

TAT E RORSCHACH: FERRAMENTAS PARA O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE¹

Laís Fernandes Jacobina²

Georgina Martins Baeta Neves³

RESUMO

Este artigo tem como objetivo destacar os traços do Transtorno de Personalidade *Borderline* - TPB, segundo os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV-TR, estabelecendo uma relação com os dados evidenciados pelo método do Rorschach e pelo Teste de Apercepção Temática. O TPB é caracterizado por um comportamento instável, que se manifesta em diversos contextos, como nos relacionamentos interpessoais, afetos e autoimagem. Foi evidenciada a necessidade de uma avaliação diagnóstica criteriosa, uma vez que o TPB pode apresentar um quadro de sintomas bastante diversificado tanto qualitativamente quanto quantitativamente, evitando prescrições medicamentosas e tratamentos inadequados. Ambos os testes se mostraram excelentes ferramentas de investigação, pois revelam importantes dados da personalidade do sujeito que estão relacionados ao transtorno de personalidade *borderline*.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade *Borderline*. Diagnóstico. Avaliação psicológica. TAT. Rorschach.

¹ Artigo científico desenvolvido pela primeira autora sob orientação da segunda, para obtenção de Título de Especialista em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Natal/RN – Brasil.

² Psicóloga, Graduada pela Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, e discente da Especialização em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Natal/RN – Brasil.

³Psicóloga, Docente no Curso de Psicologia e Coordenadora da Especialização em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Natal/RN – Brasil.

TAT AND RORSCHACH: TOOLS FOR DIAGNOSIS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

ABSTRACT

This article aims to highlight the features of Borderline Personality Disorder - BPD, according to the diagnostic criteria of the International Classification of Diseases - ICD-10 and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV-TR, establishing a relationship with the data evidenced by the Rorschach method and the Thematic Apperception Test. BPD is characterized by an unstable behavior, which is manifested in several contexts, such as interpersonal relationships, emotions and self-image. It was evidenced the needing of a meticulous diagnostic evaluation, since the BPD may provide a framework of symptoms rather diverse both qualitatively and quantitatively, avoiding inappropriate treatments and drug prescriptions. Both tests showed excellent research tools, because they reveal in the personality of the person important data that are related to Borderline Personality Disorder.

Key-words: Borderline Personality Disorder, Diagnosis, Psychological Evaluation, TAT, Rorschach.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo do presente trabalho é destacar os traços do Transtorno de Personalidade *Borderline* - TPB, segundo os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV-TR, estabelecendo uma relação com os dados evidenciados pelo método do Rorschach e pelo Teste de Apercepção Temática.

Ambas as técnicas selecionadas para este estudo, são do tipo projetivo e amplamente utilizadas por psicólogos em pesquisas e avaliações psicológicas. Essa escolha foi motivada pela riqueza de informações da personalidade humana por elas reveladas.

Estas técnicas já são utilizadas como ferramentas para o diagnóstico e/ou prognóstico do TPB. No entanto, ainda não existe uma literatura extensa nessa área, o que nos impele a investigar a seu respeito.

Ao longo deste trabalho, faremos uma descrição dos critérios diagnósticos desse transtorno e do seu quadro sintomático. Além disso, discutiremos os resultados dos testes psicológicos já mencionados que podem ser indicativos de

uma personalidade *borderline*, com o objetivo de facilitar a realização do seu diagnóstico. Compreendendo profundamente o funcionamento da personalidade de um sujeito, temos também a possibilidade de estabelecer um possível prognóstico, o que contribui na tomada de decisões sobre as terapêuticas a serem realizadas.

2. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O Transtorno de Personalidade *Borderline* é caracterizado por um comportamento instável, que se manifesta em diversos contextos, como nos relacionamentos interpessoais, afetos e autoimagem. Seu surgimento ocorre no início da idade adulta. São verificados nesse transtorno, sentimento crônico de vazio e uma grande tendência à impulsividade e acessos de raiva, que são dirigidos aos outros ou a si mesmo de forma ineficiente, intensificando sentimentos negativos. Em virtude disso, o CID-10 classifica esse transtorno como Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável (tipo *Borderline* – Limítrofe), sob o número F60.31.

Segundo Dalgallarrondo e Vilela (1997), inicialmente a noção a respeito do desse transtorno era vaga e imprecisa, compreendia sintomas que se incluíam desde o espectro “neurótico”, permeando os distúrbios da personalidade, até o espectro psicótico. Dessa forma, este representava um transtorno de grande complexidade a ser desvendado ao longo de muitos anos de pesquisa, atendimentos ambulatoriais e estabelecimento de critérios diagnósticos.

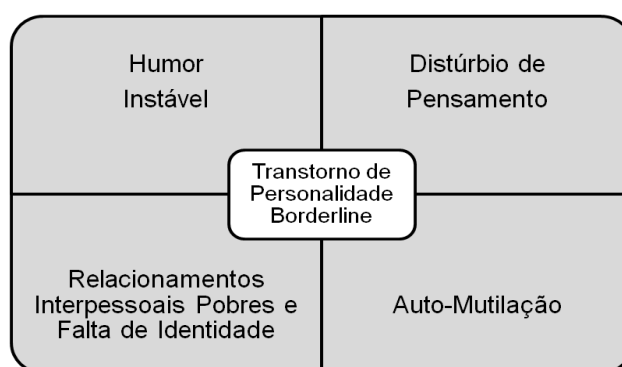
Segundo esses autores, o conceito atual de *Borderline*, veio a ser formulado a partir da classificação norte-americana das doenças mentais do ano de 1980, o DSM III: “o transtorno passa a ser compreendido como um distúrbio específico da personalidade, no qual comportamentos impulsivos, autolesivos, sentimentos de vazio interno e defesas egóicas muito primitivas sejam predominantes” (DALGALLARRONDO e VILELA, 1997, p. 53).

Holmes destaca que o TPB difere dos demais transtornos por não possuir um quadro de sintomas estável diante de todas as situações: “aquele indivíduo com transtorno de personalidade *borderline* apresenta sintomas diferentes em momentos diferentes” (1997, p. 324). Segundo este autor, o termo *borderline* foi utilizado para referir-se a pessoas que possuem um ajustamento que encontra-se na fronteira entre o normal e o psicótico. Por esse motivo, esse transtorno desperta o interesse

dos profissionais da área de saúde mental, uma vez que existem muitos aspectos ainda pouco explorados.

De acordo com o DSM IV-TR, esse transtorno é diagnosticado predominantemente no sexo feminino, alcançando o índice de aproximadamente 75% dos pacientes. São comuns históricos de exposição à violência física e sexual, além de relacionamentos familiares comprometidos (marcados por negligências, hostilidade, perdas e separações).

Segundo Holmes (1997), existem quatro grupos de sintomas geralmente evidenciados no TPB:



De acordo com o DSM IV-TR, os indivíduos com esse transtorno fazem grandes esforços para evitar o abandono real ou imaginário, o que pode causar um grande desgaste emocional. Esses pensamentos e sentimentos podem provocar uma séria desestruturação psicológica, que acarreta profundas alterações em sua autoimagem, afetos, cognição e comportamento. Existe um grande temor diante da possibilidade de estarem sós, o que gera a necessidade de ter alguém ao seu lado.

É comum o estabelecimento de uma relação de dependência, com um padrão de relacionamento instável e intenso, a alguma figura (namorado, amigo...), que também pode ser causadora de grandes conflitos internos quando as expectativas, muitas vezes altamente idealizadas ou subestimadas, criadas pelo paciente são frustradas.

A instabilidade característica desse transtorno, também é claramente evidenciada nos objetivos, valores, sexualidade e na carreira profissional do paciente. Há uma grande tendência a mudá-los subitamente, o que pode ocasionar sérios problemas em sua vida, uma vez que não consegue manter um determinado equilíbrio para que possa atingir ascensão profissional e pessoal, não obtendo a satisfação de suas necessidades e anseios.

Segundo Holmes, o número significativo de homossexuais diagnosticados com TPB pode ser reflexo da falta de identidade, que faz com que eles experimentem outros papéis ou orientações com o objetivo de encontrar uma identidade ou proximidade interpessoal. Segundo este autor: “Neste caso, a homossexualidade pode ser mais um caso de comportamento transitório do que uma orientação firmemente estabelecida” (1997, p. 325).

O paciente com TPB também pode se expor a condutas perigosas como, uso e abuso de substâncias psicoativas, sexualidade experimentada de forma irresponsável, assim como a direção de veículos automotivos efetuada de forma perigosa. Ele apresenta comportamento impulsivo em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais a si próprios.

Além disso, a pessoa com esse transtorno geralmente apresenta comportamento que envolve gestos ou ameaças suicidas (algumas chegam ao suicídio real), ou comportamento automutilante. Tais atos autodestrutivos podem ser precipitados por ameaças de separação ou sentimento de rejeição, ou ainda por receios de assumir responsabilidades. A automutilação frequentemente produz sensação de alívio, pois o paciente verifica a reafirmação de sua capacidade de sentir. Essa conduta ainda pode ser realizada com o intuito de obter a expiação do sentimento de maldade, de ser mau.

Segundo Holmes (1997), o comportamento suicida intermitente pode ser resultado da combinação entre depressão e impulsividade. Segundo o mesmo autor, a automutilação pode incluir atos como: “queimar-se com cigarros, cortar o corpo com lâminas de barbear, fazer arranhões profundos com as unhas, lixar a pele e derramar ácido sobre si mesmo” (p. 324).

O humor é marcadamente disfórico, havendo momentos de raiva, pânico, desespero, e raros momentos de satisfação. Ou seja, ocorre uma grande instabilidade afetiva que altera significativamente a forma de lidar com os conflitos interpessoais. De acordo com Holmes (1997), os relacionamentos interpessoais são permeados por mudanças repentinas e abruptas, oscilando entre amor intenso e ódio, igualmente intenso.

O manejo do sentimento de raiva é bastante prejudicado, ocorrendo crises explosivas e sarcásticas, geralmente sucedidas pelos sentimentos de vergonha e culpa. Também é comum vivenciarem um sentimento de vazio crônico, experienciando muitos momentos de tédio.

Durante algum episódio de grande estresse (geralmente causado por medo de um abandono, real ou imaginário), pode ocorrer a ideação paranóide ou a despersonalização, mas esse prejuízo não chega a justificar um diagnóstico adicional.

Os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM IV – TR e CID 10 estão descritos detalhadamente abaixo:

Quadro 01 – Critérios Diagnósticos Estabelecidos pelo DSM IV – TR

Critérios Diagnósticos para 301.83 Transtorno da Personalidade *Borderline*

Um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

(1) esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado.

Nota: Não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5.

(2) um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização

(3) perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da auto-imagem ou do sentimento de self

(4) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente). **Nota:** Não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5.

(5) recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante

(6) instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias)

(7) sentimentos crônicos de vazio

(8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações freqüentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes)

(9) ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos

Fonte: DSM IV – TR (2003)

Quadro 2 – Critérios Diagnósticos Estabelecidos pela CID 10

F60.3 Transtorno de personalidade emocionalmente instável

Transtorno de personalidade no qual há uma tendência marcante a agir impulsivamente sem consideração das conseqüências, junto com instabilidade afetiva. A capacidade de planejar pode ser mínima e acessos de raiva intensa podem com freqüência levar à violência ou a “explosões comportamentais”; estas são facilmente precipitadas quando atos impulsivos são criticados ou impedidos por outros. Duas variantes desse transtorno de personalidade são especificadas e ambas compartilham esse tema geral de impulsividade e falta de autocontrole.

F 60.31 Tipo *Borderline* (limítrofe)

Várias das características de instabilidade emocional estão presentes; em adição, auto-imagem, objetivos e preferências internas (incluindo a sexual) do paciente são com freqüência pouco claras ou perturbadas. Há em geral sentimentos crônicos de vazio. Uma propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis pode causar repetidas crises emocionais e pode estar associada com esforços excessivos para evitar abandono e uma série de ameaças de suicídio ou atos de autolesão (embora esses possam ocorrer sem precipitantes óbvios).

Inclui: personalidade (transtorno) *borderline* (limítrofe)

Fonte: CID 10 (2007)

3. O RORSCHACH

O Rorschach é uma técnica projetiva bastante utilizada para avaliar aspectos da personalidade humana e do funcionamento psicodinâmico. Segundo Vaz (1997), essa técnica pode fornecer ao psicólogo uma gama de informações, que englobam: “traços de personalidade, o funcionamento de suas condições intelectuais, o nível de ansiedade básica e situacional, a depressão, suas condições efetivas e emocionais” (p. 6-7). Dessa forma, o profissional passa a ter condições de compreender qual a capacidade que o indivíduo tem para lidar com conflitos e frustrações; forma de adaptação ao trabalho e às relações interpessoais; nível de ajustamento e integração humano; impulsos, instintos e reações emocionais; entre outros elementos psicodinâmicos (VAZ, 1997).

Diversos autores publicaram os resultados encontrados com o Rorschach associados a patologias, como Esquizofrenia, Ansiedade Generalizada, Distímia, Personalidade Anti-Social, entre outros. No entanto, no que se refere ao TPB não

existem ainda muitos estudos publicados, o que evidencia uma lacuna na literatura da área.

Diante da riqueza de informações levantadas por esta técnica, é possível identificar resultados relacionados ao quadro sintomático do TPB. Dentre eles, destacam-se aqueles que evidenciam a capacidade de o indivíduo adaptar-se ao meio ambiente, qualidade dos relacionamentos interpessoais, controle de impulsos e emoções, bem como seu funcionamento cognitivo.

Destacaremos a seguir, os principais possíveis indicadores de uma personalidade acometida pelo TPB, nos protocolos do Rorschach.

No que diz respeito aos resultados do Rorschach, segundo Vaz (1997), o F% (F+, F-, F+-) indica o nível de controle que o sujeito tem sobre seu dinamismo psíquico, que envolve comportamento instintivo e/ou impulsivo e suas reações (emocionais e afetivas). Além disso, também aponta o nível de racionalidade e lógica utilizado em seus processos perceptivos. Segundo Adrados, “o resultado nos dá de imediato, uma ideia de até que ponto a razão controla as emoções, os impulsos, os instintos e suas manifestações externas ou motoras” (2000, p.122). Porém, a percentagem de F precisa ser correlacionada ao F+%, tendo em vista que não há sentido em ter controle intelectual, se a capacidade crítica e do pensamento lógico estiverem comprometidas.

Dessa forma, o paciente com TPB pode apresentar F+↓, evidenciando a interferência de aspectos de ordem afetiva e emocional, em sua forma de compreender e raciocinar em determinadas situações. Essa alteração provoca prejuízos, pois reduz sua capacidade de análise objetiva e juízo crítico.

As respostas D, também estão relacionadas a esse aspecto da personalidade, uma vez que revelam a forma como os objetos e pessoas são enxergados. Quando elas aparecem abaixo da média no protocolo, podem evidenciar pouco senso de realidade objetiva e má adaptação à realidade, geralmente por motivos de ordem emocional ou mental (VAZ, 1997).

Os pacientes que possuem TPB costumam apresentar uma baixa maturidade afetivo-emocional. Diante disso, em seus protocolos o FM tende a predominar sobre o M, tendo em vista que, Adrados (2000) aponta que esse dado costuma aparecer em protocolos de pessoas com maturidade afetivo-emocional desapropriado para sua idade (p 52). Além disso, o surgimento de respostas m pode expressar conflito entre os impulsos da própria personalidade do sujeito e as forças frustradoras do

ambiente (p. 54), sendo este mais um aspecto comum a este transtorno. A gravidade desse conflito pode ser compreendida correlacionando esse dado à proporção de respostas M e FM, como com os outros dados que esclarecem os recursos da personalidade do sujeito nesse complicado processo de adaptação (p. 55).

Dessa forma, segundo Adrados (2000), é desejável que M se sobreponha a FM e que este último, se sobreponha a m. Quando as respostas não ocorrem nessa proporção, a personalidade do sujeito enfrenta um grande desgaste, que pode inclusive, gerar sérias depressões e desajustamentos (p. 56). Esses desajustamentos são comumente vivenciados por pessoas acometidas pelo TPB. Indivíduos que não possuem um bom nível de controle interno para utilizar no meio externo, que não canalizam seus impulsos instintivos de forma que não prejudiquem os contatos sociais, não apresentam em seus protocolos $M > FM + m$ (p. 116).

As respostas C revelam de qual maneira os estímulos do mundo externo impactam e repercutem sobre o mundo interno do sujeito. De acordo com Adrados (2000), um profundo estudo das respostas de cor, de sua dinâmica e proporção com outros dados do protocolo, “poderão proporcionar-nos dados valiosíssimos sobre a intensidade, nível de tensão, complexidade e grau de controle das emoções, afetos e sentimentos” (p. 59). As respostas que contém C merecem bastante atenção do avaliador, tendo em vista que evidenciam um aspecto bastante importante do quadro sintomático do TPB.

De acordo com Vaz (1997), quando surge um número elevado de respostas do tipo CF, podemos concluir que o controle de sua reação aos estímulos (independentemente da intensidade desses) ocorre de forma precária. Segundo Adrados (2000 p. 64), esse padrão revela um tipo de afetividade instável, lábil e egocêntrico, no qual a objetividade e a capacidade cognitiva já não detém domínio. Inesperadamente o sujeito costuma exibir comportamentos explosivos, inoportunos e descontrolados.

O uso das respostas C (cor pura) pode demonstrar descontrole dos aspectos afetivos e emocionais, indicando reações emocionais intensas e carregadas de sentimentos, positivos ou negativos (VAZ, 1997). De acordo com Adrados (2000, p. 65), elas também indicam a descarga emocional sendo acompanhada de descarga motriz, ou seja, a emoção interferindo nas reações corporais. Além disso, revelam uma baixa capacidade para suportar frustrações.

Quando o índice $FC < CF + C$ surge no protocolo, aponta que o sujeito possui dificuldade de relacionamento interpessoal, reagindo de forma inadaptada quando mobilizado afetivamente e/ou emocionalmente. Evidencia uma precipitação em suas reações (VAZ, 1997).

As respostas que trazem sombreado K e k indicam que diante de situações de tensão (de qualquer intensidade), nas quais os sentimentos de insegurança aumentam, o sujeito tende a não conseguir suportá-las de forma satisfatória. Não há condições psíquicas para que controle sua ansiedade e suporte frustrações, então ele é invadido por sentimentos que causam sofrimento e perturbação (VAZ, 1997).

Segundo Adrados (2000, p. 83), as respostas de claro-escuro estão relacionadas a sentimentos disfóricos e depressivos, envolvendo sentimentos de inferioridade, inadequação afetiva, ansiedade e angústia. Ela nos indica o nível da ansiedade que o sujeito vivencia, mecanismos adaptativos e defensivos que utiliza para aliviá-la, evidenciando a forma como ele age e reage no meio externo. Quanto maior o número dessas respostas, maiores são os sentimentos de medo, perigo e desamparo experimentados.

Diante disso, o sujeito pode comportar-se de forma passiva ou ativa. Nesta última, as tentativas de mitigar a ansiedade podem ser perigosas, pois ele age de maneira desorganizada e confusa. Tais dados são revelados por meio das respostas K e KF de conteúdo disfórico (2000, p.84).

Dessa forma, diante dos aspectos anteriormente comentados, fica evidente a gama de informações relacionadas ao quadro sintomático do TPB que esta técnica fornece ao psicólogo.

No que diz respeito ao conteúdo das respostas, também é indicativo de descontrole emocional, da baixa adaptação no campo afetivo e de relacionamento pessoal, aquelas que fazem referência a sangue, fogo, explosão e cores (VAZ, 1997).

Os conteúdos com valor agressivo podem ser expressos por meio de objetos, principalmente aqueles com características pontiagudas ou cortantes, ou animais ferozes. Além disso, tendências destrutivas podem emergir em respostas que fazem referência a ruínas, fragmentos ou pedaços (CHABERT, 2004).

Com relação ao significado simbólico dos cartões, podemos destacar os cartões II, III, VIII e IX. O cartão II pode representar uma ameaça, exigindo mais controle afetivo-emocional que lógico, fazendo emergir sentimentos de perda e

fragilidades relacionadas aos primeiros anos de vida. O cartão III tem como temática os relacionamentos interpessoais. Quando surgem entraves durante sua aplicação, geralmente são observados problemas nesse campo. O cartão VIII pode representar para o examinando os estímulos do mundo externo, que provocam emoções, afetos, comportamentos, e por meio deste cartão, podemos verificar seu funcionamento psíquico. O cartão IX mobiliza conflitos e angústias existenciais, que o avaliando pode estar enfrentando. Revela a sua capacidade de elaboração ou de conviver com eles.

Vale ressaltar a importância de uma leitura aprofundada do protocolo por inteiro, para compreendê-lo a partir das qualidades particulares do discurso do sujeito: estilo, lógica, fluidez, entre outras. Ou seja, a partir da impressão a respeito de sua totalidade, iniciar uma análise mais detalhada de cada aspecto, e assim verificar as eventuais hipóteses diagnósticas (CHABERT, 2004).

Tanto o CID 10 quanto o DSM-IV, indicam no quadro sintomático do TPB diversas manifestações da personalidade. Grande parte delas pode ser reconhecida por meio da técnica do Rorschach, como já destacamos nesse capítulo. Dessa forma, partindo dos critérios diagnósticos referendados por estas obras, o Rorschach permite a identificação das seguintes manifestações do TPB: alterações na autoimagem, nos afetos e na cognição; estabelecimento de uma relação de dependência; comportamento impulsivo; grande instabilidade afetiva que prejudica sua forma lidar com os conflitos interpessoais; prejuízos no manejo do sentimento de raiva, tendências a crises explosivas, geralmente sucedidas pelos sentimentos de vergonha e culpa.

As informações aqui destacadas, não esgotam as possibilidades de investigação no diagnóstico do TPB. Inúmeras outras informações podem ser levantadas por meio desta técnica em virtude de sua própria complexidade e da personalidade humana. É essencial que todos os dados sejam compilados, avaliados em conjunto e integrados aos aspectos qualitativos da técnica, bem como aos resultados dos outros instrumentos e entrevistas realizadas.

4. O TAT

O Teste de Apercepção Temática, mais conhecido como TAT, explica a dinâmica da personalidade pautada na dualidade conceituada como necessidades e

pressões, e foi criado por Henry Murray, em sua forma definitiva, em 1943. Para o autor do teste, são importantes o passado, que compreende a história do indivíduo, o presente e o meio em que vive. Além disso, Murray considera que há uma motivação inconsciente expressa durante o teste, e esse é um dos aspectos importantes, juntamente com a verbalização subjetiva ou livre (CUNHA, 2003).

Partindo da pressuposição de que pessoas distintas experimentam os estímulos e situações de maneira bastante subjetiva, expô-las a uma série de situações, nas quais possam expressar livremente sentimentos, pensamentos, lembranças, criariam a possibilidade de conhecer aspectos importantes da estrutura de sua personalidade.

Segundo Cunha, “Murray procura considerar o indivíduo naquilo que tem de mais próprio na sua relação consigo e com o mundo” (2003, p. 400). Por tratar-se de um teste projetivo, voltado para os aspectos da personalidade, o TAT se propõe a revelar a singularidade do ser humano.

Em sua análise, o avaliador desmembra as histórias relatadas nos conteúdos expressos no tema central, identifica o “herói”, reconhece seus motivos, tendências e necessidades, explora seu estado interior, identifica as pressões ambientais e do desfecho (CUNHA, 2003).

As 30 lâminas que compõem o teste, apresentam personagens principais, que são chamados de heróis. A principal pressuposição para a interpretação do TAT é que o indivíduo se identifique com o herói. Ou seja, que projete nele tendências de sua própria personalidade e do ambiente no qual vive.

Segundo Murray, a forma como o psicólogo irá avaliar o herói depende do que ele pretende investigar sobre o sujeito, e deve partir da caracterização daquele por meio de alguns traços, como: superioridade; inferioridade; criminalidade; anormalidade psíquica; solidão; sentimento de pertinência; liderança e inclinação para conflitos interpessoais (2005).

Os motivos, inclinações e sentimentos dos heróis merecem bastante atenção, uma vez que revelam informações valiosas sobre o avaliando. Eles podem exibir atitudes ou traços carregados dos mais variados sentimentos. As necessidades são sempre forças internas do herói que partem em direção ao ambiente ou a si mesmo (LEAL, 1976). É importante ponderar a interpretação por meio das pontuações que mensuram a força de determinada atitude, estabelecendo assim o nível que ela alcança. Murray não restringe as variáveis, atitudes e traços a serem avaliados

(2005). No manual constam algumas sugestões que podem ser consideradas como as de análise indispensável, para a maioria dos casos.

Considerando que as necessidades do herói expressam aquilo que o indivíduo busca satisfazer (SILVA, 1989), destacaremos a seguir aquelas que podem estar mais relacionadas ao quadro sintomático do TPB. Merecem atenção as atitudes de agressividade, principalmente as do subtipo emocional e verbal, mas é necessário observar também a manifestação de outras possíveis modalidades de agressividade. Também devemos atentar para as que fazem referência à ajuda, como busca de auxílio, consolo, vínculo de dependência, proteção e cuidados; autoagressão manifestada por meio de autorecriminação, autocrítica, autodesprezo ao cometer falhas, sentimentos de inferioridade, culpa, remorso, autopunição física, tentativa de suicídio; comportamentos que geram degradação, como confessar-se, desculpar-se, prometer fazer melhor, expiar-se; necessidade de afiliação (MURRAY, 2005).

Diversas outras necessidades podem ser evidenciadas por meio do TAT. Elas devem ser avaliadas da mesma forma, de modo a compreender todas as possíveis inclinações e sentimentos do avaliando, que transpõem as sugeridas pelo autor do teste, tendo em vista que também podem revelar outros sintomas do TPB.

No que se refere ao estado interior do herói, podemos destacar aqueles que fazem referência a abatimento, o que indica que vivencia momentos de desilusão, tristeza, sofrimento, infelicidade, melancolia; conflito, que evidencia a oposição entre objetivos, impulsos, desejos e necessidades; instabilidade emocional, que aponta uma marcante inconsistência e instabilidades dos sentimentos, flutuações de humor e temperamento, busca por novas coisas, pessoas e objetivos (MURRAY, 2005). Quando nos situamos diante do quadro sintomático de um paciente com TPB, verificamos que ele apresenta esses estados interiores, além de outros como ansiedade, ciúmes, desconfiança, que também podem emergir por meio do TAT.

Dessa forma, observamos que, por tratar-se de um teste projetivo, o manual do TAT, indicou alguns estados emocionais relevantes, mas não se propõe a identificar todos que um sujeito pode vir a apresentar. Os estímulos provocados por suas lâminas podem nos dar acesso aos mais variados estados, inclusive àqueles não listados por Murray, cabendo ao psicólogo, realizar uma análise ampliada e detalhada. Assim, é possível compreender cada indivíduo em sua subjetividade e em seu momento de vida.

No que diz respeito às forças do ambiente do herói, é preciso identificar as situações com as quais o herói se defronta, bem como sua singularidade, intensidade e frequência. Essas forças, também chamadas de pressões, podem ser positivas ou negativas, que atingem o herói e o impele a reagir, pensar, sentir de determinada forma (LEAL, 1976). Os traços que são recorrentes nas pessoas com as quais o herói se relaciona, também devem ser destacados.

Por meio da análise dessas variáveis, é possível compreender como o sujeito enxerga as pessoas e o ambiente ao seu redor, se elas suprem ou não suas necessidades, se lhe causam conflitos, se ele sente-se amparado ou ameaçado, só ou acompanhado, entre outras situações. Dessa forma, torna-se imprescindível verificar em quais aspectos o sujeito percebe déficits ou excessos nas pressões advindas do seu ambiente e como ele procura manejá-las. Vale ressaltar que, segundo Silva, “os dados obtidos através dessa análise referem-se ao modo pessoal como o indivíduo vê a si e aos outros. Não é, necessariamente, um retrato da realidade objetiva, mas sim da subjetiva” (p. 24, 1989). Portanto, podemos compreender como o paciente com TPB se sente, que mesmo nos casos em que vive em um contexto de relacionamentos interpessoais que lhe oferece apoio, pode não enxergá-lo dessa maneira.

Segundo Murray, as principais forças, ou pressões, ambientais a serem analisadas são afiliação, agressão, ajuda, dano físico, dominância, faltas e perdas, perigos físicos (2005). O histórico de um paciente com TPB apresenta, comumente, eventos passados que envolveram negligências, violências, hostilidade, perdas e vínculos familiares fragilizados. Então, torna-se ainda mais importante observar se o sujeito percebe a incidência desses fatores em seu ambiente, seja ela no momento atual ou passado, e em qual intensidade.

O aspecto seguinte a ser avaliado, refere-se ao desfecho da história. Por meio dele, verificamos de que maneira a necessidade do herói interage com a pressão ambiental. Dessa forma, podemos avaliar o nível dos conflitos e dificuldades enfrentados pelo herói, seu nível de frustração ou satisfação, sucessos ou fracassos (MURRAY, 2005). O valor, positivo ou negativo, do desfecho está relacionado à obtenção ou não dos objetivos do herói, apontados na verbalização do avaliando (LEAL, 1976). Por meio do estabelecimento de uma proporção entre os tipos de desfecho, podemos compreender tanto como o avaliando está experienciando as

diversas situações de sua vida (de uma forma geral), quanto situações específicas em cada temática evocada pelas lâminas.

Considerando o quadro sintomático do TPB, podemos destacar algumas possibilidades de desenlace relacionadas a esse transtorno. Aqueles que fazem menção a automutilação, gestos ou ameaças suicidas; abandono; condutas impulsivas (inclusive as que sejam prejudiciais ao próprio paciente); acessos de raiva e agressividade, entre outras.

Dificuldades para estabelecer um desfecho ou mudanças repentinas no transcurso da história, também devem ser observadas, uma vez que, havendo uma incidência significativa no teste, pode vir a ser considerada uma manifestação do padrão de comportamento instável e intenso, do paciente com TPB. No entanto, essa análise também deve considerar a possível manifestação de mecanismos de defesa, antes de concluirmos nossa interpretação a respeito de sua origem.

Os estímulos contidos nas lâminas evocam determinados temas que devem ser observados atentamente. Essa análise é feita por meio da identificação da essência do relato, ou seja, a mensagem fundamental subjacente ao discurso do avaliando (SILVA, 1989). Alguns deles podem estar diretamente relacionados ao quadro sintomático do TPB, tais como: autoimagem (1); relações familiares, autonomia e dependência (2); tristeza, punição e suicídio (3 RH); desespero, culpa e depressão (3 MF); relação homossexual, ciúmes, abandono, traição (4); conflitos atuais e devaneios (8 FM); conflitos do casal e atitude frente à separação (10); tendências suicidas (14 e 15, 17 MF); frustração (17 MF); necessidade de proteção e amparo (19); principais aflições e perspectivas do sujeito (20) (MURRAY, 2005).

Os temas considerados não-clichês ajudam o avaliador a, juntamente com outras evidências no protocolo, estabelecer hipóteses para o conflito vivenciado pelo paciente, e identificar qual importância ele está tendo em sua vida (SILVA, 1989). Dessa forma, esses temas também podem apontar conflitos comuns nos pacientes com TPB.

Também é importante atentar para os elementos ou circunstâncias introduzidas nas lâminas, quando ocorrerem com certa frequência. Esse fenômeno geralmente indica as necessidades mais urgentes do sujeito, e podem estar diretamente relacionadas às do paciente com TPB. A omissão de elementos ou distorções em sua percepção, revelam a necessidade de não entrar em contato com conteúdos a ele associados, ou ainda a predominância de impulsos que

comprometem a compreensão da realidade objetiva (SILVA, 1989). Esses sintomas também integram o quadro sintomático do TPB. No entanto, tais hipóteses devem, necessariamente, ser analisadas em conjunto com outras evidências do teste.

No que diz respeito à análise formal do TAT, alguns aspectos devem ser destacados. O controle do tempo utilizado pelo avaliando, permite ao avaliador perceber a intensidade do impacto e a capacidade de retomada de domínio sobre a situação. Quando se verifica um tempo de latência curto, e a história possui um enredo confuso, de difícil articulação, aponta para uma impulsividade do avaliando. Caso ele consiga reintegrar a história, revela uma capacidade de adaptação após período de impulsividade. Quando o tempo de latência for longo, com pausas e hesitações podemos compreendê-lo como falta de controle, ou controle ineficiente de sua ansiedade, por meio da inibição ou aumento das defesas (SILVA, 1989).

Dessa forma, o paciente com TPB pode possuir a tendência a responder ao teste com impulsividade, já que esse é um traço marcante de sua personalidade, ou ainda, hesitar bastante em suas respostas, principalmente nas lâminas que evoquem conteúdos relacionados aos conflitos comuns ao transtorno.

A ocorrência de exclamações e comentários a respeito do estímulo aponta para impulsividade e labilidade emocional. A necessidade da aprovação do avaliador também indica labilidade emocional e ansiedade, uma vez que busca resgatar sua segurança por meio dessa aprovação. As observações críticas a respeito da situação de testagem dão indícios de agressividade, causada pelo aumento da ansiedade diante do estímulo apresentado ou da própria situação de avaliação. Dessa forma, por não conseguir adaptar-se, o indivíduo age com hostilidade (SILVA, 1989).

Esses são mais alguns aspectos que podem emergir da aplicação do TAT em um paciente com TPB, uma vez que impulsividade, labilidade emocional, ansiedade e agressividade (ou hostilidade) diante de uma situação ameaçadora, são manifestações presentes em seu quadro sintomático.

Esse teste possibilita ao avaliador, uma visão ampla da personalidade humana. Dentro dessa perspectiva, lhe permite enxergar diversos aspectos relacionados ao TPB, destacados tanto nos critérios diagnósticos do CID 10 quanto nos do DSM-IV, como: impulsividade, ansiedades, medos, agressividade, ideias suicidas e de automutilação, labilidade emocional, tristeza, qualidade dos relacionamentos interpessoais, entre outros.

Uma infinidade de outros fatores importantes pode ser levantada por meio do TAT. O próprio autor não se propôs a restringir a amplitude que pode atingir uma boa aplicação e interpretação desse teste. Dessa forma, cabe ao profissional explorá-lo da melhor maneira possível, ressaltando todos os aspectos relevantes para o diagnóstico e prognóstico de transtornos, sofrimentos e prejuízos que possam acometer o avaliando.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de uma avaliação diagnóstica criteriosa, uma vez que o TPB pode apresentar um quadro de sintomas bastante diversificado tanto qualitativamente quanto quantitativamente, evitando prescrições medicamentosas e tratamentos inadequados.

Além disso, uma boa avaliação nos possibilita ressaltar os aspectos saudáveis do paciente, favorecendo uma melhor capacidade de adaptação e controle dos sintomas, amenizando o impacto destes em sua vida e, conseqüentemente, melhorando seu prognóstico.

Portanto, é imprescindível que o profissional seja qualificado no âmbito das técnicas de avaliação psicológica, e que detenha conhecimento sobre psicopatologia, uma vez que os resultados das técnicas geralmente não indicam uma única possibilidade de diagnóstico, nem fazem referência aos transtornos especificamente. Partindo de uma infinidade de dados obtidos no processo psicodiagnóstico, cabe ao profissional elaborar suas hipóteses diagnósticas, e relacioná-las aos critérios diagnósticos das psicopatologias.

Ambos os testes destacados nesse estudo, se mostraram excelentes ferramentas de investigação, pois conseguem revelar importantes dados da personalidade do sujeito que estão relacionados ao transtorno de personalidade *borderline*. Um profissional que detenha conhecimento sobre psicopatologia, e domine o manuseio e interpretação desses testes, é capaz de obter informações que respondam com eficácia à sua hipótese diagnóstica.

REFERÊNCIAS

- ADRADOS, I. **Teoria e prática do teste de Rorschach**. São Paulo: Vozes, 2000.
- CHABERT, C. **Psicanálise e Métodos Projetivos**. São Paulo: Vetor, 2004.
- CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico - V**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes. Médicas, 2003.
- DALGALARRONDO, P; VILELA, W. A. Transtorno Borderline: história e atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, jun/1999, ano 2, nº 2, p. 52-71.
- HOLMES, D.S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- JORGE, Miguel R.. **DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- LEAL, P.A. **TAT – Teste de Apercepção Temática: Método Operacional**. Porto Alegre: Emma, 1976.
- MURRAY, H. **TAT – Teste de Apercepção Temática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SILVA, M. C. V. M.. **TAT: Aplicação e Interpretação do Teste de Apercepção Temática**. São Paulo: EPU, 1989.
- VAZ, C. E. **O Rorschach: Teoria e desempenho**. 3. ed. Porto Alegre, RS: Manole, 1997.