

Avaliação da Evolução Terapêutica de Doentes Psiquiátricos através do Psicodiagnóstico de Rorschach

Patrícia Costa^{1,*} , Sónia Remondes-Costa¹ , & Cláudia Milheiro² 

¹*Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal*

²*Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal*

RESUMO – O presente trabalho objetiva constituir um contributo de relevo para a comprovação científica da eficácia das intervenções psiquiátricas e psicoterapêuticas, através do teste de Rorschach. Participou no estudo uma amostra clínica de 10 doentes psiquiátricos, admitidos e seguidos no Hospital de Dia de um hospital psiquiátrico da zona norte de Portugal, onde é seguido o modelo de intervenção de orientação psicanalítica. Os dados foram recolhidos em dois momentos: quando da admissão, tendo sido aplicados um questionário sociodemográfico e clínico e a prova projetiva de Rorschach; após três meses de tratamento, procedeu-se à nova aplicação do Rorschach, seguida de um questionário de despiste de critérios de exclusão e avaliação do doente sobre o programa terapêutico. A análise comparativa dos dados permitiu constatar uma ligeira evolução terapêutica e do funcionamento da personalidade.

PALAVRAS-CHAVE: evolução terapêutica, diagnóstico psiquiátrico, Rorschach

Assessment of the Therapeutic Evolution of Psychiatric Patients through Rorschach Psychodiagnosis

ABSTRACT – The present work aims to constitute an important contribution to the scientific proof of the effectiveness of psychiatric and psychotherapeutic interventions, through the Rorschach test. A clinical sample of 10 psychiatric patients, admitted and followed at the Day Hospital of a psychiatric hospital in the north of Portugal, where the psychoanalytic orientation intervention model is followed. The data were collected in two moments: upon admission, a sociodemographic and clinical questionnaire and Rorschach's projective proof were applied; after three months of treatment, Rorschach was re-applied, followed by a survey of exclusion criteria and patient evaluation on the therapeutic program. The comparative analysis of the data showed a slight therapeutic evolution and personality functioning.

KEYWORDS: therapeutic evolution, psychiatric diagnosis, Rorschach

Perturbação mental é “uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (American Psychiatric Association, 2014, p. 20). Trata-se de uma situação patológica em que ocorrem distúrbios da organização mental, ocorrendo um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biológico, psicológico e sociocultural, ocorrendo incapacidade de exercício dos papéis sociais do indivíduo (familiar, laboral e comunitário). Resulta assim, segundo Sequeira (2006), de uma relação conflituosa entre indivíduo e sociedade organizada, por existir uma

diferença entre ambos muito acentuada ou predisposição do indivíduo para a doença, resultando numa alteração da integração, adaptação e autonomia do indivíduo.

Não se considera perturbação mental quando a resposta a um fator de *stress* comum ou a uma perda é expectável ou culturalmente aprovada, e só no caso de ocorrer disfunção do indivíduo se poderá considerar perturbação mental, um comportamento socialmente desviante (por exemplo, político, religioso, ou sexual) ou um conflito primário entre o indivíduo e a sociedade (American Psychiatric Association, 2014).

O perfil clínico de doentes com perturbação mental destaca que o primeiro diagnóstico geralmente sucede na adolescência, período caracterizado por mudanças corporais,

* E-mail: psi.patriciacosta@gmail.com

■ Submetido: 06/11/2017; Aceito: 09/12/2020.

principalmente relacionadas com o desenvolvimento sexual, consolidação da personalidade e transformações sociais, que compreendem um momento de preparação interna para a vida adulta. Nesta fase, pode ocorrer uma crise de identidade, considerada normal, mas que pode interferir no aparecimento de uma perturbação mental na idade adulta, caso não seja atempada e adequadamente gerida (Oliveira & Laus, 2011; Silva *et al.*, 2015). Patel e Kleinman (2003) acrescentam que fatores como insegurança, desespero, rápidas alterações sociais, risco de violência e doenças físicas podem explicar a maior vulnerabilidade para a doença mental. Ademais, Costa e Ludermir (2005) defendem que acontecimentos significativos de vida (*life events*) atuam como estressores ao provocarem alterações no sistema endócrino, vulnerabilizando o desenvolvimento de doenças, entre elas as perturbações mentais.

O conhecimento existente sobre os fatores associados às perturbações mentais e de comportamento permite a adoção de medidas para reduzir a morbilidade e o impacto causado por estas patologias. Todavia, a existência do estigma destrói a confiança destas perturbações poderem ser tratadas, priva as pessoas da sua dignidade e condiciona a sua participação na sociedade (Alonso *et al.*, 2008). Além disso, está fortemente associado às perturbações mentais em todo o mundo, danifica a autoestima das pessoas doentes e condiciona a sua adesão terapêutica e conseqüente recuperação (Watson *et al.*, 2007).

Por sua vez, os modelos psicanalíticos oferecem à psicologia clínica uma especificidade no olhar e na escuta das dimensões do sujeito que procura captar, tornando-se este último “captável” através da linguagem (narratividade), da relação e da intersubjetividade (Oneto *et al.*, 2009; Teixeira & Marques, 2009). O psicodiagnóstico é o primeiro passo a ser tomado e dele dependem as atitudes terapêuticas a serem seguidas (Souza & Resende, 2012). Por conseguinte, o Rorschach surge como um instrumento privilegiado na avaliação psicológica, que permite mediar o acesso à realidade interna do sujeito e descrever o seu funcionamento mental. É um complexo método perceptivo e projetivo que proporciona a assimilação entre os estímulos e os complexos de sensações intrapsíquicos, investigando aspetos saudáveis e comprometidos da personalidade (Teixeira & Marques, 2009).

Num espaço e num tempo estabelecidos no interior de um continente relacional, o sujeito é convidado a dar sentido pessoal aos dez cartões Rorschach, cujo simbólico latente apela a diferentes dimensões de si, produzindo uma narrativa que dá conta da natureza da comunicação estabelecida entre interno e externo, bem como das qualidades e características da subjetividade do sujeito. Assim, tomamos as manchas Rorschach como um objeto no sentido psicanalítico do termo, um elemento da realidade externa que possui qualidades psíquicas que o tornam apto a ser investido, designado e conhecido. Este encontro cria uma tensão, uma situação catastrófica, que obriga o sujeito a uma mudança psíquica para regular o equilíbrio, conseguida pela atribuição de novas significações através de novas relações continente-conteúdo (Godinho *et al.*, 2009). O sujeito experiencia, assim, uma mudança catastrófica: através da identificação

projetiva, impregna a sua subjetividade na mancha, transforma o caos e o seu potencial infinito, e comunica, sob a forma de símbolo, um novo objeto (Marques & Aleixo, 1994). Através da interpretação do processo-resposta Rorschach, torna-se possível analisar a forma como o sujeito usa e comunica o seu pensamento, podendo-se, deste modo, antever e compreender a essência do sujeito (Marques, 1996a). De tal modo, torna-se possível a apreensão global do indivíduo, abarcando os seus recursos latentes e manifestos, como também os aspetos de maior vulnerabilidade, dando lugar a um aconselhamento psicológico, uma indicação terapêutica e um prognóstico evolutivo (Chabert, 1998).

Qualquer interpretação de uma mancha Rorschach implica dois momentos/movimentos, que só por necessidade expositiva podem ser considerados como separados: o primeiro prende-se com a diferenciação figura-fundo, através da criação de um continente perceptivo que destaque parte ou a totalidade da mancha (modo de apreensão); o segundo momento remete para o estabelecimento de uma relação continente-conteúdo com a mancha, que possibilite a criação de um novo objeto através da comunicação e recriação entre o mundo interno e a realidade externa (Teixeira & Marques, 2009). A possibilidade de destacar a figura do fundo branco é um dos indicadores de uma identidade bem constituída, suficientemente bem delimitada em relação aos outros objetos. O fundo branco, enquanto recordação não lembrada de um estado arcaico de fusão benigna com a mãe que possibilitou a separação e a individuação, permite destacar a figura, o objeto, tornando-o apto à relação, à transformação e ao crescimento. De fato, a cor branca contém em si todas as cores, o que nos reenvia para as questões da origem, do infinito e do potencial. O fundo branco pode, então, constituir-se como a base onde os objetos se podem organizar, emergir e criar. No entanto, se a presença de fundo da identificação primária apresentar lacunas, o branco pode exercer um forte poder de atração constituindo um movimento regressivo em direção ao “nada”, ao vazio (Marques, 1996b). Por sua vez, a figura (mancha) apresenta um caráter desconhecido e desestruturante, o que conduz a propor o caos como a qualidade psíquica que a define. A sua estrutura simétrica apresenta como qualidades psíquicas a coesão (integração) e o duplo (dispersão). Estes elementos são fundamentais na organização da vida psíquica e da transformação simbólica, mobilizando o sujeito ao estabelecimento de novas relações continente-conteúdo, de modo a ordenar, integrar, significar e comunicar a sua vivência sob a forma de um símbolo (Marques, 2001).

Como clarifica Chabert (1998), o Rorschach não é estudado enquanto prova, mas sim na forma como acede ao funcionamento mental segundo um modelo psicanalítico. Deste modo, a situação projetiva consiste num encontro entre um sujeito e o clínico, que é mediatizado por um material e uma instrução paradoxais e conflituais. Tal situação, a abordagem desse “objeto”, leva à emergência de afetos/emoções e mobiliza movimentos relacionais inconscientes (Marques, 2001). Uma vez que se tenha acesso a características da personalidade tanto conscientes quanto inconscientes, há oportunidade de se obter informações relevantes acerca da

estrutura e dinâmica da personalidade dos indivíduos. De tal modo, torna-se possível a apreensão global do indivíduo, abarcando os seus recursos latentes e manifestos, como também os aspetos de maior vulnerabilidade, dando lugar a um aconselhamento psicológico, uma indicação terapêutica e um prognóstico evolutivo (Chabert, 1998).

Como resultado da ação dos diversos mecanismos de defesa, o comportamento pode assumir configurações consideradas como mais ou menos patológicas, mais ou menos maduras, ou mais ou menos adaptativas. Há uma clara hierarquização das defesas em relação à sua capacidade de adaptação geral: as defesas de nível baixo são habitualmente menos adaptativas, enquanto as de nível mais elevado são as mais adaptativas (Hersoug *et al.*, 2002). Estudos publicados indicam fortes evidências de que a adaptabilidade do estilo defensivo se correlaciona com a saúde mental e que alguns diagnósticos estão relacionados com padrões específicos de defesa (Bond, 2004). Constata-se assim que um conceito importante e complexo como é o dos mecanismos de defesa abrange tanto a ideia de normalidade como de patologia, uma vez que uma pessoa não adocece por possuir defesas, mas sim pela ineficácia dessas defesas ou pelo uso inadequado que faz delas.

À medida que ocorre a mudança no processo psicoterapêutico, é, então, expectável que a configuração das defesas utilizadas pelo doente também se modifique (Bond, 2004). As várias orientações psicoterapêuticas apelam para o fato de que a remissão de sintomas apenas traduz um tratamento bem-sucedido desde que acompanhado por mudanças nas estruturas mentais e estados inconscientes do sujeito (Blatt & Auerbach, 2003). Por esse motivo, os autores defendem que a mudança em psicoterapia não deve apenas focar na redução da sintomatologia, mas sim na estrutura e no conteúdo das representações mentais, uma

vez que um foco somente na redução dos sintomas revela pouco sobre a mudança terapêutica. Embora os padrões de defesa apresentem alguma resistência à mudança, apesar de pequenas ou moderadas alterações, estas vão refletir uma maior capacidade de tolerância aos fatores internos e externos de *stress* e às vicissitudes da vida (Hersoug *et al.*, 2002).

Com o objetivo de avaliar comparativamente a sintomatologia psiquiátrica de doentes internados em Hospital de Dia, nos momentos de admissão e de alta, Neves (2010) constatou que a utilização conjunta de tratamento psiquiátrico e acompanhamento psicológico é, parcialmente, eficaz, nomeadamente na diminuição da depressão. Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas entre os momentos de admissão e alta quanto à sintomatologia psiquiátrica apresentada, o estudo permitiu observar que a maioria dos doentes revelaram aquisição de competências em diversas áreas da sua vida para uma reinserção adequada à sua vida quotidiana. Na mesma linha de investigação, visando monitorizar os resultados do programa terapêutico e de apoio psicossocial em contexto de Hospital de Dia e avaliar a sua efetividade ao nível da qualidade de vida e da psicopatologia, Fonseca (2011) sugeriu que o programa terapêutico e de apoio psicossocial contribui para a melhoria da qualidade de vida e da psicopatologia dos doentes internados. Porém, admite a existência de fatores que possam influenciar a sua efetividade, que não foram explorados, identificados ou mensurados, nomeadamente o nível socioeconómico, o apoio recebido, a resiliência, a ocorrência de acontecimentos positivos, entre outros.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia terapêutica das intervenções conjuntas psiquiátrica e psicoterapêutica (individual e de grupo), através do teste psicodiagnóstico de Rorschach, em face da escassez de estudos clínicos com recurso a provas projetivas.

MÉTODO

Participantes

Caracterização Sociodemográfica

Dos 21 casos clínicos iniciais, foram eliminados 11 doentes devido aos critérios de exclusão: um dos casos clínicos foi por falta de colaboração do doente no primeiro momento de avaliação, ou seja, quando da admissão; quatro dos casos clínicos por terem abandonado o internamento antes do plano de intervenção, não tendo sido realizado o segundo momento de avaliação, denominado por “abandono”; um caso clínico por ter sofrido um evento de vida significativo, isto é, a morte de um familiar; e cinco casos clínicos por estarem ainda em tratamento. Assim, participou no estudo uma amostra clínica de conveniência que integra 10 doentes psiquiátricos, admitidos e seguidos na Unidade de Hospital de Dia um hospital psiquiátrico da zona norte de Portugal, onde é seguido o modelo de intervenção de orientação psicanalítica. Quanto ao género, oito são do

sexo feminino (80,0%) e dois do sexo masculino (20,0%). A faixa etária variou entre os 31 e os 46 anos de idade ($M = 39,10$; $DP = 5,66$). No que concerne ao estado civil, sete (70,0%) doentes são casados ou vivem em união estável, dois encontram-se solteiros (20,0%) e um divorciado ou separado (10,0%). Em termos de escolaridade, constata-se que a maioria tem formação superior (60,0%), dois possuem o ensino secundário (20,0%) e dois têm o terceiro ciclo (20,0%). Relativamente à situação ocupacional, cinco dos participantes estão desempregados (50,0%) e em igual percentagem encontram-se de baixa/atestado médico.

Caracterização Clínica

No que diz respeito às características clínicas da amostra em estudo, a perturbação da personalidade é o quadro clínico prevalente da generalidade dos doentes (70,0%) – quatro com perturbação *boderline* (40,0%), dois com perturbação paranóide (20,0%) e um com perturbação narcísica (10,0%).

Três (30,0%) apresentam perturbação depressiva *major*. Na comorbilidade de patologia não psiquiátrica, dois sujeitos (20,0%) afirmaram a sua existência. A maioria (80,0%) assumiu não ter. A doença clínica encontrada foi a hipertensão arterial (20,0%). Relativamente à história clínica psiquiátrica, a idade do primeiro contato com os serviços de saúde mental variou entre os 15 e os 44 anos de idade ($M = 25,90$; $DP = 10,33$). Dos seis sujeitos com recorrência a internamentos em regime completo (60,0%), o seu número variou entre um e doze, compondo uma média de três internamentos ($DP = 4,27$). Dois (20,0%) tiveram internamento parcial anterior. O tempo de utilização diária de psicofármacos variou entre os quatro meses e os 22 anos ($M = 111,30$; $DP = 111,14$).

Material

Os dados foram recolhidos em dois momentos de avaliação. Durante a primeira semana de internamento, 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, e clínico, referente a antecedentes da história psiquiátrica, incluindo diagnóstico clínico, comorbilidade não psiquiátrica, idade do primeiro contato com os serviços de saúde mental, com recorrência ou não a internamentos completos e/ou parciais e tempo de utilização diária de psicofármacos.

Por último, foi administrada a prova projetiva de Rorschach, criada e desenvolvida pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach (Cunha, 2000). Esta integra dez cartões, sendo que cada um deles corporiza uma mancha de tinta, ambígua quanto ao seu conteúdo e significado manifesto, e dotada de impressões sensoriais sem um significado semântico preciso. Neste sentido, cada um dos cartões Rorschach, ao se insurgir como um estímulo com características objetivas, apesar do carácter, aparentemente, desestruturado, invoca a necessidade de organização do pensamento, a partir do momento em que é dada a instrução “Diga-me o que imagina a partir destes cartões” (Chabert, 1998, p. 30).

O segundo momento de recolha de dados realizou-se três meses depois, tempo definido pela equipe terapêutica para efetuar a reavaliação, com vista à determinação da

continuidade de internamento ou não dos doentes. Neste segundo momento, foi aplicado novamente o Rorschach e um questionário para despiste de critérios de exclusão e avaliação do doente sobre o programa terapêutico, com a intenção de excluir aqueles que não aderiram ao programa terapêutico (com três faltas injustificadas), não colaboraram na avaliação psicológica, sofreram um evento de vida significativo (morte, divórcio, desemprego, entre outros) e tiveram alta, fosse esta por transferência (agravamento do quadro clínico), abandono ou contra o parecer da equipe.

Procedimento

Depois de concedida a autorização do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, os participantes assinaram o consentimento informado consoante o protocolo de Helsínquia. Dado que o teste de Rorschach já fazia parte dos instrumentos de avaliação psicológica utilizados na Unidade Funcional do Hospital de Dia, apenas foi necessário o dispêndio de mais tempo nos momentos de observação psicológica para responder ao questionário de dados sociodemográficos e clínicos, ao questionário para despiste de critérios de exclusão e avaliação do doente sobre o programa terapêutico.

Tratando-se de um estudo longitudinal, a coleta de dados foi efetuada à medida que os participantes eram admitidos em internamento parcial, assim como à medida que lhes era facultada a alta. A informação acerca dos diagnósticos clínicos foi obtida através da consulta dos processos médico-psiquiátricos.

A cotação dos protocolos Rorschach foi feita por dois juízes, com base na matriz interpretativa da Escola Francesa, circunscrita aos contributos de Chabert (1998, 2000), retomados por algumas formulações de Marques (2001). No que respeita a alguns parâmetros de cotação, foram os referenciais sustentados por Beizmann (1966) que serviram de âncora, em termos da consideração e cotação relativa à qualidade das formas inerentes às respostas. Em concomitância, as normas estatísticas que nortearam todas as comparações, formulações e interpretações advenientes dos dados quantitativos, resultaram da confrontação de vários autores, proposta por Marques (2001), tendo em conta a ausência de valores estatísticos referentes à população portuguesa.

RESULTADOS

1º Momento da Investigação: Quando da Admissão dos Doentes em Hospital de Dia

(a) Dinâmica Cognitiva

Ao associar o elevado número de respostas globais (34,4%) e o baixo número de respostas de grande detalhe (58,2%) constatou-se que estes sujeitos parecem apresentar predomínio de pensamento condensado, indicando excesso de generalização dos fatos ou situações. Para além disso,

o fato de pouco procurarem a minúcia do detalhe (2,7%), revela uma falta de exploração do meio que os envolve. A presença de respostas de interpretação de detalhe branco (4,7%) pode revelar carências afetivas ou mesmo sentimentos de abandono, de vazio e de falta. O número de respostas de movimento humano encontra-se dentro do intervalo médio esperado (2,5). Estas interpretações são consideradas sinais de controle interno e refletido da atividade manifesta, de um princípio de estabilização do afeto e da motilidade ligada a um processo de interiorização.

Em relação à qualidade formal, a percentagem de respostas com determinantes formais dentro do intervalo médio esperado (66,6%) em detrimento do baixo número de respostas de boa qualidade formal (64,9%) revela 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 no real.

(b) Dinâmica Afetiva

A análise dos resultados da Tabela 1 permite observar que não há conflitos no que respeita às vivências afetivas, sendo que os resultados obtidos no Tipo de Ressonância Íntima (TRI) e nas Tendências Latentes (TL) caracterizam as vivências afetivas dos participantes como introversivas, apontando uma tendência para se preocuparem com as suas próprias ideias e pensamentos, mais orientados para a vida interior, com desinteresse pelos acontecimentos externos.

A Tabela 2 sistematiza os dados referentes aos indicadores de controle afetivo. 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 descargas impulsivas ($FC < C + CF$) e prejuízo na capacidade de exercer o uso da razão de forma eficiente para o domínio da angústia e depressão ($FE < E + EF$). Apesar disso, assinala-se um predomínio das grandes cinestésias, de acordo com o esperado para adultos, apontando um bom potencial de dinamismo interno ($K > k$).

(c) Dinâmica de Socialização

Apesar das respostas banais serem um indicativo de uma boa socialização e adaptação ao meio, a presença revelada de um elevado número de banalidades (30,4%) pode operar como um mecanismo de defesa, remetendo

para uma socialização em superfície. No que concerne aos conteúdos, o número de representações animais dentro do intervalo médio esperado (48,6%) pode ser sugestivo de uma atitude defensiva face ao estímulo, de uma defesa para evitar o contato autêntico e a relação verdadeira. No entanto, o uso elevado de respostas de conteúdo humano (20,4%) assinala a aptidão para reconhecer a própria identidade subjetiva e remete para a capacidade de estabelecimento de contatos com os outros.

2º Momento da Investigação: Após o Tratamento/Evolução Terapêutica dos Doentes em Hospital de Dia

(a) Dinâmica Cognitiva

As estratégias cognitivo-perceptivas usadas através dos modos de apreensão dentro do intervalo médio esperado mostram uma preocupação em bem delimitar os perceptos, isto pela tendência em privilegiar o modo de apreensão global (28,2%), mas onde os grandes detalhes (61,7%) também são investidos. Revela-se assim um maior desejo de viver. Mas, o fato de pouco procurarem a minúcia do detalhe (5,8%), revela ainda uma falta de exploração do meio que os envolve. A presença de respostas de interpretação de detalhe branco (4,1%) é sugestivo de carências afetivas ou mesmo sentimentos de abandono, de vazio e de falta. Neste contexto, face ao número de respostas e à criatividade que emana das respostas de movimento humano dentro do intervalo médio esperado (2,3), a atividade intelectual dos sujeitos não parece encontrar-se inibida ou contida.

Ao ter em consideração a qualidade formal, verifica-se que a percentagem de respostas com determinantes formais se encontra próxima do limiar inferior do intervalo médio esperado (61,9%). Deste modo, poderá existir certa complementaridade entre o recurso ao formal e ao intelectual, por um lado, e à subjetividade e à emoção, por outro. Quanto ao número de respostas de boa qualidade formal, repare-se um valor muito abaixo do expectável (64,5%), sugerindo

Tabela 1

Frequência de Indicadores Obtidos pelo Rorschach Relativos à Dinâmica Afetiva quando da Admissão dos Doentes em Hospital de Dia

Variáveis	Introversivo	Extratensivo	Ambigüal	Coartado	N
TRI	5 ↑	4	1	0	10
TL	4 ↑	3	0	3	10

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

Tabela 2

Frequência de Indicadores Obtidos pelo Rorschach Relativos ao Controle Afetivo quando da Admissão dos Doentes em Hospital de Dia

Variáveis	Adequada	Inadequada	N
FC : C + CF	4	6 ↑	10
FE: E + FE	4	6 ↑	10
K: k	8 ↑	2	10

que os participantes fazem uma aproximação pouco rigorosa à realidade, o que poderá contaminar a qualidade do seu pensamento e a forma como interpretam a realidade objetiva e relacional.

(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 dos participantes como extratensiva. Os sujeitos com este tipo de ressonância são caracterizados pela sua impulsividade e excitabilidade, cuja utilização é frequentemente inadequada. A fórmula secundária é do tipo introversivo, variando no sentido inverso do TRI. Assim, se a relação aparente dos 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.

A Tabela 4 sistematiza os dados referentes aos indicadores de controlo afetivo. Observou-se predomínio de respostas de cor associadas à imprecisão formal (inadequadas), o que significa que os sujeitos podem ter alguma dificuldade em controlar os afetos, revelando fragilidade da referência formal

e dos mecanismos de defesa perante os afetos ($FC < C + CF$) e prejuízo na capacidade de exercer o uso da razão de forma eficiente para o domínio da angústia e depressão ($FE > E + EF$). Em contrapartida, um predomínio das grandes cinestésias assinala um bom potencial de dinamismo interno ($K > k$).

(b) Dinâmica de Socialização

Quanto à socialização em superfície, verificou-se que os participantes apresentam um elevado número de respostas de conteúdo animal (52,8%), logo maior imaturidade no processo de contato com a realidade, uma percepção mais intuitiva e menos elaborada e uma estereotipia do pensamento. Em concomitância, o uso baixo de respostas banais (22,6%), poderá evidenciar alguma falta de contato com a realidade objetiva e social, bem como desinteresse ou oposição sistematizada do meio social. No que diz respeito à socialização em profundidade, a percentagem de respostas de conteúdo humano, ao situar-se no limiar do intervalo médio esperado (19,8%), poderá remeter para a dificuldade dos participantes em se identificarem e entrarem em contato com os outros, assim como manterem relacionamentos mais profundos.

Tabela 3

Frequência de Indicadores Obtidos pelo Rorschach Relativos à Dinâmica Afetiva após o Tratamento/Evolução Terapêutica dos Doentes em Hospital de Dia

Variáveis	Introversivo	Extratensivo	Coartado	N
TRI	3	7 ↑	0	10
TL	6 ↑	1	3	10

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

Tabela 4

Frequência de Indicadores Obtidos pelo Rorschach Relativos ao Controle Afetivo após o Tratamento/Evolução Terapêutica dos Doentes em Hospital de Dia

Variáveis	Adequada	Inadequada	N
FC: C + CF	4	6 ↑	10
FE: E + FE	3	7 ↑	10
K: k	6 ↑	4	10

DISCUSSÃO

O principal objetivo da realização deste trabalho de investigação foi o de avaliar a eficácia terapêutica das intervenções conjuntas psiquiátrica e psicoterapêutica (individual e de grupo), através do teste psicodiagnóstico de Rorschach, contribuindo assim, para o incremento de estudos com a utilização do Rorschach enquanto instrumento clinimétrico de avaliação da personalidade.

Começando pelos resultados relativamente aos dados sociodemográficos da amostra em estudo, como se pode perceber, a maioria dos participantes encontra-se na idade adulta, um período no qual o indivíduo está em plena maturidade, definido profissionalmente e apto a associar-se a outras pessoas em posição de igualdade, numa fase em

que é considerado bastante produtivo (Oliveira & Laus, 2011; Silva *et al.*, 2015). Em termos de gênero, a amostra revelou-se predominantemente feminina. Este dado está em concordância com vários estudos realizados em serviços psiquiátricos (Catty, Goddard, & Burns, 2005; Catty, Goddard, White, & Burns, 2005). No entanto, difere de outros que encontraram a predominância do sexo masculino (Dalgalarrodo *et al.*, 2003; Melo & Guimarães, 2005). Esta situação pode ser explicada pelo fato do Hospital de Dia não admitir pacientes com perturbações do uso ou abuso de álcool e drogas, tendo uma diminuição da admissão de homens, uma vez que esta perturbação afeta predominantemente indivíduos do sexo masculino (Bruffaerts *et al.*, 2004). No

que concerne ao estado civil, a generalidade dos participantes encontra-se casada ou vive em união de fato, dado que não se mostrou consistente com os resultados de estudos anteriores, que apontam a prevalência de perturbações mentais mais associada a indivíduos solteiros (Lima *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2015). Explicações plausíveis para este dado podem ser feitas julgando-se a convivência com um companheiro como um acontecimento significativo produtor de *stress* (Costa & Ludermir, 2005). Porém, é importante que se faça a ressalva correspondente à possibilidade de causalidade reversa, em que indivíduos com perturbações mentais podem ter menor oportunidade de casar, cuja análise é impedida pelas características deste estudo. Relativamente à escolaridade, a maioria dos doentes que constituem a amostra detém habilitações do ensino superior. Também este dado não se encontra em conformidade com a evidência científica anterior, na medida em que a doença psiquiátrica compromete as possibilidades de escolhas na vida, além de influenciar aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos. Pelo contrário, alguns dados apontam que a escolaridade superior pode motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis, funcionando como protetora da saúde (Ludermir & Melo Filho, 2002; Patel *et al.*, 1999). Quanto à situação ocupacional, metade dos participantes encontram-se desempregados, o que evidencia um possível processo de exclusão dos doentes no setor produtivo (Silva *et al.*, 1999). Esta situação demonstra que o Hospital de Dia trata de quadros clínicos graves, e mesmo que seja necessário selecionar os doentes, estes apresentam inatividade, o que provoca diminuição da autoestima, necessitando de reabilitação psicossocial.

No âmbito da caracterização clínica salienta-se que o diagnóstico mais comum são as perturbações da personalidade, o que corresponde ao expectável tendo em conta que a gravidade das perturbações faz prever a necessidade, superior comparativamente a outras patologias, de tratamento em Hospital de Dia. O primeiro contato dos doentes com os serviços saúde mental ocorreu na idade adulta, podendo resultar de uma crise de identidade que não foi atempada e adequadamente gerida na adolescência, tal como o corroborado por Silva *et al.* (2015). A maioria referiu não existir história prévia de internamentos anteriores em Hospital de Dia, apenas de internamentos em regime completo, sendo que tal condição pode manifestar o fato deste tipo de serviços ser uma alternativa mais recente na história da psiquiatria. A existência de estudos como este, em que se procura avaliar mais objetivamente os resultados, pode contribuir para credibilizar as intervenções efetuadas e a sua divulgação junto dos profissionais.

No que diz respeito agora à análise comparativa dos resultados, em termos de modos de apreensão, foram verificadas diferenças nos dois momentos da investigação (admissão em Hospital de Dia e três meses após). Inicialmente constatou-se que os doentes realizavam a apreensão dos perceptos predominantemente em detalhe, apesar do D% se encontrar abaixo dos valores de

referência, indiciando o desinteresse pelo concreto e pelo real. Por outro lado, o número médio de respostas globais mostrou-se ligeiramente elevado, podendo traduzir uma conduta defensiva com recurso a uma realidade global e adaptativa contra a emergência de representações e/ou afetos (Chabert, 1998; Oneto *et al.*, 2009). No segundo momento de avaliação, percebeu-se que baixou a conduta defensiva, verificando-se um ligeiro aumento da capacidade projetiva, que pode ser explicado pela familiarização com a situação de prova, por um lado e, em alternativa, pela diminuição da utilização de mecanismos defensivos (G% e D% normais). A sensibilidade ao branco manteve-se com valores relativamente estáveis quando da admissão e após o tratamento, embora abaixo dos normativos, podendo indicar uma vivência persecutória com traços da linha depressiva (Chabert, 1998).

Ao nível dos aspetos formais, não foram observadas alterações ao longo do tratamento. Existe uma taxa de respostas com determinantes formais dentro dos valores normativos, assinalando uma apreensão corrente permanentemente desligada de implicações fantasiosas e emocionais. A qualidade formal das respostas está nitidamente abaixo das normas, podendo assinalar “infiltrações” de uma realidade interna, através do aparelho defensivo, da qual os sujeitos se defendem recorrendo preferencialmente à realidade exterior (Soares & Marques, 2009). Apesar de manifesta procura de adaptação ao real em ambos os momentos de avaliação, nem sempre esta é conseguida, pois a realidade interna sobrepõe-se à realidade externa (K↑).

Em relação ao tipo de vivência afetiva, os doentes apresentaram comportamentos significativamente diferentes nos dois momentos da investigação. Quando da admissão, observou-se um predomínio da vivência introversiva, dando conta de um funcionamento que privilegia o pensamento em detrimento da emoção. Em reforço a estes resultados e conclusões que deles decorrem, após o tratamento/evolução terapêutico, entra a dominância introversiva na fórmula secundária, caracterizada por recursos de posicionamento reflexivo frente às vivências emocionais, não plenamente desenvolvidas, para a elaboração dos afetos. Sabendo que esta conjugada ao TRI (dialética entre emocionalidade e representação) poderá ditar a existência de conflitos, caso cada uma aponte para modos de funcionamento distintos, como parece ser o caso, fica posta em evidência a existência de conflitos internos subjacentes, tendo em conta que o TRI prevalente terá sido o extrantensivo. Mostra-se evidente que os conflitos interiores dos sujeitos se vão manifestar em interação com o outro, sendo isso uma consequência positiva (ainda em evolução) da saída do estado mais centrado em si mesmos que faz parte do processo de crescimento pessoal e evolução terapêutica.

No tocante ao contato social, os doentes mostraram igualmente procedimentos distintos nos dois momentos de avaliação. Primariamente sobressai a produção de conteúdos humanos ligeiramente acima da média, revelando

uma adequada capacidade de relacionamento, bem como a aptidão para reconhecer a sua identidade subjetiva. Após o tratamento/evolução terapêutico, a taxa de conteúdos animais é ligeiramente elevada, podendo indicar estereotípias do pensamento e conformidade social, ou servir de veículo à expressão de agressividade, quando em respostas de tipo mórbido e banal. Notando que há uma inversão de tendência para A↑ e H normal (a produção de conteúdos não desce do intervalo médio esperado), e sendo estas mudanças mais estruturais e sutis que o Rorschach demonstra e outros testes não, depreende-se que as intervenções em Hospital de Dia são muito interpessoais. Em contrapartida, compreende-se que três meses é muito pouco tempo para um processo terapêutico que inicia por alguma desarrumação ser bem-sucedido, uma vez que as mudanças estruturais acontecem de uma forma muito lenta e apenas se verificam resultados a longo prazo.

Tendo em conta o objetivo geral do presente estudo, a aplicação do teste projetivo de Rorschach em dois momentos distintos permitiu constatar uma ligeira evolução terapêutica e do funcionamento da personalidade. Como se sabe, os traços de personalidade são aspetos inerentes à própria estrutura do indivíduo, levando por isso mais tempo a se modificarem. Relativamente a estes fatores não era expectável observar-se uma mudança significativa, dado que o início de uma psicoterapia pode provocar desestabilizações e os padrões de defesa apresentam alguma resistência à mudança (Hersoug *et al.*, 2002). O fato do tempo de estudo da evolução terapêutica ser apenas de três meses poderá ter sido insuficiente para verificar alterações no funcionamento da personalidade mais profundas. Num período de tempo mais prolongado, certamente seriam encontrados resultados diferentes. Ainda assim é válida a escolha deste instrumento já que faz parte do protocolo institucional de avaliação psicológica dos doentes admitidos no Hospital de Dia. Dado o atual desinvestimento português na produção

científica acerca deste instrumento e, conseqüentemente, o desaconselhamento da sua utilização em algumas universidades nacionais é que o presente estudo procurou explorar as propriedades clinimétricas da prova e contribuir para o convite à investigação futura na área.

A pertinência e originalidade deste trabalho centra-se no estudo da evolução terapêutica numa amostra clínica de doentes psiquiátricos em regime de Hospital de Dia, através do teste psicodiagnóstico de Rorschach, assumindo-se como um importante contributo em matéria de desenhos de investigação com base na prática clínica e psicoterapêutica. O estudo apresenta algumas limitações resultantes de diversos fatores. Um dos constrangimentos recorda que a amostra inicial era de 21 doentes, mas devido aos critérios de exclusão passou para 10, com uma perda amostral significativa de 11 sujeitos. Atendendo à constituição final, o tamanho reduzido da amostra pode limitar possíveis generalizações dos resultados. Outra questão que se poderá considerar uma limitação é a impossibilidade de se terem em conta os fatores externos à psicoterapia que possam ter contribuído para a obtenção dos resultados, pela inexistência de condições de controle experimental. Por último, as conseqüências que o anúncio da alta provoca nos doentes em internamento parcial, sendo um dos fatores ansiogênicos e desestabilizadores, são também de ter em atenção (Neves, 2010). É evidente um sentimento de possível “abandono”, originando aparentemente um retrocesso na evolução dos mesmos, visível na adesão ao processo terapêutico, denotando-se alguma regressão quando deste anúncio.

A finalizar, julga-se importante a continuação do desenvolvimento de estudos neste âmbito, particularmente estudos longitudinais com maior intervalo de tempo entre os momentos de avaliação (seis meses/um ano) ou utilizando grupos de controle, pois os resultados, tendo sido sugestivos, apontam para um potencial caminho de investigação.

REFERÊNCIAS

- Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J. P. ... Von Korff, M. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 305-314. 10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais* (5ª ed). Climepsi Editores.
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*. Centre de Psychologie Appliquée.
- Blatt, S. J., & Auerbach, J. S. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(2), 268-307. 10.1080/07351692309349034
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(5), 263-278. 10.1080/10673220490886167
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2004). Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 55(6), 685-690. 10.1176/appi.ps.55.6.685
- Catty, J., Goddard, K., & Burns, T. (2005). Social services and health services day care in mental health: The social networks and care needs of their users. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(1), 23-34. 10.1177/0020764005053267
- Catty, J., Goddard, K., White, S., & Burns, T. (2005). Social networks among users of mental health day care: Predictors of social contacts and confiding relationships. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 467-474. 10.1007/s00127-005-0909-y
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto*. Climepsi Editores.
- Chabert, C. (2000). *A psicopatologia à prova no Rorschach*. Climepsi Editores.
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: Estudo em comunidade rural da zona da Mata em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 71-79. 10.1590/S0102-311X2005000100009
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V* (5ª ed.). Artmed Editora.
- Dalgallarrondo, P., Botega, N. J., & Banzato, C. E. M. (2003). Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica

- em hospital geral. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 629-634.10.1590/S0034-89102003000500013
- Fonseca, V. C. R. (2011). *Qualidade de vida e psicopatologia – intervenção terapêutica em Hospital de Dia* [Tese de mestrado, Universidade de Coimbra]. FMUC Medicina – Teses de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10316/18425>
- 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. <http://hdl.handle.net/10400.12/243>
- Hersoug, A. G., Sexton, H. C., Høglend, P. (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 539-554.10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.539
- Lima, L. H. O., Sousa, M. S., Neto, M. J. S., Oliveira, R. K. C., & Luz, N. D. (2014). Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários do Hospital-Dia. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 3(4), 57-63. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v3i4.2377>
- 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), 213-221.10.1590/S0034-89102002000200014
- Marques, M. E. (1996a). Comunicação, interpretação e simbolização no/para o Rorschach. *Análise Psicológica*, 14(1), 39-44. <http://hdl.handle.net/10400.12/3528>
- Marques, M. E. (1996b). Feminino, fecundo e finito: Expressões nos Rorschach de adolescentes. *Análise Psicológica*, 14(1), 45-52. <http://hdl.handle.net/10400.12/3529>
- Marques, M. E. (2001). *A psicologia clínica e o Rorschach* (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Marques, M. E., & Aleixo, P. (1994). O Rorschach e a revelação do trabalho de ligação e de transformação do interno e externo. *Análise Psicológica*, 12(4), 459-462. <http://hdl.handle.net/10400.12/3055>
- Melo, A. P. S., & Guimarães, M. D. C. (2005). Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 113-118.10.1590/S1516-44462005000200008
- 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]. FCHS (DCPC) – Dissertações de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10284/1648>
- Oliveira, R. P., & Laus, A. M. (2011). Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1164-1170.10.1590/S0080-62342011000500019
- 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), 331-347.10.14417/ap.222
- Patel, V., Araya, R., Lima, M., Ludermir, A., Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, 49, 1461-1471. 10.1016/s0277-9536(99)00208-7
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.10.1590/S0042-96862003000800011
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Quarteto Editora.
- Silva, J. P. L., Coutinho, E. S. F., & Amarante, P. D. (1999). Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3), 505-511.10.1590/S0102-311X1999000300007
- Silva, T. L., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., Mathias, T. A. F., Ferreira, A. C. Z., Capistrano, F. C. (2015). Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Cogitare Enfermagem*, 20(1), 112-120. 10.5380/ce.v20il.36414
- Soares, A. S., & Marques, M. E. (2009). Crescer por dentro – A barreira de contacto no processo adolescente através do Rorschach. *Análise Psicológica*, 27(3), 259-267. 10.14417/ap.209
- Souza, C. C., & Resende, A. C. (2012). Transtornos psicológicos em adolescentes socioeducandos. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 95-109. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000100010
- Teixeira, V., & Marques, M. E. (2009). O buraco negro na patologia limite: Um contributo da/para a técnica Rorschach. *Análise Psicológica*, 28(3), 281-293. <http://hdl.handle.net/10400.12/240>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. 10.1093/schbul/sbl076