

Data de aprovação: 22/03/2019

O MÉTODO DO RORSCHACH NA AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO: UM ESTUDO DE CASO

Discente: Rafael Oliveira Melchuna¹

Docente: Maria Helena de Oliveira²

RESUMO

O presente estudo de caso trata de uma avaliação psicológica realizada através de solicitação escolar com o objetivo de levantar dados sobre os sintomas clínicos de um paciente com suspeita de sintomas de humor deprimido. A avaliação psicológica é um subsídio de extrema importância para investigação, já que se trata de instrumento apoiado em um saber científico, especializado e direcionado para a compreensão acerca da realidade dos fatos, fundamentado em um conjunto de procedimentos técnicos. Para tanto, a avaliação deve abarcar: anamnese; entrevistas estruturadas e relato livre; observação da conduta do examinando em setting avaliativo, e aplicação de testes psicológicos. Para a realização do processo ora apresentado, utilizou-se os seguintes instrumentos: entrevistas livre e estruturada, Método de Rorschach - sistema Klopfer - adaptado para o Brasil por Cícero Vaz (1986), o Teste HTP, projetado por John N. Buck (1983). Por fim, observou-se que o Método do Rorschach auxiliou na avaliação e diagnóstico do quadro clínico sintomatológico da depressão, além de apontar indicativos da psicodinâmica do avaliado, contribuindo significativamente para a elaboração do plano psicoterápico do examinando.

Palavras-chave: Avaliação psicológica. Transtorno Depressivo. Método de Rorschach.

¹ Acadêmico da Pós-graduação de avaliação psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. E-mail: raf8714@hotmail.com

² Professora Orientadora do Curso de pós-graduação em avaliação psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. E-mail: mariahelenadeoliveiras@gmail.com

RORSCHACH'S METHOD IN PSYCHOLOGICAL EVALUATION: DEPRESSIVE DISORDER/

ABSTRACT

The present case study deals with a psychological evaluation carried out through a school request in order to collect data about the clinical symptoms of a patient suspected of having depressed mood symptoms. Psychological evaluation is an extremely important subsidy for research, since it is an instrument based on a scientific knowledge, specialized and aimed at understanding the reality of the facts, based on a set of technical procedures. To this end, the evaluation should cover: anamnesis; structured interviews and free reporting; observation of conduct of the examinee in evaluative setting, and application of psychological tests. The following instruments were used: free and structured interviews, Rorschach method - Klopfer system - adapted for Brazil by Cícero Vaz (1986), the HTP test, designed by John N. Buck (1983)). Finally, it was observed that the Rorschach Method assisted in the evaluation and diagnosis of the clinical symptoms of depression, besides indicating indicative of the psychodynamics of the evaluated, contributing significantly to the elaboration of the psychotherapeutic plan of the examinee.

KEY WORDS: Psychological evaluation. Depressive Disorder. Rorschach method.

1 INTRODUÇÃO

A avaliação psicológica configura-se como instrumento científico a fim de reunir, analisar e interpretar achados psicológicos sob a perspectiva de teorias da Psicologia. Com isso, ela se torna um meio cujo propósito é o auxílio a áreas do judiciário, clínico, médico, organizacional, escolar, esportivo, trânsito, respondendo a diversas demandas que necessitam do olhar do psicólogo.

Em face disso, o processo avaliativo psicológico procura responder de forma ética às questões dos solicitantes, sem, contudo, desobedecer aos parâmetros estabelecidos pelo Conselho Federal de Psicologia.

A escolha do tema se deu em meio a crescente busca por parte de vários profissionais à avaliação psicológica para uma melhor compreensão dos aspectos

da personalidade de seus pacientes e educandos, como também, por toda a relevância do Método do Rorschach enquanto instrumento psicodiagnóstico. Além disso, a decisão pela temática se estabeleceu ante uma solicitação médica para uma avaliação de supostos episódios depressivos, e uma possível adesão psicoterápica por parte do examinando.

Segundo Alchieri (2002), a avaliação psicológica é de suma importância, para a verificação de indicativos do funcionamento cognitivo, emocional e de comportamentos do sujeito, através de uma bateria de instrumentos regulamentados como entrevistas, observação de conduta e aplicação de testagem psicológica. Estes instrumentos são úteis para a compreensão do sujeito e os possíveis encaminhamentos para processos psicoterápicos.

A utilização do Método de Rorschach enquanto instrumento de avaliação de personalidade, se deu a partir de pesquisas e artigos científicos e sua comprovada relevância. Estes demonstram a efetividade do Método de Rorschach no que se refere ao transtorno de humor, visto que aponta indicativos de comprometimentos no afeto de um indivíduo com depressão, como também sobre traços de personalidade. Assim, diante destas evidências, os resultados do Rorschach foram analisados em conjunto com os dados das entrevistas livres e estruturadas, o teste HTP e observação do comportamento do paciente em setting avaliativo.

2.1 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Segundo Mendes e cols apud Hutz (2009) o termo avaliação psicológica tem sido usado para descrever um conjunto de procedimentos que têm por objetivo coletar dados para testar hipóteses clínicas, produzir diagnósticos, descrever o funcionamento de indivíduos ou grupos e fazer previsões sobre comportamentos ou desempenho em situações específicas. Embora historicamente alvo de questionamentos, embasados principalmente no uso inadequado dos testes psicológicos, na falta de qualidade dos instrumentos, na baixa qualidade dos laudos e nos diagnósticos equivocados (Alves, 2009), atualmente o que se nota é um movimento de retomada da área, impulsionado pela publicação da Resolução nº

002/2003 do Conselho Federal de Psicologia, com a criação do Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi) e o estabelecimento do ano 2011 como o Ano da Avaliação Psicológica

Os psicólogos brasileiros seguem um rigor científico no que diz respeito ao processo de avaliação psicológica realizada em um cliente. Com isso, o Código de Ética do Psicólogo e a Resolução CFP nº 007/2003 - como outras - são parâmetros de embasamento de trabalho do profissional em Psicologia nesta área.

A resolução CFP nº 004/2019 (p.3) que institui as regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional retrata:

Na realização da Avaliação Psicológica, ao produzir documentos escritos, a(o) psicóloga(o) deve se basear no que dispõe o artigo 2º da Resolução CFP nº 009/2018, fundamentando sua decisão, obrigatoriamente, em métodos, técnicas e instrumentos psicológicos reconhecidos cientificamente para uso na prática profissional da(do) psicóloga(o) (fontes fundamentais de informação), podendo, a depender do contexto, recorrer a procedimentos e recursos auxiliares (fontes complementares de informação).

Nesse contexto, o conceito de avaliação psicológica (resolução CFP nº 009/2018) se dá como um processo estruturado de investigação de questões psicológicas, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o intuito de levantar informações à tomada de decisão, na área individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas. Além disso, esta nova resolução revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017, as quais tratavam da temática de processo avaliativo por profissionais de Psicologia.

Ademais, o novo documento supracitado enquadra o psicólogo a escolher instrumentos cientificamente comprovados para o uso no trabalho avaliativo, bem como possibilitar a busca de fontes complementares, dependendo do caso. No que se trata das fontes fundamentais, observa-se os testes psicológicos aprovados pelo CFP; entrevistas psicológicas; anamnese; protocolos ou registro observação de comportamentos obtidos individualmente ou por meio de processo grupal e/ou técnicas de grupo. Enquanto as fontes complementares se configuram enquanto técnicas e instrumentos não psicológicos que possuam respaldo da literatura científica da área e que respeitem o Código de Ética e as garantias da legislação da

profissão; documentos técnicos, tais como protocolos ou relatórios de equipes multiprofissionais.

A Cartilha de Avaliação Psicológica (2013) elaborada por Noranha et. al (2013) explana os itens fundamentais no processo de avaliativo psicológico a fim de atingir o propósito estabelecido. Com isso, verifica-se o *levantamento dos objetivos da avaliação* e particularidades do indivíduo ou grupo a ser avaliado. Tal processo permite a escolha dos instrumentos/estratégias mais adequados para a realização da avaliação psicológica; a *coleta de informações* pelos meios escolhidos (entrevistas, dinâmicas, observações e testes projetivos e/ou psicométricos, etc). É importante salientar que a integração dessas informações deve ser suficientemente ampla para dar conta dos objetivos pretendidos pelo processo de avaliação. Não é recomendada a utilização de uma só técnica ou um só instrumento para a avaliação; outro passo peculiar é a *integração das informações e desenvolvimento das hipóteses iniciais*. Diante destas, o psicólogo pode constatar a necessidade de utilizar outros instrumentos/estratégias de modo a refinar ou elaborar novas hipóteses. Por fim, a *indicação das respostas* à situação que motivou o processo de avaliação e comunicação cuidadosa dos resultados, com atenção aos procedimentos éticos implícitos e considerando as eventuais limitações da avaliação.

Nessa dimensão, encontra-se um instrumento privativo do profissional de Psicologia, o teste psicológico. Este, tem por objetivo identificar, descrever, qualificar e mensurar características psicológicas, por meio de procedimentos sistemáticos de observação e descrição do comportamento humano, nas suas diversas formas de expressão, acordados pela comunidade científica (Resolução CFP 9/2018).

A testagem psicológica abrange instrumentos como questionários, escalas, métodos projetivos/expressivos, inventários. O psicólogo possui o poder de escolha do método ou instrumento para o processo avaliativo, uma vez que eles estejam em consonância com as normas do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e respaldados na literatura científica. Além disso, há um Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) criado pelo CFP com o intuito de analisar a qualidade técnico-científica dos testes psicológicos. Estes podem ter status

“favorável”, “desfavorável” ou “não-avaliado”, sendo um informativo para utilização ou não em uma avaliação psicológica. Por conseguinte, o psicólogo verifica no SATEPSI o parecer dado ao instrumento escolhido.

Nesse contexto, as técnicas mais observadas na avaliação psicológica e psicodiagnóstico são:

A) Técnicas psicométricas: com forte característica quantitativa, objetiva e normatizadas. Elas se enquadram em comparações com amostras estudadas na população e utilizam-se de números e da estatística a fim de discorrer acerca de aspectos psicológicos (Pasquali apud Becker, 2011.)

B) Técnicas projetivas: focam a subjetividade do sujeito, logo objetivam, principalmente, analisar o âmbito afetivo-emocional. Pode-se citar o Método de Rorschach, H.T.P, Teste de Apercepção Temática.

Um dos instrumentos que ganha notoriedade é a entrevista clínica. Esta, se configura enquanto uma reunião de técnicas de investigação, com limitação no tempo, orientada por um profissional treinado, que se respalda no saber psicológico, com o intuito de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais e sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor uma intervenção ao sujeito entrevistado (TAVARES, 2013).

No tocante a classificação das entrevistas, elas podem ser estruturadas, semi-estruturadas e de livre estruturação. Nas entrevistas estruturadas a objetividade é observada, pois os questionamentos se direcionam “fechados” ou “delimitados” a fim de obter respostas específicas.

Por sua vez, a entrevista semi-estruturada se refere a visão clara de objetivos que o entrevistador deseja alcançar.

Pode-se citar como exemplo a “entrevista estruturada para o Manual e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM)-V (SCID-5-CV)” como técnica de entrevista semiestruturada. Nesta, encontra-se uma análise dos transtornos psiquiátricos normalmente encontrados no ambiente avaliativo - depressão, transtorno bipolar, transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade (transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade

generalizada), transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de adaptação

Já a entrevista livre, o paciente relata de forma espontânea pensamentos, sentimentos, emoções, comportamentos e outros fenômenos psicológicos. Esta modalidade de entrevista é eficaz, pois permite a reunião de informações sobre o histórico biopsicossocial do cliente, sem alguma interferência ou influência do profissional de saúde. Por conseguinte, a avaliação psicológica torna-se mais rica em detalhes e observações.

Em se tratando da avaliação de aspectos depressivos do caso estudado foram seguidos os seguintes passos:

- a) Contrato avaliativo e rapport: preparar um ambiente agradável e de confiança ao paciente e explicitação ao avaliando do processo que abarca entrevistas livre e estruturadas, técnicas projetivas, sigilo das informações, honorários, quantidade de sessões, horários e tempo total estimado.
- b) Entrevista livre: o paciente nas primeiras sessões expõe a demanda – investigação de quadro sintomatológico depressivo-, encaminhamento de médico clínico geral e relato de emoções e comportamentos prejudiciais à qualidade de vida.
- c) Planejamento de instrumentos para avaliação para confirmação da hipótese inicial – transtorno depressivo.
- d) Entrevista anamnésica: como se deu o desenvolvimento biopsíquico-social do avaliando.
- e) Entrevista estruturada para DSM V – Manual e diagnóstico de transtornos mentais, a fim de analisar, sob uma perspectiva científica, os sintomas relatados pelo cliente.
- f) Observação de conduta em setting avaliativo em relação aos autocuidados do paciente, higiene, vestimentas, linguagem verbal e não verbal
- g) O método de Rorschach no sistema Klopfer que buscou investigar traços psicopatológicos. Junto a isso, foi aplicado o HTP com a finalidade de avaliar os resultados entre duas técnicas projetivas, observando contrastes, comparações e confirmação.

- h) Sessão de devolução de resultados demonstrando os achados psicológicos verificados durante o processo avaliativo, e documentado através de laudo psicológico.

As razões que fundamentam a escolha do Método de Rorschach se relacionam com pesquisas que relatam a utilidade dessa testagem na investigação de psicopatologias, entre estas o transtorno e traços depressivos. Assim, os achados do método são analisados juntos a outras informações das entrevistas, inventários e observação de conduta.

6.4 MÉTODO DE RORSCHACH

O Método de Rorschach se configura enquanto avaliação psicológica de personalidade, de uso exclusivo do profissional da Psicologia. Hermann Rorschach, médico e criador desse método, a partir de observações dos estudos de Szymon Hens com manchas de tinta, começou a demonstrar aos pacientes em grupo manchas experimentais de tintas, preta, e posteriormente, coloridas. A mancha se encontrava espalhada na folha, e então Hermann pedia ao paciente o relato do que visualizava (VAZ, 1997).

Nesse contexto, percebia-se que os pacientes com esquizofrenia tinham o mesmo discurso acerca do conteúdo e localização a partir da observação do estímulo, como também os pacientes com neuroses se motivavam em visualizar fenômenos semelhantes, contudo em áreas distintas na mancha.

Hodiernamente, no Brasil, existem quatro Sistemas de Rorschach utilizados, adaptados e padronizados para a utilização na população brasileira. Os Sistemas Utilizados são os seguintes: 1) Sistema Compreensivo; 2) Sistema Klopfer; 3) Sistema da Escola Francesa de Psicanálise e 4) Sistema de Anibal Silveira (CUSTÓDIO E HISATUGO, 2013). Nessa dimensão, o método pode ser desenvolvido nos contextos clínico, jurídico, organizacional entre outros. Em psicologia clínica o método supracitado pode ser utilizado a fim de avaliar aspectos da personalidade do paciente e psicopatologias, bem como pode-se elaborar - ante achados psicológicos - intervenções e planejamento psicoterápicos.

Ainda na esfera clínica, o Rorschach pode indicar traços psicopatológicos depressivos. Estes podem aparecer como no baixo número de respostas, conteúdos da fala do examinando, ausência e ou número diminuído de percepção de manchas cromáticas, G% elevado e confusão de pensamento de acordo com Vaz (1997).

Já no âmbito jurídico, O Método de Rorschach pode ser utilizado na perícia psicológica forense, em casos judiciais do Direito de Família (avaliação para definição de guarda e regulamentação de visitas), Juizado da Infância e Juventude (avaliação psicológica de candidatos à adoção e de adolescentes autores de ato infracional que estão internados em regime de privação de liberdade), Direito Civil (avaliar a presença de danos psíquicos decorrente de um fato particular traumatizante e avaliar a incapacidade para exercer atos da vida civil – interdição), Direito Penal (averiguação de periculosidade em detentos, da sanidade mental de um indivíduo no momento do crime e de sujeitos que receberam medida de segurança – doentes mentais que cometeram algum delito e que se encontram em alguma instituição psiquiátrica forense) e Direito do Trabalho (avaliar se há nexo causal entre possíveis danos psicológicos causados pelo ambiente de trabalho ou por acidentes ocorridos neste, avaliar pedidos de aposentadoria e de afastamento do trabalho por sofrimento psicológico) (JUNG, 2013).

Neste contexto, para Weiner (2000, apud Jung, 2014) o Rorschach é profícuo em diversas avaliações psicológicas periciais com o intuito de analisar a personalidade em razão das suas características psicométricas e projetivas, o que o configura uma testagem completa, rica e colossal na avaliação quantitativa, qualitativa, nomométrica e idiográfica da personalidade. Segundo Gacono, Evans e Viglione (2008 apud Jung, 2013) as ricas características do Rorschach torna-o um dos testes mais utilizados, aceitos e requisitados na prática psicológica forense, mas os mesmos autores recomendam alguns cuidados no momento de escolhê-lo capaz para compor uma bateria, tais como: avaliar se as variáveis do Rorschach são capazes de responder à questão legal alvo da investigação psicológica; se há normas e validade de construto para a população forense, a partir da qual se possa comparar o desempenho do sujeito avaliado; e caso o Rorschach não seja capaz de medir diretamente o comportamento alvo da investigação (como competência

parental em disputa de guarda e avaliar se suas variáveis podem informar acerca de tendências comportamentais e atributos de personalidade pertinentes ao caso (exemplo, controle emocional) de acordo com Gacoco, Evans e Viglione citado por Jung (2013).

Algumas considerações acerca do método:

A) Percepção

Em se tratando das respostas globais (G) - aquela que abrange toda a mancha -, o indivíduo reuni vários aspectos da mancha e estante. Por sua vez, as globais contaminadas se observam em pessoas com esquizofrenia. Observa-se isso em duas respostas fundidas e dupla interpretação da imagem. A fuga e fantasia demonstradas através da G% elevada refere-se a estados depressivos.

A percentagem normal de respostas globais na síntese integrativa normal é de 20% a 30% relacionando ao número de respostas.

B) Determinantes

As respostas formais se manifestam no contorno da mancha e configuram-se como F+, F- ou F+- em relação às respostas dadas com mais constância em referências dos manuais do Rorschach. Os indicativos do F+ retratam capacidade de atenção, de rotular com precisão e de juízo crítico. Nas pessoas ditas “normais” é comum oscilar entre 75 e 80%, contudo em pessoas com humor deprimido, com esquemas rígidos e de escassa imaginação podem chegar a 100%.

C) Movimento

Respostas de movimento se revelam quando a figura executa um movimento (cinestesia). O número destas evidenciadas no protocolo em relação a produtividade da inteligência denotam o nível mental do indivíduo, à medida que aumenta a quantidade de respostas M (movimento humano), eleva-se o grau de mentalidade do examinando. Logo, os que apresentam desajustamento emocional não apresentam este tipo de resposta.

D) *Respostas de cor*

No que tange aos registros cromáticos revela um elemento da personalidade como afetividade (emoções, sentimentos e afetos), bem como intensidade, nível de tensão, complexidade e controle das emoções (ADRADOS, 2000). Os significantes das respostas cor em consonância com a escola americana se classificam enquanto FC (forma cor) no momento em que o dado cromático possui um comprometimento secundário na construção da resposta. Já na CF (cor forma) quando a cor é o aspecto fundamental, todavia o componente forma é visualizado. Por conseguinte, as respostas C retratam a percepção de cor pura.

No que se trata o valor simbólico dos cartões - indicadores depressivos, algumas considerações gerais:

Cartão II - é possível que estimule ameaça, perigo e excitação. Requer a utilização da esfera afetivoemocional em detrimento da lógica.

Cartão III – refere-se a mancha do relacionamento interpessoal. Pode levantar informações acerca de conflitos na interação humana e integração com as pessoas, revelando ódio e raiva internos canalizados ao outro.

Cartão IV – ganha significado paterno e figuras que demonstra autoridade para o avaliando. Estimula a impressão de humor alterado, conversão de agressão em submissão, arrependimento, impotência e angústia de caráter sexual.

Cartão V – comunica a realidade e expressa a o “self” do avaliando; narcisismo é um dos fenômenos ocorridos, visto que há uma maximização ao conteúdo verbalizado. É o cartão que retrata o próprio indivíduo (VAZ, 1997).

Cartão VIII – devido as cores no cartão, há uma mobilização de sentimentos. Pode significar o ambiente externo provocando emoções, aspecto sócioafetivo e pela presença de animais, instinto e capacidade de ação.

Cartão IX – pode provocar conflitos e questões existenciais que a pessoa se sente impossibilitada de elaboração ou na forma de lidar

Cartão X – resume os estímulos dos cartões anteriores, seja na cor, seja na disposição das manchas. Pode demonstrar a dinâmica das relações interpessoais. Estimula menos perturbação nas pessoas consideradas normais.

6.3 TRANSTORNO DEPRESSIVO

O transtorno depressivo é uma condição que leva o indivíduo a experimentar um comprometimento, do ponto de vista negativo, no humor e no âmbito fisiológico. Com isso, o funcionamento social, familiar, acadêmico, laboral é prejudicado, além do sofrimento subjetivo vivenciado pelo sujeito. Assim, os fatores de risco contribuintes para o desenvolvimento e manutenção do transtorno podem ser genéticos, neuroquímicos e ambientais (DSM V, 2014).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)-V (2014, pp. 160-161), os critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior são: A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado).
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco. Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Em face disso, a classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 aponta o episódio depressivo como F32:

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento no humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono

e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Os episódios podem ser de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID)-10: **F32.0 Episódio depressivo leve:** Geralmente estão presentes ao menos dois ou três sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado: Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos: Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da autoestima e ideias de desvalia e culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral guma série de sintomas “somáticos”. Depressão: agitada ou maior ou vital.

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos: Episódio depressivo correspondente à descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais se tornam impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo. Episódios isolados de: depressão; maior com sintomas psicóticos; psicótica; psicose depressiva; psicogênica; reativa.

F32.8 Outros episódios depressivos: Depressão atípica; Episódios isolados de uma depressão “mascarada” SOE

F32.9 Episódio depressivo não especificado: Depressão SOE; Transtorno depressivo SOE.

Segundo a folha informativa sobre depressão de março/2018 (OMS) o transtorno é frequente, sendo que mais de 300 milhões de pessoas do mundo, de toda as idades desenvolvem-na. Já no Brasil, a doença manifesta em 11,5 milhões

de pessoas (5,8% da população), sintomas de ansiedade afetam mais de 18,6 milhões de brasileiros (9,3% da população).

Ainda de acordo com a OMS (2018) a depressão é o fator principal de origem incapacidade na população mundial e influência, sobremaneira, para a carga global de doenças. Além disso, o transtorno afeta mais pessoas do sexo feminino. Outra possibilidade de ocorrência é o suicídio, uma vez que 800 mil pessoas cometem a cada ano - sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos.

Nessa dimensão, observa-se que pacientes com depressão podem apresentar uma vulnerabilidade cognitiva a desenvolver pensamentos e crenças disfuncionais. Isso ainda serve como manutenção ou desenvolvimento de psicopatologias. Esquemas cognitivos distorcidos ou irrealistas a respeito de si, do mundo e/ou do futuro são observados, exemplos: *“sou culpado por tudo que está acontecendo”*; *“sou um inútil”*; *“não haverá um futuro promissor para mim”*; *“o mundo é um lugar desinteressante para viver”*; *“nada possui sentido”*; *“perdi o sentido da vida”*; *“detesto me relacionar com pessoas”*.

Segundo Knapp (2004), após estudos científicos, a pessoa com sintomas depressivos mantém um padrão de pensamentos rígidos, inflexíveis, absolutistas, generalistas com conteúdos de autodepreciação, catastrofização, adivinhação, rotulação, desqualificação do positivo, inferência arbitrária, raciocínio emocional, personalização entre outros. Por conseguinte, quando o paciente modificasse as distorções cognitivas e elaborasse esquemas funcionais e adaptativos, ocorreria um alívio nos sintomas emocionais e desenvolvimento de comportamentos adequados a qualidade de vida.

A conceitualização das distorções de pensamentos expandidas por Knapp (2004): 1. CATASTROFIZAÇÃO – Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar no que aconteceu ou irá acontecer será terrível e insuportável. Eventos negativos que podem ocorrer são tratados como catástrofes intoleráveis. Ex.: “perder o emprego

será o fim da minha carreira”, “eu não suportarei a separação da minha mulher”, “se eu perder o controle será o meu fim”.

2. RACIOCÍNIO EMOCIONAL (emocionalização) - Presumir que sentimentos são fatos. “Sinto, logo existe”. Pensar que algo é verdadeiro porque tem um sentimento muito forte a respeito (na verdade, um pensamento). Deixar os sentimentos guiarem a interpretação da realidade. Presumir que as reações emocionais necessariamente refletem a situação verdadeira.

3. POLARIZAÇÃO (PENSAMENTO TUDO-OU-NADA, DICOTÔMICO) – Ver a situação em duas categorias apenas, mutuamente exclusivas, em vez de um continuum. Perceber eventos ou pessoas em termos absolutos. Exemplos: “Deu tudo errado na festa”, “Devo sempre tirar a nota máxima, ou serei um fracasso”, “ou algo é perfeito, ou não vale a pena”, “todos me rejeitam”, “tudo foi uma perda de tempo total”.

4. ABSTRAÇÃO SELETIVA (VISÃO EM TÚNEL, FILTRO MENTAL, FILTRO NEGATIVO) – Um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto outros aspectos relevantes da situação são ignorados. Uma parte negativa (ou mesma neutra) de toda uma situação é realçada, enquanto todo o restante positivo não é percebido. Exemplos: “Veja todas as pessoas que não gostam de mim”. “A avaliação do meu chefe foi ruim (focando apenas um comentário negativo e negligenciando todos os comentários positivos).

5. ADIVINHAÇÃO: Prever o futuro. Antecipar problemas que talvez não venham a existir. Expectativas negativas estabelecidas como fatos. Exemplos: “não irei gostar da viagem”, ela não aprovará meu trabalho”, “dará tudo errado”.

6. LEITURA MENTAL: Presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis. Exemplos: “Ela não está gostando da minha conversa”. “Ele está me achando inoportuno”. “Ele não gostou meu projeto”.

7. ROTULAÇÃO: Colocar um rótulo global, rígido em si mesmo ou numa pessoa, em vez de rotular a situação ou o comportamento específico. Exemplos: “Sou incompetente”, “Ele é uma pessoa má”. “Ela é burra”.

8. DESQUALIFICAÇÃO DO POSITIVO – Experiências positivas e qualidades que conflituam com a visão negativa são desvalorizadas porque “não contam” ou são triviais. Exemplos: “O sucesso obtido naquela tarefa não importa,

porque foi fácil”. “Isso é o que as esposas devem fazer, portanto, ela ser legal comigo não conta. Eles só estão elogiando meu trabalho porque estão com pena.

9. MINIMIZAÇÃO E MAXIMIZAÇÃO– Características e experiências positivas em si mesmo, no outro e nas situações são minimizadas, enquanto o negativo é maximizado. Exemplos: “Eu tenho um ótimo emprego, mas todo mundo tem”. “Obter notas boas não quer dizer que sou inteligente, os outros obtêm notas melhores do que as minhas”.

10. PERSONALIZAÇÃO – Assumir a culpa ou responsabilidade por acontecimentos negativos, falhando em ver que outras pessoas e fatores também estão envolvidos nos acontecimentos. Exemplos: “O chefe estava com a cara amarrada, devo ter feito algo errado”. “É minha culpa”, “Não consegui manter meu casamento, ele acabou por minha causa”.

11. HIPERGENERALIZAÇÃO - Perceber num evento específico um padrão universal. Uma característica específica numa situação específica é avaliada como acontecendo em todas as situações. Exemplos: Eu sempre estrago tudo. Eu não me dou bem com mulheres.

12. IMPERATIVO (“deveria” e “tenho-que”) - Interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, em vez de simplesmente considerar como as coisas são. Afirmativas absolutistas na tentativa de prover motivação ou modificar um comportamento. Demandas feitas a si mesmo, aos outros e ao mundo para evitar as consequências do não cumprimento dessas demandas. Exemplos: Eu tenho que ter o controle sobre todas as coisas. Eu devo ser perfeito em tudo que faço. Eu não deveria ficar incomodado com minha esposa.

13. VITIMIZAÇÃO - Considerar-se injustiçado ou não entendido. A fonte dos sentimentos negativos é algo ou alguém, havendo recusa ou dificuldade de se responsabilizar pelos próprios sentimentos ou comportamentos. Exemplos: Minha esposa não entende meus sentimentos. Faço tudo pelos meus filhos e eles não me agradecem.

14. QUESTIONALIZAÇÃO (E se?) - Focar o evento naquilo que poderia ter sido e não foi. Culpar-se pelas escolhas do passado e questionar-se por escolhas futuras. Exemplos: Se eu tivesse aceitado o outro emprego, estaria melhor agora. E

se o novo emprego não desse certo? Se eu não tivesse viajado, isso não teria acontecido.

Já a Psicanálise realiza uma leitura da depressão como uma fixação na fase oral (0-1 ano de idade) do desenvolvimento psicosssexual da criança, onde esta não é suprida o suficiente em suas necessidades instintuais, assim possibilita o estabelecimento de humor deprimido e sensação de falta. Há fases na evolução psicosssexual nas quais o prazer percorre zonas erógenas, no corpo do sujeito, desde do início de vida. Cada etapa do desenvolvimento psicosssexual fornece tentativa de fixação de acordo Mendes, Viana e Bara (2014, pp. 423-431).

7 METODOLOGIA

Participou deste estudo de caso um adolescente (idade) a fim de avaliação de sintomas no humor que o comprometera em prejuízos emocionais, sociais, escolares e familiares. Após um atendimento e observação do psicólogo da escola do avaliando, fora relatado aos genitores deste e encaminhado para avaliação clínica, com o intuito de levantar possibilidade de diagnóstico e elaboração de intervenções.

Para a avaliação psicológica solicitada foram realizadas seis sessões de avaliação psicológica com duração média para cada encontro de cinquenta minutos, perfazendo um total de aproximadamente seis horas. Os métodos e instrumentos utilizados foram: relato livre, entrevista semiestruturada e estruturada, anamnese com os pais do adolescente como também com o examinado; aplicação da técnica projetiva de desenho HTP e do Método de Rorschach (sistema Klopfer) com o adolescente; a observação da conduta do avaliando no setting avaliativo; leitura de relatório escolar; entrevista de devolução e entrega de laudo psicológico.

8 ANÁLISE DOS DADOS

Nas entrevistas psicológicas, na observação de conduta e os resultados do método HTP apresentaram indicadores depressivos.

Os indicativos do método de Rorschach foram:

O tempo de reação se mostrou demorado em relação ao esperado, sendo mais de vinte e cinco segundos em média. Já tempo de duração na maioria dos cartões fora mais de sessenta segundos.

Em relação as cores em determinados cartões, fora mencionado o preto e cinza e não mencionou cores em pranchas cromáticas. Verifica-se o número de respostas FC' menor que C'F+C, indicando traços depressivos.

Apresentou o fenômeno “choque de reação” juntamente com a fala “não consigo fazer isso”, apontando sentimento de incapacidade.

O examinando projetou nas pranchas II, IV, V, VII e IX pessoas cometendo suicídio, sagrando e se encontravam sem sentido para viver, como também relatou visualizar um cemitério e um cortejo. Figuras humanas solitárias, melancólicas, tristes. Outra figura foi o anjo da morte que viria buscar alguém que sentira vontade de morrer. Um animal morto e outro irritado. Uma pessoa que se irava no momento que alguém se aproximava-se para interagir.

Nas pranchas III e VI verbalizou uma figura de uma mãe distante e fria, enquanto um pai rude e autoritário, pronto para agredir. Na lâmina I o avaliado discursou “Vejo sangue”; “tudo o que eu sofri no passado”; “morte”; “lembra duas partes, duas caras, uma feliz ou triste. Uma cara feliz era antes do bullying”; “vejo uma pessoa morrendo por doença, ela me maltratava, e agora está morrendo”. Estas falas denotam descontrole emocional, fixação e ruminação de eventos passado, como também ideação de morte, desejo por vingança, logo afetam o humor do adolescente, repercutindo negativamente nos âmbitos sociais, familiares e escolares.

Nos cartões de relacionamento social disse não parecer com nada. Aparentou estar com baixa energia, desmotivação para realização do teste psicológico, queria voltar para a cama dele.

Na síntese integrativa e no protocolo do método verifica-se que o adolescente apresenta:

G (38%) - comprometimento na capacidade de percepção, na visão de conjunto e de síntese.

Presença de DG confabuladas – uso de fantasia, fuga da realidade (o avaliando se vinga, mata seus opressores no imaginário).

Dd (29%) – comprometimento na capacidade de análise e de senso de observação.

F + (150%) - Pensamento lógico do indivíduo não sofre interferência de ordem afetivoemocional. A expressão em seu aspecto de precisão, coerência e organização encontram-se preservadas.

M/FM (4/0) - Observa-se respostas de movimento humano de baixa qualidade pelas quais indicam inibição, ansiedade e relacionamento interpessoal receoso e tenso.

G/M (7/4) - aspirações estão sendo conduzidas em nível de fantasia.

1CF – reage aos estímulos emocionais de forma precariamente controlada. Escapes agressivos.

3C – descontrola no sistema afetivoemocional.

2C` - tendência depressiva

FC < CF + C – ao ser mobilizado afetiva e emocionalmente, sofre dificuldades em reagir de modo adequado quanto à adaptação no relacionamento interpessoal. Reações emocionais precipitadas.

C – F (presença de cor forçada) - pessoa afetivamente lábeis, receosas no investimento afetivo em outras pessoas, bem como temerosas em receber afeto. Tendência a não aprofundar relacionamento amistoso.

Tipo de vivência introversivo – afetividade mais intensa. Pensa, elabora mentalmente mais do que age.

Presença de conteúdo de humano descaracterizado (H) - relacionamento interpessoal receoso, cauteloso e controlado.

Indicativo de conteúdo sangue – descontrola emocional, incapacidade de adaptação afetiva e de relacionamento com pessoas.

9 DESCRIÇÃO DE RESULTADOS

O Método Rorschach auxiliou a avaliação psicológica a fim de apresentar indicadores depressivos e dinâmica de personalidade do avaliando. Os resultados corroboraram com os sintomas descritos no Manual diagnóstico e estatístico de

transtornos mentais (DSM) V e Classificação internacional de doenças (CID) 10, além das entrevistas e observação de conduta realizados no setting avaliativo. Com isso as características encontradas foram humor deprimido e melancólico, irritabilidade, baixa energia, perda de prazer em atividades que outrora tinha, isolacionismo, inatividade, ruminação mental, ideação de morte e suicida, psicoses, ganho de peso e aumento do apetite, baixa autoestima e desesperança em relação ao futuro.

Nesse contexto, verificou-se o auxílio do método de Rorschach a fim de conclusão de psicopatologia do adolescente avaliado. Por conseguinte, o método Rorschach se encontra como instrumento de avaliação a fim de avaliar alguns transtornos mentais, como a depressão.

10 CONCLUSÃO

A utilização do Método de Rorschach mostrou-se relevante e pertinente na avaliação psicológica do caso supracitado, auxiliando no diagnóstico do quadro depressivo, bem como para o fechamento do diagnóstico “transtorno depressivo recorrente” classificado no Código Internacional de Doenças (CID) 10 como F33. O adolescente recebeu a devolutiva dos resultados do processo avaliativo e foi encaminhado para acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico, como também houve uma orientação para a família do avaliando no sentido de melhor compreender o quadro sintomatológico do avaliando.

A partir do presente trabalho, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas no intuito de uma melhor verificação da aplicabilidade do Método de Roschach no diagnóstico de quadros depressivos, contribuindo para o desenvolvimento da psicologia e seus métodos, técnicas e instrumentos

REFERÊNCIAS

ADRADOS, I. **Teoria e prática do teste de Rorschach**. 12. ed.- Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BUCK, John N. **HTP: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação/** John N. Buck; tradução de Renato Cury Tardivo; revisão de Iraí Cristina Boccato Alves. 1.ed. São Paulo: Vetor, 2003.

CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico** - v. 5. ed. Revisada e ampliada - Porto Alegre: Artmed, 2000.

HISATUGO, C. L. C.; CUSTODIO, E. M. **Avaliação psicológica e da personalidade e o estudo normativo do rorschach para o uso em crianças brasileiras.** 2013.

HUTZ, C. S. (2009). Ética na avaliação psicológica. In C. S. Hutz (Org.). **Avanços e polêmicas em avaliação psicológica** (p. 297- 310). São Paulo: Casa do Psicólogo.

JUNG, F. H. **Revista On-Line IPOG ESPECIALIZE.** Avaliação psicológica pericial: áreas e instrumentos. Goiânia, 2014.

KNAPP, P. et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**– Porto Alegre: Artmed, 2004.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em <<https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MENDES, E. D.; Viana T. C.; Bara O. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, Out-dez 2014, v. 30 n.4, p.423-431.

NORONHA, Ana P. et al. **Cartilha Avaliação Psicológica.** Disponível em <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Cartilha-Avaliaca-psicologica.pdf>>
ONU BR. Nações Unidas do Brasil. Disponível em <<http://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ONU BR. Nações Unidas do Brasil. Disponível em <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822>. Acesso em: 15 jun. 2018.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. v.1.

Resolução CFP nº 004/2019. Manual de elaboração de documentos decorrentes de avaliações psicológicas.

VAZ. C. E.; O Rorschach. **Teoria e Desempenho.** 3. ed. São Paulo: Manole, 1997.