

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE HISTRIÔNICA OU TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR? A DÚVIDA NA CONSTRUÇÃO DE UMA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Paola Antunes de Moraes Huber*

Isabela Toscan Mitterer**

Scheila Beatriz Schnem***

Resumo

O presente trabalho apresentou o estudo de caso de uma mulher, de 33 anos de idade, atendida na Unidade Central de Saúde de um município do Meio-Oeste de Santa Catarina. Foram realizadas 13 sessões de psicoterapia, em caráter semanal, no período de abril a outubro de 2011, com duração de 50 minutos, em média, cada atendimento. O objetivo deste trabalho de investigação foi apresentar e discutir sobre a construção diagnóstica do Transtorno de Personalidade Histriônica e Transtorno de Humor Bipolar. A complexidade do processo diagnóstico é proporcional às semelhanças das características dos transtornos psiquiátricos. A escolha de uma conduta inadequada nesse caso pode resultar em prejuízos para o paciente, por meio do reforço de aspectos inadequados do comportamento ou agravamento do estado afetivo. Palavras-chave: Histeria. Transtorno Bipolar. Psicodiagnóstico.

1 INTRODUÇÃO

Uma das principais etapas do processo psicoterápico é o Psicodiagnóstico. É com base nele que serão planejados o tratamento e as estratégias de intervenção com o paciente, e que o terapeuta pode ter uma perspectiva de prognóstico, evitando a frustração e a expectativa de “cura”, e incentivando a criatividade da díade paciente-terapeuta.

Segundo Arzeno (1995), o Psicodiagnóstico possui as finalidades de diagnosticar e avaliar o tratamento, de ser meio de comunicação, de auxiliar na investigação e de auxiliar para que o paciente aceite melhor as recomendações do terapeuta, na escolha da estratégia terapêutica mais adequada, aspecto ressaltado também por Cordioli (2008). Arzeno (1995) afirma, ainda, que o diagnóstico clínico vem retomando importância após período de descrédito frente aos profissionais da saúde mental. A autora considera que o diagnóstico é a investigação da causa do sofrimento do paciente, sendo objetivo principal da terapia, e, sem ele, o risco é alto de serem criadas expectativas errôneas, além de servir como uma maneira de proteger o psicólogo em seus compromissos ético e técnico (ARZENO, 1995).

Dentro do processo de diagnóstico, existem critérios de análise a serem preenchidos com base em entrevistas, jogos, técnicas e testes, comprovando ou não a hipótese diagnóstica inicial. Tais características, muitas vezes, mostram-se similares, exigindo que se delineie o diagnóstico diferencial.

O diagnóstico diferencial, segundo VandenBos (2010, p. 283) refere-se ao “[...] processo de determinar quais de duas ou mais doenças ou transtornos com sintomas coincidentes um determinado paciente apresenta.” Por serem transtornos que envolvem a afetividade humana, as semelhanças presentes nos quadros histriônicos e bipolares, como, por exemplo, a oscilação de humor e a labilidade das emoções, interferem significativamente na construção do diag-

* Especialista em Psicopatologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; Psicóloga; paola_huber@hotmail.com

** Mestranda em Educação pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; Psicóloga; isamitterer@hotmail.com

*** Mestre em Educação pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; Professora do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Psicóloga; scheila.schnem@unoesc.edu.br

nóstico diferencial. Entretanto, a sensação de estar sendo manipulado para conseguir benefícios apresenta-se como um complicador no decorrer do processo diagnóstico, visto que, no caso, está presente em ambos os transtornos.

Na prática clínica, um dos diagnósticos diferenciais mais complexos de serem realizados é a análise entre o transtorno da personalidade histriônica e os transtornos do humor bipolar. Diante do exposto, este trabalho de investigação teve por objetivo apresentar e discutir a respeito das possíveis dúvidas na construção diagnóstica do Transtorno de Personalidade Histriônica e Transtorno de Humor Bipolar, considerando-se a semelhança da sintomatologia.

O transtorno de personalidade histriônica tem prevalência maior em mulheres e está continuamente presente nas investigações de comportamentos disfuncionais, desordens convulsivas “funcionais”, doenças psicossomáticas, ou transtornos de personalidade; o termo “histeria” pode denominar um sintoma, uma doença ou uma síndrome (ÁVILA; TERRA, 2010). Ainda, segundo Ávila e Terra (2010), a imprecisão do diagnóstico, a etiologia incerta e a apresentação clínica variável dificulta a criação de uma identidade específica da histeria, características que a definem como plástica.

Para compreender os transtornos de humor, é necessário compreender também os conceitos de episódio depressivo maior, episódio maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco. A classificação nosológica de transtornos mentais da American Psychiatric Association (APA) (2002) classifica o episódio depressivo maior como aquele em que há humor deprimido ou perda do interesse ou prazer todos os dias ou quase todos os dias, perda ou ganho significativo de peso, diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, capacidade diminuída de pensar e concentrar-se ou indecisão quase todos os dias e pensamentos de morte recorrentes, sem que seja em decorrência de uma substância ou condição médica. Nos episódios maníacos, há, durante pelo menos uma semana, um período contínuo de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com autoestima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, mais loquaz do que o habitual, fuga de ideias, distratibilidade, aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora, envolvimento excessivo com atividades prazerosas e com alto potencial para o perigo. O episódio misto difere-se pela existência tanto de sintomas do episódio depressivo maior, quanto de sintomas do episódio maníaco, quase todos os dias durante o período mínimo de uma semana. O episódio hipomaníaco é um período de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durante todo o tempo por pelo menos quatro dias, com sintomas similares ao episódio maníaco.

Conforme Caballo (2007, p. 555), os transtornos de humor bipolares “[...] caracterizam-se por episódios de depressão e mania durante os quais ocorrem mudanças extremas no estado de ânimo, nas cognições e comportamentos.” Segundo a APA (2002), o Transtorno Bipolar I é qualificado por um ou mais episódios maníacos, um episódio misto e um ou mais episódios depressivos maiores, o Transtorno Bipolar II é caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores, acompanhados por pelo menos um episódio hipomaníaco. O Transtorno Ciclotímico, por sua vez, manifesta numerosos períodos com sintomas maníacos associados aos depressivos, durante pelo menos dois anos, nos quais a pessoa não esteve sem os sintomas por mais de dois meses consecutivos.

2 MÉTODO

O presente artigo caracteriza-se pelo estudo de caso de uma mulher, 33 anos de idade, atendida na Unidade Central de Saúde de um município do Meio-Oeste de Santa Catarina. Foram realizadas 13 sessões de psicoterapia, em caráter semanal, com duração de 50 minutos, em média, cada atendimento, no período de abril a outubro de 2011. Segundo Cristante e Kfuri (2010), o estudo de caso é um “[...] estudo transversal, não intervencionista que tem como finalidade a descrição de resultados epidemiológicos e terapêuticos. Por não ser controlado, apresenta nível menor de evidência, sendo importante ferramenta para a descrição de patologias raras.” Neste artigo, o estudo de caso surge como possibilidade para ilustrar a conceitualização e o diagnóstico diferencial realizado.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO CASO

V., mulher, 33 anos, casada, mãe de dois filhos, buscou tratamento psicoterápico no ano 2011 em um órgão público de uma cidade do Meio-Oeste de Santa Catarina. Sua queixa principal remetia-se a sintomas psicológicos derivados do seu afastamento do trabalho, em razão do rompimento dos tendões dos dois braços. Na segunda sessão, ainda em coleta de dados da anamnese, a queixa principal trazida pela paciente foi modificada, atribuindo seu desconforto e sofrimento emocional ao relacionamento conjugal. O marido, segundo ela, costumava ingerir bebidas alcólicas em demasia nos fins de semana, o que originava agressões verbais e acusações de traição por parte dele. No decorrer das discussões, a paciente relatou que chegou a agredir o marido fisicamente e ameaçá-lo com uma faca.

Afirmava que não sentia prazer em manter relações sexuais com o marido, pois ele “fediu a cerveja”. Seus filhos demonstravam insatisfação e sofrimento com a situação; as queixas e lamentações de V. estavam incomodando a todos ao seu redor: inicialmente o rompimento dos tendões; sua irritabilidade e desânimo; as agressões físicas ao marido; e, sua fragilidade e choro constante após os conflitos conjugais. Temia estar revivendo a história da mãe, considerando que seu pai era alcoolista e costumava agredir verbalmente a mãe, a qual era submissa.

Seu humor oscilava intensamente de sessão para sessão, observando-se que, quando não se sentia acolhida ou gratificada por algum comportamento, manifestava extrema irritação. Sobre esses comportamentos característicos do Transtorno de Personalidade Histriônica, a literatura descreve que o psiquismo desses pacientes é basicamente dominado pela ansiedade de obtenção de reconhecimento dos outros, de maneira a sentirem-se amados, desejados e valorizados. São manipuladores do seu ambiente, e, muitas vezes, induzem as pessoas próximas a eles a maltratá-los de alguma forma, justificando suas afirmações de que são vítimas do mundo. Apresentam acentuada inconstância e labilidade na manifestação das emoções, pois são extremamente sensíveis a qualquer estímulo afetivo negativo. Geralmente, existe comorbidade com outros quadros clínicos (ZIMERMAN, 2004).

O discurso da paciente era manifesto de forma dramatizada e estereotipada, e, diversas vezes, seus relatos mostravam-se confusos e sem coerência. Entre as principais características dos pacientes histriônicos, encontram-se a baixa tolerância à frustração; a utilização consciente, direta e dissimulada da sedução; e a acentuada valorização do corpo, por meio dos cuidados estéticos ou pelo surgimento de conversões e somatizações (ZIMERMAN, 2004). As pessoas que se enquadram nesse transtorno de personalidade “[...] são excitáveis e emocionais e se comportam de forma colorida, dramática e extrovertida.” (SADOCK; SADOCK, 2007, p. 864). Segundo Zimmerman (2004), possuem um discurso cheio de queixas e demandas, com uma forma dramática e teatral de expor sentimentos.

Quando alguma intervenção era direcionada, V. parecia não escutar e iniciava o relato de uma situação completamente distinta da anterior, na tentativa de desviar o foco, sugerindo que a paciente estava continuamente ocultando algo, construindo novos sintomas quando os antigos eram decifrados, manipulando o *setting* terapêutico. Percepção esta de extrema importância para o psicodiagnóstico.

No decorrer de uma das sessões, V. trouxe a informação de estar vivenciando uma “crise de ausência”, visto que certo dia, chegou à conclusão que queria e precisava ir embora de sua casa, pegou seu carro, dirigiu um pouco pela cidade, estacionou em frente à igreja e saiu andando a esmo. No primeiro questionamento referente às memórias do incidente, ela afirmou não recordar de nada. Quando questionada pela segunda vez, lembrava-se de ter estacionado o carro, relatando que seus pensamentos estavam obstinados a ir embora para bem longe enquanto caminhava. Na literatura, classificam-se as histerias em conversivas e dissociativas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). O tipo conversivo sugere que as angústias são convertidas nos órgãos dos sentidos, como uma “cegueira histérica”, e no sistema nervoso voluntário do corpo, como no caso das paralisias, enquanto o tipo dissociativo é caracterizado por desmaios e personalidade múltipla (ZIMERMAN, 2004).

Trazia diversos sintomas depressivos, chegava ao atendimento geralmente com a expressão desanimada, no entanto, apresentava-se sempre bem vestida, com roupas e acessórios chamativos, e maquilada. As flutuações no estado de ânimo, no pensamento, no comportamento e na personalidade dos pacientes bipolares acabam causando profundos impactos sobre as relações interpessoais. Segundo Caballo (2007, p. 559),

A labilidade afetiva, o esbanjamento econômico, as flutuações nos níveis de sociabilidade, as imprudências sexuais e os comportamentos violentos constituem uma notória fonte de confusão, conflitos e preocupações para os pacientes e para as pessoas próximas.

Afirmava ver “bichos”, os quais sabia que não eram reais, entretanto, sempre levava um susto. Sobre as visões, relatou que em dois episódios viu cobras no chão de sua sala; na sessão seguinte, afirmou que costumava ver homens embaixo da cama e atrás das portas; nas sessões seguintes, descreveu ter visto leões, macacos e fantasmínhas, “como os dos filmes” ou “como os dos *videogames*”. A cada sessão, relatava sintomas diferentes, parecendo que almejava enquadrar-se em alguma patologia, uma vez que os sintomas eram descritos como são encontrados na *internet*.

As mudanças cognitivas observadas nos episódios maníacos são qualitativamente distintas das observadas na depressão, uma vez que os sintomas cognitivos da mania podem incluir mudanças no conteúdo e processo do pensamento. Entretanto, pelas mudanças no conteúdo das cognições, o processo de pensamento do indivíduo é alterado, levando ao aumento da velocidade do pensamento, distração, deterioração do julgamento e, conseqüentemente, alucinações auditivas e visuais (CABALLO, 2007).

No decorrer dos atendimentos, quando se sentia acolhida pelo psicoterapeuta, trazia informações de que os amigos do marido “davam em cima” dela. Na sequência, relatou sobre dois romances que teve: um com o pastor de sua igreja e outro com um senhor mais velho. Segundo V., os romances não passaram de beijos, e isso, para ela, não era crime nem traição. Algum tempo depois, afirmou que nunca seria capaz de trair o marido, mesmo com o incentivo das amigas e das acusações injustas que o cônjuge fazia embriagado. Quando questionada a respeito de suas crenças distorcidas de injustiça por parte do marido, quando na verdade ela o traía, a paciente parou de trazer seus “casos” e sintomas sexuais, passando a enfatizar sua significativa melhora e evolução com a psicoterapia. Novamente, encontram-se sinais da utilização consciente da sedução e manipulação de informações características da histeria.

As características de personalidade histriônica que V. apresentava foram descobertas no decorrer das sessões de psicoterapia, já que ela criava sintomas e acabava desmentindo a si mesma. Porém, as variações de humor nas sessões, causadas pelos enfrentamentos e interpretações que desmentiam as fantasias da paciente e a falta de apoio às suas traições, confundiam a etapa diagnóstica.

Foram encontrados outros três tratamentos psicoterápicos pelos quais V. passou, sempre passando por um período de crise, e cinco ou seis sessões depois, geralmente quando enfrentada, trazia melhoras “milagrosas” e acabava recebendo alta. Um diagnóstico errôneo, nesse caso, poderia levar a condutas psicoterápicas que reforçariam aspectos disfuncionais da personalidade e das crenças distorcidas de V., vinculando-a ao tratamento pelos motivos errados. Por precisar de seus sintomas para manter sua conduta, V. acabava “melhorando” aos olhos do terapeuta e ganhando alta para retomar seus comportamentos habituais.

Segundo Sadock e Sadock (2007), em geral, os pacientes com transtorno de humor tendem a apresentar recaídas e os transtornos têm cursos longos, tendo como gatilhos estressores psicossociais. O tratamento deve ser orientado para garantir a segurança do paciente, para conduzir uma avaliação diagnóstica completa e para contribuir para o bem-estar futuro, não apenas imediato, do paciente, com base na prevenção de recaídas frente a novos estressores, tudo associado à farmacoterapia (SADOCK; SADOCK, 2007).

As alucinações visuais são caracterizadas no transtorno bipolar em razão das alterações cognitivas e do processo de pensamento. No caso da histeria, as alucinações descritas pelo paciente podem ser uma dramatização, no intuito de despertar atenção do psicoterapeuta e dos familiares.

No diagnóstico do Transtorno de Humor Bipolar, deve-se considerar uma característica atípica, porém existente, chamada de disforia histeróide, que representa um subgrupo da depressão, que apresenta sintomas atípicos “[...] associados à extrema intolerância à rejeição pessoal e vulnerabilidade à perda de relacionamentos românticos, apresentando comportamento histriônico.” (ALCÂNTARA et al., 2003, p. 25). Quando desapontadas, essas mulheres se comportam de maneira frívola e/ou eufóricas quando em nova oportunidade amorosa; tornam-se agudamente deprimidas, com intensa disforia, coléricas, hostis e com comportamento suicida (ALCÂNTARA et al., 2003).

Os pacientes com Transtorno da Personalidade Histriônica tendem a ser cooperativos e ansiosos em fornecer uma história detalhada em entrevistas. São comuns gestos e acentuação das conversas, bem como os lapsos da fala, exibição afetiva, traços de comportamento sedutor, teatralidade, lágrimas e acusações quando não é o centro das atenções. É difícil fazê-los compreender sentimentos mais profundos. As principais defesas desses pacientes são a repressão e a dissociação (SADOCK; SADOCK, 2007, p. 864-865).

Já no Transtorno de Humor Bipolar, a variabilidade no humor não é um traço de personalidade ou padrão na interação com o ambiente. Possui episódios contínuos, que nem sempre são desencadeados por algum evento específico, como no caso do Transtorno Histriônico.

As maiores dificuldades para fazer o diagnóstico são mudanças na nomenclatura, classificação e descrição da histeria e a falta de um *continuum* nos critérios dos diagnósticos dos Transtornos de Humor, ou seja, de uma abordagem diagnóstica dimensional, que abrangesse os estados de humor como um todo, e não transtornos caracterizados por episódios isolados, ocorrendo no tempo de maneira contínua.

Uma das principais ferramentas do diagnóstico, nesse caso, é o *feeling* do terapeuta, o qual auxilia na identificação das características e na observação da aparência e da continuidade dos estados afetivos do paciente ao longo da terapia, visto que a confirmação do diagnóstico é feita em longo prazo.

Segundo VandenBos (2010), a escuta ativa é uma técnica psicoterápica, na qual o terapeuta escuta o paciente cuidadosamente, estando atento a todos os detalhes de sua fala e comportamento, fazendo perguntas conforme o necessário, na tentativa de compreender inteiramente o conteúdo da mensagem e a profundidade da emoção do indivíduo a sua frente. É por meio da escuta ativa do discurso do paciente que se pode identificar os traços de personalidade, bem como as defesas manifestadas pelo sujeito, como no caso descrito.

Relevando os fenômenos do *setting* terapêutico, nem sempre o que é exposto no discurso do paciente é real ou fidedigno. Entretanto, em muitos casos, aquilo que parece fora da realidade ou anormal para o profissional, é a mais pura realidade vivenciada pelo indivíduo. É necessário, então, mais que uma escuta ativa, mas uma análise contextual do paciente, para que se possa distinguir o que é real do que é imaginário ou dramatizado.

Sobre o caso, conclui-se pelo histórico da paciente e pelas características apresentadas, que seus sintomas tendem a repetir-se, levando-a a tratamentos periódicos em busca de gratificação e na tentativa de manter o controle sobre variáveis de sua vida que lhe foram tiradas, manipulando o *setting* e o terapeuta. Também é possível que a paciente busque grupos de interesse que lhe facultem essa possibilidade, considerando a frustração de ser confrontada em terapia. Seu padrão de comportamento, independentemente do diagnóstico, expõe a paciente a riscos e expõe sua família a estresse emocional, cabendo a todos os envolvidos a busca por estratégias de *copping*, que possibilitem uma melhora nos relacionamentos interpessoais e da qualidade de vida.

4 CONCLUSÃO

A complexidade do processo diagnóstico é proporcional à semelhança das características dos transtornos psiquiátricos, os quais podem envolver aspectos biológicos, psicológicos, comportamentais e afetivos, e a combinação desses aspectos é que faz com que o diagnóstico diferencial adquira importância.

No caso do Transtorno de Humor Bipolar e do Transtorno da Personalidade Histriônica, pode-se afirmar que a etapa diagnóstica é de fundamental importância, considerando-se que a conduta psicoterápica será determinada por ela. A escolha de uma conduta inadequada pode resultar em prejuízos para o paciente, por meio do reforço de aspectos inadequados do comportamento ou na piora do estado afetivo. O caso ilustrado demonstra que o instinto do terapeuta pode auxiliar nesse processo, pois a dramatização e a “criação” dos sintomas, também chamada de mitomania, a aparência sedutora da paciente e a falta de coerência sempre presente nos discursos tiveram papel fundamental no diagnóstico diferencial.

A dúvida é saudável no processo psicoterápico enquanto ativa a curiosidade e o aprendizado do psicoterapeuta, instiga a criação de novos critérios diagnósticos e esclarece aspectos obscuros. Porém, ela não deve ser um com-

plicador ou criar dificuldades para o desenvolvimento de recursos, pois a insegurança do terapeuta não pode interferir na resolução de conflitos do paciente.

Este artigo não teve a intenção de esgotar as discussões acerca do assunto, mas estimular a curiosidade sobre o tema, que envolve aspectos tão complexos de psicopatologias distintas, porém, que se assemelham pela sintomatologia. Logo, fazem-se sugestões de pesquisas futuras, envolvendo os critérios diagnósticos e prognósticos dos quadros clínicos, considerando, ainda, as características particulares dos pacientes.

Histrionic personality disorder or bipolar disorder? the doubt in the diagnosis process

Abstract

This article presented the case study of a 33 year-old woman, who underwent treatment at the central health unit of a city in the Middle West of Santa Catarina. It was performed 13 therapy sessions, lasting 50 minutes each, weekly, from April to October, 2011. This work aimed to present and discuss about the doubt in the Histrionic Personality Disorder and in the Bipolar Disorder diagnosis process, with presentation of the case study and differential diagnosis analysis. The complexity of the diagnosis process is proportional to the similarities of the psychiatric disorders characteristics. The choice of a misconduct in this case can harm the patient, reinforcing behavior inadequacies or worsening the affective state.

Keywords: Hysteria. Bipolar Disorder. Psychodiagnostic.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Igor et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, n. 25, p. 22-32, abr. 2003.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico**: novas contribuições. Tradução Beatriz Afonso Neves. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- AVILA, L. A.; TERRA, J. R. Histeria e somatização: o que mudou? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 333-340, 2010.
- CABALLO, V. E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2007.
- CORDIOLLI, A. V. **Psicoterapias**: abordagens atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- CRISTANTE, A. F.; KFURI, M. **Como escrever um trabalho científico**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2010.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- VANDENBOS, G. R. **Dicionário de psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.