

Cognição, Afeto e Relacionamento Interpessoal de Mulheres com Transtorno Afetivo Bipolar

Cognition, Affection and Interpersonal Relationship of Women with Bipolar Disorder

Carla Luciano Codani Hisatugo*, Latife Yazigi & José Alberto Del Porto
Universidade Federal de São Paulo

Resumo

O transtorno afetivo bipolar causa incapacitação e isolamento social, podendo levar ao suicídio. Tratouse de estudo clínico de casos múltiplos com uso de: Inventário de Depressão (BDI) e Suicídio (BSI) de Beck, Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) e Rorschach, Sistema Compreensivo. O objetivo foi analisar os aspectos afetivos, cognitivos e interpessoais das pacientes. Quatro pacientes foram estudadas. Foram atendidas em ambulatório público e previamente diagnosticadas com depressão bipolar, segundo Entrevista Psiquiátrica (SCID-I/CV-DSM-IV). Resultados indicaram sentimentos depreciativos na autoimagem, conteúdos eufóricos e falta de *insight* sobre a auto-tolerância ao estresse. Aspectos emocionais e cognitivos influenciaram no contexto interpessoal, acentuando o sofrimento. Outros dados qualitativos clínicos foram observados e comentados.

Palavras-chave: Transtorno depressivo bipolar; Afeto; Cognição; Estresse; Rorschach.

Abstract

The bipolar affective disorder induces incapacitation and social isolation, and might lead to suicide. It was a clinical study of multiple cases using the following instruments: Beck Depression Inventory (BDI), Beck Suicide Inventory (BSI), Hamilton Scale of Depression (HAM-D) and the Rorschach, by Exner's Comprehensive System (CS). The objective was to analyze the affective, cognitive and interpersonal aspects of the patients. Four female out-patients who were previously diagnosed as bipolar depressive, by the Psychiatry Interview according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (SCID-I/CV-DSM-IV) criteria were studied. Results had indicated undervalued feelings about themselves, euphoric contents and lack of insight about the self-tolerance related to stress controls. Emotional and cognitive aspects have influenced the interpersonal context leading to increased suffering. Other qualitative and clinic data have been observed and commented.

Keywords: Bipolar depressive disorder; Affection; Cognition; Stress; Rorschach.

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é considerado atualmente como um dos distúrbios psiquiátricos mais graves no mundo. É de caráter crônico, causa incapacitação profissional e social e caracteriza-se pela ocorrência alternada de episódios agudos de mania com momentos ora de depressão, ora remissão (Akiskal, Bourgeois, Angst, Möller, & Hirschfeld, 2000; Fleck et al., 2003; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997; Mattos, 2003). A evolução do quadro leva à diminuição dos intervalos livres entre depressão e mania, piorando as condições mentais, sociais e neuro-psicológicas do paciente (Akiskal et al., 2000; Kaplan et al., 1997; Mattos, 2003).

Segundo o *Manual para Diagnóstico e Estatística* da American Psychiatric Association (APA), quarta revisão, DSM-IV, (1994) a depressão bipolar consiste no conjunto de sintomas que levam a um transtorno de Humor. Os sintomas dos episódios depressivos e maníacos segundo o DSM-IV são de ordem neuro-vegetativa, emocional e cognitiva (APA, 1994), influenciando no afeto, cognição e interação interpessoal e causando sofrimento psíquico importante.

Estudos mostram que nos EUA, na década de 1990, a frequência do transtorno bipolar que era de 1,6% para o tipo I e 0,5% para o tipo II (Akiskal et al., 2000) aumentou para 2,6% para ambos os tipos (Kessler et al., 2006). No Brasil, mais especificamente em São Paulo, estudos constataram a prevalência de 1% na população (Andrade, Walters, Gentil, & Laurenti, 2002).

O transtorno bipolar altera importantes aspectos relacionados com a cognição, afeto e relacionamento interpessoal. Deste modo, influi no modo de pensar e agir, resolver problemas, perceber a si mesmo e ao outro, e, de

* Endereço para correspondência: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, Rua Botucatu, 740, 3º andar, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil, CEP 04023-900. E-mail: carlalch@terra.com.br

O estudo faz parte de pesquisa de Doutorado de autoria da primeira autora, com orientação da segunda autora e co-orientação do Terceiro autor. Apoio Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

tolerar o estresse sentido (Weiner, 2000). O interesse clínico nestes aspectos se dá pelos importantes indicativos psicológicos presentes. Não por acaso, o psicodiagnóstico de Rorschach, pelo Sistema Compreensivo de Exner, utiliza desta análise para a compreensão da personalidade de um sujeito e de grupos.

Em linhas gerais, a cognição abrange os conceitos relacionados com a maneira de se obter, processar e conceitualizar mentalmente uma informação (Exner, 2003). A análise da abordagem à experiência envolve entender maneiras pelas quais o sujeito direciona sua atenção ao meio e percebe os estímulos ao seu redor: “As pessoas se adaptam melhor quando conseguem pensar de modo coerente, lógico, flexível” (Weiner, 2000, p. 118). Do contrário será maior a possibilidade de desajuste psicológico, conforme o autor.

O afeto abrange uma complexidade de emoções e sentimentos os quais permeiam as atividades interpessoais e sociais: auto-percepção, percepção do outro, capacidade de julgamento e pensamento, decisão e de reação frente aos fatos vivenciados (Exner, 2003). As atitudes são controladas também por aspectos afetivos, os quais podem servir de grande instrumento para lidar com dificuldades ou mesmo tornar-se grande empecilho frente às patologias mentais (Exner, 2002).

Segundo Weiner (2000) os relacionamentos interpessoais interagem com a percepção dos estímulos vivenciados, elaboração e interpretação sobre os mesmos e de conceitualização dos fatos. Influídos, sobretudo, por sentimentos e emoções também presentes. Por outro lado, o desajuste social inclui “desinteresse e desvínculo emocional, desconforto no contato com o outro e com situações interpessoais, e, tendência ao distanciamento e sentimento persecutório e/ou de ameaça pessoal frente à interação com o outro” (Weiner, 2000, p. 157-158).

Deste modo, o interesse pelos aspectos cognitivos, emocionais e interpessoais de pacientes bipolares é uma temática presente e relevante para muitos pesquisadores e profissionais da saúde pelo fato de envolver aspectos pessoais e sociais.

Objetivo

Estudar as características de personalidade de pacientes mulheres com transtorno afetivo bipolar no que se refere à cognição, afeto e relacionamento interpessoal.

Método

Estudo de casos múltiplos envolvendo o estudo qualitativo com uso de instrumentos de investigação. Tratou-se de estudo randomizado em que as pacientes foram escolhidas por ordem de chegada, de acordo com os critérios de inclusão.

Participantes

As pacientes foram identificadas com nomes fictícios. Cada paciente foi estudada na ordem apresentada (Ana,

Bianca, Clara, Diana) até obtenção de reincidência de informações, relacionada com peculiaridades do sofrimento psíquico e afetivo (sintomas somáticos e depressivos comuns) intervindo no âmbito cognitivo (auto-depreciação em demasia) e interpessoal (dificuldades sociais e de interação com o outro).

Todas as participantes preencheram os critérios para Transtorno Depressivo Bipolar tipo I, sem sintomas psicóticos, episódio atual depressivo de grau moderado à grave, segundo Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – versão clínica, SCID-CV (Del-Ben et al., 2001). Nenhuma apresentou relato contendo histórico de internação. Segue breve histórico individual:

Ana. Idade de 27 anos, natural de São Paulo, solteira, sem filhos, com ensino superior completo. Sem relato de tentativa de suicídio. Primeira crise depressiva aos 20 anos, com atual quadro depressivo há 06 anos.

Bianca. Idade de 36 anos, solteira, natural do interior de São Paulo, com ensino superior completo. Com relato de tentativa de suicídio. Primeira crise depressiva aos 30 anos, com atual quadro depressivo há 03 anos.

Clara. Idade de 46 anos, natural de São Paulo, casada, com ensino superior completo. Sem relato de tentativa de suicídio. Primeira crise depressiva aos 20 anos, com atual quadro depressivo há 06 anos.

Diana. Idade de 63 anos, natural de São Paulo, casada, com superior completo. Sem relato de tentativa de suicídio. Primeira crise depressiva aos 30 anos, com atual quadro depressivo há 04 anos.

Os critérios de inclusão foram: pacientes atendidas em ambulatório público, com histórico de depressão bipolar em atual episódio depressivo há mais de um ano, evidenciando cronicidade do quadro.

Os critérios de exclusão foram: sintomas e transtornos psicóticos ou qualquer comorbidade (afecção) psiquiátrica atual e passada, demência, transtorno de ansiedade, transtornos mentais, histórico de luto recente (intervalo menor que três anos) ou abuso de álcool e drogas ilícitas. Não houve critério para uso de tabaco, embora nenhuma das pacientes fosse fumante.

Local. A pesquisa foi realizada na cidade de São Paulo, com pacientes previdenciários do Ambulatório de Psiquiatria e Psicoterapia do Centro Clínico de Psicoterapia e Pesquisa (CCPP), vinculado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Escola Paulista de Medicina (EPM). Os dados foram coletados no período entre 2005 e 2006.

Instrumentos

As escalas de depressão complementam-se e diferenciam-se pela abordagem e aplicação (auto-aplicativas ou aplicadas pelo clínico, respectivas BDI e HAM-D) – abrangendo o ponto de vista clínico e aspectos relacionados com a auto-percepção das pacientes. O uso concomitante do BDI e HAM-D permitiu o alinhamento de abordagens da sintomatologia depressiva e é comum em muitas pesquisas (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) O

BSI oferece importantes indícios de ideação suicida que serviram também como um referencial qualitativo sobre o possível risco que as pacientes ofereciam a si mesmas, com caráter profilático. O Rorschach foi utilizado com a intenção de avaliar de modo mais profundo os aspectos cognitivos, afetivos e interpessoais sob uma dimensão de fatores inconscientes tanto ao clínico como ao paciente, os quais podem ser observados por meio deste método (Exner, 2003; Exner & Erdberg, 2005; Weiner, 2000). Segue descrição breve de cada instrumento:

BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; tradução e adaptação de Cunha, 2001). É uma escala de auto-avaliação composta por 21 itens que medem atitudes e características de depressão, apreendendo aspectos principalmente de ordem afetiva e cognitiva, com base em respostas acerca da impressão pessoal sobre o próprio estado, sentimentos e humor (Cunha, 2001). O ponto de corte é: menor que 10 para depressão mínima ou inexistente; 10 a 18 para depressão moderada, 19 a 29 para depressão moderada a grave e acima de 29 para depressão grave. As respostas, entretanto, sofrem influência da capacidade de percepção da realidade e da gravidade do quadro patológico, o qual interfere na capacidade de discernimento de sintomas sentidos (Calil & Pires, 2000).

O BSI (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979; tradução e adaptação de Cunha, 2001). Também é uma escala de auto-avaliação composta por 21 itens que indicam uma extensão de pensamentos ideacionais do sujeito (Cunha, 2001). A escala BSI foi construída para abordar o tema do pensamento suicida em pacientes psiquiátricos ambulatoriais adultos. Cunha (2001) apresenta recomendações para que o instrumento não sirva como fonte única ou completa de informações sobre o tema, também pelo fato de não identificar simulação, confusão ou mesmo distorção ou omissão de fatos importantes por parte do paciente – estes dados foram avaliados por meio das demais escalas, da entrevista psiquiátrica prévia e do Rorschach. Deste modo, o BSI serviu como instrumento a ser avaliado de modo qualitativo, contrapondo seus resultados com achados clínicos. Não há ponto de corte.

A HAM-D (Andrade & Gorenstein, 1998; Hamilton, 1967; versão integral em português em Moreno & Moreno, 2000). É aplicada pelo examinador e abrange principalmente sintomas motores, cognitivos, de ansiedade e de humor; enfatiza também sintomas somáticos, sendo mais sensível às mudanças situacionais, que interferem na dinâmica da personalidade (ver Moreno & Moreno, 2000). A escala HAM-D possui critérios próximos aos da SCID-I, uma vez que baseada em respostas do sujeito e na observação clínica do avaliando (Calil & Pires, 2000). Quanto ao ponto de corte: de 0 até 7 indica depressão ausente, de 7 a 17 depressão leve, 18 a 24 depressão moderada, e acima de 25 depressão grave.

O Rorschach. É baseado na produção espontânea do indivíduo frente à percepção de estímulos pouco estrutu-

rados, pautada na tarefa do sujeito de organizar, articular e atribuir um sentido a eles. Prevalece a liberdade de expressão a partir de um referencial externo com um mínimo de configuração (estímulos/manchas) que possibilita acionar (por em ação) um processo psicológico interno que envolve lembrança, associação, seleção, escolha e comunicação. Desse modo, obtém-se a percepção de dados da personalidade com modo objetivo de amostragem, codificação e delineamento de inferências com base em diferenças individuais de estilos de estruturação cognitiva, apresentadas pelo sujeito (Weiner, 2000). É considerado por muitos estudiosos como o mais completo instrumento para avaliação de dados da personalidade no campo das neurociências, abrangendo importantes peculiaridades para cada caso, conforme relatam Quintana e González (2005).

Propriedades Psicométricas dos Instrumentos. Diversos estudos avaliaram as propriedades psicométricas das escalas BDI e HAM-D e BSI, conferindo resultados positivos para boa confiabilidade, validação de constructo das variáveis observadas e validação discriminante, com alta consistência interna e potencial preditivo, além de adaptação para a população brasileira e língua portuguesa (com ressalvas já descritas em relação ao BSI, vide Instrumentos). Ver Cunha (2001) e Gorenstein e Andrade (2000) para estudos com BDI; Calil e Pires (2000) e Moreno e Moreno (2000) para a HAM-D; Cunha (2001) para estudos com BSI. O rigor psicométrico do método de Rorschach atende aos critérios de confiabilidade, fidedignidade e validação de constructo e de discriminante de variáveis individuais (ver mais detalhes em: Exner, 2002, 2003; Exner & Erdberg, 2005; Weiner, 2000), além da existência de pesquisas normativas brasileiras (Nascimento, 2006) para acompanhar médias e desvios padrões adequados aos valores de cada variável analisada.

Estratégias de Investigação e Procedimentos

As avaliações foram planejadas para se processarem em três sessões com cada participante: (a) explicações sobre pesquisa, assinatura do termo de consentimento, realização da anamnese psiquiátrica e da entrevista SCID-I por psiquiatra, como padrão externo de referência; (b) aplicação da escala HAM-D e dos inventários BDI e BSI; (c) aplicação do Rorschach por psicólogos. O tempo entre as sessões não foi maior que o período de quatro semanas a fim de não permitir uma alteração dos sintomas apresentados entre as avaliações.

Análise dos Dados

A proposta se baseou na avaliação de aspectos idiográfico e nomotéticos por meio da técnica de Rorschach, segundo Sistema Compreensivo (Villemor-Amaral, 2001) e por meio dos dados obtidos nos questionários BDI, BSI e HAM-D. Foram selecionadas três categorias para avaliação: Afeto, Cognição e Relacionamento Interpessoal. A escolha destas categorias justifica-se pelo interesse

clínico também apresentado em pesquisas mencionadas sobre o transtorno bipolar – vide Introdução. Dados sobre ideação ou potencial suicida foram inseridos na categoria Afeto; aspectos sobre estresse na categoria Cognição; fatores relacionados com a percepção de si mesmo e do outro na categoria do Relacionamento Interpessoal. Uma análise qualitativa com base nas imagens temáticas do Rorschach para cada participante foi também proposta com base no estudo de pranchas relacionadas com percepções interpessoais.

Análise Qualitativa das Respostas do Rorschach. Os critérios de Weiner (2000) para interpretação de imagens temáticas e de conteúdo projetivo consistem na avaliação: (a) de respostas contendo distorção de percepção [QF-]; (b) respostas com movimento humano [M]; (c) superelaborações verbais não condizentes com estímulos de cada prancha (respostas mórbidas [MOR], de cooperação [COP] e de agressividade [AG] entre os personagens); temas pessoais (quais os personagens [H, (H)], quais as suas ações [tipo de movimento], o que utilizam [tipo de objeto] e qual tipo de anatomia é visto [An]. As respostas que apresentaram conteúdo suficiente para a análise qualitativa foram relacionadas para cada participante e as pranchas selecionadas para análise foram a II, III e VII as quais remetem às questões interpessoais. Foram consideradas as respostas representativas de conteúdos projetivos e peculiares às pacientes, quando presentes, segundo critérios de Weiner (2000).

Resultados

Condizente com dados de avaliação clínica psiquiátrica dos pacientes, todas apresentaram importantes sintomas depressivos, segundo o DSM-IV (1994). Ana, Clara e Diana apresentaram nível de depressão Grave no BDI e Moderado na HAM-D; Bianca pontuou nível Grave em ambos instrumentos. A Tabela 1 indica as pontuações específicas da BDI e da HAM-D obtidas para cada paciente.

Tabela 1
Resultados da BDI e HAM-D das Quatro Pacientes

| Pacientes | BDI | | HAM-D | |
|-----------|-----------|-------|-----------|----------|
| | Pontuação | Nível | Pontuação | Nível |
| Ana | 35 | Grave | 17 | Moderado |
| Biana | 33 | Grave | 21 | Grave |
| Clara | 33 | Grave | 14 | Moderado |
| Diana | 31 | Grave | 15 | Moderado |

Todas as pacientes apresentaram nível grave de depressão no BDI o que significa que possuem uma auto-percepção enfatizada na gravidade dos sintomas depressivos havendo grande influência do auto-conceito mais

depreciativo. A HAM-D também indicou existência de traços de hipocondria para Diana. Para todas as pacientes houve pontuação para sentimento de tristeza, desesperança, desamparo com menos valia e sentimentos de culpa.

Os sintomas fisiológicos e motores encontrados no BDI das pacientes foram: dificuldade para dormir, fadiga intensificada, falta de apetite e falta de interesse sexual. Apenas Diana não referiu alteração de interesse sexual. Na HAM-D, os sintomas associados com ansiedade psíquica estiveram presentes em todas as pacientes, com intensidade moderada e grave.

O índice DEPI que apresenta 14 variáveis relacionadas a alguns sintomas do quadro depressivo, ligados aos aspectos emocionais, cognitivos e interpessoais, apresentou as seguintes pontuações: Ana, Bianca e Diana com DEPI=4; e Clara com DEPI=2 (ponto de corte =5 para indicativo mais significativo de presença de sintomas depressivos desta ordem).

Os dados do BDI e da HAM-D das pacientes apontam a presença de tristeza intensa e constante, falta de esperança e de perspectivas quanto ao futuro, e irritação contínua. Os dados do Rorschach mostram para todas as pacientes uma grande dificuldade para a troca de afeto. Além disso, todas apresentam afetos dolorosos e emoções bloqueadas [índice de constrição emocional: $SumC' < WSumC$]. Embora insuficiente, as participantes possuem alguns recursos para expressar seus sentimentos de modo mais tranqüilo e adequado em determinados momentos [relação entre as respostas de cor: $FC \leq CF + C$].

Quanto ao equilíbrio entre a participação da emoção e da razão na solução de problemas [índice de vivência: EB], Clara apresentou-se mais tendenciosa a usar de suas emoções em detrimento da razão [EB extratensivo]. Ana e Diana apresentaram também o estilo extratensivo, porém com maior rigidez e inflexibilidade, maior impulsividade e labilidade emocional durante a manifestação de emoções em detrimento do uso da razão de modo não saudável [EB extratensivo persistente]. Bianca apresentou-se lábil, incoerente e imprevisível porque ora fez uso da reflexão ora da afetividade nas situações que demandaram algum tipo de solução de problemas [EB ambigüal]. Além disso, todas apresentaram carência de condições adequadas para lidar com solicitações emocionais e afetivas, tanto internas quanto externas [índice de déficit relacional: $CDI > 3$].

O BSI apresentou ideação suicida mais acentuada para Bianca e Diana. Ana e Clara não apresentaram respostas correspondentes com pensamentos ideacionais ou ato suicida. No BSI, Ana não pontuou nenhum item que afirmasse ideação demonstrando ausência de idéias auto-destrutivas, desejo de se matar durante toda a sua vida e ato suicida. Clara indicou um item da escala, revelando desejo fraco para viver.

Bianca e Diana pontuaram muitos itens da escala relatando pensamentos ideacionais de suicídio de grau moderado a grave, desejo fraco para viver e forte para morrer, muitas razões para morrer – como fuga de problemas, por exemplo – e pouca preocupação com a própria vida frente a uma situação hipotética de risco. Bianca relatou ter tentado suicídio anteriormente em período no qual sentiu um desejo de morrer de grau moderado.

No BDI e na HAM-D todas as pacientes apresentaram acentuada dificuldade para tomar decisões e necessidade de grande esforço para realizar alguma tarefa. Os resultados do Rorschach revelaram percepção adequada da realidade com momentos de maior uso de comportamentos convencionais em Ana, Bianca e Clara [variáveis relacionadas ao teste de realidade: XA%, WDA%, X-%, X+% e Xu% – dentro da expectativa; respostas populares: P um pouco acima da média; índice de alteração de pensamento: WSum6 baixo].

Diana apresentou maior dificuldade em perceber a realidade de modo mais condizente com o contexto geral, com maior tendência a fazer uso de fantasia e modo mais imaturo para apreender suas vivências [XA%, WDA%, X+% rebaixadas; Xu%, X-% elevadas e WSum6 acima do esperado dada a presença dos códigos especiais: verbalização desviante, DV, respostas desviantes, DR, incongruências, INC e fabulações, FAB].

As pacientes Bianca e Diana apresentaram maiores índices de distorção cognitiva [respectivos WSum6= 20 e 19]. Bianca apresentou maior número de desvios da tarefa [DR-I] e Diana relatou maior quantidade de respostas de fabulação incongruente [INCOM-I]. Os tipos de desvio da percepção presentes são demonstrados pelas pacientes de modo subjetivo e possuem características muito peculiares de cada uma. Clara e Ana apresentaram menores valores em índices de distorção cognitiva [respectivos WSum6 = 3 e 2]. Estas pacientes não apresentaram respostas de desvio da tarefa ou de fabulação incongruente, ao contrário das demais.

Além disso, também houve variação nos resultados de processamento da informação. Ana apresentou um percentual de Zf de 87% em relação ao número de respostas [R] em seu protocolo, com DQ+=7 (sem FQ-) e DQo=9.

Bianca apresentou 56% de Zf, com DQ+=4 (sem FQ-), DQo=11 [FQ-=2] e DQv=1 (sem FQ-). Isto indica que, de modo mais adequado e não tão exagerado como em Ana, houve iniciativa para desenvolver o processamento de idéias obtidas no ambiente, entretanto com a presença de algumas respostas não adequadas ao contexto e de conteúdo mais imaturo [respostas desviantes, DV].

Clara obteve 66% de Zf, DQ+= 6 [FQ-=1], DQo=11 [FQ-=3], DQv/+ =2 e DQv=2 (sem FQ-). Os dados sugerem que também houve acentuado esforço para o desenvolvimento do processo de organizar de modo significativo o campo de estímulos apresentado, com boa capacidade de elaboração mental, embora existam res-

postas que indiquem momentos de inadequação e de funcionamento cognitivo infantilizado.

Diana apresentou 27% de Zf com DQ+=2, Dv=3 e Do=13 (com FQ-=7). Os dados indicam nesta paciente uma menor capacidade cognitiva ou escasso nível de motivação e iniciativa com alguma capacidade para realizar operações de análise e síntese do campo de estímulos, porém um tanto influenciada por percepções inadequadas do meio. As pacientes não apresentaram respostas de desvio da tarefa em grau II, considerados mais graves do ponto de vista cognitivo-afetivo [DRII].

Bianca demonstrou boa capacidade para se ater aos detalhes importantes com potencial para manter-se sensível à experiência com eficiência [índices adequados de organização da informação percebida, Zd, e de foco de atenção, Lambda]. Ana também conseguiu manter o foco na realização de suas tarefas, apesar de buscar incorporar o maior volume de detalhes, o que leva à dispersão e prejudica seu desempenho [Zd alto e Lambda adequado]. Clara e Diana apresentaram foco muito restrito, limitaram sua atenção e não conseguiram se ater aos detalhes importantes e ao contexto geral das situações [Zd baixo e Lambda alto].

Nenhuma das pacientes indicou condições para refletir de modo adequado sobre suas necessidades e experiências nem tampouco conseguiu lidar adequadamente com o afeto [índice de experiência efetiva, EA, muito baixo]. Da mesma forma, não conseguiram se dar conta do nível de estresse que vivenciam, não dispoem de um alerta interno necessário e condizente com o grau de estresse sofrido [índice de estresse crônico, nota D = 0, e índice de estresse situacional, nota D Adj= -1]. Ou seja, os indicativos de auto-percepção relacionados ao estresse sentido [nota D e nota Dadj] não estão agravantes o suficiente em relação ao estresse e angústia vivenciados.

O BDI revelou o sentimento auto-depreciativo [ser feia e/ou ter aparência não atraente] com a auto-crítica acentuada e sentimento de ter fracassado mais do que outras pessoas, em todos os casos estudados. Índícios de marcada preocupação acentuada com sintomas físicos e com a saúde também estiveram presentes.

Dados do Rorschach revelaram, em Ana, carência de capacidade empática, percepção mais infantilizada de si mesma e inadequada do outro [respostas de movimento humano, M=zero, e respostas de figura humana, H<(H)+(Hd)+Hd, e de qualidade da representação humana pobre, GHR<PHR], e tendência ao isolamento [índice de Isolamento/R alto]. Os resultados também revelaram presença de reações de disforia, o que indica estado de discriminação e insegurança em relação a seus próprios sentimentos, atribuindo-lhes características positivas e negativas simultâneas a um mesmo estímulo [colshblends>0].

Bianca apresentou condições satisfatórias para formar empatia [M na média], capacidade de criar situações que propiciem interação interpessoal adequada [GHR>PHR],

percepção realística de si e do outro [H>(H)+(Hd)+Hd], não fazendo uso do isolamento [Isolamento/R na média]. Suas dificuldades no campo interpessoal estão mais relacionadas às limitações afetivas para lidar com sentimentos bloqueados, trocar afeto de modo mais adequado e expressar os sentimentos [índice de déficit interpessoal pontuado: CDI=4].

Clara apresentou carência de capacidade de empatia [M zero]. Entretanto, suas percepções de si e do outro são adequadas e amadurecidas [H>(H)+Hd+(Hd)] com maior capacidade de criar situações que permitam trocas relacionais, ainda que mais convencionais [GHR>PHR].

Diana demonstrou dificuldade na capacidade empática, distorção perceptiva relacionada com a interação social [M = 1, DQ-] que está diretamente relacionada com sua dificuldade interpessoal e para lidar com aspectos afetivos [Índice de déficit interpessoal pontuado CDI=4]. Não apresentou interesse suficiente pelo contato com o outro [H baixo, GHR<PHR,] embora não tenha se mantido totalmente isolada do meio [Isolamento/R na média].

Ana e Bianca possuem alguma capacidade de introspecção e reflexão sobre si mesmo [respostas de forma-dimensão, FD, dentro do esperado]. Sentimentos dolorosos e angustiantes também estão presentes para as duas e influenciam o pensamento com aspectos negativos [resposta de sombreado-vista, SumV, elevada]. Bianca apresentou ainda o sentimento auto-depreciativo aumentado, indicativo de maior dificuldade para recuperar sua auto-estima [respostas de conteúdo mórbido, MOR, aumentadas].

Diana apresentou uma atenção adequada a si mesmo [índice de egocentrismo na média] embora não expresse capacidade para reflexão e introspecção adequada [respostas de forma-dimensão, FD, abaixo do esperado]. Em determinados momentos, não apresentou indícios de que possuía auto-imagem depreciativa ou mais negativista [resposta de sombreado-vista, SumV, e de conteúdos mórbidos, MOR, inexistentes] com oscilação de sua auto-percepção entre aspectos fantasiosos e reais. Deste modo, demonstrou manter uma relação lábil de percepção fantasiosa e realista da figura humana com poucas respostas dadas no protocolo de Rorschach [H: (H) + Hd + (Hd) = 1:1].

A análise qualitativa das respostas do Rorschach revelou temores frente ao aspecto interpessoal e tentativas de distanciar-se do relacionamento ou contato com o outro abrangendo falta de maturidade [índice de isolamento; índice de afetividade, Afr, falta de empatia com ausência de repostas de movimento humano, M; e presença constante de imagens humanas fragmentadas ou fantasiosas no Rorschach].

Para Ana, as percepções da figura humana tiveram uma conotação fantasiosa (como personagens de desenho ou filme) além de segmentada ou distante (perfil e pedaços de pessoas / vista do alto, profundidade). Na prancha II, por exemplo, o conteúdo humano foi visto sem condizer

com a forma proposta pela mancha (QF-), indicando ser uma resposta mais relacionada com conteúdos projetivos do que uma mera descrição do estímulo. Esse aspecto reforçou a busca pelo isolamento mediante dificuldade de contato interpessoal e percepção do outro e/ou de si mesmo de modo não condizente. Na prancha III, Ana demonstrou preocupação com a formalidade no relacionamento interpessoal, que é uma maneira de não atingir uma intimidade com o contato [*homem arrumado de traje social*]. Manteve-se com a percepção enfatizada na roupa e as pessoas foram vistas como isoladas, sem contato umas com as outras, indicando distanciamento.

Bianca apresentou-se agitada durante a aplicação do Rorschach, fazendo exclamações e com risos em determinados momentos. Seu comportamento foi mais similar a uma postura eufórica, discrepante com a morosidade geralmente encontrada em pacientes com depressão. Houve, entretanto, rejeição nas pranchas VII e IX, indicando choque emocional frente ao estímulo das pranchas. De um modo geral, Bianca atribuiu características mais valorativas ao conteúdo normalmente percebido pelas pessoas. Na prancha II não apreendeu humanos em relação interpessoal, negando sua presença, porém valorizando o animal percebido [*borboleta lindona, maior que as demais, imponente*]. Na prancha III, Bianca oscilou entre conteúdos mais depreciativos e outros mais valorizados para suas percepções relatadas sobre humanos [*africanas, postura invejável, meninas metidinhas*]. A ambigüidade de sentimentos perante o estímulo permaneceu indicando o fator disfórico na percepção. Houve inferência para a vestimenta, mesmo com o relato da paciente sobre não haver adequação da roupa mencionada e percebida ao contexto real da prancha, podendo sugerir um aspecto narcísico acentuado [*salto alto, acessórios, vestimentas*].

Clara, na prancha II, apresentou uma relação entre animais pautada em uma disputa e briga [*elefantinhos brigando*]. As respostas foram mencionadas no diminutivo como forma de abrandar a presença da agressão. Em seguida, viu uma figura humana não-real, de estória em quadrinhos, do repertório imaturo, havendo, contudo uma expressão de afeto embora não tenha havido percepção de interação entre estas figuras [*bonequinhos vermelhos*]. Na prancha VI e VII, As referências de Clara ao reflexo indicaram necessidade de auto inspeção ainda que isso não seja realizado de modo adequado dada sua percepção de si mesma em desacordo com a realidade existente [DQ-]. O reflexo [*nuvem se refletindo na água*] chega a ser visto até mesmo frente à dificuldade de atribuir uma qualidade evolutiva mais organizada da imagem [DQv]. Estes dados indicam imaturidade e necessidade acentuada de introspecção e preocupação não saudável consigo mesma.

Diana manteve uma persistência entre pranchas II e III do conteúdo de órgão genital feminino, com contexto inadequado [DQ-]. Desse modo, nesses dois momentos a

paciente perseverou de modo qualitativo em uma imagem não correspondente com a realidade externa. Também sugestiva de relação perceptiva com conteúdos sexuais de modo inapropriado, interferindo na qualidade (ruim) do relacionamento interpessoal. Outro aspecto a ser considerado é sobre o fato de Diana ter apresentado traços hipocondríacos em grau moderado na escala HAM-D, o que reforçaria uma auto-percepção mais inadequada e não saudável.

A análise qualitativa dos dados do Rorschach com base em observação clínica das pacientes também permitiu observar que, mesmo em estado de depressão atual, as participantes foram capazes de atribuir conteúdos mais eufóricos aos estímulos dolorosos [respostas de sombreado]. A possível tentativa de inibir o sofrimento por meio de negação de afetos negativos pode ter sido um dos aspectos influentes nessas respostas. Por outro lado, conteúdos auto-valorativos, atribuídos aos personagens relatados no Rorschach, também podem trazer a necessidade de ocultar uma auto-imagem depreciada.

Discussão

As pacientes estudadas apresentaram afeto, cognição e capacidade de relacionamento interpessoal debilitados. Os resultados são coincidentes com os da literatura sobre sintomas e comportamentos de pacientes depressivos bipolares (Akiskal et al., 2000) relacionados com dificuldades afetivas (Leboyer, Henry, Martinot, & Bellivier, 2005); cognitivas (Rocca & Lafer, 2006; Singer & Brabender, 1993); e interpessoais (Akiskal et al., 2000; Kaplan et al., 1997; Mattos, 2003).

Os aspectos subjetivos demonstrados pelo modo de lidar com situações do dia a dia somaram-se a um sofrimento comum ocasionado pelo transtorno afetivo bipolar e suas repercussões. No âmbito afetivo, as pacientes apresentaram tristeza intensa e constante, desesperança, falta de perspectivas, irritação, desamparo, sentimento de culpa e de auto-crítica acentuada. Estes dados corroboram com resultados de Carvalho e Coelho (2005) e Tucci, Kerr-Corrêa e Dalbenc (2001) sobre as queixas de mulheres com depressão.

A dificuldade para troca de afeto com constrição emocional acarretou em um desempenho inadequado de comportamentos sociais ou interpessoais, permeados por maior tendência a haver distrabilidade, dificuldade de concentração e de ordenação dos pensamentos. Estes aspectos estão relacionados com os dados encontrados por Tucci et al. (2001) sobre a tendência de haver um aumento do índice de improdutividade nos casos de pacientes depressivos bipolares em relação aos demais pacientes com transtornos depressivos/afetivos, também considerados incapacitantes. Os afetos dolorosos presentes intensificaram o sofrimento psíquico e diminuíram os recursos para lidar com as demandas emocionais, dados semelhantes aos achados de Leboyer et al. (2005).

Houve ideação suicida presente na maior parte das pacientes confirmando o indicativo de ideação suicida, como sintoma do DSM-IV e em pesquisas de estudos como o de Kogan et al. (2004) por meio de diversificadas manifestações do pensamento sobre a própria morte, possibilitando tentativas de suicídio.

A cognição esteve preservada na verbalização coerente de dados do passado e do presente nestas pacientes. Entretanto, quando relacionada com aspectos afetivos e interpessoais, a cognição passou pela dificuldade na tomada de decisão, no maior esforço para realização de tarefas diárias e na incapacidade para refletir de modo mais adequado sobre a própria condição. O uso exacerbado da fantasia em determinadas situações que envolvam aspectos emocionais torna mais difícil a realização de tarefas neste contexto. A apreensão de vivências de modo mais imaturo esteve diretamente relacionada com esta dificuldade de desempenho e de decisão. A distorção cognitiva encontrada em maior índice nas pacientes Diana e Bianca esteve também relacionada com uma lacuna no desenvolvimento emocional, gerando maior ansiedade e infantilidade. Estes dados sugerem semelhanças com os achados de Singer e Brabender (1993).

A peculiaridade dada pela história de vida e histórico da doença de cada paciente, bem como da composição e estruturação de aspectos psicológicos presentes, influenciou na maneira escolhida por cada uma para esforçar-se à realização da tarefa, perceber a realidade e interagir com o meio. O foco e a capacidade de dar profundidade à percepção da realidade também foram diversificados.

Entretanto, todas as pacientes apresentaram algum tipo de funcionamento infantilizado, com baixa percepção de necessidades afetivas e baixa auto-percepção das reais demandas impostas pelo quadro de cronicidade de transtorno afetivo bipolar. Estes dados corroboram com Singer e Brabender (1993). A cognição acaba, contudo, debilitada pelo embotamento afetivo presente, o qual propicia a desadaptação e incapacitação social e ocasiona isolamento.

Influenciado por fatores cognitivos e emocionais importantes, o relacionamento interpessoal segue atormentado por temores e momentos de isolamento, pelo sentimento nocivo de auto-depreciação e pela auto-crítica acentuada. Os aspectos citados são mencionados em Weiner (2000) ao descrever sobre a personalidade de sujeitos com desajustes sociais.

A visão mais infantilizada das relações interpessoais denotou uma volta aos conteúdos mais fantasiosos e menos realistas, abrangendo deslizes cognitivos e aumentando o sofrimento emocional. Além disso, a ausência de indicativos necessários de percepção do nível de estresse sentido sugere um importante prejuízo nas funções cognitivas, podendo influenciar na adesão ao tratamento clínico causando diversas intempéries e dificultar uma melhora do quadro. Os autores Rocca e Lafer (2006) e Singer e Brabender (1993) trouxeram resultados simila-

res sobre pacientes bipolares estudados. Outros estudos também apresentaram tais aspectos com inclusive preocupação com o processo de cronicidade dos deslizes cognitivos (Akiskal et al., 2000; Kapczinski, Frey, & Zannatto, 2003; Schwartzmann et al., 2007).

Conclusão

A incapacitação social, constrição emocional, infantilização na percepção e dificuldades cognitivas relacionadas com o afeto e o contato com o outro são aspectos encontrados nas pacientes estudadas e condizentes com pesquisas anteriores sobre o tema. O afeto, cognição e relacionamento interpessoal estão debilitados e causam extremo sofrimento. Tais aspectos parecem ser agravados com a cronicidade do quadro depressivo bipolar, mas novas pesquisas precisam ser feitas para comprovar tais impressões. Atentar aos sintomas depressivos e maníacos é extremamente importante. As características peculiares de cada paciente trarão indicativos sobre os caminhos terapêuticos a serem percorridos. A continuidade de pesquisas clínicas pode ajudar a elucidar os aspectos da personalidade relacionados ao estado maníaco-depressivo e trazer mais dados sobre suas consequências.

Referências

- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. I., Angst, J., Möller, H. J., & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic comparison within the broad clinical spectrum of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 59(1), 5-30.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade [Special issue]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-290.
- Andrade, L. H. S. G., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Society of Psychiatry Epidemiology*, 37(7), 316-325.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck depression inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (2000). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. In C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade, & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 65-69). São Paulo, SP: Lemos.
- Carvalho, I. S., & Coelho, V. L. D. (2005). Mulheres na maturidade: Histórias de vida e queixa depressiva. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10(2), 231-238.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi A. W. (2001). Confiabilidade teste-reteste da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – Versão clínica (SCID-CV) traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 156-159.
- Exner, J. E., Jr. (2002). A new nonpatient sample for the rorschach comprehensive system: A progress report. *Journal of Personality Assessment*, 78(3), 391-404.
- Exner, J. E., Jr. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic foundations and principles of interpretation* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Exner, J. E., Jr., & Erdberg, S. P. (2005). *The Rorschach: A comprehensive system. Advanced interpretation* (3rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Del-Porto, J. A., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 114-122.
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (2000). Inventário de Depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. In C. Gorenstein, L. Andrade, & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 89-95). São Paulo, SP: Lemos.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Clinical Psychiatry*, 6(4), 278-296.
- Kaplan, I. H., Sadock, J. B., & Grebb, A. J. (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Kapczinski, F., Frey, B. N., & Zannatto, V. (2003). Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: O que mudou nos últimos 10 anos? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl. 3), 17-21.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Kogan, J., Otto, M., Bauer, M., Dennehy, E., Miklowitz, D., & Zhang, H. (2004). Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Bipolar Disorders*, 6(6), 460-469.
- Leboyer, M., Henry, C., Martinot, M. P., & Bellivier, F. (2005). Age at onset in bipolar affective disorders: A review. *Bipolar Disorders*, (7), 111-118.
- Mattos, P. (2003). Impacto social e econômico da depressão. In D. H. Moreno, M. Bernick, P. Mattos, & T. A. Cordas, *Recuperação em depressão* (pp. 29-40). São Paulo, SP: Livre.
- Moreno, R. A., & Moreno, D. H. (2000). Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e MontGomery-Asberg (MADRS). In G. Clarice, H. S. G. Laura, & A. W. Z. Andrade (Eds.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 71-88). São Paulo, SP: Lemos.
- Nascimento, R. S. G. F. (2006, jun.). Estudo normativo do sistema compreensivo do Rorschach para São Paulo: Resultados dos índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-COM. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 87-97.

- Quintana, M. J., & González, P. S. (2005). El psicodiagnóstico de Rorschach en los trastornos de personalidad. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 2(3). Retrieved from <http://www.psiquiaticohph.sld.cu/hph0305/hph03205.htm>
- Rocca, C. A. C., & Lafer, B. (2006). Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 226-237.
- Schwartzmann, A. M., Amaral, J. A., Issler, C., Caetano, S. C., Tamada, R., Almeida, K. M., et al. (2007). A clinical study comparing manic and mixed episodes in patients with bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 130-133.
- Singer, H. K., & Brabender, V. (1993). The use of the Rorschach to differentiate unipolar and bipolar disorders. *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 333-345.
- Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F., & Dalbenc, I. (2001). Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 79-87.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Villemor-Amaral, A. E. (2001). Técnicas projetivas: O geral e o singular em avaliação psicológica. In F. Sisto, E. B. Sbardellini, & R. Primi (Eds.), *Contextos e questões da avaliação psicológica* (pp. 77-85). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.