

Psicodiagnóstico de Rorschach: possível colaboração para o diagnóstico de demência?

Lana Revoredo de Medeiros

João Carlos Alchieri

RESUMO

Com o crescimento do número de idosos no mundo desenvolve-se cada vez mais estudos para compreender melhor o funcionamento biopsicossocial destes visando proporcionar uma melhor qualidade de vida, através de medidas preventivas e buscando melhorias para doenças já existentes. A demência trata-se de um desses problemas que tem aparecido frequentemente em idosos, e por isso tem sido alvo de diversos estudos. A maioria dos profissionais de saúde, buscando diagnóstico mais consistente, além de considerarem os sintomas da doença, costumam fazer ou solicitar a aplicação de testes/avaliações neuropsicológicas ou apenas psicológicas. Baseado nisso, o objetivo desse estudo é analisar como a relação entre os sintomas apresentados pelo indivíduo e os resultados obtidos na aplicação da avaliação psicológica do Psicodiagnóstico de Rorschach podem proporcionar um melhor diagnóstico da doença. Foram avaliados 11 pacientes, 4 do sexo masculino e 7 femininos, de idades entre 59 a 78 anos atendidos no serviço de psicologia aplicada da UFRN no período de 2008 a 2012. Os pacientes foram encaminhados por médicos psiquiatras e neurologistas para avaliação de aspectos cognitivos e apresentavam queixas dos familiares quanto a alterações de memória. O estudo apontou que apesar de auxiliar na análise da doença, o Psicodiagnóstico de Rorschach não trouxe muitas contribuições para o diagnóstico, além das que já se propõe desde que foi criado; o que se pôde pontuar foi que ele conseguiu mostrar um pouco mais a dificuldade que indivíduos com demência possuem em expressar-se devido ao processo associativo e de memória estarem, possivelmente, sendo afetados.

Palavras-chave: Demência. Avaliação psicológica. Idosos. Rorschach.

¹ Lana Revoredo de Medeiros - Acadêmico do Curso de Especialização em Avaliação Psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). Email: lana_revoredo@hotmail.com

² João Carlos Alchieri - Professor Orientador do Curso de Especialização em Avaliação Psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). Email: jcalchieri@gmail.com

ABSTRACT

With the growing number of elderly in the world develops more and more studies to better understand the functioning of these biopsychosocial aiming to provide a better quality of life through preventive measures and seeking improvements to existing conditions. Dementia it is one of those problems that has appeared frequently in the elderly, and so has been the target of several scholars. Most health professionals seeking more consistent diagnosis, besides considering the symptoms of the disease usually do or apply for tests / neuropsychological evaluations or just psychological. Based on this, the objective of this study is to analyze how the relationship between the symptoms displayed by the individual and the results obtained in the application of psychological assessment Psychodiagnosis Rorschach can provide better diagnosis. We evaluated 11 patients, 4 males and 7 females, aged between 59 to 78 years treated at the UFRN applied psychology in the period from 2008 to 2012. Patients were referred by psychiatrists and neurologists for assessment and cognitive aspects of family complained about memory changes. The study noted that although aid in the analysis of the disease, the Rorschach psychodiagnostic not brought many contributions to the diagnosis, beyond those already proposed since it was created, what it might freak that he was able to show a little more difficulty that individuals with dementia have in expressing themselves due to associative processes and memory are possibly being affected.

Keywords: Dementia. Psychological evaluation. Seniors. Rorschach.

¹ Lana Revoredo de Medeiros - Acadêmico do Curso de Especialização em Avaliação Psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). Email: lana_revoredo@hotmail.com

² João Carlos Alchieri - Professor Orientador do Curso de Especialização em Avaliação Psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). Email: jcalchieri@gmail.com

1- INTRODUÇÃO

Devido ao crescimento da população de idosos no mundo, cada vez mais se desenvolvem estudos para compreender melhor o funcionamento biopsicossocial dos idosos, e uma melhor qualidade de vida. Os progressos na medicina e na área de saúde como um todo (onde se pode incluir a psicologia), resultado das várias pesquisas realizadas nessa área, tem auxiliado não só o entendimento de como o corpo do ser humano funciona, mas também na elaboração de medidas preventivas, que ajudam a evitar o surgimento e/ou a piora de doenças já existentes. Segundo Papalia (2006), esse aumento deve-se a diversos fatores, mas as principais são o controle das taxas de natalidade (crescimento) e mortalidade (declínio), progressos na medicina, estilos de vida mais saudáveis e redução do tamanho relativo de faixas etária dos mais jovens devido a tendência da busca por famílias com menor quantidade de pessoas.

A demência trata-se de um desses problemas. É uma doença que tem aparecido com certa frequência em idosos, e por isso tem sido alvo de diversos estudiosos. Contudo, de acordo com Stuart-Hamilton (2002), essa deteriorização global do funcionamento intelectual resultante da atrofia do sistema nervoso central, não é sinônimo de velhice, por duas razões principais: primeiro, uma minoria de adultos mais velhos desenvolve sintomas de demência e, segundo, a demência pode ser contraída em qualquer idade. Com base no desenvolvimento de pesquisas, experimentos e estudos cada vez mais se têm conseguido compreender as causas e consequências do envelhecimento da população. Focando nos estudos sobre demência, de acordo com o DSM-IV-TR™ (2002), sabe-se que ela se caracteriza por múltiplos déficits cognitivos que incluem: o comprometimento da memória, que ocorrem devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral, aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias; e apresenta, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou uma perturbação do funcionamento executivo.

Existem vários tipos ou etiologias de demência: do tipo Alzheimer (mais comum); Demência Vascular; devido a algumas doenças, como Parkinson, Huntington, HIV, e outras condições médicas gerais. Existe também, o que o DSM-

IV-TR™ (2002) chama de Demência Sem Outra Especificação (assim classificada quando o médico não consegue determinar uma etiologia específica). A determinação do tipo de demência dependerá do grau de deteriorização cognitiva em que se encontra o indivíduo, do quanto essa deteriorização está afetando sua percepção, intelecto e/ou memória e, conseqüentemente, do quanto esses fatores estão afetando na realização das atividades diárias deste. Gómez e García (2009), reforçam ainda que apesar da demência ser uma síndrome multietiológica, existem padrões da doença que ajudam não só no entendimento desta, mas também em seu diagnóstico. Ainda de acordo com estes autores, o primeiro padrão inclui demências corticais (tais como a doença Alzheimer), que são caracterizadas por disfunção importante da língua, da memória (memória explícita, principalmente), da práxis gnose, e do raciocínio abstrato. O outro padrão é formado por demências subcortical (tais como Doença de Parkinson, doença de Huntington, paralisia supranuclear progressiva, etc.) e são distinguidos principalmente por sintomas clínicos que implicam no envolvimento dos gânglios basais, tálamo e alguns do tronco cerebral. Por fim, um terceiro padrão estaria relacionado a disfunções que possam ocorrer em qualquer nível cortical ou subcortical, e esse tipo de padrão estaria relacionado a demência frontotemporal. Portanto, poderíamos incluir em terceiro, a categoria de processos misturando cortical-subcortical (tais como a demência Corpus de Lewy, degeneração córtico-basal, demência vascular e alguns por vírus lentos, que tipicamente produzem sintomas atribuíveis à disfunção estruturas corticais e subcorticais).

Os sintomas da demência são: alterações de memória do indivíduo, se ele anda esquecendo muitas coisas recentes e/ou do passado, se consegue adquirir e armazenar informações novas e/ou antigas; se tem perdido muitas coisas que costuma utilizar no dia-a-dia; se tem possuído dificuldades em realizar atividades (simples e complexas) que costumava fazer no cotidiano e de desenvolver atividades e pensamentos novos (simples e complexos); e se tem apresentado traços de desorientação (não sabe em que período do dia se encontra, em qual data está e em que local se encontra, ou em que lugar foi ou iria). Ainda são levados em consideração sintomas relacionados a problemas de linguagem, onde há dificuldade na evocação de nomes de pessoas e objetos e na medida em que a doença vai avançando, ocorre uma deteriorização da linguagem caracterizada pelo

empobrecimento do vocabulário (onde muitas vezes aparecem ecolalias, palilalias e até mutismo); e de mobilidade, apesar das funções motoras, sensoriais e compreensivas estarem intactas.

De acordo com Stuart-Hamilton além de levar em consideração os fatores acima citados, deve-se levá-los em consideração quando o paciente se encontrar totalmente acordado e sem nenhuma evidência de intoxicação (por álcool ou drogas). Além disso, o DSM-IV-TR™ (2002, p.168) reforça:

“um diagnóstico de demência não deve ser feito se os déficits cognitivos ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium, entretanto demência e delirium podem ambos ser diagnosticados se a demência estiver presente em períodos de ausência de delirium. A demência pode estar etiológicamente relacionada a uma condição médica geral, aos efeitos persistentes do uso de uma substância (incluindo exposição a toxinas) ou a uma combinação desses fatores.”

A maioria dos profissionais de saúde, para ter um diagnóstico mais consistente, além de considerarem os sintomas descritos, costumam fazer ou solicitar a aplicação de testes/avaliações neuropsicológicas ou apenas psicológicas. Alguns testes/avaliações neuropsicológicas comuns são: avaliações funcionais AVDs (atividades da vida diária) e AIVDs (atividades instrumentais da vida diária), que avaliam as atividades diárias dos indivíduos; avaliação de Katz; Mini Mental ou Mini-exame do Estado Mental (MMSE) e o teste do relógio.

A partir da análise dos fatores a demência pode ser classificada, segundo Stuart-Hamilton (2002), por seu efeito funcional: leve (quando o indivíduo não precisa de auxílio ou supervisão para a realização de suas atividades diárias), moderada (quando o indivíduo necessita de algum auxílio ou supervisão para a realização de suas atividades diárias) ou severa (quando o indivíduo necessita de auxílio ou supervisão constante para a realização de suas atividades diárias). Já de acordo com Teixeira (2005) as síndromes demenciais podem ser classificadas em degenerativas e não-degenerativas. As demências não degenerativas podem ocorrer de AVC, processos infecto-contagiosos, traumatismos, etc. Os processos demenciais degenerativos podem ter origem cortical ou subcortical.

Com base nisso, pode-se começar a traçar o diagnóstico do indivíduo. Durante a elaboração do diagnóstico, se procura saber o quanto os fatores citados

anteriormente estão afetados através das análises dos sintomas apresentados e muitas vezes busca-se o auxílio de testes e avaliações psicológicas para se realizar um diagnóstico mais completo. Todavia, além de considerar os aspectos citados anteriormente, Gómez e García (2009), alertam que para classificar uma demência é necessário também levar em consideração de que haja uma verificação para ver se há alguma doença sistêmica que a justifique, se ela pode ser atribuída à uma patologia cerebrovascular ou se, pelo contrário, é produzida por um processo neurológico de caráter lentamente progressivo e de natureza degenerativa. Pois isso além de auxiliar quanto aos critérios de classificação da doença, permite um melhor diagnóstico e tratamento do caso.

Estudos quanto aos instrumentos que podem proporcionar um melhor entendimento e diagnóstico da doença, somados aos já existentes (como os testes/avaliações neuropsicológicos citados na introdução), podem proporcionar um diagnóstico diferencial da demência. Alguns exemplos disso, de acordo com o DSM-IV-TR™ (2002), são: a neuroimagem, a tomografia computadorizada (TC) ou a imagem por ressonância magnética (IRM) e, em alguns casos, a tomografia por emissão de pósitron (TEP) ou tomografia computadorizada por emissão de fóton isolado (SPECT), mas estes dois últimos não são utilizados com tanta frequência, porém podem ser úteis nos casos em que os indivíduos não possuam evidências de alterações estruturais na TC ou na IRM.

Baseado nesses aspectos da demência, o objetivo desse estudo é analisar como a relação entre os sintomas apresentados pelo indivíduo e os resultados obtidos na aplicação da avaliação psicológica do Psicodiagnóstico de Rorschach podem proporcionar um melhor diagnóstico da doença.

2 - MÉTODO

Foi partindo desse princípio de buscar mecanismos que possam auxiliar no diagnóstico da demência que decidi utilizar o Psicodiagnóstico de Rorschach como um instrumento para uma melhor análise neuropsicológica da doença, uma vez que além de avaliar a personalidade do indivíduo, o Rorschach é capaz de auxiliar no diagnóstico de indivíduos com problemas neurológicos. Através dos dados apurados nesse tipo de avaliação psicológica, procurei identificar que informações significativas ele pôde relacionar com o que já conhecemos da doença em questão e que informações adicionais ele pôde trazer.

Outro critério pelo qual foi feita a escolha do Rorschach como forma de avaliação psicológica, ocorreu pelo fato dele ser capaz de analisar os seguintes aspectos, como cita Vaz (1986, p.07):

“(...) a estrutura da personalidade do indivíduo e o funcionamento de seus psicodinamismos. Podemos através da técnica avaliar seus traços de personalidade, o funcionamento de suas condições intelectuais, o nível de ansiedade básica e situacional, a depressão, suas condições efetivas e emocionais; fornece-nos condições para vermos como está a pessoa quanto ao controle geral, quanto à capacidade para suportar frustrações e conflitos, quanto à adaptação ao trabalho e ao ajustamento e integração humanos; impulsos, instintos, reações emocionais, nível de aspiração, são outros elementos psicodinâmicos avaliáveis através do Rorschach. Além disso, é um instrumento capaz de auxiliar o examinador no diagnóstico de paciente com problemas de interferência neurológica e com perturbação ou desvio de conduta.”

Foram avaliados 11 pacientes, 4 do sexo masculino e 7 femininos, de idades entre 59 a 78 anos atendidos no serviço de psicologia aplicada da UFRN no período de 2008 a 2012. Todos os pacientes foram encaminhados por médicos psiquiatras e neurologistas para avaliação de aspectos cognitivos e apresentavam queixas dos familiares quanto a alterações de memória. O processo avaliativo foi realizado com base em dados provenientes dos instrumentos: MEEM, Teste do Relógio, Lista de palavras, memória de Weschler, método de Rorschach e técnicas de observação e entrevistas a familiares e pacientes. Os pacientes foram atendidos individualmente em média de 5 sessões.

3- RESULTADOS

Serão apresentados resultados especificamente quanto ao método de Rorschach. Com base nos aspectos sócio-demográficos, verificou-se que a escolarização dos participantes é preponderantemente do nível fundamental estando mais associada ao sexo Feminino, conforme pode ser observado na figura 1.

Fig 1 Níveis de escolaridade e sexo dos respondentes

		SEXO	
		Masculino	Feminino
		N	N
ESC.	Sem escolarização	1	0
	Nível Fundamental	2	6
	Nível Médio	1	0
	Nível Superior	0	1

Foi verificado quanto ao número de respostas uma frequência mínima de 10 e no máximo 19 respostas no total da prova em tempo total (TT) que oscilou entre 301 e 1700 segundos. Pode-se verificar na tabela 1 o detalhamento entre os tempos de Reação e Duração e a alta variabilidade quando aos tempos observados.

Tabela 1 Tempos de Reação e Duração, médias e desvios padrão por Lâmina

Paciente	Lâmina I		Lâmina II		Lâmina III		Lâmina IV		Lâmina V	
	TRI	TDI	TRII	TDII	TRIII	TDIII	TRIV	TDIV	TRV	TDV
1	11	55	9	30	17	47	19	65	6	50
2	10	25	7	22	10	24	5	15	2	30
3	40	68	23	72	7	18	32	84	15	40
4	38	58	14	42	24	37	29	43	7	22
5	37	55	11	51	30	74	21	90	4	22
6	16	71	4	41	3	40	10	33	30	90
7	64	97	65	104	28	38	21	99	7	18
8	23	73	25	107	34	144	245	268	196	204
9	10	59	233	263	26	80	31	78	4	27
10	18	48	63	114	49	89	20	59	80	116
11	28	63	12	40	2	25	16	41	9	38
Média	26,8	61,1	42,4	80,5	20,9	56,0	40,8	79,5	32,7	59,7
D.P.	16,8	17,7	66,7	68,8	14,6	37,7	68,2	67,7	58,7	56,9

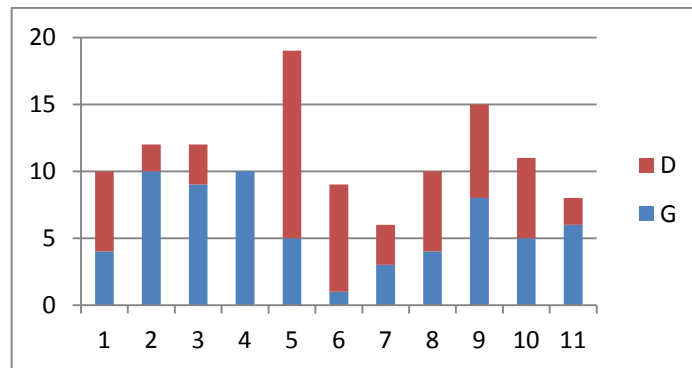
Tabela 1 Tempos de Reação e Duração, médias e desvios padrão por Lâmina

	Lâmina V I		Lâmina VII		Lâmina VIII		Lâmina IX		Lâmina X		Tempo
Paciente	TRVI	TDVI	TRVII	TDVII	TRVIII	TDVIII	TRIX	TDIX	TRX	TDX	Total
1	32	96	7	32	4	25	5	34	11	65	499
2	10	28	12	29	11	37	5	43	12	48	301
3	10	25	11	35	11	50	49	65	19	108	565
4	9	23	4	20	16	32	20	38	20	43	358
5	32	67	17	27	5	55	22	62	7	135	638
6	20	40	31	56	8	35	5	22	3	22	450
7	80	92	59	89	42	51	58	118	53	113	819
8	279	326	28	67	22	63	135	184	224	264	1700
9	38	65	77	85	21	92	21	90	33	108	947
10	131	159	85	195	43	96	60	88	57	156	1120
11	15	30	30	42	8	30		29		30	488
Média	59,6	86,5	32,8	61,5	17,4	51,5	38,0	70,3	43,9	99,3	716,8
D.P.	81,7	89,5	28,4	50,1	13,7	24,1	40,2	48,1	65,9	70,5	411,6

De igual forma, os valores para as categorias de Tempo Médio de Reação (TMR) nas Lâminas cromáticas (TR C) e acromáticas apresentaram, Figura 2, valores extremamente diversificados e alta variabilidade.

	TR AC	TR C	TMR
	75	46	121
	39	45	84
	108	109	217
	87	94	181
	111	75	186
	107	23	130
	231	246	477
	771	440	1211
	160	334	494
	334	272	606
	98	22	120
Média	192,8	155,1	347,9
D.P.	208,7	143,7	337,8

Em relação a Localização de respostas pode-se observar uma distribuição relativa somente a dois tipos de percepção, Global e Detalhe comum, sem que elementos de Detalhes Incomuns e Espaço em Branco fossem verificados no grupo avaliado. O Gráfico 1 apresenta por paciente a descrição dos tipos de percepção e os dados permitem verificar também a variabilidade de resultados.



Na análise dos determinantes de resposta observou-se a expressão de poucas categorias, cuja maior frequência ficou decrescentemente representada em Forma, Movimento humano, Movimento Animal e Sombreado Textura. Visualiza-se na tabela 2 a frequência dos determinantes assinalados. A maior frequência é para o determinante Forma, cuja composição é variável e concentra-se nas expressões de qualidade duvidosa ou mesmo de má qualidade.

Forma	F+	F+-	F-	Movimento H	Movimento A	Textura
8	8	0	0	0	0	1
11	9	2	0	1	0	3
10	2	8	0	0	0	4
9	0	7	2	0	0	0
14	12	1	1	2	2	3
7	0	4	3	0	0	0
11	6	3	2	0	0	1
5	1	3	1	3	0	0
14	1	12	1	1	0	0
9	6	3	0	0	0	0
5	0	5	0	2	1	0

Em relação aos Conteúdos verificou-se diversidade entre os tipos Animal e Humano (Inteiro e detalhe) como representativa dos conteúdos percebidos nas respostas, o que demonstra uma pouca variação perceptiva por parte dos respondentes.

H+HD	A+AD
N	N
2	5
3	5
2	8
0	0
5	14
0	1
1	7
4	5
5	7
0	8
2	6

Em relação aos Fenômenos Especiais (ou Específicos) observou-se que houve uma predominância deste aspecto nos respondentes do sexo feminino, uma vez que no total de 11 candidatos (4 do sexo masculino e 7 femininos), 4 candidatas do sexo feminino expressaram algum tipo de fenômeno especial, enquanto só 1 candidato do sexo masculino expressou presença de perseveração. As lâminas em que apareceu algum tipo de Fenômeno Especial foram: II, III, IV, V, VI, VII, VIII e IX; havendo predominância nas lâminas III, IV e IX. E o Fenômeno Especial que prevaleceu foi o Choque de exclamação, indicando a presença de ansiedade situacional nos respondentes femininos.

Lâminas	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Fenômenos Especiais	Confabulação	Confabulação	Choque de exclamação	Sentimento de incapacidade	Choque de exclamação			Choque de reação
		Choque de exclamação	Choque acromático					Choque de exclamação
	Perseveração	Perseveração	Perseveração			Perseveração	Perseveração	Perseveração

4- CONCLUSÃO

Os procedimentos de avaliação psicológica utilizados, visando um diagnóstico mais completo da demência apontaram que apesar de auxiliar na análise da doença, o Psicodiagnóstico de Rorschach não trouxe muitas contribuições para o diagnóstico, além das que ele já se propõe desde que foi criado (avaliar a personalidade do indivíduo e auxiliar no diagnóstico de indivíduos com problemas neurológicos). Para o diagnóstico de demência, a colaboração que se pode pontuar foi que ele conseguiu mostrar um pouco mais a dificuldade que indivíduos com esse tipo de doença possuem em expressar-se devido ao processo associativo e de memória estarem, possivelmente, sendo afetados. A complementaridade de distintos métodos de avaliação em psicologia podem brindar formas mais efetivas de avaliar e também contribuir com o processo diagnóstico da demência.

REFERÊNCIAS

- **DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed. ver. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

- GÓMEZ, Camino Sevilla.; GARCIA, Cristina Fernández. **Demencias: clasificación etiológica y diferenciación cognitiva.** O PORTAL fonomaniachile. Disponível em: <<http://fonomaniachile.blogspot.com.br/2009/02/web-curso-de-neurologia-de-la-conducta.html>> e http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/20_demencia.pdf. Acesso em: 10 fev. 2012.

- PAPALIA, Diane E.; OLDS Sally W.; FELDMAN, Ruth D. – **Desenvolvimento humano.** Trad. Daniel Bueno. 8ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

- STUART-HAMILTON, Ian – **A psicologia do envelhecimento: uma introdução.** Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

- TEIXEIRA, Paulo. **Demência Fronto-Temporal.** O PORTAL dos psicólogos: psicologia.com.pt. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0265.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

- VAZ, Cícero Emídio. **O Rorschach – Teoria e Desempenho.** 2ª Ed. Ver. Ampl. São Paulo: Manole, 1986.