

ESTUDO SOBRE DEPRESSÃO NO ÂMBITO ANALÍTICO DO TESTE DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA-TAT¹

Raissa Araújo de Oliveira²

Geórgia Martins Baeta Neves³

RESUMO

A depressão figura como uma das principais formas de manifestação do sofrimento psíquico presente na contemporaneidade. O presente estudo abrange uma breve discussão das características da depressão, a verificação do Teste de Apercepção Temática como instrumento de Investigação e análise da depressão. O método do presente artigo será por meio de uma revisão bibliográfica. Foi percebido ao longo da discussão que o instrumento utilizado para identificar traços da patologia descrita desempenha tal papel, contudo desempenha papel complementar para a conclusão do diagnóstico da depressão. Destaca-se a importância desse teste, vista a liberdade que ele proporciona para o sujeito no sentido de não haver uma única resposta conclusiva.

Palavras-chave: Depressão. TAT. Sofrimento psíquico. Análise. Instrumento.

STUDY ON DEPRESSION IN ANALYTICAL FRAMEWORK OF THEMATIC APPERCEPTION TEST - TAT

ABSTRACT

Depression ranks as one of the main manifestations of psychological distress present in modern times. This study covers a brief discussion of the characteristics of depression and checks the Thematic Apperception Test as a tool for research and analysis of depression. The method utilized in this article will be a literature review. Was perceived throughout the discussion that the instrument used to identify traits of the described pathology plays such a role, but plays complementary role in concluding the diagnosis of depression. Highlights the importance of this test, owing to the freedom it provides to the person in the sense that there is no single definitive answer.

Keywords: Depression. TAT. Psychological distress. Analysis. Instrument.

¹ Artigo científico desenvolvido pela primeira autora sob orientação da segunda, para obtenção de Título de Especialista em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Natal/RN – Brasil.

² Psicóloga, Graduada pela Universidade Potiguar (UnP) e discente da Especialização em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Natal/RN – Brasil.

³ Professora Orientadora da Especialização de Avaliação Psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte-UNIRN.

1 INTRODUÇÃO

A depressão representa um estigma social, as pessoas que estão com depressão são taxadas, por vezes, de loucas ou fracas. Trata-se, atualmente, de um dos principais temas em saúde mental. A desmitificação sobre essa patologia se faz necessária e a discussão sobre essa temática ajuda tanto o sujeito acometido pelo transtorno, como também os familiares e leigos. Ademais, é importante que se possa detectar os sintomas apresentados, unindo-os com seu significado, dentro de um momento específico da vida do sujeito que procura o atendimento.

Dentro deste cenário, o estudo abordará uma breve contextualização histórica acerca da depressão, seus aspectos conceituais, critérios diagnósticos e a categorização do CID- 10 e do DSM-V. Além do tratamento medicamentoso e psicoterápico por meio da Terapia Cognitivo Comportamental.

Nesse interim, o Teste de Apercepção Temática (TAT) foi o teste escolhido para ser o instrumento de psicodiagnóstico que será instrumento nas investigações psicológicas, tanto na psicopatologia, como no estudo dos sintomas. Além disso, propõe um princípio de transcrição, extraindo das histórias elaboradas, as analogias possíveis com a história da vida e com os problemas do sujeito.

A revisão bibliográfica foi realizada pelas seguintes fontes: Moreno, Lima, Freitas, Murray, Beck, Monteiro e entre outros.

2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA ACERCA DA DEPRESSÃO

O estado melancólico na Grécia antiga era visto como um castigo imposto pelos deuses devido aos comportamentos “inapropriados”. O pai da medicina Hipócrates (460-377 a.C.), foi pioneiro quando considerou os comportamentos “anormais” sendo naturais, sem sobressaltar o sobrenatural, como ocorria naquela época.⁴ No século I da era Cristã, o médico grego Areteu da Capadócia, foi autor dos estudos que trouxeram para a atualidade a ideia da doença maníaco-

⁴ TEODORO, Wagner Luiz. Depressão: corpo, mente e alma. 3 ed. Uberlândia, 2010.

depressiva, tendo participação marcante para o entendimento dos quadros de depressão.⁵

Os negros no período da escravidão no Brasil, isolados de seus países e famílias e sem sua liberdade, eram acometidos por uma intensa nostalgia conhecida por “banzo”, podendo-se pensar que naquele momento estavam com depressão. Por conseguinte, Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, no final do século XIX, descreveu uma divisão dos quadros psicóticos em dois grandes grupos: demência precoce e insanidade maníaco-depressiva.⁶ Os seus estudos, desse modo, serviram de base para a atualização das classificações dos transtornos mentais.

Visto isso, entende-se que embora as causas da depressão estejam amplamente relacionadas aos problemas da atualidade, fica claro que essa forma de sofrimento psíquico já existia ao longo da história.

Consoante Tavares (2010), o qual trouxe a temática da depressão para os dias de hoje, quando relatou que se pode discutir sobre o panorama social que esta desenha atualmente, cujo requisito prévio são os sentimentos de desamparo e mal-estar que acompanham o ser humano. Outrossim, o uso excessivo de fármacos que tenta amenizar as manifestações desse estado depressivo, ignorando as questões subjetivas e respectivas a esse sentimento.

Posto isso, sabe-se que o meio social não oferece um tempo para poder expressar essa vivência e o sujeito experimenta uma sensação de desamparo. Com isso, pode-se pensar de certa forma, que a contemporaneidade contribui para a existência de modalidades de “psicopatologias” ou como explanado anteriormente “mal-estar”, onde em decorrência da medicalização imediata de qualquer mal que possa acometer o sujeito, pensando numa perspectiva que até algumas práticas de saúde utilizam de normatizar o indivíduo.

Ademais, frisa-se que alguns autores dedicaram-se a compreender a depressão como o mal da contemporaneidade, ou da pós-modernidade, como preferem alguns estudiosos, e com isso passaram a fazer relação com a organização social, econômica e política predominante neste tempo.

⁵ TEODORO, Wagner Luiz. Depressão: corpo, mente e alma. 3 ed. Uberlândia, 2010.

⁶ TEODORO, Wagner Luiz. Depressão: corpo, mente e alma. 3 ed. Uberlândia, 2010.

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DA DEPRESSÃO

Antes de explanar sobre os conceitos que alguns autores discorrem sobre a temática, é necessário pensar na singularidade do sujeito, pois a sintomatologia da depressão será diferente de indivíduo para indivíduo. Nesse transtorno, cada sujeito manifestará os sintomas de forma única.

De acordo com Rangé (2012) a depressão é um transtorno de humor abarcando fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais, econômicos e religiosos, por exemplo, podendo estar presente em diversos distúrbios emocionais. Nessa toada, pode surgir como sintoma de alguma doença, coexistir com outros estados emocionais ou pode ser o motivo desses sofrimentos.

Para dar continuidade à discussão dos conceitos da depressão, é necessário diferenciar os estados normais de tristeza que acometem o sujeito de uma depressão. Pode-se dizer que a tristeza é um estado pontual, por exemplo, o sujeito não passou em uma seleção de trabalho, com isso o tempo para superar é singular de cada sujeito. Já a depressão a passagem do tempo não apresenta-se como uma possibilidade de elaboração do evento que aconteceu.

Conforme Teodoro (2009) a tristeza é uma reação emocional normal às diversas circunstâncias frustrantes que acontece na vida. Contudo, as atividades são retomadas depois de um curto tempo de elaboração e adaptação. O autor também aduz, que o período não costuma passar de 6 a 8 semanas e normalmente não necessita de intervenções psicoterápicas ou médicas.

A depressão mostra-se com maior intensidade, quando revela angústia, autodesvalorização e desmotivação, podendo durar meses ou anos. De modo que, também pode afetar a vida pessoal, social, profissional e familiar do sujeito. Diante deste cenário, as verdadeiras causas da depressão nem sempre são percebidas pelo doente e pelas pessoas com quem convive, por estarem carregadas de processos psicológicos e orgânicos complexos. Nesse quadro, é necessário apoio profissional especializado médico e psicológico.

Ademais, a depressão associa-se a elevados riscos de mortalidade e morbidade por conta da natureza recorrente e da sintomatologia persistente, levando

a diferentes graus de incapacitação e riscos de suicídio (MORENO, MORENO E SOEIRO-DE-SOUZA, 2014).

Conforme Moreno, Moreno e Soeiro-de-Souza (2014), a teoria mais aceita hoje em dia acerca da depressão, na qual trata-se da noção de que um episódio depressivo seria o resultado da complexa interação de processos biológicos, psicológicos e genéticos. Além disso, a herdabilidade da depressão foi estimada em 40 a 50 %, deixando o espaço para os fatores socioambientais.

Com efeito, existem alguns fatores de riscos ambientais que atuam como desencadeadores da depressão no sujeito, bem como: uso de substâncias psicoativas (álcool, drogas), privação de sono (alterando os ritmos biológicos) e os eventos adversos precoces como perda familiar, abuso físico ou sexual na infância, baixo suporte social e entre outros.

Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo (Del Pino, 2003). O psicodiagnóstico consiste em uma avaliação psicológica, realizada com propósitos clínicos, num processo que objetiva identificar potencialidades e limitações do funcionamento psicológico, constatando a existência ou a ausência de psicopatologia no sujeito (CUNHA, 2000).

2.2 DIAGNÓSTICO E CATEGORIZAÇÃO DA DEPRESSÃO SEGUNDO O DSM V E O CID 10

2.2.1 DSM V

No DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) os transtornos depressivos englobam o TDM (Transtorno Depressivo Maior) nas diferentes categorias. Dentre elas, encontram-se o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo persistente (distímia, com perturbação do humor por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças).⁷ Além do transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra

⁷ ASSOCIATION, American Psychiatric (Org.). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: dsm v**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.⁸

Do outro lado, na condição clássica desse grupo de transtornos está o transtorno depressivo maior, que apresenta episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo maior). Estes, nos quais, envolvem alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. Concernente a depressão relacionada ao luto, esta tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, a recuperação pode ser facilitada com tratamentos antidepressivos.

As diretrizes internacionais costumam classificar as abordagens farmacológicas de acordo com a gravidade dos sintomas dos pacientes, que pode ser vista a partir dos manuais diagnósticos: CID-10 e DSM-V. Estes, descrevem os transtornos com os sintomas apresentados, a sua gravidade e o grau de disfunção da doença. Abaixo, um quadro que mostra quais critérios diagnósticos para o Transtorno depressivo maior:

A. No mínimo cinco dos sintomas seguintes estiveram presentes durante o mesmo período duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer

Nota: Não inclui sintomas nitidamente causados por outra condição médica

(1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado pelo relato subjetivo (p. ex., diz sentir-se triste, vazio, sem esperança) ou observações feitas por terceiros (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 (indicado pelo relato subjetivo ou observações de terceiros)

(3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta (p. ex., alteração de mais 5% do peso corporal em 1 mês) ou aumento ou diminuição do apetite quase todos os dias.

Nota: em crianças, considerar a incapacidade de ganhar o peso esperado

(4) Insônia ou hipersônia quase todos os dias.

(5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis pelos outros, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)

(6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias

⁸ Idem

(7) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não apenas autorrecriação ou culpa por estar doente)

(8) Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação de outros)

(9) Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica

D. O episódio de depressão maior não se explica melhor por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outros transtornos especificados ou não especificados de espectro da esquizofrenia e outros psicóticos.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou hipomaníaco

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substâncias ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica. (APA, 2014).

Diante da análise do quadro, entende-se que quando um paciente apresenta queixas sugestivas de depressão, é importante proceder a investigação, no sentido de verificar a existência de outros quadros que podem causar alterações semelhantes, tais como: uso de agentes farmacológicos, doenças endócrinas, neurológicas, nutricionais, infecciosas e entre outras.

Os sintomas cognitivos incluem: relatos subjetivos de incapacidade para concentrarem-se e comprometimento do pensamento, dificuldade de tomar decisões. O sujeito perde o interesse pelas coisas que antes para ele eram prazerosas, os sentimentos de inutilidade passam a tomar conta dos pensamentos já que o mesmo não consegue se engajar em atividades.

Segundo o DSMV (APA,2014) no transtorno depressivo maior pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade, no entanto, a probabilidade de início aumenta sensivelmente com a puberdade. Existe também, uma possibilidade de comportamento suicida durante os episódios, sendo o que corrobora para maior consistência é a história previa tentativas ou ameaças de suicídio.

2.2.2 CID-10

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, p. 117, 2010):

Em episódios depressivos típicos, de todas as três variedades descritas abaixo (leve (F32.0), moderado(F32.1) e grave (F32.2)), o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perde de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum. Outros sintomas comuns são:

- (a) Concentração e atenção reduzidas;
- (b) Autoestima e autoconfiança reduzidas
- (c) Ideias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio);
- (d) Visões desoladas e pessimistas do futuro;
- (e) Ideias ou atos autolesivos ou suicídio;
- (f) Sono perturbado;
- (g) Apetite diminuído;

Consoante à classificação comportamental supracitada, pode-se ver que a CID-10 é usada para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados ao sofrimento e a interferência com funções pessoais.

As divisões dos eventos depressivos descritos a cima: leve (F32.0), moderado (F 32.1) e grave (F 32.2 3 F32.3) devem ser usados para episódios depressivos único (primeiro). Com a existência de episódios depressivos posteriores, devem ser classificados sob uma das subdivisões de transtorno depressivo recorrente (F 33).⁹

O CID-10 explica que esses graus de gravidade são especificados para cobrir uma ampla variedade de estados clínicos que são encontrados em diferentes tipos de prática psiquiátrica. Ele traz também a diferenciação entre os graus de depressão já descritos, fundamentando-se em uma avaliação clínica complexa que envolve o número, tipo e gravidade dos sintomas presentes.¹⁰

3 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

A depressão é uma doença potencialmente letal, contudo pode ser tratada. O tratamento requer uma avaliação de sintomas e adequado uso de estratégias

⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Porto Alegre) (Org.). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 1993.

¹⁰ Idem

disponíveis, sendo ela farmacológicas, psicossociais ou biológicas (MORENO, MORENO E SOEIRO-DE-SOUZA, 2014).

O melhor tratamento não abarca somente o tratamento psicoterápico, mas também, a associação de medicamentos, com antidepressivos, por vezes associado a outros tratamentos.

Os antidepressivos são um conjunto de medicações que modificam a ação primordial de três neurotransmissores, ou seja, das substâncias responsáveis pela comunicação entre os neurônios: a serotonina, noradrenalina e dopamina. Os antidepressivos irão regular os níveis dos neurotransmissores.

O modelo de referência na literatura de planejamento da farmacoterapia da depressão separa três fases distintas: tratamento farmacológico da fase aguda, a continuação e a manutenção.¹¹

O tratamento da fase aguda compreende os dois ou três primeiros meses de tratamento, com a finalidade de diminuir os sintomas depressivos ou a eliminação completa dos mesmos.¹² A continuação do tratamento equivale a quatro ou seis meses que seguem ao tratamento da fase aguda, com o objetivo de manter a melhora adquirida, evitando recaídas dentro de um mesmo episódio depressivo.¹³

A fase de manutenção tem por objetivo evitar que novos episódios ocorram e geralmente tem uma longa duração. Nos casos dos pacientes com probabilidade de recorrência é recomendada essa fase.¹⁴

Como foram expostos, os tratamentos farmacológicos mais adequados para a depressão são com os antidepressivos, já na psicoterapia a abordagem mais indicada é a cognitivo comportamental.

No modelo cognitivo da depressão são destacadas as mudanças que ocorrem no pensamento da pessoa deprimida. A formulação cognitiva da depressão, sem negar os fatores biológicos, percebe os sintomas depressivos como consequência

¹¹ SPANEMBERG, Lucas et al. Depressão maior e distímia. In: CORDIOLI, Aristides Volpato et al. **Psicofármacos:** consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2011.

¹² Idem

¹³ Idem

¹⁴ SPANEMBERG, Lucas et al. Depressão maior e distímia. In: CORDIOLI, Aristides Volpato et al. **Psicofármacos:** consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2011.

das distorções cognitivas de conteúdo negativo.¹⁵ As distorções cognitivas de conteúdo negativo não são causa fundadora da depressão, contudo, são elas que fazem a manutenção do transtorno, mostrando-se ser aspecto fundamental para esse acontecimento.

Concernente Beck (1967), denomina-se a tríade cognitiva da depressão, quando o indivíduo que está com depressão, está em sofrimento pelo olhar negativo de si próprio, do seu ambiente e do seu futuro.

Os indivíduos com depressão acham-se inferiores, incapazes e indesejados. Eles não se sentem confortáveis no ambiente que estão inseridos. As cognições negativas passam a influenciar a visão do futuro, pois o paciente considera que não possuem recursos suficientes para transformar o futuro.

As distorções cognitivas descritas são: pensamentos automáticos, crenças subjacentes e crenças nucleares. Os pensamentos automáticos são as cognições no nível mais superficial da consciência e refletem a temática cognitiva específica do transtorno depressivo. São as primeiras cognições trabalhadas no tratamento, tendo em vista que estão mais acessíveis à consciência do sujeito (LIMA e COLABORADORES, 2004).

No nível intermediário das cognições estão as crenças subjacentes, as quais compõem regras e pressupostos que administram a vida do sujeito. Estas regras inflexíveis, que definem a forma do relacionamento interpessoal dos indivíduos.¹⁶

Os indivíduos com depressão apresentam tendência a estruturar suas experiências de maneira absoluta e não flexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao seu comportamento e ao julgamento de situações externas.

Somado a isso, as crenças nucleares são resultado de um processo contínuo de aprendizado, que molda-se pelas experiências existenciais do sujeito e desenvolvido pela identificação com pessoas. Estas, são importantes na sua vida, pela percepção das atitudes dessas pessoas em relação a si.¹⁷

¹⁵ LIMA, Maurício Silva de et al. Depressão. In: KNAPP, Paulo et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 10. p. 168-191.

¹⁶ LIMA, Maurício Silva de et al. Depressão. In: KNAPP, Paulo et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 10. p. 168-191.

¹⁷ Idem

Consoante Rush e Beck (2000), a crença nuclear pode influenciar no desenvolvimento de conceitos seguintes, e quando persevera, é adotada em uma estrutura cognitiva duradoura chamada esquema.

Todavia, é ressaltado que entende-se por esquema, uma composição cognitiva empregada para avaliar os estímulos que interagem com o indivíduo. Ou seja, podendo estar relacionadas a diversas temáticas como: amor, conquistas, perfeccionismo e entre outras (BECK e COL.,1979).

Todos os indivíduos têm esquemas que são reforçados ao longo da vida com as experiências, mas na verdade, ocorre que nos transtornos psiquiátricos os esquemas são distorcidos, disfuncionais e generalizados. Os pacientes com depressão acreditam e atuam como se a situação fosse pior do que realmente é.

Visto isso, o objetivo da Terapia cognitiva comportamental segundo Clarck e Steer (1996) é tornar conscientes tais crenças disfuncionais, para que assim seja possível torná-las mais adaptadas.

No primeiro momento que o paciente apresenta-se para iniciar a psicoterapia é feito um planejamento de tratamento:

Avaliação

Avaliação cognitiva, comportamental e interpessoal

Testes e outras avaliações

Avaliação do risco de suicídio

Uso de medicação

Estabelecimento de objetivos e metas

Familiarização ao modelo cognitivo

Formulação cognitiva do caso

Intervenções cognitivas e comportamentais

Prevenção da recaída

Termino de tratamento

(LEAHY E HOLLAND citado por LIMA E OUTROS,2004 p.177).

Diante deste cenário, os sintomas e a história de vida do paciente não são o ponto central da psicoterapia, mas a interpretação que este tem dos eventos. A

terapia cognitiva comportamental precisa ser desenhada para cada paciente, estabelecendo objetivos que são individuais.¹⁸

Assim, o plano de tratamento deve abranger múltiplos aspectos do transtorno depressivo, bem como: o biomédico, cognitivo, comportamental, conjugal, familiar, interpessoal e outros considerados relevantes.

De acordo com Beck (et al.;1979), é preciso a quebra do ciclo que perpetua a depressão, utilizando as técnicas de ativação de comportamento (com planejamento de atividades), concomitantemente ao trabalho de identificação e transformação dos pensamentos e das crenças disfuncionais.

3.1 TESTE DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA – TAT

Percebe-se que vários testes e questionários têm sido utilizado como instrumentos diagnósticos e de avaliação da gravidade da depressão. No presente estudo, o teste de apercepção temática-TAT, será descrito e analisado com esse propósito.

Concernente Anastasi (1976), o TAT é uma técnica de construção de história, e tem sido amplamente aplicado em pesquisas de personalidade, especialmente, pelas proposições implícitas na sua interpretação. Por ser um teste projetivo temático, manifesta conteúdo da personalidade, bem como: a natureza dos conflitos, aspirações, reações ao ambiente externo e mecanismos de defesa.

3.1.1 Material e Aplicação do TAT

O Teste de Apercepção Temática (TAT) é destinado a indivíduos de 14 a 40 anos. Abaixo segue sobre a composição do teste e como e feita sua aplicação:

O referido Teste é composto por 31 pranchas, que apresentam figuras em preto e branco, e uma prancha em branco. As imagens são representadas por reproduções de quadro ou gravuras com significado sempre ambíguo, a

¹⁸ LIMA, Maurício Silva de et al. Depressão. In: KNAPP, Paulo et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 10. p. 168-191.

exceção da prancha de número 16 que está completamente em branco, favorecendo, dentre outras, a projeção da imagem ideal que o sujeito tem de si mesmo. Ao sujeito é solicitado criar uma história para cada uma dessas pranchas, relatando como o acontecimento apresentado surgiu, o que ocorre no momento, o que pensam e sentem os personagens, qual o final da história e seu título. No que tange a prancha em branco, o sujeito deve imaginar uma cena, descrevê-la e depois contar uma história, realizando as mesmas solicitações das pranchas anteriores. Alguns quadros são considerados universais, comuns a todos os sujeitos, outros específicos para o sexo feminino ou masculino, as iniciais das palavras impressas atrás da prancha, determinam a que sujeito se destina cada uma: R, rapaz; H, homem; F, feminino; M, moça. Assim as imagens são enumeradas de 1 a 20, devido às variantes (MURRAY, p de internet, 1967)

Tal como foi exposto, o teste de forma tradicional abrange vinte lâminas para cada sujeito, nas instruções o destaque será na criatividade do sujeito, o qual é convidado a inventar uma história para cada lâmina. Estas apresentam diversas situações sociais, onde almeja-se chegar a exploração da estrutura da personalidade. O sujeito vai transmitir por meio das lâminas os sentimentos e as lembranças vividas, diante de cada situação exposta por estas.

De acordo com Freitas (2000) a personologia de Murray busca considerar o indivíduo no que ele tem de mais próprio, na sua relação consigo e com o mundo. Por ser um teste projetivo, ele procura revelar a singularidade do sujeito.

3.2 INTERPRETAÇÃO DO TAT

Bardin (1977) descreve que a análise de conteúdo pode ser utilizada nas transcrições das histórias construídas, haja vista ser uma técnica que estuda a comunicação entre os sujeitos, valorizando o conteúdo das mensagens por meio da inferência que parte das informações expressa pela fala.

O método não estruturado de investigação do TAT valoriza o tipo de interação que constitui-se entre avaliador e avaliado, permitindo as expressões mediante o estímulo apresentado. Produzindo, portanto, informações diferenciadas das que são determinadas por respostas que tem esquemas fechados, cujo sentido das refutações ficam restringidos às perguntas.

Murray (livro verde) descreve as tendências da personalidade do sujeito representados pelas necessidades, os estados emocionais e sentimentos. Tais necessidades, dizem respeito ao seu passado ou ao seu futuro antecipado e por esse motivo são provavelmente responsáveis pelas forças potenciais provisoriamente adormecidas ou estão ativas no presente.

A seguir, são descritas algumas das tendências passadas, presentes ou esperadas percebidas pelo sujeito, primeiramente acerca dos atributos do herói e logo depois as variáveis de pressão:

Representam (não literal, mas simbolicamente): (1) coisas que o sujeito fez ou (2) coisas que desejou ou esteve tentando fazer, ou (3) forças elementares de sua personalidade, das quais nunca esteve plenamente consciente, embora tenham dado origem a fantasias e sonhos na infância ou então mais tarde; e ou representam (4) sentimentos e desejos que está tendo no momento; e ou (5) antecipações de seu comportamento futuro, de alguma coisa que gostaria de fazer ou fosse forçado a fazer; ou ainda, de algo que não pretende fazer mas sente que deveria fazer, devido a uma debilidade não totalmente reconhecida por ele, que o impele de fazer isso. O segundo pressuposto concerne as variáveis de pressão, que representam forças percebidas no ambiente presente, passado ou futuro do sujeito. Referem-se literal ou simbolicamente a: (1) situações com que de fato se defrontou. Ou a (2) situações que em devaneios ou sonhos imaginou encontrar-se, com esperança ou medo; ou a (3) uma situação momentânea (pressão do examinador ou da tarefa) em conformidade com o que lhe é dado perceber; e ou a (4) situações com que espera deparar-se, desejaria ou temeria deparar-se. (MURRAY, 2005)

A pressão pode ser interpretada como a visão, a qual o sujeito tem de seu mundo, as impressões que provavelmente projeta numa dada situação real e nas antecipações de situações futuras.

De acordo com Freitas (2000), é necessário analisar o que pode ser aproveitado no contexto da história com os personagens ou outros elementos, explicados pela realidade da lâmina. Tem que reconhecer as distorções apresentadas no estímulo, além de identificar os personagens ou objetos citados que não se encontram na lâmina, mas que não são introduzidos pelo sujeito justificados pela imaginação, no entanto, comumente servem como objetivos defensivos.

O psicólogo deve estar atento no discurso do avaliado no momento da narração, a história contada, a sua conduta durante a testagem, alterações de voz,

sinais de ansiedade, por exemplo. A partir disso, é possível abstrair dados significativos para a interpretação do teste que está sendo utilizado, bem como o grau de envolvimento com a situação e a interferência da ansiedade em determinado momento.

4 ANÁLISE DO TAT PARA O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO

Apreende-se que determinadas pranchas apresentam conteúdos, os quais podem fazer os temas presentes apontarem alguns aspectos que ajudem no diagnóstico da depressão. Cada uma das lâminas tem um significado e explora questões específicas. Abaixo segue a seleção de algumas pranchas cuja imagens trazem significados que podem ajudar de forma completar nesse diagnóstico.

Prancha três: curvado (a) sobre o divã (masculina-feminina), trata-se de estímulo de grande carga dramática. Ela evoca associações referentes à tristeza, abandono, desespero, depressão e suicídio.¹⁹

Prancha seis: o filho que parte (masculina), refere-se a relação com a figura materna (dependência-independência, abandono-culpa). O filho solicita à sua mãe permissão para levar a cabo um projeto amplamente planejado; abandonar sua casa para ir trabalhar em outra cidade; casar-se ou alistar-se no exército. Seus desejos estão em conflito com os da mãe.²⁰

Prancha oito: mulher pensativa (feminina), estímulo bastante estático, evoca associações referentes aos conflitos atuais e conteúdo de devaneios.²¹

Prancha nove: grupo de vagabundos (masculina), refere-se as atitudes frente ao trabalho e ao ócio, sentimentos quanto a própria capacidade e possibilidade e atuação (MURRAY E COL., 2005).

Prancha dez: O abraço (universal), a prancha evoca conflitos do casal frente à separação. E também favorece a projeção de relações heterossexuais satisfatórias.²²

¹⁹ MURRAY, Henry A. **T.A.T teste de apercepção temática**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

²⁰ idem

²¹ idem

²² idem

Prancha doze: mulher jovem e feminina (feminina): Proporciona a oportunidade de expressar a atitude frente a figura da mãe ou da filha, ao envelhecimento e ao matrimônio. Revelam as relações mãe-filha, crítica ou aceitação do modelo materno. Ansiedade frente ao envelhecimento (MURRAY,1943).

Prancha catorze: homem na janela (universal), os temas mais frequentes referem-se ao autoquestionamento, contemplação e aspiração. Se o homem é visto entrando no quarto, pode haver conteúdos sexuais, tendências suicidas também podem se revelar frente a este estímulo (MURRAY,1943).

Prancha dezesseis: em branco (universal), como o estímulo é branco, o sujeito é levado a projetar-se totalmente. A temática em geral refere-se as necessidades mais prementes dos indivíduos ou será reflexo da relação transferencial na situação de teste (MURRAY, 1943).

Prancha dezessete: a ponte (feminina), com frequência provoca (1) sentimentos fortes de despedida e a tendência do sujeito em manter a esperança ou ceder ao suicídio. Os temas evocados são de frustrações, depressão e suicídio (MURRAY, 1943).

Prancha vinte: só sob a luz (universal), traduz um clima de expectativa. Pode-se considerá-la como o fechamento do protocolo, indicado as principais aflições e perspectivas do sujeito.²³

Por meio do olhar psicanalítico, Guerra (1981) destacou características acerca de algumas lâminas. A lâmina 3RH, segundo ele mobiliza vivências de culpa e autodestruição, as quais bate de frente com a necessidade de conservar a integridade do ego. A lâmina 8RH traz a agressividade inconsciente relacionada ao pai, como também vivências de castração e destruição. Já a lâmina onze, segundo o autor é pouco estruturada, mobiliza as vivências pulsionais mais primitivas, a qual prevalece a narração manifesta de vivências de ameaça e perda.

Como foi explanado acima, o TAT ajuda a projetar os conflitos, os quais estão conduzindo o sujeito a sua crise, e também, em dado momento estão perturbando a

²³ MURRAY, Henry A. **T.A.T teste de apercepção temática**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

vida psíquica do paciente, no caso da depressão os conflitos que fazem parte dessa patologia surgirão nas lâminas.

Os conflitos transparecem através de ação de forças ou convergências opostas da personalidade, no caso do presente estudo os traços que fazem parte do diagnóstico da depressão. Estes podem se expressar pela oposição entre as necessidades, pela presença de heróis com traços opostos ou pelas oposições manifestas dos personagens.

A intensidade do conflito também precisa ser avaliada. A vulnerabilidade a um conflito costuma transparecer através de forte mobilização afetiva com uma emergência de sinais de ansiedade e ou com surgimento de defesas para manejá-las, as quais podem ser eficazes, ou não (FREITAS, 2000).

A intensidade da depressão precisa ser avaliada, desde a entrevista inicial, os aspectos físicos, a forma como o sujeito avaliado está desenvolvendo as narrações, tudo isso ajudará a compor o diagnóstico da patologia descrita.

A partir das narrações feitas pelo avaliado, é possível verificar alguns sinais psicopatológicos, dos quais Rapaport (1944-1946) descreve alguns a seguir: labilidade afetiva, estados obsessivos, agressividade, traços paranoicos, esquizofrenia e estados depressivos, patologia discutida no estudo.

No estado depressivo percebe-se no discurso do avaliado neurótico, histórias tristes, com desfechos infelizes; algumas vezes há relatos de felicidade, de amor, ternura, oposição dos afetos felizes e tristes da existência.²⁴

No psicótico as representações são delirantes, perseverarão frases estereotipadas acerca do amor, da moral do pecado. Sentimento de culpa, acusações de si mesmo e censuras, medo de adoecer, de enlouquecer, de ficar só, de envelhecer, de ser incapaz.²⁵

“As conclusões a que se chega por meio das histórias do TAT devem ser consideradas mais como bons guias ou hipóteses de trabalho a serem verificadas por outros métodos do que como fatos comprovados” (MURRAY E COLABORADORES,p.33,2005).

²⁴ RAPAPORT,D. **Diagnostic Psychological Testing**. 2 vol. Chicago: Yearbook,1944-1946.

²⁵ Idem

5 CONCLUSÃO

Ao concluir esse estudo, procurou-se analisar a depressão e o uso do TAT como instrumento que pode ser utilizado de forma complementar o diagnóstico dessa patologia.

Foram apresentados alguns aspectos acerca da depressão, tratamento farmacológico, e também da psicoterapia com abordagem cognitiva comportamental (uma das mais eficazes quando se trata da patologia discutida), foi descrito o material que compõe o teste de Apercepção Temática- TAT, além da sua aplicação e interpretação.

Por meio da explanação de algumas lâminas do TAT, foi possível constatar com a narração das histórias, aspectos que podem sinalizar o sujeito com depressão. Contudo, fica claro que o instrumento apresenta-se como complementar no diagnóstico, ele sozinho não será indicador de tal patologia. Ademais, uma breve análise acerca de algumas pranchas do TAT onde é possível detectar alguns sintomas característicos da depressão.

Desta forma, esse breve estudo provoca a reflexão social acerca do imperativo de ampliar o diagnóstico da depressão. Visto que, tal patologia possui a necessidade de outros meios para ser interpretado, observada tamanha complexidade.

Por último, destaca-se que a depressão é um tema complexo, por essa razão, é abordado por pontos de vista diferenciados, de modo a suscita grande número de pesquisas e especulações. Assim, o presente estudo não possui como escopo esgotar a pesquisa em torno da temática, tendo em vista a necessidade de constante análise em torno da matéria.

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION, American Psychiatric (Org.). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: dsm v. 5.** ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANZIEU, Didier. **Os métodos projetivos.** 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. **Depressão: causas e tratamento.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BECK, A.T. et al. **Cognitive therapy of depression.** New York: Guilford, 1979. Versão Artmed: Terapia cognitiva da depressão, 1997.

CHACHAMOVICH, Eduardo et al. **Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?** Brasileira Psiquiatria, São Paulo, v. 31, n. 1, p.18-25, 2009. Semestral.

CLARCK, D.A.; STEER, R.A. **Empirical status of the cognitive model and anxiety and depression.** In: SALKOVSKIS. P.M. Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford, 1996.

CUNHA, J. A. Psicodiagnóstico V. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2008.

FREITAS, Neli Klix. TAT-teste de apercepção temática: conforme o modelo interpretativo de Murray. In: COLABORADORES, Jurema Alcides Cunha e et al. **Psicodiagnóstico-V.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. Cap. 10. p. 399-408.

FIGUEIREDO, Maria Sílvia Lopes. Transtornos ansiosos e transtornos depressivos: aspectos diagnósticos. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, 2000 Disponível

em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702000000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2014

GUERRA, A. G. (1981). O teste de apercepção temática de H. Murray: uma proposta de análise e interpretação. Rio de Janeiro: EDICEPA

LAXHMI, Sarah; ARAO, John Fontenele. O sono e os transtornos do sono na depressão. **Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 6, p.285-289, 2007. Trimestral

LICINIO, Julio; COLABORADORES, Ma-li Wong e. **Biologia da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LIMA, Maurício Silva de et al. Depressão. In: KNAPP, Paulo et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 10. p. 168-191.

MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. **O uso do teste de apercepção temática na análise da depressão no contexto da adolescência**. Rev. SBPH [online]. 2004, vol.7, n.2, pp. 20-36. ISSN 1516-0858.

MORENO, Doris Hupfel; MORENO, Ricardo Alberto; SOEIRO-DE-SOUZA, Márcio Gerhaadt. **Clínica psiquiátrica de bolso**. Baueri: Manole Ltda, 2014.

MURRAY, Henry A. **T.A.T teste de apercepção temática**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MURRAY e colaboradores da Clínica psicológica de Harvad. **Teste de Apercepção Temática**. Adaptação Brasileira Maria Cecília Vilhema M. Silva. 3 edição. Edição adaptada e ampliada. São Paulo: Casa do Psicologo,2005.

NEVES, Geórgia Martins Baeta. **Teste de apercepção temática TAT**. Natal: UNIRN, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Porto Alegre) (Org.). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PERGHER, Giovanni Kuckartz; STEIN, Lilian Milnitsky; WAINER, Ricardo. **Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva.** Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 31, n. 2, p.82-90, 2004. Trimestral.

RANGÉ, B. Psicoterapia **Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.** São Paulo: Artmed, 2012.

RUSH, A.J.; BECK A.T. **Terapia cognitiva.** In: KAPLAN H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Tratado de psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 1999.

RAPAPORT, D. **Diagnostic Psychological Testing.** 2 vol. Chicago: Yearbook, 1944-1946.

SILVA, M. C. V. M. **TAT: aplicação e interpretação do teste de apercepção temática.** São Paulo: EPU, 1989.

SPANEMBERG, Lucas et al. **Psicofármacos: consulta rápida.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TAVARES, LAT. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo.** [Online]. São Paulo: UNESP, 2010.