

MARIANA GIANOLA ARRUDA  
ANA SOFIA PONTES TRILLO  
VIVIAN PAULIN CORREIA  
ALINE ROMÃO DA SILVA  
SONIA MARIA MOTTA PALMA

## TRANSTORNO DE PERSONALIDADE HISTRIÔNICA E TRANSTORNO CONVERSIVO: RELATO DE CASO EM ADOLESCENTE

### HISTRIONIC PERSONALITY DISORDER AND CONVERSION DISORDER: CASE REPORT IN AN ADOLESCENT

#### Resumo

O transtorno de personalidade histriônica é caracterizado por autodramatização, teatralidade e expressão exagerada de emoções, labilidade emocional, comportamentos inadequados, sexualmente provocadores ou sedutores. Já os transtornos dissociativos/conversivos caracterizam-se pela perda parcial ou completa da integração normal entre as memórias do passado, a consciência de identidade, as sensações imediatas e o controle dos movimentos corporais. Este estudo relata o caso de uma adolescente de 14 anos de idade, do sexo feminino, diagnosticada com quadro de transtorno dissociativo. Os autores descrevem o manejo do caso e discutem aspectos relevantes.

**Palavras-chave:** Histeria, transtorno dissociativo, histrionismo.

#### Abstract

Histrionic personality disorder is characterized by self-dramatization, theatricality and exaggerated expression of emotion, emotional lability, and inappropriate, sexually provocative, or seductive behaviors. Dissociative or conversion disorders, in turn, are characterized by partial or complete loss of the normal integration between memories of the past, awareness of identity, immediate sensations, and control of bodily movements. This study reports the case of a 14-year old female adolescent diagnosed with a dissociative disorder. The authors describe patient management and discuss relevant aspects.

**Keywords:** Hysteria, dissociative disorder, histrionic disorder.

#### INTRODUÇÃO

Quadros clínicos caracterizados por sintomas somáticos não explicados por condições médicas gerais têm sido continuamente relatados ao longo da história da medicina e até hoje fazem parte do cotidiano não só dos psiquiatras, mas também dos clínicos.

Esses pacientes apresentam incapacitação desproporcional aos achados do exame físico, inexistência de anormalidades laboratoriais e aparente associação a fatores psicossociais<sup>1</sup>. Mesmo que a gravidade dos casos muitas vezes possa ser questionada, o incômodo e as limitações desencadeadas justificam sua aceitação como transtorno<sup>2</sup>. Esses transtornos correspondem aos quadros tradicionalmente chamados de histéricos, exigindo uma releitura dos textos sobre a histeria. Os sintomas dessas manifestações são conhecidos desde a Antiguidade, sendo atribuídas a Hipócrates algumas de suas primeiras descrições. A própria história das neuroses confundiu-se por muito tempo com a da histeria.

A histeria, ao longo do tempo, foi descrita principalmente em mulheres e tem caráter multifacetário, já que a descrição do caso depende tanto da perspectiva daquele que interpreta como da maneira que o paciente descreve seus sintomas, geralmente representado pelo que é chamado hoje de doenças psicossomáticas. O traço prevalente é o "histrionismo". A palavra, que significa teatralidade, surge na Roma Antiga para designar como histrião o comediante que representava papéis<sup>3</sup>. Portanto, o histrionismo do histérico é representado por seu caráter exagerado, principalmente nos pensamentos e sentimentos.

**MARIANA GIANOLA ARRUDA**  
**ANA SOFIA PONTES TRILLO**  
**VIVIAN PAULIN CORREIA**  
**ALINE ROMÃO DA SILVA**  
**SONIA MARIA MOTTA PALMA**

# RELATO

Com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em 1993 e com a 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) em 1994, ficou estabelecido o fim da categoria histeria, com sua redesignação sob novas nomenclaturas, incluindo transtorno de personalidade histriônica (TPH) e transtornos dissociativos/conversivos (TD/C).

Tendo por referência, neste artigo, a CID-10, o TPH (F 60.4) é caracterizado por autodramatização, teatralidade e expressão exagerada de suas emoções, assim como labilidade emocional, comportamentos inadequados, sexualmente provocadores ou sedutores.

Os TD/C (F44), segundo a CID-10, caracterizam-se pela perda parcial ou completa da integração normal entre as memórias do passado, a consciência de identidade, as sensações imediatas e o controle dos movimentos corporais. Nos transtornos conversivos, há transposição de um conflito psíquico em sintomas somáticos, presentes basicamente nos sistemas neuromuscular voluntário (paralisias) ou sensorio-perceptivo (anestésias)<sup>4</sup>.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso de uma adolescente de 14 anos de idade, do sexo feminino, com quadro de transtorno dissociativo, acompanhada no Ambulatório de Psiquiatria Infantil da Universidade de Santo Amaro (Unisa). Os pais concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 14 anos, natural e procedente de São Paulo, solteira, cursando 9º ano do ensino fundamental em escola pública, encaminhada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Taboão da Serra ao Ambulatório de Psiquiatria Infantil da Unisa, devido à distância do CAPS até sua residência.

Compareceu à primeira consulta em março de 2016, acompanhada pela mãe, que referiu que, em outubro de 2014, a filha terminou um relacionamento de 8 meses com o namorado por ele ter se interessado por outra garota. Segundo sua genitora, a paciente apresenta, em geral, comportamento extrovertido e sedutor, principalmente com os meninos, atitudes de caráter teatral (expressão emocional superficial e com rápidas mudanças), muito

sensível às opiniões alheias e usando a aparência física para chamar a atenção. A paciente relatou histórico de relacionamentos breves e facilidade de se apaixonar. Abalada com o rompimento do namoro, faltou às aulas e passava a maior parte do dia sozinha em seu quarto, chorando. Passou a apresentar instabilidade emocional, dilemas “existenciais” e incertezas.

Um mês após, durante a aula de teatro, ficou subitamente agitada e agressiva, ouviu vozes que não soube caracterizar, viu as pessoas com os olhos inteiramente pretos, além do pai e do avô, que vinham em sua direção, causando-lhe repulsa. Gritava muito e agredia quem tentava contê-la. Levada ao hospital geral da cidade, permaneceu internada por 15 dias. Nesse período, alegava ter sido violentada sexualmente pelo avô e pelo pai. A equipe iniciou investigação e optou pela profilaxia contra doenças sexualmente transmissíveis. Foi aberto processo policial, mas, segundo a mãe, a acusação era falsa e não foi confirmada pelo exame clínico. No 15º dia, despertou repentinamente, sem se lembrar de nada sobre o ocorrido, inclusive negou ter sido violentada e ter feito tal acusação. Relatou estar “fora de si”. Durante a internação, foram realizados exames clínicos, laboratoriais e tomografia computadorizada de crânio, todos sem alterações.

Após alta hospitalar, iniciou acompanhamento no CAPS de Taboão da Serra, em dezembro de 2014. Utilizou irregularmente sertralina 50 mg/dia pelos 5 meses seguintes, pois acreditava que deveria usá-la apenas nos dias em que se sentisse pior. Apesar disso, relatou discreta melhora com o tratamento. Não apresentou mais os sintomas prévios, porém iniciou episódios, também súbitos, de medo de ficar sozinha e frequentar lugares fechados com muitas pessoas, principalmente ônibus. Nesses episódios, gritava, sentia-se sufocada e tinha medo de que as pessoas a tocassem. Abandonou o tratamento no CAPS devido à distância deste até sua casa, uma vez que parou de utilizar o transporte público. Ficou aproximadamente 1 ano sem tratamento até decidir procurar ajuda.

Em março de 2016, compareceu ao ambulatório da Unisa sem uso de medicação e relatou que manteve os episódios de medo. À noite, tinha dificuldade de iniciar o sono e quase sempre se sentia angustiada e profundamente entristecida, chorando por horas. Perdeu

a vontade de ver amigos, sair de casa e não queria mais frequentar a escola. Foi reintroduzida sertralina 50 mg/dia, com remissão parcial dos sintomas. Tornou-se um pouco mais ativa, porém os outros sintomas prevaleciam. Aumentou-se a dose para 100 mg/dia, e, assim, voltou a sair sozinha de casa e a frequentar a escola diariamente, a qualidade do sono melhorou, e foram reduzidos os sintomas de tristeza. Foram orientadas sessões de psicoterapia, com indicação de acompanhamento em longo prazo.

### Discussão

No âmbito da psiquiatria, com a substituição do termo histeria por outras nomenclaturas, ganhou-se um maior rigor descritivo, com sintomas devidamente enumerados e catalogados, e favoreceu-se uma diferenciação mais efetiva entre patologias psiquiátricas e orgânicas, podendo ter suscitado um melhor manejo clínico dos doentes.

Do ponto de vista etiológico, o TPH pode estar associado a outros transtornos, como o de somatização, o conversivo e o depressivo maior, que podem ser confundidos com outros transtornos de personalidade, por apresentarem características em comum. Já os pacientes com TD/C tendem a ser subdiagnosticados, e o diagnóstico pode levar anos para ser corretamente estabelecido, existindo ainda muita incompreensão a respeito entre os profissionais de saúde mental<sup>4-7</sup>. O transtorno dissociativo está associado com comorbidades psiquiátricas, como abuso e dependência de substâncias, além de transtornos de personalidade *borderline* ou TPH. Assim, como no caso descrito, temos uma comorbidade entre os dois transtornos.

Descrevemos aqui uma paciente com TPH, segundo a CID-10, que desenvolveu um quadro de TD/C e depressão. Ainda que algumas pesquisas sugiram que a proporção seja próxima entre os sexos, esse diagnóstico tem sido muito mais frequente em mulheres<sup>1,8</sup>. A causa do TPH não é definida, porém, em sua grande maioria, há relatos de trauma psíquico, muitas vezes na infância<sup>1</sup>. No caso da paciente, o término do namoro culminou em uma experiência psíquica capaz de produzir o quadro dissociativo numa base de personalidade histriônica. O seu quadro cursou com agitação, agressividade e perturbação da consciência, controle motor, memória,

percepção, emoção e representação corporal, além de amnésia dissociativa, e remitiu em duas semanas<sup>5,6,8,9</sup>. Esses sintomas são compartilhados por transtornos dissociativos ou de conversão e tendem a remitir após algumas semanas ou meses, particularmente se o seu início está associado a um evento traumático da vida<sup>10</sup>.

Durante a internação, diversos exames foram realizados, não justificando o quadro. Segundo a CID-10, para preencher o critério, o exame médico e a investigação não devem revelar a presença de qualquer perturbação física ou neurológica conhecida. Deve haver evidências de que a perda de função é uma expressão de conflitos ou necessidades emocionais. Os sintomas podem desenvolver-se em estreita relação com o estresse psicológico e muitas vezes aparecem repentinamente (CID-10). Há poucos estudos de neuroimagem aplicados à histeria. Esses estudos, entretanto, sugerem alterações variáveis na atividade de determinadas regiões corticais e subcorticais, principalmente dos córtices pré-frontal e parietal, do tálamo e dos núcleos da base, possivelmente ligados aos transtornos<sup>10,11</sup>. Um achado importante nesses transtornos é de que testes eletrofisiológicos indicam vias motoras e sensoriais inalteradas<sup>12</sup>.

A paciente apresentou quadro depressivo comórbido, e essa associação entre transtornos de personalidade e depressão, incluindo o TPH, é mais comum do que em controles saudáveis<sup>13</sup>. Os diagnósticos diferenciais, neste caso, seriam com transtornos neurológicos, como epilepsia e traumatismo crânio-encefálico<sup>14</sup>, os quais foram descartados.

O tratamento foi realizado baseado na comorbidade com depressão, sendo prescritos benzodiazepínicos e antidepressivos<sup>14</sup>. No caso, optou-se pela prescrição de sertralina, visando melhorar os sintomas depressivos. A paciente foi encaminhada para psicoterapia.

### Conclusão

A partir do advento dos manuais psiquiátricos e de suas sucessivas edições, nota-se que a histeria se adaptou às transformações diagnósticas e aos avanços científicos da neurologia e da psiquiatria até adquirir seu *status* atual. O desaparecimento da histeria dos manuais diagnósticos está relacionado à adoção de novos sistemas classificatórios dos transtornos mentais. No entanto, a histeria é um fenômeno questionável.

**MARIANA GIANOLA ARRUDA**  
**ANA SOFIA PONTES TRILLO**  
**VIVIAN PAULIN CORREIA**  
**ALINE ROMÃO DA SILVA**  
**SONIA MARIA MOTTA PALMA**

A capacidade mimética e a multiplicidade de sintomas passam a alimentar os quadros de outras psicopatologias relativamente distantes da organização inicial da histeria apresentada nos manuais de psiquiatria.

Psiquiatras e clínicos devem estar atentos aos sintomas apresentados e realizar o diagnóstico através de critérios científicos, estando atentos também ao preconceito, evitando, assim, o estigma da doença e sofrimentos desnecessários para o paciente.

Artigo submetido em 25/10/2016, aceito em 01/02/2017. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Mariana Gianola, Rua Luís Correia de Melo, 86/602, Vila Cruzeiro, CEP 04726-220, São Paulo, SP. E-mail: magianola@gmail.com

## Referências

1. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12:34-43.
2. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res.* 2001;51:361-7.
3. Shorter E. *A historical dictionary of psychiatry.* Oxford: Oxford University; 2005.
4. Matos EGde, Matos GMGd, Matos TMGd. Histeria: uma revisão crítica e histórica do seu conceito. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54:49-56.
5. Rocca RE. [Hysterical psychoneurosis and its psychopathological and clinical limits]. *Acta Psychiatr Psicol Am Lat.* 1981;27:209-18.
6. Sadock BJ, Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
7. Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
8. Associação Americana de Psiquiatria. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais,* 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
9. Avila LA. Somatization or psychosomatic symptoms? *Psychosomatics.* 2006;47:163-6.
10. Organização Mundial da Saúde. *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde,* 10ª ed rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
11. Vega LMC, Madariaga AA, García-Campayo. La complejidad de los fenómenos de somatización - cartas ao director. *Aten Primaria.* 1997;20:154.
12. Dale KY, Flaten MA, Elden A, Holte A. Dissociative identity disorder and prepulse inhibition of the acoustic startle reflex. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008;4:653-62.
13. Yucens B, Kuru E, Safak Y, Karadere ME, Turkcapar MH. Comparison of personality beliefs between depressed patients and healthy controls. *Compr Psychiatry.* 2014;55:1900-5.
14. Gottlieb RM. Psychosomatic medicine: the divergent legacies of Freud and Janet. *J AM Psychoanal Assoc.* 2003;51:857-81.