

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

TÉCNICAS PSICOMÉTRICAS VERSUS TÉCNICAS PROJETIVAS NA AVALIAÇÃO DA DINÂMICA INTRAPSÍQUICA DE DOENTES PSIQUIÁTRICOS EM CONSULTA EXTERNA: UM ESTUDO COMPARATIVO

Psychometric techniques versus projective techniques in the assessment of intrapsychic dynamic of psychiatric patients in Outpatient: a comparative study

Técnicas psicométricas frente a técnicas proyectivas en la evaluación de la dinámica intrapsíquica de pacientes psiquiátricos en ambulatorio: un estudio comparativo

Patrícia Costa*, Sónia Remondes-Costa*, Cláudia Milheiro**

RESUMO

Enquadramento: para se proceder a toda e qualquer intervenção no âmbito da psiquiatria ou da psicologia clínica é necessário proceder inicialmente às avaliações psiquiátricas e psicológicas a fim de se estabelecer um diagnóstico inicial de referência. **Objetivo:** atestar as potencialidades psicométricas e clinimétricas da utilização de métodos projetivos na avaliação psicológica, em termos de aprofundamento da dinâmica intrapsíquica, prognóstico, previsibilidade de adesão ao tratamento e evolução terapêutica, comparativamente com os instrumentos de autorrelato. **Metodologia:** foi utilizada uma amostra clínica de 10 doentes psiquiátricos atendidos na Consulta Externa do Hospital de Magalhães Lemos. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário de dados sociodemográficos; aplicação do *Symptom Checklist 90 – Revised* (SCL 90 – R – Derogatis, 2002); e administração da prova projetiva de *Rorschach* (Chabert, 1998; Marques, 2001). **Resultados:** os resultados obtidos apontam o *Rorschach* como um instrumento que viabiliza a identificação de indicadores psicopatológicos discretos, que podem passar despercebidos em questionários de autorrelato. **Conclusão:** constatou-se que as técnicas projetivas são indicadas para completar o processo de psicodiagnóstico, fornecendo indicadores mais profundos do funcionamento da personalidade e dos seus recursos.

Palavras-chave: técnicas psicométricas; técnicas projetivas; dinâmica intrapsíquica.

ABSTRACT

Background: in order to carry out any intervention in the psychiatry or clinical psychology field, psychiatric and psychological evaluations must first be carried out in order to establish an initial reference diagnosis. **Objective:** to certify the psychometric potential and clinimetric of the use of projective methods in psychological evaluation, in terms of deepening of the intrapsychic dynamic, prognosis, predictability of the treatment adherence and therapeutic evolution, compared with the instruments of self-report. **Methodology:** it was used a clinical sample of 10 patients with diagnosed psychiatric pathology received in General Outpatient of Magalhães Lemos Hospital. Data were collected using: a questionnaire of sociodemographic data, that has been built for this purpose; an application of Symptom Checklist 90 – Revised (SCL 90 – R – Derogatis, 2002); and the administration of the projective test of Rorschach (Chabert, 1998; Marques, 2001). **Results:** the results suggest that the *Rorschach* test is a tool that enables the identification of discrete psychopathological indicators that may be not noticed in self-report questionnaires. **Conclusion:** it was found that the projective techniques are indicated to complete the process of psychodiagnosis, providing deeper indicators of the functioning of the personality and its resources.

Keywords: psychometric techniques; projective techniques; intrapsychic dynamic.

RESUMEN

Marco contextual: para proceder a cualquier intervención en el ámbito de la psiquiatria o de la psicología clínica es necesario proceder inicialmente a las evaluaciones psiquiátricas y psicológicas a fin de establecer un diagnóstico inicial de referencia. **Objetivo:** Atestar las potencialidades psicométricas y clinimétricas de la utilización de métodos proyectivos en la evaluación psicológica, en términos de profundización de la dinámica intrapsíquica, pronóstico, previsibilidad de adhesión al tratamiento y evolución terapéutica, en comparación con los instrumentos de autorrelación. **Metodología:** se utilizó una muestra clínica de 10 pacientes psiquiátricos atendidos en la Consulta Externa del Hospital de Magallanes Lemos. Los datos se recopilaron con un cuestionario de datos sociodemográficos; de la aplicación del *Symptom Checklist 90 - Revised* (SCL 90 - R - Derogatis, 2002); y la administración de la prueba proyectiva de *Rorschach* (Chabert, 1998, Marques, 2001). **Resultados:** los resultados obtenidos apuntan al *Rorschach* como un instrumento que viabiliza la identificación de indicadores psicopatológicos discretos, que pueden pasar desapercibidos en cuestionarios de autorrelato. **Conclusión:** se constató que las técnicas proyectivas son indicadas para completar el proceso de psicodiagnóstico, proporcionando indicadores más profundos del funcionamiento de la personalidad y de sus recursos.

Palabras-clave: técnicas psicométricas; técnicas proyectivas; dinámica intrapsíquica.

* Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

** Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal

Como Referenciar:

Costa, P., Remondes-Costa, S. & Milheiro C. (2018). Técnicas psicométricas versus técnicas projetivas na avaliação da dinâmica intrapsíquica de doentes psiquiátricos em consulta externa: Um estudo comparativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 97-107

INTRODUÇÃO

No domínio da psicologia, o método clínico fornece atualmente o campo prático de todas as iniciativas avaliativas. As novas terapias acentuam o conceito de “cuidado” complementar ao de psicopatologia. As hipóteses de novas terapias assentam todas no postulado de que a pessoa doente pode ser curada na base daquilo que exprime e diz ao terapeuta (Neves, 2010).

O presente estudo tem como objetivo atestar as potencialidades psicométricas e clinimétricas da utilização de métodos projetivos, designadamente o *Rorschach*, na avaliação psicológica, em termos de aprofundamento da dinâmica intrapsíquica, prognóstico, previsibilidade de adesão ao tratamento e evolução terapêutica, comparativamente com os instrumentos de autorrelato.

ENQUADRAMENTO

Para se proceder a toda e qualquer intervenção no âmbito da psiquiatria ou da psicologia clínica, tanto a nível farmacológico como a nível psicoterapêutico, é necessário proceder inicialmente às avaliações psiquiátricas e psicológicas a fim de se estabelecer um diagnóstico inicial de referência. Deve entender-se a pessoa doente como pessoa e, como qualquer outra, tem a sua personalidade (Neves, 2010).

São várias as técnicas em que o psicólogo se pode apoiar. Os questionários de autorrelato (técnicas psicométricas) na quantificação dos sintomas têm ganho grande popularidade ao longo do tempo, apresentando vantagens que complementam o método clássico da entrevista. Eles permitem o acesso rápido a informações difíceis de conseguir através de outros meios, suplementando a informação obtida por um observador externo; podem ser considerados como um instrumento para deteção e

despiste de questões que necessitam de atenção profissional especializada, além de permitirem uma aplicação mais eficiente dos recursos de saúde; e possibilitam a obtenção de dados comparáveis sobre grandes grupos da população, definindo-se a “normalidade” comparativamente com a “patologia”, sendo que as pontuações mais elevadas se relacionam com estados psicopatológicos mais graves (Derogatis, 2002).

Não obstante, é necessário reconhecer que os métodos de avaliação autoaplicada têm também algumas formas de viés a considerar. São elas: o efeito *halo*, caracterizado por um desvio da resposta que sucede quando o sujeito permite que as suas avaliações numa variável influenciem os valores atribuídos a outra; a indulgência e a inclemência que, como os próprios nomes indicam, são tendências a realizar avaliações mais positivas ou mais negativas do que as reais; a tendência central que corresponde a uma distorção consistente em realizar um maior número de avaliações médias ou neutras do que as reais; a tendência extrema, firme na tendência a ir aos extremos da escala, visto que um indivíduo pode ser consistentemente cauteloso e inclinar-se a não se desviar demasiado de uma posição central ou moderada ou, pelo contrário, marcar aleatória ou erráticamente pontos extremos; e a restrição da escala, semelhante à tendência central, referindo-se à tendência a restringir as respostas a uma parte particular da escala (Derogatis, 2002).

Além do mais, presume-se que as mudanças na valorização de um sintoma ao longo do tempo correspondam a uma modificação real na sua gravidade ou intensidade, no entanto também podem dever-se a uma alteração nos padrões de comparação que determinam o valor específico. Este efeito é particularmente importante

quando o questionário é utilizado para medir mudanças ao longo de um programa terapêutico (Derogatis, 2002).

Os questionários de autorrelato estão especialmente sujeitos à simulação ou à falsificação por parte de quem os preenche, tornando-se possível que o indivíduo “falsifique para bem”, dando respostas que criem uma impressão favorável ou, noutras circunstâncias, pode estar motivado a “falsificar para mal”, tentando dar a impressão de estar pior do que está (Derogatis, 2002).

Abundantes resultados de pesquisa foram publicados entre as décadas de 40 e 80, um pouco por todo o mundo, atestando a fidedignidade das técnicas projetivas (Piotrowski, 2015). Um dos aspetos apontados como diferenciador e enriquecedor deste tipo de técnicas reside nas suas tarefas relativamente não estruturadas, o que permite uma variedade quase ilimitada de respostas possíveis, maior foco nos aspetos qualitativos do desempenho e uma maior interação do psicólogo com o avaliando (Anastasi & Urbina, 2000).

Os instrumentos projetivos representam procedimentos de testagem disfarçada, na medida em que os testemunhos raramente se dão conta do tipo de interpretação psicológica que as suas respostas terão. Além disso, caracterizam-se por uma abordagem global à avaliação da personalidade, uma vez que a atenção se centra num quadro composto de toda a personalidade e não na mensuração de traços separados. Por fim, as técnicas projetivas habitualmente são consideradas pelos seus expoentes como especialmente efetivas para revelar aspetos da personalidade encobertos, latentes ou inconscientes, sendo que quanto menos estruturado ou mais ambíguo for o estímulo, menos provável é que evoque reações defensivas por parte do respondente (Anastasi & Urbina, 2000).

O foco da crítica é predominantemente orientado para a falta de “validade”, ou seja, que não conseguem medir

aquilo a que se propõem (Piotrowski, 2015). Em contrapartida, outros pesquisadores, apresentam resultados positivos relativamente a diagnósticos diferenciais envolvendo testes projetivos. Referindo-se especificamente à técnica de *Rorschach*, Mihura, Meyer, Dumitrascu e Bombel (2015) rebateram essas críticas, considerando que o facto de certo número de pesquisas apontarem para resultados diversificados pode ter levado críticos a simplesmente considerarem a técnica como inválida, o que pode ser uma interpretação exagerada e equívoca. Os autores realizaram uma extensa meta-análise, englobando 2467 publicações, de 1974 a 2011, encontrando evidências de validade para diversas variáveis do teste.

No âmbito nacional, a extensa produção científica com técnicas projetivas tem apresentado estudos que atestam as adequadas características psicométricas de validade e precisão dos instrumentos. Além disso, é possível encontrar pesquisas avaliando características psicológicas que vão além das tradicionais correlações entre constructos semelhantes, incluindo aspetos da vida importantes para o trabalho do psicólogo. Alguns exemplos de estudos com o *Rorschach* incluem a avaliação de esquizofrenia (Resende & Argimon, 2012); efetividade da terapia psicodinâmica (Yazigi, Amaro, Fiore, & Semer, 2010); tentativas de suicídio clinicamente gravem (Vaz, 2010), entre muitos outros.

Ao longo da última década, tem-se vindo a assistir a uma bifurcação acerca da validade e fidedignidade dos testes projetivos nos contextos clínico e académico, continuando a ser utilizados e defendidos no primeiro e desacreditados no segundo (Harwood, Beutler, & Groth-Marnat, 2011). Ao mesmo tempo, apesar das recentes contestações académicas para aludir às críticas realizadas aos métodos projetivos, a probabilidade de mudar a mentalidade dos céticos é bastante duvidosa (Mihura *et al.*, 2015). A finalizar, deve notar-se que o impacto que a recente

atenção no campo da avaliação irá ter nas práticas de avaliação e de formação ainda não está claro e, conseqüentemente, tais perspectivas só podem limitar a utilização global de técnicas projetivas (Youngstrom, Choukas-Bradley, & Calhoun, 2015).

METODOLOGIA

Fez parte da investigação uma amostra clínica de 10 doentes com patologia psiquiátrica diagnosticada, atendidos na Consulta Externa Geral de Psicologia Clínica do Hospital de Magalhães Lemos, no Porto

Todos os participantes pertencem ao sexo feminino (100,0%). A faixa etária variou entre os 30 e os 58 anos de idade ($M=45,10$; $DP=10,34$). No que concerne ao estado civil, quatro são solteiras (40,0%), em igual percentagem são divorciadas (40,0%) e duas encontram-se casadas (20,0%). Em termos de escolaridade, cinco têm o ensino superior (50,0%), três possuem o ensino secundário (30,0%), uma tem o terceiro ciclo (10,0%) e em igual percentagem tem o segundo ciclo (10,0%). Relativamente à situação ocupacional, cinco encontram-se desempregadas (50,0%), quatro empregadas (40,0%) e uma de baixa/atestado médico (10,0%).

Em primeiro lugar, foi aplicado um questionário de dados sociodemográficos, construído para o efeito, com vista à obtenção de informação relativa ao género, idade, estado civil, escolaridade e situação ocupacional.

Num segundo momento foi administrado o *Symptom Checklist 90 – Revised* (SCL 90 – R) de Derogatis (2002),

Em último lugar, foi aplicada a prova projetiva de *Rorschach*, criada e desenvolvida pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach com o objetivo de estudar a dinâmica da personalidade, normal e patológica (Cunha, 2000).

Depois de concedida a autorização do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, as

avaliações foram realizadas sempre após a consulta médica, em dois momentos: i) explicações sobre a investigação, assinatura do consentimento informado depois de esclarecido e consentido, resposta ao questionário sociodemográfico e aplicação do SCL 90 – R; ii) administração da prova projetiva de *Rorschach*. O tempo entre as sessões não foi maior que o período de duas semanas a fim de não permitir uma alteração dos sintomas apresentados entre as avaliações.

O tratamento dos dados seguiu uma metodologia quantitativa, com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 23.0.

A organização da informação obtida na recolha de dados através do SCL 90 – R consistiu em codificar as questões fechadas de acordo com a categorização das variáveis, segundo a indicação do adaptador da versão portuguesa.

A cotação dos protocolos *Rorschach* foi feita por dois juízes, com base na matriz interpretativa da *Escola Francesa*, circunscrita aos contributos de Chabert (1998), retomados por algumas formulações de Marques (2001). No que respeita a alguns parâmetros de cotação, foram os referenciais sustentados por Beizmann (1966).

RESULTADOS

Em primeiro lugar, são apresentados os resultados relativos à avaliação sintomatológica, através do questionário de autorrelato (SCL 90 – R). Seguidamente são demonstrados os resultados referentes à análise do psicograma *Rorschach*.

1. Perfil Sintomático

De acordo com os resultados da tabela 1, começando pelos índices globais, o PST registou o índice mais elevado ($M=67,30$; $DP=15,54$), equivalente ao número médio de sintomas experienciados pelas doentes da amostra estudada. No que se refere ao índice de angústia, PSDI, a

angústia com que os sintomas são experienciados situa-se num nível elevado ($M=2,42$; $DP=0,54$). O índice global de severidade (GSI) das doentes registou um valor moderado ($M=1,88$; $DP=0,74$).

A depressão obteve os índices de perfil mais elevados ($M=2,51$; $DP=0,91$), seguida da sensibilidade interpessoal, em segundo ($M=2,31$; $DP=0,78$), da ideação paranoide e

ansiedade, com valores muito próximos, em terceiro e quarto lugar, respetivamente.

Sublinham-se ainda as pontuações obtidas nas escalas opcionais de morte ($M=2,40$; $DP=1,90$) e culpa ($M=2,40$; $DP=1,43$), que se encontram entre os quadros sintomáticos com índices mais elevados.

Tabela 1

Estatística descritiva relativa aos índices sintomáticos e globais do SCL 90 – R (N=10)

| Índices sintomáticos e globais | Mínimo | Máximo | M | DP |
|----------------------------------|--------|--------|-------|-------|
| Somatização (SOM) | 0,42 | 3,25 | 1,72 | 0,98 |
| Obsessão/Compulsão (OBS) | 0,90 | 3,00 | 1,90 | 0,84 |
| Sensibilidade interpessoal (INT) | 1,22 | 3,33 | 2,31 | 0,78 |
| Depressão (DEP) | 0,62 | 3,31 | 2,51 | 0,91 |
| Ansiedade (ANS) | 0,20 | 3,40 | 2,07 | 0,99 |
| Hostilidade (HOS) | 0,33 | 3,17 | 1,55 | 0,84 |
| Ansiedade fóbica (FOB) | 0,00 | 3,14 | 1,27 | 1,19 |
| Ideação paranoide (PAR) | 0,17 | 3,33 | 2,09 | 0,97 |
| Psicoticismo (PSI) | 0,20 | 2,20 | 1,14 | 0,70 |
| Sono (44, 64, 66) | 0,33 | 3,33 | 2,07 | 1,05 |
| Alteração do apetite (19, 60) | 0,00 | 2,50 | 1,35 | 0,97 |
| Morte (59) | 0,00 | 4,00 | 2,40 | 1,90 |
| Culpa (89) | 0,00 | 4,00 | 2,40 | 1,43 |
| GSI | 0,54 | 2,92 | 1,88 | 0,74 |
| PST | 32,00 | 85,00 | 67,30 | 15,54 |
| PSDI | 1,53 | 3,33 | 2,42 | 0,54 |

Nota: GSI = Índice global de severidade; PST = Total de sintomas positivos; PSDI = Índice de sintomas positivos de angústia.

2. Perfil Projetivo

Os resultados obtidos pelo *Rorschach* foram organizados em três eixos: a) dinâmica cognitiva, b) dinâmica afetiva e c) dinâmica de socialização.

a) Dinâmica cognitiva - A dinâmica cognitiva indica a base da lógica e da acuidade percetiva do indivíduo (Chabert, 1998). Estes aspetos do funcionamento individual foram aferidos através da percentagem dos modos de apreensão (G%, D%, Dd%, Dbl%), do número de respostas de conteúdo humano (K), e dos aspetos relacionados com o controlo lógico, tais como a percentagem de respostas com determinantes formais (F%) e a percentagem de respostas de boa qualidade formal (F+%).

Ao associar o número de respostas globais dentro do intervalo médio esperado (29,60%) e o baixo número de

respostas de grande detalhe (58,00%) verificaram-se, conforme apresentado na tabela 2, indícios de incompletude, ou seja, uma atitude defensiva que consiste em não se aplicar numa procura mais aprofundada ou mais pessoal, com falta de curiosidade de exploração perante detalhes (2,20%). A presença de respostas de interpretação de detalhe branco (9,50%) é sugestivo de carências afetivas ou mesmo sentimentos de abandono, de vazio e de falta.

O número de respostas de movimento humano dentro do intervalo médio esperado (1,20) dá conta do equilíbrio entre os mecanismos percetivos e a expressão do imaginário.

No referente ao controlo lógico, a elevada percentagem de respostas com determinantes formais (70,10%) em

detrimento do baixo número de respostas de boa qualidade formal (47,80%) revelam que, na aproximação à realidade, é

privilegiado o pensamento racional e socializado numa atitude objetiva com a realidade, apesar desta se apresentar insatisfatória, divulgando assim falhas na inserção socializante do real.

Tabela 2

Média de frequência e percentagem de indicadores obtidos pelo Rorschach relativos à dinâmica cognitiva

| Variáveis | M ± DP | Mínimo – Máximo | Intervalo médio esperado | N |
|-----------|-----------------|-----------------|--------------------------|----|
| G% | 29,60 ± 10,27 | 14,0 – 44,0 | 20 – 30 | 10 |
| D% | 58,00 ± 10,13 ↓ | 41,0 – 73,0 | 60 – 70 | 10 |
| Dd% | 2,20 ± 3,06 ↓ | 0,0 – 9,0 | 6 – 10 | 10 |
| Dbl% | 9,50 ± 7,43 | 0,0 – 27,0 | 6 – 10 | 10 |
| K | 1,20 ± 0,98 | 0,0 – 3,0 | 0 – 3 | 10 |
| F% | 70,10 ± 5,89 ↑ | 61,0 – 78,0 | 60 – 70 | 10 |
| F+% | 47,80 ± 23,10 ↓ | 25,0 – 100,0 | 75 – 95 | 10 |

b) Dinâmica afetiva – A análise dos resultados da tabela 3 permite observar a existência de conflitos no que respeita às vivências afetivas. Os resultados obtidos no TRI definem as vivências afetivas das participantes como extratensiva, visto que apresentam um maior número de respostas de cor, ainda que tenham alguma expressão de grandes cinestésias. Assim, os sujeitos com este tipo de ressonância são caracterizados pela sua impulsividade e excitabilidade, cuja utilização é frequentemente inadequada. Para além disso, falta-lhes perspetiva na

apreciação da realidade objetiva, tornando-se, por vezes, instáveis.

Dado o menor número de respostas de esbatimento, prevalecendo a expressão de pequenas cinestésias, a fórmula secundária é do tipo introversivo, variando no sentido inverso do TRI. Neste sentido, se a relação aparente das participantes com o mundo externo parece ser dominada pela extroversão, impulsividade e irritabilidade, a sua tendência interna parece ser dominada por maior inibição e introversão.

Tabela 3

Frequência de indicadores obtidos pelo Rorschach relativos à dinâmica afetiva

| Variáveis | Introversivo | Extratensivo | Ambigüal | Coartado | N |
|-----------|--------------|--------------|----------|----------|----|
| TRI | 1 | 7 ↑ | 2 | 0 | 10 |
| TL | 8 ↑ | 0 | 0 | 2 | 10 |

Nota: TRI = Tipo de ressonância íntima; TL = Tendências latentes.

A tabela 4 sistematiza os dados referentes aos indicadores de controlo afetivo. Em relação à proporção de respostas de cor associadas à forma e de respostas de esbatimento associadas à forma, observou-se predomínio de respostas de cor associadas à imprecisão formal (inadequadas) que indicam uma marcada dificuldade em manter uma coordenação adequada das vivências emocionais em função da intensidade das mesmas, em decorrência da imaturidade dos recursos internos de contenção, instabilidade emocional e dificuldade em postergar as escargas impulsivas (FC<C+CF) e prejuízo na capacidade

e de exercer o uso da razão de forma eficiente para o domínio da angústia e depressão (FE<E+EF). Já a relação entre as respostas de movimento humano (grandes cinestésias) e pequenas cinestésias assinala um predomínio das pequenas cinestésias, dando conta de uma dinâmica regressiva, em que perante a dificuldade em suportar o conflito, as participantes deslocam os movimentos pulsionais destrutivos para conteúdos não humanos ou partes humanas, o que traduz impossibilidade de contacto com o outro (K<k).

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Tabela 4
Frequência de indicadores obtidos pelo Rorschach relativos ao controlo afetivo

| Variáveis | Adequada | Inadequada | N |
|------------|----------|------------|----|
| FC: C + CF | 4 | 6 ↑ | 10 |
| FE: E + EF | 1 | 9 ↑ | 10 |
| K: k | 2 | 8 ↑ | 10 |

c) Dinâmica de socialização – Quanto à socialização em superfície verificou-se, como se pode ver na tabela 5, que os participantes apresentam um número de respostas de conteúdo animal dentro do intervalo médio esperado (49,30%). No entanto, o uso baixo de respostas banais (19,70%), poderá evidenciar alguma falta de contacto com a realidade objetiva e social, bem como desinteresse ou oposição sistematizada do meio social.

Em contrapartida, no que diz respeito à socialização em profundidade, o elevado número de respostas de conteúdo humano (24,40%) assinala a aptidão para reconhecer a própria identidade subjetiva e remete para a capacidade de estabelecimento de contactos com os outros.

Tabela 5
Média de percentagem de indicadores obtidos pelo Rorschach relativos à dinâmica de socialização

| Variáveis | M ± DP | Mínimo – Máximo | Intervalo médio esperado | N |
|-----------|-----------------|-----------------|--------------------------|----|
| Ban% | 19,70 ± 9,01 ↓ | 5,0 – 33,0 | 25 – 35 | 10 |
| ΣA% | 50,30 ± 16,51 | 23,0 – 78,0 | 30 – 50 | 10 |
| ΣH% | 24,40 ± 14,79 ↑ | 0,0 – 54,0 | 15 – 20 | 10 |

DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho de investigação foi verificar a extensão e importância da utilização do psicodiagnóstico de *Rorschach* na avaliação psicológica, em termos de aprofundamento da dinâmica intrapsíquica, prognóstico, previsibilidade de adesão ao tratamento e evolução terapêutica, comparativamente com a utilização de questionários de autorrelato.

Um dos primeiros resultados que importa discutir diz respeito às características sociodemográficas da amostra em estudo, sendo que esta se revelou exclusivamente feminina, o que indica serem as mulheres quem mais procura ajuda psicológica. Esta diferença pode ser explicada por variados fatores, entre eles a maior facilidade que a mulher apresenta em assumir o papel de doente, papel muitas vezes socializado, visto que a mulher

foi culturalmente olhada como o género mais fraco (Canetto, 1997).

Na faixa etária dos 30 aos 58 anos, na qual as doentes deste estudo se situam, considera-se um período no qual o indivíduo está em plena maturidade, definido profissionalmente e apto a associar-se a outras pessoas em condições de igualdade, numa fase em que é considerado bastante produtivo. O quadro de adoecimento mental nos indivíduos nesta faixa etária deve ser analisado como um quadro preocupante, face às suas implicações para a definição do projeto de vida individual, atendendo à sua integração e participação social, e às implicações sociais que esses comprometimentos representam (Neves, 2010).

Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria das doentes é maritalmente desvinculada, ou seja, solteiras e

divorciadas. Vários estudos também mostraram esta prevalência para os solteiros nos serviços de saúde mental. Segundo Braga, Borges, Iodes, e Freitas (2005), pessoas acometidas por perturbações mentais evidenciam grandes perdas pessoais e sociais à medida que a doença se instala, caracterizando assim dificuldades em estabelecer laços afetivos e relações interpessoais duradouras. Este facto pode ser verificado devido à grande proporção de pessoas sem vínculos afetivos nesta amostra.

A generalidade das doentes participantes no estudo possui formação superior. Outros estudos referem a escolaridade como variável protetora da saúde mental, na medida em que aumenta a possibilidade de escolhas na vida, além de influenciar aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos, que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis (Ludermir & Melo Filho, 2002). Se tivesse sido possível alargar a amostra, poderiam ter-se encontrado outras realidades académicas.

No que respeita à situação ocupacional, metade das participantes encontram-se desempregadas. Como revisto, o desemprego está associado à pobreza e à insegurança, sendo um fator de influência da doença mental (Patel & Kleinman, 2003), o que realça a importância de uma intervenção que inclua a integração e a reinserção profissional.

Os traços do perfil sintomatológico a ter em consideração poderão ser o facto da população em estudo apresentar elevados níveis de sensibilidade interpessoal e ideação paranoide, sintomas que se encontram nas perturbações da personalidade (American Psychological Association, 2002). Segundo Derogatis (2002), a sensibilidade interpessoal manifesta uma hipersensibilidade em relação a opiniões e atitudes alheias. Em referência aos resultados obtidos na dimensão sintomática da ideação paranoide, o autor indica que as participantes apresentam características próprias de um pensamento projetivo,

como desconfiança, centralismo autorreferencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia e necessidade de controlo.

Respeitante ao perfil projetivo da amostra, importa que se particularizem outros potenciais interpretações e ilações clínicas postas em evidência pelos desvios ao normativo. Neste sentido, a propósito das apreensões do estímulo feitas por meio do global se situarem no limiar superior dos valores de referência, parecem haver indícios de uma procura de não implicação subjetiva e submissão passiva comparativamente à realidade externa. Oneto, Marques e Pinheiro (2009) defendem que este é um tipo de dado que pontua a favor de uma certa ausência de vitalidade psíquica, patente na apreensão direta da mancha, sem que haja qualquer esforço pessoal de elaboração. Em posição homóloga, Chabert (1998, p. 120) defende que um padrão de respostas centrado na apreensão global do estímulo “pode ser sustentado por uma preguiça cognitiva, que consiste em se moldar ao material sem curiosidade nem procura”. Assim, o registado em G% não deixa de se insurgir como um potencial padrão defensivo, erguido, como que na tentativa de anular potenciais ingerências fantasmáticas, sentidas como ameaçadoras, bem como a existência de um pensamento algo condensado. Por outro lado, o processo psicológico subjacente à elaboração das respostas é essencialmente adaptativo (perceptivo) e pouco associativo (projetivo), contribuindo para um prognóstico favorável das perturbações da personalidade.

No que concerne à ligeira diminuição verificada em D% (apreensões em grande detalhe), existe algum reforço quanto às ilações tecidas a respeito da elevação em G%. Além disso, se esse decréscimo for coadunado ao decréscimo registado no número de banalidades e, sobretudo, no F+%, há evidências fortalecidas, quanto à prevalência de aspetos lacunares em termos de algum rigor e ajustamento das qualidades perceptivas do pensamento, face ao ambiente externo, pondo a

descoberto um modo de funcionamento com fragilidades na inserção à realidade objetiva. De igual modo, os decréscimos, nestas três variáveis, consubstanciam-se a favor de ilações quanto à existência de fragilidades na adaptação perceptiva e socializante (Chabert, 1998).

A este respeito, será importante que não se percam de vista as múltiplas requisições que a doença implica, como sendo o caso da intensa e constante necessidade de monitorização médica e medicamentosa, com que os sujeitos se confrontam diariamente (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield, & Mishara, 2011). Para além disso, as preocupações que emergem do seio familiar (Borba, Schwartz, & Kantorski, 2008), podem concorrer para o alastrar das fragilidades já existentes e para que estes se vejam privados do alcance da autonomia, necessária à potenciação dos seus recursos mais saudáveis de funcionamento. Todas estas adjacências, em estreita ligação com as *nuanças* psíquicas anteriormente descritas, farão com que o relacionamento com o mundo externo se veja despojado de vínculos genuínos e gestos mais espontâneos e, por conseguinte, se consolidem os movimentos de retração face ao exterior. Será neste sentido que as pessoas que se encontrem envoltas nestes processos de doença apresentem dificuldades ao nível da adaptação social (Resende & Argimon, 2012).

No tocante às elevações registadas ao nível do F% e A%, há um fortalecimento das considerações anteriormente avançadas, relativas à prevalência de uma certa rigidez ao nível dos mecanismos de defesa, que se particularizam, no essencial, no enfoque da realidade externa, nos seus aspetos puramente objetivos e concretos, de forma a evitar a expressão pulsional e fantasmática. Neste contexto, parece que o recurso ao formal patente na elevação registada em F% assinala a prevalência de uma preocupação de controlo, corporizada na centração dos aspetos mais factuais e formais da realidade externa, numa espécie de escape à expressão da sensorialidade e

do afeto. Em aditamento, a percentagem de conteúdos animais no limiar superior dos valores normativos, é mais um dado que revigora a inferência relativa à primazia de um padrão defensivo bastante denso, que assinala uma espécie de carapaça social, valorizante dos aspetos mais concretos da realidade externa (Godinho, Marques, & Pinheiro, 2009).

Em auxílio a estes resultados e conclusões que deles decorrem, entra a dominância introversiva na fórmula secundária, caracterizada por recursos de posicionamento reflexivo frente às vivências emocionais, não plenamente desenvolvidos, para a elaboração dos afetos. Sabendo que a fórmula secundária, quando conjugada ao TRI, poderá ditar a existência de conflitos, caso cada uma aponte para modos distintos de funcionamento, fica posta em evidência a existência de conflitos internos subjacentes, tendo em conta que o TRI prevalente terá sido o extratensivo. Esta tendência impulsiva fez-se presente pelo facto das doentes terem apresentado predominância das respostas de cor, ditada pela extroversividade, contraposta à fórmula secundária introversiva (com predomínio de pequenas cinestésias), o que dita a existência de um padrão conflitual entre o que parece ser o anulamento das ingerências fantasmáticas (evidente na fraca existência de K's) e a manifestação pulsional que é posta a descoberto pelas pequenas cinestésias (Godinho, Marques, & Pinheiro, 2009). Dado que os conflitos interiores dos sujeitos se vão manifestar em interação com os outros, sendo isso uma consequência positiva da saída do estado mais centrado em si mesmos, é, em termos práticos, sinal de possível adesão ao tratamento, evolução terapêutica e justamente melhor prognóstico.

De acordo com o cruzamento dos resultados obtidos dos instrumentos suprarreferidos, salientam-se as interpretações e conclusões clínicas postas em evidência através do *Rorschach*, nomeadamente pelas dinâmicas afetiva e de socialização frente às pontuações elevadas na

depressão e ansiedade na amostra em estudo, em termos de aprofundamento da dinâmica intrapsíquica; pela dinâmica cognitiva, a respeito do prognóstico das perturbações mentais, especialmente das perturbações da personalidade; e pela dinâmica afetiva, no plano da previsibilidade de adesão ao tratamento e evolução terapêutica.

Conforme Chabert (1998), o psicodiagnóstico de *Rorschach* viabiliza a identificação de indicadores psicopatológicos discretos, que podem passar despercebidos numa entrevista clínica e/ou em questionários de autorrelato, e apontar uma descompensação em via de desenvolvimento. Ademais, possibilita o delineamento de recursos adaptativos latentes, sobre os quais se poderão apoiar intervenções multidisciplinares. Logo, pode propor-se que a utilização desta técnica projetiva no contexto da saúde mental tenda a ser potencialmente proveitosa, como, a propósito, apontam as pesquisas de Resende e Argimon (2012) e Vaz (2010), nas quais a mesma foi adotada.

Quanto às limitações do presente estudo destaca-se, em primeiro lugar, o facto do *Rorschach*, ainda que seja uma prova projetiva com estímulos visuais ambíguos e relativamente independente da matriz cultural, não estar aferido para a população portuguesa podendo, de algum modo, provocar um enviesamento dos dados, por divergências culturais, visto que se utilizou o sistema de cotação francês. Concomitantemente a este fator, salientam-se as limitações conferidas devido à amostra ser relativamente pequena, e apenas e exclusivamente do sexo feminino, para se poderem tirar ilações relativas à população.

CONCLUSÃO

Face aos resultados obtidos, constatou-se que as técnicas projetivas são indicadas para completar o processo de

psicodiagnóstico, fornecendo indicadores mais profundos do funcionamento da personalidade e dos seus recursos. O psicodiagnóstico de *Rorschach* permite que, ao serem colocados frente a um estímulo ambíguo, os indivíduos revelem conteúdos latentes que são verbalizados e podem ser interpretados, pelo psicólogo, a partir da avaliação quantitativa e qualitativa das respostas anotadas detalhadamente durante a aplicação e posterior análise simbólica dos conteúdos.

Quanto às limitações do presente estudo destaca-se, em primeiro lugar, o facto do *Rorschach*, ainda que seja uma prova projetiva com estímulos visuais ambíguos e relativamente independente da matriz cultural, não estar aferido para a população portuguesa podendo, de algum modo, provocar um enviesamento dos dados, por divergências culturais, visto que se utilizou o sistema de cotação francês. Concomitantemente a este fator, salientam-se as limitações conferidas devido à amostra ser relativamente pequena, e apenas e exclusivamente do sexo feminino, para se poderem tirar ilações relativas à população.

Ultimamente o interesse na clínica e na investigação pelas técnicas projetivas tem aumentado, o que parece ser promissor quanto à fertilidade de novos estudos de investigação. Independentemente do sentido positivo ou do sentido negativo das conclusões que se retirem em relação à prova, é certo que daí resultará uma progressiva análise do vasto campo (conceitual, metodológico) que é ainda necessário investigar. Posto isto, há necessidade de aumentar o universo de estudos que norteiam o tema, de forma a atualizar e ratificar as contribuições deste instrumento para o processo de avaliação psicológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*. Paris: Centre de Psychologie Appliquée.
- Borba, L. O., Schwartz, E., & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 588-594.
- Braga, D. S., Borges, K. D. M., Iodes, A. M. F., & Freitas, R. M. (2005). Estudo do uso racional medicamentos por usuários do centro de atenção psicossocial – CAPS VI. *Infarma*, 17(7/9), 74-77.
- Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27(4), 339-351.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Daigle, M. S., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., & Mishara, B. (2011). Suicide attempts: prevention of repetition. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 621-629.
- Derogatis, L. (2002). *SCL-90-R: cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: Tea Ediciones.
- Godinho, M. Q., Marques, M. E., & Pinheiro, C. B. (2009). A expressão no Rorschach dos fenómenos transitivos e do espaço potencial na personalidade borderline. *Análise Psicológica*, 27(3), 349-363.
- Ludermir, A. B., & Melo Filho, D. A. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 213-221.
- Marques, M. E. (2001). *A psicologia clínica e o Rorschach* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2015). Standards, accuracy, and questions of bias in Rorschach meta-analyses: reply to Wood, Garb, Nezworski, Lilienfeld, and Duke (2015). *Psychological Bulletin*, 141(1), 250-260. doi: 10.1037/a0038445.
- Neves, I. M. S. (2010). *A sintomatologia psiquiátrica de utentes em internamento parcial no Hospital de Dia em hospital psiquiátrico: estudo comparativo entre os momentos de admissão e alta* (Tese de mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Oneto, M. M., Marques, M. E., & Pinheiro, C. B. (2009). A natureza e especificidade do espaço mental através do Rorschach. Um espaço potencial? – Análise de um protocolo de uma paciente limite. *Análise Psicológica*, 27(3), 331-347.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Piotrowski, C. (2015). Projective techniques usage worldwide: a review of applied settings 1995-2015. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(3), 9-19.
- Resende, A. C., & Argimon, I. I. L. (2012). A técnica de Rorschach e os critérios da CID-10 para o diagnóstico da esquizofrenia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 422-434.
- Vaz, S. B. (2010). *O método de Rorschach no estudo de casos de tentativa de suicídio clinicamente grave* (Tese de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Youngstrom, E. A., Choukas-Bradley, S., & Calhoun, C. D. (2015). Clinical guide to the evidence-based assessment approach to diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(1), 20-35. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.12.00