Revista TOXICODEPENDÊNCIAS | ® Edição SPTT | Volume 8 | Número 3 | Ano 2002 | pp. 11-25

Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos

Celina Manita

Resumo: Após uma breve referência à evolução histórica dos paradigmas orientadores da avaliação nas últimas décadas e à relação entre avaliação psicológica, psicodiagnóstico e intervenção com toxicodependentes, são apresentados alguns dos instrumentos de avaliação ("geral" e "específica" para situações de toxicodependência) existentes. Discute-se a necessidade de uma avaliação que vá para além das estruturas e avalie processos e significados, as exigências da avaliação psicológica e o problema da falta de instrumentos de avaliação construídos ou adaptados para o nosso país, bem como o reduzido número de instrumentos de avaliação específicos para a área das toxicodependências. De entre os vários instrumentos indicados, o Teste de Rorschach é alvo de um aprofundamento particular.
Palavras-Chave: Avaliação psicológica; Toxicodependentes; Instrumentos de avaliação; MMPI; Rorschach.

Résumé: Après brève référence à l'évolution historique des paradigmes qui ont orienté l'évaluation les dernières decénies; après brève référence à la relation entre évaluation psychologique, psychodiagnostique et intervention auprès des toxicomanes, sont présentés quelques outils d'évaluation disponibles ("générique" et "spécifiques" pour toxicomanes). On discute le besoin d'évaluation qui va au delà des structures, pour atteindre des procédés et des signifiés, les exigences de l'évaluation psychologique et de problème de manque d'outils d'évaluation élaborés ou adaptés pour notre pays, et bien aussi le nombre réduit de outils d'évaluation spécifiques pour la toxicomanie. Parmi les différents outils énumérés, le test de Rorschach est objet d'un développement particulier.
Mots-Clé: Évaluation psychologique; Toxicomanes; Outils d'évaluation; MMPI; Rorschach.

Abstract: After a short reference to the historical evolution of last decades evaluation orienting paradigms and to the relationship between psychological evaluation, psychodiagnosis and intervention with drug addicts, some existing instruments of evaluation ("general" and "specific" to drug addiction situations) are presented. We discuss the need for an evaluation that goes further the structures and evaluates procedures and meanings, the demands of psychological evaluation and the absence of evaluation instruments constructed or adapted to our country, as well as the reduced number of specific instruments of evaluation for the field of drug addiction. Among all the mentioned instruments, Rorschach Test is particularly deepened.
Key Words: Psychological evaluation; Drug addicts; Evaluation instruments; MMPI; Rorschach Test.

1. A evolução dos paradigmas de avaliação

A evolução histórica dos *paradigmas de avaliação*, associada às transformações sofridas pela concepção de sujeito e de personalidade, têm implicado inevitáveis reconceptualizações ao nível da avaliação, não só da avaliação no contexto da investigação ou da prática da orientação vocacional e profissional, mas também, ou talvez sobretudo, da avaliação que é praticada em contexto clínico.

Assim, e à semelhança do que ocorre nos restantes domínios, uma das questões centrais na intervenção psicológica com toxicodependentes, hoje, deverá ser a do papel destinado à ou do lugar ocupado pela avaliação, sobretudo, pela avaliação na relação com o diagnóstico e com a intervenção psicológica. E, para além disso, ou na base disso, a interrogação sobre "que avaliação", "como", "porquê" e "para quê".

De instrumento de diagnóstico - papel que, durante mais de 50 anos, ocupou de forma quase exclusiva no domínio da psicologia clínica/psiquiatria -, a prática "sem sentido" - no contexto das mais recentes abordagens do construcionismo social e intervenções de orientação narrativa -, a avaliação psicológica percorreu já um longo caminho, pautado por diversas evoluções teóricas e empíricas, quase nunca isentas de dificuldades ou de acesa controvérsia. Um caminho que, em grande medida, é paralelo ao que sustenta a discussão em torno das teorias explicativas e compreensivas do comportamento humano e da personalidade, delas não podendo ser dissociado.

Na realidade, o modelo teórico que enquadra a nossa intervenção clínica e/ou a concepção que fazemos do indivíduo - e, mais particularmente, da sua personalidade e comportamento[1] - afectam profundamente a forma de avaliar. Avaliar uma "personalidade conjunto de traços", não é a mesma coisa que avaliar a "dinâmica dos processos primários/secundários", avaliar "esquemas cognitivos,

atitudes ou crenças" ou, ainda, avaliar "significações" atribuídas a determinadas acções, para só referir alguns dos enquadramentos e modelos possíveis.

Para além disso, importa distinguir a avaliação que pretende alcançar um conhecimento "geral" das características de personalidade e funcionamento psicológico de um indivíduo, daquela que pretende uma análise aprofundada duma dada dimensão ou daquela que visa a identificação de perturbações de comportamento, psicopatologias, quadros disfuncionais, elaboração de diagnósticos[2]. A um quadro teórico de orientação positivista e estruturalista, corresponderá um modelo de avaliação - segundo a definição de Guba e Lincoln (1989) avaliações de "1ª e 2ª geração" - preocupado com a medida e a descrição/categorização, enquanto que a um quadro teórico de orientação construtivista/hermenêutica, mais processual, dos modelos da auto-organização, do construtivismo, do construcionismo social ou da organização narrativa, corresponderá um modelo de avaliação "de 4ª geração", mais preocupado com a compreeensão e a interpretação ou, mesmo, em alguns modelos, a supressão da avaliação[3].

A maioria dos modelos de intervenção actuais não põe, contudo, em causa a existência de uma "avaliação psicológica" - "apenas" a questiona e redefine, contestando, na maioria dos casos, uma ideia mais restritiva da avaliação, seja a orientação médica, nosográfica e nosológica, seja a orientação psicométrica ou diferencial. Importa, assim, interrogarmo-nos não só sobre "que tipo de avaliação", mas também sobre se o recurso à avaliação psicológica e, mais especificamente, o recurso a instrumentos de avaliação estandardizados é indispensável em todos os contextos. A resposta não é seguramente una: se em determinado tipo de intervenção terapêutica, nomeadamente nos modelos narrativos, estes instrumentos são, de facto, dispensáveis, já em domínios como o da avaliação psico-forense eles são, pelo menos no estado actual do desenvolvimento da Psicologia e do Direito, incontornáveis.

No plano da investigação, da compreensão e da intervenção psicológica com toxicodependentes acreditamos numa resposta intermédia (dependendo do objectivo, da população, do tempo disponível e da possibilidade de recolha alternativa de informações): em determinados contextos os testes ou provas psicológicas estandardizadas serão dispensáveis e substituíveis por outros procedimentos e processos de avaliação clínica, noutros, serão particularmente úteis e necessários.

Sempre sem esquecer que "o exercício da avaliação psicológica exige cada vez mais uma formação sólida por parte do psicólogo - em termos técnicos e éticos (...). Donde, a avaliação psicológica está muito longe de ser uma actividade simples. Como refere Zazzo, por mais perfeitos que sejam os instrumentos, nunca esta actividade pode prescindir da "sensibilidade" de quem os utiliza (Zazzo, 1980). Como Kaufman, somos de opinião que os utilizadores devem ser sempre melhores que os instrumentos que usam (Kaufman, 1982)[4], ou que o verdadeiro valor das informações e o sentido do instrumento se perde quando o psicólogo não domina suficientemente as provas que emprega" (Almeida, Gonçalves & Simões, 1995, p. II).

2. As escolhas...

Para além do quadro teórico ou do modelo de intervenção psicológica que nos orienta, todo um conjunto de condições influenciam decisivamente o tipo de grelha e instrumentos de avaliação a utilizar em cada situação. Desde logo, o(s) objectivo(s) da avaliação (e.g., se se pretende um conhecimento "global" do funcionamento psicológico ou da *personalidade* do indivíduo, se se pretende avaliar uma determinada área específica, se se pretende um diagnóstico ou uma identificação de sintomas, categorial ou em sistema de contínuo, se se pretende avaliar progressos numa dada intervenção em curso), o indivíduo ou população-alvo (e.g., se se trata de alguém em acompanhamento clínico ou não, se é toxicodependente ou não, se possui a escolaridade suficiente para interpretar um teste de auto-administração ou não), o tempo disponível para a sua realização (e.g., se estamos a avaliar no contexto duma instituição em que cada terapeuta tem de atender 10 utentes num dia ou num contexto em que se pode reservar uma manhã só para a avaliação) e o tempo que o teste demora a administrar, cotar e interpretar (em alguns casos, existem já meios auxiliares de codificação/interpretação, informatizados, que agilizam estes procedimentos).

Mas também o contexto e as condições nos quais será implementada a avaliação, a formação específica do psicólogo (ou a ausência dela) na utilização e interpretação

de determinados instrumentos e modelos de avaliação (se há instrumentos, como a BSI, que qualquer técnico pode administrar, já um teste como o de Rorschach ou o MMPI exigem uma formação em psicologia e competências e conhecimentos específicos, associados a uma elevada prática de utilização do teste), a existência ou não e a acessibilidade dos testes pretendidos e, elemento central mas, infelizmente, nem sempre concretizável no nosso país, o facto do teste reunir as condições de validade e fiabilidade necessárias e/ou ter sido feita uma adequada tradução e aferição do teste, existirem dados normativos actualizados para a análise/referenciação dos resultados obtidos nesse teste, caso ele não tenha sido elaborado no país.

De forma geral, a fiabilidade (consistência, confiança ou segurança) é elevada nos testes psicológicos (num dado período de tempo, num mesmo ou entre similares testes), sendo-o também a validade de *constructo*, validade interna (factorial e de consistência interna) e validade externa (convergente e discriminante). Não podemos, porém, esquecer que a maior parte dos *constructos* avaliados correspondem a características que tendem a transformar-se ao longo do tempo, sendo fundamental, quando se pretende avaliar um dado *traço* ou característica do indivíduo, ter acesso a instrumentos capazes de diferenciar *traço* de estado (como o faz, v. g., a STAI).

A qualidade duma avaliação não depende, contudo, apenas da qualidade psicométrica ou clínica dos instrumentos/grelhas de avaliação. Como Weiner (1989) tão bem defende, um processo de avaliação competente e ético só poderá ser concretizado na medida em que se conheçam adequadamente as funções psicológicas que um teste descreve, as conclusões que dele poderão ser inferidas e o grau de (in)certeza com que o fazemos e com que, a partir desses elementos, poderemos estabelecer um diagnóstico ou um prognóstico relativo à evolução de um determinado comportamento. As dimensões éticas e deontológicas não podem, nunca, ser postas em causa ou "suspensas" quando se procede à avaliação dos indivíduos, seja em que contexto for.

Tenhamos uma posição mais ou menos favorável à utilização dos testes estandardizados na avaliação, um aspecto deve ser reconhecido e destacado como crucial: quando se fala de avaliação no contexto da intervenção (tenha esta, ou não, preocupações de diagnóstico), as competências e capacidades do terapeuta para realizar uma boa avaliação clínica, "despida" de testes estandardizados, é fundamental, destacando-se, entre outras, as competências de observação, entrevista, análise, integração e interpretação dos dados recolhidos (todas elas sustentadas numa sólida formação).

Infelizmente, uma dificuldade é comum a todos os técnicos e investigadores em Portugal (na área das toxicodependências como nas outras): a falta de instrumentos de avaliação, quer construídos em Portugal e devidamente validados, quer traduzidos e adaptados segundo os critérios de validação cientificamente exigidos (e não apenas traduzidos, como frequentemente acontece). Bastará consultar os catálogos "oficiais" de testes disponíveis para aquisição no nosso país e constatar o número muito significativo de "versões espanholas" aí apresentadas (e, à falta das nacionais, frequentemente adquiridas e usadas). Alguns esforços têm sido feitos no contexto das Universidades - no âmbito de projectos de investigação, mestrados, doutoramentos - mas há ainda um longo caminho por construir. São, por isso, de louvar e apoiar iniciativas e esforços como os que têm conduzido à organização dos Congressos Internacionais de Avaliação Psicológica, na Universidade do Minho, ou os do grupo que elaborou os dois volumes das Provas Psicológicas existentes em Portugal (Almeida, Simões e Gonçalves, 1995; Simões, Gonçalves e Almeida, 1999) e prepara para breve a edição de um terceiro volume[5].

Tendo em conta estas exigências e limitações, é altura de colocar a questão: no domínio das toxicodependências, de que instrumentos dispomos actualmente, se quisermos optar pelo recurso a testes estandardizados de avaliação na intervenção e/ou na investigação? Um número crescente de inventários e escalas, especificamente construídos para a avaliação e compreensão dos consumidores e dos comportamentos adictivos, e, sobretudo, os testes de avaliação "geral", não especificamente dirigidos a esta população, mas igualmente relevantes para a sua caracterização e conhecimento.

De alguns desses instrumentos - os que nos parecem mais adequados para a avaliação junto de toxicodependentes - suas características, vantagens e limitações, aplicabilidade e graus de integração no processo terapêutico, daremos conta nas páginas seguintes, descrevendo uma

trajectória que nos levará de uma avaliação mais centrada nas estruturas e organização da personalidade a algumas pistas para uma avaliação de processos e sentidos.

2.1. Para uma avaliação de estruturas e organizações...

Para a "avaliação da personalidade", ao nível das estruturas-*traços*, da sua caracterização geral, organização e funcionamento e, ainda, da eventual presença de perturbações psicológicas, dispomos actualmente de um vasto leque de instrumentos de avaliação, com graus também eles diversos de validade e utilidade nas diferentes populações-alvo.

Do leque de testes disponíveis para esta "avaliação global", destacaremos apenas dois que nos parecem ser particularmente úteis para a obtenção de um conhecimento aprofundado sobre características de estrutura, organização e funcionamento da personalidade dos sujeitos, sua relação com o mundo/outros, podendo, também, indiciar potenciais perturbações psicopatológicas: o Teste de Rorschach, de que falaremos de forma particularmente aprofundada no ponto 2.4., e o NEO PI-R (NEO Personality Inventory Revised).

O NEO PI-R assenta num modelo conceptual que defende a existência de traços de personalidade e o seu papel organizador fundamental (do comportamento das pessoas, da sua consistência inter e intra-situações e da diferencialidade interpessoal). Mais especificamente, a escala operacionaliza o modelo de personalidade dos cinco grandes factores (mais conhecido por "the big five") e propõe uma organização dos traços de personalidade em torno de cinco grandes dimensões ou domínios gerais[6] (e seis traços ou factores específicos para cada um desses domínios): 1 - Neuroticismo (que avalia essencialmente as formas de reacção emocional dos indivíduos e a sua estabilidade/instabilidade, sendo as facetas avaliadas neste domínio: a ansiedade, a hostilidade, a depressão, a autoconsciência, a impulsividade e a vulnerabilidade); 2 - Extroversão (que avalia o relacionamento com os outros, em áreas como a quantidade e intensidade desses relacionamentos, níveis de actividade, e necessidades de estimulação. Como facetas deste domínio avalia: o acolhimento caloroso, a gregariedade, a assertividade, a actividade, a procura de excitação e as emoções positivas); 3 - Abertura à Experiência (Openess) (que avalia a forma como o sujeito responde às experiências, o seu grau de abertura e de procura proactiva das experiências, de imaginação activa, sensibilidade estética, curiosidade intelectual, etc. Tem como facetas avaliadas: fantasia, estética, sentimentos, acções, ideias, valores); 4 - Amabilidade (que se centra nos estilos de relacionamento interpessoal, na qualidade da relação com os outros - que pode ir desde a competitividade/antagonismo, associados a isolamento face aos outros, manipulação e autocentração egoísta, à empatia/compaixão/cooperação, por exemplo, colocando os interesses dos outros sistematicamente à frente dos seus - medida ao nível das acções, sentimentos e pensamentos. As facetas avaliadas neste domínio são: confiança, rectidão, altruísmo, complacência, modéstia e sensibilidade); e, por último, 5 - a dimensão de "Conscienciosidade" (que mede o grau de organização, motivação e persistência nos comportamentos orientados para um dado objectivo, não se devendo confundir um valor baixo na escala de conscienciosidade como um sinal de falta de valores ou princípios, apenas menor capacidade de organização, investimento e perseveração nas suas acções. Tem como facetas: competência, ordem, dever, esforço de realização, autodisciplina e deliberação).

Este inventário mede traços e avalia diferenças nos traços de personalidade, mas não tem como objectivo fazer diagnósticos psiquiátricos ou de psicopatologia, muito embora as informações que fornece sobre o funcionamento e características pessoais possam indiciar a necessidade (ou não) de proceder a avaliações complementares no domínio da psicopatologia.

É um instrumento que, apesar do elevado número de ítens (240) - tendo como opções de resposta Discordo Fortemente, Discordo, Neutro, Concordo e Concordo Fortemente -, não suscita grandes dificuldades de resposta ou fácil saturação por parte dos sujeitos, demorando, em média, 30 minutos a preencher. Já a sua codificação e interpretação, apesar do apoio de sistemas informatizados, é morosa e exige, à semelhança da maioria dos instrumentos de avaliação, uma formação específica e prática com o instrumento, por forma a que as informações dele extraídas tenham validade e utilidade clínica e/ou de produção de conhecimentos.

À semelhança do que acontece com outros testes, como o MMPI, permite a avaliação do grau de validade das respostas dos sujeitos e tem em conta os efeitos quer da

aquiescência quer da tendência para discordar, os quais podem ser controlados e, quando verificados, tidos em conta na interpretação dos resultados.

O perfil para cada sujeito que o teste fornece deve ser analisado à luz da história pessoal e das problemáticas actuais do sujeito e, sempre que possível, integrado com os resultados de outros testes de avaliação orientados para outros aspectos, como a avaliação de psicopatologia.

O NEO PI-R tem, em Portugal, a vantagem de ter sido alvo de estudos de tradução, aferição e validação, existindo valores de referência para a população nacional (Lima & Simões, 1995).

2.2. Para uma avaliação de psicopatologia(s)...

A avaliação orientada para o diagnóstico assenta, fundamentalmente, numa noção reificada de "personalidade", de "self" e de "doença" (mental), admitindo a existência "de facto" de uma dada estrutura de personalidade responsável pelo comportamento do sujeito, de estruturas psicopatológicas responsáveis por "doenças mentais" e aceitando que estas perturbações "existem em si" (ao contrário da noção de *construção social*, defendida por modelos mais recentes). Os *traços* de personalidade e as diferentes formas de psicopatologia (ou seus sintomas) poderão, então, segundo os defensores destes pressupostos, ser objectivamente descritos e quantificados.

O sistema de diagnóstico mais utilizado na Europa, como de resto no Canadá e nos EUA, de onde é originário, continua a ser o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), seguido de perto pela CID (Classificação Internacional das Doenças, com origem na OMS), um sistema de classificação também amplamente usado no contexto clínico e perfeitamente consistente com o DSM. Assim sendo, não será de estranhar que a maioria das escalas de diagnóstico existentes sejam baseadas nos critérios do DSM. Embora reconhecendo o papel destas grelhas na elaboração de diagnósticos e na construção de testes de avaliação, não podemos deixar de chamar a atenção para um erro que é frequentemente cometido em diferentes áreas de intervenção (a das toxicodependências não sendo excepção): o de transformar a DSM-IV ou a CID-10 (*International Classification of Diseases*, Tenth edition, ICD-10), não em guias, mas em pontos de ancoragem/ fixação das avaliações e diagnósticos e, a partir daí, estreitar os próprios limites e potencialidades da intervenção.

Se existir a preocupação de não incorrer nesse erro, um dos instrumentos mais importantes na avaliação da personalidade e da psicopatologia é o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI)[7]. Desenvolvido nos anos 30 e publicado em 1942, por S. Hathaway e C. McKinley, este teste procurava, inicialmente, a identificação de desordens psiquiátricas. Revisto e actualizado, ele é, actualmente, concebido, definido e utilizado como "um teste clínico" de mais amplo espectro, e será, de acordo com diversos estudos, um dos teste mais utilizados, se não mesmo o mais utilizado, em todo o mundo (quer a versão original, quer o MMPI 2, quer, mais recentemente, o MMPI-A). O sucesso deste teste deve-se, em grande medida, ao facto de lhe ser reconhecida uma elevada validade em diferentes domínios da avaliação (entre outros, o psiquiátrico, o forense e, também, especificamente o domínio das toxicodependências) e de permitir produzir, com facilidade, aquilo que os seus defensores definem como "uma medida objectiva da personalidade". Mais especificamente, fornece elementos sobre problemas psicológicos, sintomas de psicopatologia e outras características do indivíduo, recorrendo a uma linguagem clínica muito útil no contexto da avaliação-intervenção.

Dado que o MMPI 2 é considerado uma revisão adequada do original que em nada desvirtua o seu valor, apenas nos iremos referir aqui a esta versão que, à semelhança da original, tem 10 escalas clínicas (e.g., depressão, introversão, esquizofrenia, paranóia[8]) e 8 escalas de validade, apresentando ainda 31 subescalas clínicas, 15 escalas de conteúdo, 27 escalas de componentes e 25 escalas suplementares. Para além dos índices e perfis que se estabelecem através da análise e integração dos resultados nas diferentes escalas, possibilita a produção de relatórios e perfis em áreas específicas, incluindo o domínio forense (no qual é muito utilizado, particularmente nos EUA) e o domínio do alcoolismo e outras dependências, área na qual fornece informações sobre o "potencial para a adição" do indivíduo, as desordens psicológicas associadas ao abuso de drogas, assim como elementos relevantes para o tratamento.

A grande limitação do MMPI 2, à semelhança do original, será a morosidade da sua administração, codificação e interpretação, na medida em que é composto por 567 itens de resposta Verdadeiro/Falso, demorando a sua

aplicação, em média, 1hora a 1 hora e meia, e exigindo, para uma correcta administração e, sobretudo, interpretação, uma formação específica sólida que, à semelhança do que acontece com o Teste de Rorschach, é escassa em Portugal.

Existem já sistemas informatizados de apoio à interpretação do MMPI 2 (tal como existem para outros testes, como o NEO-PI-R ou o SIR), mas é fundamental que estes instrumentos informáticos sejam utilizados apenas como auxiliares e não substituam, nunca, a interpretação do avaliador, tentação à qual tão frequentemente os avaliadores menos experientes sucumbem.

À semelhança de qualquer outro teste de auto-relato, o MMPI é susceptível de ser falseado pelo sujeito (deliberadamente ou pelo efeito, mais ou menos consciente, da *desejabilidade social*). Por isso, os seus autores desenvolveram escalas de validade, procurando, através delas, identificar os indivíduos que, por exemplo, respondem de forma aleatória às questões, "mentem" deliberadamente na sua resposta, ou, a partir duma certa altura, por efeito de fadiga, começam a responder "sem pensar". Dada a qualidade destas escalas de validade, será mais difícil falsear um resultado no MMPI do que na maioria das restantes escalas/instrumentos de auto-relato.

Em Portugal, confrontamo-nos com a inexistência de uma versão adaptada ou adequadamente aferida do MMPI e com a consequente ausência de valores normativos de referência para a nossa população, pelo que a sua utilização deve ser efectuada com todo o cuidado. Sabemos que muitos clínicos e investigadores se socorrem de traduções deste teste, realizadas a partir da versão original ou da versão espanhola, devendo a sua utilização, nessas condições, impor cuidados e limites ainda mais rígidos.

2.2.1. O caso particular dos inventários e *checklist*...

Para uma avaliação de áreas/domínios específicos de funcionamento do indivíduo ou para uma despistagem rápida, mas válida, de sintomas de psicopatologia, dispomos de um vasto conjunto de inventários e de *checklist*.

Estes instrumentos (tal como o NEO PI-R e o MMPI, e como os que serão referidos no ponto 2.3.) enquadram-se no que genericamente é designado por medidas de auto-relato - aquelas que recolhem informação a partir dos relatos, respostas ou escolhas do indivíduo relativamente aos seus comportamentos, atitudes, valores, ou outras dimensões sobre as quais sejam questionados - e são instrumentos que têm vindo a sofrer sucessivas melhorias, em termos da metodologia para a sua construção, administração, codificação, análise estatística e interpretação. Apesar disso, alguns autores têm vindo a questionar a pertinência ou, mesmo, a validade destas medidas.

Essas críticas derivam, de forma directa ou indirecta, da linha de investigação surgida na sequência do trabalhos de Nisbett & Wilson, que, no seu célebre *Telling more than we can know* (1977), põem em causa a existência de um verdadeiro acesso introspectivo aos processos cognitivos superiores, argumentando que, mesmo que o acesso introspectivo à justificação dos seus comportamentos exista, ele não será suficiente para produzir respostas adequadas acerca do papel de alguns elementos ou estímulos críticos nas respostas às questões formuladas. Os autores adiantam possibilidades explicativas alternativas para justificar a frequente correlação encontrada entre os auto-relatos e os comportamentos efectivamente revelados pelos indivíduos, sendo um dos principais argumentos o de que, se as descrições destes processos forem adequadas é porque coincidiram com teorias a *priori* acerca desses comportamentos e não por terem resultado de um verdadeiro acesso introspectivo do sujeito aos seus processos superiores.

Como seria de esperar, existe paralelamente a esta corrente, que defende genericamente que nós "dizemos mais do que aquilo que podemos saber", uma outra linha teórica e empírica que se opõe às conclusões destes autores, analisando-as criticamente e contrapondo-lhes um alternativo "sabemos mais do que aquilo que podemos dizer" (Bowers, 1984; White, 1988). Um número especial da revista *Behavioral Assessment* foi, em 1990, dedicado à análise da validade destas medidas de auto-relato, sendo a conclusão geral a de que a sua utilização é útil e válida, mas poderá ser ainda melhorada através de determinadas estratégias complementares, por forma a obter resultados mais consistentes e válidos.

Dadas as limitações de espaço, referiremos apenas alguns destes instrumentos e, por uma questão de pragmatismo, aprofundaremos apenas as que resultam de trabalhos nacionais ou estão já aferidas para Portugal.

Em termos de *checklist*, as mais usadas actualmente são

a CBL-90 (Symptom Checklist-90-R) e uma versão mais reduzida, feita a partir desta - a BSI (Brief Symptom Inventory), ambas de L. Derogatis (1977, 1982). Uma vez que as duas permitem a identificação do mesmo conjunto de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos, e a BSI, ao contrário da CBL-90-R, foi adaptada para a população portuguesa (Canavarro, 1999), existindo dados normativos para a nossa população, optámos por, neste texto, nos referirmos apenas às características da BSI. Trata-se de uma escala de auto-relato, breve, multidimensional, que permite (à semelhança da CBL-90) avaliar nove sintomas de psicopatologia (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e, ainda, estabelecer três índices de perturbação/mal-estar gerais (índice geral de sintomas, total de sintomas positivos e índice de sintomas positivos). Para além desta despistagem inicial de sintomas é um instrumento útil para o acompanhamento dos progressos durante uma terapia. Enquanto a CBL é composta por 90 itens e demora cerca de 20 minutos a preencher, a BSI é constituída por 53 itens (com resposta em escala de Likert com 5 valores de frequência) e demora, em média, 8 minutos.

Sendo a co-morbilidade um dos problemas clínicos mais referenciados em estudos nacionais e internacionais com populações toxicodependentes, torna-se evidente a utilidade deste tipo de escalas na avaliação/intervenção com toxicodependentes. De forma mais específica ainda, a frequente associação entre abuso de drogas e depressão, torna fundamental o recurso a escalas ou inventários de avaliação desta perturbação.

Em Portugal, os dois instrumentos mais frequentemente utilizados são o Inventário de Depressão de Beck e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) de Vaz Serra. Seguindo os mesmos princípios atrás referidos, apenas destacaremos aqui o Inventário desenvolvido por Vaz Serra (1994, 1995), uma escala de auto-avaliação composta por 23 questões que permite a identificação da existência de um quadro clínico de depressão e, em caso positivo, a medida da sua gravidade. De fácil administração e codificação/interpretação (podendo ser auxiliada por um programa informático), esta escala demora, em média, 8 a 10 minutos a ser preenchida e as questões que o compõem estão elaboradas de forma a registar a presença ou ausência do sintoma e, no primeiro caso, a sua intensidade. Engloba a referência a perturbações biológicas, cognitivas, interpessoais e de desempenho de tarefas, áreas fundamentais de emergência de perturbação e de identificação de sintomas de depressão. Uma análise factorial dos seus componentes evidenciou a existência de cinco factores, dos quais, tendo em conta os objectivos do presente texto, destacamos três: o primeiro, que diferencia de forma adequada depressões "endógenas" de depressões "reactivas", o segundo, que destaca a existência de uma forma perturbada de relação do indivíduo consigo próprio, e o terceiro, que reúne os elementos da "constelação suicida" (Vaz Serra, 1995).

2.3. Para uma avaliação de processos e áreas específicas do funcionamento...

Já não para a avaliação de problemas psicológicos e/ou sintomas de psicopatologia, mas para um melhor conhecimento das características de funcionamento, atitudes, cognições, emoções, estilos de relacionamento interpessoal, comportamento,... dos indivíduos, dispomos de um leque amplo de instrumentos de avaliação.

Na impossibilidade (e inutilidade) de os referir a todos, optámos, mais uma vez, por destacar inventários desenvolvidos no nosso país, neste caso, dois inventários elaborados por A. Vaz Serra: o IRP (Inventário de Resolução de Problemas) e o ICAC (Inventário Clínico de Autoconceito), instrumentos que avaliam áreas fundamentais quer para a compreensão dos comportamentos, quer para o apoio à intervenção psicológica e que, simultaneamente, se revelaram já válidos no trabalho com populações de toxicodependentes e/ou delinquentes (Santos, 1998).

O Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra, 1986) avalia, em geral, as dimensões emocionais e sociais do autoconceito, permitindo distinguir 4 factores específicos: *Aceitação/Rejeição social, Auto-eficácia, Maturidade Psicológica,* e *Impulsividade-Actividade*. Por sua vez, o Inventário de Resolução de Problemas (Vaz Serra, 1988) tem como racional teórico subjacente o modelo desenvolvido por Monat e Lazarus, atendendo às relações intrínsecas entre os fenómenos de *Stress* e de *Coping*, e avalia as Estratégias de *Coping* dos indivíduos perante três tipos de situações definidas como sendo mobilizadoras destas:

o *Dano*, a *Ameaça* e o *Desafio*. Permite obter uma nota final total e 9 valores parciais relativos a cada um dos 9 factores que avalia (e.g., *Pedido de ajuda; Confronto e Resolução Activa dos Problemas; Controlo Interno/Externo dos Problemas; Agressividade Internalizada/Externalizada; Auto-Responsabilização e Medo das Consequências*).
Os inventários e escalas que se referem especificamente a questões ligadas ao consumo de drogas serão referenciados no ponto seguinte.

2.3.1. Para uma avaliação específica na área da(s) toxicodependência(s)...

Em Portugal são escassos os instrumentos de avaliação específicos para a área das toxicodependências, muito embora eles somem largas dezenas nos EUA, Canadá e em diferentes países europeus. Sendo mais frequentes e mais conhecidos os que avaliam dimensões associadas exclusivamente ao consumo de álcool do que ao consumo de outras drogas, optamos por referir apenas alguns dos que se destinam especificamente à avaliação de aspectos relacionados com o consumo de "outras drogas" (embora, num ou noutro caso, permitindo a avaliação de dimensões associadas aos dois tipos de dependência).
Correndo o risco de cometer erros ou injustiça, por desconhecimento de estudos aos quais não tenhamos tido acesso, a conclusão a que chegamos, nos trabalhos desenvolvidos na última década, é a de que, se o panorama não é positivo no que diz respeito aos "instrumentos de avaliação geral", ele revela quase um "deserto" no que se reporta a instrumentos orientados especificamente para a avaliação de dimensões da toxicodependência. Na realidade, e à excepção de uma ou outra versão experimental, que oportunamente referiremos, é praticamente impossível encontrar, em Portugal, instrumentos de avaliação devidamente adaptados (ou construídos de raiz), sendo meras "traduções livres" a maioria dos inventários e escalas disponíveis[9].
Não obstante as dificuldades que os psicólogos nelas interessados terão em obtê-las, indicamos algumas das escalas disponíveis nesta área - curiosamente, a maioria delas traduzida, adaptadas e aferidas no Brasil, mas não em Portugal - e que se revelam de elevado interesse e utilidade na avaliação/intervenção com toxicodependentes.
Uma das mais referenciadas e utilizadas é a Escala de Avaliação da Severidade da Dependência (no original, ASI - *Addiction Severity Index*, de McLellan *et al.*, 1980, 1992), da qual vimos já uma "tradução livre" utilizada em contexto clínico, mas desconhecemos qualquer trabalho sério de adaptação[10]. Avalia áreas como o uso de drogas, severidade da dependência, uso de álcool, suporte familiar e social, problemas psiquiátricos e problemas com a justiça, e permite obter informação quer sobre o percurso de vida do sujeito, quer sobre os problemas quotidianos vividos nos últimos 30 dias. É constituído por 200 itens, de auto-relato, podendo ser auto-administrado, e demora, em média, 1hora a completar.
Com objectivos e características similares, existem, com validade clínica já comprovada em diferentes estudos, o QFV (Questionário de quantidade e frequência do uso de drogas), de Cahalan, e o DUSI - *Drug Use Screening Inventory* - de Tarter (1992), este último de espectro mais alargado e permitindo, não só a "quantificação" e "tipificação" de usos de drogas, mas também a recolha de elementos compreensivos, muito úteis para o desenvolvimento de intervenções psicológicas com toxicodependentes. Aliás, um instrumento semelhante ao conhecido CDP - *Comprehensive Drinker Profile* - de (Miller e Marllat, 1984), do qual existem "traduções" no nosso país (desconhecemos, contudo, a existência de estudos de adaptação) e que avalia dimensões como a história e perfis de consumo, as motivações, a percepção de auto-eficácia e dimensões socio-demográficas, quer no início quer após o tratamento. Trata-se de uma escala composta por 88 itens, de auto-relato (pode ser auto-administrada), e que demora, em média, 2 horas a completar (dada a complexidade e multidimensionalidade de alguns dos elementos a recolher).
Por último, gostaríamos de referenciar a Escala de Pensamentos sobre Drogas de McMullin (McMullin Addiction Thoughts Scale) que, não obstante ser considerada uma das mais válidas e úteis na avaliação/intervenção com toxicodependentes, não se encontra, ainda, adaptada/aferida para o nosso país[11], e a BCAS - *Beck Co-Dependence Assessment Scale* (Beck, 1991) - igualmente utilizada e referenciada na maioria dos países ocidentais[12] e que, como o próprio nome indica, avalia a co-dependência de outros significativos. Trata-se de uma escala para adultos, de auto-relato (pode ser realizada por auto-adminis-

tração), composta por 35 itens que demoram, em média, dez minutos a preencher.

Afastando-nos da visão mais "tradicional" da avaliação, gostaríamos de referir um "instrumento de trabalho" em psicoterapia com toxicodependentes e dependentes de álcool que, não sendo especificamente uma escala de avaliação, serve os objectivos de uma avaliação que se pretenda "de 4ª geração", hermenêutica e construtivista, orientada, mais do que para a caracterização, para a compreensão dos processos e sentidos do comportamento do toxicodependente. Um instrumento que, para além disso, permite uma perfeita integração entre intervenção e avaliação - sabendo-se que as duas são interdependentes, que a avaliação é já um primeiro passo da intervenção e que a intervenção produz a todo o momento avaliações, mas sendo este princípio tão frequentemente "esquecido" - na medida em que foi concebido no quadro de um manual de intervenção.

Trata-se de um manual concebido por Berg & Reuss (1998) que tem por base os princípios da ***terapia centrada nas soluções***, cujas "fichas" nos permitem recolher dados sobre os "momentos de excepção" (i.e., aqueles momentos que, mesmo raros, acontecem na vida de qualquer toxicodependente, em que o indivíduo, por qualquer razão, não consumiu ou reduziu os consumos ou foi capaz de tomar alguma iniciativa positiva em relação ao seu problema de dependência). A ideia é identificar esses momentos para depois os trabalhar, reforçando não os consumos e os problemas do sujeito, mas as estratégias e as competências que o indivíduo, algures, demonstrou ter tido, ajudando-o a reactualizar essas competências e a reforçá-las, e estimulando, passo a passo, a implementação das soluções para os problema.

Uma boa pista para quem pretenda intervir com toxicodependentes no contexto das abordagens mais narrativas, construtivistas ou construcionistas, ainda muito pouco aplicadas no nosso país.

2.4. Um instrumento potencialmente integrador...

Tomamos a decisão de dar particular relevo ao teste de Rorschach (segundo o SIR de Exner), essencialmente porque o consideramos um instrumento particularmente útil, na medida em que fornece um leque muito amplo de informações nos diferentes domínios que temos vindo a referir[13] (e.g., estrutura, organização, funcionamento, sentidos, processos, psicopatologia), mas também por termos trabalhado de forma regular com este teste, nos últimos 12 anos, termos comprovado a validade e utilidade da sua utilização no domínio das toxicodependências (Santos, 1994, 1996, 1998) e considerarmos que o sistema de Exner não foi ainda suficientemente "descoberto" no nosso país, não obstante ter sido introduzido em Portugal há cerca de 20 anos, por Danilo Silva (1983, 1986)

Para uma breve história e caracterização do teste de Rorschach e do SIR

Desde a sua publicação, em 1921, o teste de Rorschach não deixou de suscitar elevado interesse por parte de clínicos e investigadores de diferentes orientações, a que se associou, desde cedo, o desenvolvimento de uma diversidade de perspectivas teóricas a seu respeito, acompanhada de intensa controvérsia entre os defensores dos sistemas de administração e interpretação do teste entretanto desenvolvidos. A esta diversificação não será alheio o facto do seu criador, Hermann Rorschach, ter falecido precocemente sem chegar a finalizar os estudos empíricos que iniciara nem a definir completamente o quadro teórico e conceptual de base que considerava mais adequado para a sua caracterização, compreensão e utilização.

Actualmente, os diferentes sistemas e modelos interpretativos do Rorschach poderão, numa simplificação que pretende apenas facilitar o seu enquadramento, ser divididos em dois grandes grupos ou linhas de orientação, considerados inconciliáveis pelos seus defensores e utilizadores. Dada a sua proveniência geográfica e os países em que encontraram maior desenvolvimento, aceitação e utilização, estes dois sistemas são frequentemente apelidados de "escola/sistema francês", num caso, e de "escola/sistema americano", no outro (um nítido simplismo/reducionismo classificatório, no qual vamos incorrer por mera facilidade de referência).

A *escola francesa* (dominante até aos anos 70) - por sua vez, subdivisível em diferentes sistemas, conforme a teoria da personalidade em que assenta a interpretação dos protocolos - pode ser caracterizada, genericamente, pelo facto de considerar o Rorschach uma técnica clínica por excelência e não um teste psicométrico, mais especificamente uma *prova projectiva* reveladora da organização e

dinâmica internas do indivíduo, no jogo entre as diferentes instâncias ou tópicas e das forças psicológicas que estruturam e operam no sistema da personalidade[14]. Na sequência dessa posição, não admite a possibilidade de interpretação do teste para além de ou sem uma teoria da personalidade que a oriente, recorrendo a teorias psicanalíticas para a sua interpretação.

O *sistema francês* permite-nos dois tipos de análise: uma, mais quantitativa, traduzida nos cálculos e variáveis que compõem o "psicograma" do sujeito, ponto de partida para uma análise global dos resultados; e uma outra, de cariz qualitativo, assente nos conteúdos das respostas e na forma como elas se articulam em termos perceptivo-linguísticos, nível que, na sequência dos trabalhos de Schafer, se tornou dominante neste sistema de interpretação do Rorschach. Esta última inclui, fundamentalmente, dois aspectos: uma análise "temática" de cada resposta, assente em conceitos como os de dependência/independência, regressão, conflito, atitudes face ao papel sexual, narcisismo; e uma análise das respostas, placa por placa, (cartão, prancha, lâmina) que se baseia no pressuposto de que cada uma delas suscita de forma dominante um determinado conteúdo latente, presente na forma como o sujeito vai articular a resposta a essa placa (e.g., placa III e o relacionamento interpessoal; placa IV e os imagos parentais/confronto com a autoridade; placa V e o confronto com o real; placa VI e a orientação sexual).

Por sua vez, o *sistema americano* - que tem vindo a experimentar crescente implementação nos últimos 20 anos, na sequência dos trabalhos levados a cabo nos EUA pela equipa da *Rorschach Research Foundation*, coordenada por J. Exner, e sobre o qual nos debruçaremos de forma mais aprofundada um pouco mais à frente - adopta uma perspectiva cognitivo-comportamental, recusando as leituras psicanalíticas, e considerando-o um teste fundamentalmente perceptivo-cognitivo (no qual, por vezes, ocorrem fenómenos de projecção) e não um teste projectivo, como durante vários anos foi considerado.

No essencial, esta oposição entre as duas escolas ou sistemas traduz a querela ou oposição existente entre a sua utilização como prova qualitativa ou quantitativa, objectiva ou projectiva, como método clínico ou como teste com características psicométricas, como prova idiossincrática ou referenciável a valores normativos de uma população, oposições e dicotomizações que, como todas as outras, têm as suas limitações[15].

Da (in)estrutura à atribuição de significados

Dadas as características de ambiguidade perceptivo-cognitiva que o Rorschach apresenta, ele revela-se um instrumento particularmente adequado para aceder, não só à caracterização base do sistema de personalidade, como aos processos e elementos base de estruturação do real, subjacentes à *leitura* e experiência que dele é feita por cada indivíduo e, dessa forma, também aos sentidos que orientam a sua acção (estes últimos através de uma análise de conteúdo das respostas).

Na realidade, muito embora se encontrem algumas regularidades de resposta nas placas do Rorschach (*banalidades*, no sistema francês; *respostas* o, no sistema americano), não se encontram, por muitas administrações que se façam, dois protocolos finais de Rorschach iguais em dois sujeitos diferentes (e até os protocolos de um mesmo sujeito, em diferentes pontos temporais, não são iguais), apesar de os elementos a considerar e a integrar em cada placa serem sempre os mesmos. Tal variabilidade deve-se ao facto da sua complexidade e ambiguidade formal-perceptiva (e significante) ser de tal ordem que cada indivíduo valoriza e interpreta de forma diferente os diferentes componentes de cada percepto, atribuindo uma configuração, um significado e uma estrutura narrativa particular à formulação final - ou resposta - que dá a cada placa.

Poderemos, então, hipotetizar que, tal como o faz face a cada placa de Rorschach, fá-lo-á perante a variabilidade, a ambiguidade, a complexidade (e, simultaneamente, a quotidianeidade e a regularidade) das situações e factores com que lida ao longo da sua vida.

Por outro lado, o teste de Rorschach, não sendo um instrumento de auto-relato, permite escapar às influências da *desejabilidade social*[16], bem como às dificuldades sentidas por indivíduos com baixo nível de escolaridade, no que diz respeito à compreensão (e, logo, à forma de lhes responder) das questões colocadas nos inventários de auto-relato.

O Sistema Integrativo de Rorschach (SIR) de J. Exner

Tendo tomado contacto com este teste, pela primeira vez,

em meados de 1950 e tendo iniciado a sua utilização de acordo com a abordagem dinâmica, preponderante na época, J. Exner, confrontado com a diversidade de sistemas existentes e com a não comunicação e não articulação ou troca entre eles, resolveu proceder a um estudo mais aprofundado das características dos diferentes sistemas de interpretação, suas diferentes modalidades de utilização, características comuns e características divergentes.

Na sequência destas análises, constatou a existência de diferenças entre os sistemas a todos os níveis, desde a posição física do administrador face ao sujeito e da instrução que é dada no início da administração, até ao método de recolha dos dados, forma de proceder ao inquérito e, finalmente, codificação e interpretação dos dados obtidos, concluindo que a diversidade era tanta que a noção de "um teste de Rorschach" acabava por ser mais um mito que uma realidade. Na verdade, vários testes de Rorschach diferentes tinham, entretanto, sido criados (Exner, 1986).

Face a esta constatação tomou a decisão de os estudar aprofundada e criticamente, tendo como preocupação subjacente a resposta a duas questões fundamentais: qual deles mostrava maior valor empírico e qual tinha maior utilidade clínica. Os resultados alcançados pelas pesquisas de Exner, levaram a que, em 1970, o seu objectivo se alterasse e passasse a ser a criação de um sistema de integração das características mais válidas de cada um dos sistemas.

Nesse sentido, inúmeros estudos foram implementados procurando-se desde a compreensão da natureza do teste e do processo de resposta que ele induzia até às modalidades de codificação e interpretação dos seus dados que se revelassem mais adequadas. O "Comprehensive System", assim designado na medida em não se trata de mais um sistema do Rorschach mas da integração de diferentes aspectos dos restantes sistemas e "dos conhecimentos mais sólidos alcançados por aqueles que desenvolveram e investigaram o teste" (Silva, 1986), irá resultar deste conjunto de reflexões e dos inúmeros estudos empíricos desenvolvidos pela equipa de investigadores orientada por Exner.

Conceptualização dos diferentes processos envolvidos na resposta ao teste de Rorschach, de acordo com o SIR

Hermann Rorschach considerava que as respostas ao seu teste eram formadas através de uma integração de traços de memória com as sensações criadas pelos estímulos da figura. Esta integração implicava uma operação psicológica consciente, na base da qual estava a constatação, pelo sujeito, de que a mancha apresentada era diferente dos objectos armazenados na memória, operação que envolvia um processo de identificação e associação. O autor via o processo de resposta ao seu teste como fundamentalmente perceptivo ou aperceptivo[17].

Os estudos desenvolvidos nos últimos 30 anos pela equipa de Exner têm demonstrado que H. Rorschach tinha razão quanto aos seus pressupostos básicos e que, de facto, o indivíduo elabora a sua resposta depois da tomada de consciência de que a mancha é diferente dos traços de memória, sendo a *identificação* uma das operações psicológicas fundamentais na elaboração da resposta. Esta resposta implica um processo de transformação ou de tradução de um estímulo inestruturado e é essa "actividade mediadora idiográfica" que constitui "a força e o mistério do teste" (Exner, 1980).

Ou seja, quando se administra o teste de Rorschach é pedido ao sujeito que indique nas manchas algo que, na realidade, não está lá. Este pedido, aparentemente tão simples, irá desencadear uma variedade de complexas operações psicológicas implicadas na actividade mediadora que é realizada pelo indivíduo, na tentativa de estabelecer um equilíbrio entre a exigência de "violação" da realidade que lhe é feita pelo pedido do administrador e a necessidade vivenciada de manter a sua integridade pessoal. Por essa razão, o Rorschach poderá ser encarado como uma situação de resolução de problemas que põe em jogo processos de tomada de decisão, a partir dos processos de percepção, mediação e processamento da informação que lhe estão subjacentes.

Assim se encontram identificados os elementos fundamentais da conceptualização que Exner (1986, 1991) faz do teste de Rorschach: uma tarefa essencialmente *perceptivo-cognitiva*, uma "amostra do comportamento" do indivíduo em que se manifestam *processos de tomada de decisão e de resolução de problemas*, reveladores das estratégias de *coping* e de diferentes aspectos da *organização da personalidade* e do *funcionamento psicológico* dos sujeitos (e não um estímulo essencialmente projectivo).

O fenómeno de *projecção* suscitado pelo Rorschach cons-

titui o principal ponto de discordância entre as duas escolas de interpretação do teste. Como afirma Exner (1986), ao contrário do que muitos pensaram, o Rorschach não é "um raio-X mágico da mente" mas um procedimento que evoca muitas das operações psicológicas fundamentais do sujeito. Não há dúvida de que a projecção pode ocorrer durante o teste, mas considerá-lo só como projectivo seria, para este autor, limitar-lhe as potencialidades. Sendo a projecção entendida por Exner no sentido proposto por Murray, i.e., enquanto tendência que as pessoas têm para influenciar a mediação cognitiva dos *inputs* perceptivos, de acordo com as suas necessidades, interesses e características de organização psicológica.

Na realidade, e pelas características de ambiguidade e inestruturação perceptiva deste teste, a projecção pode surgir em diferentes momentos do processo de resposta, particularmente ao nível da mediação cognitiva e afectiva dos estímulos perceptivos, por interferência de necessidades, de interesses e da organização psicológica do indivíduo (Exner, 1989), sendo de destacar o facto da percepção implicar sempre algum grau de ambiguidade, a partir da qual o sujeito estrutura a sua própria versão do real e na qual as emoções, em inter-relação constante com os processos cognitivos, têm um papel estruturante fundamental.

Dada, porém, a existência dos dois tipos de processos - perceptivos e projectivos - o sistema integrativo de Exner possibilita também dois tipos de análise: uma "interpretação representativa", assente nos dados quantitativos fornecidos pelo *sumário estrutural* e uma "interpretação simbólica", centrada na análise do conteúdo das produções verbais do sujeito. A primeira revelar-nos-á *como* o indivíduo se comporta habitualmente, enquanto a segunda nos fornecerá indicações sobre o *porquê* dele se comportar dessa forma (indo da estrutura e da organização, aos processos e sentidos...).

Weiner (1977, 1983, 1989), ao analisar as questões éticas associadas à utilização deste teste, elaborou uma sistematização das informações que o Rorschach, com as suas características particulares, poderá ou não fornecer-nos. Para tal, distingue os três tipos essenciais de questões a que a avaliação psicológica é chamada a responder: **(a)** o funcionamento psicológico do indivíduo; **(b)** a presença ou não de um dado estado ou condição, como, por exemplo, esquizofrenia ou depressão e, finalmente; **(c)** a predição do comportamento. Esta última questão revela-se bem mais complexa que as duas anteriores, na medida em que implica a consideração das variáveis ambientais em interação com as individuais, não podendo continuar a aceitar-se a ideia de que os *traços de personalidade* sejam entidades determinadoras do comportamento de uma forma linear e determinista. De acordo com Weiner (idem), o Rorschach será útil para (a) e (b) e, com elevadas reservas e uma cuidadosa análise do impacto do meio sobre os comportamentos, poderá contribuir para (c). Considera, assim, inequívoca a sua validade como *instrumento de avaliação de processos de personalidade*, o que ele efectivamente é, mais do que como teste de diagnóstico ou de predição de comportamentos, o que ele não será.

Domínios e processos psicológicos avaliados pelo SIR

Poderemos considerar, globalmente, a existência de seis grandes áreas ou domínios da organização da personalidade e do funcionamento psicológico acerca dos quais o teste de Rorschach (segundo o SIR) nos poderá fornecer informações: **a)** Estilos de *Coping*, Controlo e Tolerância ao *Stress*; **b)** Iniciativa e Complexidade Cognitiva/Processamento da Informação; **c)** Mediação dos estímulos, Convencionalidade e Adequação Perceptiva; **d)** Factores e características da Ideação; **e)** Aspectos Afectivos; **f)** Aspectos relativos à Autopercepção e Percepção e Atitudes Interpessoais. Processamento, Mediação e Ideação constituem aquilo que Exner (1991) designa de "tríade cognitiva", interagindo entre si.

Fornece-nos, ainda, indicações acerca da presença de estados psicopatológicos como a esquizofrenia ou a depressão e revela determinadas constelações de variáveis relativas a modalidades de funcionamento como défices de *coping* ou um estilo hipervigilante.

A análise destes dados efectua-se a partir do *Sumário Estrutural* e deve ser, sempre, integrada nos dados biográficos, e outros, do sujeito, bem como complementada por uma análise qualitativa, temática, a partir dos conteúdos e regularidades ou excepções nas respostas do sujeito.

Pensamos que a sua relevância no contexto da avaliação/intervenção psicológica com toxicodependentes e as possibilidades integradoras que possui - permitindo avaliar estrutura, organização, funcionamento, processos e significações -

terá ficado clara, mesmo com uma apresentação tão sumária das suas potencialidades.

Em termos de aplicação, são sobejamente conhecidas as 10 placas que constituem a base do teste, não sendo possível definir um tempo médio de duração da administração do Rorschach, dado que ela pode demorar apenas 15 ou 20 minutos (excepcionalmente), mas também pode demorar mais de 5 horas (excepcionalmente, também). Digamos que 1 hora a 1 hora e meia será suficiente para a maior parte das situações. A sua aplicação e interpretação exige uma sólida e prolongada formação específica, assim como um treino regular, dado que a utilização do SIR comporta diversas especificidades e dificuldades. Existem programas informáticos de suporte à elaboração do sumário estrutural e sua interpretação, mas que não dispensam, obviamente, a interpretação desenvolvida pelo especialista. Infelizmente, confrontamo-nos com um problema comum a outros testes em Portugal: a inexistência de valores "de referência" (vulgo, normativos) para a nossa população. Não sendo um elemento imprescindível, a sua existência facilitaria certas dimensões da interpretação do teste[18].

3. E todo um trajecto por realizar...

Alguns dos instrumentos referidos, permitem uma articulação particularmente adaptada a certos modelos de intervenção (v.g., a escala de McMullin e o SIR adaptam-se particularmente bem a modelos de orientação cognitivo-comportamental; o Rorschach, segundo o "sistema francês" às abordagens psicodinâmicas, as "fichas" de Berg e Reuss às abordagens narrativas). Outros, podem ser particularmente úteis para a avaliação dos próprios processos de intervenção ou para situações de *follow-up* (e.g., QFV ou DASES - Drug Avoidance Self-Efficacy Scale).

Muito poucos se encontram disponíveis em versões devidamente construídas ou adaptadas à nossa população. Serve, assim, o presente texto, quer como um primeiro passo para uma sistematização do que vai existindo, quer como um alerta para que se evitem erros de avaliação no recurso a instrumentos não validados. E, acima de tudo, serve como apelo a uma maior mobilização de esforços no sentido de se proceder ou à construção de novos testes, ou à aferição e adaptação de instrumentos que mostraram já a sua validade e utilidade noutros países.

Neste, como noutros domínios da intervenção com toxicodependentes, das estruturas aos processos (e aos sentidos) há um longo trajecto por realizar... ■

Contacto:
Celina Manita
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP)
Centro de Ciências do Comportamento Desviante (CCCD) e Gabinete de Estudos e Atendimento a Vítimas (GEAV) da FPCEUP
Rua do Campo Alegre, 1021/1055
4169-004 PORTO
celina@psi.up.pt.

Notas

(1) Tivemos já oportunidade de nos referir de forma desenvolvida às diferentes concepções de personalidade e sua evolução histórica (Manita, 1996, 1998), pelo que não o iremos aprofundar aqui.

(2) A avaliação psicológica pode, de facto, estar ao serviço dum diagnóstico - e nisso consistiu a avaliação durante décadas, nomeadamente a que era praticada nos contextos tradicionais da saúde, como os hospitais gerais e hospitais psiquiátricos - mas ela é diferente de diagnóstico. O psicodiagnóstico é a dimensão "mais tradicional" da avaliação clínica (não tanto na avaliação desenvolvida no contexto das investigações científicas), mas esta tem múltiplas outras funções. Se a avaliação implica sempre uma organização, análise e interpretação de dados, esse trabalho não tem de convergir especificamente para o estabelecimento de um diagnóstico.

(3) De uma avaliação quase exclusivamente centrada nas estruturas da personalidade e/ou na identificação de patologia(s) e desordens comportamentais, evoluiu-se, nas últimas três décadas, para uma progressiva avaliação dos processos e sentidos, sem deixar de ter em conta a estrutura, organização, funcionamento e desenvolvimento do sistema de personalidade (no caso específico da avaliação de crianças e adolescentes, a dimensão desenvolvimental reveste-se de particular importância). Alguns autores, particularmente os do construcionismo social, abdicam simplesmente da avaliação psicológica, pelo menos da avaliação no seu sentido tradicional, opção perfeitamente consonante com as suas posições teóricas e conceptuais.

(4) Os autores referem-se, respectivamente, às obras: Zazzo, R.; Gilly, M. & Verba-Rad, M. (1980). *Nova Escala Métrica da Inteligência* - vol II. Lisboa: Livros Horizonte. E. Kaufman, A.S. (1982). *Psicometria Razonada con el WISC-R.* Mexico: Ed. El Manual Moderno.

(5) De elogiar também os esforços que se têm feito ao nível da formação de psicólogos no domínio da avaliação, única forma de tentar superar as lacunas existentes, se bem que é cada vez mais difícil distinguir "o trigo do joio" num mercado que rapidamente se apercebeu da apetência por e da rentabilidade destes "serviços".

(6) Inicialmente este inventário, construído por Costa e McCrae, em 1978, avaliava apenas os domínios N, E e O. Em 1983 os autores acrescentaram-lhe as escalas de avaliação dos factores E e C, tendo sido publicado com a designação de *NEO Personality Inventory*. Em 1990, foram introduzidas algumas alterações e acrescentadas escalas para as facetas de A e C, dando origem à versão actualmente utilizada do inventário: o *NEO Personality Inventory - Revised* (NEO PI-R), publicado por Costa e McCrae, com respectivo Manual, em 1992 (Lima & Simões, 1995).

(7) Muito embora os seus criadores e defensores o definam, actualmente, como um teste de avaliação "da personalidade", na prática, a informação fornecida pelo MMPI refere-se quase exclusivamente à presença ou

ausência de distúrbios de comportamento/personalidade, ou a formas mais graves de psicopatologia, razão que nos levou a incluí-lo aqui e não no ponto anterior.

(8) Habitualmente os indivíduos obtêm valores elevados em mais do que uma escala clínica, pelo que só a combinação dos resultados e a sua análise integrada permitirá uma correcta interpretação do teste.

(9) Exceptuam-se os instrumentos que têm sido construídos e utilizados no âmbito dos estudos epidemiológicos e de prevenção do uso de drogas, desenvolvidos ou coordenados pelo nosso colega de trabalho, Prof. Doutor Jorge Negreiros.

(10) Tivemos conhecimento da existência de um estudo exploratório, na FPCEUP, que visava esse processo de tradução, adaptação e aferição, mas desconhecemos o seu estado actual.

(11) Existe, neste momento, no Departamento de Psicologia da U. Minho, uma versão experimental, para investigação, traduzida pela Profª. Doutora Carla Machado, a partir da qual esperamos que se venham a fazer os necessários estudos de adaptação/aferição. Tivemos oportunidade de contactar com uma escala que se auto-intitulava "escala de avaliação da adictividade e crenças disfuncionais", sem referência de autor, que pensamos ser uma "versão pirata" da McMullin, de cujas origens se terão perdido já as referências...

(12) Também não está, tanto quanto conseguimos apurar, nem traduzida nem aferida/adaptada para Portugal. Relativamente a esta escala, como a todos os instrumentos que temos vindo a referenciar, ou a outros que não tenhamos indicado, solicitamos a quem possua informações mais actualizadas sobre a sua "realidade" em Portugal, o favor de nos fazer chegar esses elementos.

(13) Embora, para tal, exija uma formação especializada que raramente é ministrada e, quando o é, nem sempre por formadores com os conhecimentos, competências e treino necessários.

(14) Este teste, pelas suas características perceptivo-projectivas, induziria no sujeito uma constante oscilação entre processos de funcionamento primários (de regressão ao princípio do prazer, estado muito similar ao onírico, dominado pelos impulsos primários infantis do Id) e processos de funcionamento secundários (dominados pelo princípio da realidade, numa tentativa de controlo dos primeiros pelas estruturas do Ego e Super-Ego), oscilação traduzida na resposta verbal que é dada pelo sujeito. Esta resposta resultará do seu esforço para escapar à sensação de "desrealização", "experiência de caos", "angústia de fragmentação ou de perda da forma" induzidas pelo teste. Jogo, assim, entre os mecanismos projectivos e os mecanismos defensivos do indivíduo, que nos dará conta da sua organização e dinâmica internas e da forma dominante de relação com o meio.

(15) O nosso trabalho com o Teste de Rorschach - quer ao nível da investigação, quer ao nível da avaliação e intervenção psicológica - levou-nos a um abandono do "sistema francês" (modelo no qual nos iniciamos e que utilizamos durante 6 anos) e à opção pelo "sistema americano". Esta opção não foi, obviamente, fruto de um qualquer elemento aleatório, mas o resultado da reflexão e da experiência empírica desenvolvida em torno dos dois modelos. Estamos, assim, perfeitamente conscientes das vantagens e desvantagens de cada um dos modelos, as quais tivemos já oportunidade de desenvolver noutros contextos (Santos, 1994, 1998), mas que não referiremos aqui dadas as limitações de espaço.

(16) Os efeitos que testes como o MMPI ou o NEO PI-R tentam contornar com o recurso a escalas de validade, embora esteja já demonstrado que o Rorschach é o teste menos vulnerável à falsificação/falseamento e ao efeito da desejabilidade social.

(17) Victor Moita (1994) - defensor e utilizador do "sistema francês" - chama a atenção para o seguinte aspecto: "De facto, Hermann Rorschach pretende explicar o *complexo acto cognitivo* que está na base de qualquer *verbalização com sentido*, detendo-se apenas na explicação daquilo que *é a percepção* [...] mas hoje todos sabemos que, na psicologia da percepção e da imagem, *percepcionar* e *ver* não são a mesma coisa [...] no *processo projectivo*, a questão não é *perceber* ou *percepcionar*, mas *ver*, isto é, *criar uma imagem*, *criar uma estrutura*, *dar uma organização que não está lá*, na situação-estímulo, e que não pode, por isso mesmo, depender de uma função que apenas permite um *acto de reconhecimento.*"

(18) Um docente da FPCEUP, o Dr. Abel Pires, iniciou há alguns anos este estudo, no âmbito das suas provas de doutoramento, mas ainda não se conhecem os resultados finais.

Referências Bibliográficas

Almeida, L.; Gonçalves, M. & Simões, M. (1995). "Provas psicológicas em Portugal: situação actual, limitações e desafios". *In*: L. Almeida, M. Simões & M. Gonçalves (Eds), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. I-IX). Braga: APPORT.

Almeida, L. ; Simões, M. & Gonçalves, M. (Eds., 1995). *Provas Psicológicas em Portugal.* Braga: APPORT.

Simões, M.; Gonçalves, M. & Almeida, L. (Eds., 1999). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* - vol. 2. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

Beck, W.H. (1991). *Co-Dependence Assessment Manual.* Chicago: Administrative Services.

Berg, I.K. & Reuss, N.H. (1998). *Solutions Step by Step. A Substance Abuse Treatment Manual.* New York: W.W. Norton & Company.

Bowers, K. (1984). "On being unconsciously influenced and informed". *In*: Bowers & Meichenbaum (Eds.), *The Unconscious Reconsidered.* New York: John Wiley & Sons.

Canavarro, M. (1999). "Inventário de Sintomas psicopatológicos - B.S.I". In M. Simões; M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* - vol. 2 (pp. 95-109). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais

Derogatis, L.R. (1977). SCL-90: *Administration, Scoring and Procedures Manual - I for revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.

Derogatis, L.R. (1982). BSI: *Brief Symptom Inventory.* Minneapolis: National Computer Systems.

DSM-IV (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington DC: American Psychiatric Association.

Exner, J.E. (1980). "But It's Only an Inkblot". J*ournal of Personality Assessment*, 44 (6): 563-571.

Exner, J.E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System* (I). New York: John Wiley & Sons.

Exner, J.E. (1991). *The Rorschach*: *A Comprehensive System (II): Current Research and Advanced Interpretation.* New York: John Wiley & Sons.

Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation.* California: Sage.

Lima, M.P. de & Simões, A. (1995). "Inventário de Personalidade NEO PI-R". *In*: L. Almeida; M. Simões & M. Gonçalves (Eds), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 133-149). Braga: APPORT.

McLellan, A.T.; Luborsky, L.; O'Brien, C.P. & Woody, G.E. (1980). "An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index." *Journal of Nervous and Mental Disorders,* 168: 26-33.

McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grisson, G.; Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). "The fifth edition of the Addiction Severity Index". *Journal of Substance Abuse Treatment,* 9: 199-213.

Miller, W. & Marllat, G.A. (1984). *Manual for the Comprehensive Drinker Profile.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Moita, V. (1994). "Percepção e Projecção na Prova de Rorschach: Contributos para uma reflexão crítica sobre o modelo de Exner". *Análise Psicológica,* XII (4): 447-457.

Nisbett, R.E & Wilson, T.D. (1977). "Telling more than we can know: verbal reports on mental processes". *Psychological Review*, 84 (3): 231-259.

Santos, C.P. (1994). "A utilização do teste de Rorschach no estudo da transgressão". *In*: M. Gonçalves (Ed.), *Rorschach na Avaliação Psicológica: Aspectos Teóricos e Casos Clínicos.* Braga: S.H.O.

Santos, C.P. (1996). "Y-a-t-il une "personnalité criminelle?" - une étude d'évaluation dans le domaine de la criminalité". *Revue International de Criminologie et de Police Téchnique,* 1:105-113.

Santos, C. (1998). *Auto-organização psicológica e transgressão*. *Análise empirico-crítica de duas figuras do comportamento desviante: criminosos e consumidores de drogas.* Tese de Doutoramento, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Silva, D. (1983). "Análise dos estudos sobre a validade do Rorschach em Psicologia Clínica". *Separata da Revista Portuguesa de Psicologia,* 17/18/19.

Silva, D. (1986). "Exner e a reposição do teste de Rorschach". *Revista Portuguesa de Pedagogia,* XX: 135-168.

Vaz Serra, A. (1986). "O inventário clínico de auto-conceito". *Psiquiatria Clínica*, 7 (2): 67-84.

Vaz Serra, A. (1988). "Um estudo sobre *coping*: o Inventário de Resolução de Problemas". *Psiquiatria Clínica,* 9 (4): 301-316.

Vaz Serra, A. (1994). "IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão". Coimbra: Ed. Psiquiatria Clínica.

Vaz Serra, A. (1995). "IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão". *In*: L. Almeida; M. Simões & M. Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 181-191). Braga: APPORT.

Weiner, I.B. (1977). "Approaches to Rorschach validation". *In*: M. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach Psychology.* New York: John Wiley & Sons.

Weiner, I.B. (1983). "The future of the psychodiagnosis revisited". *Journal of Personality Assessment*, 47(5): 450-461.

Weiner, I.B. (1989). "On competence and ethicality in psychodiagnostic assessment". *Journal of Personality Assessment,* 53 (4): 827-831.

White, P.A. (1988). "Knowing more about what we can tell: "introspective access" and causal report accuracy 10 years later". *British Journal of Psychology*, 79: 13-45.

Bibliografia Consultada

Babor, T.F.; Brown, J. & Boca, F.K. (1990). "Validity of self-reports in applied research on addictive behaviors: fact or fiction?" *Behavioral Assessment*, 12 (1): 5-31.

Exner, J.E. (1989). "Searching for projection in the Rorschach". *Journal of Personality Assessment,* 44(6): 520-536.

Exner, J.E. (1990). *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System.* New York: Rorschach Workshop.

Howes, R. (1981). "The Rorschach: does it have a future?" *Journal of Personality Assessment,* 45 (4): 339-351.

Knowles, E.S. (1988). "Item context effects on personality scales: measuring changes the measure". *Journal of Personality and Social Psychology,* 55 (2):312-320.

Room, R.; Janca, A.; Bennett, L.A. & Sartorius, N. (1996). "Cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results" *Addiction*, 91: 199-220.

Tarter, R. (1990). "Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16: 1-46.