



Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES

Curso de Psicologia

COLABORAÇÕES DO PSICODIAGNÓSTICO MIOCINÉTICO À
AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DE HUMOR

Thiago Goulart Mora

Brasília

Junho de 2011

Thiago Goulart Mora

COLABORAÇÕES DO PSICODIAGNÓSTICO
MIOCINÉTICO À AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DE
HUMOR

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB – como
requisito para obtenção do grau de Psicólogo
da Faculdade de Ciências da Educação e da
Saúde, elaborada sob a orientação do Professor
M.Sc. Frederico Guilherme Ocampo Abreu.

Brasília, junho de 2011



Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES

Curso de Psicologia

Esta monografia foi aprovada pela Comissão Examinadora composta por:

Prof. Frederico Guilherme Ocampo Abreu (orientador)

Prof. Otávio de Abreu Leite

Prof.^a Miriam May Phillippi

A Menção Final obtida foi:

Brasília, junho de 2011.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente e acima de tudo, à cliente atendida no projeto de estágio em Psicodiagnóstico, que, com sua participação e consentimento, tornou possível a realização do estudo de caso elaborado nesta pesquisa. Espero que ela possa alcançar a realização que merece e que vença os empecilhos que a vida lhe impôs, tirando benefícios de suas dificuldades. Agradeço também ao orientador da monografia, Prof. Frederico Abreu, pela liberdade proporcionada nesta longa empreitada e direções a respeito da psicopatologia e do processo de psicodiagnóstico e de avaliação psicológica em geral, e ao Prof. Otávio Abreu, por ter me apresentado o Psicodiagnóstico Miocinético e o modelo de psicoterapia que pretendo seguir, abrindo para mim as possibilidades de trabalho como psicólogo. Aos demais professores e a todos os meus colegas de curso, por terem proporcionado uma passagem edificante e agradável durante todos estes anos. Espero que este desfecho não seja uma despedida definitiva, mas que voltemos a nos encontrar com frequência em outros momentos, seja em situação de trabalho, pesquisa ou entretenimento. Agradeço ainda à minha família por me oferecer o acolhimento que sempre tive, possibilitando-me percorrer os caminhos que escolhi.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
SUMÁRIO	iv
RESUMO	vi
INTRODUÇÃO	7
1. A DEPRESSÃO E OS TRANSTORNOS DE HUMOR.....	13
1.1. Os Transtornos de Humor e sua Prevalência Atual	13
1.2. A Depressão como Perturbação no Humor: Reflexão Histórica	17
1.3. Explicações Atuais para os Transtornos Depressivos: da Psiquiatria à Psicologia	27
1.4. Tratamento da Depressão: Perspectivas Atuais	32
2. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DA DEPRESSÃO.....	39
2.1. Psicodiagnóstico Clínico: Fundamentos Básicos	39
2.2. As Técnicas de Exame Psicológico e a Polêmica Associada ao seu Uso.....	45
3. O PMK NA AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DE HUMOR.....	52
3.1. Psicodiagnóstico Miocinético: História e Fundamentos	52
3.2. O PMK no Diagnóstico dos Transtornos de Humor	58
4. METODOLOGIA	65
4.1. Local de coleta de dados	66
4.2. Participante.....	67
4.3. Procedimento de coleta de dados	67
4.3. Procedimento de análise de dados.....	68
5. ESTUDO DE CASO: DEPRESSÃO REATIVA E ANTIDEPRESSIVOS	69
5.1. Exame Clínico: Anamnese e Exame do Estado Mental	69
5.2. Exames Complementares: Avaliação Cognitiva, HTP e PMK.....	72

5.3. Conclusão	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	87
Apêndice I	87
Apêndice II	93

RESUMO

Este trabalho procurou apreciar o uso de uma técnica psicológica expressiva do exame da personalidade, o Psicodiagnóstico Miocinético (PMK), na avaliação de transtornos de humor. Foi realizada uma pesquisa sobre a depressão e outros transtornos de humor, sobre o psicodiagnóstico e sobre o PMK, associando esses temas ao diagnóstico dos transtornos afetivos, sua etiologia e tratamento. Foi feito também o estudo de um caso atendido em projeto de estágio de psicodiagnóstico a fim de auferir os benefícios da aplicação do PMK nesse contexto. Verificou-se que a depressão e os transtornos de humor podem ter explicações variadas, advindos tanto do cerne da personalidade como de fatores externos e manifestando-se no comportamento e na fisiologia. Seu diagnóstico depende da construção de um vínculo de confiança e do uso de técnicas psicológicas que complementem os dados colhidos nas entrevistas. Concluiu-se que o PMK pode ser de grande proveito para o diagnóstico de transtornos afetivos, pois complementa de maneira enriquecedora os dados da avaliação, ao trabalhar com a expressão livre, não verbal e não controlada da personalidade. A prova consegue avaliar as condições do examinando de acordo com uma escala que varia entre a depressão melancólica e o ânimo exagerado e é útil para detectar a atitude de autoagressão, revelando a presença de uma pretensão suicida, podendo ainda dar sugestões sobre a evolução da condição a partir dos dados históricos e atuais manifestados. No caso estudado, os resultados do PMK ajudaram a verificar que a cliente vivenciava uma depressão situacional, em reação a circunstâncias pessoais, mas com tônus vital constitucional elevado, talvez pelo uso de antidepressivo, e sem atitude autoagressiva. Sugere-se que o PMK seja mais utilizado entre os psicólogos clínicos a fim de aprimorar a prática do psicodiagnóstico, dando mais segurança às conclusões alcançadas e assegurando maior ética na realização de avaliações psicológicas.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico Miocinético, Avaliação Psicológica, Transtornos de Humor, Depressão.

O presente trabalho trata de um assunto importante do campo da psicologia clínica: a depressão. Qualquer psicólogo clínico, trabalhando com psicoterapia ou avaliação psicológica, pode dizer como ela é queixa recorrente nos relatos de clientes adultos. Classificada entre os chamados transtornos de humor, a depressão pode assumir várias formas, desde estados mais brandos até psicopatologias mais graves, com causas também variadas. Seu diagnóstico, longe de ser uma tarefa simples, abrange as complexidades da vida humana, razão pela qual são necessárias técnicas que auxiliem no diagnóstico diferencial do transtorno em suas manifestações diversas.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, o CID-10, os transtornos de humor ou afetivos podem ser definidos como categorias nosológicas que abrangem alterações de comportamento relacionadas ao nível de humor ou afeto, seja no sentido de uma elevação ou de uma depressão (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2007). Na edição atual do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-IV-TR, coincidem com essa classificação os transtornos bipolares e unipolares, além das formas mais brandas desses estados, os transtornos ciclotímicos e distímicos, sendo também objeto de classificação a natureza isolada ou persistente dos episódios (*American Psychiatric Association [APA], 2002*).

A depressão, quadro via de regra associado tanto ao tipo unipolar quanto ao bipolar, é um problema de saúde pública de ordem maior, por ser responsável por grande parte do prejuízo no orçamento e produtividade e por contribuir para o agravamento de outros problemas de saúde, levando muitas vezes a suicídios. David Sheridan Holmes, no livro *Psicologia dos Transtornos Mentais* (1997), estimou que 8% da população da época sofreriam de um transtorno de humor em algum momento da vida, acrescentando que a depressão é o

tipo mais comum e que a incidência desses transtornos estaria aumentando rapidamente, dando início à chamada “década da depressão” (Holmes, 1997, p. 158). Assim, consideram-se bem vindas pesquisas que auxiliem no diagnóstico e tratamento eficaz dos transtornos afetivos, a fim de preparar a classe profissional para o atendimento de uma demanda crescente na psicologia clínica e áreas afins. Com esse propósito, pretende-se verificar as vantagens do uso de uma ferramenta específica, o Psicodiagnóstico Miocinético – PMK, na realização do diagnóstico psicológico de pessoas com queixas condizentes com quadros depressivos.

O psicodiagnóstico ou diagnóstico psicológico é uma prática realizada por psicólogos da área clínica, um tipo específico de avaliação psicológica com objetivos clínicos. Trata-se de um procedimento investigativo bastante procurado para diversos fins: acompanhamento terapêutico, psiquiátrico, hospitalar, profissional, escolar, perícia psicológica para fins jurídicos ou verificação de distúrbios ou condições psicológicas em situações variadas. Por ser uma forma mais estrita de avaliação psicológica, que necessariamente faz uso, além da entrevista clínica, de técnicas ou testes psicológicos, o psicodiagnóstico é função privativa do psicólogo, como decretado na Lei nº 4.119/62, que regulamenta a profissão de Psicologia. Além disso, na Resolução nº 010/00 do Conselho Federal de Psicologia [CFP], que especifica e qualifica a psicoterapia como prática do psicólogo, consta que o processo psicoterapêutico deve pautar-se em avaliação diagnóstica fundamentada.

Apesar de se apoiar em firme aparato formal e legal, nota-se que o psicodiagnóstico ainda é uma prática controversa entre os profissionais de psicologia, aceita por uns e repelida por outros, talvez mais por falhas de conduta por parte dos psicólogos do que pelo valor da prática em si. Se isso for verdade, torna-se necessário aprimorar a função de acordo com os princípios éticos da profissão. A Resolução nº 07/03 do CFP, que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, instrui que o processo de avaliação psicológica (inclui-se aí o psicodiagnóstico) deve se ater às determinações

históricas, sociais, econômicas e políticas de seu objeto de estudo, considerando a natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada desse objeto. Além disso, recomenda que o psicólogo baseie suas informações na observância dos princípios e dispositivos do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução nº 10/2005 do CFP), recusando, sob toda e qualquer condição, o uso dos instrumentos, técnicas e experiência profissional da psicologia na sustentação de modelos institucionais e ideológicos de perpetuação da segregação aos diferentes modos de subjetivação. Sugere ainda a construção de um projeto que aponte para a reformulação dos condicionantes que provoquem sofrimento psíquico, violação dos direitos humanos ou manutenção de estruturas de poder que sustentem condições de dominação e segregação.

Quanto ao Psicodiagnóstico Miocinético, ou PMK, trata-se de uma prova expressiva gráfica de personalidade criada pelo psiquiatra e psicólogo hispano-brasileiro Emilio Mira y López (em *Myokinetic Psychodiagnosis: a New Technique of Exploring the Conative Trends of Personality*, 1940). Seu uso ficou durante muito tempo restrito à avaliação psicotécnica para fins de obtenção da Carteira Nacional de Habilitação, mas ele está cada vez mais sendo redescoberto em sua utilidade para fins clínicos, em uma avaliação psicológica mais completa. No artigo em que apresentou o teste, Mira y López explica como sua pesquisa tentou criar uma prova de temperamento que não fosse um mero correlato fisiológico das qualidades a serem medidas e, ao mesmo tempo, não fosse estritamente relacionada a determinadas situações artificiais que permitissem à pessoa simular uma resposta. O objetivo proposto inicialmente era obter uma medida objetiva dos traços conativos dominantes da personalidade como expressados nas atitudes básicas de reação do indivíduo, ou, seguindo as ideias de Kurt Lewin, detectar a expressão vetorial dos traços conativos, ou seja, do processo de ação intencional (Mira y López, 1940). Assim, o teste é fundamentado na expressão involuntária dessas atitudes predominantes de reação, tendo como princípio a Teoria Motriz

da Consciência, que se baseia na ideia que toda intenção ou propósito do indivíduo é acompanhada de uma modificação do tônus postural, podendo ser expressada graficamente em uma folha de papel ao se retirar o controle visual da pessoa, devido ao favorecimento dos movimentos na direção da obtenção dos objetivos condizentes com os propósitos do indivíduo e a inibição dos movimentos contrários (Mira y López, 1940; Mira, 2004).

O manual de vigência atual, de autoria de Alice Madeleine Galland de Mira, esposa e principal colaboradora de Mira y López, avalia seis características da personalidade, de acordo com as direções no espaço e dimensões dos traçados resultantes da prova: tônus vital, agressividade, reação vivencial, emotividade, dimensão tensional e predomínio tensional (Mira, 2004). O grau apresentado em cada fator e a relação entre essas características, inclusive as diferenças entre os traçados da mão esquerda e da mão direita, que dizem respeito às características estruturais e reacionais da personalidade, além da parte qualitativa da avaliação dos traçados de ambas as mãos, podem fornecer dados importantes para o diagnóstico diferencial de um transtorno afetivo, detectando diferentes tipos de elação ou depressão, a partir de dados de tônus vital comparados aos outros dados obtidos no teste.

Isabel Adrados Ruiz (Manual de Psicodiagnóstico e Diagnóstico Diferencial, 1980) sugeriu como o valor intrínseco do PMK (a autora considerou-o, ao lado do teste de Rorschach e do TAT, um dos testes mais confiáveis para se avaliar a personalidade) e sua aceitação em diversos países podem ser devidos ao fato de ele ser não verbal. Ela também expressou como o PMK se constitui num auxiliar valioso no diagnóstico das depressões, diferenciando uma depressão endógena, manifestada na mão dominada (esquerda para os destros, direita para os canhotos) de uma depressão de teor neurótico, reativa, encontrada apenas na outra mão, a dominante (Adrados, 1980a). Assim, parece interessante investigar mais a fundo o uso dessa técnica na avaliação psicológica no que concerne ao diagnóstico de transtornos de humor, buscando maior segurança na realização da prática de psicodiagnóstico,

de acordo com os princípios éticos da profissão ditadas pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo e outras resoluções competentes do CFP.

Percebe-se que o Psicodiagnóstico Miocinético, mais de 70 anos depois de sua publicação no *Proceedings of the Royal Society of Medicine* de Londres (Mira y López, 1940), não é ainda usado em todo o seu potencial. Talvez por ser uma técnica que exige maior treino e especialização, muitas vezes seu uso é repudiado em detrimento de técnicas mais simples como o HTP (Técnica do Desenho da Casa, Árvore e Pessoa de John Buck). No entanto, há indícios de que o PMK, quando bem aplicado, pode dar mais segurança a um diagnóstico psicológico. Assim, a intenção do presente trabalho é verificar as vantagens do uso clínico do PMK como instrumento de maior confiabilidade à prática do psicodiagnóstico, de forma que os laudos ou relatórios resultantes desse tipo de avaliação não recaiam em falhas éticas rotulando os clientes com classificações de desordens mentais que eles não apresentam ou deixando de detectar condições mais graves de suas personalidades.

O objetivo principal do trabalho a ser realizado é, portanto, verificar a eficácia do PMK no auxílio do diagnóstico positivo ou negativo de um transtorno de humor em seus diferentes tipos. Para tanto, delimitam-se como objetivos específicos do estudo: (a) fazer um levantamento bibliográfico sobre os transtornos afetivos, incluindo sua história, causas, implicações e os instrumentos utilizados para o diagnóstico; (b) fazer um levantamento sobre o psicodiagnóstico clínico, seus princípios, instrumentos e usos diversos; (c) levantar dados sobre o PMK e seu uso na avaliação de transtornos afetivos, comparando-o com outros instrumentos de avaliação psicológica; e (d) fazer o estudo de um caso real atendido pelo autor do presente trabalho em ocasião de Estágio Supervisionado durante o curso de graduação, dando a oportunidade de discutir, em uma situação verdadeira, as colaborações do PMK no diagnóstico de transtornos bipolares ou unipolares.

O trabalho é apresentado em cinco capítulos. O Capítulo I, “A Depressão e os

Transtornos de Humor”, abrange os transtornos afetivos como categoria psiquiátrica, investigando sua história, causas, implicações e possíveis linhas de tratamento. O Capítulo II, “Diagnóstico Psicológico da Depressão”, versa sobre o psicodiagnóstico, suas técnicas de avaliação e os instrumentos e conceitos relevantes para o diagnóstico de um transtorno de humor. O Capítulo III, “O PMK na Avaliação de Transtornos de Humor”, investiga, além da história de seu uso e sua prática atual, como o PMK pode ajudar na avaliação de transtornos de natureza afetiva, a partir de que já se conhece na literatura psicológica. O Capítulo IV, “Metodologia”, descreve o contexto, instrumentos, participante e procedimento do estudo empírico realizado a partir de dados coletados em prática de estágio em Psicodiagnóstico pelo autor do presente projeto. E por último, o Capítulo V, “Estudo de Caso: Depressão Reativa e Antidepressivos”, trata da apresentação dos dados relevantes do estudo empírico e da discussão desses dados frente ao material levantado na fundamentação teórica. Após a exposição dos capítulos, são apresentadas as Considerações Finais do trabalho realizado: as conclusões tiradas sobre a pesquisa e sugestões para pesquisas futuras.

Tencionou-se escrever esse trabalho direcionado principalmente aos psicólogos das diversas linhas, sem ênfase em uma abordagem em particular, mas acredita-se que sua linguagem e conteúdo também possam atingir o profissional de outra área ou o mesmo o pesquisador amador interessado sobre a depressão. Ressalva-se, no entanto, que algumas informações referentes a testes psicológicos, a partir do final do segundo capítulo, podem não ser proveitosas àqueles que pretendem se submeter a um processo de psicodiagnóstico, por revelar aspectos particulares de alguns testes projetivos. Além disso, por ser a psicopatologia um campo vasto, que recebe contribuições de diferentes âmbitos de conhecimento como a psiquiatria, a neurologia e a psicologia clínica, a pesquisa realizada acabou por resultar em um trabalho mais extenso, sobretudo no primeiro capítulo. Feitas essas advertências, seguem os capítulos referidos, conforme elaborados.

CAPÍTULO I

A DEPRESSÃO E OS TRANSTORNOS DE HUMOR

1.1. Os Transtornos de Humor e sua Prevalência Atual

A depressão, no sentido psiquiátrico do termo, indica um conjunto de sintomas relacionados ao rebaixamento do humor que podem estar presentes em vários quadros clínicos, em conjunto ou não com sintomas de outras classes. O DSM-IV-TR define humor como “uma emoção abrangente e constante que matiza a percepção do mundo” (APA, 2002, p. 770) e o diferencia do afeto principalmente por este último se referir a alterações mais flutuantes do estado emocional subjetivamente vivenciado. Quando uma perturbação no humor é a característica predominante do quadro clínico, ele pode ser classificado entre os Transtornos de Humor ou Afetivos.

Concedendo aos transtornos de humor um capítulo à parte, o DSM-IV-TR começa tratando dos Episódios de Humor, blocos de sintomas relacionados a alterações no humor que se apresentam em um determinado período de tempo. Eles podem ser classificados em quatro tipos: (a) Episódio Depressivo, em que há humor deprimido e perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades durante pelo menos duas semanas; (b) Episódio Maníaco, em que há um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável durante o período mínimo de uma semana; (c) Episódio Misto, com características de ambos os episódios anteriores durante pelo menos uma semana, quase todos os dias; e (d) Episódio Hipomaníaco, caracterizado por um humor anormal e persistentemente elevado durante um período mínimo de quatro dias, mas sem a gravidade do episódio maníaco. Esses episódios não têm códigos diagnósticos próprios, mas servem de critério, de acordo com sua presença ou ausência, para

o diagnóstico dos diversos transtornos de humor ou ainda de transtornos de outra natureza. Excetuando-se pelo episódio hipomaníaco, um critério comum a todos os tipos é que a perturbação deve ser suficientemente grave para causar prejuízo acentuado no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2002).

Em seguida, já com seus códigos diagnósticos próprios, os Transtornos de Humor propriamente ditos são apresentados e divididos em Transtornos Depressivos (também conhecidos como depressão unipolar) e Transtornos Bipolares¹. A principal diferença entre os dois é o fato de, nos depressivos, existir um histórico de nunca ter ocorrido um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco. Os transtornos depressivos são divididos em três subcategorias: (a) Transtorno Depressivo Maior, caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores; (b) Transtorno Distímico, em que há pelo menos dois anos de humor deprimido na maior parte do tempo sem satisfazer os critérios para um episódio depressivo maior; e (c) Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação, no qual se classificam transtornos com características predominantemente depressivas compostos de informações inadequadas ou contraditórias ou que não satisfazem os critérios para nenhum outro transtorno depressivo ou transtorno de adaptação com sintomas depressivos (APA, 2002).

Os transtornos bipolares, por sua vez, são classificados em quatro tipos: (a) Transtorno Bipolar I, caracterizado por um ou mais episódios maníacos ou mistos acompanhados por episódios depressivos maiores; (b) Transtorno Bipolar II, caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores acompanhados por pelo menos um episódio hipomaníaco; (c) Transtorno Ciclotímico, em que se apresentam numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um episódio maníaco e de sintomas depressivos que não

¹ Além da classificação dos transtornos de humor entre depressivos e bipolares, o DSM-IV-TR acrescenta algumas opções. Quando uma perturbação proeminente e persistente do humor é considerada consequência fisiológica direta de uma condição médica ou do uso ou abuso de droga, medicamento, tratamento somático ou exposição a uma toxina, ela pode ser classificada, respectivamente, em um Transtorno de Humor Devido a uma Condição Médica Geral ou em um Transtorno de Humor Induzido por Substância. Por fim, existe a categoria Transtorno de Humor Sem Outra Especificação, para a classificação de transtornos com sintomas de humor que

satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior; e (d) Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação, para a classificação de transtornos com características bipolares que não preenchem os critérios para nenhum outro transtorno bipolar (APA, 2002). Percebe-se como os sintomas do tipo depressivo estão presentes em grande parte dos critérios de diagnóstico dos transtornos de humor, havendo como principal critério diferencial a presença ou não de sintomas de natureza bipolar. Isso demonstra a importância de se compreender a dinâmica da depressão para o efetivo diagnóstico e tratamento de pessoas que sofrem de um transtorno de humor, assim como a correta detecção de sintomas do tipo maníaco, misto ou hipomaníaco, de forma a revelar acertadamente a natureza bipolar do transtorno, se for o caso.

De modo semelhante, o CID-10 diferencia as manifestações isoladas do tipo Episódio Maníaco (hipomania, mania com ou sem sintomas psicóticos, outros episódios maníacos e episódio maníaco não especificado) e Episódio Depressivo (leve, moderado ou grave com ou sem sintomas psicóticos, outros episódios depressivos e episódio depressivo não especificado) dos quadros clínicos persistentes. Estes últimos são divididos no manual nas categorias: (a) Transtorno Afetivo Bipolar, em que ocorrem dois ou mais episódios em que o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, com elevação do humor e aumento da energia ou da atividade em algumas ocasiões e rebaixamento do humor e redução na energia e na atividade em outras; (b) Transtorno Depressivo Recorrente, caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos e ausência de qualquer antecedente de episódios de exaltação de humor ou aumento de energia; e (c) Transtornos de Humor (Afetivos) Persistentes, que abrange as perturbações habitualmente flutuantes de humor que persistem por anos (às vezes durante a maior parte da vida adulta da pessoa) e nas quais os episódios não são graves o suficiente para serem enquadrados em episódios maníacos ou depressivos

não preenchem os critérios para nenhum dos anteriores, por haver dificuldade de enquadrá-los em um transtorno depressivo sem outra especificação ou em um transtorno bipolar sem outra especificação (APA, 2002).

leves, embora provoquem sofrimento e incapacidades consideráveis² (OMS, 2007).

Com base nessas informações, pode-se dizer que a ideia de depressão como um estado crítico de desânimo ou rebaixamento de energia por que passa uma pessoa está intimamente associada às manifestações clínicas descritas nos manuais psiquiátricos, embora ela possa ser tomada indiscriminadamente para representar uma condição psicológica prostrada ou mesmo ser generalizada para qualquer sentimento de tristeza, como quando, por exemplo, alguém diz que está se sentindo “deprimido”. Apesar disso, estima-se que os transtornos de humor, principalmente os depressivos, atinjam uma grande parcela da população mundial. O psicólogo americano David Holmes, ao analisar pesquisas sobre a prevalência da depressão, considerou-a, juntamente com os transtornos de ansiedade e de abuso de substância, um dos três transtornos psicológicos mais prevalentes. A situação ainda é agravada, segundo ele, por tratar-se de um transtorno crítico e recorrente. Há, também, fortes indícios de que a prevalência da depressão esteja aumentando, embora seja possível que ela simplesmente esteja sendo mais propensa à admissão pelos próprios pacientes e a ser acertadamente diagnosticada do que há tempos atrás, pois o aumento foi observado principalmente nos níveis suaves e médios do transtorno (Holmes, 1997).

Alguns dados também são apresentados pela Associação Médica Americana (Guia Essencial da Depressão, *American Medical Association* [AMA], 2002) para a prevalência e consequências da depressão nos Estados Unidos. O guia apresenta pesquisas que estimam que um em cada 10 americanos adultos sofra de depressão em algum momento da vida e que existe uma pessoa deprimida em uma de cada cinco famílias. Também considera que a depressão grave é a mais comum, podendo afetar 15% da população americana pelo menos

² O CID-10 ainda oferece as categorias Outros Transtornos de Humor (Afetivos), para aqueles que não podem ser classificados em nenhum quadro anterior por não apresentarem gravidade ou duração suficientes, e Transtorno de Humor (Afetivo) não Especificado, incluído para a classificação de uma psicose afetiva sem outra especificação. Além disso, se o transtorno de humor tiver causa orgânica, ele será classificado em um transtorno mental orgânico, que compreende transtornos mentais com uma etiologia demonstrável tal qual uma doença, lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral, e, se tiver início nas seis primeiras

uma vez na vida, contra dois a cinco por cento de ocorrência de tipos mais brandos de transtorno de humor e 1,2% de ocorrência da depressão bipolar. Também se estima que o custo econômico da depressão nos Estados Unidos varie entre 15 e 35 bilhões de dólares por ano em relação ao tempo e produtividade perdidos, rotatividade de pessoal e cuidados médicos, além do custo humano, que não pode ser avaliado numericamente, mas que atinge as pessoas em sua autoestima, promove o consumo excessivo de álcool e drogas, prejudica carreiras e relacionamentos e pode levar à incapacidade ou à morte por suicídio (AMA, 2002).

Fernanda Moreira de Abreu, advogada e consultora jurídica paranaense, explorando os aspectos da depressão no trabalho, descreve como o transtorno, apesar de muitas vezes ser julgado como mera fraqueza de caráter, é real, grave, tem efeito devastador sobre a vida do trabalhador, que muitas vezes não usufrui da proteção que tem direito, e pode levar a falhas no desempenho, faltas no trabalho, conflitos interpessoais e acidentes de trajeto. Ela cita fontes que sugerem que 10 milhões de pessoas sofram de depressão no Brasil. Outras demonstram ainda que 80% dos brasileiros não acreditam que exista a doença, indicando grande preconceito em razão de ser uma condição que não se percebe e não é comprovada por exames. Para a autora, nenhuma doença é tão mal diagnosticada e negligenciada quando é tão plenamente possível encontrar dispositivos jurídicos para a sua proteção (Abreu, 2005).

1.2. A Depressão como Perturbação no Humor: Reflexão Histórica

Apesar de ser uma condição bastante frequente nos dias atuais e mostrar indícios de aumento recente em sua ocorrência, é possível que a depressão exista desde tempos imemoráveis. Analisando a história da psicopatologia, percebe-se que a depressão como uma perturbação no humor é um conceito relativamente novo, que surgiu na metade do século XIX

semanas após o parto, deverá ser qualificado como um transtorno mental ou comportamental associado ao puerpério (OMS, 2007).

com uma mudança geral nos conceitos psiquiátricos. Porém, alguns autores consideram-na um mal bem mais antigo. Táki Athanássios Cordás, psiquiatra brasileiro de origens gregas, investigou a história da depressão na psiquiatria desde o nascimento da medicina até o advento das drogas antidepressivas (*Depressão: da Bile Negra aos Neurotransmissores*, 2002). Para ele, o homem sempre sofreu de depressão, a qual considera a mais íntima e familiar de todas as doenças mentais. Restringir sua história a partir do surgimento do termo nos dicionários médicos é, segundo o autor, conceber a psiquiatria como uma espécie de cama de Procusto, em que se cortam os pés daquele que ultrapassa o tamanho do leito (Cordás, 2002).

Também Andrew Solomon, escritor americano famoso por suas contribuições ao campo da saúde mental e que sofreu, ele mesmo, de depressão, ao pesquisar a história do transtorno (*O Demônio do Meio-Dia: uma Anatomia da Depressão*, 2002), considera um erro grosseiro encará-lo como uma doença moderna. Segundo ele, as formas e particularidades da depressão já passaram por inúmeras reviravoltas, tendo seu tratamento se alternado entre o ridículo e o sublime, mas as manifestações depressivas como sono excessivo, alimentação inadequada, propensão ao suicídio, afastamento da interação social e desespero incessante podem ser consideradas tão antigas quanto a humanidade. Assim, para o autor, entender a história da depressão é entender a invenção do ser humano como o conhecemos e incorporamos, sendo a nossa pós-modernidade, com seu hábito de consumir Prozac como pipoca, apenas um estágio na compreensão do humor e da personalidade (Solomon, 2002).

Táki Cordás apresenta indícios, já desde o século VIII a.C., de descrições a respeito da depressão (*yu*) na China. Cita também exemplos da mitologia grega, como o do herói Belerofonte, que depois de abater a besta Quimera montado no cavalo alado Pégaso, enche-se de honrarias e julga-se soberbo, imortal, ao ponto de tentar subir ao monte Olimpo para participar da assembleia dos deuses, mas é levado, por punição de Zeus, a cair do lombo de Pégaso das alturas do Olimpo. Sobrevive à queda, mas, coxo, cego e zombado por sua filha,

enlouquece e passa a viver solitário até morrer miseravelmente perto de Chipre. Essa história, contada por Homero, reflete uma época anterior ao advento da medicina, em que os cidadãos questionavam não qual o órgão afetado, mas qual o deus ofendido, que levava a pessoa a enlouquecer, direta ou indiretamente. Assim, toda loucura era advinda do plano da divindade, como resultado da pretensão humana de tentar escapar do próprio destino. Porém, a partir da proliferação de escolas onde os métodos da observação e experiência puderam ser difundidos, principalmente na ilha de Cós, cidade natal de Hipócrates, as perturbações mentais passaram a ser discutidas em termos mais naturalistas do que mitológicos (Cordás, 2002).

Hipócrates, considerado o pai da medicina, representou o início de uma escola que retirou o cerne da questão do sobrenatural e começou a tratar a doença em termos científicos, diferenciando pela primeira vez, no final do século V a.C., a medicina da filosofia³. Com ele, o cérebro foi eleito o centro das funções mentais e de suas patologias. A teoria hipocrática da doença entendida a partir de critérios puramente materialistas baseava-se nos quatro fluidos ou humores essenciais – bile, fleuma, sangue e bile negra – que, em equilíbrio, determinavam a saúde da pessoa e, em desequilíbrio, provocavam a doença, pois eram considerados responsáveis por regular todas as emoções e mesmo o caráter do indivíduo, segundo a predominância dos fluidos coléricos, fleumáticos, sanguíneos e melancólicos. A melancolia era vista como uma afetação causada pela intoxicação do cérebro por um excesso de bile negra – literalmente, em grego, *melanós* (negro, escuro) e *choles* (bílis). Hipócrates descreveu o quadro clínico da melancolia como um estado próprio de medo ou tristeza persistentes, caracterizado por uma aversão à comida, falta de ânimo, insônia, irritabilidade e inquietação. Posteriormente, diferenciaria ainda a *nosos* (doença) melancólica, ou *melancholia*, da *Typos*

³ Andrew Solomon exprime como a rixa entre os pontos de vista médico e filosófico-religioso, com o advento da nova ciência, tornou-se forte na antiga Atenas. Hipócrates denunciava como trapaceiros e charlatães os praticantes da medicina sagrada, que invocavam deuses para efetuar curas. Por outro lado, Sócrates e Platão resistiram às teorias orgânicas de Hipócrates, afirmando que, embora disfunções leves pudessem ser tratadas pelos médicos, problemas profundos só podiam ser sanados por filósofos. Platão apresentou um modelo de desenvolvimento que sugeria que a infância de um homem podia determinar a qualidade do seu caráter adulto,

melancholicos, ou personalidade melancólica (Cordás, 2002).

A teoria humoral da bile negra foi, a partir de então, extensamente desenvolvida, atingindo seu apogeu no século II d.C. com Galeno, que sintetizou todo o trabalho conhecido sobre os fluidos essenciais, e exercendo ainda intensa influência sobre a medicina por pelo menos um milênio. Aristóteles, ainda no século IV a.C., aceitou a visão de Hipócrates e verificou como todos os filósofos, políticos, poetas e artistas proeminentes tinham um temperamento claramente melancólico. Para ele, essa minoria de pessoas não ordinárias era afetada por um excesso anormal de bile negra, o que as tornava mais profundas em suas emoções e percepções de vida e mais predispostas a desenvolver melancolia, levando-as a um grande risco de abuso de álcool e suicídio (Cordás, 2002). Nota-se que desde então já se verificava uma relação entre depressão e criatividade, ideia corroborada, embora não de maneira decisiva, por pesquisas modernas. A própria Associação Médica Americana, com base em estudos de comparação entre grupos, sugere que os grupos dos artistas e escritores têm maior probabilidade de sofrer de depressão que outros grupos profissionais (AMA, 2002).

Com a queda do Império Romano do Ocidente em 476 d.C., Constantinopla se estabeleceu como o único referencial cultural ocidental, o que promoveu um relativo abandono dos textos clássicos e a conseqüente renúncia ao pensamento médico, científico e psiquiátrico greco-romano. O primado absoluto da fé cristã, por decretar que a resposta para tudo estava nas Escrituras, desestimulava o estudo de qualquer outro texto não relacionado. Alguns monastérios, principalmente os dominicanos e franciscanos, tinham por hábito o estudo da medicina a fim de possibilitar o atendimento aos camponeses e viajantes que visitassem o mosteiro, ao mesmo tempo mantendo o conhecimento médico da Antiguidade e cristianizando os textos antigos. Porém, a ênfase da cura era claramente espiritual, formando-se uma estreita relação entre o pecado e a loucura, entre a culpa e o castigo (Cordás, 2002).

baseado em um modelo tripartido da psique que incluía o racional, o libidinal e o espiritual. A visão platônica supostamente teria dado origem às teorias psicodinâmicas; a hipocrática, aos antidepressivos (Solomon, 2002).

O médico medieval usava de um misto de conhecimentos médicos greco-latinos e sobre a ação terapêutica das plantas, além de noções extensas sobre alquimia, magia e astrologia. A teoria dos humores ainda era amplamente aceita nessa época, sendo muito indicado o uso de sangrias e sanguessugas para a retirada da bile negra. Na mentalidade da época, a concentração excessiva desse fluido provocava um estado de espírito chamado pelos clérigos de acídia, uma diminuição da vontade e da atenção que levava à incapacidade em resistir aos demônios que brincam o tempo todo com os pensamentos e emoções humanas, levando os indivíduos a deixar de olhar para a glória de Deus e passar a viver sob o indolente descanso pecaminoso, tomados pela apatia, pesar e desespero (Cordás, 2002). O conceito de acídia (*acedia*) diferia, no entanto, do conceito de tristeza (*tristia*), pois a última levava o homem de volta a Deus e ao arrependimento. Não podendo ser tomada exclusivamente como uma doença do corpo, a acídia estava necessariamente assinalada para a alma. Esta, sendo um dom divino, deveria ser perfeita, a partir do esforço humano para sustentar sua perfeição. As suas imperfeições seriam, portanto, fonte de vergonha na sociedade, herança que pode ter determinado o estigma atualmente ligado à depressão (Solomon, 2002).

Com o advento do humanismo renascentista, em que o homem, pouco a pouco, voltava a ser a medida de todas as coisas, a etiologia da melancolia pôde ser vista como sendo influenciada por fatores ao mesmo tempo naturais e espirituais. O seu tratamento, portanto, ainda deveria ser dividido entre o médico e o clérigo (Cordás, 2002). O Renascimento foi também a época da romantização da melancolia, resgatando a ideia do gênio melancólico proposta por Aristóteles, cuja apatia era reflexão e cuja fragilidade advinha da visão artística e da complexidade da alma. Escritores como Marcilio Fipino concebiam a melancolia como a manifestação do anseio humano pelo grande e pelo eterno. Em uma tentativa de reconciliação entre o pensamento clássico e o conhecimento astrológico da Idade Média, a personalidade melancólica era imaginada ser regida pelo planeta Saturno. Refletindo sua personalidade

sobre as pessoas que regia, acreditava-se que Saturno fosse pesado, isolado e ambivalente. Não dado a lidar com o público, convocava a alma de seus ofícios externos para seu âmago, levando-a a ascender às questões mais altas e concedendo-lhe as ciências (Solomon, 2002).

O século XVIII, denominado século do Iluminismo, marca a ascensão do racionalismo e experimentalismo sobre o dogmatismo religioso e abstração dedutiva. A teoria dos humores começava a ser suplantada por explicações mais voltadas à fisiologia, inicialmente vista a partir de um entendimento mecânico (Cordás, 2002). As explicações científicas do corpo e da mente desenvolviam-se em um ritmo bastante acelerado. Entretanto, em uma Era da Razão, os sem razão estavam em desvantagem, tornando-se cada vez mais atrasados em posição social. O melancólico deixava de ser uma figura sob influência do demônio, mas, por força da ideia vigente de controle advindo do conhecimento, era vista como uma figura autoindulgente, que recusava a acessível autodisciplina da saúde mental. Andrew Solomon acredita que, fora os tempos da Inquisição, o século XVIII pode ter sido a pior época para se sofrer de um transtorno mental grave, pois, uma vez assim categorizados, os doentes mentais eram tratados ora como animais selvagens que deviam ser domados, ora como espécimes em um laboratório (Solomon, 2002).

No século XIX, na Alemanha, a psiquiatria, antes designada como medicina psíquica, se destacava pela primeira vez como especialidade médica. Nessa mesma época, também na Alemanha, a psicologia se diferenciava da filosofia com o trabalho do primeiro psicólogo experimental Wilhelm Max Wundt. E, embora com Hipócrates e Galeno o termo melancolia estivesse já bastante próximo do atual, é também nesse século que o conceito foi enxugado e que surgiu o termo depressão com o sentido que é usado atualmente. A palavra melancolia, além de seu sentido estrito, podia, antes, significar qualquer forma de loucura. Melhores definições psicopatológicas dos sintomas e dos quadros psiquiátricos fizeram com que o seu sentido se restringisse e se tornasse cada vez mais próximo ao que é usado hoje. Além disso, o

termo depressão, do latim *depressione*, começou a aparecer nos dicionários médicos a partir de 1860 e acabou por suplantando a milenar noção de melancolia, talvez devido à impressão fisiológica de queda de funções que a palavra sugere (Cordás, 2002).

Alguns autores desse século tiveram importância fundamental no desenvolvimento do conceito de melancolia e, posteriormente, da depressão. Philippe Pinel foi um médico francês conhecido por remover os grilhões dos loucos encarcerados no hospital Bicêtre de Paris em 1793, ano do Terror da Revolução Francesa, em uma atitude de libertar o homem que sofre, humanizando-o, ainda motivado pelas ideias aristotélicas de aproximação entre o gênio e a loucura⁴. Ele apresentou, em seu Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, publicado em 1800, uma classificação das doenças mentais em que definia a melancolia, caracterizada por um único ou um número limitado de delírios (*délire exclusif*) em oposição à mania, um delírio generalizado que afetava todas as faculdades da mente. Seu discípulo, Jean-Etienne Dominique Esquirol, dividiu em 1838 o conceito em lipemania (do grego *lipe*, estar triste), que mantinha apenas os quadros melancólicos em seu sentido mais estrito, e monomania, para os transtornos que incluíam perturbações de juízo (Cordás, 2002).

No final do século XIX e início do XX, na Alemanha, o conceito de depressão teve nova revisão com Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin, psiquiatra alemão que propôs a dicotomia das psicoses em demência precoce (*Dementia praecox*, hoje esquizofrenia) de um lado e insanidade maníaco-depressiva (que deu origem aos atuais transtornos de humor) de outro. Aluno de Wundt, contrapôs com suas ideias a teoria de psicose única (*Einheitspsychose*) vigente na Alemanha em sua época, que considerava a melancolia uma etapa inicial de um processo progressivo de uma única doença, que desembocaria na completa

⁴ Embora Pinel seja visto pela maioria das pessoas como um grande filantropo, o filósofo e historiador francês Michel Foucault teve uma visão diferente. Segundo ele, depois de hipocritamente libertar os doentes mentais dos laços materiais que os restringiam fisicamente (mas não de todos eles), Pinel reconstituiu, à sua volta, toda uma rede de correntes morais que transformavam o asilo em uma espécie de tribunal permanente da lei: o louco devia ser fiscalizado em todos os seus movimentos, de forma a ter todas as suas pretensões despedaçadas, seus delírios contrariados e seus enganos ridicularizados. A todo desvio do comportamento normal eram imediatamente

insanidade. Dividindo a etiologia das psicoses nos dois tipos, Kraepelin criou o mais forte e antigo conceito taxonômico ainda vigente na psiquiatria, que veio a demarcar os estudos na área neuroquímica, clínica e genética. O conceito de loucura maníaco-depressiva de Kraepelin unificou todos os transtornos de humor na mesma categoria, diferenciando as formas maníacas das depressivas e mistas (Cordás, 2002).

As explicações de Kraepelin para a depressão eram claras: a hereditariedade defeituosa era considerada a causa primoridal, ocorrendo em 70 a 80% dos casos, e, entre as causas externas, além da gestação, os excessos alcoólicos eram a mais importante, seguidos de choques mentais, privações e doenças agudas. A clareza do diagnóstico advinda de uma necessidade lógica e estética, por mais reconfortante que fosse, era frequentemente errada, tanto que o próprio Kraepelin teve que admitir, em 1920, que suas suposições deviam ser encaradas em termos limitados. Para preencher essa falta, surgia, na mesma época, com Sigmund Freud, outro tipo de explicação para a depressão: o inconsciente como causa para a melancolia. Esses dois tipos de explicação se desenvolveram independentemente, dando origem a dois corpos de conhecimento distintos que mais tarde se complementariam em um só campo sintético da psicopatologia (Solomon, 2002).

Freud escreveu, em 1915, o artigo Luto e Melancolia (*Trauer und Melancolie*), publicado dois anos depois, em uma primeira tentativa psicológica de entendimento causal e tratamento terapêutico da depressão (Cordás, 2002). Alguns anos antes, ele já havia tentado elaborar, sem sucesso, uma explicação da melancolia em termos puramente neurológicos. Depois, ressaltou a importância de traçar uma comparação entre a melancolia e os estados normais do luto, embora não tivesse apresentado uma solução para o caso. Enfim, em um período de correspondências trocadas com seu colaborador Karl Abraham, redigiu a obra referida, em que questionou a noção de melancolia comparada ao afeto normal do luto. Os

aplicadas sanções. Dentro do asilo, a função do médico se aproximava menos da intervenção terapêutica de que uma supervisão ética, ao usar técnicas vigentes de tratamento para fins moralizantes (Foucault, 2000).

principais traços observados por Freud são: um desânimo profundo, a perda de interesse pelo mundo externo, a perda na capacidade de amar, a inibição da atividade e a diminuição crítica da autoestima, levando a pessoa à autorrecriação e ao autodesprezo que culminam em uma expectativa delirante de punição. Com exceção da perturbação na autoestima, todos esses traços são também encontrados no luto, mas, por se saber explicá-lo bem, não ocorre considerá-lo uma condição patológica, pois se espera que, após certo lapso de tempo, o luto se conclua e o ego se torne novamente livre e desinibido (Freud, 1974).

Parece claro a Freud que a melancolia, como o luto, também pode constituir uma reação à perda de um objeto amado. No entanto, supõe-se que, nesse caso, o paciente não possa conscientemente perceber o que perdeu. Isso sugere que a melancolia está de alguma forma relacionada à perda objetal retirada da consciência, ao contrário do luto, em que não há nada de inconsciente a respeito da perda. A inibição do melancólico parece enigmática, visto não estar manifesto o que o está absorvendo tão completamente. No luto, o mundo se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego. O paciente se representa desprovido de valor, moralmente desprezível e incapaz de qualquer realização, degradando-se diante de todos e comiserando-se de seus parentes por terem que suportá-lo. Mas Freud percebeu que as mais violentas autoacusações de um melancólico frequentemente, com ligeiras modificações, se ajustam realmente a outrem. Assim, as autorrecriações são, na verdade, recriações feitas ao objeto amado, deslocadas para o ego do próprio paciente. As ocasiões que promoveram o transtorno podem advir do conflito resultante de uma relação ambivalente de amor e ódio, seja por experiências reais, seja por fatores constitucionais. Não podendo ser renunciado, o amor pelo objeto se refugia na identificação com o eu, do qual o paciente tira satisfação sádica em abusar, degradar e torturar um objeto substitutivo (Freud, 1974).

Depois de Freud, houve um grande desenvolvimento de explicações e tratamentos psicológicos e psiquiátricos para a depressão. Na psicologia, além da elaboração das ideias

psicodinâmicas por vários autores, destaca-se a abordagem cognitiva de Aaron Beck, que, a partir de 1963, publicou estudos sobre a relação entre o pensamento e a depressão, dando origem ao tratamento cognitivo do transtorno, que se baseia na modificação dos pensamentos e crenças que estruturam a visão de mundo da pessoa. Também Martin Seligman, em 1975, verificou como animais e, posteriormente, humanos, quando expostos a estímulos incontroláveis em situações adversas, adotam um comportamento caracterizado pela apatia e pelo prejuízo na capacidade de aprendizagem que denominou desamparo aprendido, condição que explica a depressão em termos comportamentais. Já na medicina, podem-se citar o psiquiatra alemão Karl Kleist, que, na primeira metade do século XX, dividiu os transtornos afetivos em unipolares (*empolig*) e bipolares (*zweipolig*), e o neurologista italiano Ugo Cerletti, que, entre 1933 e 1950, criou e defendeu o uso da eletroconvulsoterapia no tratamento de pacientes que sofrem de melancolia, procedimento controverso ainda adotado em hospitais psiquiátricos (Cordás, 2002).

Quanto à neurociência, duas questões principais a inquietavam nos meados do século XX: se os estados de ânimo viajavam em impulsos elétricos ou químicos pelo cérebro, supondo-se que existiam reações químicas subsidiárias às elétricas, e se havia diferença entre a depressão neurótica endógena e a depressão reativa exógena, cogitando-se, nesse caso que cada espécie de depressão reagiria a um tratamento diferente. Havia, no entanto, um interesse social em dizer que a depressão é causada por processos químicos internos, que estariam fora do alcance da pessoa atingida. É provavelmente nesse sentido que os antidepressivos se tornaram populares. De função interna e relativamente incompreensível, acredita-se que eles afetem algum mecanismo impossível de ser controlado pela mente consciente. Andrew Solomon compara a ideia a ter um motorista: ele enfrenta os desafios, desvios e mau tempo enquanto a pessoa se senta confortavelmente no banco de trás (Solomon, 2002).

A descoberta dos antidepressivos se deu no início dos anos 50, não se sabendo ao certo

quem foi o pioneiro nesse campo, havendo intenso debate competitivo e nacionalista a respeito. O psicofarmacologista americano Nathan Kline supostamente descobriu a iproniazida (um inibidor de monoamina oxidase) no tratamento de tuberculosos que se tornaram curiosamente exultantes (o fármaco não teve efeito sobre a tuberculose). Na mesma época os médicos americanos Lurie e Salzer descobriram a isoniazida, também inicialmente sem conhecer seu mecanismo. E ao psiquiatra suíço Roland Kuhn é dado o mérito do descobrimento, na Alemanha, da imipramina, um antidepressivo tricíclico. Tendo a iproniazida sido retirada do mercado porque causava icterícia e a isoniazida nunca amplamente distribuída, a imipramina se tornou o antidepressivo oficial da Organização Mundial de Saúde e, até o aparecimento do Prozac (fluoxetina), era o medicamento antidepressivo mais popular do mundo (Solomon, 2002).

1.3. Explicações Atuais para os Transtornos Depressivos: da Psiquiatria à Psicologia

Embora não sejam mutualmente excludentes em sua maioria (muitos psiquiatras têm formação em psicanálise), as explicações atuais para a depressão ainda estão divididas naquelas advindas da psiquiatria e da psicologia. David Holmes faz uma relação geral de explicações possíveis para os transtornos depressivos. Do ponto de vista fisiológico, a depressão pode ser explicada a partir de um baixo nível de atividade neurológica nas áreas do cérebro que são responsáveis pelo prazer. Esse nível baixo de atividade neurológica pode ser originado de quantidades insuficientes de neurotransmissores nas sinapses, particularmente a norepinefrina e a serotonina. Da mesma forma, a mania pode ser explicada por essa hipótese como resultado do nível excessivamente alto desses neurotransmissores. Entre os fatores que explicam a alteração dos níveis de neurotransmissores, são apresentados fatores genéticos, que podem influenciar, mas não determinar o desenvolvimento de um transtorno de humor, e

os efeitos do estresse ambiental na fisiologia, que podem contribuir para a diminuição dos níveis de norepinefrina e serotonina no cérebro (Holmes, 1997).

A Associação Médica Americana ressalta, no entanto, que a explicação fisiológica para a depressão não é tão simples quanto parece. Pesquisadores descobriram que algumas pessoas deprimidas possuem níveis altos de norepinefrina (também chamada noradrenalina) e de serotonina, não reagindo imediatamente a medicamentos que fazem aumentar seu nível, embora esse aumento se dê de forma imediata. A dopamina é considerada outro neurotransmissor de papel importante na depressão, pois, em termos gerais, seu nível também diminui durante a depressão e aumenta durante a mania. Outra dúvida emergente entre pesquisadores é se a doença depressiva é causa ou resultado do nível dos neurotransmissores no cérebro. É possível que a química cerebral ao mesmo tempo afete o comportamento e seja afetado por ele. Assim, se a pessoa modificar o seu comportamento aprendendo a lidar com o estresse, é possível que sua química cerebral também mude e alivie a depressão (AMA, 2002).

Além dos neurotransmissores, outros fatores fisiológicos são suspeitos de influenciar a depressão. Alguns pesquisadores suspeitam da funcionalidade prejudicada dos receptores para os neurotransmissores; outros, da comunicação química dentro dos neurônios. Outros ainda se voltaram para as atividades do sistema endócrino, questionando por que metade das pessoas deprimidas tem excesso do hormônio cortisol no sangue, que volta aos níveis normais quando a depressão desaparece. Além disso, quanto maior a quantidade de cortisol, menor o nível de neurotransmissores ligados ao humor, sugerindo que alguma glândula que controla os níveis de cortisol possa influenciar na depressão. O sono também é considerado um importante fator regulador do humor em pessoas deprimidas. Muitas pessoas deprimidas têm dificuldade para dormir ou acordam várias vezes durante a noite; outras dormem por muitas horas, mas não se sentem repousadas. Na mania, a necessidade de dormir praticamente desaparece. A relação

entre o sono e o nível de humor pode estar relacionada à direção dos diversos ritmos circadianos (do latim, “cerca de um dia”), que se manifestam nas alterações sucessivas de sono, temperatura, pressão sanguínea e secreções hormonais ao longo do dia (AMA, 2002).

Embora tenham claramente uma base científica e experimental, as explicações fisiológicas para a depressão dizem muito pouco a respeito da experiência do sujeito, campo mais enfatizado pela psicologia. David Holmes relaciona uma série de explicações psicológicas para a depressão, advindos de abordagens diversas. A explicação psicodinâmica provém da ideia freudiana de introjeção do objeto de perda como uma parte do eu, como descrito em sua obra *Luto e Melancolia* já aludida anteriormente. Dessa forma, os sentimentos negativos associados ao objeto perdido tornar-se-iam voltados para o eu, em uma raiva internalizada que se manifestaria em uma autocrítica exagerada e injustificada. No entanto, a observação de que muitos indivíduos deprimidos não experimentaram uma perda pode sugerir a alguns que a depressão é devida ao estresse, sendo a perda apenas um tipo de estresse. Essa explicação, porém, não especifica o processo pelo qual o estresse resulta em depressão, não havendo um relacionamento causal bem definido (Holmes, 1997).

As ideias psicanalíticas acerca da depressão se diversificaram ao longo do século XX. Glen Owens Gabbard, psiquiatra americano seguidor da linha clínica psicodinâmica, faz um apanhado de diferentes abordagens psicodinâmicas da depressão (Freud, Abraham, Klein, Bibring, Sandler e Joffe, Bowlby, Jacobson e Arieti) e verifica que quase todos os pontos de vista psicanalíticos enfatizam uma vulnerabilidade narcisista fundamental ou autoestima frágil em pacientes deprimidos, também havendo implicação de raiva e agressão, geralmente ligadas à culpa e ao denegrimiento que provocam. Observa também que o quadro depressivo está associado à busca de uma figura cuidadora perfeita e a certeza de que não se vai encontrá-la. Também destaca o papel de um *superego* exigente e perfeccionista que atormenta o indivíduo por meio das exigências que faz. Em alguns casos, a pessoa deprimida pode tentar

compensar esse fato, idealizando tanto a si próprio como o outro significativo, o que pode levar a mais desapontamento e à maior depressão pelo não atingimento desses altos padrões, com desvalorização e raiva direcionadas ao *self* (Gabbard, 2006).

Outras explicações psicológicas também são adotadas atualmente para a compreensão dos transtornos depressivos. As explicações da aprendizagem, advindas da ciência comportamental, sugerem que comportamentos depressivos podem advir de baixos níveis de gratificação ou de altos níveis de punição. A ideia é que um indivíduo que recebe menos gratificações e mais punições tem uma vida menos agradável e pode desenvolver um baixo autoconceito, reduzindo seu senso de autovalor. A tendência de se usar um comportamento novamente, quando ele não é gratificado ou após uma punição, é reduzida, o que pode explicar o baixo nível de atividade geral dos pacientes que sofrem de depressão (condição similar ao desamparo aprendido apresentado por Seligman). Essa falta de gratificação e excesso de punição pode advir da ineficácia do próprio sujeito em resolver problemas sociais, por falta de um repertório comportamental adequado ou pela perda de fontes de gratificação anteriores, quando, por exemplo, muda-se de um lugar para outro (Holmes, 1997).

Explicações na linha do comportamentalismo radical também são apresentadas por W. Edward Craighead, editor e colaborador do livro *Psychopathology: History, Diagnosis and Empirical Foundations* (Psicopatologia: história, diagnóstico e fundamentos empíricos, 2008), que relata que o psicólogo americano Charles Bohris Ferster, seguindo as ideias de Burrhus Frederic Skinner de que a depressão está relacionada a uma redução de comportamentos que eliciam reforçamento positivo do ambiente, sugeriu três causas que podem contribuir para uma mudança no afeto na direção depressiva: o reforçamento positivo infrequente que leva ao declínio do comportamento em geral, a inibição do comportamento em presença da ansiedade e a diminuição da frequência comportamental frente a mudanças inesperadas do ambiente. Desse modo, a depressão é desenvolvida em razão do estreitamento

do repertório comportamental da pessoa deprimida em seu esforço para evitar maiores perdas de reforço positivo, em uma inibição comportamental mantida por um processo de fuga (reforçamento negativo) ou esquiva (Craighead, Ritschel, Arnarson & Gillespie, 2008).

As explicações cognitivas para a depressão, por sua vez, baseiam-se na ideia de que conjuntos cognitivos negativos levam as pessoas deprimidas a focalizar a sua atenção sobre as falhas pessoais. Na tentativa de entender como esses conjuntos se desenvolvem e operam, os psicólogos cognitivos refinaram o conhecimento acerca do processamento de informações humano. Primeiro, imagina-se que os indivíduos deprimidos tenham fortes e ativas redes associativas que ligam memórias que envolvem depressão. Em seguida, devido a essas redes, os deprimidos tendem a ter atenção seletiva sobre fatores depressivos ao seu redor, com foco sobre as informações depressivas que entram na memória sensorial, o que se soma a rede associativa de memórias depressivas. Assim, torna-se muito provável que, havendo maior número de memórias depressivas que estabelecem ligações associativas com outras memórias, uma dessas memórias depressivas seja ativada, o que ativaria toda a rede relacionada à depressão, inundando a mente da pessoa de memórias depressivas (Holmes, 1997).

O psiquiatra americano Aaron Temkin Beck, criador da terapia cognitiva e das escalas Beck de ansiedade, depressão, desesperança e ideação suicida, postula três conceitos para explicar o substrato psicológico da depressão: (a) a tríade cognitiva, composta da visão negativista que o paciente tem de si mesmo, tendência a interpretar suas experiências de forma negativa e visão negativista do futuro; (b) os esquemas cognitivos, em que as conceituações sobre situações específicas são distorcidas para conformar-se aos padrões predominantes depressivos; e (c) os erros cognitivos, processamento falho de informações que podem ocorrer nas formas de inferências arbitrárias, em que se chega a uma conclusão sem provas para sustentá-la, abstração seletiva, em que se focaliza um detalhe sem levar em conta

seu contexto, hipergeneralização, ao se aplicar um conceito isolado a um espectro mais amplo, exagero e minimização, em que a pessoa avalia incorretamente o significado ou magnitude de um fato, personalização, em que ocorrências externas são responsabilizadas a si mesmo, e pensamento absolutista ou dicotômico, ou a tendência em colocar todas as experiências em uma de duas categorias opostas – no caso dos depressivos, na disposição negativa extrema (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982).

Em síntese, pode-se avaliar que há um misto entre causas internas e externas para a depressão, sendo as situações traumáticas e estressantes geralmente vistas como fatores desencadeadores ou agravantes do transtorno. A organização do trabalho pode ser considerada, nesse caso, como um possível fator gerador de estresse. De fato, para a advogada Fernanda Abreu, é possível que a síndrome depressiva possa ser considerada como doença do trabalho a partir do reconhecimento do nexo causal entre a doença e o trabalho, que deve ser investigado a partir do exame do posto de trabalho, suas condições, o modo de operação e posturas exigidas, além dos riscos inerentes, concentração de produtos químicos e a eficácia dos sistemas de proteção ao trabalhador, entre outros fatores. Se o nexo causal restar comprovado, o regime da Previdência Social deverá garantir as prestações devidas ao acidentado ou seus dependentes, entre elas o auxílio-doença, o auxílio-acidente, a aposentadoria por invalidez e a pensão por morte (Abreu, 2005).

1.4. Tratamento da Depressão: Perspectivas Atuais

Entre os tratamentos atuais para a depressão, encontram-se principalmente os antidepressivos e a psicoterapia. Os antidepressivos estão divididos em quatro classes. Os tricíclicos (ATCs) são usados há mais tempo e bloqueiam a recaptção de norepinefrina (e em alguns casos serotonina), aumentando a quantidade desses neurotransmissores no cérebro e

provocando colateralmente sonolência e entorpecimento. Os inibidores de monoamina oxidase (IMAOs), que são geralmente prescritos para pessoas que já tentaram sem sucesso o tratamento com um ATC, impedem a monoamina oxidase de executar o seu papel de decompor os neurotransmissores norepinefrina, dopamina e serotonina e são mais eficazes que os anteriores, mas oferecem maiores problemas de interações medicamentosas e alimentares, com risco de aumento da pressão sanguínea. Os inibidores seletivos de captação da serotonina (ISRSs) são drogas mais novas e mais caras, que são menos problemáticas e causam menos efeitos colaterais que os ATCs e IMAOs, por bloquear a recaptação apenas da serotonina sem afetar outras substâncias químicas do cérebro, mas, por serem processados no fígado, são contraindicados para pessoas com problemas hepáticos. Outro efeito colateral perturbador é o prejuízo na função sexual. A fluoxetina, um ISRS, foi introduzida nos anos 80 e se tornou o antidepressivo mais receitado mundialmente. Outros antidepressivos são categorizados como atípicos e têm ação diversa das categorias descritas (AMA, 2002).

Os antidepressivos são contraindicados para pacientes com depressão bipolar, pois podem provocar o estado de mania ou hipomania, devendo nesse caso ser usado o tratamento com medicação estabilizadora do humor como o carbonato de lítio, que ameniza tanto a depressão quanto a mania do transtorno bipolar. Sabe-se que drogas usadas para tratar de convulsões, os anticonvulsivos, também controlam a mania. Os ansiolíticos também são usados, reduzindo o nível de ansiedade, e, quando há presença de alucinações ou delírios, podem ser prescritos antipsicóticos ou neurolépticos (AMA, 2002). David Holmes comenta ainda que o tratamento dos transtornos de humor com drogas não é eficaz em todos os casos. Mesmo quando os tricíclicos são usados, 30% dos pacientes não melhoram. Explicações possíveis para o fato são que nem todas as depressões têm uma base fisiológica, que alguns pacientes não receberam a droga certa ou que a dosagem não foi suficientemente alta ou não foi usada por um período suficientemente longo (Holmes, 1997).

A opção pelo tratamento por antidepressivos, por psicoterapia ou por ambos geralmente depende da vontade e da acomodação ao tratamento de cada paciente. Para Andrew Solomon, a medicação e a psicoterapia não deviam competir por uma população limitada de depressivos, mas sim serem vistas como tratamentos complementares que podem ser usados juntos ou separadamente, dependendo da situação do paciente. Ele observa como muitas vezes não há um vínculo lógico entre as causas da depressão e sua cura, embora muitos médicos e terapeutas possam querer fazer crer que sim. Problemas com causas psicossociais podem ser tratados biologicamente, enquanto problemas biológicos podem ser tratados pela via psicossocial. Alguns pacientes que se recuperaram da depressão por meio de psicoterapia, por exemplo, apresentam as mesmas mudanças biológicas – como no eletroencefalograma do sono – que aqueles que a superaram através de medicação. Há estudos que mostram que a psicoterapia não é nem de longe tão eficaz quanto as drogas para tirar as pessoas da depressão, mas que ela tem um efeito protetor contra a sua recorrência, sendo melhor uma combinação de ambas que cada uma das duas sozinha (Solomon, 2002).

David Holmes também pondera sobre a eficácia da psicoterapia no tratamento da depressão. Ele apresenta uma pesquisa que demonstra que os pacientes agudamente deprimidos que habitualmente realizam psicoterapia apresentam menos recaídas que aqueles que recebem apenas tratamento não agendado ocasional. No entanto, ao investigar o que contribui para o êxito da psicoterapia, a maioria das pesquisas apresenta resultados inconsistentes ou inconclusivos. Uma generalização que pode ser feita é o fato de que indivíduos mais seriamente deprimidos demoram mais a se beneficiar da psicoterapia. Nenhuma outra característica pessoal dos pacientes está consistentemente relacionada à melhora, assim como não há uma técnica específica que seja mais eficaz que outra, sugerindo que o único elemento crucial no tratamento psicoterapêutico da depressão, comum a todas as abordagens, seja o apoio social (Holmes, 1997).

Ainda assim, algumas características específicas de cada abordagem psicoterapêutica podem ser destacadas para o tratamento da depressão. Glen Gabbard recomenda que, no tratamento psicodinâmico da depressão, o psicoterapeuta escute e empatize com o ponto de vista do paciente, evitando comentários que tentem ressaltar o positivo, como “você não tem motivo para estar assim” ou “existem tantas coisas boas para serem vividas”. Esses tipos de comentário, que tentam levar o paciente à alegria, são vivenciados pelos pacientes deprimidos como completamente desprovidos de empatia e de propósito e muito provavelmente surtirão o efeito contrário, levando-os a sentir-se menos compreendidos e sozinhos e agravando ainda mais sua condição. O terapeuta pode empatizar com a dor do paciente em uma busca colaborativa de suas causas subjacentes, devendo observar atentamente a natureza do estressor que pode ter desencadeado a depressão e os padrões de relacionamento e de autoestima da pessoa, além dos fenômenos de transferência, contratransferência e resistência, que podem indicar padrões de familiares e problemas de relacionamento que ocorrem fora da terapia e refletir defesas que o paciente emprega em outras situações de sua vida. Finalmente, o terapeuta deve desenvolver uma formulação a respeito das dificuldades do paciente que envolva aspectos do desenvolvimento precoce e da situação atual, ajudando-o a conceber novas formas de viver (Gabbard, 2006).

Quanto ao tratamento da mania pela abordagem psicodinâmica, este enfoca problemas de não adesão e falta de *insight* sobre os sintomas maníacos ou hipomaníacos. A representação do *self* envolvida no episódio maníaco é considerada como inteiramente desconectada do *self* da fase eutímica (humor saudável), devendo o clínico trabalhar para reunir os fragmentos em uma narrativa de vida contínua da pessoa, podendo utilizar recursos como o da apresentação de gravações ao próprio paciente. Sob a perspectiva kleiniana, existe uma forte ligação entre o trauma psíquico na infância, particularmente associado à perda parental precoce, e a doença bipolar na vida adulta, podendo a tarefa psicoterapêutica

fundamental com um paciente bipolar ser a de facilitar o trabalho de luto. Melanie Klein também observou que, quando os sentimentos de perseguição e agressão que ameaçam o ego diminuem, as defesas maníacas tornam-se desnecessárias (Gabbard, 2006).

Abordando o tratamento da depressão pelas abordagens comportamentais, David Holmes explica que esse tipo de tratamento visa ajudar os pacientes a aumentar as gratificações e reduzir as punições em suas vidas, seguindo um processo de três etapas. A primeira compreende identificar os aspectos do ambiente que são fontes de gratificação e punição para o paciente, através da estipulação de uma lista de eventos agradáveis e desagradáveis e de sua frequência. A segunda é ensinar novas habilidades ou estratégias para superar, evitar ou minimizar experiências punitivas, por meio de treinamentos em assertividade ou em habilidades sociais. A terceira envolve ajudar ao paciente a aumentar as gratificações em sua vida, obtido por um programa de autorreforço em que se estabelece um menu de gratificações, com cada uma igualada a um preço que faz com que o indivíduo realize algo significativo, mas não tão alto ao ponto em que ele jamais obtenha uma gratificação (Holmes, 1997).

Para Craighead e colaboradores, o comportamento de esquiva, que foi durante muito tempo o foco maior no tratamento comportamental da ansiedade, tem recebido mais atenção atualmente em tratamentos para o transtorno depressivo maior. Estilos de terapia mais recentes como a Terapia Comportamental Dialética, a Terapia da Aceitação e Compromisso e a Ativação Comportamental enfocam principalmente o bloqueio ou reversão dos comportamentos de esquiva depressivos. Uma pesquisa sugeriu que, para pacientes com depressão severa, as estratégias de bloqueio da esquiva como alvo primário podem ser mais efetivas que quando aliadas às técnicas cognitivas e tão efetivas quanto o uso de antidepressivos, dando a entender que a atenuação da inibição comportamental em indivíduos deprimidos tem impacto geral sobre o humor (Craighead *et al.*, 2008).

Já o tratamento da depressão pelas abordagens cognitivas é apresentado por David Holmes como uma tentativa de mudar as cognições negativas do paciente, também em um processo de três etapas. A primeira consiste em identificar as cognições negativas que influenciam o humor e o comportamento do paciente. Essas cognições são consideradas hipóteses a serem testadas pelo paciente, o que compreende a etapa seguinte. Nessa segunda etapa, cada uma das cognições negativas é avaliada como correta ou incorreta (ou, pelo menos, parcialmente correta) pelo paciente a partir de experiências conduzidas por ele próprio. Em seguida, a terceira etapa envolve a substituição das cognições negativas errôneas por cognições mais acertadas. O paciente e terapeuta devem trabalhar juntos para planejar atividades consistentes com os novos pensamentos mais acurados. Sem essa instrução e planejamento, a pessoa pode escorregar de volta para os velhos hábitos, tomando novamente como certas as antigas cognições negativas (Holmes, 1997).

Entre as abordagens psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que alia estratégias comportamentais e cognitivas, é, juntamente com a Terapia Interpessoal (TIP), uma das mais mencionadas para o tratamento da depressão na literatura, principalmente na área médica. Os pesquisadores da psicologia do transtorno bipolar da Universidade de Barcelona Francesc Colom e Eduard Vieta sugerem que a depressão bipolar responderia melhor à TCC do que ao modelo clássico de terapia cognitiva de Aaron Beck, pois acreditam que os padrões cognitivos simplesmente não estejam causando as emoções do transtorno bipolar. Uma possível explicação é que, na maioria dos pacientes bipolares, não há alteração cognitiva ou ela é consequência da modificação do estado emocional da depressão (Colom & Vieta, 2008). A TIP, por outro lado, parte do princípio que as pessoas deprimidas têm agentes causadores de estresse e desencadeadores da depressão que podem ser suprimidos por meio de uma interação bem monitorada com os outros, sendo estabelecidos alguns objetivos atingíveis de mudanças nas relações do paciente (Solomon, 2002). Colom e Vieta (2008)

também consideram a TIP eficaz para o tratamento da depressão bipolar, pois ajuda a reduzir o risco de suicídio em pacientes bipolares.

Outras estratégias clínicas, tanto físicas quanto psicológicas, são ademais usadas para o tratamento dos transtornos depressivos. David Holmes menciona, embora superficialmente, as psicoterapias de caráter humanista e existencial como possíveis linhas de tratamento psicológico da depressão. Nelas, a grande divergência entre o eu ideal e o real é considerada responsável por criar um sentimento de angústia na pessoa, que, percebendo a impossibilidade de alcançar os ideais de realização, desiste em desalento (Holmes, 1997). A terapia almejaria, nesse caso, uma maior aproximação entre o eu idealizado e as experiências da pessoa, alcançada por meio de *insights* próprios.

Já no grupo das terapias de base física, a terapia eletroconvulsiva ou eletroconvulsoterapia foi, durante muito tempo, usada para o tratamento das doenças mentais e, em particular, para a depressão. Ela consiste em aplicar correntes elétricas diretamente no cérebro, o que surte um efeito no mínimo tão poderoso quanto a medicação e mais rápido, sendo usada principalmente em casos de pessoas que estão gravemente deprimidas, maníacas, psicóticas ou com tendência ao suicídio. (AMA, 2002). No entanto, existem grandes indícios que esse tipo de terapia pode provocar amnésia retrógrada (Holmes, 1997), uma das razões para ser considerado, no mínimo, um procedimento controverso. Como outras técnicas físicas, é possível que seu uso nos hospitais psiquiátricos tenha uma função mais moralizante, imposta sobre os pacientes em condição de crise, do que terapêutica.

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DA DEPRESSÃO

2.1. Psicodiagnóstico Clínico: Fundamentos Básicos

Para compreender a sistemática do psicodiagnóstico da depressão, é interessante discorrer sobre o processo de diagnóstico atualmente realizado por psicólogos clínicos e seus princípios básicos. A psicóloga gaúcha Jurema Alcides Cunha, autora da principal obra de referência sobre o assunto no Brasil, exprime que o psicodiagnóstico é uma avaliação psicológica feita com propósitos clínicos, que não abarca, portanto, todos os modelos de avaliação psicológica usados por psicólogos em outros contextos, mas visa identificar as forças e fraquezas no funcionamento psicológico da pessoa com foco na existência ou não de uma psicopatologia. Ela oferece em seguida uma definição mais abrangente, explicando se tratar de “um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (input), em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicado os resultados (output), na base do qual são propostas soluções” (Cunha, 2000, p. 26).

As argentinas María Luisa Siquier de Ocampo e María Esther García Arzeno, por sua vez, caracterizam o psicodiagnóstico como uma situação bipessoal de duração limitada com o objetivo de conseguir uma descrição e compreensão mais profunda e completa possível da personalidade total do paciente, abrangendo os aspectos passados, presentes e futuros dessa personalidade e usando determinadas técnicas para o atingimento desses fins (Ocampo, Arzeno & Piccolo, 2001). Já o americano Irving B. Weiner, em um artigo breve sobre o futuro

do psicodiagnóstico, definiu-o simplesmente como o uso de testes psicológicos para facilitar a avaliação clínica (Weiner, 1983). Observa-se, assim, que é um procedimento de avaliação pertencente à área clínica cuja principal característica é o uso de testes psicológicos em uma determinada etapa, tornando-o uma função exclusiva do profissional de psicologia.

Jurema Cunha escreve sobre esse fato, explicando que o diagnóstico psicológico pode ser realizado tanto pelo psicólogo como pelo psiquiatra (ou ainda pelo neurologista ou psicanalista) desde que seja usado apenas o modelo médico no exame de funções e identificação de patologias, sem uso de testes e técnicas privativas do psicólogo clínico, ou por esse último exclusivamente, quando é utilizado o modelo psicológico, que inclui técnicas e testes privativos desse profissional (recebendo nesse caso a denominação mais estrita de psicodiagnóstico). O processo também pode ser conduzido por uma equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, neurologista, orientador educacional, assistente social e outros) desde que cada profissional use o seu modelo próprio, em uma avaliação mais completa e inclusiva que integre dados interdependentes (Cunha, 2000).

Walter Trinca, psicólogo paulista notório por suas contribuições ao âmbito da avaliação psicológica, diferencia o diagnóstico psicológico em quatro tipos elementares. No processo psicométrico, o psicólogo trabalha como um simples aplicador e avaliador de testes psicológicos, entrando em contato apenas com aspectos parciais da personalidade do indivíduo e de modo “objetivo”, evitando maiores compromissos profissionais com sua vida pessoal e afetiva e prejudicando, assim, a integração dos dados em uma visão globalizadora. Já o processo comportamental considera prioritários dados de observação objetiva e exclui apreciações sobre o mundo interno, usando preceitos da psicologia da aprendizagem. No processo psicanalítico enfocam-se fenômenos do inconsciente e outros princípios da dinâmica interna advindas da psicanálise. E o processo baseado no modelo médico transpõe as noções do diagnóstico clínico da medicina para a prática psicológica, caracterizando-se pelo foco no

desajustamento e pela despersonalização do clínico em relação ao paciente, a fim de não prejudicar o processo de coleta de dados (Trinca, 1984).

Um quinto tipo, a que o autor dá o nome de diagnóstico psicológico compreensivo, decorreu da necessidade de uma prática que abarcasse a multiplicidade de fatores em jogo na avaliação da personalidade, evitando a unilateralidade inerente aos demais processos. Esse tipo, que corresponde mais à concepção atual de psicodiagnóstico, é um processo que concebe as dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e socioculturais como conjuntos de forças em interação que podem resultar em desajustamentos individuais. Nesse caso, a avaliação pode enfatizar determinados aspectos de acordo com o que requeira a situação (intelectual, psicomotor, emocional), mas sem perder de vista o indivíduo como um todo. O processo é lastreado por princípios relativamente coerentes entre si, dentre os quais se apontam os processos intrapsíquicos, os processos de desenvolvimento e maturação, a dinâmica familiar, as relações psicólogo-paciente e as teorias que fundamentam cada uma das técnicas de exame psicológico (Trinca, 1984).

Jurema Cunha salienta a importância da familiarização com as reais necessidades do público usuário do psicodiagnóstico e da adequação de seus dados às necessidades da fonte de encaminhamento, de modo que os resultados tenham o impacto que merecem e a prática receba o crédito a que faz jus. Para tanto, o psicólogo clínico deve conhecer o vocabulário, o modelo conceitual, a dinâmica e as expectativas de cada fonte de encaminhamento, mantendo um canal de comunicação com os diferentes tipos de contextos profissionais e familiarizando-se com a variedade de problemas e com as diversas decisões que subsidiam. Mesmo psicólogos competentes, por falta de uma compreensão adequada das razões que motivaram o encaminhamento ou das decisões que serão tomadas com base nos dados levantados, podem oferecer um psicodiagnóstico com resultados não pertinentes às necessidades da fonte de solicitação e contendo informações inúteis aos interessados (Cunha, 2000).

Entre as fontes de encaminhamento mais comuns para realização de psicodiagnóstico, principalmente em clínicas psicológicas, encontram-se os médicos psiquiatras ou de outra especialidade (como neurologistas e pediatras), a comunidade escolar, juízes, advogados e casos vindos espontaneamente ou por recomendação de um familiar ou amigo. Muitas vezes a parte requerente não sabe exatamente que perguntas levantar ou, em razão de sigilo profissional, faz um encaminhamento vago para uma “avaliação psicológica”, não devendo o psicólogo aceitar tacitamente essas orientações sem esclarecer exatamente o que é esperado (Cunha, 2000). Walter Trinca lista algumas finalidades práticas do psicodiagnóstico, que podem suscitar possíveis motivos de encaminhamento: a avaliação global da personalidade, a determinação da natureza e intensidade de um distúrbio, a orientação psicológica, o fornecimento de subsídios, indicações e encaminhamentos terapêuticos, o planejamento terapêutico, o prognóstico da evolução terapêutica e a pesquisa psicológica (Trinca, 1984).

Embora possam variar em ordem e especificidade conforme os objetivos do psicodiagnóstico, Jurema Cunha (2000) descreve as seguintes etapas para a sua realização: (a) determinar os motivos do encaminhamento, queixas e problemas iniciais; (b) levantar dados psicológicos, sociais, médicos, profissionais, escolares e de outras áreas importantes do sujeito; (c) colher dados sobre sua história clínica e pessoal, reconhecendo os reflexos atuais do ponto de vista psicopatológico e psicodinâmico; (d) realizar o exame do estado mental do paciente, complementado por fontes objetivas; (e) levantar hipóteses iniciais e definir os objetivos do exame; (f) estabelecer um plano de avaliação; (g) estabelecer um contrato de trabalho; (h) administrar testes e outros instrumentos psicológicos; (i) levantar dados quantitativos e qualitativos; (j) selecionar, organizar e integrar os dados significativos aos objetivos do exame, elaborando o laudo, relatório ou documento devido; (l) comunicar os resultados ao paciente, propondo soluções em seu benefício; e (m) encerrar o processo.

Isabel Adrados, psicóloga espanhola naturalizada brasileira que teve grande

participação no desenvolvimento da avaliação psicológica no Brasil, também resume o processo em algumas etapas. A primeira consiste na entrevista inicial, na qual é feito o primeiro o mais importante contato com o paciente, que decorre do estabelecimento do *rapport* (atitude de aceitação e confiança) e deve ser semidirigida, a fim de obter conhecimento sobre os motivos que o levaram a procurar a avaliação e sejam estabelecidas as formalidades relativas ao processo em si. Após a entrevista inicial, na fase de planejamento dos instrumentos a serem utilizados, a autora recomenda incluir pelo menos uma entrevista de anamnese para colher dados sobre a vida pregressa do paciente. Considera ainda que apenas na entrevista livre, não estruturada e colhida por meio do relato espontâneo do paciente é obtido o material mais rico e importante, razão pela qual sugere a realização de outra entrevista a que chama psicossocial, na qual o examinando não é coagido a responder, mas estimulado a falar livremente e conduzido de maneira suave ao núcleo do problema. Nessa entrevista são observados determinados sinais acerca do estado do paciente: seu grau de maturidade, discernimento, afetividade, entre outros indícios visíveis (Adrados, 1980a).

Enfim, após mais um momento de entrevista para preparar o examinando para a etapa a seguir, pode-se dar início à aplicação de uma bateria de testes. A autora recomenda evitar a sobrecarga de testes, mas acha que uma pequena bateria é mais confiável que um único teste. Após a elaboração do laudo, em que deve constar a análise dos dados e a síntese do caso, é recomendada uma última entrevista, a que chama informativa ou de devolução, a fim de que os resultados sejam transmitidos à pessoa de maior direito: o examinando. Esse último contato também é uma oportunidade de trocar com o paciente informações relevantes ao caso, beneficiando tanto entrevistado como psicólogo. A autora exprime como a entrevista se constitui o instrumento básico do psicodiagnóstico, sua pedra fundamental, sem a qual se torna impossível chegar a uma conclusão diagnóstica (Adrados, 1980a).

Jurema Cunha também considera a entrevista o recurso básico do processo, pela qual

obtem a história clínica, pessoal e psicodinâmica e realiza o exame de estado mental do paciente, o que permite a coleta de subsídios introdutórios ao psicodiagnóstico. O exame de estado mental é a avaliação, feita durante a entrevista, dos sinais que dizem respeito às condições mentais do cliente, em que se observam alterações na atenção, sensopercepção, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afetividade e conduta (Cunha, 2000). Essa estratégia não é usada apenas por psicólogos. Os psiquiatras americanos Benjamin James Sadock e Virginia Alcott Sadock (2007) dividem o exame clínico do paciente psiquiátrico em duas partes: a abordagem histórica (evolução dos sintomas, episódios e tratamentos passados, condições atuais e passadas, tratamento de familiares e história pessoal do paciente) e a avaliação do estado mental, que consiste na revisão, a partir de uma série de critérios, do funcionamento emocional e cognitivo do paciente.

Escrevendo sobre o diagnóstico dos transtornos afetivos, os autores relatam que, em uma situação psiquiátrica clínica, apenas a história do paciente, a história familiar e o curso futuro do caso podem ajudar a diferenciar entre os dois padrões básicos de sintomas dos transtornos de humor: a depressão e a mania. Pesquisadores tentaram encontrar diferenças válidas entre os episódios depressivos do transtorno bipolar I e do transtorno depressivo maior, mas não obtiveram sucesso. Entre as características mais notáveis no exame de estado mental, aponta-se a lentidão psicomotora generalizada como o sintoma mais comum de depressão, embora a agitação possa estar presente. Classicamente, um paciente depressivo tem uma postura inclinada, nenhum movimento espontâneo, o olhar desviado e a fala diminuída e em tom baixo. Entre outros indícios possíveis estão os delírios congruentes com humor (culpa, pecaminosidade, inutilidade, fracasso, perseguição e doenças somáticas internas terminais), visão negativa do mundo e de si, falta de concentração, esquecimento, ideação suicida, ênfase exagerada no ruim e minimização do bom (Sadock & Sadock, 2007).

Os episódios maníacos, por sua vez, podem ser caracterizados no exame psiquiátrico

do estado mental pela excitação, tagarelice, divertimento e hiperatividade. Os pacientes maníacos podem ser grandemente psicóticos e desorganizados, com humor eufórico ou irritável, baixa tolerância à frustração e grande labilidade. A fala se torna mais alta e mais rápida, podendo haver perda de associações e de concentração, fuga de ideias e uso de neologismos. Delírios estão presentes em três quartos dos casos, relacionados a grande poder ou habilidade. Os pensamentos incluem temas de autoengrandecimento ou autoconfiança, com facilidade de distração e um fluxo acelerado e irrestrito de ideias. Muitos pacientes maníacos são incisivos ou ameaçadores. Também podem se caracterizar pela mentira e pela falta de julgamento que leva a ações inconsequentes (Sadock & Sadock, 2007).

2.2. As Técnicas de Exame Psicológico e a Polêmica Associada ao seu Uso

Apesar de haver escalas usadas por psiquiatras para a avaliação objetiva da depressão (escalas Zung, Raskin e Hamilton, Sadock & Sadock, 2007), a avaliação por meio de testes ou técnicas psicológicas é de uso particular da psicologia. As psicólogas americanas Anne Anastasi e Susana Urbina (2000) definem o teste psicológico como “uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento” (p. 18), e seu valor diagnóstico e preditivo depende do grau em que serve de indicador de um número relativamente amplo e significativo de comportamentos. O seu uso deve ser controlado, a fim de garantir sua aplicação por um examinador qualificado que use apropriadamente os escores e para evitar uma familiaridade geral com o conteúdo do teste, que invalidaria seu resultado (Anastasi & Urbina, 2000). O psicólogo espanhol Alfonso Alvares Villar esclarece ainda que a palavra teste provém do latim *tactum* e significa gosto, prova, tato, definindo-o como uma situação experimental padronizada que serve de estímulo a um comportamento (Villar, 1967).

Como princípios básicos dos testes psicológicos, Anastasi e Urbina relacionam a

padronização, a fidedignidade e a validade. A padronização diz respeito à uniformidade do procedimento na aplicação e pontuação do teste, para que os escores obtidos por pessoas diferentes sejam comparáveis. O teste é aplicado a uma amostra grande e representativa do tipo de pessoa para o qual foi planejado, a fim de indicar o desempenho médio e os graus de desvios acima e abaixo deste e permitindo avaliar diferentes graus de superioridade e inferioridade. A fidedignidade se refere a quão bom é o teste e se ele realmente funciona. Ela é medida pelo grau de consistência de escores obtidos pelas mesmas pessoas quando submetidas novamente ao mesmo teste. Já a validade está associada ao grau em que o teste mede realmente aquilo a que se propõe medir. A sua determinação requer critérios externos, pois está relacionada a “o que” o teste está medindo, a partir de um coeficiente entre os escores obtidos e a medida do critério em fatos objetivos (Anastasi & Urbina, 2000).

Embora o desejo humano de medir tudo, até mesmo o espírito, remonte aos pitagóricos (séc. VI a.C.), o início dos testes psicológicos se deu em 1905, quando o psicólogo Alfred Binet e o pedagogo Théodore Simon construíram, a pedido do Ministério da Educação Pública do governo francês, a primeira escala de julgamento, compreensão e raciocínio, a Binet-Simon, criada com o propósito de tentar prever que alunos do ensino primário necessitavam de métodos pedagógicos especiais devido a um nível mental baixo. A escala continha alguns subtestes sensoriais e perceptuais adotados da fase proto-histórica da psicometria de Francis Galton e James McKeen Cattell, como discriminação de pesos e comparação de comprimento de linhas, mas incluía uma proporção muito maior de conteúdo verbal do que havia nas séries de testes psicofísicos da época, o que foi considerado pela experiência pedagógica como muito mais significativo para o rendimento escolar. O teste teve êxito imediato, tendo sido adaptado em vários países (Anastasi & Urbina, 2000; Villar, 1967).

Em 1917, quando os Estados Unidos ingressaram na Primeira Guerra Mundial, a psicometria, ciência da mensuração do comportamento, teve seu respaldo definitivo. Uma

seleção realizada em 1.750.000 recrutas para fins de promoção em casos favoráveis a cursos de oficiais e suboficiais teve um êxito tão considerável que as técnicas de testagem de grupos desenvolvidas na época foram adotadas nos exércitos de todos os países do mundo. Algumas décadas mais tarde, durante a Segunda Guerra Mundial, muitos milhões de soldados, pertencentes a ambos os lados, se submetiam a testes de aplicação coletiva, que, a essa altura, já contavam com a maturidade científica da psicometria. Após o conflito, tendo aprendido a lição com a fama repentina que recaiu sobre os testes nas décadas de 20 e 30, sociedades de psicólogos como a Associação Americana de Psicologia ditaram normas severíssimas para a elaboração, aplicação e venda dos testes psicológicos, proibindo que pessoas não capacitadas fizessem as vezes de “aprendizes de feiticeiro” nos domínios da psicometria e contribuíssem assim para o descrédito da ciência (Villar, 1967).

Enquanto isso, outra área da testagem psicológica se desenvolvia, preocupada com os aspectos afetivos e não intelectuais do comportamento: estados emocionais, relações, interesses, atitudes. Foi escolhida para as técnicas dessa natureza a terminologia “testes de personalidade”. Uma precursora desse tipo de testagem foi a associação livre com os pacientes psiquiátricos de Kraepelin, em que o examinando recebia palavras-estímulo e era solicitado a responder cada uma com a primeira palavra que lhe vier à mente (Anastasi & Urbina, 2000). Essa técnica foi usada para uma variedade de fins até a atualidade. Em 1910, os psiquiatras suíços Carl Gustav Jung, colaborador de Freud, e Paul Eugen Bleuler, seu supervisor, criaram um teste de associações livres verbais com base em concepções psicanalíticas, em que as respostas do sujeito revelavam aspectos de seus conflitos profundos. Em 1922, outro psiquiatra suíço, Hermann Rorschach, criava uma técnica de psicodiagnóstico em que manchas de tinta eram usadas, pela primeira vez, como estímulos visuais para o diagnóstico dos transtornos psiquiátricos que acometiam seus pacientes. Morreu logo depois, deixando seu legado para pesquisadores de vários países (Villar, 1967).

Paralelamente, apareceram os questionários baseados em inquéritos psiquiátricos, surgiram os inventários de personalidade e se generalizaram as técnicas projetivas do tipo pictográfico. A partir daí, o desenvolvimento dos testes psicológicos foi suntuoso, ao ponto de Alvares Villar comparar, em 1967, a psicometria a uma selva, dada a imensa variedade de testes oferecidos nos catálogos, por meio dos quais se pretendia medir tudo o mensurável no reino do psiquismo (Villar, 1967). As críticas aos testes psicológicos também se tornaram contundentes nos anos 60, quando, por um lado, comportamentalistas questionaram a validade de se inferir características da personalidade por meio de respostas de testes, sugerindo que os clínicos que quisessem prever o comportamento se concentrassem em elaborar situações que fornecessem amostras representativas do comportamento a ser predito, e, por outro, a emergência das abordagens humanistas contestou a moralidade do uso de instrumentos de psicodiagnóstico para fins de classificação. As ideias de Abraham Maslow e Carl Ransom Rogers sobre a individualidade única de cada pessoa levaram muitos psicólogos a sentir que classificações referentes a traços de personalidade ou dimensões do comportamento eram práticas desumanizadoras que despojavam as pessoas de sua liberdade e dignidade, sendo verdadeiro apenas aquilo que passa por sua experiência (Weiner, 1983).

Weiner respondeu a essas críticas, em primeiro lugar, argumentando que as inferências raramente podem ser evitadas na avaliação clínica, independente da abordagem utilizada, e não constituem necessariamente uma desvantagem. O que os avaliadores clínicos devem fazer é acompanhar o grau de inferência envolvido na obtenção das respostas e limitar-se a dar conclusões que possam se basear em dados empíricos sólidos. Além disso, ele acredita que, embora existam muitos casos de abusos na avaliação da personalidade que resultam em classificações errôneas ou discriminatórias, isso não reflete nenhuma característica inerentemente desumanizadora dos instrumentos de psicodiagnóstico. É possível sugerir caminhos para que a interação interpessoal se desenvolva a partir de procedimentos de

avaliação, especialmente quando estes são realizados em complemento ao processo psicoterapêutico e quando os clientes estão envolvidos no processo avaliativo (Weiner, 1983).

Entretanto, os abusos na avaliação psicológica existem e são fáceis de serem cometidos. Jurema Cunha comenta como o avaliador está em uma situação privilegiada em relação ao avaliado, podendo o psicodiagnóstico servir como um poderoso meio de influenciar o outro, principalmente em um momento em que as pessoas buscam ajuda e encontram-se fragilizadas (Cunha, 2000). Anastasi e Urbina consideram um erro sério a interpretação errônea dos escores dos testes que levam a conclusões desacertadas, como a suposição de que o quociente intelectual, por exemplo, indica uma característica fixa, que determina o nível intelectual vitalício da pessoa (Anastasi & Urbina, 2000). Já Walter Trinca destaca a influência das condições sociais de atendimento, principalmente em serviços institucionais, que fazem com que o psicodiagnóstico, com poucos instrumentos disponíveis, se transforme em uma repetição estereotipada de uma sequência fixa de testes, que muitas vezes não são os melhores para o caso em questão (Trinca, 1984).

A psicóloga fluminense Tereza Cristina Saldanha Erthal faz uma integração dos critérios de classificação dos testes psicológicos. Os principais tipos de classificação são (a) acerca do método utilizado, na qual são divididos em testes psicométricos, cujas normas são quantitativas e o resultado é um número ou medida, e projetivos, cujas normas são qualitativas e o resultado é expresso em uma tipologia, e (b) quanto ao atributo medido, em que podem se dividir em testes de rendimento, que medem o grau de eficiência de uma tarefa, de aptidão, que medem um potencial para aprender ou realizar uma tarefa, e de personalidade, que medem características referentes a aspectos não cognitivos da conduta. Outros critérios de classificação são (c) segundo a finalidade (testes de velocidade, que medem a rapidez da execução da tarefa, e de nível, que medem a qualidade da tarefa realizada), (d) segundo a influência do examinador (pessoais, com grande influência do aplicador, e impessoais, em que

o aplicador se limita a estabelecer o *rapport*), (e) segundo o modo de administração (individuais, aplicados por um examinador a um examinando, coletivos, aplicados a grupos de pessoas, e autoadministrados, que dispensam a presença de um aplicador); e (f) segundo o modo de expressão (verbais, em que as respostas são dadas oralmente, impressos, em que as respostas são registradas no papel, e de manipulação, que usam objetos para a execução de uma tarefa específica). Um teste pode ter características de mais de um tipo na mesma classificação (Erthal, 1987).

Isabel Adrados considera poucos os instrumentos capazes de diagnosticar com segurança a depressão. A autora menciona, como sendo útil para esse fim, além do PMK, abordado mais à frente, a técnica de Rorschach, classificada entre os testes de personalidade de método projetivo, em o avaliando relata o que vê nas pranchas com imagens abstratas. Quando aplicado, o Rorschach apresenta como indicadores gerais de depressão a influência exagerada das funções lógicas, a sucessão mais rígida, a estereotipia aumentada, a elevada percepção formal, a associação perceptiva lentificada e o pensamento empobrecido (Adrados, 1980a). Outro teste projetivo, o Teste de Apercepção Temática (TAT), que usa pranchas com imagens de pessoas realizando ações de significado ambíguo, convidando o examinando a contar uma história sobre cada uma, pode dar indícios sobre estados depressivos. O psicanalista francês Didier Anzieu menciona como sinais de depressão no TAT a restrição dos temas, que obriga o examinador a dar mais incentivos, e as histórias tristes e visões sombrias, características da depressão neurótica, sendo a depressão psicótica indicada por representações delirantes e acusações a si mesmo (Anzieu, 1979).

O Teste do Desenho da Casa, Árvore e Pessoa (HTP), um teste de método projetivo em que o examinando realiza desenhos, falando sobre cada um, pode indicar alguns traços depressivos. A casa simples, vazia e pobre, com portas abertas, a árvore desprotegida, tênue e desvitalizada e a figura humana frágil, sugerindo impotência, além dos desenhos pequenos,

soltos no ar, sem sugestão de movimento e com um traçado débil, trêmulo, cortado ou inibido, são características de estados depressivos. Por outro lado, os desenhos grandes, no alto da folha, com movimentos de expansão, linhas grossas e traçado forte feito com pressão, a casa com ênfase nas portas e presença de flores, a árvore ultrapassando os limites da folha, com copa esférica e ramos para fora e para o alto, e a figura humana com os braços também para fora e para o alto, fisionomia de triunfo e impressão de infantilidade são características da hipomania (Cunha, 2000). A argentina Elza Grassano de Piccolo ainda relaciona, como características da defesa maníaca nos desenhos, a preocupação em encher o desenho de conteúdos (embora a vivência do vazio também possa se expressar por meio de figuras grandes e vazias) e a negação da realidade, que pode se expressar na figura humana com os olhos fechados (Ocampo *et al.*, 2001).

Entre os testes de personalidade de método psicométrico, encontram-se principalmente as escalas e inventários, que consistem no enunciado de várias frases ou palavras das quais o sujeito deve eleger algumas ou marcar sua posição entre elas (Villar, 1967). Algumas dessas técnicas podem ter utilidade para a avaliação de um transtorno de humor. A Escala Fatorial de Neuroticidade (EFN) é um instrumento autoadministrável que avalia características de ajustamento e instabilidade emocional. O fator neuroticismo, avaliado pelo instrumento, é composto por quatro subdimensões que avaliam sintomas e predisposições à depressão, ansiedade, vulnerabilidade e desajustamento psicossocial, a partir de 82 enunciados que o participante avalia em uma escala de um a sete, variando entre a discordância e concordância completas (Zanon & Hutz, 2009). Uma limitação aos testes dessa natureza é que eles não medem a necessariamente a personalidade do indivíduo, mas apenas a imagem que ele tem de si mesmo (Villar, 1967). Um outro tipo de instrumento psicométrico, mas que alia também aspectos projetivos, o PMK de Mira y López, tenta sanar essa limitação e será tratado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO III

O PMK NA AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DE HUMOR

3.1. Psiocodiagnóstico Miocinético: História e Fundamentos

O método mais conhecido na avaliação da personalidade por meio de testes psicológicos é o projetivo. Os testes projetivos distinguem-se dos psicométricos principalmente pela ambiguidade do material apresentado e liberdade de respostas possíveis (Anzieu, 1979). A projeção é considerada um dos mecanismos de defesa mais importantes para Freud e outros psicanalistas. Projeta-se o tempo todo tendências reprimidas no inconsciente para evitar o confronto com o *superego* e com o *id*, ao designar a outrem tendências não aceitas na personalidade própria. Os mecanismos de projeção não atuam somente nas personalidades neuróticas e psicóticas, mas também na pessoa normal. Sendo assim, os testes projetivos funcionariam como reativos ou estimulantes da projeção, revelando as tendências reprimidas no inconsciente da pessoa (Villar, 1967).

Didier Anzieu diferencia, ainda, a projeção clássica do conceito de expressão: em seu entendimento, o desenho livre, o relato livre e o jogo dramático improvisado “expressam” a personalidade daquele que os pratica. Assim, nas técnicas expressivas, o sujeito ficaria inteiramente livre tanto no que concerne às respostas quanto ao material proposto, enquanto que as estritamente projetivas oferecem liberdade de resposta, mas têm material definido e padronizado (Anzieu, 1979). Mira y López, escrevendo sobre a atividade expressiva, equipara a expressão à exteriorização, em que o que antes transcorria intimamente é tornado visível ou perceptível, sendo a linguagem um tipo de expressão que recorre ao simbolismo. Entretanto, argumenta que é um costume humano usar a linguagem para se expressar o que não se sente,

sendo a expressão espontânea e não simbólica melhor fonte de informação sobre a personalidade do indivíduo em uma técnica de avaliação do que os questionários respondidos por meio da linguagem verbal. (Mira y López, 1972).

É nesse contexto que surgiu o PMK: de método essencialmente psicométrico (pois avalia quantitativamente as dimensões e desvios dos traçados em milímetros), difere das escalas e inventários de personalidade por trabalhar com a expressão livre e não verbal da personalidade do indivíduo, evitando a inautenticidade das respostas característica das técnicas verbais. Mira y López havia lido o trabalho de Gordon Allport e Philip Vernon sobre os movimentos expressivos, concordando com a ideia de que uma simplificação dos fatores dos testes expressivos grafológicos podia ser alcançada por meio da investigação do traçado simples de figuras e linhas, um procedimento bastante óbvio que estava sendo negligenciado (Mira y López, 1940). Assim, certas qualidades da personalidade podem ser relacionadas às configurações de traçados de figuras simples como expressões das tendências dinâmicas inconscientes, ancoradas em uma zona profunda do psiquismo, a miopsique (Mira y López, 1959), classificando-se o teste, por essa parte, também no método projetivo.

Nascido em Santiago de Cuba em 1896, quando a ilha ainda era colônia da Espanha, Emilio Mira y López mudou-se com a família para a metrópole dois anos depois com a independência do país, tendo lá realizado seus estudos. Concluiu a Licenciatura em Medicina em 1917 em Barcelona e o Doutorado em 1927 em Madri. Dirigiu o Instituto de Orientação Profissional de Barcelona e se interessou pelos métodos objetivos de estudo da personalidade, tendo criado alguns aparelhos e técnicas para esse fim. O antecessor direto do PMK foi um aparelho chamado axistereômetro, construído por Mira y Lopez em 1936 para estudar a sensibilidade cinestésica dos aspirantes à aviação militar do Exército Republicano Espanhol, ou seja, sua capacidade de se orientar no espaço sem o uso da visão, guiados apenas pelas memórias das tensões musculares. O examinando devia movimentar um anel deslizante sobre

uma barra, visualizando-o, e, em seguida, sem a visão, repetindo a tarefa com a barra inclinada em várias posições e obtendo, dessa forma, seu perfil estereocinético (Mira, 2004).

Entretanto, a análise de erros revelou uma nova variável, cuja origem parecia provir do desequilíbrio entre as tensões dos músculos antagonistas e que impedia a medição da sensibilidade ou memória muscular propriamente dita. Mira y López considerou que as diferenças podiam estar ligadas a fatores caracterológicos e começou a correlacionar os resultados dos candidatos com os testes de Rorschach, Bernreuter e Jung-Rosanoff, obtendo resultados significativos entre o estereograma e o tipo caracterológico do indivíduo: os candidatos inibidos tendiam a diminuir o tamanho dos movimentos, os excitados, a aumentá-los, os deprimidos a descer os movimentos no plano vertical, os exaltados, a subi-los e os agressivos, a avançar seu movimento na direção sagital. Seus estudos foram bruscamente interrompidos com o fim da Guerra Civil Espanhola e o ataque e ocupação do país pelas forças franquistas, obrigando Mira y López a deixar Barcelona em 1939. Convidado pela Sociedade de Proteção da Ciência e Aprendizado a prosseguir suas pesquisas no Hospital Maudsley de Londres, substituiu o aparelho por uma prova de lápis e papel e apresentou-a em outubro de 1939 à Sociedade Real de Medicina, criando definitivamente o PMK (Mira, 2004).

Mira y López denominou a prova Psicodiagnóstico Miocinético, ou diagnóstico psicológico por meio dos movimentos musculares. Sua base teórica é a ideia, apresentada por William James e desenvolvida por outros autores, de que a consciência é uma função derivada de uma atividade muscular mais ou menos implícita, não havendo sensação ou pensamento sem a tensão muscular e movimento correspondentes (Mira y López, 1959). James acreditava que a emoção não passava de uma tomada de consciência das sensações que acompanham os movimentos das fibras musculares estriadas e lisas, com as quais se responde às situações de emergência e às necessidades internas. Nina Bull aperfeiçoou a idéia, explicando que os sentimentos são secundários e dependentes da preparação corporal para ação e posteriormente

trazidos por meio de mecanismos de realimentação à consciência. A emoção gera mudanças posturais, e estas são capazes de bloquear determinados estados emocionais (Mira, 2004).

Isso formou a base da chamada Teoria Motriz da Consciência, resumida por Mira y López na concepção de que toda intenção humana é uma “in-tensão”, ou seja, uma tensão interna que se expressa nos movimentos musculares. O autor foi mais além, postulando, em seu Princípio da Miocinese no Espaço, que o espaço psicológico não é neutro, mas que todo movimento adquire, de acordo com sua direção vetorial, uma significação particular (Mira y López, 1959, Mira, 2004). O psiquiatra argentino Cesar G. Coronel examinou os significados de cada uma das três direções dos movimentos no espaço. A direção sagital corresponde aos deslocamentos para frente e para trás, em uma atitude de avanço ou retrocesso. Nesses movimentos estariam as duas grandes tendências dinâmicas da organização vital: a agressão e a defesa, podendo a agressividade ser reconhecida na facilidade para o deslocamento para a frente, enquanto uma falta de magnitude nessa direção pode indicar algum inconveniente que leva à adoção de precauções e a não se aventurar demasiadamente (Coronel, 1950).

A direção transversal, por sua vez, está relacionada ao atendimento da satisfação e à manutenção do eu, a partir de uma necessidade ou tendência a ampliar, nos movimentos com os membros superiores, o espaço prático do ser, no qual encontra o que lhe interessa para sua satisfação. Entretanto, quando o estímulo interno é pouco intenso, os movimentos para fora são pouco utilizados, indicando que essa tendência à ampliação não está tão firmemente manifesta. Enfim, na direção vertical, que recebe neste trabalho o enfoque maior, se exteriorizam os elementos de excitação (maníacos) e depressão (melancólicos), cuja manifestação em um ou outro sentido constitui um indício confiável de determinação do ânimo ou humor, que vai da alegria à tristeza, da disposição à inércia. Considera-se que essas características estejam relacionadas ao tônus muscular de cada um. Em alguns casos, o tônus encontra-se fluxo e diminuído, sendo facilmente esgotado durante a realização de um ato,

razão pela qual o nível de energia de sua execução não se mantém, dando lugar ou coincidindo com os estados de depressão ou tristeza. Em outros, o tono encontra-se firme, com uma fonte inesgotável de energia, mantendo-se ou elevando-se a linha tensional da realização do ato e deduzindo-se daí os estados de elação, excitação e alegria (Coronel, 1950).

Apoiando-se nos pressupostos anteriores, Mira y López formulou o princípio técnico do PMK da seguinte forma: se for solicitado ao sujeito que execute movimentos oscilatórios nas direções fundamentais do espaço, sem permitir o controle da extensão e direção pela visão, serão observados desvios sistemáticos de acordo com o grupo muscular predominante, que indicará o propósito de sua ação dominante no plano do espaço considerado (Mira y López, 1959, Mira, 2004). Outro pressuposto inferido das expressões miocinéticas dos sujeitos é o Princípio da Dissociação Miocinética. Ele tem sua base nas experiências de Werner Wolff, pesquisador alemão que, fugindo da perseguição nazista, encontrou refúgio no instituto de Mira y López em Barcelona entre os anos de 1933 e 1936, onde prosseguiu com suas pesquisas. Wolff realizou estudos sobre as expressões faciais das duas metades do rosto, que, quando espelhadas e reunidas para formar faces completas a partir das metades iguais de cada lado, resultavam em dois rostos muito diferentes entre si e em relação ao original. O pesquisador chegou à conclusão que a metade esquerda do rosto manifestava os traços ocultos do temperamento, enquanto a direita levava em si a expressão consciente com a qual a pessoa enfrenta a vida (Mira, 2004).

Os resultados obtidos por Mira y López com o axistereômetro e, posteriormente, com o PMK confirmaram essa hipótese. Verificou-se que cada indivíduo possui uma metade dominante – geralmente a direita, que corresponde ao hemisfério cerebral esquerdo, onde estão localizados os centros de linguagem – que está mais diretamente submetida às flutuações tensionais da consciência individual, sendo por isso mais evoluída e mais instável. Assim, as expressões motrizes da metade dominante (lado direito para os destros e esquerdo

para os canhotos) manifestam as atitudes e propósitos atuais e característicos da pessoa, enquanto que as do lado dominado, os traços instintivos, profundos e inconscientes da personalidade, que são mais estáveis ou mesmo permanentes até certo ponto, correspondendo às características latentes do sujeito (Mira y López, 1959, Mira, 2004). Verificou-se também que os traçados miocinéticos das crianças, pessoas com retardo e ameríndios tendem a ser mais simétricos que os de adultos, intelectuais e cidadãos, levando a crer que os primeiros grupos sejam mais coerentes em suas expressões conscientes (Mira y López, 1959).

Após a apresentação do PMK ao periódico britânico, Mira y López passou por um período de peregrinação internacional, como exposto em biografia escrita pelo psiquiatra catalão Luis Miguel Iruela Cuadrado (1993). Convidado pelos bonaerenses Cesar Coronel, Ramón Melgar e Arturo Guitarte, codiretores do Instituto Médico La Chapelle, para trabalhar com eles, enviou a família à Argentina e iniciou um ciclo de conferências sobre psiquiatria na guerra que se iniciou em Nova Iorque, passou pelas principais universidades americanas e terminou em janeiro de 1940 em Havana, Cuba, a fim de obter recursos para quitar dívidas e financiar a viagem de sua família. Terminado o ciclo, reencontrou a família em Buenos Aires e continuou trabalhando como docente e conferencista, além de exercer a função de consultor no La Chapelle. Contratado pelo Ministério de Educação do Uruguai em 1944 para organizar uma pesquisa sobre o normótipo escolar de adolescentes, conheceu em Montevideu a professora Alice Galland, que, já no ano seguinte, após o divórcio de Emilio e sua primeira esposa Pilar Campins, tornar-se-ia Alice Mira, colaborando ativamente nas investigações sobre o PMK e transformando-se na maior autoridade sobre o assunto (Iruela, 1993).

Nesse mesmo ano de 1945, Emilio Mira foi convidado a realizar uma série de cursos e conferências em São Paulo e Rio de Janeiro sobre higiene mental e orientação profissional e acabaria por fixar residência definitiva neste país, levando Alice consigo. Dois anos depois, foi chamado por João Carlos Vital, da Fundação Getúlio Vargas, a participar da criação e

dirigir o Instituto de Seleção e Orientação Profissional, tendo contribuído bastante para o desenvolvimento da Psicologia no Brasil, que culminou com a regulamentação da profissão em 1962, pela primeira vez em um país latino-americano (Iruela, 1993). A padronização definitiva do PMK foi realizada em 1949, em solo brasileiro, por Emilio e Alice Mira. A pesquisa de fidedignidade realizada nesse mesmo ano por Ombredanne, Schutzenberger e Favelage não encontrou efeito de aprendizagem, obtendo correlações nos lineogramas pelo método do reteste (Mira, 2004). O primeiro manual foi publicado em língua francesa em 1951 e em castelhano em 1959 (Mira y López, 1959), sendo a primeira edição em português, de autoria de Alice Mira, lançada em 1987. A autora salienta que pesquisas sobre a validade do PMK trazem correlações geralmente baixas entre testes de personalidade, pois cada um se baseia em pressupostos teóricos diferentes. Assim, acredita que índices maiores ou iguais a 0,50 são satisfatórios, dada a complexidade dos fatores medidos pela prova (Mira, 2004).

3.2. O PMK no Diagnóstico dos Transtornos de Humor

Em seu Manual de Psiquiatria, Mira y López discorreu sobre o conceito de psicose maníaco-depressiva proposto por Kraepelin, que se caracteriza pela natureza predominantemente afetiva do transtorno primário e cuja apresentação se dá por acessos periódicos, correspondendo ao chamado grupo das psicofrenias. O autor dá o mérito a Kraepelin por ter reunido, antes que a psicologia, a tipologia e a estatística confirmassem sua origem comum, dois quadros aparentemente tão díspares como a melancolia e a mania. Adotando um critério etiológico para sua classificação, distingue as formas clínicas dos estados melancólicos e maníacos em dois tipos: as melancolias e manias essenciais, genuínas ou endógenas, integrantes da verdadeira psicose maníaco-depressiva, e as reativas, sintomáticas ou exógenas. Considerou o diagnóstico diferencial dessas síndromes como um

dos mais fáceis de ser estabelecido nos casos puros, mas tornando-se quase impossível nas formas mistas ou marginais (Mira y López, 1944).

Tendo na época quatro anos de trabalho com o PMK, Mira y López havia reunido um material clínico que ultrapassava mil observações de adultos normais, crianças, jovens e adultos mentalmente anormais no momento do exame, de ambos os sexos. Já havia notado, nos pacientes do Hospital Maudsley de Londres cujo diagnóstico de síndrome maníaca ou melancólica era confirmado por antecedentes individuais e genotípicos, que as alterações mais evidentes dos cinetogramas (traçados resultantes da aplicação do PMK) se davam no plano vertical, com mudanças na tensão psicomotora que facilitavam os movimentos de subida ou descida nesse plano, correspondendo por sua magnitude à chamada escala diatésica do psiquiatra alemão Ernst Kretschmer, que vai da elação à depressão, da alegria à tristeza, do sentimento de onipotência à anulação do eu. Dessa forma, pôde distinguir nas variações típicas das imagens do PMK de seus sujeitos características de diversos quadros clínicos das psicofrenias (Mira y López, 1944).

Nas depressões astênicas (endógenas), observou a descida dos lineogramas, a precipitação da escada descendente, o agrupamento das cadeias ascendentes, a quebra das descendentes e a queda do círculo, mas sem aumento da agressividade, introversão dos lineogramas ou alteração do tamanho linear. Já as depressões distímicas são devidas mais à raiva que o indivíduo sente contra si que à ausência de forças para reagir, razão pela qual são caracterizadas pela introversão dos lineogramas, aumento e irregularidade do tamanho linear e facilitação do movimento egocípito. Distinguiu, também, as pseudodepressões ansiosas ou depressões agitadas, que se caracterizam pela aceleração dos movimentos e o aumento contínuo do tamanho linear durante toda a prova. E, nas depressões psicógenas ou reativas, verificou que o déficit tensional psicomotor é apresentado principalmente na mão cortical ou dominante, ao passo que a mão primária, ineducada ou selvagem não mostra tal alteração,

podendo mesmo desviar-se no sentido oposto (Mira y López, 1944).

O manual do PMK de 1959 acrescentou a essa lista os quadros de elação maníaca pura, estado raro caracterizado por uma base endógena, excitação, excesso de tensão motriz (em que os cinetogramas verticais saem por cima do papel facilmente) e por um aumento reacional da extratensão e da heteroagressividade, e as excitações sintomáticas do tipo maníaco, esta mais frequente, em que a excitação, fuga de ideias e hipercinesia se apresentam em concomitância com outros sinais anormais, dando a entender que se trata de um quadro de mero revestimento sob o qual se evolui um processo mais grave, aparecendo no PMK como uma superposição dos sintomas motores aos de outros elementos patogênicos como o rompimento e desagregação do zigzague ou da escada, tremor na mão dominante, perda precoce da regularidade das cadeias, entre outros (Mira y López, 1959).

Cesar Coronel, juntamente com Mira y López, Melgar e outros colaboradores em seu trabalho diário no sanatório La Chapelle, teve a oportunidade de examinar mais de cinco mil cinetogramas de sujeitos com diferentes afecções nervosas. Classificada entre as personalidades psicopáticas (que aparecem com seu traçado desviado na mão esquerda, sendo por isso congênicas), a depressão endógena se caracteriza pelo rebaixamento cada vez maior dos traçados verticais da mão dominada. Ele inclui nessa classificação as depressões astênica, distímica e ansiosa da obra de Mira y Lopez. Contrariamente, entre os estados reativos, existe a depressão exógena, que, assim como em trabalhadores após uma jornada cansativa de trabalho, faz cair os traçados verticais apenas da mão dominante. Já a psicose maníaco-depressiva é classificada entre as psicoses endógenas e é caracterizada pela alternância entre elação e depressão nos traçados da mão dominada (Coronel, 1950).

Em 1960, Mira y López escreveu um artigo sobre as aplicações práticas do PMK no diagnóstico e prognóstico psiquiátrico. Nessa obra, comenta como o teste permitia não apenas diagnosticar a existência da depressão, relacionada à diminuição do tônus vital, mas que

também fornecia elementos para diferenciar seus seis tipos clínicos – fisiógeno, apático, distímico, ansioso, conflitivo e retrátil ou concentrativo – e, o mais importante, saber se a síndrome caminha para o crescimento ou para a diminuição, a partir tanto da diferença dos valores de esforço de uma e outra mão como das oscilações que esses valores sofrem quando examinados em diferentes ocasiões. Seria possível, assim, saber, seja qual for a melhora aparente do quadro, se é justificada a internação, saída, alta ou mudança de foco terapêutico. Além disso, nos casos de depressão bipolar, é possível prever a eventual transformação da síndrome existente, ou seja, sua inversão sintomática e aparição subsequente de um quadro de excitação maníaca (Mira y López, 1960).

Isabel Adrados explica que o fato de a psicose se apresentar mais frequentemente em seus traços negativos fez com que se falasse cada vez mais de depressão endógena (melancolia) e menos de psicose maníaco-depressiva. A autora exprime que a melancolia é, no conceito de Juan Coderch, uma depressão tipicamente psicótica com influência da herança e constituição genotípica, na qual os sintomas adquirem maior profundidade e gravidade, determinando frequentemente o suicídio. Ela acredita que, uma vez estruturada, a depressão se torna praticamente impermeável a qualquer tratamento psicoterapêutico. Já na depressão psicógena, reativa ou neurótica a tristeza experimentada está mais relacionada aos acontecimentos vivenciados, como experiências de abandono, perdas e frustrações graves na área profissional e familiar. A depressão, nesse caso, pode também ser derivada da sobrecarga de outras doenças, sejam elas físicas ou psicológicas (Adrados, 1980a).

Em artigo do mesmo ano, Isabel Adrados caracteriza a depressão endógena como uma síndrome tipicamente psicótica, que, ao contrário da depressão neurótica, costuma ter um início súbito, motivos que não têm explicação ao nível do histórico do indivíduo, ideias delirantes, insônia terminal (em oposição à insônia inicial característica das depressões reativas) e autoacusação com intensa intolerância narcísica. Os sintomas depressivos atingem

sua máxima intensidade e o paciente se anula, procurando insistentemente a morte. As circunstâncias externas ficam sem força para modificar o estado depressivo. Para a autora, recomendar psicoterapia nesses casos é perder o contato com a realidade clínica, devendo o tratamento ser fundamentalmente quimioterápico. Acredita também que, nos casos de depressão psicógena (reativa), os remédios podem agravar a crise (Adrados, 1980b). Essa opinião parece ser um tanto radical, tendo em vista os indícios de que os resultados promovidos pela psicoterapia no tratamento da depressão podem se equiparar aos do tratamento medicamentoso e ajudar contra a sua recorrência, levando a crer em benefícios em se aliar os dois tipos de tratamento, pelo menos no caso das depressões endógenas.

Em adição à diferenciação entre os estados endógenos e psicógenos de acordo com os desvios de cada mão, Isabel Adrados apresenta, como vantagens da aplicação do PMK no diagnóstico diferencial das depressões, a detecção do estado depressivo de base esquizofrênica, caracterizado por, além de queda dos lineogramas verticais, desvio primário negativo do círculo e dos Us e aglutinação dos elos da cadeia ascendente, presentes também na melancolia, a presença de angústia no lugar da ansiedade e traçados patognomônicos de esquizofrenia como as perdas de configuração, as reversões e a desorientação axial. Além disso, a hipotensão nos traçados verticais, a ansiedade na mão dominante, a agressividade oscilante e a presença de situação de conflito pode caracterizar uma síndrome de melancolia involutiva, relacionada a um quadro psicótico de fundo depressivo que começa a se manifestar a partir dos 50 anos nos homens e 45 nas mulheres (Adrados, 1980a).

O tônus vital, principal indicador, no PMK, dos estados maníacos e depressivos, é definido por Alice Mira (2004) como “o nível de energia vital disponível e circulante em certo momento da vida, representando uma medida do potencial biológico capaz de ser liberado ante qualquer situação de emergência” (p. 88). Todo sujeito é passível de variações no tônus vital devidas às oscilações próprias do ritmo interno. Nos grupos normais, existem pequenas

oscilações sistemáticas e rítmicas que favorecem estados de bem-estar seguido de fases de mau-humor, os quais se acentuam exageradamente nos quadros maníaco-depressivos (bipolares). Muitas vezes encontram-se desvios primários verticais endógenos negativos com desvios primários verticais reacionais positivos, indicando a presença de um processo evolutivo anormal sem que o sujeito se dê conta disso. Isso pode ser a antecipação de uma crise depressiva, quando associada às características ciclotímicas. Outro fator que influencia no resultado do tónus é a ingestão de medicamentos excitantes, antidepressivos ou que levam em sua composição um elemento alterador, que pode aumentar o tónus vital, modificando os traçados da prova (Mira, 2004).

A autora classifica as características típicas do PMK dentro das grandes constelações da personalidade, que divide, segundo o grau em que variam os desvios na tabela de tetragonagem, em normais, limítrofes e patológicas. Essas constelações podem se manifestar em cada um dos grandes tipos de personalidade, dos quais os mais comuns são os tipos esquizotímico, ciclotímico, instável, histeroide, obsessivo e paranoide. O conceito de personalidade patológica engloba as doenças mentais de todos os tipos, correspondendo, de modo respectivo a cada um dos tipos de personalidade descritos, às esquizofrenias, psicoses maníaco-depressivas, epilepsias, histerias, neuroses compulsivas e paranoias. A autora entende ainda que, nos quadros patológicos de psicose maníaco-depressiva, devem ser analisadas em separado as características da fase cíclica maníaca e da depressiva, perturbações que podem se apresentar em intervalos de meses ou anos e que correspondem a dois estados antagonistas de uma mesma estrutura conflitiva da consciência (Mira, 2004).

As características da síndrome maníaca evidenciam-se por: (a) boa conservação das configurações, mantendo as linhas retas e as formas circulares redondas; (b) forte aumento da excitabilidade associada a uma grande ansiedade; (c) acentuada extratensão em ambas as mãos, com desvios secundários sagitais da mão reacional saindo pelas margens indicando

forte impaciência; (d) tônus vital sumamente aumentado, podendo sair pelas bordas superiores, indicando elação exagerada; (e) heteroagressividade fortemente aumentada, sem autocontrole; (f) facilidade de fazer contato social que pode criar obstáculos em função dos conflitos que gera; (g) fraca coerência intrapsíquica; e (h) ritmo geral acelerado. A síndrome depressiva por sua vez, manifesta-se pela (a) boa conservação das configurações; (b) aumento da inibição; (c) intratensão, especialmente na mão dominante; (d) forte depressão endógena e mais acentuada ainda na mão reacional; (e) acentuado aumento da autoagressividade, tanto endógena quanto reacional (autopunição); (f) nível ideomotor mantendo-se normal; (g) ritmo geral muito lento. A fase de maior risco de suicídio é quando a atitude autopunitiva precede a depressão, podendo-se repetir o PMK diariamente nesses casos, a fim de detectar uma mudança no estado atitudinal (Mira, 2004).

Alice Mira considera escassos os trabalhos alusivos à avaliação da depressão e elação pelo PMK, que estão, em sua maioria, inseridos em trabalhos referentes a doenças mentais ou simplesmente com o título de Psicodiagnóstico Miocinético (Mira, 2004). Um trabalho recente é a dissertação de mestrado da psicóloga goiana Luciana Teixeira Fernandes, de 2007, que, em um estudo de caso, constatou a utilidade do uso clínico do PMK no diagnóstico da depressão em razão da atualidade do modelo semiológico que utiliza para estudar o distúrbio, por seu poder de detecção do aspecto autodestrutivo ligado ao humor depressivo e também pelo caráter indissimulável de sua aplicação (Fernandes, 2007). Nos capítulos seguintes, é apresentado um estudo de caso elaborado a partir de experiência do próprio autor deste trabalho com o PMK em uma situação de psicodiagnóstico clínico promovida em projeto de estágio realizado nesta instituição durante o curso de graduação, no qual também podem ser avaliados os benefícios do uso do PMK em um caso real que foi acompanhado durante um semestre pelo autor da presente obra e seu orientador.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

Para fins de verificar as vantagens do uso do PMK em uma situação clínica verdadeira, optou-se por realizar o estudo de um caso atendido no projeto de estágio em Psicodiagnóstico pelo autor da presente monografia, em uma tentativa de se comparar os dados apresentados nos capítulos anteriores com as informações obtidas nesse atendimento. As pesquisadoras fluminenses de métodos qualitativos Menga Alves Lüdke e Marli E. D. A. André classificam o estudo de caso dentro das abordagens qualitativas de pesquisa, as quais têm como características básicas: (a) o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento; (b) dados coletados predominantemente descritivos; (c) preocupação maior com o processo que com o produto; (d) foco maior no significado expresso; e (e) o processo indutivo de análise de dados (Lüdke & André, 1986).

Para as autoras, mesmo que posteriormente venham à tona certas semelhanças com outros casos e situações, o interesse do estudo de caso incide naquilo que ele tem de único, de particular. Assim, cada caso é tratado como tendo um valor intrínseco, sem haver a necessidade de se representar uma população determinada. Além disso, o estudo de caso tem como características fundamentais: (a) a propensão à descoberta; (b) a interpretação em contexto; (c) a retratação da realidade de forma complexa e profunda; (d) a variedade de fontes de informação; (e) a possibilidade de generalização; (f) a representação de diferentes pontos de vista; e (g) uma linguagem acessível (Lüdke & André, 1986).

O pesquisador americano Robert K. Yin, especialista na metodologia de estudo de caso, acredita que a necessidade desse método de pesquisa advém principalmente do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos. O autor define estudo de caso como uma

investigação empírica que aprecia um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre esse fenômeno e seu contexto não estão claramente definidos. A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação única que se baseia em várias fontes de evidências, beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise de dados (Yin, 2001). Sendo assim, seguindo essa proposta, o presente estudo de caso procurou verificar a proposição de que o PMK, quando bem aplicado, fornece dados complementares importantes para o asseguramento de um diagnóstico positivo ou negativo de um transtorno de natureza afetiva.

4.1. Local de coleta de dados

Trata-se de espaço voltado para a formação de alunos do curso de Psicologia da instituição matriculados em disciplinas de estágio interno do curso, o Centro de Formação de Psicólogos do UniCEUB – CENFOR, que oferece serviços psicológicos à comunidade por meio de atividades realizadas por estagiários supervisionados por professores orientadores com formação em psicologia, em diferentes projetos de estágio das áreas clínica, hospitalar, escolar, social, organizacional e jurídica. São atendidos casos encaminhados de outras instituições, públicas e privadas, bem como solicitações de interessados nos serviços oferecidos. As atividades têm início na abertura de cada semestre letivo, sendo que os novos casos clínicos devem passar por uma entrevista de triagem, também realizada por um estagiário, a fim de promover o primeiro contato e verificar as razões da demanda de cada cliente, encaminhando-o a um projeto adequado. A cada projeto ao qual é encaminhado, o cliente deve concordar, na primeira sessão, com as normas do atendimento, assinando Termo de Consentimento que determina, além das regras aqui referidas, que as sessões podem ser gravadas em áudio ou vídeo, observadas em sala destinada para esse fim pelo orientador e

colegas do projeto e, desde que submetido o pedido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, aproveitadas em estudo de caso, monografia ou pesquisa de outras espécies, com o objetivo de colaborar com a formação dos alunos e com a produção acadêmica. O centro cobra uma taxa simbólica por sessão de cada cliente para fins de manutenção do espaço físico, procurando beneficiar os que não possuem condições de custear um atendimento psicológico.

4.2. Participante

Foi atendida uma mulher casada, com 41 anos, ensino fundamental incompleto, destra, encaminhada por instituição de saúde mental ao CENFOR UniCEUB e conduzida ao projeto de Psicodiagnóstico para verificação de possíveis indícios psicóticos. As razões para o atendimento se deram a partir de queixas, a princípio, condizentes com quadros depressivos, razão pela qual se constituiu em um caso proveitoso de ser avaliado por este estudo.

4.3. Procedimento de coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de sessões de psicodiagnóstico realizadas em projeto de estágio do CENFOR, no qual a cliente foi atendida pelo autor deste trabalho, sob orientação do professor Frederico G. O. Abreu, no segundo semestre de 2009. Na primeira sessão, a cliente concordou, com assinatura em Termo de Consentimento, com a possibilidade de seu caso se transformar em uma pesquisa, desde que submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme resolução nº 016/2000 do CFP. O parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa encontra-se em Apêndice, ao final do trabalho.

A partir de então, passou-se à coleta de dados por meio de entrevista direcionada, observação direta e participante e uso de técnicas de exame psicológico disponíveis no centro,

dentre as quais se optou pelo R-1, AC, teste de Memória da bateria TSP, Raven Infantil, HTP e o PMK na forma reduzida, totalizando, com as entrevistas, sete encontros. Os dados advindos de todas as fontes foram registrados em relatórios de sessão após cada encontro, em folhas relativas a cada um dos testes psicológicos aplicados e em laudo psicológico, ao final do procedimento. Estes registros, arquivados em prontuário próprio, constituíram-se, por sua vez, em fontes de documentação estáveis, que, conforme apontado por Yin (2001), podem ser revisadas quantas vezes necessário. Uma última entrevista de devolução do laudo psicológico foi ainda realizada, dando a oportunidade de maior troca de informações. Além disso, subsídios sobre o desfecho do caso em projeto de psicoterapia conduzido por outro estagiário também foram registrados no prontuário, tornando-se disponíveis para consulta.

4.3. Procedimento de análise de dados

Como estratégia fundamental de análise das evidências, seguiu-se o proposto por Robert Yin (2001), que sugere basear a pesquisa nas proposições teóricas que levaram à proposta do estudo de caso, quando presentes. Dessa forma, o estudo consistiu em cruzar as informações obtidas nas entrevistas, nas observações, no PMK e nas outras técnicas de avaliação e verificar como esses dados ajudaram a confirmar ou não os pressupostos levantados na fundamentação teórica, verificando, a partir da bibliografia estudada, se os cinetogramas produzidos pela cliente, complementados pelos dados das outras fontes, oferecem informações relevantes e confiáveis a respeito de seu estado psicológico. Foi também uma oportunidade de rever as conclusões chegadas à época do atendimento, a partir de uma visão mais esclarecida pelos estudos teóricos realizados e desfecho do caso. Os fatos foram descaracterizados ou omitidos sempre que necessário à preservação da identidade da cliente, a fim de reduzir o risco de exposição de seus dados pessoais.

CAPÍTULO V

ESTUDO DE CASO: DEPRESSÃO REATIVA E ANTIDEPRESSIVOS

A cliente chegou à clínica encaminhada de um centro de serviço de saúde comunitário do Distrito Federal por meio de documento solicitando acompanhamento psicológico devido a sintomas depressivos: choro fácil, angústia e melancolia. Ao chegar, atendida em entrevista de triagem por um estagiário de Psicologia, expôs sua queixa como um estado de medo e ansiedade constantes derivados de uma situação de ameaça de que foi vítima que promoveu uma crise em sua personalidade, desde a qual não se reconhecia mais como a mesma pessoa. Acrescentou que isso provocava sentimentos de angústia, pânico e melancolia profunda, visto que há pouco tempo era uma mulher lutadora e feliz, enquanto já não sentia mais prazer em fazer as coisas de sua rotina. Relatou que a sensação de estranhamento a acompanhava diariamente, tendo havido ocasiões em que veio mais forte e ela teve medo de enlouquecer. Em razão da apresentação de sintomas graves e sem explicação ao nível da situação vivenciada, indicadores de um possível quadro psicótico, a cliente foi encaminhada ao projeto de estágio em Psicodiagnóstico a fim de verificar essa hipótese e direcionar o tratamento, tendo sido atendida pelo autor do presente estudo.

5.1. Exame Clínico: Anamnese e Exame do Estado Mental

Submetida ao atendimento, a cliente ratificou, falando baixo e com a voz chorosa, as queixas apresentadas na entrevista de triagem. Relatou que, desde que fora vítima das ameaças, sofreu durante todo o tempo de insônia severa que só se amenizou após consulta em hospital psiquiátrico em que lhe foi prescrito um inibidor seletivo de recaptção da serotonina

(ISRS), a qual declarou, até a última entrevista, fazer uso habitual. Ainda assim, relatou que dormia muito menos do que estava acostumada e continuava com a sensação de estranheza presente no dia-a-dia, como se, ao passar a mão por sua pele, se estranhasse. Declarou ainda sentir uma angústia, desconforto ou medo inexplicável quando passava por determinados pontos da cidade, como se não se conformasse com mudanças ou novidades que presenciava.

Inquirida sobre a história clínica de sua condição, contou que tudo começara há mais ou menos um ano, quando um estresse continuado tirou-lhe o sono, pois sofria ameaças constantes por telefone de uma pessoa que tinha se aproximado de sua filha. Isso ocorreu devido à discordância de seu esposo com o relacionamento dos dois. Acabou ficando muito fragilizada e não conseguia mais dormir, temendo novas ligações ou uma visita inesperada do ofensor. Algum tempo depois, veio a sentir uma dor insuportável no aparelho urinário, que sugeria uma infecção. Fez vários exames e constatou-se que não havia a doença. O médico informou-lhe que sua infecção era imaginária e prescreveu um antidepressivo tricíclico (ATC). No tempo em que a cliente se tratou com o medicamento, a dor foi passando até desaparecer por completo. No entanto, continuou com dificuldades para dormir, pois tomava o remédio à tarde, o que não resolvia seu problema de insônia. Depois que a dor passou, a cliente considerou-se sanada e suspendeu por conta própria o medicamento. Sem a medicação, não sentiu a dor novamente, mas continuou apreensiva e com problemas de sono.

Pouco tempo depois, sofreu uma primeira crise de despersonalização, em que não se reconheceu mais como a mesma pessoa e sentiu um medo intenso que foi aumentando. Acompanhava-lhe um aperto no peito e na cabeça, além do ritmo acelerado dos batimentos cardíacos. Lembrava-se que teve medo de morrer ou de enlouquecer. Amparada pelo esposo, se acalmou depois que chegou em casa, mas relatou que, desde esse episódio, nunca mais foi a mesma pessoa e a sensação de estranhamento a acompanhava diariamente, o que provocou um sentimento profundo de angústia, tristeza e falta de prazer em fazer as coisas que sempre

fez. Passou a evitar sair de casa, diminuiu os contatos sociais e passou a dormir e se alimentar muito mal. Emagreceu e ficou abatida, mas só veio a saber disso por relato dos familiares, pois não se via desse jeito e não se lembrava de ter se sentido assim. A crise se repetiu por mais duas vezes, sempre fora de casa.

Na última crise, mais aguda, a cliente foi tomada por angústia profunda, acentuada confusão mental e grande fluxo de pensamentos. Chorou muito e ficou três dias e três noites sem dormir. Como a crise não passava, foi atendida em caráter de emergência em hospital psiquiátrico. Não chegou a ser internada, mas lá foi prescrito o antidepressivo que ela passou a fazer uso (o ISRS). De lá foi dirigida a um centro de saúde comunitário, onde ainda não foi atendida, tendo sido apenas encaminhada a esta instituição. Com a nova medicação, a crise se amenizou, tendo a cliente voltado a se alimentar bem, recuperando o peso, e a dormir, pois o remédio, tomado à noite, dava-lhe sono, mas ela continuou com a sensação de estranhamento presente no dia-a-dia. Relatou que a sensação dava sinais de aumentar sempre que tentava buscar sua identidade. Estimou que ainda dormia um período médio de seis horas por noite, muito menos do que costumava quando estava boa. Relatou também taquicardia, às vezes, quando acordava, e uma falta de sono matinal, em que acordava em torno das quatro horas da manhã e ficava, depois disso, desperta, quieta, esperando amanhecer e não sentia necessidade de dormir mais, durante o dia inteiro.

Dona de casa, declarou sempre ter sido, antes das ameaças, uma pessoa bem estruturada, com prazer pela vida e pelos afazeres domésticos e que se alimentava e dormia muito bem, nunca tendo problemas de insônia. Informou também que nunca tinha passado por nenhuma situação traumática ou de ameaça antes. Já passara por dificuldades na vida, mas conseguiu superá-las de forma adequada. Relatou alguns medos na infância, mas que eram sentimentos normais de sua idade e não tinham nenhuma semelhança com o que ela estava passando. Declarou ter sido fumante na juventude, mas nunca ter usado bebida alcoólica. Não

relatou outros sintomas físicos junto às suas crises, nem, tampouco, momentos de euforia ou de irritação, mas reconheceu que seus sentimentos de estranheza podiam estar afetando seu desejo pelo marido. Declarou não sentir mais as dores na bexiga, exceto às vezes, quando muito nervosa, mas que elas passavam logo. Disse não ter mais medo das ameaças, que haviam cessado, mas não era capaz de explicar por que não conseguia reaver sua identidade.

Mostrou-se bastante consciente de sua condição e não acreditar ser uma pessoa insana. Não apresentou histórico de doença mental na família nem de realização de exames neurológicos. Quanto aos demais sinais do estado mental, a cliente demonstrou ser uma pessoa rústica e de aparência sofrida. Usava uma linguagem simples, mas coerente e respeitosa, sem gírias. Os sentimentos mais aparentes foram os de tristeza e impotência. Mostrou também grande afeição por sua família, apesar da falta de compreensão por parte do esposo. As únicas alterações sensoperceptivas referem-se a um aperto no peito e na cabeça que relatou sentir na maioria das situações. Também é possível que a confusão mental característica dos momentos de crise, com aumento do fluxo de pensamentos, tenha dificultado a lembrança de parte desses momentos. Demonstrou diminuição drástica na vontade de fazer as coisas, mas, ao mesmo tempo, vontade de melhorar e voltar a ser como era antes. Mostrou ter boa compreensão dos fatos objetivos e nenhuma alteração nas orientações autopsíquica e alopsíquica, pensamentos obsessivos ou compulsões.

5.2. Exames Complementares: Avaliação Cognitiva, HTP e PMK

Iniciou-se a bateria de testes com a aplicação de testes psicométricos cognitivos, a fim de avaliar o nível de raciocínio, atenção concentrada e capacidade de memorização da cliente. Ela apresentou grande dificuldade em todas as provas de caráter cognitivo. Foi aplicado inicialmente o Teste Não Verbal de Inteligência – R-1, que mede o raciocínio como fator

geral, mas, devido à enorme incorreção das respostas (nível muito inferior), incoerente com o nível de compreensão apresentado pela cliente, aplicou-se, na sessão seguinte, o Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, também conhecido como Raven Infantil. Mesmo assim, a cliente apresentou resultados baixos demais para as suas condições cognitivas aparentes. Esses resultados se repetiram na prova de Atenção Concentrada, o AC, e na prova de Memória da Bateria TSP (Testes de Seleção Profissional). Com exceção desta última, que avalia a capacidade de associação de nomes e rostos e sua evocação pela memória, todas as técnicas cognitivas aplicadas tinham caráter essencialmente não verbal. Supõe-se que as delicadas condições emocionais da cliente possam ter provocado resistência às tarefas ou de alguma outra forma influído negativamente nos resultados das provas cognitivas.

Nesse sentido, a Técnica de Desenho da Casa, Árvore e Pessoa de John Buck, o HTP (*House-Tree-Person*), tem a vantagem de ser uma prova de simples aplicação e pouca resistência que dá ao examinando a oportunidade de livre expressão de suas tendências. No entanto, por usar o método projetivo, sua interpretação é difícil e subjetiva. No caso da cliente, seus desenhos se destacaram principalmente por um caráter pobre e infantil, com as imagens soltas no ar, sem perspectiva, realizadas com um traçado trêmulo de pouquíssimas linhas e quase nenhum detalhe, o que pode ser interpretado como indício de um estado depressivo. Ao mesmo tempo, os ramos da árvore e braços das figuras humanas desenhados em posição aberta, bem como a expressão alegre e infantil dos rostos dessas últimas, são indícios possíveis de uma condição hipomaníaca, como apontado no livro de Ocampo, Arzeno e Piccolo (2001), referido no segundo capítulo. Ressaltou-se também a execução da figura de sexo oposto primeiro, denotando grande valor colocado no sexo masculino.

O PMK foi realizado com alguma dificuldade, mas o teste tem a vantagem de poder ter suas instruções repetidas em cada um dos traçados caso o examinando não cubra o modelo corretamente, o que foi preciso fazer algumas vezes com a cliente. O ritmo geral também foi

bastante lento, tendo a aplicação da prova reduzida (realizada toda em uma sessão e excluindo a realização dos círculos e das cadeias verticais) demorado cerca de uma hora e meia ou mais. Ocorreu um erro de aplicação na execução da escada da mão esquerda, pois não foi avisado para que a cliente passasse aos movimentos de descida ao alcançar as proximidades da borda superior da folha, eis que ela não havia ainda atingido a linha vertical que divide a folha em duas e foi solicitado apenas que ela parasse com a execução do traçado. No entanto, apesar do valor quantitativo de um traçado vertical ter ficado prejudicado, sua interpretação qualitativa pôde ser aproveitada, denotando grande elação na mão primária (a cliente é destra), índice corroborado pelos outros traçados verticais da mão esquerda (lineogramas e Us).

Contemplando o aspecto geral da prova finalizada, percebe-se imediatamente a clara hipotensão dos traçados, com pressão do lápis extremamente leve, às vezes quase imperceptível, principalmente na mão esquerda, demonstrando uma personalidade básica hipersensível, impressionável ou hipersuscetível, em que as situações são vivenciadas muito intensamente, com reações inadequadas frente ao mundo circundante. Outra característica marcante é a perda de configuração das escadas, que assumem a forma de “pinheiros”, com ângulos agudos ao invés de retos, indicando um potencial ideomotor diminuído e comprometimento neurológico. Os outros traçados da prova (lineogramas, ziguezagues, cadeias, paralelas e Us) também são assinalados por grande desorganização e perda de configuração (desorientação axial, ângulos nulos, reversões) que sugerem um quadro esquizoide de grande instabilidade. Destaca-se ainda um aumento geral do tamanho dos traçados, demonstrando ansiedade e excitabilidade intensas. Além disso, a volta aglomerada na execução das cadeias com a mão direita indica uma situação conflitiva grave, que leva ao aumento das defesas do ego, com muita insegurança e insatisfação consigo mesma.

Os indicadores do tônus vital se caracterizaram por grande discrepância entre os traçados da mão direita e esquerda, com tônus vital endógeno indo do nível aumentado à

elação intensa e o reacional não passando do nível normal, mas com pico de acentuada depressão. O aumento do tônus na mão ineducada pode ser explicado pelo ISRS tomado pela cliente, pois seu uso diário provoca um aumento geral do tônus, tanto constitucional como situacional. Também houve grande discrepância entre o nível de emotividade básica, que varia entre o normal e o escasso, e a reacional, que se apresentou intensa e internalizada, o que é coerente com o relato da cliente de que não falava mais com ninguém sobre seus problemas. Observou-se ainda discrepante a direção da reação vivencial, que, enquanto no plano endógeno tendia à extratensão, no exógeno se mostrou caracterizada por intensa intratensão, indicando isolamento e introspecção situacionais.

Demonstrou ter boa agressividade constitucional, indo do nível normal à forte heteroagressividade. Em nível reacional, apresentou pico de heteroagressividade intensa, que pode estar ligada à situação conflitiva vivenciada. Por outro lado, não se apresentaram sinais de autoagressividade ou autopunibilidade, demonstrando não haver risco de suicídio. Além disso, tanto a dimensão como o predomínio tensional se caracterizaram pelo aumento exagerado, indicando excitabilidade e impulsividade endógenas intensas que são agravadas nas circunstâncias atuais. Todos esses indicadores inspiram no sentido de uma personalidade sensível e instável que vivenciou uma situação problema, gerando um agravamento de sua condição, mas que, felizmente, não promoveu a volta de suas tendências agressivas contra si.

5.3. Conclusão

Tendo em vista que a cliente fazia uso diário de antidepressivo da classe dos ISRSs, que, como os outros antidepressivos, tem efeito de aumento do tônus vital, tanto endógeno como exógeno, fazendo subir os traçados de ambas as mãos no plano vertical, além da grande discrepância apresentada entre os traçados da mão esquerda (dominada), que caracterizaram

grande elação, e os da mão direita (dominante) que embora na maior parte em nível normal, apresentou pico de depressão acentuada, concluiu-se que a cliente vivenciava um grave estado depressivo situacional, em reação a circunstâncias pessoais aversivas experimentadas. É possível que o uso dos medicamentos tenha promovido a hipomania em nível potencial, com aumento no nível de excitação, ansiedade e no fluxo de pensamentos, por ampliar exageradamente o nível de tônus constitucional. Além disso, a disposição temperamental esquizoide da cliente pode ter contribuído para a emergência das crises de despersonalização, pois é considerada por Alice Mira como a fase de transição entre a esquizotimia e as psicoses esquizofrênicas, com os fatores genotípicos sendo somados aos fenotípicos, formando a base da predisposição às reações de ruptura da personalidade (Mira, 2004).

Assim, ao que parece, não há o que falar em depressão endógena, mas de uma reação aguda a uma situação de frustração que provocou, além de diminuição drástica do nível de energia da cliente (fato corroborado por suas queixas relacionadas à perda de prazer nas atividades, falta de vontade para fazer as coisas e diminuição da autoestima), também um aumento exagerado das reações emocionais (que ela guarda para si), inversão da atitude vivencial (que, antes para fora, tornou-se voltada para dentro), aumento impulsivo da agressividade e um início de ruptura da personalidade manifestado em uma sensação aguda de estranhamento e inadaptação ao mundo que a circunda, ao ponto de provocar medo e ansiedade crescentes característicos dos ataques de pânico.

No DSM-IV-TR, são critérios para um Episódio Depressivo o rebaixamento do humor, em que são aparentes os sentimentos de tristeza (Critério A1), perda de prazer ou interesse nas atividades (Critério A2), mudanças de peso ou de apetite (Critério A3), perturbações no sono (Critério A4), alterações psicomotoras (Critério A5), fadiga ou falta de energia (Critério A6), sensação de inutilidade ou culpa (Critério A7), dificuldade de pensar ou concentrar-se (Critério A8), pensamentos de morte ou ideação suicida (Critério A9). No caso da cliente, está

ausente apenas o critério A9, preenchendo os quatro requisitos mínimos para o seu diagnóstico. Além disso, os sintomas não preenchem os critérios para um Episódio Misto (Critério B), dada a incoerência de humor elevado, e causaram prejuízo considerável em áreas importantes da cliente (Critério C), não sendo resultado do efeito fisiológico de uma substância ou condição médica geral nem da perda de um ente querido (Critérios D e E). A ocorrência repetida de episódios depressivos com gravidade mediana, mas que não levam à incapacitação, e a ausência de episódios maníacos, além da impossibilidade de classificação de sua condição em uma Esquizofrenia ou Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofreniforme, Delirante ou Psicótico, fazem com que o caso da cliente possa se classificar como um Transtorno Depressivo Maior Recorrente Moderado (296.32), com Características Melancólicas, devido à perda de prazer por quase todas as atividades, a qualidade distinta de seu humor depressivo (pois não conseguia explicar sua causa), perda de peso significativa e despertar muito cedo pela manhã, duas horas antes do habitual (APA, 2002).

No CID-10, algumas categorias de transtornos de humor abrangem apenas as depressões endógenas, outras incluem as depressões reativas ou psicógenas. Nessa classificação, o caso da cliente pode ser qualificado como um Transtorno Depressivo Recorrente, Episódio Atual Moderado (F33.1), pois este se caracteriza pela ocorrência repetida de episódios depressivos e ausência de episódios maníacos. Os episódios depressivos sofridos pela cliente podem ser considerados moderados, por estarem presentes mais de três sintomas que caracterizam o episódio (alteração na capacidade de sentir prazer, perda de interesse, diminuição na capacidade de concentração, problemas de sono, diminuição da autoestima e perda na libido, entre outros), provocando-lhe muita dificuldade em continuar as atividades de rotina, mas sem apresentação de ideias e atos suicidas ou incapacitação para as atividades, características dos episódios depressivos graves. Além disso, há informação de que o transtorno depressivo recorrente pode comportar breves episódios hipomaníacos

(caracterizados por ligeiro aumento da atividade), os quais podem ser precipitados pelo tratamento com antidepressivos (OMS, 2007).

Os dados fornecidos pelo PMK parecem ter sido proveitosos para o atingimento das conclusões diagnósticas, pois acusaram a condição de hipersensibilidade e excitabilidade com disposição temperamental esquizoide, explicando assim as reações agudas relacionadas à ruptura do ego da cliente e indicando também se tratar de uma depressão psicógena sem ideação suicida, o que poderia ser difícil de se verificar com base apenas nas entrevistas e resultados do HTP. Após o término do psicodiagnóstico, em atendimento que recebeu no mesmo centro durante o semestre seguinte em um projeto de estágio em psicoterapia junguiana, a cliente ainda forneceu informações complementares que podem corroborar as conclusões atingidas. Em atendimento de base psicanalítica, fundamentada nos preceitos da psicologia analítica, revelou que costumava ser vítima de ofensas e até violência por parte do esposo e, após ter ameaçado se separar, sua relação com ele melhorou bastante. Após esse semestre, encerrou o atendimento por considerar-se em condições bem melhores e relatou não sentir mais a sensação de estranhamento. Declarou ainda ter o objetivo de parar gradualmente com o antidepressivo, pois achava que estava provocando diminuição em sua libido.

O desfecho do caso, pois, parece ter sido favorável à cliente, por demonstrar um desenvolvimento no sentido de maior autenticidade de seus sentimentos. É possível que a interrupção, por conta própria, do tratamento com o primeiro antidepressivo tenha contribuído para o agravamento do caso no momento inicial. A classificação do caso nos diagnósticos provenientes do DSM-IV ou do CID-10 se justifica principalmente por possibilitar melhor comunicação entre profissionais; neste caso, ajudando a instruir o tratamento médico da cliente com base no que foi esclarecido pela avaliação psicológica. No entanto, isso não deve ser tomado como uma forma de rotular a cliente, devendo servir especificamente para tais fins, sendo o CID-10 de uso mais universal que o DSM-IV entre os diversos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho proporcionou a oportunidade de investigar o uso do Psicodiagnóstico Miocinético em uma situação de psicodiagnóstico clínico a fim de melhor complementar a avaliação de um transtorno de humor. Concluiu-se que a aplicação do PMK, particularmente em clientes com queixas relacionadas à depressão, oferece dados valiosos sobre suas condições psicológicas, mostrando se existe a depressão, sua gravidade, se ela é reacional ou endógena, se há relação e qual a evolução do caso, de acordo com a diferença entre as atitudes históricas e atuais, além de detectar a direção de sua agressividade, indicando se há autoagressão ou autopunição que se manifestam na ideação suicida, além de dados complementares sobre o potencial ideomotor, atitudes, disposição temperamental, prejuízo neurológico e estruturação da personalidade.

As informações colhidas na prova parecem, pois, proveitosas para o atingimento de uma conclusão diagnóstica, ajudando a compreender o tipo de condição de cada pessoa, a partir de suas atitudes históricas e atuais, e esclarecendo se tratar ou não de um transtorno de humor e com que tipo de condição ela está lidando. É também uma maneira de se obter informações de forma relativamente rápida e segura sobre a personalidade do indivíduo, pois o processo de psicodiagnóstico, com poucos encontros agendados, não promove um vínculo tão sólido com o cliente como na psicoterapia, servindo as técnicas expressivas para estimular respostas livres e autênticas sobre as suas atitudes, sob a forma de projeção. As conclusões alcançadas podem servir, daí, para subsidiar, dependendo do caso, uma mudança no tratamento, uma decisão judicial, uma alta ou internação hospitalar, uma licença médica ou o desenvolvimento de um foco psicoterapêutico. A psicoterapia pode, nesse sentido, tirar proveito do psicodiagnóstico, obtendo informações sobre as atitudes e potencialidades do cliente quando a dinâmica do caso não está muito clara em um primeiro momento.

Outra reflexão suscitada pela pesquisa, principalmente devido ao caso estudado, detém-se sobre os reais benefícios do tratamento com antidepressivos nos casos de depressão neurótica (reativa). Isabel Adrados (1980b) não recomenda o tratamento medicamentoso nessas ocasiões. O caso analisado faz pensar se os antidepressivos não fizeram mais mal do que bem, ao aumentar exageradamente o tônus constitucional. Destaca-se a necessidade de uma melhor comunicação entre as redes de atendimento comunitário médico e psicológico, visando a beneficiar o tratamento das pessoas que procuram esses serviços ao melhor subsidiar, com a realização de psicodiagnósticos, a decisão dos médicos pelo tratamento de seus pacientes com antidepressivos. Vale ressaltar que a compra dos medicamentos é um custo adicional ao orçamento muitas vezes já reduzido das pessoas que procuram o sistema público de saúde. Sugere-se também que sejam realizadas pesquisas mais densas sobre o assunto, comparando, com o PMK, casos de pessoas com depressão psicótica e neurótica que escolheram ou não realizar o tratamento com antidepressivos, investigando também os benefícios da psicoterapia em ambos os casos.

Quanto à bibliografia levantada, averiguou-se que as pesquisas sobre a depressão e os transtornos de humor têm maior produção na área médica, onde os dois conceitos surgiram, com maiores referências na psicologia provenientes das abordagens psicanalíticas e da psicopatologia, sendo maior o número de pesquisas realizadas por autores estrangeiros. Referências sobre o psicodiagnóstico dos transtornos depressivos já são mais raras, geralmente associadas às teorias que fundamentam cada uma das técnicas de avaliação psicológica, e têm maior produção entre autores espanhóis e sul-americanos. Verificou-se, ainda, grande carência no que diz respeito aos estudos sobre a avaliação dos transtornos de humor pelo PMK, principalmente na produção científica atual, dado o potencial que se constatou que a prova pode oferecer no diagnóstico dos transtornos depressivos e bipolares. Estudos mais aprofundados com o PMK podem ajudar, inclusive, a compreender melhor os

mecanismos psicológicos da depressão e outros transtornos de humor, identificando a natureza das atitudes associadas a cada caso, apreciando o seu desenvolvimento e avaliando os benefícios promovidos por cada tipo de tratamento.

Outro tipo de pesquisa possível de ser realizada é a investigação sobre os fundamentos teóricos do PMK, em particular como a fluidez ou firmeza do tônus vital está relacionada à direção da afetividade ou humor e qual a relação da doença depressiva com os ciclos de oscilação de energia vital disponível no momento. Espera-se que estudos dessa natureza também ajudem a compreender melhor as causas dos transtornos de humor, aliados a uma investigação sobre as condições fisiológicas e experiências vivenciais das pessoas que sofrem de depressão, condição que atinge sujeitos de várias idades em todas as classes sociais, com conseqüências que podem chegar à incapacitação para as atividades ou à morte, e qual a relação entre sua ocorrência e a exposição ao estresse na infância e na vida adulta.

Sugere-se, enfim, que o PMK seja mais utilizado pelos psicólogos clínicos, de modo a aproveitar o seu potencial para dar mais segurança à realização de um psicodiagnóstico. Pretende-se, assim, fazer com que essa prática seja aprimorada, enriquecendo-a com informações mais profundas e seguras sobre a personalidade de cada examinando, a fim de melhor atender às necessidades dos diversos interessados. Não se trata de reduzir a importância do vínculo de confiança entre cliente e psicólogo, que deve ser construído mesmo em contatos breves como o psicodiagnóstico, a fim de promover um discurso mais autêntico, mas sim de usar esse vínculo durante todo o processo de avaliação e retorno dos resultados. O PMK oferece a oportunidade de uma forma diferente de expressão, desassociada da linguagem verbal, o que complementa preciosamente a coleta de dados. Também não se trata de rotular o cliente com uma classificação que o define absolutamente, mas de tentar compreender a sua situação, única para cada pessoa, mas que pode mostrar indícios possíveis de serem percebidos por um observador externo à experiência do sujeito.

REFERÊNCIAS

- Abreu, F. M. (2005). *Depressão como Doença do Trabalho e suas Repercussões Jurídicas*. São Paulo: LTr.
- Adrados, I. (1980a). *Manual de Psicodiagnóstico e Diagnóstico Diferencial*. Petrópolis: Vozes.
- Adrados, I. (1980b). Psicodiagnóstico na Prática Clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 32(1), 423-430. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- American Medical Association (2002). *Guia Essencial da Depressão*. São Paulo: Aquariana.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed. rev.) Porto Alegre: Artmed.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). Natureza e Uso dos Testes Psicológicos. In A. Anastasi & S. Urbina, *Testagem Psicológica* (7a ed., pp.17-37). Porto Alegre: Artmed.
- Anzieu, D. (1979). *Os Métodos Projetivos*. (2a ed.) Rio de Janeiro: Campus.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1982). Uma Visão Geral. In A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw & G. Emery, *Terapia Cognitiva da Depressão* (pp. 15-45). Rio de Janeiro: Zahar.
- Colom, F. & Vieta, E. (2008). Intervenções Psicológicas na Depressão Bipolar. In R. S. El-Mallakh, & S. N. Ghaemi (Eds.), *Depressão Bipolar: um Guia Abrangente* (pp. 205-214). Porto Alegre: Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução nº 016/2000 (Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos)*. Brasília: CFP. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do POL (Psicologia OnLine): http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao2000_16.pdf

- Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução nº 007/2003 (Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica)*. Brasília: CFP. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do POL (Psicologia OnLine): http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao2003_7.pdf
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução nº 010/2005)*. Brasília: CFP. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do POL (Psicologia OnLine): http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/codigo_etica.pdf
- Cordás, T. A. (2002). *Depressão: da Bile Negra aos Neurotransmissores, uma Introdução Histórica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Coronel, C. G. (1950). *El Psicodiagnóstico Miokinético: su Teoría y su Práctica*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Craighead, W. E., Ritschel, L. A., Arnarson, E. O. & Gillespie, C. F. (2008). Major Depressive Disorder. In W. E. Craighead, D. J. Miklowitz & L. W. Craighead (Eds.), *Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations* (pp. 279-329). Hoboken: Wiley. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do Google Books (Pesquisa de Livros do Google): <http://books.google.com.br/books?id=Wy9Ct0q4uygC>
- Cunha, J. A. (Org.) (2000). *Psicodiagnóstico-V* (5a ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Erthal, T. C. S. (1987). Noção Geral Sobre a Teoria dos Testes. In T. C. S. Erthal, *Manual de Psicometria* (pp. 51-65). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Fernandes, L. T. (2007). *Diagnóstico da Depressão numa Perspectiva Fenomenológica/Existencial, através do PMK, do CET-DE e da Entrevista: um Estudo*

- de Caso*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do TEDE (Sistema de Publicação Eletrônica de Teses e Dissertações da PUC-Goiás): http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=318
- Freud, S. (1974) Luto e Melancolia. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (v. 14. pp. 271-291). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Foucault, M. (2000). A Constituição Histórica da Doença Mental. In M. Foucault, *Doença Mental e Psicologia* (6a ed., pp. 75-86). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Gabbard, G. O. (2006). Transtornos Afetivos. In G. O. Gabbard, *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica* (4a ed., pp. 165-189). Porto Alegre: Artmed.
- Governo Federal (1962). *Lei 4.119/62 de 27 de agosto (Dispõe sobre os cursos de psicologia e regulamenta a profissão do psicólogo)*. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do Portal da Câmara dos Deputados: www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4119-27-agosto-1962-353841-normaatualizada-pl.doc
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos Transtornos Mentais* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Iruela Cuadrado, L. M. (1993). *Psiquiatria, Psicología y Armonía Social: la Vida y la obra de Emilio Mira y López*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do Google Books (Pesquisa de Livros do Google): http://books.google.com.br/books?id=2aEPrV-EO_QC
- Lüdke, M. A. & André, M. E. D. A. (1986). Abordagens Qualitativas de Pesquisa: a Pesquisa Etnográfica e o Estudo de Caso. In M. A. Lüdke & M. E. D. A. André, *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas* (pp. 11-24). São Paulo: EPU.
- Mira, A. M. G. (2004). *PMK: Psicodiagnóstico Miocinético* (3a ed.). São Paulo: Vetor.
- Mira y López, E. (1940). Myokinetic Psychodiagnosis: a New Technique of Exploring the

- Conative Trends of Personality. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 32, 173-194. Londres: RSM Press. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do NCBI (National Center for Biotechnology Information): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1997686/pdf/procrsmed00658-0015.pdf>
- Mira y López, E. (1944). *Manual de Psiquiatria* (v. 2). Rio de Janeiro: Científica.
- Mira y López, E. (1959). *Psicodiagnóstico Miokinético (PMK): Manual*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do Bibliopsiquis (Repositorio de Documentos Electrónicos de Neurociencias): www.bibliopsiquis.com/miraylopez/pmk/pmk.pdf
- Mira y López, E. (1960). Aplicações Atuais do PMK no Diagnóstico e Prognóstico Psiquiátrico. *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica*, 12(1), 17-22. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Mira y López, E. (1972). A Linguagem e as Atividades Expressivas. In E. Mira y López, *Psicologia Geral* (5a ed., pp. 204-213). São Paulo: Melhoramentos.
- Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G. & Piccolo, E. G. (Eds.) (2001). *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas* (10a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Organização Mundial de Saúde (2007). *CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10a ed. rev.). São Paulo: USP.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). Transtornos de Humor. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (9a ed., pp. 572-629). Porto Alegre: Artmed.
- Solomon, A. (2002). *O Demônio do Meio-Dia: uma Anatomia da Depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Trinca, W. (Ed.) (1984). *Diagnóstico Psicológico: a Prática Clínica*. São Paulo: EPU.
- Villar, A. A. (1967). *Psicodiagnóstico Clínico: las Técnicas de la Exploración Psicológica*.

Madri: Aguilar.

Weiner, I. B. (1983). The Future of Psychodiagnosis Revisited. *Journal of Personality Assessment*, 47(5), 451-461. Filadélfia: Routledge.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (2a ed.). Porto Alegre: Bookman.

Zanon, C. & Hutz, C. S. (2009). Propriedades Psicométricas da Escala Fatorial de Neuroticismo e do Questionário de Ruminação e Reflexão. *Avaliação Psicológica*, 8(2), 279-281. Porto Alegre: IBAP. Recuperado em 16 de dezembro de 2010, do PePSIC (Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia): <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n2/v8n2a13.pdf>

APÊNDICES

Apêndice I: Cinetogramas Produzidos da pela Cliente, Advindos da Aplicação do PMK

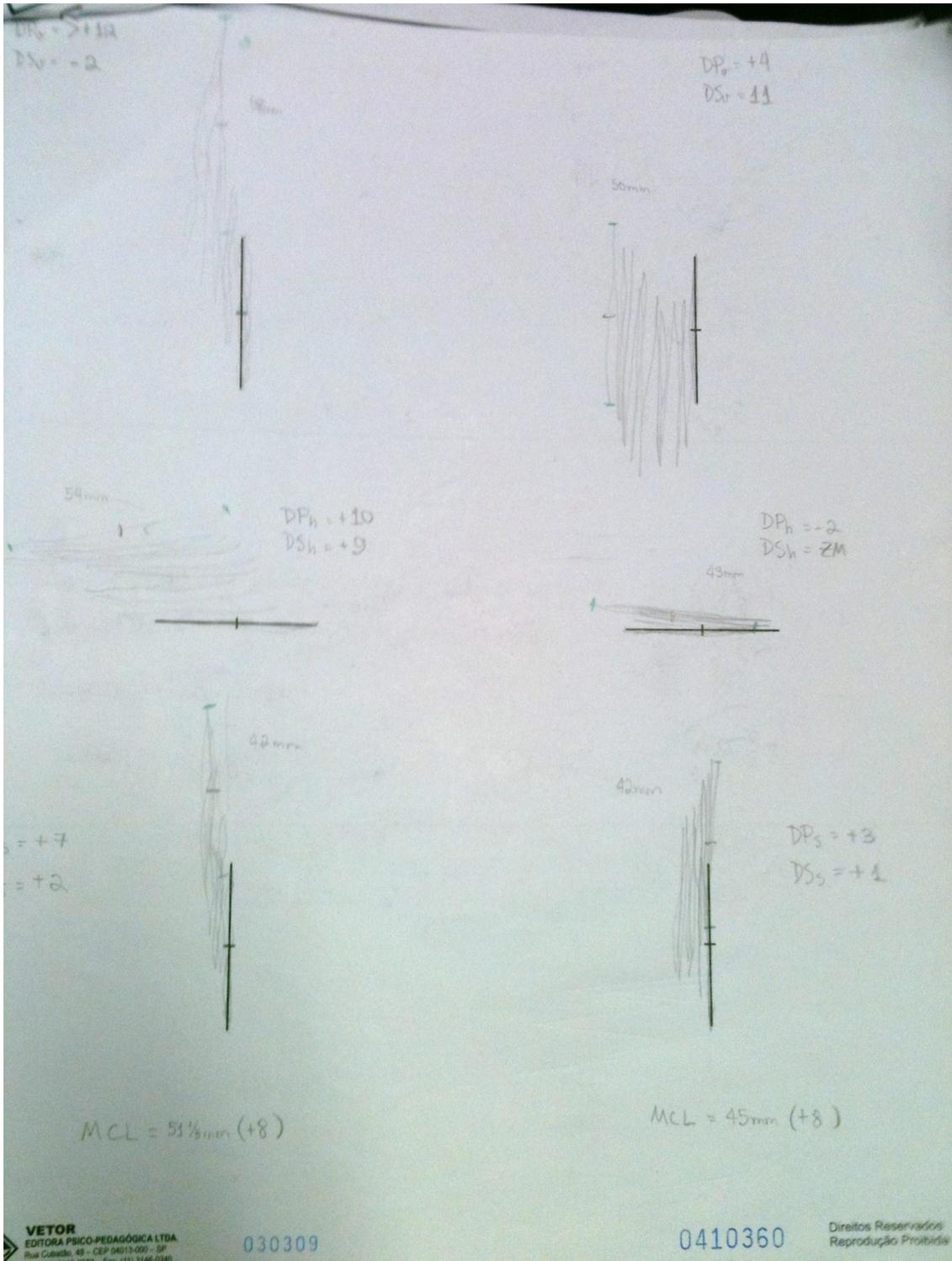


Figura 1: Lineogramas



Figura 2: Ziguezagues

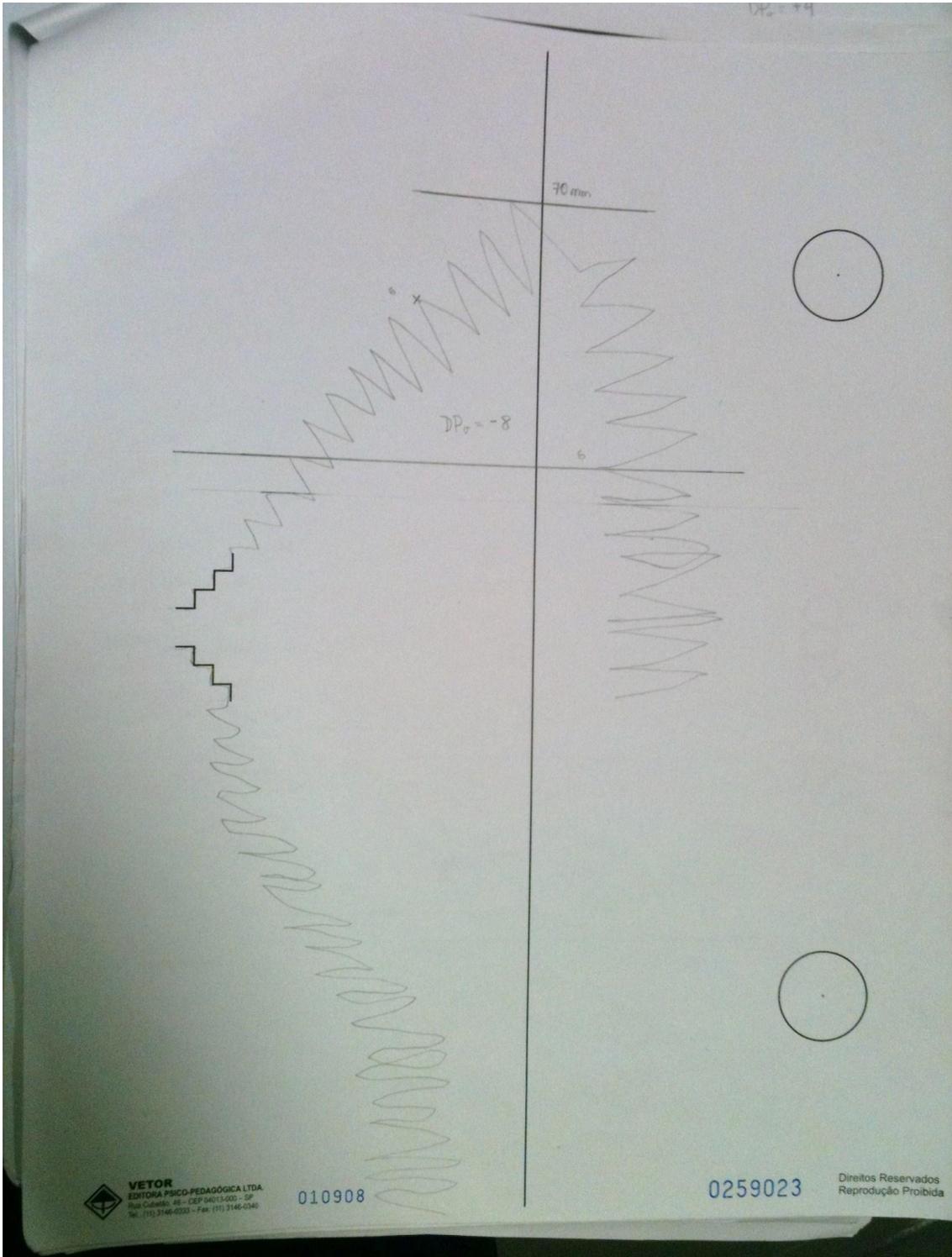


Figura 3: Escadas

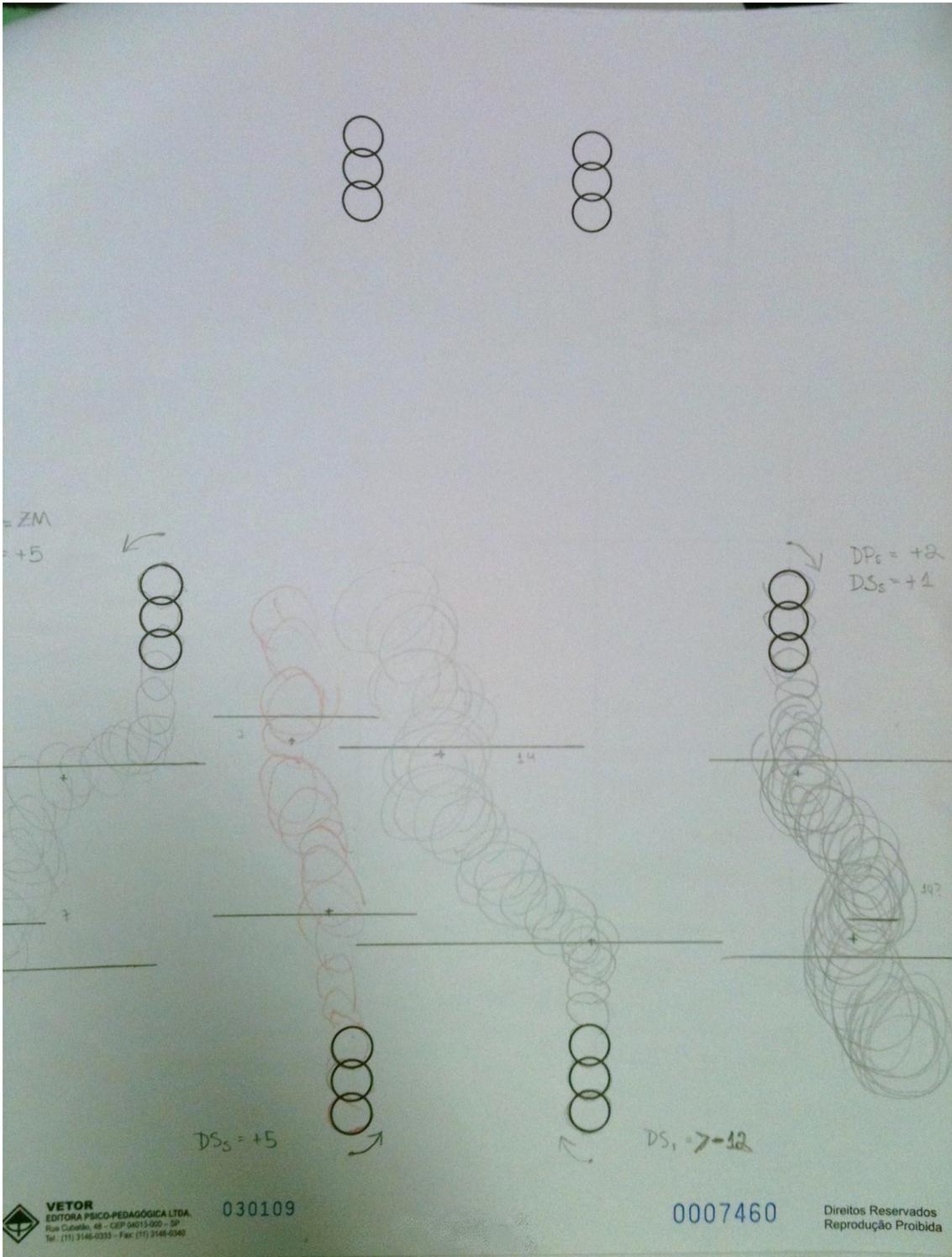


Figura 4: Cadeias sagitais

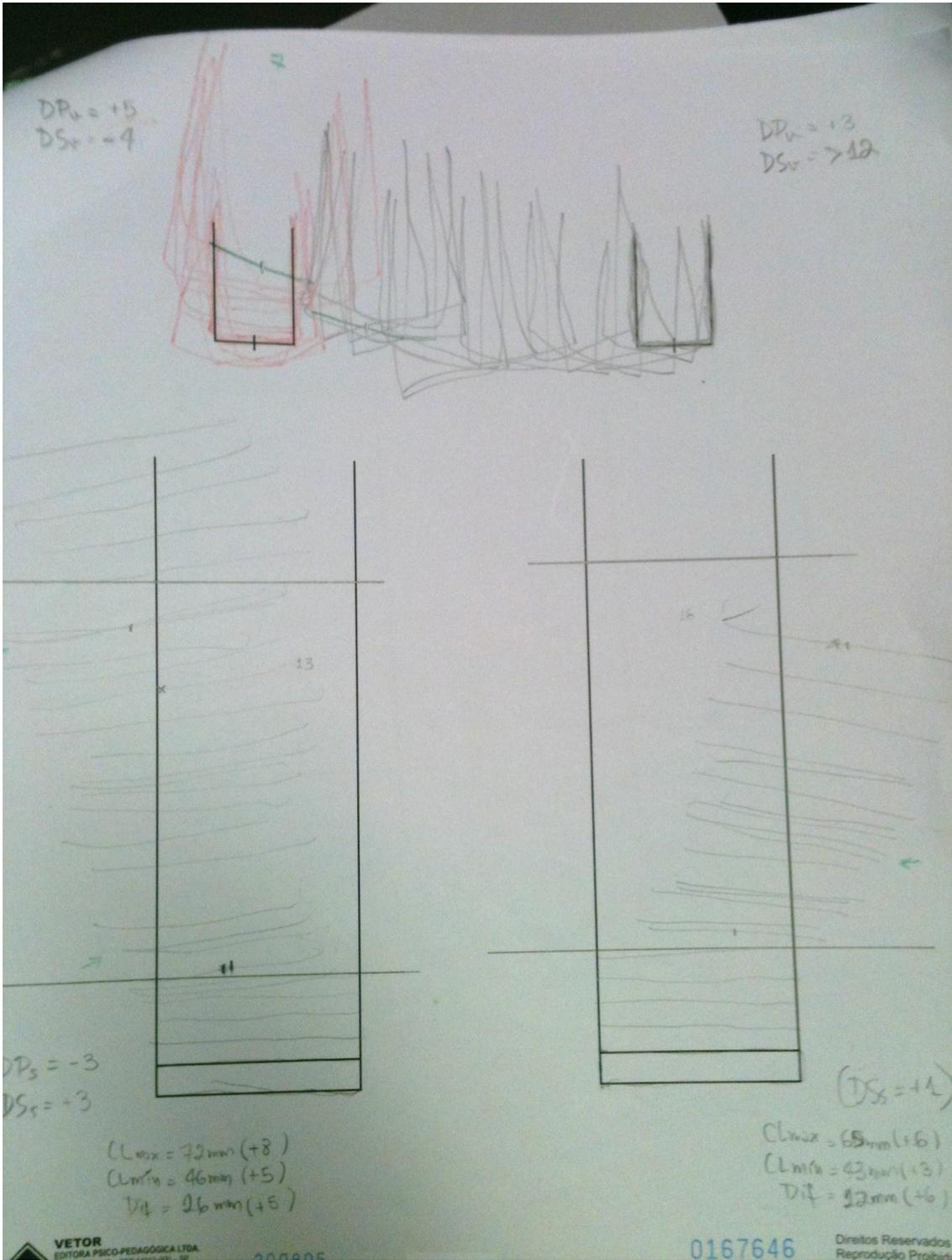


Figura 5: Paralelas egocífugas e Us verticais

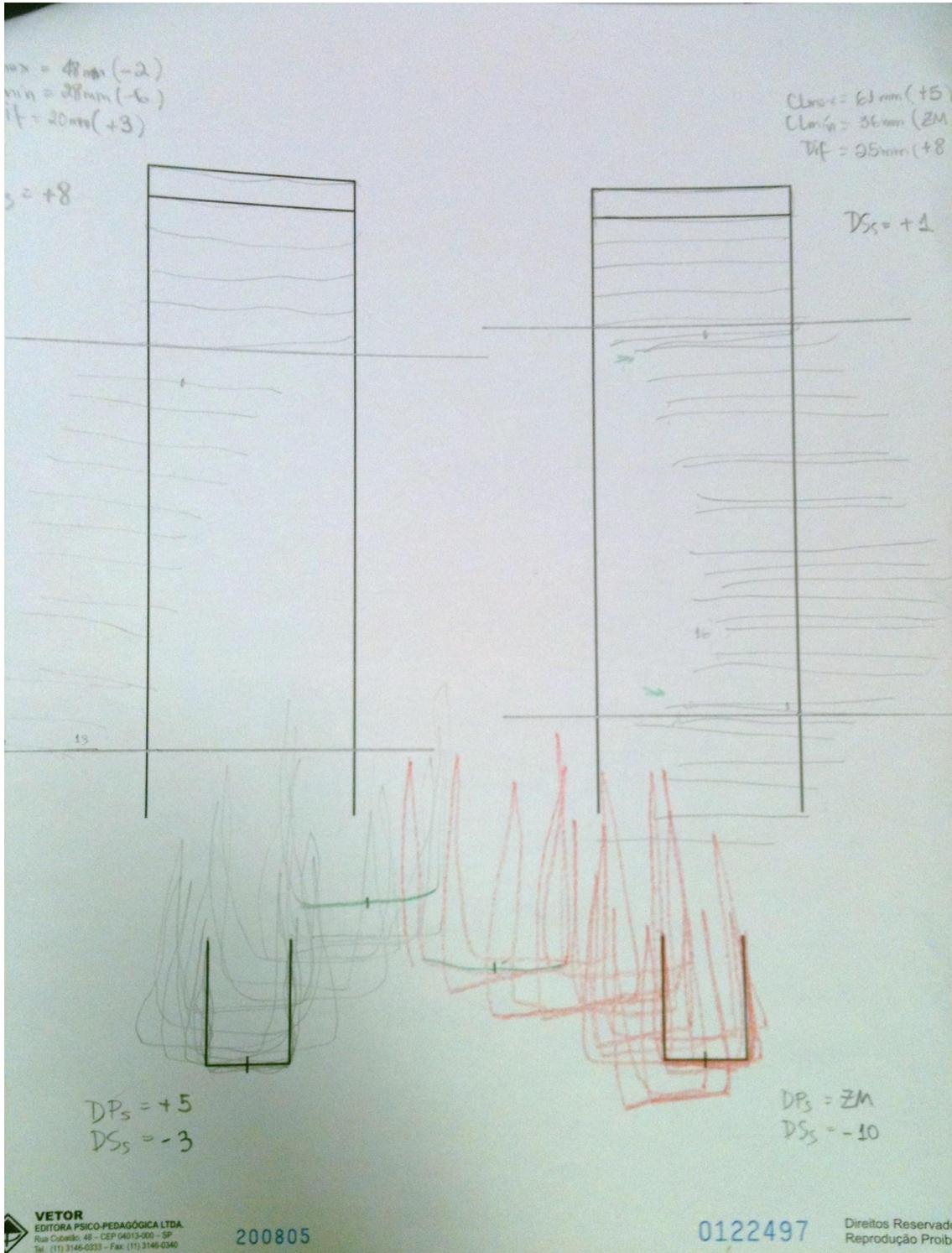


Figura 6: Paralelas egocípetas e Us sagitais

Apêndice II: Parecer de Aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa - CEP/UniCEUB



Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP- UniCEUB PARECER CONSUBSTANCIADO

1. Dados identificadores do projeto:

Código do projeto: CAAE 0052/10 TCC 045/10

Título do projeto: COLABORAÇÕES DO PSICODIAGNÓSTICO MIOCINÉTICO À AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DE HUMOR

Equipe de Pesquisa: Thiago Goulart Mora e Frederico Guilherme Ocampo Abreu (orientador)

Instituições envolvidas

Recrutamento dos participantes: CENFOR – Psicologia, UniCEUB

Análise dos dados: UniCEUB

Pesquisador responsável: UniCEUB

Área temática: Psicologia

Data da reunião: 23/04/2010

Currículo do pesquisador responsável: Professor do UniCEUB.

Folha de rosto: Apresentada.

2. Considerações:

a) Considerações sobre a metodologia:

Adequada

b) Descrição dos participantes com critério de inclusão e exclusão:

Adequados

c) Grau de vulnerabilidade dos participantes e medidas protetivas propostas:

Baixo

d) Análise crítica de riscos e benefícios:

Bem descrito.

e) Duração total da pesquisa/Cronograma:

Três Meses

f) Explicação dos critérios para suspender ou encerrar a pesquisa:

Adequado.



g) Declaração de publicidade dos dados da pesquisa sejam eles favoráveis ou não:

Adequada

h) Orçamento financeiro detalhado:

Adequado.

i) Proteção, uso e destinação do material / informações coletadas:

Adequado.

j) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

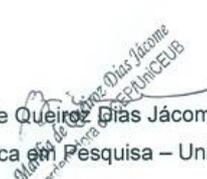
TCLE do CENFOR

3. Parecer do relator:

Por se tratar de uma pesquisa em prontuário de atendimento e o cliente já ter dado seu prévio consentimento considero o projeto,

Aprovado.

Brasília, 23 de abril de 2010.


Marília de Queiroz Dias Jácome
Comitê de Ética em Pesquisa – UniCEUB
Coordenadora