

PERSONALIDADE HISTRIÔNICA: TRAÇOS, PSICODINÂMICA E CONDUTA NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO

Karina Quioca¹

Carmen Lúcia Arruda de Figueiredo D'Agostini²

RESUMO

Este trabalho refere-se a um estudo de caso sobre o atendimento psicológico de uma mulher de 37 anos com traços de personalidade histriônica. O objetivo foi relatar o caso para promover discussões sobre a hipótese diagnóstica, manejo e conduta do profissional da psicologia. O estudo foi orientado consoante à compreensão da psicodinâmica da paciente que evidencia a necessidade de ser o centro da atenção e o sofrimento oriundo desse desejo, e que, em diversas situações, converteu as frustrações e fantasias insatisfeitas em reações emocionais extremistas e sintomas físicos; além disso, demonstrou dificuldade no enfrentamento de perdas, muitas idealizações e falta de objetivos de vida. As intervenções foram baseadas nas técnicas de escuta ativa e psicoterapia de insight. Entendeu-se que a pauta da conduta terapêutica são a empatia e a cautela nas intervenções para que sejam condizentes com a tolerância da paciente, porém suficientes para inferir a autoconsciência e instigar insights.

Palavras-chave: Personalidade histriônica. Psicoterapia. Estudo de caso.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo refere-se ao estudo de caso decorrente do atendimento psicológico clínico de uma paciente de 37 anos, sexo feminino, em seu terceiro ano de acompanhamento. Com os traços histriônicos manifestados nas sessões debatem-se o diagnóstico, os objetivos e o manejo. Relataram-se conteúdos de nove sessões realizadas no primeiro semestre de 2017, entre os meses de março e maio, que tiveram duração média de 50 minutos. Eles aconteceram na Clínica de Psicologia do Ambulatório Universitário, agendados semanalmente e conduzidos pela estagiária como exigência no cumprimento do componente curricular Estágio Curricular Supervisionado I, sob a supervisão de uma professora e psicóloga da instituição. Esse sistema não gerou custos ao paciente e está sob as premissas éticas que regulam a profissão.

Embasando o processo terapêutico há a investigação de hipóteses consideradas na fase de psicodiagnóstico. O psicodiagnóstico tem a finalidade de diagnosticar, avaliar e investigar hipóteses, visando facilitar a comunicação e o aceite do paciente com o terapeuta e, portanto, deve ser o objetivo primordial do profissional (ARZENO, 1995). O estudo de hipóteses direciona as possibilidades de intervenções, pois, muitas vezes, há características similares e que se mesclam entre os quadros clínicos, requisitando o diagnóstico diferencial, afinal a clareza do profissional repercute no direcionamento do tratamento.

Dessa forma, este estudo divide-se em três partes. Na primeira são apresentados os aspectos teóricos que caracterizam a personalidade histriônica e sua diferenciação da personalidade histérica. A segunda parte relata o caso, com a descrição e curso do tratamento. Por fim, é feita a análise da conduta terapêutica de acordo com a psicodinâmica identificada.

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; karina_quioca@hotmail.com

² Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina; Professora de Psicologia na Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; carmen.dagostini@unoesc.edu.br

1.1 PERSONALIDADE HISTRIÔNICA

Os transtornos de personalidade compõem quadros de manejo complexo em decorrência de traços inflexíveis, padrões desajustados, percepções distorcidas de si e da realidade e comprometimento generalizado. A personalidade histriônica se caracteriza pelo padrão invasivo e excessivo das emoções presente em diversos contextos, com variação rápida de humor, bastante dramática, teatral e influenciável, e o paciente, geralmente do sexo feminino, comporta-se a fim de chamar a atenção (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

O histriônico possui dificuldade em aceitar críticas, é intolerante e se frustra diante da não realização dos desejos. Sofre de carência e medo de abandono, sendo dependente da aceitação dos outros. Algumas comorbidades associadas são o transtorno conversivo, borderline, narcisista, dependente e de somatização. Os mecanismos de defesa utilizados variam e incluem repressão, fantasias, somatização, isolamento e negação (PEREIRA, 2011).

A postura em terapia do histriônico é de cooperação e ansiedade em fornecer informações detalhadas, bem como lapsos de fala, sendo difícil fazer com que compreenda sentimentos mais profundos (SADOCK; SADOCK, 2007). A relação entre paciente e profissional deve ser fortalecida, pois as frustrações e percepções desajustadas precisam ser confrontadas dentro do *setting* terapêutico.

O perfil de personalidade histriônica tem características que se mesclam com a personalidade histérica. Mackinnon (2008) cita que enquanto o histriônico possui perfil emotivo exagerado e generalizado, o histérico é mais restrito e com controle maior dos impulsos. O histriônico é mais impulsivo e sem objetivos de vida, estabelecendo relações com traços de adversidade, masoquismo e paranoia, além de exacerbada ansiedade de separação, exibicionismo e sedução vulgar. Em contrapartida, o histérico possui ambições, relações objetivas maduras, sedução sutil e tolera separações.

1.2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Algumas informações sociodemográficas e de história de vida foram coletadas previamente no prontuário e atualizadas nas primeiras sessões. Nos anos anteriores, Vera³ procurou psicoterapia espontaneamente em razão de conflitos com o filho e o marido. A paciente vivenciou episódios depressivos intensos desde o falecimento da mãe, há quatro anos, chegando a ser internada em uma instituição psiquiátrica, pois não conseguia se alimentar. Nesse ano trouxe a demanda sobre trabalhar questões relacionadas à ansiedade. Nas sessões sempre apresentou aspectos cognitivos, como a atenção, a consciência e a linguagem, conservados.

Vera³ é casada há 20 anos com seu primeiro namorado, com quem tem um filho de 15 anos; os três residem juntos, e no mesmo terreno há outra casa onde moram seus sogros. Vera nunca trabalhou, portanto todos dependem financeiramente da renda limitada do marido. Possuía forte vínculo com a mãe e ainda não elaborou o luto dessa perda, sendo uma pessoa religiosa e bastante devota. Seu pai é mais distante afetivamente. Possui duas irmãs mais novas com quem tem boas relações.

Usa medicação controlada, a carbamazepina, que é um fármaco psicoativo anticonvulsivante, também indicado na regulação do humor em distúrbios maníaco-depressivos da bipolaridade, agindo como um antidepressivo tricíclico (ARAÚJO; SILVA; FREITAS, 2010). Nesse caso, o uso do medicamento tem a intenção de garantir a estabilidade do humor, impelindo a intensificação de quadros depressivos.

Em todas as sessões, Vera trouxe muitos conteúdos e conflitos, sempre profilática, com necessidade intensa de verbalização. Seu humor variava e era ambíguo diante de situações semelhantes, por

³ Nome fictício utilizado para preservar o sigilo em relação à identidade da paciente.

vezes mostrava-se tranquila, e em outros momentos deprimia e somatizava. As queixas predominaram sobre conflitos com os vizinhos, com seu pai e com o esposo. Uma consideração importante para a evolução da terapia foi a pontuação sutil, desde os primeiros encontros, que Vera apresentou em se questionar e solicitar ajuda para compreender os motivos de seu comportamento incomodativo, portanto foi receptiva às pontuações e orientações realizadas.

2 PSICODINÂMICA E CONDUTA TERAPÊUTICA

Os critérios diagnósticos não foram totalmente completados, portanto há apenas traços de funcionamento que tendem às características de personalidade histriônica, afinal não caracteriza o quadro sintomatológico completo para fins diagnósticos. A hipótese de bipolaridade foi descartada, pois não caracterizou nenhuma fase de mania. Sempre políqueixosa, a paciente possui frequentes sintomas físicos, com dores de cabeça e de estômago, visto que quando necessitou de ajuda médica, foi orientada ao tratamento psicológico, pois não havia causas biológicas para os sintomas. As somatizações aconteceram próximas ao mínimo sinal de conflitos e discussões.

Vera demonstrou necessidade exacerbada de ter a atenção dos familiares, especialmente o esposo, e quando não correspondiam com suas expectativas, ela conseqüentemente deprimia e os sintomas apareciam. Também estagnou após a perda da mãe, não tendo recursos internos para vivenciar o luto e superar essa separação. Os fatores supracitados levaram a caracterizá-la com traços histriônicos. Vera não demonstrou comportamentos sedutores, comum nos histriônicos, mas apresentou queixas frequentes sobre o relacionamento com o marido, induzindo questões de cunho sexual que ainda seriam investigadas terapeuticamente.

Com frequência colocava-se como a vítima, somatizava e requisitava cuidados do marido. Envolvia-se e vivenciava os problemas dos outros com muita intensidade, como se fossem seus. Relatava que sempre era o centro dos problemas, a culpada ou aquela a quem todos recorriam para solucioná-los. Ou seja, tem tendência a se colocar como o centro das atenções. Uma questão difícil de abordar foi a falta de objetivos de vida, a qual a paciente sempre se esquivava, desviando-se em todas as tentativas.

Vera utilizou diversos mecanismos de defesa: negação, regressão e idealização, por exemplo. A projeção foi muito utilizada e generalizada às mais diversas situações. Com frequência relatava o comportamento dos outros como problemático, e que sofria muito com isso, contudo se eximia de todo seu comportamento, não enxergando seu papel nas situações. Com cautela, mostraram-se outras versões e possibilidades de comportamento. O curso das conversas sempre foi permeado pelas resistências de Vera, que se amenizaram conforme seus sentimentos eram reconhecidos. Outro mecanismo evidente foi a repressão, quando relatou sintomas físicos agudos, para os quais a equipe médica indicou etiologia emocional, contudo não conseguia lembrar o motivo que os teria originado, ainda que admitisse que tenha sido um conflito ou discussão. Nota-se, também, a tendência de exagerar suas reações emocionais.

A insistência e a repetição por parte do terapeuta foram essenciais para contornar os mecanismos de defesa. Fazê-la perceber os padrões de comportamento nas mais diversas relações que relatava, mostrando suas tendências, mostrou-se eficaz, pois aumentou sua autoconsciência e entendimento, passando a reconhecer os comportamentos disfuncionais.

Nas primeiras sessões a conduta priorizou o estabelecimento do *rapport*, essencial para o progresso da terapia, quando também foi firmado o contrato terapêutico. O *rapport* é o estabelecimento de harmonia e confiança entre terapeuta e clínico, vital para obter informações, pois motiva o paciente a falar espontaneamente (MORRISON, 2010, p. 30).

A escuta ativa “apresenta-se como uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro” (MESQUITA; CARVALHO, 2014, p. 1128), exigindo do terapeuta a observação dos aspectos verbais e não verbais da comunicação, respaldando-se na empatia e no respeito. Essa técnica embasou as sessões, pois Vera teve espaço para falar livremente sobre os conflitos, permitindo o acolhimento das demandas e intervenções mais assertivas.

Conforme as sessões foram avançando a postura do terapeuta tornou-se mais ativa com o objetivo central de incitar insights. Um apontamento que modificou bastante a forma como Vera vivenciou o processo terapêutico foi orientá-la e reforçar essa conduta em todas as sessões subsequentes, da necessidade de extrapolar as descobertas da terapia e as discussões para o dia a dia. Com isso, a paciente começou a aumentar sua capacidade de análise, percebendo por conta a necessidade de abordar alguns assuntos, como o luto da mãe.

As considerações terapêuticas seguiram um padrão: no primeiro momento mostrar interesse e empatia pelas queixas, valorizando e reconhecendo os sentimentos. Então, pontuar possibilidades diferentes, associações entre as queixas, novas percepções e instigar a pensar quais comportamentos trariam mais benefícios. Essa conduta se mostrou bastante benéfica, pois o discurso da paciente inicialmente estava baseado em afirmações semelhantes a “os outros estão errados” ou “o meu jeito é certo”, que indicavam resistência à mudança. Aos poucos, o enfoque foi sendo redirecionado do comportamento dos outros ao dela. Essa foi uma evolução notada, pois ela demonstrou disponibilidade em aceitar e refletir sobre as considerações da análise terapêutica, discutindo e chegando às suas próprias conclusões e, especialmente, aumentando a autoconsciência e a capacidade de autoanálise, pois a própria paciente iniciou alguns processos de insights até mesmo fora do setting terapêutico.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estrutura de personalidade da paciente em estudo denotou traços histriônicos como a exacerbação e a instabilidade das reações emotivas e a conversão instantânea de frustrações de desejos fantasiosos em sintomas físicos (sem demais etiologias clínicas). A conduta terapêutica não pôde ser diretiva nem pressionar a paciente a atingir algum objetivo ou mudança, pois isso a distanciava do processo terapêutico. Para intervir de maneira mais eficaz o terapeuta precisou considerar a instabilidade emotiva, tendo para si objetivos claros para desenvolver a análise. Foi necessário valorizar e escutar as queixas e, em seguida, começar a focar a abordagem na paciente, buscando associações que a levassem a se perceber criticamente e refletir. É importante validar o comprometimento da paciente com o processo terapêutico e devolver os questionamentos a fim de extrapolar as discussões para além das sessões.

Foi útil para minimizar as resistências fazer uso do próprio discurso trazido por ela e de seus desejos para pontuar novas percepções e associações, proporcionando insights que levam a comportamentos mais congruentes e adequados. A insistência e repetição no discurso terapêutico são fundamentais, pois se trabalha com traços de personalidade persistentes que permeiam o funcionamento em todos os aspectos da vida. Dessa forma, condutas pontuais e diretivas não se mostraram eficazes, enquanto paráfrases, questionamentos e metáforas conseguiram instigar sutis evoluções.

Esclarece-se que as discussões sobre esse caso não foram esgotadas neste estudo e que o diagnóstico não foi fechado, pois não houve indícios suficientes para os critérios necessários.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas. 2002.
- ARAÚJO, D. S. de; SILVA, H. R. R. da; FREITAS, R. M. de. Carbamazepina: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 7, n. 4, p. 30-45, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/REF/article/viewFile/11863/7805>>. Acesso em: 31 maio 2017.
- ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico**: novas contribuições. Tradução Beatriz Afonso Neves. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- MACKINNON, R. A. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. de. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm.**, USP, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf>. Acesso em: 31 maio 2017.
- MORRISON, James. **Entrevista inicial em saúde mental**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PEREIRA, R. S. **Transtornos dissociativo e histriônico**: contribuições da avaliação psicodiagnóstica. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-22427>>. Acesso em: 02 jun. 2017.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 2007.

