

O Rorschach no planteamiento do tratamento e na avaliação dos resultados

Rorschach in treatment planing and outcomes assessment

DANILO R. SILVA*

INTRODUÇÃO

Ao retomar, em 1983, o tema do futuro do psicodiagnóstico**, sobre que escrevera em 1972, então uma época muito difícil para esta actividade, Weiner comenta, no final da sua reflexão, que fora mais agradável e mais fácil defender o psicodiagnóstico em 1983 do que em 1972 (1983). Com efeito, durante os anos setenta, muitas alterações se haviam operado na psicologia, particularmente no campo da avaliação psicológica. Seria muito difícil, para alguém empenhado no sector da avaliação e do diagnóstico psicológico, olhar com optimismo os anos vindouros, nos finais dos anos sessenta e início dos setenta. Vários foram os escritos em importantes publicações, na época, que atestavam a pesada crise por que passavam a avaliação e o diagnóstico e não lhes prometiam melhores dias. A verdade é que, como sabemos, no dealbar dos anos 80, as dificuldades tinham passado e as solicitações naquelas áreas faziam-se

sentir em novos sectores. A indicação de Weiner referente aos vastos campos da psicologia da saúde e da psicologia forense, como terrenos novos e importantes, tinha o sabor de uma vitória, isto é, era uma maneira de afirmar que o futuro do psicodiagnóstico se encontrava assegurado. Acresce que a própria perspectiva dos psicólogos face à avaliação estava a mudar. Enquanto, nos anos 60, a possibilidade de se tornarem psicoterapeutas, uma actividade profissional de prestígio, levou muitos psicólogos a pôr de lado ou mesmo a menosprezar a prática da avaliação, nos anos 80, a actividade de consultores especialistas, nos novos campos, é vista com outros olhos, como algo prestigiante, mesmo mais prestigiante do que praticar a psicoterapia.

Mas, nesses mesmos anos 80, algo estava a acontecer nos Estados Unidos, no campo da prática psicológica, designadamente clínica, que afectava, agora, não já os psicólogos de

* Danilo Silva enriqueceu e versão preliminar deste artigo.

** Texto da conferência proferida na VI Conferência Internacional: Avaliação Psicológica. Formas e Contextos, realizada na Universidade de Salamanca, em Novembro de 1998.

outras escolas, mas os serviços sociais de maneira geral e os de saúde incompontáveis, tendo-se tomado medidas, a nível governamental, que em particular. Os gastos com os tais serviços tinham atingido níveis considerados questionavam os frutos, as vantagens desses gastos. Dentro da prática psicológica, não foram, desta feita, apenas os práticos da avaliação e do diagnóstico que se sentiram atingidos, mas também os que haviam abraçado a profissão e o estatuto de psicoterapeutas.

Face ao problema financeiro presente, a ideia dominante e premente era a de que urgia aperfeiçoar a prática da psicologia, de sorte que ela fosse efectiva, eficaz e eficiente no alcance dos seus objectivos. Se assim não fosse, tal prática estaria de novo seriamente ameaçada. Dito de outro modo, psicoterapia e avaliação e/ou diagnóstico tinham de dar provas da sua utilidade. Na realidade, o psicólogo sentiu-se constringido a avaliar a sua actividade, fosse como psicoterapeuta, fosse como examinador-avaliador. Progressivamente, a situação e o ambiente à sua volta levavam-no a valorizar, de outro modo, os seus sucessos e insucessos. Uma vez mais a necessidade ou a apreensão, o receio, sugeriram-lhe a tomada de alguma medida para enfrentar os novos sinais, para salvaguardar o seu trabalho.

2. A AVALIAÇÃO, O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO EM QUESTÃO

Com o intuito de enfrentar as novas exigências situacionais, encetou-se todo um movimento de estudo e investigação susceptível de responder, de forma apropriada, às questões pertinentes que se punham e que, afinal, tinham que ver com a reclamação de

eficácia e eficiência na prática psicológica, questionando, designadamente, a qualidade da avaliação, do diagnóstico e do tratamento psicológicos, por sinal não pouco onerosos, em geral. Mesmo que não seja correcto afirmar que um tal movimento teve na origem apenas esta circunstância, não há dúvida de que ela foi importante e contribuiu decisivamente para uma renovada busca de maior rigor e precisão quer conceptuais quer metodológicos, nos campos da avaliação, diagnóstico e tratamento.

Em 1994, foi publicado um livro editado por Mark E. Maruish, intitulado muito sugestivamente *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (Maruish, 1994). Foi um título que, desde logo, prendeu a minha atenção, já que o tema que nele figurava, ocorria intermitentemente aos meus ouvidos, sem que nunca me tivesse sido dado vê-lo tratado de forma sistemática. Não deixa de ser pelo menos estranho que, ao aprender-se a elaborar a composição de um relatório, se registre, como componente importante do mesmo, a referência ou a sugestão de uma modalidade de tratamento, sem que, ao mesmo tempo, se proporcione ao estudante conhecimentos suficientes sobre modalidades possíveis de intervenção, suas características mais salientes e contextos em que são electivamente indicadas.

A prática do planeamento da intervenção e da avaliação dos resultados era, desde há muito, implementada pelos psicólogos de orientação comportamental, para quem tratamento e avaliação são interdependentes, determinando-se reciprocamente. Mas o capítulo específico sobre planeamento do tratamento e avaliação dos respectivos resultados

é algo diferente, logrou o seu delineamento mais preciso, nos últimos anos, e constitui porventura o último capítulo, o mais recentemente surgido, dentro do programa de avaliação psicológica. Assim parece indicá-lo Fernández-Ballesteros, ao colocá-lo por sinal como último capítulo do segundo volume da obra por si editada, em 1992, intitulada *Introducción a la evaluación psicológica*. Aí fala-se de *Valoración de Programas*, uma expressão que abrange o tratamento e toda a forma de intervenção em sujeitos, grupos ou classes, com o intuito de obter mudanças de comportamento, e ainda a valoração do planeamento da intervenção e dos resultados alcançados (Fernández-Ballesteros, 1992, vol. II, p. 478). Fazem-no, igualmente, Beutler e Berren no livro que editaram em 1995, intitulado *Integrative assessment of adult personality*, cujo último ou penúltimo capítulo se chama “*Integrating Treatment Recommendations*”.

Sem ser necessário deter-nos aqui nas condições e circunstâncias múltiplas que determinaram o regresso da avaliação ao campo da psicologia aplicada, não podemos deixar de ponderar que esse regresso se fez com o benefício da grave crise inicialmente referida, e também das frequentes discussões e análises que, durante a década de setenta, incidiram sobre perspectivas, conceitos - a controvérsia traço-situação e as propostas interaccionistas bem presentes num livro importante na época, editado por Magnusson e Ender, *Personality at the crossroads* (1977) -, meios de estudo e análise que acabaram por frutificar, na década seguinte. Surgem, então, novos instrumentos de medida, como são os inventários de Millon, de Costa e McCrae, a revisão do MMPI ou o Sistema Integrativo de

Rorschach de Exner, para apenas falar dos mais importantes e conhecidos, sem aludir à ampla variedade de instrumentos de avaliação que surgiram, uns ligados a novas teorias ou a desenvolvimentos de já antigas, outros ligados à investigação de conceitos conhecidos mas não empiricamente estudados, outros ainda ligados a conceitos originários do estudo e pesquisa em novos campos e áreas da psicologia.

Esta forma de avaliação amplamente renovada, servida pelos grandes desenvolvimentos em determinadas áreas das matemáticas aplicadas e pela tecnologia cada vez mais acessível, veio, em grande medida, ao encontro das sérias exigências com que iria deparar-se. Vejamos como Maruish aborda esta questão.

Ao situar a questão do planeamento do tratamento e da avaliação dos resultados, aquele autor invoca a questão dos elevados custos que os cuidados de saúde representaram nas últimas décadas, refere algumas causas do aumento clamoroso de tais custos e as consequências repercutidas, naturalmente, também nos serviços de saúde mental. Diversas medidas foram tomadas para obviar a tais contratempos e, já em 1988, Kiesler e Morton, citados por Maruish, escreviam: “Estão a acontecer mudanças gerais imensas. Predizemos que os esforços de contenção de custos públicos e privados, ligados à rápida reestruturação da indústria e ao consenso crescente quanto aos limites da competição do mercado livre, deve levar ao declínio da autonomia do fornecedor, ao aumento da integração dos serviços, ao aumento da importância dos resultados do tratamento, ao aumento do campo de acção e controlo da gestão, à mudança das bases do poder e

(finalmente) a mais controlo do cliente, através de decreto governamental e administrativo. Esta reestruturação dos cuidados de saúde no nosso país é necessária, está em curso e continuará por algum tempo” (Maruish, 1994, p. 9). Por certo, um dos muitos focos visados pelas preocupações de contenção de despesas foram os tratamentos, as numerosas modalidades de psicoterapia usadas as quais, nas palavras de Strupp, também citado por Maruish, nem sempre têm objectivos claramente definidos, deixando desiludidos os clientes (1994, p. 11). Nestas circunstâncias, os clínicos tiveram que preocupar-se com a efectividade das suas intervenções, acção que exigia a definição de objectivos, viabilizadora do apuramento da medida em que eles eram alcançados. Mas como o clínico passou a estar integrado numa qualquer forma de organização de cuidados de saúde, tendo perdido grande parte da autonomia de actuação que possuía, dois outros aspectos passaram a ser-lhe requeridos, ambos, de resto, ligados ao primeiro apontado: eficácia e eficiência, duas palavras extremamente frequentes nos textos destes últimos anos e que tantas vezes temos dificuldade em distinguir. Para quantos ainda não tenham logrado diferenciar bem estes três conceitos, aqui lhes ofereço as definições de Fernández-Ballesteros: “Efectividade: é a medida em que uma intervenção alcançou os objectivos previstos. Eficácia: é a medida em que um programa produziu determinados efeitos ou resultados. Eficiência: é a relação entre os benefícios obtidos e os custos do programa” (1992, p. 478).

Considerados os cuidados de saúde à luz de uma lógica de mercado, os provedores de tais cuidados sentem-se pressionados a defini-los claramente segundo estes parâmetros,

sob pena de serem preteridos por outros que o fazem e, fazendo-o, ganham os contratos com as organizações pagadoras.

Foi, em grande parte, mercê deste contexto, que a tarefa de planeamento do tratamento passou a constituir parte da avaliação psicológica. Não constitui tarefa fácil, pois não só requer conhecimentos sólidos de psicopatologia mas também das principais modalidades de tratamento psicoterapêutico, suas características, objectivos, modos de intervenção, duração, âmbitos de eficácia comprovada, etc.. Como parte da mesma organização, o avaliador não poderá perder de vista que também é ou será objecto de avaliação, encontrando-se de igual modo na berlinda.

A este propósito e ainda que, pelo menos no meu país, os cuidados de saúde estejam muito longe do nível, do modo e do estilo de organização dos dos Estados Unidos, não deixa de ser pertinente referir que esta nova matéria, dentro da área da avaliação psicológica, se encontra muito escassamente tratada nas nossas escolas, seja ao nível da licenciatura, seja ao nível da pós-graduação, período a meu ver mais indicado para o seu estudo. Não penso que devamos aguardar a ocorrência de idêntica pressão económica, para metermos mãos à obra, embora tal pressão talvez não se faça esperar tanto tempo assim. Sem cair no que considero o excesso de praticar um planeamento de tratamento, em termos do número de sessões, com definição precisa dos objectivos a alcançar à terceira ou quarta semana, momento exacto de reexame para apreciar o andamento do tratamento, etc., etc, sem cair, digo, no excesso de uma padronização total das intervenções terapêuticas, considero que uma vasta, importante e útil formação dos psicólogos clínicos nesta

matéria está, em apreciável medida ou, em muitos casos, totalmente por fazer, pelo menos no meu país, repito. Se o avaliador clínico não dispõe de um conhecimento suficiente de pelo menos as principais modalidades psicoterapêuticas ou das mais usadas ou praticadas na área geográfica em que trabalha, não está apto a emitir qualquer parecer no relatório da sua avaliação. O mais provável é que ele disponha de uma formação específica, dinâmica, psicanalítica, cognitivo-comportamental ou outra e, nessas circunstâncias, inclinar-se-à a recomendar e a planejar tratamentos sempre ou predominantemente dentro da sua perspectiva.

Ora, creio termos alcançado um estágio do desenvolvimento do conhecimento do homem que permite admitir que as diversas psicoterapias, mesmo se ligadas a determinadas teorias ou escolas, atingem dimensões e níveis diferentes da organização das pessoas, sendo diferentemente eficazes consoante a problemática ou as dificuldades em jogo. Seria frustrante que o clínico, de posse de uma caracterização adequada e consistente do cliente, após ter identificado as zonas de conflito ou os problemas fulcrais que o afligem, ciente dos recursos e limitações do mesmo e assim por diante, não dispusesse do conhecimento que lhe permitiria recomendar e planejar a forma de tratamento que melhor se lhe ajusta, isto é, a que mais rapidamente e com menores custos lhe permitirá recuperar o bem estar e alegria de viver. Ou, numa outra eventualidade, lhe indicasse uma modalidade de tratamento que não surtiria nenhum outro efeito senão o de aumentar o seu mal estar e os custos de viver.

O problema da avaliação dos resultados do tratamento também se coloca com idêntica

acuidade da do planeamento. É óbvio que este é um momento essencial para os provedores de cuidados bem sucedidos, pois a confirmação dos resultados são condição de novos contratos. E, neste momento, não posso deixar de exteriorizar o sentimento de que um modelo de cuidados de saúde tão sistematizado e padronizado, como o que se pretende praticar nos Estados Unidos, onde tudo é controlado, quantificado, qualificado, supondo uma capacidade de predição quase total, não sem contradição com o reconhecimento das vicissitudes e margem de erro que acompanham estas práticas de avaliação, diagnóstico e tratamento, um tal modelo, dizia, atrai a fraude, até porque os riscos espreitam a todo o momento. Acresce que me parece haver qualquer coisa de desumano nesta prática de uma ciência tão humana como a psicologia.

Existem diversas maneiras de avaliar os resultados de um tratamento, muito embora o juízo do cliente ou paciente seja o mais importante, do ponto de vista psicológico. É claro que o patrão, a companhia de seguros, a mulher ou os amigos avaliarão os resultados de maneira diferente, primordialmente em função dos seus interesses ou expectativas. Aparentemente, uma forma consistente de proceder a essa avaliação consiste em repetir o procedimento adoptado inicialmente e que esteve na origem do plano de tratamento implementado e proceder a novo exame que permita apreciar as diferenças. Na realidade, porém, uma avaliação rigorosa como a requerida complexifica substancialmente as coisas. Este não é, no entanto, o momento adequado para nos determos no assunto.

3. UM MODELO DE PLANEAMENTO

DO TRATAMENTO

Como, apesar de tudo, a prática do planeamento do tratamento se encontra num estágio de estudo, investigação e obtenção de resultados mais avançado do que a da avaliação dos resultados, e porque enveredei, algo inadvertidamente, por este tema, gostaria de apresentar-vos, em esquema, a proposta de Beutler e Clarkin, contida na seu livro acima citado (1995), datada de 1990, e por eles designada “escolha sistemática do tratamento”. Estes autores empreenderam uma classificação das características dos pacientes, apresentadas por diferentes teorias, em cinco categorias ou “variáveis predisponentes do paciente”: (1) gravidade do problema, (2) sofrimento motivador, (3) complexidade dos problemas, (4) potencial de resistência ou nível de reactividade e (5) estilo de confrontação (Gaw e Beutler, p. 282).

No que toca à primeira variável, “gravidade do problema”, chamada também “gravidade dos sintomas”, diz respeito a todo e qualquer grau ou nível de diminuição ou incapacidade do indivíduo que o esteja a prejudicar na sua vida corrente. A correcta avaliação da gravidade do problema do indivíduo, permitirá ao psicólogo indicar qual o local (internamento hospitalar?), modalidade (psicoterapia? farmacoterapia?) e formato de tratamento mais adequado (duração e objectivos), para o caso em presença. Todos conhecemos instrumentos de avaliação que nos proporcionam indicações precisas sobre esta variável, mas as decisões quanto a qualquer dos três aspectos referidos devem, frequentemente, tomar em consideração a realidade de certos condicionalismos, a começar pelos que o próprio indivíduo apresenta.

O “sofrimento motivador” refere-se ao mal-estar, à angústia, à vivência negativa que o indivíduo experimenta e que o move à consulta e ao tratamento. Constitui uma variável bastante importante, quer para a aceitação do tratamento, quer para a sua prossecução e alcance dos objectivos visados. A gravidade da sintomatologia pode ser manifesta, mas, se o paciente não se predispõe, não se acha suficientemente motivado para se libertar dela, o planeamento do tratamento deverá ter isso em conta, pois esse facto requer uma tomada de decisão adequada. Note-se que não deverá pensar-se que a relação entre o grau de sofrimento e a motivação do sujeito é linear. Como se sabe, há pacientes com elevado grau de sofrimento mas cujo estilo ou estratégias de confrontação bem estabelecidos os impedem de aderir às propostas sugeridas pelo tratamento. Por seu turno, os pacientes com reduzido sofrimento motivador não vêm razão para aderir a uma proposta de tratamento. Há, pois, um nível óptimo de sofrimento motivador, essencial para o desenvolvimento do tratamento, e que deve ser objecto de contínua atenção do clínico, para que se mantenha activo, desperto, sem o que as interrupções inesperadas podem ocorrer.

A terceira variável objecto de avaliação é a “complexidade dos problemas” que Beutler e Clarkin formalizam deste modo: “São estes problemas simplesmente hábitos que são mantidos pelo ambiente ou são expressões simbólicas de experiências pessoais ligadas a conflitos não resolvidos?” (citado por Gaw e Beutler, 1995, p. 300). São problemas simples ou complexos? A complexidade dos problemas pode ser avaliada através de testes psicológicos, mas geralmente exige a obtenção de dados relativos à história do

indivíduo susceptíveis de proporcionarem indicadores da antiguidade e da variedade dos contextos, designadamente relacionais, em que a reacção sintomática se activa.

O “potencial de resistência ou nível de reactividade ao tratamento” tem a ver com o modo como o indivíduo lida com o tratamento, considerando-o um desafio ou uma ameaça à sua liberdade. Segundo dados de investigação, quando a avaliação permite detectar no paciente uma propensão para sentir uma tal ameaça, o plano do tratamento deverá indicar uma modalidade de intervenção não directiva ou auto-dirigida, reservando-se as modalidades directivas para os pacientes mais receptivos ou tolerantes.

Finalmente, o “estilo de confrontação” diz respeito aos recursos ou estratégias a que o paciente deita mão para gerir a ansiedade proveniente do conflito interno. Os indivíduos têm estilos de confrontação diferentes e, geralmente, admite-se entre eles um continuum cujos extremos se designam de externalizante e internalizante. Os indivíduos que, preferentemente, recorrem a modos de confrontação com a ansiedade, caracterizados pela evitação directa, passagem ao acto, racionalização, projecção, com insensibilidade aos sentimentos dos outros e aos próprios e, em geral, com os tipos de comportamentos distintivos dos extrovertidos, têm um estilo de confrontação externalizante. Os indivíduos que, preferentemente, recorrem a modos de lidar com a ansiedade, caracterizados pelo recalçamento, evitação negação e compartimentação das fontes de ansiedade, com excessivas auto-crítica, introspecção, introversão, controlo e limitado âmbito de expressão das emoções e sentimentos, têm um estilo de confrontação internalizante. Naturalmente,

estes dois tipos de estilos de confrontação requerem planos de tratamento diferentes.

Este é o esquema geral, em termos de conteúdo, da proposta de “escolha sistemática do tratamento” de Beutler e Clarkin. A avaliação de cada variável encontra-se devidamente estudada e sistematizada, proporcionando ao utente um instrumento acabado de avaliação, tendo em vista o planeamento do tratamento (Gaw e Beutler, 1995, p. 282-286).

4. ACTUALIDADE DO MÉTODO DE RORSCHACH

É tempo de abordarmos o tema que dá o título a esta conferência: O Rorschach no planeamento do tratamento e avaliação dos resultados. Para os colegas presentes que não usam ou não estão a par dos desenvolvimentos do Rorschach nas últimas décadas, penso que são devidas algumas palavras sobre este meio de avaliação da personalidade. A melhor síntese sobre esta questão, uma síntese sábia, reflectida, ponderada e tranquila, encontramos-na na recente obra de Irving Weiner, *Principles of Rorschach Interpretation* (1998), no seu excelente primeiro capítulo sobre A natureza do Rorschach. Aqui, ao mesmo tempo que expõe o seu ponto de vista, solidamente assente no estudo e na investigação, na prática e experiência de clínico, na agudeza da análise tão talentosa e hábil quão inteligente, e ainda na clareza e simplicidade da exposição sempre mui gratificantes ao leitor, aqui, dizia, Weiner refere, de alguma maneira, a história e evolução do Rorschach, os vários pontos de vista sobre a sua natureza e interpretação, o percurso progressivamente destacado e amplamente reconhecido do Sistema Integrativo do Rorschach

iniciado por Exner ainda nos anos sessenta. O seu ponto de vista sobre o Rorschach, que suscita naturalmente a multiplicidade de problemas e controvérsias havidos ao longo dos anos, pode enunciar-se em cinco pontos, aliás expostos sob a forma de questões, logo no início do livro:

1. O Rorschach não é um teste mas um método;
2. Um método a um tempo objectivo e subjectivo;
3. Uma medida da percepção e da associação;
4. Uma medida da estrutura e da dinâmica da personalidade;
5. Um instrumento dotado de sólidas características psicométricas.

Em relação ao primeiro ponto, Weiner acha vantajoso considerar o Rorschach como um método e não como um teste, porque, na concepção de teste, está implícita a ideia de que se trata de um instrumento que mede ou avalia algo de específico, a inteligência, a memória, a ansiedade, a depressão. O Rorschach também pode fazer isto, pode dar indicações precisas sobre perturbações do pensamento, egocentricidade, depressividade, etc., mas vai além disso, pode funcionar igualmente como um instrumento subjectivo de avaliação, pode aproveitar um grande número de elementos importantes de informação que contribuem para enriquecer os dados recolhidos e codificados do modo estandardizado. O considerar-se o Rorschach como um simples método de recolha de dados permite evitar que possa ser absorvido por uma teoria, isto é, mantém-no aberto a qualquer perspectiva teórica de tratamento e interpretação. O que se exige do Rorschach,

escreve aquele autor, “é apenas saber por que razão ele suscita informação útil” (1998, p. 21). As razões por que gera este tipo de informação são essencialmente duas: ao responder ao Rorschach, o indivíduo coloca-se numa situação com todas as características de solução de problemas - uma pergunta que solicita a estruturação de um estímulo inestruturado - e revela o seu modo habitual de resposta ou o seu estilo de personalidade, frente a tais situações; como essa situação tem também um carácter facilitador da associação, acontece, com frequência, que a resposta revela muitas características da sua personalidade, motivos, emoções, conflitos, preocupações, etc.. E Weiner remata: “O Método dos Borrões de Tinta de Rorschach é (a) uma medida cognitiva de estruturação que implica os processos de atenção, percepção, memória, tomada de decisão e análise lógica, e (b) uma medida de fantasias (imagery) temáticas que implicam processos de associação, atribuição e simbolização” (p. 22).

No que respeita ao segundo ponto, não parece difícil reconhecer que, muito embora o Rorschach não tenha propriamente as características de um teste de inteligência, as suas respostas podem ser codificadas com um elevado grau de garantia, e os constructos correspondentes às suas variáveis são susceptíveis de investigação, com idêntica objectividade com que se procede com outros instrumentos. Por outro lado, desde cedo se verificou que muitos outros aspectos da personalidade podiam ser estudados mediante o recurso à análise do conteúdo, dimensão associativa das respostas que veiculam igualmente os processos de atribuição e simbolização, análise que não era contemplada pela faceta objectiva do método.

Será o Rorschach um método projectivo? Enquanto tais, as instruções de aplicação do Rorschach - “O que poderia ser isto?”, “Onde o vê?” e “O que há aí que lhe faz parecer assim?” - não determinam o uso de projecção. Se, por exemplo, o indivíduo dá como resposta ao Cartão V, “um morcego preto”, não faz mais do que reconhecer as características manifestas do estímulo, por sinal frequentemente referidas na população geral. Como se vê, nem são só os protocolos cujas respostas são predominantemente determinadas apenas pela forma que são escassamente ou não são de todo projectivos. Mesmo os que contêm respostas cor, de sombreado, acromáticas, etc., podem não conter elementos projectivos, já que os elementos integrados na resposta são os presentes no estímulo e, conseqüentemente, o produto de uma operação fundamentalmente de organização perceptiva. Podem ser sim reveladores de um estilo perceptivo ou cognitivo ou de personalidade e, ao que tudo indica, os estilos não são de natureza projectiva.

Isto não significa que não seja possível ou não possa ocorrer projecção no Rorschach. Embora menos frequentemente do que seria de esperar, para um método tradicionalmente adjectivado de projectivo, ela pode ter lugar. A este propósito, ocorreu-me a ideia de que, nunca ninguém se lembrou de qualificar as escalas de Wechsler de projectivas e, no entanto, Rapaport e, de certa maneira, o próprio Wechsler bem recomendaram o uso da perspectiva projectiva na análise das respostas. Há alguns anos atrás, não sei se nesta mesma sala, lembro-me de ter ouvido uma comunicação, num Congresso da Sociedade Espanhola do Rorschach e outras Técnicas Projectivas, onde se procedia à análise de

uma WAIS, creio eu, nesta perspectiva, e se encareciam as possibilidades projectivas desta escala de inteligência. Mas nada disso conseguiu dar a volta à cabeça das pessoas. O Rorschach não teve a mesma sorte e ficou e ficará, talvez definitivamente, conhecido como um instrumento projectivo.

Será que o Rorschach foi considerado projectivo em virtude do carácter ambíguo da situação Rorschach? A ambigüidade no Rorschach decorre da falta de estrutura dos estímulos, por um lado, e das instruções por outro. Mas, quer num caso quer noutra, a falta total de estrutura e, conseqüentemente, a total ambigüidade estão longe de se verificar. A presença de respostas populares, para indicar um elemento mais nítido apenas, revela que os cartões têm um apreciável grau de estrutura; a expressa indicação, nas instruções, de que os estímulos são borrões de tinta e outrossim as questões colocadas no período do Inquérito são também indicadores de que nem tudo na tarefa do Rorschach é inestruturado e ambíguo.

Os três pontos restantes - o “Rorschach, medida de percepção e de associação” , “o Rorschach e a avaliação da estrutura e da dinâmica da personalidade” e “fundamentos psicométricos do Rorschach” - não nos merecerão tratamento prolongado, não porque não se revistam do máximo interesse, mas porque se apresenta relativamente fácil, a partir do que ficou dito, inferir as posições adoptadas e também porque o tempo urge.

Em relação à questão de o Rorschach ser uma medida de percepção e de associação, decorre do carácter objectivo e subjectivo do método, anteriormente destacado. A maioria dos protocolos conterão respostas onde a projecção está presente e respostas onde não

está. É provável que um grande número de respostas resultem do concurso dos processos perceptivo e associativo, ambos merecedores da requerida atenção, tendo em vista a maior riqueza da interpretação.

Que o Rorschach avalia a estrutura e a dinâmica da personalidade, a reflexão acaba de fazer implica-o. Mas o que não se encontrava ainda, pelo menos tão claramente, dito e mostrado é que estrutura e dinâmica da personalidade podem ter as mesmas fontes no Rorschach. Com efeito, tradicionalmente pensava-se que eram as variáveis estruturais as bases da avaliação da estrutura e que as variáveis de conteúdo eram a fonte da avaliação da dinâmica da personalidade. Weiner chama a atenção para o facto de que muitas variáveis estruturais podem dar também informação sobre a dinâmica da personalidade, e, ao contrário, muitos dados de conteúdo podem proporcionar informação sobre estados e traços de personalidade, para além de sobre necessidades ou preocupações. Deste modo, fica bem claro que o Rorschach é uma medida da estrutura e da dinâmica da personalidade. Não posso deixar de transcrever a seguinte passagem: “Nas mãos de examinadores assim instruídos e versados, os protocolos de Rorschach fornecerão, em determinadas ocasiões, informação sobre principalmente a estrutura da personalidade dos indivíduos, e, noutras, serão sobretudo reveladores da sua dinâmica da personalidade. Qual das ocasiões terá lugar, será determinado pela abertura do estilo de confrontação dos indivíduos e de como abordam a situação de exame, e não pela natureza do próprio instrumento” (1998, 20).

Quanto às bases psicométricas do Rorschach, elas foram o alvo perseguido,

durante muitos anos, por Exner e colaboradores. Os numerosos estudos e investigações efectuados ao longo do desenvolvimento do SIR, desde o modo de aplicação e recolha do protocolo, até à garantia e validade, passando pelo processo de resposta e garantia intercotadores, permitiram não apenas a reabilitação do método mas e sobretudo o seu reconhecimento e audiência nos meios onde fora repellido. Hoje, está perfeitamente à altura de responder às exigências que, designadamente, o planeamento do tratamento e a avaliação dos resultados representam.

5. O RORSCHACH NO PLANEAMENTO DO TRATAMENTO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Se tomarmos como modelo a proposta de Beutler e Clarkin antes referida, diremos que o Rorschach terá maior ou menor possibilidade de fornecer informação sólida e consistente, relativamente às cinco “variáveis predisponentes do paciente”, consoante os casos em presença. Com efeito, se, em alguns casos, pode dar indicações sobre a gravidade do problema ou dos sintomas, não deixa de ser certo que haverá, para um grande número de outros casos, instrumentos que o poderão fazer, mais rápida e economicamente e até com maior precisão. Assim, as notas positivas nas três primeiras variáveis-chave da estratégia de início da interpretação de um protocolo - Índice de Esquizofrenia, Índice de Depressão e nota D maior do que nota D corrigida - proporcionam informação relativa à presença de um problema grave ou de sintomas graves que sugerem, fortemente, sintomatologia esquizofrénica, depressiva e de ansiedade.

Em relação às restantes variáveis, o Rorschach, na expressão que o S.I.R lhe confere, afigura-se-me uma fonte de informação bastante adequada e sugestiva. A investigação em psicoterapia tem confirmado, uma e outra vez, que os pacientes que experimentam alguma forma de mal-estar, incomodidade ou sofrimento são aqueles que recorrem à consulta e ao tratamento e mais aproveitam deste. Eles estão motivados, empenhados, persistem assiduamente na prossecução dos objectivos que inicialmente os moveram. Tomando a variável “sofrimento motivador”, que variáveis do Rorschach são susceptíveis de proporcionar dados reveladores?

A variável essencial a este respeito é a variável nota D<0. Um protocolo com este indicador positivo, revela que o sujeito se encontra num estado de sobrecarga, com sentimentos que podem ser de natureza diversa, desde a ansiedade e o desamparo à tristeza e à carência de afecto e apoio, da paralisia reactiva ao desespero suicida. A experiência pessoal ou a vivência sentida de um funcionamento aquém das capacidades reais, presumidas ou desejadas, as reacções e respostas desajeitadas de que toma consciência, a tendência para se subtrair a situações ou exigências quotidianas, etc., geram sentimentos de insegurança, medo, frustração, incapacidade, revolta, agressividade, desconfiança. Esta falta de satisfação própria, este sofrimento interior constituem, seguramente um importante móbil para o tratamento e um alvo de mudança.

Que dados pode proporcionar o Rorschach no que respeita à complexidade dos problemas? Esta variável contempla a natureza dos problemas quanto à sua vigência mais ou menos longa e ainda quanto a se se encon-

tram mais ligados a comportamentos aprendidos ou mais predominantemente a conflitos com forte carga emocional. Como se referiu, existem problemas que correspondem apenas a hábitos adquiridos e que se mantêm em função do ambiente inalterado; existem problemas mais complexos ligados a conflitos interiores mais antigos; existem os problemas de natureza situacional; existem os problemas que, numa perspectiva desenvolvimentista, implicam variáveis com origem muito precoce, quando comparadas com outras que surgem num estágio mais avançado do desenvolvimento.

Neste sector, a informação mais imediata que o Rorschach proporciona diz respeito à natureza situacional do sofrimento, a qual se pode exprimir através das variáveis m (movimento inanimado) e Y (sombreado-difusão) ou outras, consoante o problema em causa, como pode acontecer com as variáveis T (sombreado-textura) ou mesmo C' (cor acromática). Como instrumento de avaliação da personalidade, nas vertentes estrutural e dinâmica, a análise do protocolo, pode proporcionar um número elevado de elementos que contribuem para a formulação de um juízo sobre a complexidade do problema. Será a própria constituição do núcleo das variáveis indicadoras da existência do problema, seu número, seu carácter invasor ou omnipresente que permitirá avaliar da respectiva complexidade.

Quanto ao potencial de resistência ou nível de reactividade do paciente ao tratamento, o Rorschach fornece dados importantes. Weiner identifica quatro formas mais salientes de resistência ou de barreiras ao tratamento: rigidez, satisfação consigo pró-

prio, não-introspectividade e distanciamento interpessoal (Weiner, 1994, p. 258).

A rigidez traduz-se na imutabilidade ou fixidez da maneira de ser e actuar de um indivíduo e na sua recusa ou falta de disponibilidade para mudar. No Rorschach, esta característica é traduzida pela relação a:p, que compara a frequência de todas as respostas de movimento activo e passivo. Se tal relação exceder a proporção de 2:1, em qualquer dos sentidos, significa que o sujeito tem essa característica que o leva a adoptar fixamente determinados modos de pensar, sem grandes possibilidades de poder considerar que talvez fosse mais fecundo pensar ou encarar as coisas de outro modo. É fácil de se identificar aqui um obstáculo ao tratamento que pode constituir em si mesmo um alvo do tratamento.

No que respeita à satisfação consigo próprio, significa que o sujeito que tem este sentimento não vê razão para mudanças. A variável que, no Rorschach, nos proporciona dados relativos é também a nota D mas, desta feita, com um valor de 0 ou maior do que 0. Com efeito, o indivíduo com tal nota é alguém que dispõe de recursos suficientes ou abundantes para confrontar-se, de maneira conseguida, com as exigências situacionais ou com os problemas com que depara no seu dia a dia. Este sujeito acha-se, geralmente ao abrigo do stress, não se perturba com o inesperado, o novo, mantém-se, quase sempre, inalterado perante dificuldades ou contratempos, exactamente ao contrário do sujeito anteriormente referido, que tem uma nota D inferior a zero. Estas características são, na maior parte dos casos, vantagens, mas constituem barreiras, quando os indivíduos ficam perturbados a ponto de necessitarem de tratamento. São agora traços de carácter difíceis

de remover e são a marca de grande número de pessoas perturbadas. Vale a pena notar que, de acordo com os dados normativos americanos (Exner, 1995, p. 169), a percentagem dos indivíduos com uma nota D de 0 ou maior é de cerca de 90%, contra cerca de 10% dos indivíduos com nota D inferior a 0.

Os indivíduos desprovidos de introspectividade são pessoas pouco dadas à reflexão, a olhar para dentro de si, a autoexaminar-se. Para um tratamento alcançar os seus objectivos, o paciente deve ser capaz de pensar e falar do que pensa, dos seus sentimentos e afectos, do seu modo de ser, estar, agir e reagir. A variável do Rorschach que acusa de forma mais nítida esta capacidade é a resposta de dimensionalidade - FD-, um determinante que leva o sujeito a distanciar-se para ver o percepto de longe, em perspectiva, ou então em profundidade, como quando o objecto visto está atrás de outro. “A total ausência de FD, escreve Weiner, identifica uma tendência para a não-introspectividade, a qual pode impedir o progresso do tratamento, pela limitação da quantidade e do significado pessoal da informação que os pacientes disponibilizam para discussão” (Weiner, 1994, p. 258),

O distanciamento interpessoal traduz-se pela ausência de movimento no sentido de estabelecer relações estreitas, vínculos com as outras pessoas ou pela tendência para manter alguma distância, física ou psicológica delas. Tais indivíduos não crêem que possam esperar o apoio ou a ajuda de outrem. É claro que uma atitude destas pode constituir um obstáculo ao estabelecimento de uma relação de confiança com o terapeuta. No Rorschach, a variável que exprime a presença do sentimento de proximidade pessoal ou a falta

dele é o determinante sombreado-textura, T. A ausência de uma tal variável num protocolo significa cautela, reserva, distância nas relações interpessoais, aspecto este que, tal como os anteriores, pode também obstruir o progresso e/ou o termo efectivo do tratamento.

A última variável predisponente do paciente, pela mesma maneira como os autores a caracterizam, diz respeito a dois estilos de confrontação designados como externalizante e internalizante. Tal como aparecem caracterizados pelos autores, coincidem em grande medida, se não totalmente, com o que no S.I.R. formam os estilos extratensivo e introversivo de confrontação. Para além destes dois estilos bem definidos, que admitem também um grau excessivo de desenvolvimento a ponto de se tornarem invasores, agentes de rigidez e, por conseguinte alvo do tratamento, a relação EB ou tipo de vivências permite identificar os indivíduos sem estilo definido e os indivíduos ideativa e emocionalmente coarctados, outras tantas condições alvos de tratamento.

Aqui se enunciaram alguns indicadores que atestam muito claramente a potencialidade do Rorschach como instrumento susceptível de proporcionar informação consis-

tente e pertinente, tendo em vista o planeamento do tratamento. Fizemo-lo de uma forma em grande medida sistemática, como convinha, mas não podemos descuar o facto de que muitas outras indicações serão suscitadas ao longo da análise, interpretação e integração de todos os dados no relatório final.

Que dizer da avaliação dos resultados? Não nos resta tempo para nos determos sobre este assunto. Não quis, no entanto, passá-lo totalmente em branco e preparei a tradução de uma lista de 27 variáveis do Rorschach, conceptualmente indicadoras de “dificuldade de adaptação” e consideradas por Exner e Weiner susceptíveis de indicar melhoras com o tratamento. Esta lista consta do capítulo de Weiner, “Rorschach Assessment”, atrás referido (1994). A redução ou ausência de tais variáveis no protocolo de reteste, assinaladas com as letras a ou b, consoante se trate de uma psicoterapia longa ou breve, indicará a ocorrência de melhoras.

**Seleção de Variáveis Estruturais do Rorschach Indicadoras
de Dificuldade de Adaptação***

VARIÁVEL	ILACÃO DE DESADAPTAÇÃO
1. D<0 (a,b)	Sofrimento subjectivamente sentido resultante da inadequação dos recursos à satisfação das exigências experimentadas
2. AdjD<0 (a,b)	Sofrimento persistentemente sentido que se prolonga para além das dificuldades transitórias ou situacionais em satisfazer as exigências experimentadas
3. EA<7 (a,b)	Recursos limitados para implementar as estratégias de resolução de situações problemáticas
4. CDI>3 (a,b)	Défice geral nas capacidades de confrontação com as exigências da vida diária
5. Ambigüaldade (a,b)	Falta de compromisso com um estilo coeso de confrontação gerador de um sentido pessoal de incerteza.
6. Zd<-3,0 (a,b)	Atenção insuficiente às tonalidades da sua experiência, com um olhar superficial sobre os eventos do meio e extração apresada de conclusões acerca do seu significado
7. Lambda>0,99 (a,b)	Referências estreitas e limitadas e uma inclinação para responder (reagir) às situações nos termos mais simples possível.
8. X+%<70 (a,b)	ncapacidade ou pouca inclinação para perceber os objectos e acontecimentos como a maior parte das pessoas
9. X-%>20 (a,b)	Percepção incorreta das suas circunstâncias e antecipação errada das consequências das suas acções
10. SumSh>FM+m (a,b)	Experiências emocionais negativas de disforia, solidão, desamparo e/ou auto-depreciação
11. DEPI=5 (a,b)	Preocupações depressivas.
12. DEPI>5	Probabilidade de perturbação depressiva diagnosticável.
13. Afr<50 (a,b)	Evitação de trocas emocionais com o ambiente e relutância em ficar comprometido com situações carregadas de afecto
14. CF+C>FC+1 (a,b)	Sentimentos manifestamente intensos e expressão do afecto sem restrição
15. Sum 6 Sp Sc>6 (a)	Tendência para pensamento frouxo e arbitrário

16. $M > 0$ (a,b)	Concepções estranhas sobre a natureza da experiência humana
17. $M_p > M_a$ (a,b)	Uso excessivo da fantasia de escape em substituição do planeamento construtivo
18. Intelectualização > 5 (a)	Confiança excessiva na intelectualização como medida defensiva
19. $Fr + rF > 0$	Exaltação narcísica de si próprio e tendências para externalizar a responsabilidade ou as faltas
20. $3r + 2/R > 0,43$ (a)	Excessiva centração em si próprio e preocupação consigo próprio
21. $3r + 2/R < 0,33$ (a,b)	Pouco respeito por si próprio em comparação com os outros
22. $FD > 2$	Âmbito invulgar de introspecção
23. $p > a + 1$ (a,b)	Passividade em relação a outras pessoas e uma inclinação para evitar iniciativa e responsabilidade
24. $T = 0$ (a)	Carência de perspectiva ou de alcance de relações estreitas, psicologicamente íntimas, dedicadas e de apoio mútuo com os demais.
25. $T > 1$ (a,b)	Necessidades insatisfeitas de relações próximas e confortantes com outras pessoas, geradoras de sentimentos de solidão e destituição.
26. $H \text{ Puro} < 2$ (a,b)	Desinteresse em e/ou dificuldade em identificar-se com outras pessoas
27. $H < (H) + Hd + (Hd)$ (a,b)	Inquietude ao considerar as relações com as pessoas reais, vivas e em plena actividade*

* Baseada na investigação apresentada por Weiner e Exner. (1991) Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 56, 453-465.

a Tornou-se significativamente menos frequente nos pacientes em psicoterapia longa.

b Tornou-se significativamente menos frequente nos paciente em psicoterapia breve.

* Nota: Extraído de *Rorschach Assessment* de I. B. Weiner in *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* pp. 261-262, editado por M. E. Maruish. 1994, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Copyright 1994 by Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Traduzido e publicado com autorização.

BIBLIOGRAFIA

- Beutler, L. E. and Berren, M. R. (Eds.) (1995) Integrative assessment of adult personality. The Guilford Press, New York.
- Beutler, L. E., Wakefield, PH., Williams, R. E. (1994) Use of psychological tests/instruments for treatment planning. In Mark E. Maruish, (Ed.) (1994) The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Hillsdale, New Jersey, pp. 55-74.
- Exner, J. E. (1995) A Rorschach Workbook for the Comprehensive System. 4th edition. Rorschach Workshops, Asheville, North Carolina
- Fernández-Ballesteros, R.(Ed.) (1992) Introducción a la Evaluación Psicológica, 2 vols. Ediciones Pirámide, Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R., Valoración de Programas. In Fernández-Ballesteros, R.(Ed.) (1992) Introducción a la Evaluación Psicológica, 2 vols. Ediciones Pirámide, Madrid, 472-503
- Gaw, K. F. and Beutler, L. E., (1995) Integrating treatment recommendations. In Larry E. Beutler and Michael R. Berren, (Eds.) Integrative assessment of adult personality. The Guilford Press, New York, pp. 281-319.
- Magnusson, D. & Endler, N. S. (Eds.) (1977) Personality at the crossroads: current issues in interactional psychology. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates
- Maruish, M. E. (Ed.) (1994) The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Hillsdale, New Jersey.
- Maruish, M. E. (1994) Introduction. In Mark E. Maruish (Ed.) The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Hillsdale, New Jersey, pp. 1-21.
- Weiner, I. B. (1972) Does Psychodiagnosis Have a future? Journal of Personality Assessment, 36, 534-546.
- Weiner, I. B.,(1983) The future of psychodiagnosis revisited. Journal of Personality assessment, 47, 451-459.
- Weiner, I. B. (1994) Rorschach Assessment. In Mark E. Maruish (Ed.) The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Hillsdale, New Jersey, pp. 249-278.
- Weiner, I, B. (1998) Principles of Rorschach Interpretation.Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, New Jersey.