissional nas condutas farmacológicas, afirmando que tal diagnóstico associado ao diagnóstico psicodinâmico poderá contribuir inclusive para a compreensão do significado que a medicação prescrita terá no tratamento daquele paciente. Assim, aponta que a avaliação psicodinâmica complementa as informações obtidas pelo diagnóstico descritivo, auxiliando no planejamento de propostas de intervenção mais eficazes, fornecendo informações mais precisas sobre o prognóstico. O diagnóstico

psicodinâmico pode ser estabelecido com base na avaliação psicológica, a partir de entrevistas, e testes projetivos, sendo que a integração de tais informações obtidas por diferentes fontes ao longo da história de vida, são compreendidas à luz dos conceitos psicodinâmicos relativos a organização e as defesas que integram a personalidade.

Para Ocampo (2001) o processo de psicodiagnóstico visa compreender e descrever aspectos relativos à personalidade do indivíduo, considerando os aspectos patológicos e os adaptativos.

Garcia-Santos e Werlang (2010) relatam que a personalidade corresponde à formação de padrões de idéias unificadas ao processo de execução das tarefas, presentes em todas as ações do indivíduo, sob a influência de determinantes pessoais e particulares de cada um. Referem que no desenvolvimento da personalidade, o sujeito passa por uma série de etapas que vão desde a infância até a velhice, o que exige que o sujeito se adapte às novas situações. A forma como foram atravessadas no curso do desenvolvimento cada etapa da vida, se reflete na formação da personalidade do indivíduo como um todo, caracterizando os traços de personalidade que dizem respeito à tendência do indivíduo a reagir de determinada maneira frente às situações. Neste sentido, destacam a relevância de compreender de maneira aprofundada a forma como se encontra a integração da personalidade do indivíduo, de modo a identificar os aspectos patológicos e desadaptativos. Nesse contexto se insere a contribuição do processo de psicodiagnóstico, no qual são utilizadas técnicas projetivas e entrevistas, integradas e analisadas de maneira global, visando à compreensão da personalidade.

As técnicas projetivas, segundo Chabert (2004) favorecem a expressão de aspectos inconscientes da personalidade a partir da projeção de conteúdos internos de cada pessoa, o que é facilitado pela característica típica da proposta projetiva, expressa por um estímulo pouco estruturado em contexto de uma tarefa definida.

Dentre as técnicas projetivas, destacar-se à para os objetivos desse estudo o Psicodiagnóstico de Rorschach, o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister e o Desenho da Figura Humana, os quais serão apresentados de forma breve nos próximos parágrafos.

O Psicodiagnóstico de Rorschach é uma técnica que se caracteriza pela apresentação de estímulos não estruturados, por meio de 10 lâminas contendo borrões de tinta, em que o sujeito é orientado a fazer associações perceptivas. Nesta

técnica é possível avaliar tanto a estrutura da personalidade quanto o funcionamento psicodinâmico relativos aos padrões cognitivos e afetivo-emocionais do sujeito (CHABERT, 1993).

A análise do método de Rorschach não está relacionada a qualquer teoria da personalidade específica, pois se adéqua a todas as teorias a respeito da personalidade, uma vez que os dados encontrados a partir deste método podem ser analisados a luz do referencial psicanalítico, sociológico, fisiológico, educacional ou ainda, integrando tais abordagens (Yazigi, 2010).

Chabert (1993) referiu que a introdução nas classificações diagnósticas de funcionamentos-limites identificados e também colocados como objeto de estudo da psicanálise, acarretou variações na utilização do Rorschach, com necessidade de resignificações e de reformulações quanto aos critérios até então utilizados para discriminar as organizações neuróticas das organizações psicóticas. Esses critérios se referem: a maneira e qualidade de relação com o real, o duplo jogo em processos primários e secundários, o registro conflitual e a análise dos mecanismos de defesas. Tais critérios ainda são utilizados e mesmo com reformulações em sua aplicação, algumas vezes não distinguem precisamente as organizações neuróticas dos funcionamentos limites, uma vez que compartilham de algumas defesas.

A mesma autora ainda afirma que o Rorschach não nos fornecia claramente as modalidades do funcionamento neurótico, como sendo esse um limite da técnica, cabendo aos que se utilizam dela estudos mais amplos acerca da diferenciação entre este e os estados-limites, definindo pontos seguros que minimizem os possíveis desvios que levam a negação ou a confusão da essência estrutural.

Sob essa proposição, sintetiza informações de uma revisão bibliográfica realizada por Timsit sobre o tema, delimitando as características de funcionamento das neuroses e dos estados-limites no Rorschach. Assim, Chabert (1993) enumera as seguintes características: a análise dos determinantes formais, F%, se referem à noção de “*compromisso*” que é estabelecido entre o princípio do prazer e o da realidade, defesa e desejo, ainda que estejam em desequilíbrio uma com a outra. Pode haver investimento em forma, predominando K e C, sem alteração relevante da relação com o real, característicos de funcionamento neurótico em que vigora o princípio da realidade. Por outro lado, em organizações neuróticas com maior comprometimento, ocorre transbordamento de K e C, caracterizando invasão de afetos e fantasias que comprometem de maneira importante a relação com o real, o

que justifica vivências delirantes, semelhantes às psicoses. A diferenciação entre as produções de neuróticos e limites é complexa, sendo por vezes marcada por um funcionamento narcísico, que pela estabilidade de defesas aparenta uma preservação do protocolo, o que sugere formações de compromisso.

Assim, para a classificação de um funcionamento neurótico, a oscilação entre processos primários e secundários precisam corresponder a determinados critérios. Na avaliação de estado-limite, tal oscilação mostra-se mais deficitárias em relação aos processos secundários efetivos. Em neuróticos, ainda que tenha efeitos desorganizantes, há uma flexibilidade no funcionamento favorável, em contato maior com aspectos inconscientes que favorecem a elaboração. Já pacientes com funcionamentos-limite, seu psiquismo se abstém do inconsciente em detrimento de operações desmentalizadas, com manifestações de mecanismos concretos e poucos recursos de abstração, através da ação ou somatização (CHABERT, 1993). “A neurose histérica se caracteriza segundo R. Schafer pela repartição do TRI (extratensivo), pela prevalência de respostas C colocando o acento sobre a labilidade emocional, pela ausência ou raridade das K, o que traduz para ele a importância da repressão.” (CHABERT, 1993, p. 18).

Para Garcia-Santos e Werlang (2010), respostas que contenham movimento humano indicam recursos para a percepção interpessoal, sendo este um indicador favorável no sentido de relações adaptativas com os outros.

Assim, a técnica de Rorschach é considerada relevante e válida para a realização tanto do psicodiagnóstico geral quanto do diagnóstico diferencial, como por exemplo na avaliação de transtornos de personalidade, devido a diversidade análise relativa a variáveis quantitativas e qualitativas. Porém, para que os resultados sejam fidedignos e tenha validade é necessário que o examinador possua uma compreensão teórica acerca da psicopatologia e da psicologia clínica, associados à experiência prática na aplicação e integração dos dados desta técnica, o que favorecerão a uma compreensão do indivíduo avaliado (VAZ, 1997).

Outro teste projetivo a ser abordado é o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, que tem como pressuposto projetivo o simbolismo das cores, tendo como tarefa definida a construção de pirâmides coloridas. O teste contribui para a compreensão da dinâmica afetiva e das habilidades cognitivas, a partir da forma como o indivíduo realiza a tarefa e as escolhas por ele efetuadas. Na análise do protocolo, é levado em consideração o ritmo, as trocas, aspectos formais, dentre

eles a forma de execução e o significado das cores, das síndromes (agrupamento de cores específicas) e da combinação entre cores e síndromes (VILLEMOR-AMARAL, 2005).

Na análise dos resultados do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, a forma como foram construídas as pirâmides fornecem informações sobre a percepção, e sobre os recursos de controle racional sobre os afetos e as emoções. Já as cores escolhidas indicam aspectos do mundo interno que são projetados na forma originada pela construção das pirâmides. Trata-se de uma técnica bastante utilizada em avaliações, porém ainda são poucos os estudos e investigações mais específicas que ajudam a traçar perfis de diagnósticos específicos (FARIA, 2008).

Segundo Villemor-Amaral e Franco (2011) o aspecto formal da pirâmide tem relação com os recursos emocionais e cognitivos do sujeito, representando a maneira como ele lida com suas emoções. A estruturação da pirâmide indica o nível de maturidade emocional, sendo as pirâmides menos estruturadas indicativas de maior imaturidade no trato com as emoções.

Para Marques (1988) a interpretação da estrutura da pirâmide não é suficiente para compreender o nível de maturidade do sujeito, pois faz-se necessário considerar outras variáveis contidas no teste, especialmente as cores selecionadas e a frequência que foram utilizadas, bem como a análise das síndromes.

Em estudo realizado por Faria (2008), com pacientes diagnosticadas com Transtorno Dissociativo de Identidade ou Personalidade Múltipla foram relatados como típicos no Pfister alguns indicadores, a saber: síndrome esbranquiçada, pirâmides decepadas ou mutiladas, sugerindo estrutura de personalidade frágil ou possíveis alterações do pensamento.

No contexto das técnicas projetivas, outra técnica comumente utilizada para compreensão da personalidade é o Desenho da Figura Humana, que consiste na representação gráfica da imagem corporal, caracterizando pelo desenho a projeção de sua identidade, que revelam aspectos sobre o conceito de si mesmo e sobre o funcionamento de seu corpo (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2002).

Campos (1987) refere que a descoberta da representação gráfica como técnica projetiva contribuiu muito para a identificação dos conflitos profundos, já que, pelas suas características, a tarefa gráfica desperta respostas mais espontâneas e menos ansiogênicas por parte do sujeito, sendo inclusive indicada como a primeira técnica dentre uma bateria de testes.

Segundo Retondo (2000), o desenho da figura da pessoa pode incitar diferentes formas de projeção: o auto-retrato, em que o sujeito representa o que ele acredita que seja; o eu ideal ou ideal de ego, quando são desenhadas pessoas com características diferentes das próprias do sujeito, de forma a compensar as dificuldades e características percebidas como negativas por ele; pessoas significativas, quando projetadas figuras de muita importância como pais, pessoas do meio social como professores, tios, a quem admiram, respeitam e de quem recebem influência direta.

Para Souza (2000), o esquema corporal apresenta diferentes instâncias, a inconsciente, pré-consciente e consciente, e refere que a imagem do corpo se encontra sempre inconsciente. Para ele, o esquema corporal contempla a fonte das pulsões e a imagem do corpo pode representar o que está no plano imaginário, expressando tais pulsões de maneira simbólica.

Buck (2003) refere que a qualidade do desenho representada pelo sujeito pode indicar a forma como a pessoa se relaciona com as outras e também como submete o self e as relações interpessoais frente à situação de avaliação objetiva.

Verifica-se que nas diferentes técnicas projetivas é ressaltada a sua potencial contribuição para o diagnóstico psicodinâmico. Dada a utilidade clínica da avaliação psicodinâmica, como complementar a avaliação descritiva diagnóstica, e a sua potencial contribuição para uma compreensão mais aprofundada dos pacientes psiquiátricos com transtorno de personalidade, pretende-se nesse estudo integrar tais recursos para a compreensão do funcionamento da personalidade de pacientes com transtorno histriônico e dissociativo, por meio das avaliações clínica e psicodiagnóstica, com utilização de testes projetivos.

2. OBJETIVO

Caracterizar, por meio de estudos de casos, de pacientes com diagnóstico psicodinâmico de Transtorno Dissociativo e Transtorno de Personalidade Histriônica, os aspectos relativos às manifestações clínicas e de organização da personalidade, tendo por referência a avaliação psicodiagnóstica, por meio da entrevista clínica, do Rorschach, do Pfister e do HTP.

3. MÉTODO

3.1. Participantes

Serão considerados para a análise os protocolos de avaliação psicológica de duas pacientes psiquiátricas, atendidas junto à divisão de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). As avaliações foram solicitadas ao serviço de Psicologia, para esclarecimento diagnóstico, sendo realizadas com objetivos clínicos, dada a dificuldade de compreensão das características dissociativas e histriônicas apresentadas pelas pacientes, em associação a indicadores psicóticos e de transtorno afetivo.

Antes de iniciar o processo de avaliação psicológica, foram esclarecidos os objetivos da mesma, bem como a possibilidade do material ser utilizado em pesquisa, abordou-se a questão do sigilo, bem como o compromisso com a realização da entrevista devolutiva, atendendo aos princípios éticos recomendados. Somente com o consentimento explícito das pacientes foi iniciado o processo do psicodiagnóstico.

Na tabela 1, estão apresentadas as características sócio-demográficas das pacientes avaliadas.

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica das pacientes

<i>Transtornos</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Est. Civil</i>	<i>Profissão</i>	<i>Ativo</i>
<i>Caso 1</i> <i>Dissociativo</i>	25	Médio Completo	Solteira	Estudante	Sim
<i>Caso 2</i> <i>Histriônico</i>	45	Médio Incompleto	Separada	Bancária e comerciante	Não

As avaliações realizadas são de duas mulheres, com diferenças quanto as idades, estado civil e escolaridade. Com relação a paciente do caso 1 (Transtorno Dissociativo), esta estava ativa na sua ocupação de estudante no período em que foi realizada a avaliação, enquanto que a paciente do caso 2 (Personalidade Histriônica) estava inativa no momento em que foi avaliada, embora tenha exercido atividade laboral remunerada após a interrupção do ensino médio. Além disso, a paciente do caso 2 apresentou histórico de relacionamento conjugal e maternagem antes do período de adoecimento.

3.2. Instrumentos

- Entrevista Clínica Psiquiátrica, abrangendo os tópicos: História da Moléstia Atual, Antecedentes Pessoais e Psiquiátricos – informações relatadas e coletadas dos prontuários médicos junto ao HCFMRP - USP.
- Psicodiagnóstico de Rorschach, 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).
- Bateria de Grafismo de Hammer – HTP, aplicado, codificado, e interpretado com base nos indicadores segundo as normas brasileiras propostas por Buck (2003). Para os objetivos do estudo considerou-se apenas os indicadores relativos às Figuras Humanas, tendo como foco os aspectos da identidade.

3.3. Procedimento

A avaliação psicológica ocorreu quando as pacientes, atendidas pelos setores da Psiquiatria, estavam no caso 1 em seguimento ambulatorial e no caso 2, em regime de semi-internação. Para tanto, foram realizadas sessões individuais, por psicólogas treinadas para a aplicação de técnicas específicas de avaliação da personalidade e funcionamento psicodinâmico. Posteriormente, foi feita a codificação do material, supervisionado de modo independente, por dois psicólogos experientes. Para a análise dos estudos de caso adotou-se as codificações de consenso entre os três avaliadores.

Os indicadores das técnicas e os dados da 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 adaptativo, agrupando:
 - a) *produção*: número de respostas absolutas (R), respostas adicionais (Rad), denegações (Deneg), recusas (Rc), respostas movimento humano ($\sum K$), parcial humano (kp), animal (kan) e objeto (kob);
 - b) *aspectos relativos ao controle lógico*: porcentagem de respostas forma (F%), porcentagem de resposta forma bem vista (F+%), porcentagem de resposta forma bem vista associadas a outros determinantes (F+ext%); número de respostas com tendência posição (Pos); adaptação ao real, por meio dos tipos de percepção global (G%), detalhe (D%) e pequeno detalhe (Dd%); e da porcentagem de resposta animal (A%) e de resposta banalidades (Ban%);
 - 2 – Funcionamento afetivo, agrupando:
 - a) *tipos de vivências*: 1ª. Formula (T.R.I. - $\sum K: \sum Cp$), 2ª. Formula – Vivências Latentes ($\sum k: \sum Ep$) e 3ª. Formula (Nº de R das Pranchas VIII, IX e X);

$$R$$
 - b) *controle geral*: por meio da porcentagem de resposta forma (F%) e específico, porcentagem de respostas forma associadas à cor, estompagem e movimento (FC: CF+C, FE: EF+E, $\sum K: \sum k$);

c) *Formula de Angústia*, por meio de $(\frac{Hd+Sx+Anat}{R} \geq 12\%)$;

R

- Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, levando-se em consideração os indicadores relativos a:
 - a) *produção*: o ritmo de trabalho, o modo de execução das pirâmides, os aspectos formais e fórmula cromática, síndromes e cores.
 - b) *organização do funcionamento da personalidade*, por meio das síndromes normal ($Az\%+Vm\%+Vd\%$), estímulo ($Vm\%+Am\%+La\%$), fria ($Az\%+Vd\%+Vi\%$) e incolor ($Pr\%+Br\%+Ci\%$).
 - c) *manifestações afetivas*, por meio da porcentagem de cores na média (n), aumentadas (↑) e diminuídas (↓).

- Bateria de Grafismo de Hammer – HTP, levando-se em consideração os indicadores relativos as representações das duas figuras humanas e seus significados, a saber:
 - a) *produção*, avaliada por meio da qualidade das representações das figuras masculina e feminina, tendo por referência a presença ou ausência de: rasuras, distorções, transparência, movimento e qualidade do traçado.
 - b) *manifestações afetivas*, avaliadas pela presença ou ausência de linha de solo, do tamanho das figuras representadas e qualidade das representações.
 - c) *organização da identidade*, avaliada por meio dos indicadores: ordem de representação das figuras, diferenciação de gênero e temática.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão descritos os principais dados quanto: a) à história clínica, destacando as principais manifestações clínicas apresentadas pelas pacientes; b) aos indicadores do Rorschach por meio do funcionamento lógico a afetivo; c) aos indicadores do Pfister relativos aos aspectos formais, síndromes e cores; d) aos indicadores de Bateria de Grafismo de Hammer – HTP, considerando apenas as representações das duas figuras humanas. Os dados serão discutidos concomitantes a apresentação.

Os indicadores da história clínica foram obtidos por entrevistas realizadas ao longo do atendimento das pacientes, tendo também como fonte os registros dos prontuários.

Na tabela 2, estão apresentadas as condições clínicas das pacientes avaliadas.

Tabela 2 – Caracterização da situação clínica das pacientes por ocasião psicodiagnóstica.

Transtornos	Hipóteses e dúvidas diagnósticas	Motivos da Internação/ Tratamento	Comorbidades	Medicação em uso
<i>Caso 1 Dissociativo</i>	Esquizofrenia Transtorno de Personalidade	Crise dissociativa; Delírios; Alucinações.	---	Antipsicótico 2ª Geração
<i>Caso 2 Histriônico</i>	Transtorno Afetivo Bipolar com sintomas psicóticos; Esquizoafetivo	Manifestações dissociativas; Tentativa de suicídio; Tristeza; Nervosismo Insônia; Vozes de comando; Alucinação visual.		Antipsicótico 2ª. Geração, Antidepressivo (ISRSs) Benzodiazepínico Estabilizador de humor

Observa-se que ambas receberam diversas hipóteses diagnósticas, e apresentavam, além das manifestações dissociativas, indicadores psicóticos, sendo que no transtorno dissociativo, caso 1, a paciente apresentou sintomas de alterações do pensamento e da sensopercepção, justificando as hipóteses de transtorno do pensamento, ao passo que no histriônico, caso 2, foram relatados a alteração da sensopercepção e também sintomas de humor, remetendo a dúvidas diagnósticas quanto a um transtorno do humor com sintomas psicóticos ou de um transtorno do pensamento primário, associado a um transtorno de humor.

No caso 1, embora as manifestações dissociativas tenham sido as características predominantes, observou-se que não foram preenchidos todos os critérios para alguma classe específica dos transtornos dissociativos. Sendo assim, caracterizou-se um transtorno dissociativo sem outra especificação, como mencionado no DSM-IV-TR (APA, 2003). Nesta categoria se pode pensar na síndrome de Ganser, que segundo Kaplan; Sadock; Grebb (1997) se caracteriza pela apresentação voluntária de sintomas psiquiátricos a partir da percepção que o indivíduo tem da doença mental, e nesse caso, tal paciente apresentou os mesmos sintomas que um familiar próximo. Outro aspecto mencionado por estes autores foi que tal síndrome pode advir de um transtorno de personalidade grave. Essa diversidade de possibilidades corroborou-se neste caso com as dúvidas diagnósticas, com hipóteses clínicas de esquizofrenia ou transtorno de personalidade.

As características de personalidade histriônica, classificadas no caso 2, mostraram-se em consonância aos aspectos citados por Kaplan; Sadock; Grebb (1997) tais como a instabilidade do humor, ataques de raiva e comprometimento no teste do real frente a situações mobilizadoras, e, em função de tais características, faz-se importante realizar o diferencial com o transtorno de personalidade borderline. Além disso, a diversidade de manifestações presentes no caso 2, de personalidade histriônica, implicou em dificuldades de fazer o diagnóstico diferencial com relação a transtorno psicótico breve, transtorno de somatização e transtorno dissociativo. A plasticidade de sintomas em ambos os casos confirma o que foi mencionado por Zimmerman (2004) a respeito das manifestações clínicas apresentadas na histeria serem comuns em diversas patologias, o que dificulta a classificação de tais pacientes em alguma classe nosológica específica tal como descrita nos manuais de classificação diagnóstica.

Outro aspecto a ser comentado é a sobreposição dos sintomas apresentados por estas pacientes, o que é sugestivo de hipóteses diagnósticas tanto do grupo das neuroses quanto de psicoses. Considera-se que essa sobreposição dificulta o manejo e a direção do tratamento, o que aponta para a necessidade de avaliação psicodinâmica para melhor compreensão dos níveis dos sintomas e defesas, como relatados por Frota (2010).

Na tabela 3 estão apresentadas as principais manifestações clínicas das pacientes avaliadas.

Tabela 3 – Caracterização das manifestações clínicas psiquiátricas relativas aos principais sintomas presentes na história da doença, por ocasião da avaliação psicodiagnóstica.

Transtornos	<i>Duração da doença</i>	<i>Desencadeante</i>	<i>Início do tratamento</i>	<i>Principais sintomas história clínica</i>	<i>Sintomas atuais- motivo da internação/ Tratamento</i>
<i>Caso 1 Dissociativo</i>	9 anos	Irmão com sintomas psicóticos	8 anos atrás	Dissociação Alteração do humor - hipomania e depressão; Ideação e tentativa de suicídio; Alucinações visuais e auditivas; Dificuldade de atenção; Persecutoriedade.	Dissociação - ouve vozes e incorpora espíritos; Delírios; Alucinações.
<i>Caso 2 Histriônico</i>	4 anos	Morte do pai; Traição e Separação do marido; Perda do emprego e do carro.	4 anos atrás	Dissociação; Tristeza; Anedonia; Persecutoriedade; Pensamentos de morte; Tentativa de suicídio; Alucinação visual e auditiva; Medo e ansiedade.	Dissociação; Tristeza, anedonia; Persecutoriedade; Pensamentos de morte; Pouca adesão ao tratamento medicamentoso.

Observou-se diferenças quanto a idade em que os sintomas apareceram nos dois casos, sendo o caso 1 (Transtorno Dissociativo) iniciado na adolescência, enquanto o caso 2 (Personalidade Histriônica) iniciado na idade adulta. Ambas pacientes referiram como fator desencadeante estressores experimentados com

familiares, uma caracterizada por adoecimento de familiar (caso 1) e a outra por morte paterna e separação conjugal (caso 2), acrescido por fator de perda do emprego e patrimônio.

Os sintomas relatados na história clínica mostraram que ambas as pacientes apresentaram manifestações dissociativas, sintomas relacionados ao humor, sintomas psicóticos, além de persecutoriedade e de tentativas de suicídio. As características dissociativas apresentadas no caso 1, tem como manifestação a referência a transe de possessão, sendo tal indicador critério para a classificação dos transtornos dissociativos sem outra especificação segundo o DSM-IV-TR (Apa, 2003). A diferença foi que no caso 1, a paciente apresentou também prejuízos cognitivos e sintomas psicóticos característicos de uma alteração do pensamento, ao passo que a paciente do caso 2 manifestou medo, ansiedade e sintomas psicóticos relativos à alteração da sensopercepção.

Os motivos da busca pelo tratamento, no momento que foi realizada a avaliação, tiveram em comum as manifestações dissociativas e diferiram quanto aos sintomas principais, no caso 1, os sintomas psicóticos e no caso 2, os sintomas de humor deprimido, com pensamentos de morte e persecutoriedade, com pouca adesão ao tratamento medicamentoso.

Observando as manifestações clínicas descritivas apresentadas nos dois casos, verificou-se a presença de características sintomatológicas comuns, sendo que tal dado é concordante com o mencionado por Gabbard (2006), também para o funcionamento psicodinâmico dos pacientes histriônico e histérico.

Além disso, o início da doença ou o agravamento ocorreu em função de aspectos relativos à esfera de relacionamentos. No caso do transtorno dissociativo, o fator desencadeante teve a ver com a manifestação do mesmo sintoma apresentado por um familiar próximo, fato este que vai no sentido da característica de sugestibilidade apresentada por esses pacientes, como mencionado por Zimmerman (2004). No caso do transtorno histriônico, a questão relativa ao relacionamento que favoreceu o agravamento da doença foi a perda e a separação de vínculos com pessoas significativas, sendo que tal indicador pode ser referido como um dos critérios descritivos da personalidade histriônica, a saber, a excessiva dependência, como apontada por Kaplan; Sadock; Grebb (1997). Isso é corroborado com a afirmativa de Gabbard (2006), que para os pacientes com este transtorno a separação de objetos importantes é algo catastrófico e de muita angústia, uma vez

que tendem a se relacionar com o outro a nível diático e simbiótico, com característica de marcada dependência do outro e pouca diferenciação eu-outro.

Na tabela 4 são apresentadas as principais manifestações clínicas e comportamentais peculiares das pacientes avaliadas.

Tabela 4 – Caracterização de algumas manifestações clínicas e comportamentais peculiares, ao longo da história clínica, apresentadas pelas pacientes

<i>Transtornos</i>	<i>Expressividade dos afetos</i>	<i>Comunicação e Relacionamentos</i>	<i>Evolução Clínica</i>
<i>Caso 1 Dissociativo</i>	Dissociada Dramaticidade Teatralidade	Bom relacionamento com todos de casa. Apego elevado à figura paterna. Amizades com pessoas mais velhas.	Bom funcionamento, apesar de manterem os delírios e alucinações, mesmo medicada com clozapina. Manejo dos sintomas através de medicação, em consultas.
<i>Caso 2 Histriônico</i>	Retraimento Contenção Impulsividade Teatralidade	Fechamento, pouca expressão afetiva Passividade	Melhora parcial dos sintomas, remissão incompleta da depressão. Pouca adesão medicamentosa. Para manejo dos sintomas consta 3 internações intensivas e 1 semi-intensiva.

Verifica-se peculiaridades quanto à forma de manifestação dos afetos, sendo uma com a expressividade atuada no ambiente, caso 1, enquanto a outra mais auto-voltada, caso 2, com momentos de impulsividade, correspondendo no caso 1 ao critério mencionado no DSM-IV-TR (Apa, 2003) de mudança abrupta nas expressão das emoções, expressas de forma exagerada e teatral. No caso 1 a expressão dos afetos se faz de forma dissociada, através da dramaticidade e teatralidade, ao passo que, no caso 2, a paciente apresenta uma tendência a expressar os afetos de maneira mais contida, por meio do retraimento, contenção e de alguns momentos impulsivos. Em se tratando de relacionamentos, ambas referiram relações restritas

ao ambiente familiar no momento que foi realizada a avaliação, e superficialidade nos relacionamentos fora deste âmbito. Nos dois casos a evolução clínica seguiu com a permanência de alguns sintomas que levaram a busca pelo tratamento, no caso 2 com necessidade de internação intensiva e semi-intensiva, e no caso 1 os sintomas estavam sendo manejados em regime ambulatorial.

Apesar de a expressão afetiva ser distintas nos casos apresentados, uma mais contida e auto-voltada, outra mais expressiva e voltada para o ambiente, ainda está presente, nos dois casos, uma falha em representar e simbolizar as vivências, que, conforme verificado por Gabbard (2006), se explica pela disfunção em integrar dados e aspectos das experiências, além do estilo cognitivo generalista, difuso e com baixa qualidade descritiva de pacientes com estes transtornos. Tal dificuldade assume um papel de defesa, visando atenuar e evitar emoções intensas e dolorosas, sendo que as diferenças entre os transtornos vão se expressar a partir das defesas empregadas, predominando a negação, dissociação e supressão, no transtorno dissociativo, e no histriônico predominando as defesas dissociativas.

As defesas empregadas por cada um dos casos podem fazer parte de um ou outros transtornos, com defesas borderline ou narcisísticas graves, como referido por Gabbard (2006). Assim, verifica-se a dificuldade em diferenciar e discriminar tais transtornos a nível do funcionamento e das defesas, sendo inclusive mencionado por Gabbard que estes transtornos podem ser considerados como um continuum. Ao se verificar a questão da gravidade comparando os dois diagnósticos, pôde ser observado que no caso 2 há um maior comprometimento que no caso 1, pois enquanto um caso foi possível manejar a crise em regime ambulatorial, o outro precisou de mais de uma internação. Tal constatação vai no sentido do que Gabbard considera sobre os transtornos de personalidade histriônicas, como sendo ainda de maior gravidade, uma vez que tais pacientes apresentam um nível de integração do self ainda mais imaturo, o que prejudica ainda mais as relações e o funcionamento global do indivíduo.

Apresentar-se-à a seguir, os indicadores relativos a avaliação por meio do Rorschach, tendo por referência as comparações com os dados normativos de Pasion (2000).

Na tabela 5 são apresentadas os indicadores do funcionamento lógico, obtidos por meio do Rorschach, quanto a produção e controle.

Tabela 5 – Indicadores relativos ao funcionamento lógico avaliados por meio do Rorschach relativos à produção e controle, apresentados pelas pacientes com Transtorno Dissociativo e Transtorno de Personalidade Histriônica

<i>Transtornos</i>	<i>Produção</i>				<i>Controle</i>				
	R	Rad	Deng	Rc	ΣK	F%	F+%	F+ext %	Pos
<i>Caso 1 Dissociativo</i>	↓	↑	1	0	1K+ 5kan (3+ e 2-)	n	n	n↓	0
<i>Caso 2 Histriônico</i>	↓↓	n	0	5	1kan+	↑↑	↑↑	↑↑	3

↑- aumentado com relação à norma; ↓- diminuído com relação à norma; n – dentro do valor normativo; Deng – denegação

Constatou-se uma produção quantitativamente diminuída nos dois casos, verificando-se uma redução ainda maior no caso 2, da paciente com Transtorno de Personalidade Histriônica, que apresentou a metade de respostas do que seria esperado, com recusa em cinco pranchas. No caso da paciente com Transtorno Dissociativo, caso 1, foi verificado uma diminuição do número de respostas seguidas de um aumento nas respostas adicionais e a presença de uma resposta denegada, o que sugere um bloqueio e esforço de controle sobre a ansiedade inicial. A presença desse esforço é concordante ao referido por Traubenberg (1998) em que a diminuição das respostas indica fadiga, depressão e bloqueio, podendo também indicar ansiedade frente ao estímulo.

A presença de um número de respostas reduzido é discordante do que foi relatado por Vaz (1997), como típico para o transtorno de personalidade histriônica, afirmando que o número de respostas permanece dentro da média do esperado. A recusa em atribuir respostas em cinco pranchas presente no protocolo da paciente com personalidade histriônica pode ser compreendida com o sentido relatado por Traubenberg (1998) como sendo um indicador de mecanismo repressivo intenso, mobilizado pelo ego devido à intensidade impulsiva ou uma angústia desestruturante. Por outro lado, no caso 1 com transtorno dissociativo, o aumento de respostas adicionais pode também ser compreendido conforme relatado pela referida autora, como sendo uma condição que denota a superação da resistência

inicial, apesar da presença de respostas denegadas sugerir bloqueio frente ao estímulo, angústia e emprego de mecanismos mais imaturos como a negação.

A presença de dinamismo interno foi identificada em ambos os casos, porém com características de elementos mais infantis que se sobrepõe a capacidade de integração da realidade objetiva (respostas k). Porém, a paciente do caso 1 apresentou indicadores de recursos latentes para um dinamismo interno mais elaborado e maduro (presença de resposta K), e no caso 2 detectou-se a característica de maior restrição, o que foi expresso pela presença de respostas Posição.

Tais indicadores são concordantes com o referido por Traubenberg (1998), em relação ao significado das pequenas cinestésias, relacionados às atitudes afetivas infantis, em que pouco se considera as exigências do meio e as necessidades de adaptação. Tal dado denota o quanto de imaturidade afetiva está presente no protocolo do caso de personalidade histriônica, no qual consta apenas uma resposta de pequena cinestesia e nenhuma de grande cinestesia.

Ainda considerando a mesma autora, verifica-se que no transtorno dissociativo, apesar da imaturidade afetiva mostrada pelas pequenas cinestésias, apresentou também recursos para a interiorização, com esforços de adaptação pelo pensamento, denotando recursos intelectuais e de estabilização do afeto. A presença de pelo menos uma grande cinestesia indica a tolerância do ego às pulsões primitivas, caracterizando imaginação criadora e consciência da vida interior. Assim, ao comparar as duas patologias, há de se considerar a presença mais marcada de indicadores de imaturidade afetiva na paciente com transtorno de personalidade histriônica, sob a óptica do dinamismo psíquico apresentadas por ambas.

Quanto aos aspectos formais, a paciente do caso 1, transtorno dissociativo, apresentou F% e F+% dentro da normalidade, indicando que a lógica e precisão do pensamento estão preservadas e que os recursos de intelectualização são eficazes para adaptação. Ainda no caso 1, o F+ext% encontra-se rebaixado, sugerindo que há prejuízos na lógica quando da presença dos afetos. Já na paciente com Transtorno de personalidade histriônica, caso 2, os indicadores de F%, F+% e F+ext% encontram-se todos muito elevados, o dobro do esperado, sugerindo distanciamento e inibição dos aspectos emocionais, valorizando o controle intelectualizado e restrito do pensamento em detrimento da espontaneidade. Estes

achados estão de acordo com o que foi apontado por Traubenberg (1998), quanto a presença de um controle ansioso, exercido a partir do aumento do F% e F+%, caracterizando rigidez do pensamento, um distanciamento dos aspectos afetivos, com esforços de controle concretamente e objetivamente, devido a dificuldade em manejar o significado das reações afetivas simbolicamente. Novamente verifica-se que os dados obtidos são discordantes dos relatados por Vaz (1997), o qual refere que o número de F% e F+% nos protocolos de personalidade histriônica tendem a estar dentro do índice normal.

Mas por outro lado, o referido autor menciona a capacidade destes pacientes em controlar suas reações desadaptativas através de recursos intelectuais com a função de inibir e impedir a manifestação das próprias idéias, o que é concordante com os dados relatados por Traubenberg (1998) a respeito de tais indicadores.

Na tabela 6 são apresentados os indicadores do funcionamento lógico relativos à adaptação e percepção do real, por meio do Rorschach.

Tabela 6 – Indicadores relativos ao funcionamento lógico, avaliados por meio do Rorschach quanto aos tipos de percepção e adaptação ao real, apresentados pelas pacientes com Transtorno Dissociativo e Transtorno de Personalidade Histriônica

<i>Transtornos</i>	<i>Percepção</i>			<i>Adaptação ao real</i>	
	G%	D%	Dd%	A%	Ban%
<i>Caso 1 Dissociativo</i>	↑↑(80%)	↓(20%)	↓(0)	↑↑(70%)	n(30%)
<i>Caso 2 Histriônico</i>	↑(67%)	n (33%)	↓(0)	↑↑(100%)	↑↑(67%)

↑- aumentado com relação à norma; ↓- diminuído com relação à norma; n – dentro do valor normativo

As duas pacientes apresentaram uma percepção da realidade mais direta e generalista (G%↑↑), sendo que a paciente com transtorno Dissociativo apresentou indicadores de atenção diminuída aos detalhes que são significativos (D%↓) e pouco significativos (Dd%↓) que compõem o real, enquanto a paciente com Transtorno de

Personalidade Histriônica se detém também nos aspectos relevantes da realidade (D%n).

Em ambos os casos, a resposta de conteúdo Animal foi aumentada, se comparada ao esperado, sugerindo um aspecto mais infantilizado e estereotipado, com ausência de um pensamento mais individualizado e pessoal. No caso da paciente com transtorno de personalidade histriônica, fica ainda mais evidente a imaturidade e a estereotipia em função do aumento das respostas Banalidade, o que na paciente com transtorno dissociativo se manteve nos níveis da normalidade.

Pode se compreender à luz do que foi relatado por Traubenberg (1998) quanto ao aumento das respostas G e de conteúdo animal, indicando o emprego maciço de mecanismos defensivos para não entrar em contato com aspectos de maneira individualizada e profunda, com característica de um pensamento automatizado, pouco reflexivo e sem a presença de idéias pessoais, sendo então mais infantilizado e superficial. Essas características se mostraram ainda mais evidentes na paciente com transtorno de personalidade histriônica, pelo aumento das respostas banais.

A presença maciça de mecanismos defensivos pode ser relacionada às manifestações dissociativas apresentadas nos dois casos, o que é concordante com o descrito como DSM-IV-TR (APA, 2003), no qual a dissociação é descrita como um mecanismo que mantém o sujeito de afastado de lembranças estressantes, cuja função é barrar o contato com afetos profundos e dolorosos.

Com isso, a presença destes mecanismos defensivos foi constatada nos indicadores presentes nos protocolos do Rorschach das pacientes com transtornos dissociativo e histriônico, sugerindo a presença de similaridade entre ambos, com base no nível de defesas empregadas, conforme apontado por Gabbard (2006).

Por outro lado, há um indicador isolado que desperta a atenção, a presença de respostas D dentro do esperado no protocolo da paciente com personalidade histriônica, o que para Traubenberg (1998) indica uma capacidade adequada de diferenciação perceptiva que favorece uma melhor discriminação afetiva e em relação eu-outro. Tal indicador não se relaciona às características de tal patologia, de acordo com Gabbard (2006), e não faz sentido com os demais indicadores de dificuldades já relatados para esse caso. Pode-se pensar que tal dado não reflete o conjunto integrado da produção da paciente.

Na tabela 7 são apresentados os indicadores do funcionamento afetivo, por meio do Rorschach.

Tabela 7- Indicadores relativos ao funcionamento afetivo avaliados por meio do Rorschach, apresentados pelas pacientes com Transtorno Dissociativo e Transtorno de Personalidade Histriônica

Transtornos	Tipos de Vivência		Controle			Fórmula de Angústia	
	Manifestações atuais dos afetos TRI x TL	Recursos nos contatos com as pessoas TRI x 3ªF	Geral (F%)	FC:CF+C	FE:EF+E		K:k
Caso 1 <i>Dissociativo</i>	Conflitivo	Conflitivo	N	1:0	0:0	1:5	↓
Caso 2 <i>Histriônico</i>	Concordante	Conflitivo	↑↑	1:0	0:0	0:1	↓

↑- aumentado com relação à norma; ↓- diminuído com relação à norma; n – dentro do valor normativo

Para avaliação da dinâmica afetiva foram considerados as fórmulas vivenciais (TRI, TL e 3ª Fórmula), o controle geral (F%) e específico (FC:CF+C, FE:EF+E, K:k) e a fórmula da angústia. A paciente com diagnóstico de Transtorno Dissociativo apresentou as fórmulas vivenciais dos afetos conflitivas, indicando que a forma como vivencia os afetos não corresponde aos recursos afetivos que conta (TRI x TL). Como relatado por Traubenber (1998), esse é um indicador da presença de conflito em que o sujeito pode ter desenvolvido um estilo de ser num sentido contrário às suas possibilidades reais. No caso 2, a paciente com Personalidade Histriônica, verificou-se concordância em nas fórmulas vivencias (TRI x TL), indicando uma tendência a vivenciar os afetos conforme as possibilidades reais. Em ambas, a reação ao ambiente não condiz ao afeto que vivenciam internamente (TRI x 3ª Fórmula), sendo a reação ao ambiente contrária ao que está sendo vivenciado internamente por estar na categoria conflitiva (TRI x 3ª Fórmula), caracterizando um maior fechamento quanto as vivencias atuais, o que corrobora mais uma vez ao uso

de mecanismos defensivos com base na repressão e dissociação, tal como mencionado por Gabbard (2006) sobre as defesas empregadas por pacientes com tais transtornos.

No que diz respeito ao controle geral sobre os afetos (F%), que indica a relação entre a função consciente e racional e os momentos afetivos, temos que, na paciente com Transtorno Dissociativo, este indicador esteve dentro dos padrões da normalidade, indicando capacidade de ajustar-se à realidade externa, graças a recursos reguladores da razão e do pensamento. Já a paciente com Personalidade Histriônica apresentou um aumento significativo, o dobro do esperado deste indicador, apontando para uma inibição e restrição das manifestações afetivas, onde o controle dos afetos se dá através da priorização de mecanismos racionais e do distanciamento da esfera afetiva.

Tal dado é concordante com o proposto por Chabert (2003) sobre a elevação das respostas formais, F%, nos protocolos de neuróticos histéricos, como sendo uma formação de compromisso entre o princípio do prazer, o desejo, e o princípio da realidade, ainda que em desequilíbrio um com o outro.

Com relação ao controle específico dos afetos, em ambos os casos, a proporção (1:0) das respostas cor associada à forma (FC: CF+C) indicaram que as emoções são poupadas através dos recursos de racionalização. Tais dados são discordantes do que foi afirmado por Vaz (1997) de que CF+C é comum aparecer elevado em protocolos de personalidade histriônica, significando a falta de controle sobre sentimentos, emoções e impulsos, caracterizando imaturidade.

O controle específico da angústia, avaliado através da proporção entre as respostas estompagem associada à forma (FE: EF+E), sugeriram dificuldade para entrar em contato com as vivências de angústia e ansiedade (0:0), retendo tais emoções, o que é corroborado pelo indicador da fórmula da angústia rebaixada, nos dois casos. Tal aspecto é concordante com o mencionado por Gabbard (2006) quanto a dificuldade desses pacientes para entrar em contato com situações e vivências que remetem a afetos dolorosos.

A capacidade de controle interno sobre os impulsos, a partir da proporção entre as grandes e pequenas cinestésias (K:k), apontou que a paciente com transtorno dissociativo apresentou um dinamismo psíquico imaturo do controle da afetividade, porém com recursos latentes para desenvolver mecanismos mais maduros para elaboração dos afetos (1:5). Já a paciente com Personalidade

Histriônica, apresentou somente uma resposta de pequena cinestesia (0:1), indicando que o afeto é contido, com pouca expressividade e com um nível mais infantil e imaturo, apresentando pouco recursos de elaboração afetiva.

Tais indicadores reforçam, mais uma vez, o aspecto da imaturidade afetiva apresentados por tais pacientes, com pouco recurso para diferenciação afetiva e controle dos impulsos, conforme relatado por Gabbard (2006). Porém, ainda assim, a paciente com personalidade histriônica apresentou prejuízos mais acentuados, pela ausência de respostas de movimento humano, do que foi apresentada pela paciente com transtorno dissociativo. Conforme Traubenberg (1998) tais respostas são indispensáveis para que o sujeito tenha consciência de sua vida interior, de modo a poder fazer uso da imaginação criadora, com esforços adaptativos expressos pelo pensamento.

Apresentar-se-á a seguir os indicadores relativos a avaliação por meio do Pfister, tendo por referência nas comparações os dados normativos de Villemor-Amaral (2005).

Na tabela 8 são apresentados os indicadores de produção, avaliados por meio do Pfister.

Tabela 8 - Aspectos Formais relativos à produção avaliados pelo Pfister, apresentados pelas pacientes com Transtorno Dissociativo e Transtorno de Personalidade Histriônica

Transtornos	Ritmo	Modo de Execução	Modo de colocação	Aspecto Formal			Fórmula Cromática
				PI	PII	PIII	
<i>Caso 1 Dissociativo</i>	64"	Ordenada	Ascendente direta	Cam. Multi.	Cam. Multi.	Cam. Multi.	Ampla instável
<i>Caso 2 Histriônico</i>	122"	Metódica	Descendente direta	Tapete desequilibrado	Tapete furado	Tapete puro	Ampla instável

PI – pirâmide 1, **PII** – pirâmide 2, **PIII** – pirâmide 3.

↑- aumentado com relação à norma; ↓- diminuído com relação à norma; n – dentro do valor normativo

O ritmo de produção das pacientes foi acelerado, embora a paciente com transtorno dissociativo, caso 1, executou ainda mais rapidamente a tarefa, sugerindo mobilização afetiva despertada pela técnica e necessidade de abreviar o contato. A produção metódica da paciente com personalidade histriônica, caso 2, apontou para um comportamento caracterizado por inflexibilidade e rigidez, enquanto a produção da paciente do caso 1 foi ordenada, o que denota capacidade de organização, mantendo certa flexibilidade.

Com relação ao modo de colocação, a paciente com transtorno dissociativo apresentou um funcionamento que exprime segurança interna e estabilidade com a colocação ascendente direta, ao passo que a paciente com Personalidade Histriônica com a colocação descendente direta apresentou indicador de uma maior instabilidade e imaturidade.

Ambas apresentaram fórmula cromática ampla e instável, que sugere abertura à realidade externa, manifestações de instabilidade e dificuldade de adaptação, conforme foi mencionado por Villemor-Amaral (2005). Porém, no tocante ao tipo de formação, a paciente com transtorno dissociativo produziu três pirâmides com formação em camadas multicromáticas, que representam um nível intermediário de organização no âmbito cognitivo, porém não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções. Já a paciente com personalidade histriônica produziu apenas tapetes (desequilibrado, furado e puro), refletindo menor grau de desenvolvimento emocional, com perturbações emocionais mais graves e desadaptação em função

de conflitos acentuados, corroborando o que foi referido por Villemor-Amaral e Franco (2011) sobre a relação entre o nível de estruturação das pirâmides corresponderem à maturidade emocional. Assim, observa-se que a paciente com personalidade histriônica apresenta uma imaturidade emocional ainda mais marcada quando comparada a paciente com transtorno dissociativo, uma vez que as pirâmides construídas foram menos estruturadas.

Na tabela 9 são apresentados os indicadores relativos à síndromes avaliadas pelo Pfister.

Tabela 9 - Aspectos relativos às síndromes (%) presentes nas produções do Pfister das pacientes com Transtorno Dissociativo e Transtorno de Personalidade Histriônica

<i>Transtornos</i>	<i>Normal</i>	<i>Estímulo</i>	<i>Fria</i>	<i>Incolor</i>
<i>Caso 1 Dissociativo</i>	58 (n)	56(↑↑)	40 (n)	4 (↓↓)
<i>Caso 2 Histriônico</i>	55 (n)	13 (↓↓)	64 (↑)	15 (n)

↑- aumentado com relação à norma; ↓- diminuído com relação à norma; n – dentro do valor normativo

Nos dois casos, as pacientes apresentaram síndrome normal dentro dos padrões esperados, indicando capacidade em manter conduta normal e adaptada com certa estabilidade e equilíbrio emocional. No entanto, nos dois casos a síndrome da normalidade encontra-se dentro do esperado graças ao aumento excessivo da cor azul (tabela 10) no caso 2, de personalidade histriônica, e da dupla azul e vermelho (tabela 10) no transtorno dissociativo. Para Villemor-Amaral (2005) não basta considerar os valores da síndrome normal como dentro do esperado, é necessário levar em conta o significado das cores que compõe a síndrome. Assim, esses indicadores apontam para uma normalidade aparente e superficial sugerindo que ambas as pacientes utilizam de mecanismos de controle excessivo por meio da repressão, racionalização e supressão.

No caso 1, verifica-se ainda um aumento da cor vermelha, o que indica impulsividade. Já na síndrome de estímulo verificou-se diferenças, quando da

comparação dos casos, constatando-se aumento considerável dessa síndrome no caso 1, o que denota tendência a vivenciar os afetos externamente no ambiente, enquanto na paciente do caso 2 a tendência foi de tais vivências estarem sendo mais voltadas para o mundo interno. Segundo Villemor-Amaral (2005) relatou, esta síndrome está relacionada à capacidade de extroversão e quanto o indivíduo está disponível às relações sócio-afetivas, o que se mostrou mais presente no caso 1.

Além disso, os casos também se diferenciaram nas outras síndromes, sendo que a paciente do caso 1 apresentou normalidade na síndrome fria e diminuição da síndrome incolor, que indicam recursos de elaboração, porém com pouca estabilidade emocional e dificuldade em atenuar ou reprimir estímulos. Juntamente com a amplitude da síndrome de estímulo, tais características são concordantes com o que Villemor-Amaral (2005) referiu sobre a síndrome incolor rebaixada como indicador de falta de elementos estabilizadores. Já a paciente do caso 2, apresentou a síndrome incolor dentro dos parâmetros da normalidade, revelando condições de atenuação e repressão de estímulos, mas que associada à síndrome fria aumentada sugere rigidez e fechamento às experiências. Tais características de funcionamento são concordantes com Villemor-Amaral e Franco (2011) que relataram que a síndrome fria elevada é indicativa de pessoas que possuem uma afetividade de pouca intensidade, com diminuído envolvimento interpessoal e distanciamento ao mundo externo. Constata-se assim, que a maneira como os afetos são organizados e expressos nos dois casos são diversas, uma vez que uma possui expressividade dos afetos no meio externo e a outra lida com sua afetividade de forma mais contida e auto-voltada.

Na tabela 10 são apresentados os indicadores relativos a porcentagem de cores utilizadas na avaliação pelo Pfister.

Tabela 10 - Aspectos relativos à porcentagem das cores utilizadas e a constância da cor violeta nas produções do Pfister das pacientes com Transtorno Dissociativo e Transtorno de Personalidade Histriônica

Transtornos	<i>Az</i>	<i>Vm</i>	<i>Vd</i>	<i>Vi</i>	<i>La</i>	<i>Am</i>	<i>Ma</i>	<i>Pr</i>	<i>Br</i>	<i>Ci</i>
<i>Caso 1 Dissociativo</i>	↑↑	↑↑	↓↓	↓↓	↓	↑↑	↑	A	a	↑
<i>Caso 2 Histriônico</i>	↑↑	↓↓	↓	↑	↓	↓↓	↑	N	↓	↑↑

Az – azul, Vm – vermelha, Vd – verde, Vi – violeta, La – laranja, Am – amarelo, Ma – marrom, Pr – preto, Br – branco, Ci – cinza, n – dentro do valor normativo, a – ausente.

↑- aumentado com relação à norma; ↓- diminuído com relação à norma; n – dentro do valor normativo

As pacientes apresentaram concordância quanto ao aumento das cores azul, ambas o dobro do esperado, marrom, e cinza. Assim, nos dois casos verificou-se indicadores de um controle primitivo dos afetos caracterizados pela rigidez da cor marrom, bem como por forte presença de controle racional, intelectual, repressivo, do azul. O aumento do cinza também corrobora com o significado da função repressiva das necessidades e reações afetivas, além de ser um indicador da presença de angústia. Marques (1988) referiu que o aumento do cinza também pode indicar a negação da realidade interna e externa, o que pode estar associado ao funcionamento psicótico apresentados em ambos os casos. Outra similaridade entre os dois casos foi a diminuição das cores verde e laranja, indicando pouca capacidade de introjeção de normas e sociabilização, além de apatia e passividade expressa pela fragilidade dos mecanismos de reação. A ênfase nos controles observada nos dois casos é concordante com o relatado por Gabbard (2006) sobre a tendência do uso de mecanismos repressivos e inibitórios como forma de não entrar em contato com manifestações afetivas intensas e dolorosas.

Verifica-se como peculiaridade no caso 1, transtorno dissociativo, o aumento do vermelho, o dobro do esperado, e diminuição do violeta, metade em relação à norma, e total ausência das cores preta e branca. Tais indicadores caracterizam uma maior impulsividade e agressividade, sugerindo um controle pouco desenvolvido e estruturado, implicando, dessa forma, em descarga dos afetos de maneira abrupta e descontrolada. A falha nos mecanismos de controle é referida por Villemor-Amaral e

Franco (2011), Villemor-Amaral (2005) e Marques (1988) como elemento que tem seu significado centrado no uso da cor vermelho, relacionado à agressividade e impulsividade. Além disso, a diminuição do violeta aponta para a indiferenciação afetiva nos contatos e nos relacionamentos. Tal indicador mostrou-se discordante do relatado por Villemor-Amaral (2005) quanto a cor violeta ser comumente aumentada nos testes realizados com pacientes com neuroses graves de vários tipos, incluindo a histeria. Mas a mesma autora refere que pode haver uma diminuição dessa cor em pessoas com desequilíbrio da personalidade e dificuldade de elaboração dos conflitos, pois essa diminuição estaria relacionada à negação dos impulsos e à ansiedade frente à situação de controle destes estados, o que parece ser o sentido dos dados relativos ao caso 1.

Por outro lado, como peculiaridade no caso 2, personalidade histriônica, observa-se a diminuição da cor branca e vermelha, a metade do esperado nesta última, aumento do violeta, acima dos parâmetros da norma, e a utilização da cor preta dentro da normalidade. Esses indicadores tem o seu significado relacionado a angústia, dificilmente manifestada, contidas internamente por mecanismos repressivos de controle e distanciamento das vivências. Tais indicadores apresentados nesta técnica corroboram ao que foi mencionado na história clínica desta paciente que tem com característica predominante ser mais contida e auto-voltada. Analisando-se os dois casos pode-se pensar em maneiras opostas de experimentar os afetos, como foi relatado por Marquês (1988), sugerindo que as cores aumentadas vermelho e branco compõem um conjunto que representa a expressão de energia mais primitiva de maneira extroversiva e o aumento do violeta representa um modo mais introversivo de experimentar os afetos. Nos casos analisados verificou-se a presença de manifestações opostas expressas por cores diversas.

Apresentar-se-á a seguir os indicadores relativos a avaliação por meio do HTP, especificamente relativos as figuras humanas, tendo por referência as normas de Buck (2003). Na tabela 11 são apresentados os indicadores da figura humana apresentados no HTP pelas pacientes avaliadas.

Tabela 11 – Indicadores do HTP relacionados às características das Figuras Humanas representadas, relativas à produção, manifestações afetivas, e organização da identidade, apresentadas pelas pacientes com Transtorno Dissociativo (caso 1) e Transtorno de Personalidade Histriônica (caso 2).

Indicadores	Indicadores	Caso 1 Pessoas		Caso 2 Pessoas	
		1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
<i>Produção</i>	Rasuras	A	A	P	P
	Qualidade de linha ou traçado	Forte/ Negrito	Forte/ Negrito	Passado e Repassado	Trêmulo
	Distorções	A	A	P	P
	Transparências	A	A	A	A
	Movimento	A	A	A	A
<i>Manifestações Afetivas</i>	Qualidade da representação	I/C	I/C	E/R	E/R
	Tamanho da figura	Médio	Médio	Médio	Grande
	Linha de solo	P	P	A	A
<i>Organização da Identidade</i>	Ordem da representação das figuras	Homem - 1 ^o lugar		Homem - 1 ^o lugar	
	Diferenciação de gênero	P	P	P	P
	Temática	Figuras adultas e ativas		Figuras infantis e distantes	

A/P= Ausente/Presente; I/C= Integrada/Completa; E/R= Esquemática/Reconhecível

Com relação à produção, ambas apresentaram recursos cognitivos preservados porém, no caso 2, observou-se a presença de rasuras e distorções, que sinalizam dificuldade em representar e reconhecer os aspectos humanos, o que se relaciona a indicadores de conflito relacionados à identidade como apontados por Campos (1987) e a presença de maior comprometimento quanto a organização do pensamento.

No que diz respeito ao traçado verificou-se diferenças, sendo que a paciente com transtorno dissociativo apresentou o predomínio de traçado forte e negro, como indicadores de impulsividade e agressividade, o que sinaliza a presença de conflitos, tensão, impulsividade e agressividade, tal como considerado por Buck (2003) quanto a esse tipo de traçado. Campos (1987) aponta ainda que esses indicadores estão relacionados à manifestações de ansiedade, com esforço para manter o controle frente às fantasias. Já a paciente com Personalidade Histriônica apresentou o predomínio de traçado passado/repassado, o que é próprio de indicadores de angústia, sugestivo de conflitos segundo Campos (1987), e ainda a presença de traçado trêmulo, sugerindo indicadores de insegurança, medo e sensibilidade excessiva tal como relatado por Retondo (2000).

Verificou-se nos dois casos, a ausência de transparência, relativa a diferenciação da realidade interna e externa, o que para Campos (1987) tem o seu significado relacionado a ausência de aspectos psicóticos.

Quanto às manifestações afetivas, observou-se maior comprometimento no caso 2, paciente com Personalidade Histriônica, denotado pela presença de figuras esquemáticas, ausência de linha de solo e instabilidade no tamanho das figuras, sugerindo dificuldade em distinguir e diferenciar os afetos vivenciados, com a presença de sentimentos de desamparo e invasão dos afetos. Isso corrobora o que foi mencionado por Buck (2003) sobre a representação da figura humana em forma de palito e a oscilação no tamanho das figuras como característico de desenhos infantis, sugerindo indicadores de imaturidade afetiva. A presença de imaturidade segundo o DSM-IV-TR (APA, 2003) caracteriza-se no transtorno histriônico pela presença de um padrão de excessiva emocionalidade, exibindo mudanças repentinas e superficiais das emoções a fim de obter atenção para si. Já no caso 1, paciente com Transtorno Dissociativo, verificou-se melhor qualidade na representação do humano, através de uma representação integrada e completa, com presença de linha de solo, que apontam para um contato mais adequado com os afetos, embora com indicadores de imaturidade. Tais indicadores são concordantes com o relatado por Buck (2003) quanto a presença da linha de solo ser sugestiva de ansiedade e necessidade de segurança.

Em relação à organização da identidade, os dois casos apresentaram uma capacidade preservada de diferenciação entre o sexo masculino e feminino. Por outro lado, ambas representaram a figura do sexo oposto em primeiro lugar,

sugerindo conflito com relação à identidade sexual, o que é concordante com o relatado por Souza (2000). No caso 2, tal conflito foi explicitado ainda mais pela presença de indicadores de ansiedade e insegurança manifestos por rasuras nas produções e por temáticas relacionadas à figuras infantis e distantes, denotando imaturidade e fechamento. No caso 1, as figuras representadas foram mais elaboradas e com temática sugestiva de papel adulto, o que sugere mais adaptação e recursos quanto a organização da identidade.

Pôde ser observado em ambos os casos indicadores de dificuldades em relação à organização da Identidade, com marcada presença de vivências de ansiedade, insegurança, imaturidade e conflito com a sexualidade. Porém, no caso 1, transtorno dissociativo, identificou-se indicadores de maior busca por controle sobre as fantasias, o que denota recursos mais eficientes e elaborados sobre as emoções e os afetos, apontando para maior integridade à nível de estrutura da personalidade. Já no caso 2, personalidade histriônica, a organização da identidade apresentou-se com mais indicadores de conflitos dada a pouca elaboração das figuras, visto que a representação da figura masculina foi feita em forma de palito, concordando com Retondo (2000) sobre a forma de manifestação de dificuldades nas relações interpessoais expressas pela reprodução das figuras humanas, de modo pouco elaborado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando-se o perfil clínico descritivo das pacientes avaliadas constata-se a complexidade em estabelecer um diagnóstico preciso dos transtornos de personalidade histriônica e dissociativo, dada a diversidade e sobreposição de sinais e sintomas clínicos, que ao longo da história clínica implicaram em diversas hipóteses diagnósticas e na presença de comorbidades.

Do ponto de vista descritivo, a história clínica apontou para uma diversidade de manifestações e de possíveis diagnósticos, que apesar de muitos anos de acompanhamento psiquiátrico é permeada de dificuldade em precisar o que é predominante na história e assim classificar em uma categoria nosológica específica.

Tal dificuldade evidenciou a potencial contribuição da avaliação psicodiagnóstica na medida em que pode favorecer uma compreensão mais aprofundada da estrutura e funcionamento da personalidade por meio de técnicas projetivas.

Com base na avaliação psicodiagnóstica verificou-se que as técnicas projetivas auxiliaram na compreensão mais integrada dos dados clínicos e psicodinâmicos relativos às pacientes avaliadas. O método de Rorschach contribuiu para o entendimento da estruturação da personalidade bem como para a identificação da organização das defesas. Os dados dessa técnica evidenciaram para ambos os casos uma estruturação de personalidade primitiva, com acentuada imaturidade, sendo observado um nível de organização da personalidade ainda mais frágil na paciente com personalidade histriônica. Como similaridade, a técnica apontou para a presença dos mecanismos de defesas com base na repressão intensa, expressa pelo distanciamento e inibição de manifestações afetivas, com tendência à dissociação e ao afastamento da realidade.

Como contribuição específica, a técnica das Pirâmides Coloridas de Pfister permitiu caracterizar o funcionamento psicodinâmico dos casos avaliados, quanto ao desenvolvimento emocional marcado pela imaturidade, principalmente no caso de transtorno histriônico. Evidenciou também o nível de expressividade dos afetos que se mostrou diferente nos dois casos analisados. No dissociativo, o afeto tende a ser expresso de forma impulsiva e agressiva diretamente no meio, enquanto no caso de

personalidade histriônica os indicadores apontam para vivências afetivas mais voltadas para mundo interno, com pouco recurso de elaboração.

O Desenho da Figura Humana (HTP) favoreceu a compreensão acerca da identidade de tais pacientes, a qual mostrou-se pouco elaborada e com indicadores de conflito em ambos os casos, porém com maior comprometimento no transtorno histriônico.

Em suma, nos casos analisados verificou-se como pontos em comum aspectos da história clínica, do curso do tratamento e também da avaliação psicodinâmica com precária estruturação e organização da personalidade, acentuada imaturidade afetiva, com presença de dificuldades com a identidade e a sexualidade, evidenciando os principais conflitos e o funcionamento defensivo básico.

Por outro lado, a integração dos dados obtidos com base nas técnicas projetivas e analisados à luz do referencial psicodinâmico, contribuiu também para a compreensão das peculiaridades dos casos quanto aos aspectos característicos da estrutura e do funcionamento da personalidade. Tais pontos permitiram a elaboração de diagnósticos psicodinâmicos distintos, tendo por suporte o nível de estruturação da personalidade e da identidade, e o nível de funcionamento defensivo, o que se mostrou ainda mais prejudicado no caso de transtorno de personalidade histriônica, dado o maior primitivismo das defesas.

Cabe considerar como limite do estudo os dados estarem embasados na compreensão de apenas dois casos, tendo as pacientes avaliadas diferenças de idade, escolaridade, tempo de história da doença e de experiência de vida, o que limita o alcance das generalizações.

Contudo, tendo em vista o foco na abordagem psicodinâmica dos casos, pode-se considerar que as características evidenciadas quanto à compreensão dos aspectos em comum e peculiares dos casos apontam para os aspectos típicos do funcionamento de personalidade de pessoas com diagnósticos semelhantes.

Como principal contribuição do trabalho no contexto clínico e de saúde mental, destaca-se a ampliação na compreensão dos aspectos diagnósticos por meio da integração dos indicadores descritivos e psicodinâmicos da personalidade, o que evidenciou os níveis de organização defensiva e as dificuldades centrais de cada caso. Tais dados podem ser úteis especialmente para a diferenciação do

tratamento dos transtornos dissociativo e histriônico, o que é fundamental para a abordagem clínica e terapêutica destes pacientes.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S.R.; SANTOS, J. E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. In. **Psicologia: reflexão e crítica**, 15 (2), pp. 283-292, 2002.

American Psychiatric Association. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM – IV- TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ÁVILA, L. A.; TERRA, J. R. Histeria e somatização: o que mudou? In **J. Bras. Psiquiatr.** 59 (4): pp. 333-340, 2010.

BELINTANI, G. Histeria. In: **PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora**. vol. 4, n. 2, pp. 56-69, 2003.

BUCK, J. N. **H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação**. Trad. Renato Cury Tardivo; Revisão: Iraí Cristina Boccato Alves. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2003.

CAMPOS, D. M. S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade**. 17 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1987.

CHABERT, C. **Psicanálise e métodos projetivos**. Trad. Álvaro Jose Lelé e Eliane Maria Almeida Costa e Silva. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2004.

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

FARIA, M. A. O teste de Pfister e o transtorno dissociativo de identidade. In: **Avaliação Psicológica**, 7 (3),pp. 359-370, 2008.

FROTA, G. Existirá uma caso clássico de histeria na contemporaneidade?. **Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 9, jul/dez 2010. Disponível em: www.contemporaneo.or.br/contemporanea.php.

GABBARD, G.O. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GARCIA-SANTOS, S. C.; WERLANG, B. S. G. A percepção das figuras de autoridade no Rorschach de Gerentes Empresariais. In. PASIAN, S. R. (org.) **Avanços do Rorschach no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo®, 2010.

KAPLAN, H. I. SADOCK, J. GREBB. J. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

MARQUES, M. I. B. **O teste das pirâmides coloridas de Max Pfister**. São Paulo: Editora PUC, 1988.

OCAMPO, M. L. et al. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 10. ed. São Pulo: Martins Fontes, 2001.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

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

RETONDO, M. F. N. G. **Manual prático de avaliação do HTP (casa-árvore-história) e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

SOUZA, A. M. D. R. **Implicação do fator cultural regional nos desenhos da figura humana (DFH), produzidas por sujeitos adultos: análise da diferenciação sexual e de aspectos projetivos.** 2000. 317f. Dissertação (Doutorado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.

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

VAZ, C. E. **O Rorschach – Teoria e Desempenho,** 3ª Ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1997.

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

VILLEMOR-AMARAL, A. E.; FRANCO, R. R. C. In. VILLEMOR-AMARAL, A. E., FRANCO, WERGLANG, B. S. G. (org.) **Atualizações em Métodos Projetivos Para Avaliação Psicológica.** São Paulo: Casa do Psicólogo®, 2011.

YAZIGI, L. Fundamentação Teórica do Método de Rorschach. In. PASIAN, S. R. (org.) **Avanços do Rorschach no Brasil.** São Paulo: Casa do Psicólogo®, 2010.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática.** Porto Alegre: Artmed, 1999.