



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



MARINA VIEIRA MADEIRA ROBAZZI

**Transtorno de Personalidade Histriônica: aspectos clínicos e psicodinâmicos –
um estudo de caso**

**RIBEIRÃO PRETO
2017**

ROBAZZI, MARINA VIEIRA MADEIRA

BIBLIOTECA CENTRAL DA USP RIBEIRÃO PRETO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

TOMBO: _____ SYSNO: _____

MONOGRAFIA 2017

“TRANSTORNO DE PERSONALIDADE HISTRIÔNICA:
ASPECTOS CLÍNICOS E PSICODINÂMICOS – UM ESTUDO
DE CASO”

ALUNA: MARINA VIEIRA MADEIRA ROBAZZI
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



MARINA VIEIRA MADEIRA ROBAZZI

**Transtorno de Personalidade Histriônica: aspectos clínicos e psicodinâmicos –
um estudo de caso**

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

Nome do Aprimoramento: Psicologia – Saúde Mental

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

Supervisora Titular: Prof^a Dr^a Sonia Regina Loureiro

RIBEIRÃO PRETO
2017

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

Robazzi, Marina Vieira Madeira

Transtorno de Personalidade Histriônica: aspectos clínicos e psicodinâmicos – um estudo de caso/ Marina Vieira Madeira Robazzi; orientadora Prof.^a Dr.^a Sonia Regina Loureiro. Ribeirão Preto – 2017.

64 f.

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

1. Transtorno de Personalidade. 2. Transtorno de Personalidade Histriônica. 3. Rorschach. 4. Avaliação Psicodiagnóstica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marina Vieira Madeira Robazzi

Transtorno de Personalidade Histriônica: aspectos clínicos e psicodinâmicos – um estudo de caso/ Marina Vieira Madeira Robazzi; orientadora Prof.^a Dr.^a Sonia Regina Loureiro

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

Área: Psicologia – Saúde Mental, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sonia Regina Loureiro.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Psicólogo: Daniela Perocco Zanatta

Instituição: HCFMRP/USP

Assinatura _____

Psicólogo: Bárbara Gea

Instituição: HCFMRP/USP

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à Professora Doutora Sonia Regina Loureiro pela atenção e cuidado que demonstrou comigo durante todo o processo não só de orientação quanto de todo o aprimoramento. Sua dedicação a tudo que se propõe a fazer me trouxe muita inspiração e levarei comigo pelo meu caminho daqui em diante.

Agradeço às psicólogas supervisoras: Bárbara Gea, Iara Giraldi, Lívia Loosli e Daniela Zanatta, por terem se tornado figuras de referência em minha vida, por me ensinarem tanto sobre psicologia, psicanálise, trabalho em equipe e, principalmente, a conseguir lidar com o cotidiano com mais leveza e descontração.

Agradeço também aos meus colegas aprimorandos, em especial ao Victor Malerba, que se mostraram parceiros e sempre disponíveis em momentos de dificuldades, e também aos colegas de outras áreas que conheci ao longo dessa trajetória e que me ensinaram tanto sobre respeitar outros olhares e construir ambientes acolhedores mesmo em situações em que isso não parecia possível. Acredito que construímos amizades que continuarão no decorrer de nossos caminhos.

Agradeço em especial ao meu marido, João Marcelo Robazzi, por todo o companheirismo, paciência e participação nesse meu processo, que acima de tudo foi pessoal. Você me trouxe força e esperança quando achei que não conseguiria e também me transmitiu um pouquinho de sua paixão por pesquisa.

Agradeço aos meus amigos, que mesmo com toda a sobrecarga conseguiram se fazer presentes, trazendo descontração, compartilhando angústias e me dando mais coragem para seguir em frente.

Agradeço aos meus pais, Luiz Henrique e Paula, por todo o carinho que demonstram diariamente por mim, por acreditarem em minhas escolhas e enfrentá-las ao meu lado. Obrigada por cada volta para a casa que se fez tão revigorante e pela certeza de que terei sempre vocês comigo, por toda a minha vida. Agradeço também ao meu irmão Marcelo, cada vez mais próximo, pela parceria em todos os momentos e por trazer alegria a cada encontro, tornando tudo mais especial.

Agradeço por fim aos meus avós, Maristela, Antônio Paulo, Zélia e Gilberto, por cada conversa, cada olhar e por cada lembrança, são momentos preciosos os que temos e tivemos juntos.

RESUMO

ROBAZZI, M.V.M. **Transtorno de Personalidade Histriônica: aspectos clínicos e psicodinâmicos – um estudo de caso.** 2017. Monografia – Programa de Aprimoramento Profissional – Psicologia Saúde Mental – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2017.

Dada a diversidade das manifestações clínicas que envolvem o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Histriônica, considera-se que a avaliação psicodiagnóstica pode possibilitar uma ampliação do conhecimento sobre o funcionamento psíquico e a estrutura de personalidade desses pacientes, especialmente quando se considera as peculiaridades de tal funcionamento, as quais podem ser abordadas por meio de um estudo de caso. Objetivou-se caracterizar, por meio de um estudo de caso, os indicadores clínicos e psicodinâmicos apresentados por uma paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade Histriônica, avaliada pelo método de Rorschach, focalizando os aspectos relativos à integração da identidade. Procedeu-se a análise clínica e psicodiagnóstica de um caso de uma paciente, de 37 anos, do sexo feminino, em situação de semi-internação no Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Foram utilizados dados relativos à história clínica psiquiátrica e ao psicodiagnóstico de Rorschach, aplicado e codificado segundo as normas da escola francesa. A história clínica evidenciou recursos adaptativos ao longo da vida, expressos por manter-se trabalhando, com autonomia e relacionamentos sociais mínimos, bem como um potencial cognitivo. Há quatro anos do momento da avaliação, passou a apresentar dificuldades, relatando uma intensificação do isolamento social e dos sintomas depressivos com tentativas de suicídio, além dessas manifestações iniciaram-se queixas relativas a alucinações visuais e auditivas. Os indicadores do psicodiagnóstico de Rorschach apontaram para uma estruturação da personalidade frágil e imatura, com recursos lógicos insuficientes frente à invasão dos afetos, tendendo a particularização e ao distanciamento como forma de proteger-se. Mantém assim um vínculo superficial com o real, garantido pela dissociação. Os afetos tendem a ser vivenciados de modo extratensivo, sendo a sua capacidade de controle lábil e insuficiente, por meio de um deslocamento da angústia. Seu interesse pelo humano mostrou-se restrito e superficial, permeado por traços de medo e persecutoriedade. Com relação a identidade apresentou indicadores de uma limitada representação de si, com conflitos nos diferentes âmbitos da identidade, como estrutura, dinamismo e especialmente sexualidade, esta caracterizada por imaturidade e indefinição. Destacam-se como principais indicadores relacionados ao transtorno de personalidade histriônico: pensamento com organização lógica frágil, labilidade nas manifestações afetivas, dissociação frente às angústias e aos conflitos especialmente frente ao simbolismo sexual. As principais contribuições desse estudo de caso consistiram na ampliação da compreensão sobre as características clínicas do transtorno, com a elucidação do diagnóstico psicodinâmico e com identificação dos recursos e fragilidades da personalidade da paciente, evidenciando assim aspectos que merecem mais investimento terapêutico, o que favorece o manejo clínico. No contexto clínico, psicodinâmico, o presente estudo, dentro dos limites de generalidade permitido pelos estudos de caso, contribuiu para uma ampliação da compreensão sobre os mecanismos defensivos presentes no Transtorno de Personalidade Histriônica.

Palavras chave: transtorno de personalidade; transtorno de personalidade histriônica; histeria; Rorschach; avaliação psicodiagnóstica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1. Transtorno de Personalidade Histriônica: Aspectos Clínicos.....	9
1.2. Transtorno de Personalidade Histriônica: Aspectos Psicológicos.....	13
1.3. Avaliação Psicodiagnóstica: contribuições do método de Rorschach.....	17
2. OBJETIVO.....	23
3. MÉTODO.....	23
3.1. Participante.....	23
3.2. Instrumentos.....	24
3.3. Procedimento.....	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
4.1. História Clínica Psiquiátrica – Caracterização sociodemográfica, manifestações clínicas predominantes e recursos adaptativos.....	27
4.2. Avaliação Psicodiagnóstica – Aspectos estruturais e funcionais da personalidade por meio do método de Rorschach.....	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

1. INTRODUÇÃO

1.1. Transtorno da Personalidade Histriônica: Aspectos Clínicos

Para uma compreensão dos transtornos de personalidade, faz-se necessário, inicialmente, um esclarecimento acerca do termo “personalidade”. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) definiram este termo como a totalidade de traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo e que apresentam relativa estabilidade e previsibilidade, quando em condições normais. Vale ressaltar que apesar dessa estabilidade característica da personalidade, a mesma recebe influências do dinamismo entre indivíduo e ambiente, estando em constante desenvolvimento (DALGALARRONDO, 2000). Os transtornos de personalidade dizem respeito a alterações nesses traços, que se configuram como mal-adaptados ou inflexíveis, de modo a comprometer o funcionamento do indivíduo ou provocar sofrimento significativo para o mesmo, o que acarreta em prejuízos quanto a percepção do ambiente e de si mesmo (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997), com elevados níveis de angústia e desorganização social (CID-10, Organização Mundial da Saúde – OMS, 1993). Essas alterações podem começar a se expressar na adolescência, sendo que as características particulares da personalidade já devem estar presentes no início da vida adulta e persistem de forma enraizada e duradoura ao longo da vida (APA, 2014).

Apesar da definição de transtorno de personalidade envolver o surgimento dos sintomas no início da vida adulta, não necessariamente a busca de atendimento ocorre logo nesse momento. Ou seja, muitas vezes a busca pelo atendimento vem em um momento tardio da vida, em consequência da perda de pessoas significativas ou de perdas relacionadas a situações sociais estabilizantes, por exemplo (APA, 2014). Tais apontamentos sugerem um potencial de manutenção da funcionalidade até determinados momentos da vida de pessoas com transtornos de personalidade.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10, Organização Mundial da Saúde – OMS, 1993) definiu um código para os transtornos específicos de personalidade, o F60, o qual inclui 10 subcategorias. Destas, a F60.4 é referente a Personalidade Histriônica, a qual apresenta os seguintes critérios gerais para diagnóstico: expressão exagerada das emoções, teatralidade, sugestibilidade,

afetividade superficial e lábil, busca constante por ser o centro das atenções, sedução inapropriada em comportamento ou aparência, busca de diversos parceiros simultâneos, desprezo por diagnósticos e críticas, preocupação excessiva com a aparência física, insinuações e exposições sexuais.

No âmbito do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, desde a versão de 1968, o DSM II, a histeria já foi associada com um transtorno de personalidade, no caso o Transtorno de Personalidade Histérica, mas é no DSM IV (APA, 2002) que ocorre uma importante modificação com a eliminação da categoria histeria trazendo novas nomenclaturas diagnósticas e termos nosográficos que abrangeriam os sintomas antes associados àquela categoria; dentre tais diagnósticos manteve-se o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Histriônica como representante do campo dos transtornos de personalidade com sintomas predominantemente histéricos (ÁVILA;TERRA, 2010).

A descrição desse diagnóstico no DSM IV foi basicamente mantida na versão mais atualizada, o DSM 5 (APA, 2014). Ambos classificam os Transtornos da Personalidade segundo uma perspectiva dimensional, separando as diferentes síndromes clínicas em três grupos, de acordo com características comuns mais relevantes entre os diferentes transtornos. O Grupo A diz respeito à categoria “esquisito-excêntrica”, o Grupo B se refere à “dramático-emotivo” e o Grupo C à “ansioso-medroso”. Dentro dessa classificação o Transtorno de Personalidade Histriônica encontra-se no Grupo B. Os critérios diagnósticos baseiam-se em uma emocionalidade intensa e difusa e uma excessiva busca de atenção, envolvendo comportamentos sexualmente sedutores, autodramatização, teatralidade e sugestionabilidade, entre outras características. Nos portadores, os relacionamentos interpessoais geralmente se mostram superficiais e conturbados, com uma tendência à manipulação do outro e baixa tolerância à frustração. Segundo o DSM 5, existe um risco elevado de que esses indivíduos recorram ao suicídio, enquanto ameaça ou mesmo tentativa, provavelmente com a intenção de obter mais atenção e cuidados. Por vezes ocorre uma associação com sintomas somáticos, conversivos e depressivos (APA, 2014).

Dentre as manifestações clínicas dos transtornos de personalidade verifica-se a presença de traços neuróticos e traços psicóticos. Dalgalarondo (2008), propôs

uma organização de manifestações clínicas que se encontram dentro de uma noção de neurose, incluindo nesse campo os quadros histéricos. Reconhece ainda que há uma ambigüidade quanto a permanência desse constructo na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), visto que ainda existe um agrupamento para os diferentes quadros neuróticos, porém não existe um “princípio organizador” que caracterizaria a histeria enquanto diagnóstico. A fim de organizar as descrições a seguir, utilizar-se-á as manifestações históricas tais como descritas por Dalgalarondo (2008), com base inicialmente nos apontamentos apresentados. As síndromes históricas, portanto, incluiriam as manifestações clínicas referentes tanto ao corpo quanto à mente. Alguns exemplos dessas manifestações são alterações nas funções sensoriais, de memória e percepção, bem como comportamentos caracteristicamente dramáticos, sedutores e manipuladores. Além disso, frequentemente ocorre um conflito entre a necessidade de contato interpessoal e uma incapacidade de manutenção e aprofundamento do mesmo.

O referido autor subdivide o que chamou de “síndromes históricas” em histeria de conversão e histeria dissociativa. A primeira envolve perturbações corporais muito variadas e vivenciados com indiferença pelos pacientes, quando percebidas. A histeria dissociativa envolve alterações de consciência que se assemelham a crises epilépticas, caracterizadas também por rebaixamento e afunilamento de consciência, podendo ocorrer esquecimentos seletivos de elementos significativos, conhecidos como “amnésias históricas”. Além disso, por vezes acontecem fenômenos sensoperceptivos, como ilusões e pseudo-alucinações, de natureza histórica. As crises dissociativas históricas são mais comuns em mulheres e frequentemente envolvem antecedentes pessoais de conflitos psicológicos, personalidade histriônica ou neurose histórica, sendo fundamental realizar uma diferenciação entre crises dissociativas e epilépticas (DALGALARRONDO, 2008).

No contexto do DSM IV, Ávila e Terra (2010) destacaram as dificuldades na definição nosográfica da histeria, o que atribuem à imprecisão diagnóstica, à sua etiologia incerta e a apresentação clínica multifacetada, caracterizada por uma plasticidade de apresentação dos sintomas que, inclusive, podem sofrer influência da interação com o outro. Isso exige do avaliador um maior domínio e aprofundamento sobre o assunto para identificação do diagnóstico. Diante do fato de

a histeria possuir parâmetros tão particulares, suas evidências muitas vezes encontram-se camufladas em outros diagnósticos mais facilmente quantificáveis (ÁVILA;TERRA, 2010).

Segundo dados do DSM 5, baseados no National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (2001-2002), a prevalência de Personalidade Histriônica na população é de 1,84% e Kaplan, Sadock e Grebb (1997) indicaram que mulheres são mais diagnosticadas do que homens. O DSM 5, porém, ressaltou que essa prevalência é baseada em contextos clínicos, com a ressalva de que a proporção entre os sexos condiz com a proporção sexual feminina no respectivo contexto clínico. Em avaliações estruturadas as taxas de prevalência são similares entre ambos os sexos (APA, 2014).

Com relação as comorbidades, Kaplan, Sadock e Grebb (1997) citaram estudos que apontaram uma associação do Transtorno de Personalidade Histriônica com transtornos de somatização e transtornos por uso de álcool.

No DSM 5 (APA, 2014) as comorbidades principais referem-se a uma associação do transtorno de personalidade histriônica com transtorno de sintomas somáticos, transtorno conversivo e transtorno depressivo maior. Além disso, frequentemente há concomitância entre o Transtorno de Personalidade Histriônica e outros transtornos de personalidade, tais como *borderline*, narcisista, antissocial e dependente. Enfoux et al. (2013) verificaram que em mulheres com sintomas depressivos há uma prevalência cinco vezes maior do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Histriônica. Segundo Iacoviello et al. (2007) as pessoas com distúrbios de personalidade do Cluster B (dramático-emotivo) apresentam maior risco de ter depressão de longa duração e maior gravidade.

Ao longo da vida, o prognóstico no Transtorno de Personalidade Histriônica se caracteriza por uma atenuação dos sintomas, o que torna importante uma discussão quanto a associação dos sintomas iniciais com as características próprias da juventude, típicas de muita energia, sugerindo que com o envelhecimento há uma perda da energia, sendo assim essa atenuação pode ser mais aparente do que real (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

1.2. Transtorno da Personalidade Histriônica: Aspectos Psicodinâmicos

No caso específico do Transtorno de Personalidade Histriônica, segundo Gabbard (1998) é fundamental atentar para a relação que possui com o termo histeria, visto que este obteve diferentes significados ao longo da história, com o início na psicanálise ao final do século XIX. Nessa época ocorreram associações entre as personalidades histéricas e as questões de desenvolvimento genitais-edípicas, aprofundadas nos estudos de Sigmund Freud, enquanto que nos dias atuais percebe-se uma assimilação do termo no imaginário popular, bem como mudanças relevantes no que diz respeito ao diagnóstico.

Desse modo, apresenta-se como muito relevante fazer uma distinção entre Transtorno de Personalidade Histérica e Transtorno de Personalidade Histriônica, sendo que Gabbard (1998) propôs uma diferenciação com base na intensidade e gravidade dos sintomas, considerando o prejuízo maior no Transtorno de Personalidade Histriônica do que no Transtorno de Personalidade Histérica, visto que este envolve melhores níveis de adaptação e uma apresentação mais sutil dos sintomas do que o primeiro.

Ao se realizar um apanhado histórico sobre o tema, Bursztyn (2011) relatou que o termo histeria teve seus primeiros registros no contexto clínico no final do século XIX, com os estudos de Charcot em um hospício parisiense, quando a partir da observação de pacientes foi possível uma maior compreensão frente aos fenômenos histéricos, bem como proposições terapêuticas de tratamento desses pacientes. Com o avanço desses estudos a concepção da histeria foi se aproximando de quadros de patologias neurológicas e afastando-se de um estigma de simulação que envolvia tais pacientes em regime de internação.

Freud dedicou-se por muitos anos ao estudo da etiologia dos sintomas histéricos visando métodos de tratamento mais eficazes para essas pessoas, sendo que inicialmente seu trabalho foi em conjunto com Breuer e posteriormente, devido a divergências entre os dois, seguiu individualmente (ÁVILA; TERRA, 2010). Muitos dos avanços da psicanálise alavancados por Freud estão relacionados com os seus estudos sobre a histeria. Segundo Bursztyn (2011), Freud atribuiu como etiologia dos sintomas histéricos um excesso de simbolização de caráter sexual, com base em fantasias inconscientes que se inscrevem no corpo, de modo a paralisá-lo. Scotti

(2002) ressaltou que com o aprofundamento de seus estudos, Freud atribuiu um papel central, no caso da histeria, à vinculação da mulher com a mãe em fase pré-edípica, relacionadas com a sedução original e com o ódio pela castração e pela privação do falo. Desse modo, a insatisfação e a falta tão presentes e intensas nas neuroses histéricas estariam associadas, a princípio, com a relação homossexual original.

Segundo Bursztyn (2011) foi com o tratamento das histéricas que Freud constatou a existência e a influência do inconsciente na formação de sintomas, concebendo assim o conceito de recalque como subjacente aos esquecimentos presentes nos quadros histéricos. Assim, as concepções de recalque foram estabelecidas como mecanismo central na compreensão da histeria, bem como da associação livre como regra fundamental no tratamento desses pacientes. Castiel et al. (2012) diferenciaram, a partir dos escritos de Freud, o recalque enquanto defesa patológica ou primária dentro do funcionamento psíquico em geral. O que existe em comum entre as duas é a questão econômica da energia psíquica, bem como a tentativa de evitação de pensamentos que geram desprazer. No caso da defesa patológica, pertencente ao quadro histérico, existe uma formação simbólica de uma ideia substituta frente a uma ideia ligada a um afeto penoso e que precisa ser evitada, o que ocorre a partir de um deslocamento, caracterizando o recalque. Este mecanismo possibilita um esquecimento, porém não uma extinção de uma ideia associada a um sofrimento, ocorrendo com isso a formação de sintomas histéricos (CASTIEL et al., 2012).

A princípio acreditava-se que necessariamente havia um acontecimento real, de caráter sexual e precoce, que adquiriria significado traumático na puberdade sendo então associado a afeto penoso e, com isso, haveria o recalque e posteriormente desencadeariam os sintomas. Porém, com o avanço dos estudos Freud percebeu-se que o que se faz mais importante na compreensão dos sintomas histéricos é a fantasia, mais do que uma cena de sedução real, ou seja, independente de um fato da realidade (CASTIEL et al., 2012; SCOTTI, 2002; BURSZTYN, 2011). Desse modo, a eclosão da histeria estaria vinculada a um trauma relacionado com um conflito psíquico que emerge em decorrência de uma quantidade de energia que invade o psiquismo sem que existam recursos suficientes

para transformá-la em representações saudáveis, formando-se assim ideias substitutas, excessivamente intensas (CASTIEL et al., 2012).

Com o passar do tempo ocorreram diversas mudanças nos contextos social e cultural, e isso pode ter interferido na forma como os sintomas histéricos passaram a se apresentar, ou mesmo nos diferentes sentidos que passaram a ser atribuídos a eles (COSTA; LANG, 2016). Historicamente a histeria foi vista como uma síndrome cultural associada à repressão sexual vitoriana e o declínio desta poderia estar vinculado com a decadência do termo histeria (ÁVILA; TERRA, 2010). Porém, Costa e Lang (2016) sugeriram que na atualidade a histeria é expressa pela propensão ao exibicionismo e aos espetáculos do cotidiano, tão presentes individual ou grupalmente na sociedade. Souza (2000) destacou a ênfase que tem sido dada ultimamente aos aspectos narcisistas em relação a fenômenos mentais em detrimento aos aspectos histéricos, sendo a sociedade atual vista como constituída de indivíduos cercados por uma solidão, bem como por um ambiente hostil e indiferente, o que direciona o olhar para si mesmos, havendo uma confusão entre o que é privado ou público.

No contexto da psiquiatria, Ávila e Terra (2010) afirmaram que o constructo da histeria vem se fragmentando progressivamente em diferentes classificações diagnósticas, de modo a dificultar uma maior compreensão do significado e do enredo desse constructo, sendo que essa percepção aponta para a necessidade de se aprofundar a compreensão da histeria na atualidade visando conhecer as mudanças que podem ter ocorrido bem como a essência que se mantém. Costa e Lang (2016) constataram que a importância dada ao recalque no início do século XX não foi totalmente desinvestida na atualidade, o que se percebe é que a função do recalque foi ampliada para além da repressão dos desejos, estendendo-se como um dos agentes constitutivos do funcionamento psíquico, e, portanto, inerente aos seres humanos de modo geral.

O trabalho de Costa e Lang (2016) incluiu um estudo aprofundado sobre as obras de Melman, psicanalista que buscou compreender a histeria na atualidade. Esses autores relataram que Melman atribuiu à histeria mais um aspecto da pulsão do que da repressão, e, portanto, a neurose histérica seria como uma expressão de uma necessidade, por vezes criativa, de reestruturar e ressignificar a posição do

sujeito diante da falta que o constitui. Desse modo, estabeleceu-se a noção de que os sintomas histéricos denunciam uma falta e algo que é inalcançável, sendo essa visão ampliada para uma busca de reparação e integração.

Frequentemente a histeria tem sido associada a conflitos com a sexualidade, mais especificamente ligados ao sexo feminino, como dito anteriormente, e Michels (2001) realizou um estudo aprofundando a relação entre histeria e feminilidade, a partir de um olhar lacaniano. Esse autor aproximou a histeria de registros de fantasias relacionadas a submissão da posição feminina, ou seja, como mecanismos de defesa contra a posição feminina implicada da castração e o vazio deixado por esta. O próprio autor assumiu em seu estudo o impasse teórico que pode ser instaurado com tal afirmação. Ainda no campo da sexualidade, Souza (2000) aproximou o sofrimento pela consolidação da identidade sexual com os processos da histeria, associando uma incerteza sexual ou uma indefinição sexual com os aspectos histéricos da personalidade. No caso especificamente do processo de aceitação da homossexualidade faz-se presente, muitas vezes, uma dificuldade em ser assertivo e uma marcada presença de indecisões e ambiguidades, as quais são considerados pela autora como componentes da personalidade histérica.

Barrocas e Félix (2010) realizaram uma análise da histeria de angústia em dois casos comentados por Freud, especificamente masculinos – Hans e Haitzmann. Este estudo parte da ideia de uma bissexualidade constitucional presente no desenvolvimento psicosexual de ambos os sexos, sendo que os homens histéricos seriam aqueles que manifestam reduzido desejo de penetração no corpo feminino, além de possuírem características narcísicas, exibicionistas e sedutoras (BARROCAS; FÉLIX, 2010 apud NASIO, 1991). Na histeria masculina, portanto, haveria uma fantasia baseada em um impulso homossexual, bem como a formação de sintomas que expressam uma ambivalência entre um desejo manifesto por instintos sexuais constitucionais bem como por um desejo de suprimi-los.

O tratamento da histeria, diante de suas diversas formas de expressão, constitui-se como um desafio para a clínica atual. Alguns autores, como Celes (2007), tentaram realizar aproximações entre casos tradicionais escritos por Freud e a psicanálise clínica atual, sendo necessário um intenso investimento de análise teórica, técnica e cultural. Celes (2007) apresentou uma visão de que, diante do

caráter pulsional da sexualidade e de seu estatuto inconsciente, seria vital para a psicanálise permanecer em sua “crise do trauma sexual do século XIX”, no sentido de manter uma postura de questionamentos, conservando tais aspectos como impossíveis de serem dominados, ou seja, completamente ininteligíveis. Já Castiel et al. (2012) ofereceram uma percepção de que a técnica analítica embasada no modelo do trauma psíquico constitui-se como um parâmetro para análise de patologias mais severas, como considerou as “patologias da não-representação”. Para tanto, parte-se da concepção de que é a partir da simbolização de um acontecimento traumático, nos históricos expressas pelas ideias excessivamente intensas, que torna-se possível dar outros destinos ao sofrimento, ou seja, recriar a relação do sujeito com o sofrimento. Portanto, diante de patologias mais severas a meta inicial do tratamento seria justamente que o analista facilitasse a representação das forças pulsionais, permitindo uma simbolização e, com isso, um inconsciente recalado para que, a partir daí, possam ocorrer transformações nas representações associadas ao sofrimento. (CASTIEL et al., 2012).

Ao se considerar que os sintomas históricos encontram-se disseminados dentre diversos transtornos psiquiátricos, tanto nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto em ambulatórios de saúde mental casos graves de histeria podem ser diagnosticados e tratados como quadros, por exemplo, de psicose (BURSZTYN, 2011). Nesse sentido, faz-se fundamental a inserção de profissionais embasados psicanaliticamente para o reconhecimento do diagnóstico e orientação da equipe quanto ao tratamento, com o enfoque de tornar os saberes inconscientes revelados pelos pacientes históricos em norteadores da assistência na rede pública. A partir dos princípios conquistados com a reforma psiquiátrica, Bursztyn (2011) destacou como valioso o objetivo de articular a equipe multiprofissional para a capacidade de escuta e reconhecimento da cidadania de tais pessoas, possibilitando um olhar para o sintoma como tendo uma função dentro do psiquismo do sujeito.

1.3 Avaliação Psicodiagnóstica: contribuições do método de Rorschach

Nesse tópico serão apresentados aspectos gerais relativos a contribuição da avaliação psicodiagnóstica no contexto clínico e as contribuições específicas do método de Rorschach, enquanto recurso de avaliação adotado no presente estudo.

Avaliação psicodiagnóstica foi definida por Cunha (2000) como uma avaliação psicológica com propósitos clínicos, a qual visa conhecer aspectos do funcionamento psicológico, identificando forças e fraquezas do mesmo, com um foco na existência ou não de uma psicopatologia, levando em consideração parâmetros de limites da variabilidade normal. Para tanto, o psicodiagnóstico consiste em um processo científico que inclui a elaboração de hipóteses iniciais, o uso de técnicas e testes psicológicos, análise dos dados com base em um referencial teórico seguido da comunicação dos resultados. Existem diversos objetivos possíveis na realização de um psicodiagnóstico, dentre eles inclui-se, por exemplo, a classificação simples, a elaboração de um diagnóstico diferencial, a compreensão psicodinâmica, a prevenção e o prognóstico (CUNHA, 2010).

Sendín (2010) atribuiu um papel determinante ao planejamento terapêutico realizado a partir da avaliação psicológica, de modo a se ter um melhor aproveitamento dos resultados obtidos. Considerou que um planejamento integrado, aprofundado e individualizado da avaliação psicodiagnóstica facilitaria a compreensão pelo paciente, bem como permitiria inferir as suas possibilidades de responsabilidade e de postura ativa diante do próprio tratamento. Além disso, a avaliação psicológica pode viabilizar uma intervenção precoce, de modo a evitar maiores comprometimentos nos âmbitos afetivo, cognitivo e relacional (SILVA; COSTA, 2014 apud MCGORRY; EDWARDS, 2002).

Dentre os possíveis testes e técnicas psicológicas utilizadas na avaliação psicodiagnóstica incluem-se as técnicas projetivas, as quais possibilitam uma compreensão dinâmica do funcionamento psíquico do indivíduo (CHABERT, 2004) apreendendo, portanto, diferentes aspectos de um mesmo estado motivacional, traço ou necessidade (VILLEMOR-AMARAL; PASQUALINI-CASADO, 2006). As técnicas projetivas estão associadas a um raciocínio clínico buscando, desse modo, aproximar-se de uma compreensão mais completa e integrada do indivíduo (KARON, 2000).

Por meio das técnicas projetivas aspectos discretos do psiquismo do indivíduo, os quais muitas vezes não são explicitados em entrevista clínica, podem ser acessados (CHABERT, 2004), o que Pinto (2014) relacionou às indefinições do

material, pois ao atribuir interpretações e sentidos à contornos ambíguos oferecidos pelos materiais, o indivíduo estaria mais próximo de expressar seu mundo interior.

Segundo Villemor-Amaral e Pasqualini-Casado (2006) as técnicas projetivas tem um papel complementar na compreensão diagnóstica, visto que os resultados obtidos podem oferecer um refinamento aos diagnósticos diferenciais de certos transtornos mentais ao identificar diversos aspectos do psiquismo do indivíduo, desde os mais estáveis aos mais transitórios, além de acessar processos psicológicos latentes que podem estar vinculados ao funcionamento global da personalidade.

Dentre os métodos projetivos, associado aos objetivos do estudo, abordar-se-à especificamente o método de Rorschach, o qual não possui como objetivo principal identificar diretamente os diagnósticos descritos nos manuais de classificação diagnóstica, mas sim abordar a integração e o funcionamento da personalidade (VILLEMOR-AMARAL; PASQUALINI-CASADO, 2006).

O Rorschach consiste em um método projetivo que oferece subsídios para avaliar a estrutura da personalidade e seu funcionamento psicodinâmico (VAZ, 1997), permitindo um conhecimento aprofundado de características da personalidade e a possibilidade destas estarem associadas ou não a padrões psicopatológicos, sendo, portanto, um instrumento importante para a realização do diagnóstico diferencial (RESENDE, 2014). Pasian e Loureiro (2010) destacaram como meta deste método sistematizar informações úteis, com precisão e com base em referenciais adequados dentro de um panorama sociocultural específico.

Com uma visão ampliada e dinâmica do funcionamento psíquico por meio do método de Rorschach torna-se possível a compreensão dos recursos atuais e latentes do sujeito, bem como de suas vulnerabilidades (CHABERT, 2004), aprofundando o conhecimento das necessidades do indivíduo em relação ao tratamento, ou seja, com qual tratamento as demandas do indivíduo podem ser melhor atendidas (RESENDE, 2014). O psicodiagnóstico também pode auxiliar em diagnósticos que envolvem questões neurológicas ou desvios de conduta (VAZ,1997), bem como distúrbios psicossomáticos (RESENDE, 2014).

Vaz (1997) ressaltou a necessidade histórica de que fosse realizada uma sistematização quantitativa rigorosa da técnica projetiva do Rorschach para que a mesma recebesse reconhecimento científico, o que foi objeto de estudo ao longo de

muitos anos até a atualidade, por diversos autores. Atualmente, Pasian e Loureiro (2010) ressaltaram que a validade e a precisão do método de Rorschach tem sido objeto de estudo em diversos países, inclusive no Brasil. Destacam que os estudos normativos rigorosos e que integrem as diversas regiões do Brasil são necessários de modo a permitir comparações mais fidedignas.

Castro (2016) analisando as possibilidades de interpretação qualitativa das respostas do método de Rorschach ressaltou a importância da análise qualitativa a partir das aplicações clínicas do Rorschach, a qual poderia viabilizar a compreensão de componentes particulares de cada pessoa. Como destacado por Santos e Vaz (2006), é importante que, para analisar dados obtidos com o Rorschach, não ocorra um olhar exclusivo para os conteúdos das respostas, mas sim um olhar ampliado para o desempenho do sujeito na realização do teste, incluindo, por exemplo, o comportamento manifesto e as verbalizações que acompanham as respostas. Castro (2016) ressaltou a relevância de um olhar qualitativo com base na psicanálise, o qual possui como enfoque a concepção de que cada prancha possui um significado simbólico próprio, apresentando uma demanda específica latente e evocando conteúdos inconscientes relacionados a tais significados, o que possibilita um acesso a componentes significativos e específicos da personalidade (CHABERT, 2004). Nesse sentido, Vaz (1997) chamou a atenção para o papel dessas interpretações enquanto pontos de referência para o profissional, o qual deve avaliar cuidadosamente as respostas, sem preestabelecer padrões fixos e enrijecidos de interpretação. Chabert (2004) destacou como essencial para a elaboração de uma interpretação simbólica de uma resposta do Rorschach que se realize uma análise da dimensão associativa, ou seja, é necessário que se considere os diversos elementos da resposta, bem como suas ligações com o que precede e o que segue a resposta ao longo do discurso do sujeito.

Santos (2000) estudou como a representação de si pode ser expressa no teste de Rorschach, de modo a propor uma análise qualitativa em que, a partir das respostas oferecidas pelo sujeito, fossem analisados indicadores referentes ao mundo interno do mesmo, especificamente no âmbito de suas representações internalizadas. Essas estão diretamente relacionadas com a organização dinâmica da personalidade ao considerar-se que a representação de si passa por uma evolução ao longo do desenvolvimento emocional, desde uma imagem do corpo

frágil e pouco diferenciada, até imagens mais integradas e estáveis, as quais incluíam o dinamismo. Exemplificou como indicadores no Rorschach dos aspectos referidos a presença de cinestésias, visto que as mesmas indicam uma boa definição de limites corporais, além de uma flexibilidade considerada necessária para que se estabeleçam trocas afetivas com o mundo externo. Santos e Vaz (2006), a partir de uma revisão de literatura, no âmbito das representações de objeto e dos indicadores do Rorschach, consideraram que o nível de percepção do outro e as características das relações interpessoais também influenciam a compreensão da estrutura de personalidade subjacente e a organização dinâmica do sujeito. Para tanto, enfatizaram principalmente o indicador de conteúdo humano (H) no Rorschach, considerando para tal aspectos como a diferenciação, a articulação e a integração referentes às figuras humanas fornecidas como conteúdo de resposta.

Faz-se importante, portanto, ressaltar o que foi colocado por Castro (2016), o qual valorizou a associação das análises quantitativa e qualitativa a partir do método do Rorschach, ou seja, a necessidade de inicialmente realizar uma análise pautada na codificação e cotação do protocolo, baseada em sistema de classificação normativa atualizado, e, posteriormente, de forma complementar, realizar uma análise qualitativa, de modo não a substituir mas a aprofundar a análise dos resultados de cada indivíduo.

Abordando o diagnóstico clínico Chabert (1993) referiu que a análise do método de Rorschach aplicado em indivíduos com organizações neuróticas apresenta como características principais indicadores relativos ao modo como se processa a integração efetiva com a realidade externa, o duplo jogo entre processos primários e secundários, um registro conflitual pertencente a ordem sexual e da angústia de castração, além da identificação de mecanismos de defesa facilmente localizáveis e pertencentes a organizações neuróticas. Destacou que por meio dos testes projetivos, especificamente quanto ao método de Rorschach, é possível evidenciar um funcionamento neurótico da personalidade e a capacidade do indivíduo de colocar em cena as representações e os afetos, dramatizando-os mesmo que de forma implícita (CHABERT, 2004).

Em relação a histeria, a dramatização se apresenta a partir de expressão de afetos maciços ou de caráter exagerados, comumente por meio de verbalizações, o que no Rorschach aparece com um aumento de respostas cor e uma ênfase dada

aos comentários (CHABERT, 2004). Com esse predomínio de investimento nos afetos, por vezes as produções são caracterizadas como ambíguas e de difícil apreensão, além de frequentemente carregadas de angústia (CHABERT, 2004).

Quando se trata do Transtorno de Personalidade Histriônica, são raros os estudos que enfatizam especificamente a avaliação de suas características associadas aos indicadores presentes no método de Rorschach. Vaz (1997) destacou características de protocolos do Rorschach referentes a pessoas diagnosticadas no âmbito do Transtorno de Personalidade Histriônica, envolvendo em sua análise tanto pacientes com transtorno de conversão quanto com distúrbios afetivo-emocionais com reação histriônica. Tal autor destacou a presença marcante de choques de estupefação, ou seja, de expressões emocionais intensas que podem ter como objetivo atrair a atenção do examinador, e relacionou essa manifestação com uma falta de controle sobre as próprias reações emocionais e como uma tentativa de controle do ambiente externo para ganhos secundários. Em relação especificamente a pessoas com traços de personalidade histriônica, mas funcionando a um nível psicótico, destacou como relevantes características tais como um raciocínio lógico muito prejudicado, controle geral rebaixado, respostas com traços de dissociação do pensamento, além de dificuldades relacionadas às pranchas com significados simbólicos associados a figura paterna, figuras do sexo feminino e dificuldades originadas no desenvolvimento psicosssexual (VAZ, 1997).

Embora sejam amplamente reconhecidas as contribuições da avaliação psicodiagnóstica no contexto clínico, a área carece de estudos sobre transtornos específicos, especialmente sobre transtornos de personalidade.

Diante dos apontamentos referentes à complexidade do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Histriônica, visto que o mesmo sofreu diversas mudanças em sua classificação e suas características não são exclusivas, podendo ser confundidas com outros diagnósticos, ressalta-se a importância da realização de avaliações psicodiagnósticas que permitam uma aproximação mais aprofundada desse funcionamento psíquico a fim de acessar com maior clareza os traços de personalidade e do dinamismo interno para além dos sintomas aparentes. Destaca-se ainda a importante escassez de estudos que contribuam no sentido da compreensão das características do Transtorno de Personalidade Histriônica

associadas aos indicadores do Rorschach. Nesse contexto se insere o presente estudo, o qual visa contribuir para ampliar o conhecimento e colaborar com o preenchimento de tal lacuna, por meio de uma análise aprofundada de um estudo de caso de uma paciente com diagnóstico clínico descritivo de Transtorno de Personalidade Histriônica.

2. OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo caracterizar, por meio de um estudo de caso, indicadores clínicos e psicodinâmicos apresentados por uma paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade Histriônica, avaliada pelo método de Rorschach, focalizando aspectos relativos à integração da identidade.

3. MÉTODO

Para atingir o objetivo proposto, foi adotada a metodologia de estudo de caso, visando a análise de indicadores psicodinâmicos identificados com o método de Rorschach, por meio dos aspectos estruturais que compõem o psicograma e dos indicadores relativos à representação de si, segundo Rausch de Traubenberberg e Sanglade, traduzido para o Brasil por Santos (1996). Esses dados foram analisados com base nos dados normativos das técnicas e interpretados sob uma abordagem psicodinâmica.

3.1. Participante

O caso analisado no presente estudo possui como embasamento os protocolos de uma avaliação psicodiagnóstica, realizada pelo Serviço de Psicologia da divisão de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Trata-se de uma mulher, adulta, que estava em período de semi-internação no Hospital Dia, sendo que a avaliação foi solicitada por demandas clínicas. Como forma de preservar a identidade da participante, será utilizado neste estudo o nome fictício de Maria.

Maria cursou o ensino superior completo, tendo trabalhado por 12 anos na área de educação. Porém, devido a insatisfações vagas com relação ao trabalho desempenhado, decidiu pedir demissão e empregou-se mediante concurso na área de saúde, função na qual permaneceu por 2 anos até ser afastada, por motivo de saúde. Mora com seu pai, sua mãe, sua irmã (4 anos mais nova) e seu sobrinho.

No momento da avaliação, Maria estava com 37 anos, solteira e afastada há 3 anos de seu trabalho como educadora devido ao agravamento de seus sintomas. Estava há 1 mês em contexto de semi-internação devido a sucessivas tentativas de suicídio e ideação suicida constante, além de relatos de alucinações auditivas e visuais experimentadas como vivências psicóticas.

3.2. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Entrevista clínica semi-estruturada realizada com a paciente, a fim de compreender aspectos pessoais e familiares, bem como histórico clínico, queixa e história da moléstia atual;
- Prontuário médico do HCFMRP-USP, revisado com o objetivo de coletar informações clínicas e pessoais sobre história atual e pregressa da participante;
- Psicodiagnóstico de Rorschach, a partir de aplicação, codificação e interpretação dos indicadores de acordo com as recomendações técnicas da Escola Francesa (TRAUBENBERG, 1998), considerando-se a padronização brasileira proposta por Pasian (2000). Além disso, foi utilizado o procedimento de análise sistemática de conteúdo para a avaliação da qualidade das representações de si produzidas em cada prancha (TRAUBENBERG & SANGLADE 1984);

3.3. Procedimento

A avaliação psicodiagnóstica foi realizada com objetivos clínicos enquanto a paciente estava em semi-internação no Hospital Dia do HCFMRP-USP. A solicitação da avaliação teve por objetivo principal esclarecimento diagnóstico, sendo as

hipóteses diagnósticas psiquiátricas de Transtorno Esquizoafetivo tipo depressivo ou Episódio Depressivo Grave com sintomas psicóticos. A avaliação foi realizada pela psicóloga autora do presente estudo, na ocasião, em estágio de aprimoramento no referido serviço.

No contato inicial com a paciente, foram esclarecidos os objetivos da avaliação, sendo que a paciente aceitou prontamente, tendo iniciado o processo após seu consentimento livre. Esclareceu-se também a possibilidade de futura utilização do material para pesquisa, além dos compromissos com os princípios éticos e de sigilo.

Foram realizados quatro encontros com duração média de 1 hora cada, com a finalidade de coletar história clínica e pessoal e aplicar as seguintes técnicas: Teste das Matrizes Progressivas de Raven, Bateria de Grafismo de Hammer (HTP), Psicodiagnóstico de Rorschach e Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. No presente estudo, optou-se por um aprofundamento a partir da história clínica e do teste projetivo de Rorschach.

Os encontros foram individuais e as técnicas foram aplicadas por uma psicóloga treinada em avaliação psicológica. Realizou-se uma técnica por sessão, exceto na última, quando foram aplicadas duas técnicas. Após a aplicação, os dados obtidos foram codificados e corrigidos por duas psicólogas supervisoras, de modo independente, sendo que em momentos de discordância utilizou-se a avaliação de consenso. Posteriormente os dados foram integrados de modo a corresponder as demandas específicas de um laudo, conforme as recomendações do Conselho Federal de Psicologia.

Para os objetivos desse estudo, os dados estão agrupados da seguinte maneira:

- História Clínica Psiquiátrica: caracterização sociodemográfica; manifestações clínicas predominantes atuais e prévias; aspectos adaptativos; estressores ao longo da vida e indicadores psicopatológicos familiares.
- Psicodiagnóstico de Rorschach, analisado nas seguintes categorias:
 - 1- Funcionamento lógico e adaptativo, com os fatores:

- A) *Produção*: número de respostas absolutas (R), respostas adicionais (Rad), denegações (Den), recusas (RA), 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. Fórmula ($T.R.I. - \sum K : \sum Cp$), 2ª. Fórmula– Vivências Latentes ($\sum k : \sum Ep$) e 3ª. Fórmula ($\frac{N^o \text{ de } R \text{ das Pranchas VIII, IX e X}}{R}$);
- B) *Controle geral*: porcentagem de resposta forma ($F\%$) e específico, porcentagem de respostas forma associadas à cor ($FC: CF+C$), estompagem ($FE: EF+E$), movimento ($\sum K: \sum k$) e resposta humano ($\sum H : \sum Hd$)
- C) *Fórmula de Angústia*: $\frac{Hd+Sx+Anat}{R} \geq 12\%$;

3- Integração dos indicadores psicodinâmicos, tendo por referência a literatura, utilizados para a categorização das respostas:

Foi realizada uma revisão de literatura com objetivo de identificar estudos sobre indicadores psicodinâmicos do Rorschach relacionados especificamente com o Transtorno de Personalidade Histriônico. Porém notou-se uma escassez de artigos publicados atualmente nesse âmbito, optando-se por embasar o presente estudo nas produções de Chabert (1993) e Vaz (1997). Visando um aprofundamento no aspecto de estruturação da identidade, realizou-se a análise do protocolo a partir das categorias propostas por Rausch de Traubenbergl e Saglade (1984) com o Crivo de Representação de Si, o qual foi traduzido para o Brasil por Santos (1996).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados será realizada em duas etapas: a primeira referente à história clínica psiquiátrica, manifestações clínicas e recursos adaptativos; a segunda referente aos indicadores relativos ao Psicodiagnóstico de Rorschach. Por fim, os dados obtidos serão integrados e analisados com base na literatura.

4.1 – História Clínica Psiquiátrica - Caracterização sociodemográfica, manifestações clínicas predominantes e recursos adaptativos

Na tabela 1, encontram-se os dados do perfil sociodemográfico da paciente, além das principais manifestações clínicas psiquiátricas e seus recursos adaptativos. Os dados da história clínica aqui apresentados foram coletados principalmente com a própria paciente, sendo que apenas algumas informações em prontuário indicavam com fonte a mãe.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e das manifestações clínicas psiquiátricas predominantes, além dos dados relacionados aos aspectos adaptativos sinalizados na história de vida da paciente

Caracterização sociodemográfica
• Maria, 37 anos, ensino superior completo; afastada do trabalho há 1 ano pelos problemas psiquiátricos que motivaram a internação; mora com a mãe, o pai, a irmã mais nova e o sobrinho;
Manifestações clínicas predominantes atuais
• Semi-internação em Hospital-Dia há 1 mês • Relato de alucinações auditivas e visuais - vozes de caráter persecutório e autodepreciativo, que a desestimulam da vida e do tratamento • Tristeza e tentativas de suicídio precedendo a internação • Ideação suicida, com tentativas, durante a internação • Comprometimentos funcionais importantes como: isolamento social e dificuldades no autocuidado
Manifestações clínicas prévias
• Há 1 ano, duas tentativas de suicídio – enforcamento e ingestão de medicações • Há 4 anos: ouve vozes e vê vultos de uma mulher e um cachorro; queixas de ansiedade e tristeza constantes; refere dor no coração e formigamentos pelo corpo • Ao longo dos últimos 3 anos engordou 30kg • Ao longo da vida: convívio social restrito desde a infância, com isolamento social e relacionamentos superficiais e idealizados; manifestações afetivas imaturas com tendência a agressividade e dramatização

(Continua)

(Conclusão)

Aspectos Adaptativos

- Paciente com ensino superior completo
- Recursos cognitivos preservados
- Conta com suporte da família para viabilização e manutenção do tratamento
- Exerceu função remunerada por 14 anos, com bom desempenho em suas funções, compatíveis com sua escolaridade
- Denota iniciativa em buscar ajuda

Estressores ao longo da vida

- Pai etilista ao longo do seu desenvolvimento até a idade adulta
- Presenciou frequentes agressões físicas e verbais do pai direcionadas para a mãe
- Abuso sexual crônico dos 5 aos 8 anos, por um familiar
- Rompimento de um relacionamento amoroso há aproximadamente 4 anos
- Acúmulo de dívidas há aproximadamente 4 anos

Indicadores psicopatológicos familiares

- Pai foi etilista e tia paterna é etilista e diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar
 - Irmã diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar e em tratamento para Hipersexualidade
 - Duas tias paternas com sintomas depressivos e tentativas de suicídio
 - Tio paterno diagnosticado com Esquizofrenia
-

Maria é uma adulta de 37 anos de idade, que reside com os pais, a irmã mais nova e o sobrinho. Alcançou níveis importantes de adaptação, principalmente no âmbito do desenvolvimento cognitivo e profissional, possuindo nível superior completo e tendo trabalhado por 12 anos em sua área, com bom desempenho. Há 3 anos mudou para outro trabalho de nível médio, o que atribui a um “*desgaste mental*” (sic), e está afastada deste há 1 ano devido aos problemas psiquiátricos que motivaram a atual semi-internação.

Foi encaminhada para semi-internação devido a sucessivas tentativas de suicídio e ideação suicida constante, além de persistência dos relatos de alucinações auditivas e visuais experimentadas como vivências psicóticas, apesar de acompanhamento psiquiátrico em posto de saúde. No momento da avaliação estava internada há um mês e no serviço era acompanhada pelos pais.

Durante o ano que precedeu a semi-internação, Maria teve diversas tentativas de suicídio, sendo duas mais graves, uma por meio de enforcamento e outra de ingestão de medicações em quantidade excessiva, em ambas um familiar chegou a tempo de impedir a concretização do ato. A ideação suicida teve início há quatro anos e está presente até o momento atual, sendo associada às vozes que Maria escuta, de caráter autodepreciativo e autodestrutivo. Além das vozes, Maria vê vultos de uma mulher e de um cachorro, sendo que a primeira a amedronta e o segundo é indiferente para ela. Com muita frequência são relatadas também queixas de ansiedade e tristeza, além de dor no coração e formigamentos pelo corpo. Durante os últimos três anos, Maria engordou 30 quilos, o que associa a ansiedade e tristeza que sente.

Conta que no decorrer de toda sua vida seu convívio social foi restrito, caracterizado por relacionamentos superficiais e idealizados. Segundo relata, tinha atitudes imaturas e desadaptadas, caracterizadas principalmente por sugestionabilidade, seguida de agressividade e dramatização, como tentativa de manifestar afetividade e conquistar amizades, o que culminava em frustrações nesse âmbito.

Sua história de vida é marcada por adversidades, inicialmente relacionadas com as figuras masculinas, como o etilismo e perfil agressivo do pai, além de um

abuso sexual crônico por um familiar, que ocorreu com frequência aproximada de uma vez por semana ao longo de três anos (dos cinco aos oito anos). Maria teve apenas um relacionamento amoroso, homoafetivo, o qual não foi assumido publicamente e tinha caráter extraconjugal. Teve um rompimento há cerca de quatro anos, e está associado ao acúmulo de dívidas que, segundo relata, fazia para conquistar tanto a parceira quanto outras amizades.

Apesar das dificuldades que vivenciou ao longo de toda a vida, com intensificação nos últimos anos, sua história de vida é marcada por aspectos adaptativos que podem ter colaborado para sua relativa estabilidade até a vida adulta. Tais fatores podem, inclusive, favorecer seu tratamento atual e sua melhora. Maria possui ensino superior completo e seus recursos cognitivos estão preservados. No âmbito profissional Maria possuía bom desempenho e era reconhecida por seu trabalho. Sua família, principalmente sua mãe, se faz presente viabilizando o tratamento e como possível recurso para manutenção do tratamento pós-alta. A própria paciente também apresentou iniciativa em buscar ajuda, o que no contexto da semi-internação ficou expresso por participar ativamente dos grupos trazendo questões pessoais, além de solicitar, por diversas vezes, apoio de diversos profissionais da equipe, em âmbito individual.

Atualmente seu pai não é mais etilista, porém sua tia paterna é etilista e foi diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar, sua irmã também possui este diagnóstico, além de estar em tratamento para Hipersexualidade. Possui duas tias paternas com sintomas depressivos e históricos de tentativas de suicídio, e, por fim, um tio paterno diagnosticado com Esquizofrenia.

Faz-se necessário destacar que a avaliação psicológica foi solicitada com o objetivo de ampliar a compreensão sobre o funcionamento de personalidade da paciente, esclarecendo a respeito dos sintomas psicóticos, bem como auxiliar na definição de um diagnóstico, sendo que as hipóteses diagnósticas clínicas, até o momento, eram de transtorno esquizoafetivo tipo depressivo ou episódio depressivo grave com sintomas psicóticos. Do ponto de vista psicodiagnóstico, os indicadores evidenciaram como hipótese o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Histriônica. A diferença entre o diagnóstico clínico e o obtido pelo psicodiagnóstico pode estar relacionada às dificuldades diagnósticas que envolvem o Transtorno de

Personalidade Histriônica, por este ter uma apresentação clínica multifacetada, além de expressões plásticas dos sintomas, podendo estar em interação com outros sintomas característicos de outros diagnósticos (ÁVILA; TERRA, 2010).

Em relação aos sintomas psicóticos, estudos trouxeram aproximações dos sintomas psicóticos com manifestações histéricas, sendo comum a ocorrência de fenômenos sensoperceptivos de natureza histérica (DALGALARRONDO, 2008), bem como que casos graves de histeria sejam tratados e diagnosticados como quadros de psicose (BURSZTYN, 2011), o que dá sentido para os relatos de alucinações visuais e auditivas de Maria.

Com base nos dados obtidos a partir da história clínica, notou-se que a paciente apresentou características relevantes associadas a transtornos de personalidade, tal como relatado por Kaplan, Sadock e Grebb (1997) pela presença de traços marcantes de personalidade mal-adaptada e inflexível, com prejuízos significativos em sua forma de se perceber e perceber o mundo e serem estáveis no decorrer do tempo, o que acarreta em angústia intensa e dificuldades sociais (CID-10, Organização Mundial da Saúde – OMS, 1993). Apesar dessas dificuldades, os dados da história indicaram que Maria adquiriu recursos ao longo da vida, inclusive cognitivos, os quais permitiram estabilidade até certo momento de sua vida, o que pode influenciar positivamente em seu prognóstico. Segundo os relatos de Maria, provavelmente, os sintomas tiveram início em fases mais precoces, porém tiveram expressão mais intensa desde o início da vida adulta, sendo que a paciente acabou buscando tratamento tardiamente, quando de perdas importantes, principalmente no âmbito das amizades e do trabalho, que envolveram um isolamento social e um desequilíbrio emocional intensos. Essa trajetória condiz com o exposto no DSM 5 em relação a busca de tratamento por pessoas com transtorno de personalidade muitas vezes ocorrer em momento tardio da vida, em consequência de perdas importantes (APA, 2014).

Em relação especificamente ao Transtorno de Personalidade Histriônica, Maria apresentou diversos traços de personalidade correspondentes ao descrito para esse diagnóstico no CID-10 (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1993), principalmente uma exacerbação na expressão das emoções, caracterizando dramatização; sugestibilidade, afetividade superficial e lábil e busca constante

por ser o centro das atenções. Na história de vida da paciente isso se mostrou evidente diante de sua dificuldade em manter relacionamentos estáveis em diversos âmbitos, relacionando-se de forma superficial e utilizando-se de recursos como dinheiro para se aproximar das pessoas, o que denotou uma dificuldade no âmbito afetivo, bem como uma labilidade. Além disso, suas constantes solicitações de ajuda no contexto da semi-internação por parte de diferentes membros da equipe, tanto em grupo quando individualmente, também pode ser vista como uma maneira de buscar ser o centro das atenções.

Enquanto autores como Kaplan, Sadock e Grebb (1997) afirmaram que mulheres são mais diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Histriônica do que homens, o DSM 5 apresentou uma ponderação de que a proporção encontrada desse diagnóstico entre os dois sexos equivale a proporção encontrada em geral no contexto clínico (APA, 2014). De todo modo, a paciente do presente estudo é uma mulher, portanto corresponde a essa premissa. Estudos indicaram também uma prevalência maior desse diagnóstico em mulheres com sintomas depressivos (ENFOUX et al., 2013), o que pode ser verificado em Maria, a qual apresentou importantes características depressivas como tristeza, dificuldades no autocuidado e ideação suicida constante, com muitas tentativas.

O Transtorno de Personalidade Histriônica possui uma etiologia pouco definida em termos clínicos (ÁVILA; TERRA, 2010), porém no âmbito psicodinâmico muito se investiu nesse sentido, sendo que no princípio considerava-se necessária a ocorrência de um acontecimento real, de caráter precoce e traumático (CASTIEL et al., 2012; SCOTTI, 2002; BURSZTYN 2011), o que no caso de Maria pode ser associado ao abuso sexual crônico sofrido em sua infância. Porém, atualmente isso não se mostra definitivo para a etiologia do transtorno, pois o que é considerado mais relevante na formação dos sintomas histéricos é a fantasia (CASTIEL et al., 2012; SCOTTI, 2002; BURSZTYN, 2011), a qual acarretaria em um conflito psíquico mais intenso que os recursos disponíveis no psiquismo são capazes de simbolizar ou representar de modo saudável (CASTIEL et al., 2012). Alguns sintomas de Maria como as tentativas de suicídio, as dramatizações e o endividamento, este associado à tentativa de conquistar relacionamentos interpessoais, podem ser percebidos como uma expressão de uma necessidade, bem como uma tentativa de se

reestruturar e se ressignificar diante da falta que a constitui (COSTA; LANG, 2016). Além disso, pode-se considerar que diante dessa dificuldade de simbolizar situações conflitivas, a energia psíquica muitas vezes é deslocada para o corpo no caso de Maria, o que seria expresso pelas dores e formigamentos que relata ter pelo corpo.

Em relação à sexualidade Maria se considera homossexual, porém o campo da sexualidade traz muitos conflitos para a paciente, inclusive no âmbito de se aceitar e se assumir homossexual, sendo que até o momento não conseguiu estabelecer relacionamentos amorosos estáveis e profundos, nem com homens nem com mulheres. Essas incertezas, ambiguidades e indefinições sexuais, segundo Souza (2000), podem ser vistas como aspectos histéricos da personalidade.

4.2 - Avaliação Psicodiagnóstica- Aspectos Estruturais e Funcionais da Personalidade por meio do Método de Rorschach

Na tabela 2 encontram-se os indicadores relacionados ao funcionamento lógico e adaptativo a realidade, obtidos pelo método de Rorschach. Foram consideradas tanto a produção inicial (R) quanto a produção adicional referente no momento da investigação (RA). Adotou-se os dados normativos de Pasian (2000) como referência normativa.

Tabela 2- Indicadores relativos ao funcionamento lógico e adaptativo a realidade, segundo o método de Rorschach considerando a produção inicial (R) e a produção adicional por ocasião da investigação (RA).

Indicadores	Dados	Respostas
	Obtidos (R)	Adicionais(RA)
<i>Produção</i>		
R	20 ↑	9↑
Deneg	-	-
Rec	-	-
ΣK	1 K +	-
kp	-	
kan	2 kan +	1 kan –
kob	1 kob + 1 kob -	-
<i>Controle lógico</i>		
F%	10% ↓↓	13%↓↓
F+%	0% ↓↓	
F+ext%	75% n	58% ↓
Pos	6	1
<i>Adaptação ao real</i>		
G%	30% ↓	31% ↓
D%	40% n	34% n
Dd%	25% ↑↑	27% ↑↑
Dbl%	5% ↑↑	6,8% ↑↑
A%	45% n	37% ↓
Ban%	25% n	20% ↓

*↑- Elevado em relação à norma; ↓-Diminuído em relação à norma; ↑↑- Muito elevado em relação à norma; ↓↓- Muito diminuído em relação à norma; n – dentro do valor normativo;

A interpretação dos indicadores relativos ao funcionamento lógico e adaptativo a realidade será realizada à luz das proposições teóricas de Traubenberberg (1998), assim considerar-se-á os significados atribuídos a todos os indicadores e, de forma a evitar a repetição, tal referência não será nomeada a cada parágrafo.

Os dados expostos acima indicam uma produção com *R* (quantidade de respostas) elevado, o que é intensificado pela grande quantidade de *RA* (respostas adicionais) apresentadas. Tais indicadores podem significar tanto uma desenvoltura imaginativa e verbal quanto uma necessidade de expressão e desejo de cooperação. Além disso, verificou-se uma ausência de *Den* (denegação) e de *Rec* (recusa), o que associado aos demais indicadores sugere que os processos repressivos não se mostraram intensos durante a aplicação.

Quanto aos determinantes referentes a movimento humano, apresentou uma resposta grande cinestesia (*K*), de boa qualidade formal, e ausência de resposta de pequena cinestesia (*kp*). Isso pode sugerir a presença de uma boa capacidade intelectual e criativa. Em relação aos determinantes associados a movimento animal (*kan*) foram apresentadas duas respostas, ambas de boa qualidade formal. Com as *RA* acrescentou-se uma resposta *kan*, desta vez de qualidade formal pobre. O indicador de movimentos próprios de objetos (*kob*) esteve presente por duas vezes, sendo uma de boa qualidade formal e a outra de qualidade formal negativa. As pequenas cinestesias (*k*) predominaram frente as grandes cinestesias (*K*), o que aponta para um potencial dinamismo interno e recursos cognitivos, porém com características imaturas e impulsivas, o que prejudica uma apreensão integral da realidade. Apesar disso, as respostas cinestésicas foram classificadas preponderantemente como de boa qualidade formal, o que indica uma adaptação a realidade objetiva.

Em relação ao controle lógico, o indicador *F%* mostrou-se muito rebaixado, o que persiste com as *RA*, caracterizando um frágil vínculo com a realidade, ao mesmo tempo pode indicar uma abertura a um modo afetivo e espontâneo de apreender a realidade, além de pouco intelectualizado. Já o indicador de precisão do pensamento (*F+%*) mostrou-se ausente, denotando uma ausência de determinantes formais de qualidade positiva. Esse dado aponta para uma escassez de controles

eficazes frente a aspectos afetivos, associado a uma diminuição da eficiência dos recursos intelectuais, o que caracteriza uma baixa precisão de análise da realidade. Já o indicador referente a integração de razão e afeto na percepção da realidade (*F+ext%*) encontra-se dentro do valor normativo preconizado, porém com as *RA* passa a ficar rebaixado. Isso pode significar que existem recursos de integração entre afeto e razão, os quais, porém, se desestabilizam com a redução de mecanismos defensivos, o que sugere uma invasão de impulsos que prejudica a coordenação de aspectos referentes à lógica. Além disso, apresentou sete respostas *Pos* (posição), o que também direciona para uma restrição em integrar com eficácia afeto e razão.

Sobre a adaptação ao real, sua forma de apreensão da realidade foi caracterizada por *G%* abaixo do esperado, *D%* dentro da normalidade, *Dd%* muito acima do esperado e *DbI%* muito acima do esperado, sendo que esse quadro dos determinantes permanece com as *RA*. O rebaixamento da percepção global (*G%*) indica uma frágil capacidade de integração e de uma percepção ampla da realidade, além de uma dificuldade em exercer formas de controle frente a realidade externa. Sua apreensão *D%* sugere uma apreensão da realidade caracterizada pelo uso do senso comum e uma boa capacidade de diferenciação afetiva entre eu-outro. A grande frequência de *Dd%* é um indício de uma percepção minuciosa e detalhista do real, assim como de uma boa capacidade imaginativa. A importante elevação de detalhes branco (*DbI%*) diz respeito a um sinal de oposição ao mundo exterior ou, no caso da avaliação, à força sugestiva do estímulo, mas é complementada por uma plasticidade estrutural e uma busca de afirmação de si.

A respeito do indicador *A%*, associado ao automatismo do pensamento, inicialmente esteve dentro dos valores normativos, porém com as *RA* houve um rebaixamento do valor esperado. Isso pode denotar uma tendência a estereotipia e conformismo do pensamento, favorecendo uma adaptação ao coletivo, sendo que com a diminuição dos mecanismos repressores frente ao estímulo torna-se possível abordar interesses variados e emergir uma imaginação, predominantemente pessoal e, portanto, pouco compartilhada. Em relação ao indicador de capacidade de compartilhamento de ideias com a coletividade (*Ban%*), o mesmo encontrou-se inicialmente dentro dos valores normativos e, com as *RA* ficou abaixo do esperado. Ou seja, em um primeiro momento há um contato satisfatório com a realidade

externa e uma adaptação ao coletivo, o que em um segundo momento, influenciado pelo grande aumento de respostas, torna-se insuficiente e denota um contato com a realidade objetiva frágil e com tendências ao desinteresse e à oposição.

A partir de uma análise visando a integração dos indicadores do funcionamento lógico e da adaptação à realidade, pode-se supor que Maria possui recursos cognitivos e criativos os quais possibilitam uma adaptação a realidade superficial, pois por apresentar características frágeis e imaturas quanto ao controle racional, os seus recursos cognitivos lógicos não são suficientes frente a invasão dos impulsos e das vivências afetivas. Desse modo, com a desestabilização de seus mecanismos defensivos, sua lógica acaba sendo prejudicada o que se reflete em particularizações e no distanciamento do real como formas de se preservar das vivências afetivas.

A seguir, a tabela 3 apresenta os indicadores relacionados ao funcionamento afetivo, obtidos pelo método de Rorschach, sendo utilizados como referências comparativas os dados normativos de Pasian (2000). Foram consideradas tanto a produção inicial (R) quanto a produção adicional referente no momento da investigação (RA).

Tabela 3 - Indicadores relativos ao funcionamento afetivo, segundo o método de Rorschach considerando a produção inicial (R) e a produção adicional por ocasião da investigação (RA)

Indicadores	Dados Obtidos (R)	Respostas Adicionais (RA)
<i>Tipos de vivências:</i>		
TRI	Extra D* (1: 4,5)	1:7,5 <i>Extra D*</i>
TL	4:4 Ambigüal	4:5,5 <i>Extra D*</i>
3ª Fórmula	35% Ambigüal	31% <i>Ambigüal</i>
TRI X TL (Manifestações atuais)	Discordantes	<i>Concordantes</i>
TRI X 3ª Fórmula (Recursos afetivos)	Discordantes	<i>Discordantes</i>
<i>Controle Geral da afetividade:</i>		
F%	10% ↓↓	13% ↓↓
<i>Controle específico da afetividade:</i>		
FC: CF+C	4 : 1	6 : 3
FE: EF+E	4 : 2	5 : 3
$\sum K: \sum k$	1 : 4	1 : 5
$\sum H : \sum Hd$	2 : 1	6 : 3
Fórmula de Angústia	10% n	13,7% ↑

*↑- Elevado em relação à norma;; ↓↓- Muito diminuído em relação à norma; n – dentro do valor normativo;

**Tipos de Vivência: Extra D corresponde a Extratensivo DilatadoZ

Os indicadores relativos ao funcionamento afetivo serão interpretados à luz das proposições teóricas de Traubenberberg (1998), considerando, desse modo, os significados atribuídos a todos os indicadores e, a fim de evitar a repetição, esta referência não será nomeada a cada parágrafo.

Acerca do tipo de vivência afetiva, tratando-se em específico da forma de vivenciar os acontecimentos habituais, o que é expresso pelo *T.R.I* (Tipo de Ressonância Íntima), a paciente apresentou uma tendência extratensiva de experimentar os afetos. Isso porque a frequência de respostas de grande cinestesia (*K*) apresentadas foi menor do que as respostas com determinante cor (*C*). Considera-se que a vivência extratensiva dos afetos caracteriza uma forma de expressão das emoções diretamente no meio externo, com intensa carga afetiva, além de uma excitabilidade e sensibilidade ao meio, as quais por vezes são manifestas de modo inadequado. O tipo de vivência *extratensiva dilatada* é caracterizado por esse excesso de afetividade e labilidade, com limitação da percepção do real, mas com a presença de uma ponderação na forma de manifestar essas necessidades afetivas.

Os indicadores associados a fórmula *T.L.*, referentes aos recursos disponíveis para as vivências dos afetos, apresentaram um tipo de vivência *ambigüal*, o que não se mantém com as *RA*, visto que incluindo estas a fórmula *T.L.* também é caracterizada como extratensivo dilatado. O tipo *ambigüal* ocorre quando a frequência de pequenas cinestésias (*k*) é igual a frequência de respostas com determinante estompage (*E*). Já o tipo *extratensivo dilatado* é caracterizado por uma menor frequência de pequenas cinestésias (*k*) em relação a frequência de respostas estompage (*E*). A presença do tipo *ambigüal* em um primeiro momento indica um equilíbrio entre as capacidades de exploração do mundo exterior e de elaboração do mundo interno, ou seja, esse dado sugere que a paciente conta com recursos latentes para alcançar uma estabilidade emocional. Porém, com a introdução das *RA* há uma alteração para o tipo *extratensivo dilatado*, caracterizado por expansão afetiva e labilidade, com relativa capacidade de ponderação, como referido anteriormente. Com a 3ª fórmula, percebe-se que diante de novas situações, a vivência da paciente é novamente *ambigüal*.

A partir da comparação entre a fórmula relativa à forma habitual de vivência dos afetos com a relativa aos recursos afetivos disponíveis (*T.R.I* x *T.L.*), e também

com a vivência atual dos afetos (*T.R.I x 3ª fórmula*), percebeu-se que há uma discordância entre os tipos de vivência, exceto na comparação *T.R.I x T.L* quando acrescidas as *RA*. Isso apresenta, portanto, a presença de conflitos, visto que há uma maneira habitual de vivenciar os afetos marcada por *extratensividade*, porém com presença de recursos internos de caráter *ambiguo*, o que indica a existência de recursos de controle que não estão sendo utilizados plenamente pela paciente. Vale ressaltar que, nesse caso, em um segundo momento de exposição ao estímulo e, portanto, de redução da intensidade de mecanismos repressivos ou inibitórios, o tipo de manifestação *extratensivo* prevalece. A partir da comparação com a vivência atual dos afetos, também identificou-se conflitos, visto que, diferentemente do *T.R.I*, na *3ª Fórmula* apresentaram-se recursos de equilíbrio entre mundo interno e externo frente a uma situação nova.

Quanto ao controle geral da afetividade, indicada pelo indicador dos recursos lógicos (*F%*), notou-se um importante rebaixamento, o que sugere que o controle da afetividade geral se mostra insuficiente, com exacerbação dos afetos frente a razão, com uma tendência ao transbordamento afetivo.

Sobre o controle específico da afetividade, expresso pela proporção *FC:CF+C*, a qual considera a integração entre aspectos lógicos e manifestações afetivas, no presente protocolo o valor de *FC* foi superior ao valor da soma *CF+C* em ambas as condições. Esse dado aponta para uma capacidade de contenção racional frente a manifestações afetivas, com uma tendência ao uso da razão de maneira defensiva, caracterizando uma superficialidade frente a situações de importante carga afetiva.

O controle específico da angústia, indicado pela proporção *FE:EF+E*, apresentou-se com um valor de *FE* superior ao valor da soma *EF+E* em ambas as condições. Desse modo, caracteriza-se um intenso uso da razão frente a mobilizações emocionais de angústia, que caracteriza um recurso defensivo de distanciamento dessas vivências. Isso é corroborado pela *Fórmula da Angústia*, a qual em um primeiro momento se mantém dentro dos padrões normativos, sugerindo uma ausência de vivências de angústia durante a avaliação, o que permite pensar em um possível deslocamento defensivo dessa angústia para outros âmbitos, expressos pelos demais indicadores. Isso é reforçado pelo fato de que com as *RA*,

produzidas em um momento de atenuação dos mecanismos defensivos, a paciente apresentou uma produção em um nível superior ao esperado nesta fórmula.

Quanto a relação entre potencial imaginativo e dinamismo interno, expressa pela proporção entre as grandes e as pequenas cinestésias ($\Sigma K : \Sigma k$), a paciente apresentou um predomínio das pequenas cinestésias. Esse dado pode estar associado com um potencial imaginativo não plenamente desenvolvido, relacionado com um controle interno das emoções frágil e imaturo, o que diverge dos indícios de recursos de contenção dos afetos.

Quanto a proporção $\Sigma H : \Sigma Hd$, a qual pode indicar o nível de integração em relação a percepção do humano, verificou-se um predomínio de respostas humanas inteiras frente a respostas humanas parciais. Esse dado aponta para uma aproximação com conteúdos referentes ao humano, bem como uma possível busca de interação social, associadas a uma preservação de uma percepção integrada do humano.

Integrando os indicadores apresentados quanto ao funcionamento afetivo, notou-se um predomínio de um modo de vivenciar os afetos *extratensivo*, com a presença de uma capacidade de controle que se faz superficial e, por vezes, insuficiente. Esse controle se mostrou essencialmente racional, ou seja, consiste em uma contenção baseada na razão que possibilita um distanciamento dos afetos, o que pode acarretar em um deslocamento da angústia, a qual não pode ser vivenciada de modo equilibrado enquanto tal e então transborda ou atinge níveis racionalizados e superficiais. Vale ressaltar que tais indicadores refletem potenciais importantes que indicam disponibilidade de recursos para atingir uma relativa estabilidade emocional, como recursos imaginativos e busca de aproximação e interação com o humano. Tais potenciais sugerem a possibilidade de aproveitamento de investimentos terapêuticos para o desenvolvimento das vivências afetivas, de modo a alcançar mais estabilidade e integração.

Com a tabela 4 serão apresentados os indicadores relativos aos processos intelectuais, a dinâmica conflitual e aos simbolismos relacionados a identidade que foram observados a partir do método de Rorschach, considerando tanto a produção inicial (R) quanto a produção adicional (RA) da paciente.

Tabela 4 - Indicadores relativos aos processos intelectuais e a dinâmica conflitual característicos da neurose histérica, considerando a produção total (R+RA) no método do Rorschach, segundo as proposições de Chabert (1993)

Categorias	Indicadores Rorschach
Processos Intelectuais	Restrição de G organizadas Uma única resposta K Exagero de comentários Perseveração de respostas com significado de angústia Pensamento com organização frágil
Dinâmica conflitual	Labilidade de manifestações afetivas Determinantes relacionados à cor expressos com uma reatividade viva Respostas de sombreamento Reações ao simbolismo sexual Respostas sem precisão de identificação sexual Manifestações dissociadas frente à angústia

A interpretação dos indicadores relativos aos processos intelectuais, a dinâmica conflitual, característicos da neurose histérica, será realizada com suporte nas proposições teóricas de Chabert (1993). Tal autora embasou toda a análise a seguir, em momentos variados, e ao estabelecer esse referencial, tal referência não será nomeada a cada parágrafo, a fim de evitar repetições.

Em relação aos critérios de processos intelectuais que remetem a uma neurose histérica, a paciente apresentou *restrição de G organizadas*, visto que suas respostas G foram caracterizadas por pouca elaboração e superficialidade na apreensão dos estímulos. A *presença de uma única resposta K* é um indicador que sugere um dinamismo interno direcionado ao humano de forma muito restrita e superficial, denotando pouco investimento nesse sentido. Notou-se também uma *perseveração de uma temática de respostas* (monstros), as quais são acompanhadas por significado de angústia, principalmente relacionado a medo e persecutoriedade. Ainda a respeito dessa temática, por diversas vezes tais respostas estavam associadas a *exagero de comentários* (ex: “lá vou eu de novo, vai achar que é paranoia, to vendo um monstro”) que enfatizavam o conteúdo, bem como prejudicavam a qualidade das respostas. Em alguns momentos a paciente apresentou *fragilidades na organização do pensamento*, apresentadas principalmente no momento da investigação com dificuldade em manter uma ordem para analisar as respostas, bem como com frequentes atribuições de estados emocionais para as respostas fornecidas.

Quanto a dinâmica conflitual, os indicadores presentes na produção de Maria dizem respeito primeiramente a *labilidade de manifestações afetivas*, expressa principalmente no contato com a avaliadora e na perseveração em atribuir estados emocionais negativos a respostas diversas. Além disso, notou-se uma *reatividade viva aos determinantes relacionados a cor*, visto que esse determinante predominou dentre suas respostas, caracterizando uma intensidade das vivências afetivas. Também ocorreu uma *ênfase em respostas de sombreamento* o que apontou para uma marcada sensibilidade depressiva, relacionada às angústias. Vale ressaltar que, diante de estímulos que provocam angústia, Maria apresentou *manifestações dissociadas*, o que sugere um deslocamento da angústia para outros âmbitos do seu funcionamento. As *reações ao simbolismo sexual* também se mostraram relevantes,

visto que são caracterizadas por importante repressão e distanciamento. Esse indicador parece estar associado ao predomínio de respostas em que não ocorreu uma precisão de identificação sexual, o que sugere conflitos relacionados a sexualidade e, possivelmente, um baixo investimento nesse aspecto.

Portanto, diante de uma análise voltada especificamente para os indicadores psicodinâmicos característicos das neuroses histéricas, verificou-se traços relacionados principalmente a presença de recursos intelectuais pouco elaborados e superficiais. Um exemplo consiste na presença de um interesse e um dinamismo interno envolvendo a figura humana, o que já foi indicado em outros momentos do presente trabalho, porém nesse momento percebe-se que esse dinamismo se mostra restrito e superficial, o que pode estar relacionado com as dificuldades de estabelecer relacionamentos mais profundos e estáveis. Além disso, conteúdos de medo e persecutoriedade não apenas se fizeram presentes como foram enfatizados nas verbalizações da paciente frente à técnica, porém suas manifestações frente a estes estímulos foram caracterizadas pela dissociação, o que corrobora a ideia de um deslocamento do afeto frente a situações que despertam angústia, também levantada em discussão anterior. Percebeu-se também momentos de fragilidade na organização do pensamento, nos quais se evidenciaram características como uma labilidade e intensidade das vivências afetivas, com predomínio de manifestações depressivas. O simbolismo sexual apareceu carregado de conflitos envolvendo principalmente a repressão e o distanciamento, o que indicou um baixo investimento nesse âmbito.

A Tabela 5 apresentará os indicadores que caracterizam conteúdos que sugerem impacto emocional (tanto a produção inicial (R) quanto a produção adicional (RA)) frente aos estímulos associados aos simbolismos relativos a identidade, manifestos nas pranchas: III, IV, V, VI, VII e X.

Tabela 5: Indicadores relativos aos simbolismos da identidade considerando a produção total (R+RA) no método do Rorschach, segundo as proposições teóricas de Vaz (1997), sobre as pranchas III, IV, V, VI, VII e X.

Pranchas – Simbolismos	Classificação das respostas	Classificação dos indicadores de choque
III – Introjeção da Identidade	Dbl central, respostas mal vistas: RA ₁ “duas águias voando”; RA ₂ “desenho japonês, rosto”	Indicador de particularização (ênfase em detalhes destacados no branco); Indicadores de agressão direta
IV – Figura Paterna	G/FE: RA ₁ monstro bem bravo, seguida de comentário “lá vou eu de novo” (referindo repetição de resposta)	Indicador de angústia, enfatizado pela paciente, com projeção de estado emocional relacionado com agressividade
V- Identidade na vivência atual	G/Ban/FE: R ₁ “morcego sério”	Indicadores de angústia com projeção de sentimento
	G/FC: RA ₁ “pessoa com fantasia no carnaval”	Indicadores de dissociação
VI – Desenvolvimento Psicosexual	G/EF: RA ₁ “monstro muito bravo”, com ênfase na influência do sombreado	Indicador de angústia enfatizado pela paciente, com projeção de estado emocional relacionado com agressividade

(Continua)

(Conclusão)

Pranchas – Simbolismos	Classificação das respostas	Classificação dos indicadores de choque
VII – Figuras Femininas	D/F, resposta mal vista: RA ₁ “monstros muito bravos, rangendo os dentes”, seguida de comentário “vai achar que é paranoia” (referindo repetição de resposta)	Indicador de angústia enfatizado pela paciente, com projeção de estado emocional relacionado com agressividade Indicador de persecutoriedade associado ao comentário Indicador de agressividade com tentativa de controle, relacionado com atribuição de tendência a ação agressiva à resposta
X – Reação a separação	Dd/CF: RA ₁ “monstro bravo”, seguida de comentário “é, e mais uma vez eu vi um monstro aqui” (referindo repetição de resposta)	Indicador de angústia enfatizado pela paciente, com projeção de estado emocional de agressividade

A análise dos conteúdos simbólicos que caracterizaram indicadores de choque, presentes nas respostas destacadas na tabela 5, será realizada com base nas proposições teóricas de Vaz (1997), abordando os simbolismos relacionados à identidade.

Vale ressaltar que nas pranchas IV, VI, VII os indicadores presentes na produção da paciente podem ser associados com traços de personalidade histriônica, com funcionamento à nível psicótico. Como fator comum à quatro das seis pranchas destacadas, identificou-se que a paciente forneceu a resposta “*monstro*” no momento da investigação, e em três delas a resposta esteve associada a um comentário que sugeria a intenção de enfatizar e direcionar a atenção da avaliadora para tais respostas.

A prancha III remete ao conteúdo simbólico da introjeção da identidade, relacionado aos níveis de amadurecimento alcançados ao longo do desenvolvimento e como se caracteriza o mundo interno do indivíduo e o modo como estabelece relações com o mundo externo. Nessa prancha a paciente ofereceu primeiro uma resposta adicional “duas águias voando” e posteriormente outra adicional “rosto de desenho japonês”, ambas localizadas no Dbl central e classificadas como mal vistas. A localização dessas respostas sugere um indicador de agressão direta relacionado a ausência de cor e à ênfase no detalhe central. Além disso, a paciente justificou a sua resposta enfatizando detalhes na porção branca da prancha, o que caracteriza um indicador de particularização.

A prancha IV remete ao conteúdo simbólico da figura paterna, mais especificamente da introjeção da figura paterna e de autoridade, indicando, portanto, um conflito com aspectos não controláveis, de introdução de regras e, por vezes, da realidade. Nesta prancha, a paciente ofereceu a resposta adicional “*monstro*” na localização geral e com base em determinante formal e estompagem. Associou a resposta a um estado emocional caracterizado por agressividade, qual seja “*bem bravo*”, além de um comentário enfatizando sua resposta ao dizer “*lá vou eu de novo*”, referindo sua percepção de repetição de resposta. Percebe-se com isso um indicador de angústia, o qual é ressaltado pela paciente a partir de seu comentário, caracterizado tanto pela presença do determinante estompagem quanto pela projeção na resposta de um estado emocional relacionado com agressividade.

A prancha V simboliza a forma como a identidade está sendo vivenciada na atualidade, ou seja, os níveis de maturidade e expressão da identidade. Nessa prancha a paciente ofereceu duas respostas com indicadores de angústia, a primeira foi um “morcego sério”, que, apesar de ser considerada uma Banalidade, apresentou uma projeção de sentimento. A segunda foi uma resposta adicional “pessoa com fantasia de carnaval”, que sugere elementos de dissociação ao acrescentar uma fantasia à figura humana, substituindo características essencialmente humanas por elementos alegóricos que sobrepõem e ao mesmo tempo, de certo modo, escondem a figura humana.

A prancha VI simboliza o desenvolvimento psicosssexual, e conflitos nesse âmbito sugerem dificuldades relacionadas a impulsos sexuais e de imagem interna, bem como de integração da sexualidade com a personalidade. Nesta prancha a paciente ofereceu a resposta “*monstro*” na localização geral e com base em determinante estompage e forma. Outra vez relacionou o conteúdo da resposta com sentimento “*muito bravo*”, sendo que dessa vez não fez comentário a fim de chamar a atenção para o conteúdo da resposta, mas ressaltou a importante influência do sombreado na mesma. Esse destaque para o sombreado em conjunto com uma projeção de estado emocional pode estar relacionado com indicadores de angústia referentes ao estímulo apresentado na avaliação.

A prancha VII está associada a introjeção da figura feminina, o que pode ser analisado de forma complementar com a sexualidade e imagem interna, sendo que a paciente apresentou indicadores de conflitos diante desses simbolismos, representados por diferentes sinais de choque percebidos na análise do material. Foi oferecida a resposta “*monstro*” com a localização em um detalhe da prancha, com determinante formal mal visto. Mais uma vez a resposta foi associada a uma projeção de estado emocional “*muito bravo*”, marcado por agressividade e intensificado por uma tendência a ação agressiva descrita como “*rangendo os dentes*”. Essa tendência a ação caracteriza um indicador de agressividade com tentativa de controle, visto que a ação sugere uma intensidade relacionada com ameaça, mas o movimento não é completo e bem definido. Além disso, fez comentário enfatizando o conteúdo da resposta e denotando busca de controle ao prever e explicar as percepções da avaliadora ao dizer “*você vai achar que é*

paranoia”, sendo o conteúdo do comentário um indicador de persecutoriedade frente ao papel do outro.

A prancha X simboliza a separação, e, portanto, torna viável acessar as possíveis reações frente a separação, o que nesse caso mostrou-se como ponto de conflito para a paciente, pois finalizou a tarefa oferecendo novamente a resposta *“monstro”*. Esta resposta foi localizada em um detalhe menor, com determinantes de cor e forma mal vista, seguida da projeção de estado emocional agressivo, caracterizado como *“tá bravo”* e de um comentário enfatizando a observação do próprio comportamento expresso por *“é, e mais uma vez eu vi um monstro aqui”*.

Os comentários presentes na análise das pranchas sugerem desesperança, angústia e preocupação expressa de forma superficial e por vezes dramatizada.

Verificou-se ainda que a resposta *“monstro”*, associada a manifestações emocionais de angústia também ocorreu nas pranchas I (associada a figura materna e adaptação frente a novas situações) e IX (associada a conflitos e angústias existenciais), denotando assim o impacto emocional despertado pela tarefa interpretativa.

A partir da análise dos significados simbólicos das respostas oferecidas nas pranchas quanto aos diferentes aspectos constituintes da identidade, foi possível identificar conflitos relacionados à identidade enquanto estrutura e dinamismo, assim como sua expressão na atualidade, e também enquanto introjeção das figuras parentais, sexualidade e separação. De um modo geral, seu modo de expressar os conflitos apresentou-se principalmente através de indicadores de agressividade, angústia e atribuição de destaque nos frequentes comentários, sendo que traços de particularização, dissociação e persecutoriedade também se fizeram evidentes em alguns momentos. A presença relevante de conflitos relacionados à sexualidade e a identificação com o feminino mostraram-se condizentes com o que Michels (2001) relatou quanto aos mecanismos defensivos comuns na histeria, referindo-se a indicadores de conflitos relacionados a posição feminina implicada pela castração e vazio. Também condiz com o proposto por Souza (2000) quanto as intensas incertezas e ambiguidades frente ao estabelecimento de uma identidade sexual, características de personalidades históricas.

Na tabela 6, serão apresentados os indicadores de representação de si e de imagem do corpo referentes as respostas iniciais (R) da paciente, segundo as proposições de Rausch de Traunbenberg e Saglade, as quais foram traduzidas e adaptadas para o Brasil por Santos (1996).

Tabela 6 - Indicadores de representação de si e imagem do corpo referentes as respostas iniciais (R) da paciente no método de Rorschach, considerando as proposições do crivo da representação de si, segundo as proposições de Rausch de Traubenbergl e Saglade, as quais foram traduzidas e adaptadas para o Brasil por Santos (1996).

PRANCHA	R nº	Primeira Coluna			Segunda Coluna (Tipo de Interação)	Terceira Coluna (Identificação Sexual)	Quarta Coluna (Característica de diferenciação/ Indiferenciação)	Integração R
		H	A	In.				
I	Duas cabeças de lobos		Ad		Caráter agressivo ou ameaçador sem ação	Não explícito	Cena-unilateral	Parcial
	Monstro		(Ad)		Caráter agressivo ou ameaçador, sem ação	Não explícito	Deteriorada	Deteriorada
II	Dois ursinhos brincando		A		Interação recíproca positiva	Não explícito	Cena	Integrada
	Avião			Obj	Ação simples	Não explícito	Cena	Não se aplica
III	Duas pessoas	H			Interação recíproca positiva	Feminino	Cena	Integrada
	Laço			Obj (vest)	Denominação simples	Não explícito	Ausente	Não se aplica
IV	Elefante		A		Ação sofrida (triste)	Não explícito	Ausente	Integrada
	Dois sapatos			Obj (vest)	Denominação simples (estranho)	Não explícito	Deteriorado	Não se aplica
V	Morcego		A		Denominação simples (sério)	Não explícito	Deteriorado	Integrada
VI	Cruz			Simb	Denominação simples	Não explícito	Ausente	Não se aplica

(Conclusão)

PRANCHA	R n°	Primeira Coluna			Segunda Coluna (Tipo de Interação)	Terceira Coluna (Identificação Sexual)	Quarta Coluna (Característica de diferenciação/ Indiferenciação)	Integração R
		H	A	In.				
	Morcego de cabeça para baixo		A		Denominação simples / postura	Não explícito	Ausente	Integrada
VII	Dois rostos	Hd			Denominação simples (felizes)	Feminino	Ausente	Parcial
	Pedra			Frag	Objeto em espelho	Ambivalente ou instável	Ausente	Não se aplica
VIII	Barco			Obj	Ação simples	Não explícito	Cena	Não se aplica
	Dois animais (ursos)		A		Ação bilateral de caráter neutro	Não explícito	Cena	Integrada
	Borboleta		A		Ação sofrida (presa)	Não explícito	Cena	Integrada
IX	Monstro	(H)			Caráter agressivo ou ameaçador sem ação	Não explícito	Cena	Deteriorada
X	Flores			Bot	Denominação simples	Não explícito	Ausente	Não se aplica
	Passarinho		A		Denominação simples (felizes)	Não explícito	Cena	Integrada
	Coluna vertebral	Anat			Denominação simples (dando sustentação)	Não explícito	Deteriorado	Fragmentada

*Conteúdos: A = animal inteiro; Ad = parte animal; (Ad) = parte para-animal; H = humano; (H) = para-humano Hd= parte humano; Obj = objeto; Obj(vest) = objeto vestimenta; Simb = Símbolo; Frag = fragmento; Bot = Botânico; Anat = anatomia.

Para interpretação dos resultados relativos a representação de si será utilizada como referencial as proposições de Rausch de Traubenbergl e Saglade, as quais foram traduzidas e adaptadas para o Brasil por Santos (1996).

A primeira coluna, referente à representação de si, abrange três possíveis tipos de respostas, sendo elas: *H*, para respostas humanas (*H*, (*H*), *Hd* ou (*Hd*)), *Anat* referente a humano), *A*, para respostas animais (*A*, (*A*), *Ad*, (*Ad*)) e *In*, para respostas inanimadas (exemplos: *Obj*, *Simb*, *Bot*, *Arq*, entre outros). Neste protocolo apresentado, foram encontradas quatro respostas na categoria *H* (1*H*, 1*Hd*, 1 (*H*) e 1 *Anat*), nove respostas na categoria *A* (7*A*, 1*Ad*, 1(*Ad*)) e sete na categoria *In* (4*Obj*, 1*Simb*, 1*Frag*, 1*Bot*). De acordo com esses indicadores, nota-se uma restrita identificação com o humano, com a presença importante de distorções. Associado a isso observou-se uma imaturidade diante da elevada frequência de respostas animais e inanimadas, sendo que esta também denotou um direcionamento da percepção para aspectos desvitalizados e pouco elaborados do mundo externo. Porém, esses indicadores também sugerem um potencial criativo e recursos de simbolização.

Na segunda coluna, foram categorizados os possíveis tipos de interação dos conteúdos projetados, sendo propostas 17 categorias. No presente estudo de caso foram identificadas sete categorias, sendo as respostas dispostas da seguinte maneira: nove de *denominação simples*; três de *caráter agressivo ou ameaçador sem ação*; duas de *ação sofrida*; duas de *ação simples*; duas de *interação recíproca positiva*; uma de *ação bilateral de caráter neutro*; uma de *objeto em espelho*. A preponderância de respostas do tipo denominação simples indica formas de interação superficiais e sugere pouca elaboração nos contatos interpessoais. O caráter agressivo ou ameaçador também se faz relevante, o que está associado a conteúdos de agressividade interna e persecutoriedade. A presença das diferentes categorias de ação sugeriu dinamismo e recursos de contato humano, os quais se mostraram ora mais elaborados ora menos elaborados.

Em relação à identificação sexual na projeção, apresentada na terceira coluna, foram categorizadas 17 respostas em que o caráter sexual não ficou explícito, duas do sexo *feminino*, uma *ambivalente ou instável* e uma ausência de respostas do sexo *masculino*. Esses indicadores apontaram para uma indefinição de identidade sexual, bem como para um distanciamento afetivo quanto a esse

aspecto, visto que a maior parte das respostas foi categorizada como caráter sexual não explícito, com uma presença restrita da categoria do sexo feminino, como seria o esperado.

Quanto às características de diferenciação e indiferenciação das respostas, representadas na quarta coluna, a paciente apresentou respostas tanto de diferenciação quanto de indiferenciação. Dentre suas respostas, oito foram categorizadas como *cena*, uma como *cena de caráter unilateral*, quatro como conteúdo *deteriorado* e sete como *ausência* de características de diferenciação. Nesse âmbito a frequência de respostas com maior nível de integração mostrou-se marcante, porém, houve maior frequência de respostas que indicaram um distanciamento e uma fragilidade da identidade, expressas pelas categorias de conteúdo deteriorado e de ausência de características de diferenciação.

A partir da classificação em relação a imagem do corpo, proposta por Rausch de Traubenberberg e Cols e traduzida por Santos (1996), foram identificadas oito respostas referentes a uma imagem de corpo *integrada*, duas a uma imagem *parcial*, duas a uma imagem *deteriorada*, uma a uma imagem *fragmentada* e sete respostas em que essa classificação *não se aplica*. O predomínio de conteúdos que indicaram uma imagem de corpo integrada, frente a conteúdos parciais, deteriorados ou fragmentados, apontou para uma preservação em relação a imagem de si, mesmo que com traços de distorções e fragilidades.

Portanto, de modo geral, os indicadores apresentados sugeriram recursos de adaptação ao real, com potencial criativo, de simbolização e de integração do humano, mesmo que com restrições. Porém, traços de imaturidade e superficialidade se mostraram presentes, o que é corroborado pelos prejuízos no âmbito da identidade, identificados ao longo da análise. Além disso, faz-se importante ampliar a percepção da presença de aspectos de agressividade nas respostas fornecidas, no sentido de pensar em uma possível projeção da agressividade interna no mundo externo, o qual, portanto, passaria a assumir, por vezes, um papel persecutório.

Para melhor organização e análise dos dados obtidos, optou-se por dividir as respostas iniciais (R) e as adicionais (RA) em tabelas diferentes, dada a presença de

respectivamente 20 R e nove RA. Na tabela 7, serão apresentados os indicadores de representação de si e de imagem do corpo referentes as respostas adicionais da paciente (RA). Foram registradas nesta tabela apenas as pranchas em que a paciente apresentou RA. Ao final da descrição dessa tabela será realizada uma comparação com os dados da tabela 6.

Tabela 7 - Indicadores de representação de si e imagem do corpo referentes as respostas adicionais (RA) da paciente no método de Rorschach, considerando as proposições do crivo da representação de si.

PRANCHAS	R n°	Primeira Coluna			Segunda Coluna (Tipo de Interação)	Terceira Coluna (Identificação Sexual)	Quarta Coluna (Característica de diferenciação/ Indiferenciação)	Integração R
		H	A	In.				
II	<i>Coração de Jesus</i>			<i>Simb</i>	<i>Ação simples (saindo raios)</i>	<i>Masculino</i>	<i>Ausente</i>	<i>Não se aplica</i>
III	<i>Duas águias</i>		<i>A</i>		<i>Ação simples</i>	<i>Não explícito</i>	<i>Cena</i>	<i>Integrada</i>
	<i>Rosto de desenho japonês</i>	<i>(Hd)</i>			<i>Desenho; caricatura</i>	<i>Não explícito</i>	<i>Ausente</i>	<i>Parcial</i>
IV	<i>Um monstro</i>		<i>(A)</i>		<i>Denominação simples (bravo)</i>	<i>Não explícito</i>	<i>Integrado (Nota 1)</i>	<i>Parcial</i>
V	<i>Pessoa fantasiada</i>	<i>(H)</i>			<i>Denominação simples</i>	<i>Não explícito</i>	<i>Ausente</i>	<i>Integrada</i>
VI	<i>Um monstro</i>	<i>(H)</i>			<i>Denominação simples (muito bravo)</i>	<i>Não explícito</i>	<i>Deteriorado</i>	<i>Deteriorada</i>
VII	<i>Dois monstros</i>	<i>(H)</i>			<i>Denominação simples (bravo/rangendo os dentes)</i>	<i>Não explícito</i>	<i>Deteriorado</i>	<i>Deteriorada</i>
VIII	<i>Rosto</i>	<i>Hd</i>			<i>Ação sofrida (triste)</i>	<i>Não explícito</i>	<i>Ausente</i>	<i>Parcial</i>
X	<i>Um monstro</i>	<i>(H)</i>			<i>Denominação simples (bravo)</i>	<i>Não explícito</i>	<i>Deteriorado</i>	<i>Deteriorada</i>

*Conteúdos: A = animal inteiro; (A) = para-animal (Ad); (H) = para-humano Hd= parte humano; (Hd) = parte para-humano; Simb = Símbolo

Para a interpretação dos resultados relativos à representação de si serão utilizadas como referenciais as proposições de Rausch de Traubenbergl e Saglade, as quais foram traduzidas e adaptadas para o Brasil por Santos (1996).

Com a categorização das RA deste protocolo configurou-se a primeira coluna referente à representação de si com seis respostas na categoria *H* (4(*H*), 1 *Hd* e 1(*Hd*)), duas respostas na categoria *A* (1*A* e 1(*A*)) e uma resposta *In* (*Simb*). Desse modo, verificou-se um predomínio de indicadores que sugerem uma identificação com o humano, denotando interesse pelo contato interpessoal, apesar de características de imaturidade.

Quanto aos tipos de interação dos conteúdos projetados, as respostas foram classificadas da seguinte maneira: quatro como *denominação simples*, duas como *ação simples*, uma como *ação sofrida* e uma como *desenho ou caricatura*. As respostas de denominação simples foram predominantes, indicando uma percepção pouco elaborada do estímulo. Além disso, mostraram-se presentes indícios de dinamismo e contato interpessoal.

Na terceira coluna, referente a identificação sexual na projeção, oito respostas foram classificadas como caráter sexual *não explícito* e apenas uma resposta foi classificada como correspondente ao sexo *masculino*. Diante desses dados, observa-se uma dificuldade na definição da identidade, além de um distanciamento afetivo quanto a esse aspecto, visto que a maioria das respostas foi classificada como não tendo um caráter sexual explícito.

Em relação ao aspecto de diferenciação e indiferenciação das respostas, expresso na quarta coluna, apresentou respostas tanto de diferenciação quanto de indiferenciação. Foram quatro respostas com *ausência* de características de diferenciação, três respostas *deteriorado*, uma resposta *cena* e uma resposta *integrada*. Portanto, nesse aspecto a estruturação da identidade se mostrou frágil diante da elevada frequência de respostas em que não foi possível identificar características de diferenciação e de respostas com conteúdos deteriorados.

Quanto aos significados relativos ao nível de integração da imagem do corpo, foram identificadas três respostas *parciais*, três *deterioradas*, duas *integradas* e uma classificada como *não se aplica*. Percebe-se com isso um prejuízo em relação a imagem de si, caracterizado pelo predomínio de conteúdos classificados como

parciais e deteriorados. A presença de respostas integradas surge como indício de recurso de integração da imagem do corpo.

Ao se realizar uma breve comparação entre as produções referentes às respostas iniciais (R) e as respostas adicionais (RA), notou-se que, apesar de em um primeiro momento a percepção do humano ser restrita e com traços de imaturidade, em um momento posterior de contato com o estímulo, caracterizado por uma redução de mecanismos defensivos, a identificação com o humano se mostrou mais estável, denotando um maior interesse pelo contato interpessoal. Percebeu-se uma concordância quanto ao tipo de interação, caracterizado por uma restrição no modo de interagir com o mundo externo, o que é amenizado pelo dinamismo apresentado nas diversas respostas categorizadas como ação. Em relação à identidade sexual percebeu-se novamente uma indefinição e um investimento afetivo rebaixado, sendo que em um primeiro momento (R) ocorreram apenas identificações com o sexo feminino e no segundo momento (RA) foram projetadas identificações com o sexo masculino. Em ambos os contextos notou-se uma fragilidade na estruturação da identidade. Quanto à integração da imagem corporal, na situação inicial a paciente mostrou-se mais preservada do que no segundo momento de contato com o estímulo, o que sugere uma imagem de si superficialmente integrada, visto que com o abrandamento das defesas os prejuízos se mostraram mais evidentes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo consistiu em caracterizar e analisar os indicadores clínicos e psicodinâmicos relativos a um estudo de caso de uma paciente com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Histriônica, tendo por referência a avaliação psicodiagnóstica, incluindo dados da anamnese, história clínica e especificamente do teste do Rorschach.

Faz-se necessário destacar algumas limitações presentes nesse estudo, tais como ter se baseado em um estudo de caso, que como tal tem suas particularidades e restrições, e ainda por ter sido analisada apenas uma técnica projetiva além da história clínica. Porém, trabalhos como este possuem relevância por possibilitar uma melhor descrição e clareza quanto às características do funcionamento psíquico e

dos traços de personalidade relacionados a tal diagnóstico, contribuindo, neste caso, para preencher um pouco da lacuna existente de conhecimentos clínicos e psicodinâmicos relacionados ao Transtorno de Personalidade Histriônico, principalmente quanto à análise dos indicadores projetivos obtidos pelo teste de Rorschach. Considera-se assim, que o presente estudo, dentro dos seus limites, pode contribuir para um aprofundamento do conhecimento nessa área, valorizando a postura de questionar constantemente o complexo caráter pulsional que envolve tal constructo, como postulado por Celes (2007).

A história da paciente possui marcos importantes de adaptação, principalmente no âmbito intelectual. Mostra-se relevante que esses marcos foram alcançados mesmo com a vivência de situações estressoras intensas ao longo da vida. Isso indica que a paciente possui recursos adaptativos, porém os sintomas clínicos começaram a prejudicá-la de forma mais intensa há quatro anos, após passar por perdas significativas e, a partir de então, iniciou acompanhamento psiquiátrico, até que há um ano precisou se afastar do trabalho e há cerca de um mês precisou de semi internação psiquiátrica. Destacam-se como seus sintomas principais a tristeza intensa, a ideação suicida constante com tentativas de suicídio, as alucinações auditivas e visuais e um isolamento afetivo. Vale ressaltar que no âmbito dos relacionamentos interpessoais a paciente sempre apresentou dificuldades, tendo apresentado isolamento social e relacionamentos superficiais desde a infância.

Além da história, também foram utilizados os indicadores obtidos por meio do teste de Rorschach, como dito anteriormente. Tais indicadores apontaram para recursos cognitivos e imaginativos, com traços de interesse e busca de aproximação com o humano, os quais sugeriram potenciais adaptativos. Apresentou uma tendência a manifestação extratensiva dos afetos, porém, seu controle interno, essencialmente racional, não se faz suficiente para as invasões afetivas e de impulsos, requerendo-lhe um distanciamento defensivo dos conteúdos afetivos, expresso por um deslocamento da angústia, principalmente por meio de mecanismos de dissociação. Apesar da presença de indicadores de um certo dinamismo no contato com o humano, este se mostrou restrito e superficial, permeado por traços de medo e persecutoriedade. Apresentou conflitos no âmbito da identidade e da representação de si, com traços de imaturidade e fragilidade,

sendo destacados os conflitos referentes à sexualidade, com indícios de pouco investimento e uma indefinição nesse aspecto.

Diante de seus recursos adaptativos e levando em consideração suas importantes dificuldades em diferentes aspectos da personalidade e dos relacionamentos, mostrou-se significativa a importância que um processo psicoterapêutico pode exercer no decorrer do tratamento da paciente.

Visto que os sintomas histéricos possuem manifestações multifacetadas, a apresentação de cada paciente pode ser muito diversificada, o que, como dito anteriormente, dificulta o diagnóstico. As apresentações históricas dessa paciente manifestaram-se de formas diferentes do considerado típico, porém com a mesma essência, sendo que a busca de atenção foi expressa pela assunção do papel de doente, enfatizando constantemente a necessidade de cuidado, e os conflitos com a sexualidade apareceram relacionados não a uma exacerbação de comportamentos sexualmente sedutores, mas sim a partir de incertezas, indefinições e rebaixado investimento afetivo nesse aspecto.

Em vista da grande escassez de literatura disponível acerca do diagnóstico do Transtorno de Personalidade Histriônica, conclui-se que a análise desse estudo de caso contribuiu para a ampliação da descrição e da compreensão psicodinâmica desse transtorno ao abordar a diversidade de manifestações clínicas possíveis, diferenciando-as de sintomas psicóticos e de depressão, ressaltando assim as especificidades desse diagnóstico. Essa avaliação psicodiagnóstica contribuiu também para uma compreensão mais aprofundada do diagnóstico clínico e psicodinâmico da paciente, possibilitando um conhecimento dos aspectos de maior fragilidade de sua personalidade e aqueles que merecem mais investimento terapêutico, considerando, inclusive, o risco aumentado de pessoas que possuem distúrbios de personalidade do Cluster B de apresentarem depressão de longa duração e de maior gravidade (IACOVIELLO et al., 2007). Nesse sentido, tal compreensão poderá contribuir para o manejo clínico da paciente. No contexto clínico, psicodinâmico, o presente estudo, dentro dos limites de generalidade permitido pelos estudos de caso, favoreceu uma ampliação da compreensão sobre os mecanismos defensivos presentes nos transtornos de personalidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA (American Psychiatric Association). **DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre : Artmed, 2014.

APA (American Psychiatric Association). **DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre : Artmed, 2002.

ÁVILA, L. A.; TERRA, J. R. Histeria e somatização: o que mudou. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, 2010.

BARROCAS, R. L. L.; FÉLIX, M. L. S. F. O recalque e a “castração” na histeria de angústia: o pequeno Hans e Christoph Haitzmann. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2010.

BURSZTYN, D.C. O Tratamento da histeria: um desafio para a rede de saúde mental. **Psicologia: ciência e profissão**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, 2011.

CASTIEL, S. V. et al. Defesa e trauma: do projeto à atualidade. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2012.

CASTRO, P. Para além da codificação: Estratégias para análise qualitativa complementar das respostas do Rorschach. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RORSCHACH E MÉTODOS PROJETIVOS. VIII, 2016, Florianópolis. **Resumos...** Ribeirão Preto: ASBRo, p. 368-378, 2016.

CELES, L. A. M. “Dora” contemporânea – e a crise terapêutica da psicanálise. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2007.

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

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

COSTA, D. S.; LANG, C. E. Histeria ainda hoje, por quê? **Psicologia USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, 2016.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. 5 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2008.

ENFOUX, A. et al. Comorbidity between personality disorders and depressive symptomatology in women: A cross-sectional study of three different transitional life stages. **Personality and mental health**, Nottingham, v. 7, n. 3, 2013.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

IACOVIELLO, B. M.; ALLOY, L. B.; ABRAMSON, L. Y.; WHITEHOUSE, W. G.; HOGAN, M. E. The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: a prospective study. **Journal of personality disorders**, Nova York, v. 21, n. 4, 2007.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 1997.

MICHELS, A. Histeria e feminilidade. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 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.

PASIAN, S. R.; LOUREIRO, S. R. Reflexões sobre princípios e padrões normativos do Rorschach. In: PASIAN, S. R. **Avanços do Rorschach no Brasil**. 1ª Ed. Itatiba: Casapsi, p. 31-54, 2010.

PINTO, E. R. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2014.

RESENDE, A. C.; NASCIMENTO, R. S. G. F. O estudo da personalidade por meio do método de Rorschach (Sistema Compreensivo). **Especialize**, Goiania, v. 1, n. 8, 2014.

SANTOS, M. A. **A representação de si e do outro na esquizofrenia: um estudo através do exame de Rorschach**. Tese de Doutorado - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. A representação de si na esquizofrenia através do psicodiagnóstico de Rorschach. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 19, 2000.

SANTOS, M. A.; VAZ, C. E. Representação de objeto e organização psíquica: Integração dinâmica dos dados do Rorschach. **Revista PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2006.

SCOTTI, S. Histeria em Freud e Flaubert. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, 2002.

SILVA, H. C. S. R.; COSTA, I. I. Rorschach e sofrimento psíquico grave: funcionamento psíquico nas primeiras crises psicóticas. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 31, n. 3, 2014.

SOUZA, C. B. Aspectos da histeria durante o processo de admissão da identidade homossexual. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 17, n. 1, 2000.

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

VAZ, C. E. **O Rorschach: teoria e desempenho**. Barueri: Manole, 1997.

VILLEMOR-AMARAL, A. E.; PASQUALINI-CASADO, L. A cientificidade das técnicas projetivas em debate. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v.11, n. 2, 2006.