

UNIVERSIDADE DE SALAMANCA

FACULDADE DE PSICOLOGIA

Dpto. Personalidade, Avaliação e Tratamento Psicológico



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**"ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DE
PERSONALIDADE EM MILITARES
PORTUGUESES QUE ESTIVERAM EM
MISSÕES DE PAZ"**

ALUNA: SOFIA SOARES PEREIRA

DIRECTORES:

- Prof. Doutora. GUADALUPE SÁNCHEZ CRESPO

- Prof. Doutor FERNANDO JIMÉNEZ GÓMEZ

Tese de Doutoramento. Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde

Salamanca, Novembro 2014

UNIVERSIDADE DE SALAMANCA

FACULDADE DE PSICOLOGIA

Dpto. Personalidade, Avaliação e Tratamento Psicológico



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**"ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DE
PERSONALIDADE EM MILITARES
PORTUGUESES QUE ESTIVERAM EM
MISSÕES DE PAZ"**

ALUNA: SOFIA SOARES PEREIRA

DIRECTORES:

- Prof. Dra. GUADALUPE SÁNCHEZ CRESPO

- Prof. Dr. FERNANDO JIMÉNEZ GÓMEZ

Tese de Doutoramento. Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde

Salamanca, Novembro 2014

INFORME DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS DOCTORAL

Dña **GUADALUPE SÁNCHEZ CRESPO** y D. **FERNANDO JIMÉNEZ GÓMEZ**, en calidad de Directores de la Tesis Doctoral denominada “*Análisis de las características de personalidad en militares portugueses que han intervenido en misiones de paz*”, realizado por la alumna Dña. Sofía Soares Pereira, para su lectura y defensa ante tribunal,

DESEAN HACER CONSTAR que,

dicho trabajo reúne todos los elementos de originalidad y aportación científica suficientes y necesarios para ser expuesto y defendido ante un tribunal.

Y para que conste firmamos el presente informe en Salamanca a ____/____/____.

LOS DIRECTORES DE LA TESIS DOCTORAL

Fdo. Guadalupe Sánchez Crespo y Fernando Jiménez Gómez

A Guerra que Aflige com os seus Esquadrões

“A guerra, que aflige com os seus
esquadrões o Mundo,
É o tipo perfeito do erro da filosofia.

A guerra, como tudo humano, quer alterar.
Mas a guerra, mais do que tudo, quer
alterar e alterar muito
E alterar depressa.

Mas a guerra inflige a morte.
E a morte é o desprezo do Universo por
nós.
Tendo por consequência a morte, a guerra
prova que é falsa.
Sendo falsa, prova que é falso todo o
querer-alterar.

Deixemos o universo exterior e os outros
homens onde a Natureza os pôs.
Tudo é orgulho e inconsciência.
Tudo é querer mexer-se, fazer coisas,

deixar rasto.
Para o coração e o comandante dos
esquadrões
Regressa aos bocados o universo exterior.
A química direta da Natureza
Não deixa lugar vago para o pensamento.

A humanidade é uma revolta de escravos.
A humanidade é um governo usurpado
pelo povo.
Existe porque usurpou, mas erra porque
usurpar é não ter direito.

Deixai existir o mundo exterior e a
humanidade natural!
Paz a todas as coisas pré-humanas, mesmo
no homem,
Paz à essência inteiramente exterior do
Universo!”
Alberto Caeiro, in "Poemas Inconjuntos"
Heterónimo de Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

A todos os militares e civis que, por motivos bélicos ou não, estiveram ou estão em sofrimento psíquico.

A todos os meus pacientes que todos os dias me fazem crer que é este o meu caminho.

AGRADECIMENTOS

Finalizar o meu doutoramento é chegar ao fim de uma meta com a qual me comprometi há uns anos atrás. No decorrer desta jornada, muitas foram as alterações ocorridas na minha vida pessoal e profissional que, por sua vez, foram também elas adiando o término desta obra.

Para conseguir concluir esta longa caminhada académica, foram dedicadas muitas horas, dias, semanas, meses e anos. Fui-me confrontando com algumas dificuldades e ultrapassando outras. Contei com a ajuda indispensável de várias pessoas que de uma forma directa ou indirecta contribuíram para conseguir chegar até aqui.

Com uma interferência directa neste trabalho:

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador e diretor de tese Professor Doutor Fernando Jimenez Gómez, o grande responsável pela escolha do meu tema de tese. Já tinha tido a sorte e o prazer de trabalharmos juntos anteriormente e como as boas experiências são para repetir, desenvolvemos mais um trabalho em conjunto. Obrigada pela rápida resposta aos meus pedidos e às minhas dúvidas. A quase 500 quilómetros de distância, esteve sempre ao meu lado.

Em segundo lugar, agradeço à minha diretora de tese Professora Doutora Guadalupe Sánchez Crespo, por ter aceite este projecto e por se encontrar disponível para o que for necessário.

Em terceiro lugar, o meu muito obrigada ao Centro de Psicologia Aplicada do Exército Português, nomeadamente ao Sr. Cor. Fernando Cruz pelo seu entusiasmo

manifestado pelo tema da minha tese e pela sua disponibilidade para reuniões sobre os assuntos relacionados com ela.

Em quarto lugar, agradeço àqueles que funcionaram como ponte de ligação entre mim e os militares que fizeram parte da amostra, como o Cap. Figueiredo, o Maj. Santos e o Maj. Monteiro. Encarregaram-se de esclarecer dúvidas, agilizar burocracias e trataram da logística necessária à aplicação das provas quer no Centro de Tropas Comandos, quer no Regimento de Engenharia nº 1.

Aqui se adjunta o quinto agradecimento ao Estado Maior do Exército Português, por ter autorizado a minha investigação, e ao Centro Tropas Comandos na Amadora e ao Regimento de Engenharia nº 1 na Pontinha por me terem recebido e facilitado a ordenação dos militares para entrevistas e aplicação de provas.

O sexto agradecimento vai para os militares constituintes da minha amostra. Tive uma oportunidade quase única em investigação, que é ter o privilégio de estar com cada participante da amostra de forma individual. Obrigada pelo vosso contributo e por terem partilhado algo tão pessoal comigo!

De uma forma indirecta mas tão ou mais importante que a primeira, agradeço às pessoas que sempre me motivaram e que acreditavam que o término desta etapa ía chegar:

Obrigada por tanto Tiago Pereira! Pelo apoio directo à tese no que toca às dúvidas no SPSS e no Excel, pela revisão de alguns textos e artigos, mas sobretudo por estares sempre carinhosamente comigo!

Agradeço àquele que foi a minha grande motivação na recta final desta etapa. Uma das grandes alterações ocorridas durante este trabalho foi o nascimento do Santiago. Vieste dar “mais tudo” à minha vida. Obrigada meu querido!

À “Estrelinha” sejas muito bem-vinda! A mais deliciosa surpresa de todos os tempos!

À minha mãe, irmão Carlos e sobrinhos, sempre interessados e a fazer pressão para continuar a desenvolver este trabalho! Obrigada pela motivação constante para partir do desconhecido e ir mais longe!

Ao Pedro Aleixo, por andar sempre comigo para onde quer que eu vá, faça eu o que eu fizer, pense eu o que eu pensar, sinta eu o que eu sentir...

Aos meus amigos tenho a dizer-vos que sou uma felizarda por beneficiar da vossa amizade. Não consigo nomeá-los todos aqui, mas todos partilharam comigo vários momentos relacionados com a construção deste trabalho, por isso, o meu muito obrigada.

Em particular, à Beatriz Reis e ao Rui Dionísio, sempre disponíveis para tudo.

E por fim, agradeço à ternurenta e doce Sissi, tens sido uma grande “cãopanheira”!

Não cabem em mil teses o quanto estou grata a todos vós!

Grata por fazerem parte da minha vida, parte de mim!

OBRIGADA POR TANTO!

INDICE GERAL

PARTE I.- MARCO TEÓRICO	32
Introdução	33
<i>I.1. INTERVENÇÃO DE PORTUGAL</i>	<i>38</i>
I.1.1. Portugal e as Missões de Apoio à Paz	38
I.1.2. As mulheres em missões de paz	47
I.1.3. Intervenção e Acompanhamento Psicológico nas Missões do Exército	50
<i>I.2. PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS RELACIONADAS COM A GUERRA.....</i>	<i>57</i>
I.2.1. A Perturbação de Stress Pós-Traumático.....	58
I.2.2. Ansiedade	79
I.2.3. Depressão	83
I.2.4. Tratamento (s). psicoterapêutico (s).	87
<i>I.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE.....</i>	<i>95</i>
I.3.1. INVENTÁRIO DE ESTADO-TRAÇO DA ANSIEDADE (STAI).....	95
I.3.2. INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE NEO-REVISTO (NEO-PI-R).....	100
I.3.3. PSICODIAGNÓSTICO RORSCHACH.....	114
I.3. 4. O Sistema Compreensivo e os Índices Especiais de John Exner	150
I.3. 5. Cartões Projectivos José Rodrigues Isidoro (JRI).....	158
PARTE II.- MARCO EMPÍRICO	173
<i>II.1. METODOLOGIA</i>	<i>174</i>
II.1.1. Desenho de Investigação	174
II.1.1.1. Definição do Problema e dos Objectivos em estudo	174
II.1.1.2. Definição da Hipótese	175
II.1.1.3. Análise da Amostra	176
II.1.1.3.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	177
II.1.1.4. Instrumentos de Aplicação.....	179

II.1.1.4.1. Questionário sociodemográfico	180
II.1.1.4.2. Ansiedade Traço e Ansiedade Estado (STAI).	181
II.1.1.4.3. Inventário/Questionário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R).	183
II.1.1.4.4. Psicodiagnóstico Rorschach	186
II.1.1.4.5. Cartões projetivos JRI	188
II.1.2. Procedimentos	190
PARTE III.- RESULTADOS	195
<i>III.1. Variáveis Sociodemográficas</i>	<i>196</i>
III.1.1. Idade	196
III.1.2. Género	197
III.1.3. Nacionalidade	198
III.1.4. Origem Étnica.....	199
III.1.5. Posto Militar.....	200
III.1.6. Número de filhos	201
III.1.7. Lugar da última missão	202
III.1.8. Lugar de outras missões	203
III.1.9. Os militares pretendem voltar a fazer missões	204
III.1.10. Principais tarefas durante a missão	205
III.1.11. Percepção de ameaça pelo inimigo	206
III.1.12. Experiências desagradáveis em missão (gerais).	207
III.1.13. Ficou afectado com essas experiências?	208
III.1.14. Experiências desagradáveis em missão (detalhadas).	209
III.1.15. Idade de ingresso no Exército	210
III.1.16. Número de anos no Exército	211
III.1.17. Missões Completas	212
III.1.18. Tempo que terminou a última missão (meses).	213
III.1.19. missões anteriores	214
<i>III.2. Variáveis STAI</i>	<i>214</i>

III.2.1. Ansiedade-Estado	215
III.2.2. Ansiedade-Traço	216
III.2.3. Relação entre Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço da amostra total por género	217
III.2.4. Relação entre Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço da amostra total por grupos etários	219
III.2.5. Relação entre Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço da amostra total por nível de escolaridade.....	221
III.2.6. Relação entre Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço da amostra total por posto militar ...	222
III.2.7. Relação entre Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço da amostra total por tipo de combate	224
<i>III.3 Variáveis NEO-PI-R.....</i>	<i>225</i>
III.3.1. Neuroticismo VS Estabilidade Emocional	225
III.3.2. Extroversão	226
III.3.3. Abertura à Experiência.....	227
III.3.4. Amabilidade	228
III.3.5. Responsabilidade	229
III.3.6. Ansiedade	230
III. 3. 7. Hostilidade	230
III. 3. 8. Depressão.....	231
III.3.9. Ansiedade Social	232
III.3.10. Impulsividade	233
III.3.11. Vulnerabilidade	234
III.3.12. Cordialidade	235
III.3.13. Gregariedade	236
III.3.14. Assertividade.....	237
III.3.15. Actividade	238
III.3.16. Procura de Emoções	239
III.3.17. Emoções Positivas.....	240
III.3.18. Fantasia	241

III.3.19. Estética.....	242
III.3.20. Sentimentos.....	243
III.3.21. Acções.....	244
III.3.22. Ideias.....	245
III.3.23. Valores.....	246
III.3.24. Confiança.....	247
III.3.25. Franqueza.....	248
III.3.26. Altruísmo.....	249
III.3.27. Atitude conciliadora.....	250
III.3.28. Modéstia.....	251
III.3.29. Sensibilidade para com os outros.....	252
III.3.30. Competência.....	253
III.3.31. Ordem.....	254
III.3.32. Sentido do Dever.....	255
III.3.33. Necessidade de reconhecimento.....	256
III.3.34. Autodisciplina.....	257
III.3.35. Deliberação.....	258
<i>III.4. Variáveis Rorschach e Variáveis Cartões Projectivos JRI.....</i>	<i>260</i>
III.4.1. Localizações.....	260
III.4.2. Qualidade de Desenvolvimento.....	261
III.4.3. Determinantes.....	263
III.4.4. Qualidade Formal.....	264
III.4.5. Conteúdos.....	265
III.4.6. Fenómenos Especiais.....	266
<i>III.5. Prova de Eleição de Walter Morgenthaler.....</i>	<i>267</i>
III.5.1. Aceitação e Recusa.....	267
III.5.2. Motivos de Aceitação e de Recusa aos Cartões Rorschach e Cartões Projectivos JRI.....	268
<i>III.6. Variáveis Índices Especiais de Exner.....</i>	<i>278</i>

III.6.1. Índices Positivos.....	278
III.6.2. Índices Especiais de Exner.....	281
III.6.2.1. Percepção e Pensamento (PTI).	281
III.6.2.2. Depressão (DEPI).....	282
III.6.2.3. Deficit Social (CDI).....	283
III.6.2.4. Tendência para o Suicídio (S-CON).....	284
III.6.2.5. Hipervigilância (HVI).....	286
III.6.2.6. Obsessividade (OBS).....	287
<i>III.7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</i>	<i>288</i>
PARTE IV - CONCLUSÕES.....	310
<i>IV. CONCLUSÕES.....</i>	<i>311</i>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	314
ANEXOS.....	323

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1: Cronologia das principais guerras e conflitos bélicos. (Fonte: Google Imagens).	35
Imagem 2: Forças nacionais destacadas (Fonte: http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-defesa-nacional/quero-saber-mais/sobre-o-ministerio/organismos/direcao-geral-de-politica-de-defesa-nacional.aspx).....	47
Imagem 3: Brasão do CPAE. (Fonte: http://www.exercito.pt/sites/CPAE/Historial/Paginas/Heraldica.aspx , consultada a 10 Janeiro de 2013).	51
Imagem 4: <i>Organograma CPAE</i> . (Fonte: http://www.exercito.pt/sites/CPAE/Paginas/Organizacao.aspx , consultado a 10 de Janeiro de 2013).	52
Imagem 5: <i>Cartão I – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).	123
Imagem 6: <i>Cartão II – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).	126
Imagem 7: <i>Cartão III – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).	128
Imagem 8: <i>Cartão IV – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).	130

Imagem 9: <i>Cartão V – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).....	133
Imagem 10: <i>Cartão VI – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).....	135
Imagem 11: <i>Cartão VII – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).....	138
Imagem 12: <i>Cartão VIII – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).....	141
Imagem 13: <i>Cartão IX – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).....	143
Imagem 14: <i>Cartão X – Psicodiagnóstico Rorschach</i> (Fonte: Digitalização do cartão).....	146
Imagem 15: <i>Cartão I+ dos Cartões Projectivos JRI</i> (Fonte: Digitalização do cartão).....	162
Imagem 16: <i>Cartão II+ dos Cartões Projectivos JRI</i> (Fonte: Digitalização do cartão).....	165
Imagem 17: <i>Cartão III+ dos Cartões Projectivos JRI</i> (Fonte: Digitalização do cartão).....	169
Imagem 18: Entrada do Regimento de Engenharia nº 1 (Fonte: Google Imagens).	176

Imagem 19: *Localização do Centro de Tropas Comandos* (Fonte: <http://www.exercito.pt/sites/CTC/Paginas/Localizacao.aspx>, acedido a 20 Janeiro de 2012)..... 177

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Alfa de Cronbach para as escalas de facetas do NEO-PI-R	186
Tabela 2. Resultados da presente investigação	217
Tabela 3. Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).....	217
Tabela 4. Resultados da presente investigação	219
Tabela 5. Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).....	220
Tabela 6. Resultados da presente investigação	221
Tabela 7 . Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).....	221
Tabela 8. Resultados da presente investigação	222
Tabela 9. Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).....	223
Tabela 10. Resultados da presente investigação	224
Tabela 11. Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).....	224
Tabela 12. Motivos de Aceitação e de Recusa – Walter Morgenthaler.....	269
Tabela 13. Índices Especiais de Exner	278

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição da amostra por grupos de idades	196
Figura 2. Frequências e percentagens do género dos participantes	197
Figura 3. Frequências e percentagens da nacionalidade dos participantes	198
Figura 4. Frequências e percentagens da origem étnica dos participantes	199
Figura 5. Frequências e percentagens do posto militar dos participantes.....	200
Figura 6. Distribuição da amostra por número de filhos	201
Figura 7. Frequências e percentagens do lugar da última missão dos participantes	202
Figura 8. Frequências e percentagens de militares que estiveram anteriormente em outros lugares de outras missões.....	203
Figura 9. Frequências e percentagens de militares que pretendem voltar a fazer missões	204
Figura 10. Frequências e percentagens das principais tarefas durante a missão	205
Figura 11. Frequências e percentagens da percepção de ameaça pelo inimigo	206
Figura 12. Frequências e percentagens de experiências desagradáveis em missão (gerais).....	207
Figura 13. Frequências e percentagens de participantes afectados.....	208

Figura 14. Frequências e percentagens de experiências desagradáveis em missão (detalhadas).....	209
Figura 15. Distribuição da amostra por grupos de idades de ingresso no Exército.	210
Figura 16. Distribuição da amostra por número de anos de serviço ao Exército	211
Figura 17. Distribuição da amostra por número de missões completas.....	212
Figura 18. Distribuição da amostra do tempo que terminou a última missão (meses).	213
Figura 19. Frequências e percentagens de militares que fizeram missões anteriormente.....	214
Figura 20. Frequências de Ansiedade-Estado nos militares	215
Figura 21. Frequências de Ansiedade-Traço nos militares.....	216
Figura 22. Frequências e percentagens de Neuroticismo	225
Figura 23. Frequências e percentagens de Extroversão.....	226
Figura 24. Frequências e percentagens de Abertura à Experiência	227
Figura 25. Frequências e percentagens de Amabilidade	228
Figura 26. Frequências e percentagens de Responsabilidade	229
Figura 27. Frequências e percentagens de Ansiedade.	230

Figura 28. Frequências e percentagens de Hostilidade.....	231
Figura 29. Frequências e percentagens de Depressão	232
Figura 30. Frequências e percentagens de Ansiedade Social	233
Figura 31. Frequências e percentagens de Impulsividade	234
Figura 32. Frequências e percentagens de Vulnerabilidade	235
Figura 33. Frequências e percentagens de Cordialidade	236
Figura 34. Frequências e percentagens de Gregariedade.....	237
Figura 35. Frequências e percentagens de Assertividade	238
Figura 36. Frequências e percentagens para Actividade	239
Figura 37. Frequências e percentagens de Procura de Emoções	240
Figura 38. Frequências e percentagens de Emoções Positivas	241
Figura 39. Frequências e percentagens da Fantasia.....	242
Figura 40. Frequências e percentagens para Estética	243
Figura 41. Frequências e percentagens para Sentimentos	244
Figura 42. Frequências e percentagens de Acções	245
Figura 43. Frequências e percentagens para Ideias	246
Figura 44. Frequências e percentagens para Valores.....	247
Figura 45. Frequências e percentagens para a Confiança.....	248

Figura 46. Frequências e percentagens para a Franqueza.....	249
Figura 47. Frequências e percentagens para Altruísmo.....	250
Figura 48. Frequências e percentagens para Atitude Conciliadora	251
Figura 49. Frequências e percentagens para a Modéstia	252
Figura 50. Frequências e percentagens para a Sensibilidade.....	253
Figura 51. Frequências e percentagens para a Competência	254
Figura 52. Frequências e percentagens para a Ordem	255
Figura 53. Frequências e percentagens do Sentido do Dever	256
Figura 54. Frequências e percentagens para a Necessidade de Reconhecimento	257
Figura 55. Frequências e percentagens para a Autodisciplina.....	258
Figura 56. Frequências e percentagens para a Deliberação.....	259
Figura 57. Percentagens Médias das Localizações.....	261
Figura 58. Percentagens Médias da Qualidade de Desenvolvimento.....	263
Figura 59. Percentagens Médias dos Determinantes	264
Figura 60. Percentagens Médias da Qualidade Formal	265
Figura 61. Percentagens Médias dos Conteúdos	266
Figura 62. Percentagens Médias dos Fenómenos Especiais	267

Figura 63. Prova de Eleição de Morgenthaler	268
Figura 64. Frequências e percentagens da Percepção e do Pensamento.....	281
Figura 65. Frequências e percentagens da Depressão	282
Figura 66. Frequências e percentagens do Deficit Social.....	284
Figura 67. Frequências e percentagens da Tendência para o Suicídio	285
Figura 68. Frequências e percentagens da Hipervigilância	286
Figura 69. Frequências e percentagens da Obsessividade	287

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO	324
ANEXO 2 – STAI – INVENTÁRIO DE ESTADO-TRAÇO DA ANSIEDADE	327
ANEXO 3 – NEO-PI-R – INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE	329
ANEXO 4 – Cartão PROJETIVO JRI – I+	339
ANEXO 5 – Cartão PROJETIVO JRI – II+	340
ANEXO 6 – Cartão PROJETIVO JRI – III+.....	341

RESUMO

As forças militares que representam Portugal no estrangeiro, são expostas a situações prolongadas de stress, desgaste físico, emocional e mental em que o contexto de violência observada camufla, por vezes, um pano de fundo para o desenvolvimento de doenças que põem em causa a saúde mental de quem jura dar a vida pela pátria.

Nos últimos anos as missões que os nossos militares se empenham são, na maioria das vezes, missões de paz e não missões de guerra. Os Teatros de Operações do Líbano e do Afeganistão inserem-se num contexto hostil, onde como em qualquer conflito bélico, podem surgir inesperadamente ameaças por parte do inimigo.

A presente investigação teve como objectivos principais avaliar a ansiedade dos militares que estiveram recentemente em missões bélicas; e, analisar outras dimensões da personalidade, possivelmente existente nestas pessoas. A amostra recolhida para este estudo contou com a participação de 100 militares, homens e mulheres, que estiveram recentemente no Líbano e no Afeganistão.

Como instrumentos de avaliação, optou-se pelos inventários STAI e NEO-PI-R; e considerando a excelência no campo projectivo – o Rorschach acrescido dos cartões projectivos JRI.

Os resultados obtidos indicam que uma parte dos militares avaliados apresentam ansiedade e depressão clínica, bem como dificuldades agravadas no relacionamento interpessoal.

Conclui-se que a intervenção em missões bélicas afecta a estrutura de personalidade dos militares que nela participam.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Psicológica, Militares, STAI, NEO-PI-R, Psicodiagnóstico Rorschach, Cartões Projectivos JRI.

RESUMEN

Las fuerzas militares que representan Portugal en el extranjero, son expuestas a situaciones alargadas de estrés, desgaste físico, emocional y mental en que el contexto de violencia observada camufla, por veces, un panorama de fondo para el desarrollo de enfermedades que ponen en causa la salud mental de quien promete dar la vida por la patria.

En los últimos años, las misiones que nuestros militares se aventuran son, en su mayoría, misiones de paz y no misiones de guerra. Los Teatros de Operaciones de Líbano y Afganistán se encajan en un contexto hostil, donde como en cualquier conflicto bélico, pueden surgir inesperadamente amenazas por parte del enemigo.

La presente investigación tuvo como objetivos principales evaluar la ansiedad de los militares que estuvieron recientemente en misiones bélicas, y analizar otras dimensiones de la personalidad, posiblemente existente en estas personas. La muestra recogida para este estudio contó con la participación de 100 militares, hombres y mujeres, que estuvieron recientemente en Líbano y Afganistán. Como instrumentos de evaluación, se optó por los inventarios STAI y NEO-PI-R; y considerando la excelencia en el campo proyectivo – el Rorschach añadido de las láminas proyectivas JRI.

Los resultados obtenidos indican que una parte de los militares evaluados presentan ansiedad y depresión clínica, bien como dificultades agravadas en el relacionamiento interpersonal.

Se concluye que la intervención en misiones bélicas afecta la estructura de personalidad de los militares que en ella participan.

PALABRAS-CLAVE: Evaluación Psicológica, Militares, STAI, NEO-PI-R, Psicodiagnóstico Rorschach, Láminas Proyectivas JRI.

ABSTRACT

The military forces that represent Portugal abroad, are exposed to long periods of stress and to physical, emotional and mental wear where the context of the observed violence sometimes hide a background for the development of diseases that endanger the mental health of those who swear to give their lives for their country.

On the last years the missions that our military forces are committed, are, most of the time, peace missions and not war missions. The theaters of operations of lebanon and afghanistan are part of a hostile context, where, as in any armed conflict, unexpected threats from the enemy may occur.

The present investigation had as main objective to assess the anxiety of the military personnel that were recently in armed conflicts, and to analyse other dimensions of the personality, that can possibly exist on these persons. The sample for this study included the participation of 100 military, men and women, that were recently in lebanon and afghanistan.

For evaluation instruments, the STAI and NEO-PI-R inventories were chosen, and considering the excellency on the projective field, the Rorschach plus the JRI projective plates.

The obtained results point that part of the evaluated military present anxiety and clinical depression, as well as aggravated difficulties in interpersonal relationships.

We can conclude that the participation in warfare missions affects the personality structure of the military that participate on those missions.

KEYWORDS: Psychological Evaluation, Military, STAI, NEO-PI-R, Rorschach Psychodiagnostics, JRI Projective Plates.

PARTE I.- MARCO TEÓRICO

INTRODUÇÃO

As Missões Bélicas no Mundo

Fernando Pessoa, um dos maiores poetas e escritores portugueses, no seu livro *O Desassossego* escrevia sobre a inutilidade de Guerras e Revoluções:

“As guerras e as revoluções - há sempre uma ou outra em curso - chegam, na leitura dos seus efeitos, a causar não horror mas tédio. Não é a crueldade de todos aqueles mortos e feridos, o sacrifício de todos os que morrem batendo-se, ou são mortos sem que se batam, que pesa duramente na alma: é a estupidez que sacrifica vidas e haveres a qualquer coisa inevitavelmente inútil.

Todos os ideais e todas as ambições são um desvairo de comadres homens. Não há império que valha que por ele se parta uma boneca de criança. Não há ideal que mereça o sacrifício de um comboio de lata. Que império é útil ou que ideal profícuo?

Tudo é humanidade, e a humanidade é sempre a mesma - variável mas inaperfeiçoável, oscilante mas improgressiva. Perante o curso inimplorável das coisas, a vida que tivemos sem saber como e perderemos sem saber quando, o jogo de mil xadrezes que é a vida em comum e luta, o tédio de contemplar sem utilidade o que se não realiza nunca - que pode fazer o sábio senão pedir o repouso, o não ter que pensar em viver, pois basta ter que viver, um pouco de lugar ao sol e ao ar e ao menos o sonho de que há paz do lado de lá dos montes. (Pessoa, 1997, pág.233).

A história da humanidade desenvolveu-se até aos dias de hoje enlaçada com a história bélica. Se olharmos para trás, a humanidade nunca de dissociou dos conflitos bélicos. Na pré-história os povos tribais utilizavam como armas o arco e a flecha, entre outros utensílios construídos para a guerra. Na Grécia e na Roma Antiga, os povos já usavam armaduras e espadas, fruto do aparecimento do metal. Na Idade Média e no

Renascimento, com a descoberta da pólvora, os utensílios de guerra também foram evoluindo.

Ao percorrer uma extensa e vasta literatura histórica, mesmo antes da era cristã, denotamos sempre a presença de conflitos bélicos, exemplo disso foi a guerra da China. Desde aproximadamente 500 a.C., com o aparecimento de unidades políticas, os países formaram exércitos e os militares iam-se profissionalizando para a guerra. Desde os meios de defesa mais primitivos até aos mais actuais como as armas de fogo, o homem sempre teve necessidade de se defender uma vez que o conflito bélico tem um carácter inato à condição humana.

No livro a *História das Guerras*:

As guerras não são algo de novo na história da humanidade. O armamento, a motivação, a estratégia, os objectivos têm mudado muito, mas elas existem há milhares de anos. É evidente que navios a remo e muralhas de pedra não funcionam mais para atacar ou defender cidades, como na Guerra do Peloponeso, na Grécia Antiga: conflitos recentes, como a Guerra do Golfo, contaram com armamento sofisticado e a mais moderna tecnologia da informação (Magnoli, 2006, pág. 7).

Se por um lado, o desenvolvimento da humanidade permitiu uma grande evolução, por outro, a única certeza que se mantém é a de que as civilizações modernas são tão bárbaras quanto as comunidades mais primitivas (Cançado, 2007). Esperava-se que a humanidade (cuidadora dos interesses mundiais, a quem se devem os progressos tecnológicos, o desenvolvimento cultural, artístico e científico). soubesse gerir de outro modo os seus conflitos de interesses.

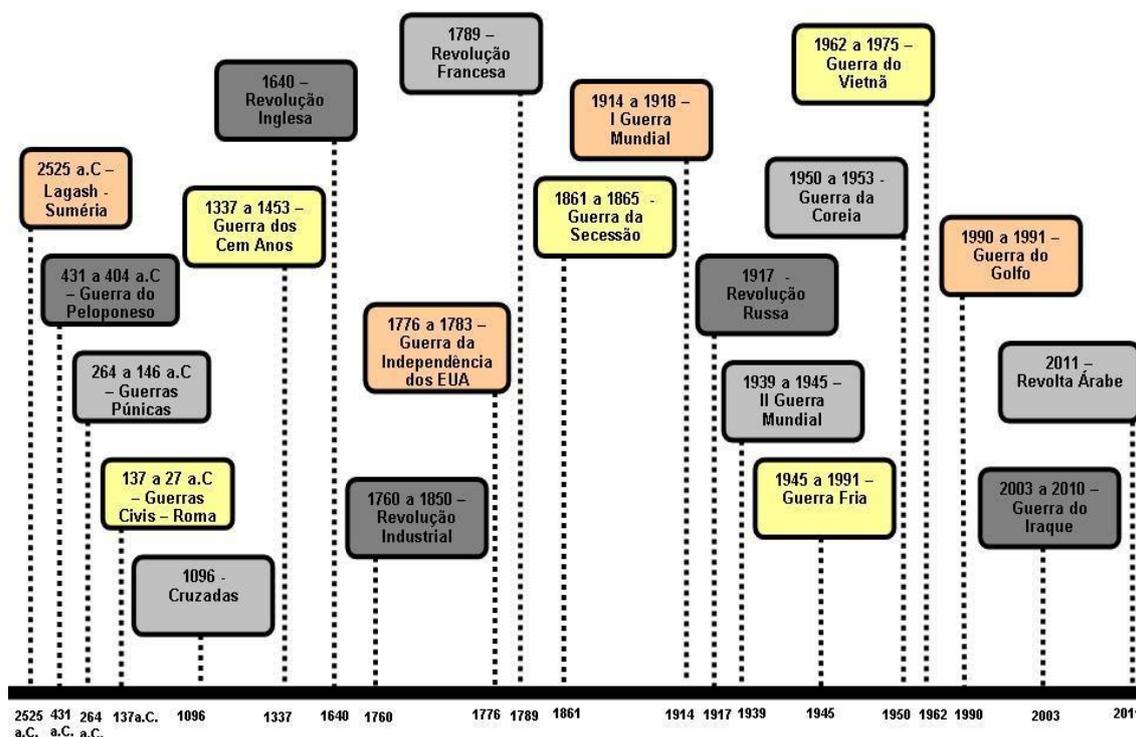


Imagem 1: Cronologia das principais guerras e conflitos bélicos. (Fonte: Google Imagens).

Existem normas morais, às quais, o indivíduo devia ajustar a sua conduta, de modo a integrar-se na sociedade (Freud, 1915). Nem o desenvolvimento humano foi capaz de resolver e de se sobrepor à guerra. Magnoli (2006). vai mas longe associando a guerra como um interesse político do Estado. Sun Tzu citado pelo mesmo autor (2006). refere que a arte da guerra é de importância vital para o Estado. É a província da vida ou da morte; o caminho à segurança ou à ruína. Portanto, é um objecto de investigação que não pode, sob nenhuma circunstância, ser negligenciado. Nos trabalhos de Freud, a guerra surge como algo inevitável à condição humana, já que enquanto houver populações a viver em distintas condições de vida umas das outras, os sentimentos de ódio que as separam representariam forças anímicas muito poderosas (1915). Magnoli (2006). reconhece a guerra como componente intrínseco da política, ou seja, como fenómeno “normal” na vida das sociedades e dos Estados e, portanto, susceptível à análise racional.

Em *Escritos sobre a Guerra e a Morte*:

Parece-nos que jamais acontecimento algum aniquilou tantos bens e valores da Humanidade, ofuscou tantas das mais lúcidas inteligências, denegriu tão completamente o que existe de sublime. Até a ciência perdeu sua confortável imparcialidade; seus servidores, exasperados em seus íntimos, tratam de produzir e guarnecer armas para contribuir com a luta contra o inimigo. O antropólogo se vê obrigado a declarar inferior e degenerado o adversário; o psiquiatra, a anunciar o diagnóstico de suas anomalias mentais e psíquicas. Mas talvez nós sintamos com excessiva intensidade a maldade desta época e não tenhamos direito a compará-la com as calamidades de outros tempos que não conhecemos (Freud, 1915, pág.4).

Na época da primeira Guerra Mundial, decorrem diálogos entre Einstein e Freud sobre esta problemática que a civilização enfrenta. Uma das principais questões que Einstein gostaria de esclarecer era se existia alguma forma de livrar a humanidade da ameaça de guerra.

Com o eclodir da Primeira Guerra Mundial tornou-se mais claro aquilo que se encontrava escondido na civilização moderna, ou seja, o reaparecer do homem primitivo que existe em cada um. Nos primeiros anos de 1900, o desenvolvimento tecnológico avançava a bom ritmo. Especialmente era no sector nos transportes (aviação e automóvel). e das comunicações (telefone, telégrafo). onde se davam os grandes feitos. Na altura a sociedade da *Belle Époque* acreditava ter atingido o ápice do desenvolvimento humano e cultural de toda a história da humanidade. Estávamos num período intenso de cultura cosmopolita na história da Europa, onde o modo de pensar e de viver proporcionara a alteração de estilos de vida das pessoas da época.

No entanto, a guerra veio demonstrar quão ilusória era a situação, pois, segundo Freud, a psique do homem moderno não era tão diferente daquela do homem primitivo (Castro, 2010). A guerra mostrou que o homem moderno e o homem primitivo podem ser igualmente cruéis. A atitude perante a morte era vista como resultado automático da

vida, ou seja, era vista como natural, inegável, inevitável e excluída da própria vida. Com a guerra, há a certeza de que as pessoas são mortais (Freud, 1915). O pensamento psicanalítico vai neste sentido, ou seja, na realidade ninguém crê em sua própria morte, o que, em outras palavras, significa que no inconsciente cada um de nós está convencido da sua imortalidade (Freud, 1915).

Com a eclosão da guerra e a demonstração do que os homens eram capazes, Freud (1915) não se espantou, afirmando já esperar que as pulsões agressivas, que eles mantinham sob pressão, um dia fossem se manifestar.

A história militar é preenchida por batalhas, tratados, revoluções, guerras, invasões, cruzadas, iniciadas por vários motivos:

Cada guerra é um fenómeno único, singular, irredutível. Os gregos guerreavam em nome da virtude, os “bárbaros” germânicos e os cavaleiros das estepes asiáticas, em nome do saque. Os cruzados lutaram na Terra Santa por Deus e pela Igreja. Os franceses e protestantes alemães combateram o império Habsburgo portando o estandarte da soberania secular. Napoleão Bonaparte marchou sob a bandeira do império. A glória nacional animou o exército prussiano de Bismarck; o “Reich de mil anos”, a Wehrmacht de Hitler. Os vietnamitas enfrentaram a França e os Estados Unidos para conseguir a independência e a soberania. Árabes e israelenses bateram-se por fragmentos de território (Magnoli, 2006, pág. 14).

É no século XX e XXI que ocorrem guerras como a 1ª e a 2ª Guerra Mundial, a guerra do Iraque, do Líbano, do Golfo e do Kosovo cujas sequelas ainda permanecem na memória de quem as presenciou.

I.1. INTERVENÇÃO DE PORTUGAL

I.1.1. PORTUGAL E AS MISSÕES DE APOIO À PAZ

A participação de Portugal nas missões de apoio à paz está relacionada com toda a história bélica mundial bem como com o que o mundo aprendeu com ela. No epílogo da Guerra Fria a manutenção da paz era a prioridade.

As Forças de Manutenção da Paz das Nações Unidas, sendo um órgão da ONU têm por objectivo primordial o de manter ou restabelecer a paz e a segurança em locais onde ocorram conflitos. Cabe ao Conselho de Segurança a autonomia para determinar a existência de qualquer ameaça à paz, ruptura da paz ou acto de agressão, bem como poderá decidir que medidas deverão ser tomadas tendo em vista a segurança internacional (Diciopédia, 2010). Isto significa que é da competência do Conselho de Segurança avaliar a dimensão da operação, os seus objectivos e o seu enquadramento temporal.

Teixeira (1995). defende que quer Portugal quer a NATO tinham, na altura, interesses poderosos em estabelecerem uma Aliança Atlântica. Os motivos prendem-se com o que o autor chama de natureza geopolítica e geo-estratégica, que está na base da própria constituição do novo sistema de segurança mundial. O autor defende que este sistema assentava em dois pilares: o primeiro, no continente norte-americano, baseado no potencial estratégico dos Estados Unidos, retaguarda e autogarantia de todo o sistema; o segundo, no continente europeu, linha da frente e defesa imediata, baseada nos países do Tratado de Bruxelas de 1948.

Ramalho (1999). salienta que em 18 de Março de 1949 são convidados formalmente para aderirem ao Tratado a Dinamarca, a Irlanda, a Itália, a Noruega e

Portugal. Subjacente a este convite existe a perspectiva da importância estratégica para a Aliança, no que diz respeito à utilização de bases na Gronelândia e nos Açores.

Serronha (2010). compara as relações transatlânticas a uma moeda com duas faces: de um lado, a NATO e, do outro, a relação bilateral entre Portugal e os Estados Unidos. As relações entre Portugal e os Estados Unidos corriam bem pois isso era fundamental para assegurar a segurança e defesa nacionais. Este mesmo autor refere que esta relação bilateral, não sendo uma aliança, não substitui a NATO mas a mesmo tempo possui as bases históricas da tradicional ligação nacional à potência marítima dominante, e é elemento importante da política externa e de defesa.

O arquipélago dos Açores, dada a sua posição estratégica no atlântico teve uma importância crucial para a entrada de Portugal nesta Aliança. De acordo com Teixeira (1995). foi esta a razão essencial do convite a Portugal. Os Açores já tinham um valor estratégico acrescentado já na primeira guerra, cujo valor se intensificou na segunda guerra e indispensável no decorrer da guerra fria. Com a NATO, o seu valor ver-se-á reforçado e a sua função confirmada no conceito estratégico da Aliança, já que em caso de ataque vindo de leste, a resposta rápida da Europa passa, inevitavelmente, pelos Açores. Também Serronha (2010). fala-nos da estratégia dos Açores para a projecção de forças para teatros de guerra na Europa, na Ásia Central ou no norte de África, ou para a defesa do Atlântico Norte e, conseqüentemente, dos Estados Unidos. Este vínculo continua a ser fundamental para a defesa e segurança da Europa e, conseqüentemente, de Portugal.

Portugal, na altura estava debaixo do regime Salazarista, pelo que manifesta preocupação em garantir a segurança do país. Motivo pelo qual Teixeira (1995). conclui que a verdadeira razão da aceitação do convite da entrada de Portugal na Aliança, sendo

de natureza política, foi-o tanto ou mais de natureza ideológica e moral. Este autor (1995). refere que para Salazar isto seria um imperativo ético, a eminência de uma “cruzada” contra o comunismo em defesa da civilização ocidental e cristã.

Ramalho (1999). faz um apanhado do potencial militar na Europa, aquando do fim da guerra até à realização do Tratado do Atlântico Norte, ou seja, de 1945 a 1949:

(...). 1. Após a rendição da Alemanha os aliados iniciaram a desmobilização de um efetivo das forças aliadas na Europa de cerca de 5 milhões de homens, um ano mais tarde, restam cerca de 800.000 (391.000 dos EUA e 488.000 do Reino Unido)., situação que não se verificou do lado da União Soviética, que não altera o estado de prontidão das suas forças militares, nem o ritmo das suas indústrias de armamento. Em 1946 as forças soviéticas cifram-se em cerca de 6 milhões de homens; 2. À data da assinatura do Tratado do Atlântico Norte, os seus fundadores conseguem reunir pouco mais do que cerca de 20 Divisões, em que a maior concentração de forças terrestres e aéreas, se encontra estacionada na Alemanha Ocidental. Estas forças estão sobretudo vocacionadas para funções de ocupação e de polícia; 3. Na Europa Ocidental havia menos de mil aviões operacionais disponíveis, fundamentalmente os utilizados durante a II Guerra Mundial na sua maioria de modelos já obsoletos. Os aeródromos não chegavam a uma vintena e não estavam preparados para receber aviões de reação; além disso, encontravam-se situados em zonas avançadas e vulneráveis à ameaça agora percebida; 4. Por outro lado, as linhas de comunicação estabelecidas durante o conflito corriam na direção Norte-Sul e não na de Este-Oeste, como importava na presente conjuntura estratégica; 5. Quanto às forças navais, a situação não era melhor pois terminadas as hostilidades, tinham sido abatidos ao efetivo numerosos navios de guerra e muitos outros colocados em reserva ou convertidos em transportes civis (págs. 103 - 104).

Segundo Teixeira (1995). em 1949, dá-se a entrada de Portugal na NATO, mais tarde em 1955 a entrada de Portugal na ONU e depois o início da contestação internacional à política colonial de Salazar virão a ser um marco importante do início da política externa do Estado Novo. A presença de Portugal na Aliança manter-se-á como referência da política externa portuguesa até ao final do regime de Salazar.

A relação entre Portugal e os Estados Unidos da América passou a ser uma realidade mais eficaz e mais célere. Para Teixeira (1995), quando se deu a entrada de Portugal na NATO não significou apenas a emergência de um novo aliado, os Estados Unidos da América, como também melhorou as relações bilaterais entre os dois países, especialmente na defesa.

Perante este panorama seria de esperar que a preocupação principal dos doze países fundadores fosse constituir um sistema de defesa colectivo. Para tal, estes países membros construíram uma organização estruturada das forças armadas iniciando a recuperação, adaptação e modernização das forças armadas (Ramalho, 1999). Com esta aliança, existem uma série de reformulações nas Forças Armadas Portuguesas, entre elas a criação do actual Ministério da Defesa Nacional, bem como a reformulação de armamentos e especialização de tropas.

No que se refere ao armamento:

(...). a partir de 1940 os equipamentos de defesa são obtidos através de acordos bilaterais, no âmbito da assistência militar. Em 1940, provenientes de Itália, chegam o Obus de Montanha M 7,5 cm/18m /40e Peças AA 4 cm/m 40 Bofors. Em 1941 são recebidos da Alemanha os Obuses K 10,5 cm/28/941 e 15 em/30/941. Em 1942, provenientes do Reino Unido, são obtidos os Autoblindados Bren Carrier m/942 e mais Peças AA 4 em /42; no ano seguinte e da mesma origem, chegam os Carros de Combate CC Valentine KK III m/43, Autometralhadoras Humber m/43, Canhões A/C 5,7cm/43 e Obuses 8,8cm/43 e 14cm/m43. Em 1944 é iniciada a instalação da Artilharia de Costa, com a chegada das Peças de 15,2cm/47m/44 e as de 23,4cm/ 47 / m44 e, também, as Peças de Tiro Rápido 5,6cm /48/44 e 5,7cm/49 / 44. O armamento mais significativo volta a ser obtido a partir do Reino Unido em 1946, com a chegada ao Exército das Peças de 11,4cm/m46 e mais Obuses 8,8cm/m46 (Ramalho, 1999, págs. 111 - 112).

Teixeira (1995), fala-nos da integração de Portugal no sistema militar da Aliança. Diz-nos que se desenvolve ao longo dos anos 50 um processo de reequipamento das forças armadas portuguesas, que se concretizará na construção de

infra-estruturas e na recepção de material de guerra. Ao mesmo tempo inicia-se um processo de reciclagem, formação e especialização profissional dos quadros militares portugueses. Este mesmo autor faz referência aos próprios métodos militares que sofrem uma renovação assim como uma série de reformas ao mais alto nível das forças armadas portuguesas. Em 1950 é criado o Ministério da Defesa Nacional e com ele surge o cargo de chefe de estado-maior das forças armadas.

Com estas alterações a NATO pretendia a aproximação aos outros países. As mudanças ocorridas, segundo Teixeira (1995), visavam fundamentalmente a aproximação das estruturas e procedimentos militares das forças armadas portuguesas à dos outros países da Aliança.

Com a entrada de Portugal na ONU, em 1955, inicia-se um novo período para a política externa portuguesa. A candidatura de Portugal a membro da Organização das Nações Unidas (ONU), não foi fácil, já que foi recusada todos os anos desde 1946 até ter sido aceite em 1955 juntamente com vários países (Diciopédia, 2010).

As questões coloniais e os compromissos com a NATO, orientadas por duas posições distintas, a de Salazar e a de Kennedy, passaram a ser a prioridade da política externa portuguesa. Teixeira (1995), diz-nos que a intransigência de Salazar e o intervencionismo de Kennedy tiveram efeitos imediatos na relação bilateral entre Portugal e os Estados Unidos. A Diciopédia (2010), lembra-nos a célebre frase de Salazar “orgulhosamente sós” que se referia na altura aos pontos soltos deixados na candidatura de Portugal à ONU, já que Portugal temia a continuidade do Estado Novo. Todavia, até ao fim da década de 50, a ONU pouco ou nada alterou a política internacional portuguesa e a relação do regime com os seus territórios ultramarinos. Com a descolonização, a ONU começou a pressionar Portugal, graças à cada vez mais

forte presença de novos países que antes eram colónias europeias e é assim que se desenvolve a actuação de Portugal na ONU até 1974.

Nesta altura, Portugal estava absorvido pela guerra em África, o que faz com que o governo diminua os compromissos com a NATO, sobretudo ao nível do exército, já que este era extremamente necessário nos três teatros de guerra africanos até 1974 (Teixeira, 1995).

Com o fim da guerra fria já na década de 90, Portugal entra na Comunidade Europeia e com as restrições orçamentais norte-americanas e, fundamentalmente, a questão do *burden-sharing* (partilha de encargos). dentro da NATO, faz com que seja alterado o acordo inicial entre Portugal e os Estados Unidos da América (Teixeira, 1995).

Ramalho, (1999). traça três períodos em que a participação do exército na Aliança se vai adequando às contingências e às realidades da conjuntura nacional. Destaca o primeiro período de 1949 a 1961, em que se procura responder, com objectividade, aos pontos definidos pela Aliança; segue-se o período de 1961 a 1976, em que a participação de Portugal é influenciada pela condução das operações de afirmação da soberania no Ultramar e, por último, o período de 1976 até aos dias de hoje, em que se tenta reestruturar as forças armadas e criar uma participação empenhada nas multiplicidade de tarefas e missões da NATO.

Teixeira (1995). lembra-nos que o que temos hoje em Portugal no que se refere ao relacionamento atlântico com os Estados Unidos e ao relacionamento com a NATO, foram resultado do fim da guerra fria, da queda da União Soviética, da reunificação da Alemanha, da dissolução do bloco de Leste e do Pacto de Varsóvia, que provocam, a partir de 1989, um novo quadro de segurança mundial.

Ramalho (1999). faz uma avaliação da importância que a NATO teve para as tropas portuguesas. Desta avaliação destaca sobretudo que todo o processo de reestruturação e modernização conduzido até à actualidade foi determinado pela participação na NATO. Sem esta participação, Portugal não conseguiria esta reestruturação, como por exemplo, a adesão do Exército às doutrinas militares anglo-saxónicas, a reformulação do ensino militar e a utilização das técnicas de estado-maior, a par do planeamento, controlo e avaliação do treino operacional. Este mesmo autor (1999). refere que em termos práticos, esta reestruturação reflecte-se na resposta rápida às necessidades colocadas pelas operações militares em África e na sua sustentação durante os anos em que a guerra durou em três teatros distintos, como por exemplo, a facilidade e rapidez com que as tropas se rnobilizaram, prepararam e sustentaram neste período de guerra.

Num artigo sobre Portugal e as Operações de Paz, Rocha (2000)., General do Exército e Chefe de Estado-Maior do Exército entre Outubro de 1992 e Abril de 1997, escreve a propósito destas reestruturações:

A década de 90 permanecerá como importante referência para Portugal e para as suas Forças Armadas, para o Exército, porque marca o início de uma crescente participação militar, em operações no exterior, no âmbito das chamadas novas missões em apoio da política externa do Estado e satisfação dos compromissos internacionais assumidos, em simultaneidade com um profundo processo de reestruturação que abrangeu todos os sectores da Instituição Militar. Essa reestruturação, muito exigente em termos de planeamento, decisão e execução e colocando ou originando problemas complexos, designadamente, na área da administração dos recursos humanos, nuclear para o Exército: a introdução em 1993 dos Regimes de Voluntariado e de Contrato (RV/RC). e do Serviço Efetivo Normal (SEN). de 4 meses e as sequelas da aplicação do Dec. Lei 15/92 que reduziu em cerca de 1400, os Quadros Permanentes (QP). de oficiais e sargentos (tanto num ano como ao longo da década de 80)., com consequências, em especial para os serviços administrativo-logísticos, que ficaram desguarnecidos (pág. 72).

No nosso século XXI, a intervenção do Exército Português e várias missões de apoio à paz foi na Bósnia, Timor, Kosovo, Afeganistão, Líbano, entre outros. Portugal participou em missões de apoio à paz em conjunto com outras organizações como a NATO, a EU e a ONU, com o objectivo de promover a resolução de conflitos e garantir a paz mundial. De acordo com Queiroz (2008). também participou noutros tipos de colaborações com outros países, especialmente em África, sempre com o intuito de obter paz, de acordo com o Programa de Apoio às Missões de Paz em África (PAMPA).

Em relação ao tipo de operações de apoio à paz, o Exército Português participou de diversos modos e por diversas razões. Segundo os autores Pereira e Farinha (2009). as operações de paz das Nações Unidas podem-se realizar de várias maneiras: com total consentimento das partes em conflito, com o consentimento geral das partes ou sem consentimento das partes, ou seja, a realização das operações de paz pode ser imposta.

Estes mesmos autores (2009). apontam as seguintes categorias de operações:

- 1). Manutenção da Paz - Atividades com o consentimento das partes em conflito, com base num organismo internacional, com policia militar para contenção, moderação e fim das hostilidades.
- 2). Imposição da Paz - Atividades pelas forças multinacionais para restabelecer a paz numa zona de conflito.
- 3). Prevenção de Conflitos – Inclui as atividades destinadas a evitar as controversas que permitem a ampliação ou o desencadear de novos conflitos. Podem incluir as iniciativas diplomáticas e o compromisso das forças.
- 4). Restauração da Paz - Ações diplomáticas realizadas depois do início do conflito com as condições necessárias à resolução de forma pacífica.
- 5). Consolidação da Paz - Medidas adotadas através da resolução de um conflito para impedir o reinício das hostilidades.
- 6). Operações Humanitárias - Atividades levadas a cabo com o fim de mitigar os efeitos negativos dos conflitos na população.

Gomes (2006). afirma que Portugal participou activamente desde 1991 em Operações de Paz realizadas em diferentes teatros de operações. Estas missões têm

como principal objectivo o apoio e a ajuda às populações vítimas por desastres naturais ou por situações de guerra. As missões desenvolvem-se em ambientes hostis e em condições adversas, requerendo por isto, uma elevada preparação e profissionalismo dos seus participantes, bem como uma forte capacidade de responder rápida e adequadamente às situações inesperadas (Queiroz, 2008).

A crescente importância das forças portuguesas em territórios internacionais e o Conceito Estratégico de Defesa Nacional reconhece que a componente militar é um dos instrumentos de afirmação nacional e ao mesmo tempo valida a necessidade de proporcionar a estas forças as capacidades necessárias para desenvolver novas missões preventivas. Assim, de acordo com os autores Pereira e Farinha (2009), é essencial combinar a actividade diplomática com as forças militares para se conseguirem melhores resultados na prevenção da segurança do país. Estes autores não têm dúvidas quanto à participação de Portugal em operações de paz já que estas correspondem aos interesses nacionais e ao cumprimento das obrigações às organizações a que o país pertence, sobretudo em contextos de segurança e de defesa. Neste contexto, os mesmos autores referem que a participação portuguesa em operações de manutenção da paz deriva do interesse nacional, do investimento do país e da capacidade económica e financeira. Falam do custo-benefício destas operações como um balanço positivo, já que os efeitos obtidos são determinantes para a afirmação de Portugal no mundo. Assim, Portugal é um país que contribui activamente para a manutenção e promoção da paz e segurança internacional em todos os contingentes do mundo (2009).

O Ministério da Defesa Nacional do governo de Portugal tem sofrido ao longo dos anos algumas reformulações. Actualmente:

(...). a Direção-Geral de Política de Defesa Nacional (DGPDN). tem por missão garantir a assessoria técnica na formulação das grandes linhas de ação da política de

defesa, no planeamento estratégico de defesa e nas relações externas de defesa, bem como a responsabilidade pelo planeamento, estudo e elaboração de propostas de orientações de nível político-estratégico, acompanhamento e ponderação da respetiva execução, competindo-lhe ainda promover e coordenar a política de cooperação técnico-militar.” (<http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-defesa-nacional/quero-saber-mais/sobre-o-ministerio/organismos/direcao-geral-de-politica-de-defesa-nacional.aspx>, consultado em 2 de Janeiro de 2013).

A figura abaixo foi retirada do mesmo site acima identificado e indica os efectivos destacados nos diferentes teatros de operações:



Imagem 2: Forças nacionais destacadas (Fonte: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-defesa-nacional/quero-saber-mais/sobre-o-ministerio/organismos/direcao-geral-de-politica-de-defesa-nacional.aspx>).

I.1.2.AS MULHERES EM MISSÕES DE PAZ

Durante os últimos 20 anos temos testemunhado uma maior abertura do papel da mulher na vida social, familiar, educativa, política e sobretudo a profissional. Esta abertura reflecte-se numa maior participação das mulheres na sociedade até aos dias de hoje, onde homens e mulheres vão tendo igualdade de oportunidades em todas as áreas.

Tradicionalmente, o papel da mulher associou-se à educação dos filhos e às tarefas domésticas. Ao homem associou-se o papel e a responsabilidade de ser o principal responsável do suporte económico da família. Estas divisões de tarefas em que à mulher e ao homem estavam incumbidos papéis distintos, hoje em dia não fazem sentido. O mesmo aconteceu com a participação das mulheres nas Forças Armadas Portuguesas.

Lindsley e Lehnus (1998). fazem-nos referência ao artigo VII da Lei do Direito Civil de 1964 em que os empregados estão protegidos contra a discriminação por motivos de raça, cor, religião, origem nacional e sexo. Além disso, a Comissão de Igualdade de Oportunidades e os tribunais fizeram com que os empregadores fossem responsáveis pelos critérios de selecção que se baseiam em requisitos para obtenção do emprego. Como resultado disto, a entrada no mundo laboral está-se a converter em “neutralidade de sexo” e as regras sociais são cada vez mais andrógenas.

É nesta base de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres que a contratação de mulheres nas Forças Armadas tem sido possível.

A incorporação da mulher nas Forças Armadas começou na Primeira Guerra Mundial, onde eram necessárias enfermeiras mulheres. Com a Segunda Guerra Mundial, mais oportunidades de trabalho surgiram em diversas especialidades das Forças Armadas. Campbell (1996). citado por Pamplona (1998). refere que nos Estados Unidos da América, havia uma amplitude muito maior das tarefas que as mulheres podiam desempenhar no serviço militar, sendo que 41.000 mulheres participaram na Guerra do Golfo Pérsico de 1994, impondo respeito em funções não-combatentes, mas em condições muito adversas.

Em Portugal está em vigor desde 2009 até 2013, um Plano Nacional de Acção do Conselho de Segurança das Nações Unidas, cuja resolução 1325, esclarece que:

(...). no que diz respeito à participação de mulheres em missões humanitárias e manutenção da paz ao serviço do Estado Português, embora esta se verifique significativa, apenas recentemente se extinguíram alguns dos condicionalismos estruturais e funcionais à paridade de ingresso nas Forças Armadas e nas Forças de Segurança e, conseqüentemente, à participação feminina em missões internacionais. Neste sentido, e devido a um esforço concertado entre as Tutelas e as Forças Armadas e as Forças de Segurança, a percentagem de ingresso das mulheres tem aumentado substancialmente: ao nível do pessoal militar representam hoje cerca de 14,5 % face ao total dos efetivos, enquanto ao nível das Forças de Segurança representam 5% do efetivo total. Por outro lado, a análise da participação portuguesa, em missões humanitárias e de manutenção da paz demonstra a relevância que o Estado português tem atribuído ao papel das mulheres nas áreas da Segurança e Defesa, bem como o papel primordial que as mulheres têm desempenhado na resolução de questões sensíveis, como o apoio às vítimas de violência e discriminação baseada no género, contribuindo para uma melhor proteção das mulheres, raparigas e meninas nas situações de conflito e pós-conflito (pág.7).

As mulheres têm servido de uma forma ou de outra em todos os conflitos. Nos Estados Unidos de América, Baldwin (1998). cita uma série de participações que vão desde a Revolução Americana, à operação *Tempestade no Deserto* em que as mulheres constituíam cerca de 7% das forças destacadas. Hoje em dia, os Estados Unidos contam com mais de 190.000 mulheres (Pamplona, 1998).

Investigações mais recentes (2007). referem que o que se torna único sobre o serviço das mulheres nos conflitos do Iraque/Kuwait ou no Afeganistão é que as mulheres trabalham lado-a-lado com os homens sem distinção entre campos de batalha e zonas seguras (Katz, Bloor, Cojucar, Draper,).

Babo (1998). fala-nos da primeira experiência portuguesa na carreira militar de mulheres. Este autor indica-nos que foi uma paraquedista da Força Aérea Portuguesa que desde 1961 a 1973 tinha como principais tarefas ajudar os soldados e civis feridos durante a guerra em África. Este mesmo autor afirma que Baldwin (1998). defende que todas as funções devem estar disponíveis tanto para homens como para mulheres

qualificados, competentes e capazes de exercer estas funções. Esta sua posição também está relacionada com dois estudos que demonstram esta possibilidade. O primeiro estudo desenvolvido por investigadores do exército de *US Army Research Institute of Environmental Medicine*, em Natick, chegou à conclusão de que uma mulher devidamente preparada pode ser tão resistente como um homem. O segundo estudo do Ministério da Defesa da Grã Bretanha, publicado no *Sunday Times* de Londres, conclui que através de novos métodos de treino físico, as mulheres podem alcançar os mesmos níveis de realização física dos homens.

Actualmente tanto mulheres como homens podem fazer missões de paz. As unidades militares de ambos os sexos têm mantido a ordem e têm conseguido desenvolver as suas funções. Devido ao avanço tecnológico do tipo de guerra ou conflito bélico de hoje em dia, não há nenhuma razão para que as mulheres não possam entrar num teatro de operações (Captbard, 1997 citado por Pamplona 1998).

Para esta investigação participaram militares do sexo feminino na missão de paz ao Líbano. Os números da nossa amostra mostram que as mulheres que estiveram no Líbano são largamente em menor número que os homens. No teatro de operações do Afeganistão, o contingente destacado foi do Centro Tropas Comandos, onde a população é única e exclusivamente masculina. Motivo pelo qual não há participações de mulheres na realidade do Afeganistão.

1.1.3. INTERVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NAS MISSÕES DO EXÉRCITO

O Exército Português possui um órgão denominado de Centro de Psicologia Aplicada do Exército – CPAE - responsável por actividades como o acompanhamento

psicológico a militares, a investigação em psicologia militar, a formação, o recrutamento e a selecção de pessoal, entre outras.



Imagem 3: Brasão do CPAE. (Fonte: <http://www.exercito.pt/sites/CPAE/Historial/Paginas/Heraldica.aspx>, consultada a 10 Janeiro de 2013).

Este brasão foi elaborado segundo diversos critérios e simbolismos. No que se refere às armas temos o escudo, o timbre, a correia, o paquife e virol, a divisa. O escudo: de azul, as duas espadas antigas passadas em aspa, acompanhadas em chefe e em ponta da letra grega “psi” de oiro e em cada um dos flancos de uma lucerna flamejante apontado ao centro e também de oiro. O timbre: um rompante de oiro, segurando nas garras dianteiras um “psi” igualmente de oiro. O elmo: militar, de prata, forrado a vermelho, a três quartos para a dextra. A correia: de vermelho perfilada de oiro. O paquife e virol: de azul e oiro. A divisa: num listel de branco, ondulado, sotoposto ao escudo, em letras de estilo elzevir, maiúsculas, de negro. No que se refere à simbologia e alusão das peças podemos dizer que as espadas simbolizam força armada e, portanto, o carácter militar do centro. As letras “Psi” simbolizam o carácter da actividade do Centro, a Psicotécnia. O Leão do timbre alude ao Exército Português. A divisa exprime, em estilo lapidar, a actividade do Centro. No que toca ao significado dos esmaltes: oiro significa nobreza e pureza, prata significa riqueza e eloquência,

vermelho significa energia criadora e vida, azul significa zelo e lealdade e é a cor tradicionalmente representativa das faculdades de Letras onde se leccionava antigamente a Psicologia (<http://www.exercito.pt/sites/CPAE/Historial/Paginas/Heraldica.aspx>, consultada a 10 Janeiro de 2013).

A figura 9 ilustra a organização deste órgão do Exército, cujo director actualmente é o Sr. Cor. Fernando Cruz.



Imagem 4: Organograma CPAE. (Fonte: <http://www.exercito.pt/sites/CPAE/Paginas/Organizacao.aspx>, consultado a 10 de Janeiro de 2013).

No que se refere às missões é o CPAE o órgão responsável pelo acompanhamento, avaliação e intervenção psicológica aos militares dos diversos Teatros de Operações. Segundo a última reformulação do *Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico do CPAE* (documento interno gentilmente cedido para melhor compreensão do funcionamento do CPAE), o acompanhamento dos militares quando são projectados para os diferentes Teatros de Operações dá-se ao nível do pré-deslocamento, deslocamento e pós-deslocamento, bem como o suporte e apoio às famílias dos militares deslocados (CPAE, 2012). Este modelo assenta em 4 princípios:

- 1). Educacional porque promove a aprendizagem de estratégias para lidar de um modo mais eficaz com os acontecimentos de vida stressantes;
- 2). Desenvolvimentista porque

promove o crescimento interno em direcção a estádios superiores de inteligência emocional e autocontrolo; 3). Preventiva porque aposta na prevenção de desorganização psicológica (colectiva ou individual).; 4). Intervenção psicológica em casos que se justifique uma abordagem mais individual do militar em missão (CPAE, 2012).

É o director do CPAE, actualmente o Sr. Cor. Fernando Cruz, que nomeia o psicólogo que irá acompanhar os militares ou prestar apoio às suas famílias. Este acompanhamento abarca os objectivos referentes à prevenção primária, secundária e terciária da intervenção do foro psicológico. Assim, na prevenção primária, aposta-se na criação de um ambiente facilitador e empático entre o militar e as suas famílias; na prevenção secundária, quanto mais cedo o psicólogo agir, mais cedo se extingue o comportamento (a abordagem é comportamental, já que a prioridade é corrigir o comportamento).; e na prevenção terciária, o psicólogo actua em contextos de crise, onde a emergência psicológica se faz sentir pelo militar em caso de mal-estar, como em situações de ansiedade, pânico, depressão, pensamentos autodestrutivos, etc (CPAE, 2012).

Em reuniões com o CPAE sobre o trabalho desenvolvido pelo psicólogo destacado nas últimas missões, ficou esclarecido que as situações críticas ocorridas são, regra geral, reduzidas, sendo a última situação a intervenção do oficial psicólogo num caso de ataque de pânico. Nesta situação, tomaram-se as devidas diligências cognitivo-comportamentais até o militar em questão reduzir os seus níveis de ansiedade e regressar à sua força.

Nestas situações adversas de emergência, segundo o Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico (CPAE, 2012)., a actuação técnica tem por base os seguintes princípios: 1). Brevidade – a intervenção dura aproximadamente entre 1 a 3

dias e o militar e o psicólogo centram-se “no aqui e no agora”. O objectivo é que o militar recupere o mais depressa possível e regresse à missão. 2). Imediatismo – actuação imediata assim que surgem os primeiros sintomas. 3). Contacto – o militar é encorajado a pedir ajuda para além das instalações médicas, de forma a reduzir o estigma associado ao psicólogo. 4). Expectativa – promover a esperança de que o estado do militar é passageiro, pode durar umas horas ou poucos dias, mas que é natural tendo em conta a pressão habitual de uma missão de paz. 5). Proximidade – os cuidados psicológicos a dar ao militar devem ser prestados o mais próximo possível do sítio onde está. 6). Simplicidade – além do bem-estar do militar, garantir que as necessidades básicas sejam satisfeitas.

Em situações de grande pressão, como é o caso da realidade actual do Afeganistão, o militar em risco de adoecer deve ter uma intervenção rápida e eficaz. Assim, as orientações cognitivo-comportamentais numa realidade deste género adaptam-se às necessidades no terreno. Esta intervenção funciona como um “penso-rápido” no início do tratamento da dor que se começa por manifestar em situações de grande tensão. As alterações da ansiedade como o pânico e as fobias são exemplos de um grande mal-estar e sofrimento psíquicos que se podem manifestar em situações semelhantes a estas. No entanto, de uma forma geral, a pré-disposição para desencadear estas fobias ou pânico pode já existir antes do surgimento das mesmas, tendo em conta a estrutura de personalidade de base. Pelos trabalhos de Freud e através da experiência clínica é possível perceber que seria muito improvável que a neurose ocorresse somente por um real perigo mortal, sem a participação de estados inconscientes mais profundos do aparelho psíquico. Posto isto e sabendo que o “estar em missão” e todo o processo envolvente podem desencadear alterações psicológicas no militar, o trabalho do CPAE

ambiciona abranger todo o processo de deslocamento, desde o pré-deslocamento, durante o deslocamento e no pós-deslocamento (CPAE, 2012).

Neste sentido, segundo o modelo acima identificado (2012). as acções do pré-deslocamento ao militar que está integrado numa força, reportam-se à constituição de um processo completo de avaliação psicológica composto por um questionário biográfico, instrumentos para avaliação psicológica e psicossocial, testes sociométricos em vários momentos do pré-deslocamento, entrevistas de despiste clínico, palestras sobre gestão de stress e incidentes clínicos, dinâmicas de grupo, formação aos pares sobre incidentes críticos (dotar alguns militares de “ferramentas” para apoiar o camarada-vítima).

No que se refere ao militar que não está integrado numa força, ou seja, está isolado neste processo de pré-deslocamento, elabora-se o mesmo processo de avaliação psicológica com os mesmos questionários e avaliações, realiza-se a entrevista de despiste clínico e nas palestras ao militar abordam-se assuntos como a gestão de stress e incidentes críticos, profilaxia de consumos aditivos, sintomatologia de fadiga/sono, abstinência sexual e prevenção de suicídio (CPAE, 2012).

No que toca ao apoio à família do militar deslocado, actualmente está a ser criado pelo CPAE um *Programa de Apoio à Família* cuja explicitação do programa juntamente com a gestão de stress são explanados numa palestra dada aos familiares (CPAE, 2012).

Nas duas situações (militar integrado na força ou isolado). são distribuídos folhetos informativos sobre resolução de conflitos, abstinência sexual, comportamentos aditivos, técnicas de relaxamento, perturbação do sono, incidentes críticos e sobre ansiedade e pânico (CPAE, 2012).

Nas acções de deslocamento, o psicólogo permanece durante um período de tempo no Teatro de Operações. Actualmente, devido à crise económico-financeira do país, o exército não tem meios para suportar o deslocamento de um psicólogo militar ao terreno. No entanto, esta função tem como objectivos reportar ao comando da força o estado psicológico dos militares, participar no processo de tomada de decisão sobre questões referentes ao bem-estar dos militares e prestar todo o auxílio aos militares para que estes lidem da melhor forma possível com os efeitos e tensões da permanência em missão (CPAE, 2012).

No Afeganistão, uma das missões estudadas nesta investigação, foram identificados os motivos mais frequentes de solicitação do Oficial Psicólogo pelos militares da força. Assim, o afastamento da família, a rotina, o isolamento, a falta de descanso e a existência permanente de ameaças foram indutores de stress para esta força (CPAE, 2012).

Como tarefas mais específicas do Oficial Psicólogo destacado no Teatro de Operações, o modelo referenciado neste capítulo (2012). indica a prevenção primária, a detecção de sinais de desconforto psicossocial e a sua resolução, fornecer apoio psicoterapêutico aos militares, contactar outras forças para recolher informação no sentido de melhorar o apoio psicológico e tratar os casos agudos de stress grave. Para além destas tarefas mais específicas, o Oficial Psicólogo terá também de realizar a aplicação das provas para avaliação psicológica durante o deslocamento, acompanhar individualmente alguns militares para reduzir sintomas depressivos, auto-agressivos e conflitos interpessoais, bem como participar nas reuniões de comando e desenvolver palestras sobre a gestão de stress e o “regresso a casa” (CPAE, 2012).

No pós-deslocamento, o Oficial Psicólogo realiza a bateria de testes para avaliação psicológica do militar e da força, onde além de outros testes, aplica um questionário de diagnóstico de stress, faz entrevistas de despiste clínico, bem como o acompanhamento psicológico individual quando é necessário (CPAE, 2012). Cabe ao director do CPAE, orientar, supervisionar e apoiar os psicólogos nomeados para as missões em todas as fases do deslocamento (CPAE, 2012).

Este é o modelo mais actual (recentemente reformulado). de actuação do psicólogo no Centro de Psicologia Aplicada do Exército no apoio aos militares que partem em missão em serviço do nosso país.

I.2. PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS RELACIONADAS COM A GUERRA

*Se me perguntares o nome da minha dor eu não saberei dizê-lo.
Creio que é a dor ela mesma, e não saberei designá-la melhor.
(Schumann, in Dor sem nome – Pensar o Sofrimento,
Fleming, 2003).*

O objectivo deste capítulo é abordar as consequências psicológicas relacionadas com a guerra. Para uma melhor organização do referencial teórico, o capítulo foi dividido em subcapítulos, cada um dos quais com uma psicopatologia. No entanto, sendo o aparelho mental dinâmico, o paciente que sofre de Stress Pós-Traumático, sofre naturalmente de uma alteração da ansiedade e do humor.

Em vários estudos com veteranos de guerra são apurados diagnósticos múltiplos, na medida em que há esta interligação entre sintomas. Exemplo disto é o estudo realizado por Erbes, Curry e Leskela (2009). que nos diz que mais de 1.6 milhões de militares americanos que serviram no Afeganistão apresentam sintomas significativos de PTSD, depressão, ansiedade generalizada ou abuso de substâncias.

As patologias abaixo descritas podem fazer parte de um mesmo quadro clínico, ainda que aqui estejam separadas. No caso de um quadro clínico depressivo, o mesmo pode não apresentar sintomas de Stress Pós-Traumático. Uma alteração significativa da Ansiedade Generalizada pode ou não ser acompanhada de Depressão. Já o Stress Pós-Traumático apresenta sintomatologia depressiva e ansiosa. Tal como os resultados de Pietrzak, Goldstein, Malley, Johnson & Southwick (s. d.) com militares regressados do Afeganistão e do Iraque comprovaram que a PTSD encontra-se associada à depressão e a dificuldades psicossociais (Osório, C., & Maia, Â., 2010).

Assim, optou-se por fazer um levantamento das principais psicopatologias associadas à guerra, sendo a Perturbação de Stress Pós-Traumático, aquela que manifestou maior prevalência no decorrer da revisão bibliográfica, concomitantemente à depressão e ansiedade.

1.2.1. A PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO

A Perturbação de Stress Pós-Traumático foi durante muitos anos objecto da crescente atenção de investigadores em saúde mental. Esta perturbação psíquica, tem a sigla PTSD (*Pos Traumatic Stress Disorder*), e será assim tratada ao longo deste capítulo. As investigações publicadas e os livros sobre o tema explodiram nos finais dos anos 80, durante os anos 90 e inícios de 2000, não só pela sua introdução como doença do foro psíquico no DSM III (APA, 1980), mas também como refere Pamplona (1998). por ser um exemplo prometedora do impacto dos acontecimentos externos na psique humana.

Em 1980, o diagnóstico da Perturbação de Stress Pós-traumático introduziu-se formalmente no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, terceira edição (DSM-III, 1980).

Esta perturbação introduziu-se com o objectivo de descrever um conjunto de sintomas de mal-estar clinicamente significativo nas pessoas que regressaram de situações de combate, tais como guerras, ataques terroristas, prisioneiros de guerra em campos de concentração, a violação, entre outros (DSM-IV-TR, 2002).

Quintais (2001). a propósito da introdução de PTSD no DSM, diz-nos que:

A sua inclusão no manual traduz de algum modo o mal-estar que atravessava a sociedade americana durante e após a guerra do Vietname, em que o veterano enlouquecido se torna a expressão mais acabada desse mal-estar, afirmando-se como a figura indelével do sonho americano tornado pesadelo (pág. 327).

A Diciopédia (2010). confirma a existência de relatos de "neurose de guerra" relacionados com a Primeira Guerra Mundial e mais tarde "neuroses traumáticas" da Segunda Guerra Mundial. Além destas neuroses, há relatos de consequências psicológicas dos sobreviventes do holocausto e de vários acidentes civis. Com os veteranos da Guerra do Vietnam percebia-se que cerca de 15% sofria de stress pós-traumático, em que aconteciam flashbacks de experiências de combate que atormentavam as vítimas. E estas perturbações eram graves, incapacitantes e não desapareciam.

Não só na Primeira e Segunda Guerra Mundiais e na Guerra do Vietnam isto ocorreu. As guerras por si só, causadoras de grande tensão, violência, agressividade, e que põem em risco a integridade física do militar e dos seus camaradas, acabam por ter determinadas sequelas que se podem inserir no quadro clínico de Stress Pós-

Traumático. Em conflitos bélicos mais complicados a vida do ser humano passa a não ter valor e a forma como se encara a morte constituem episódios muito difíceis de lidar na vida intrapsíquica do sujeito. No que se refere a Portugal, os sintomas de Stress Pós-traumático actualmente ainda estão muito presentes em militares que combateram na Guerra Colonial entre 1961 e 1974 (Diciopédia (2010)).

Albuquerque (2003). é um psiquiatra que trabalha desde há muitos anos com a PTSD e diz-nos que esta é a única doença psiquiátrica cujo diagnóstico exige que a existência de um factor de stress preceda o seu aparecimento. Este autor avaliou a predominância de PTSD na população portuguesa e diz-nos que a mesma é caracterizada por sintomas que se desenvolvem a seguir à exposição a uma situação de trauma psicológico a que a pessoa reage com medo intenso, horror ou desespero (2003).

Tal como indica o DSM-IV-TR (2002). as características essenciais desta perturbação referem-se ao desenvolvimento de sintomas depois da exposição a um episódio extremamente stressante e traumático, em que há contacto directo com um evento que envolve a morte, ameaça de morte ou lesões graves de uma pessoa.

O DSM também esclareceu que os sintomas referidos pelos indivíduos não são específicos de qualquer cultura ou região do mundo, mas resultante da exposição a um acontecimento traumático (DSM-IV-TR, 2002). Os acidentes, tragédias pessoais tais como morte de familiares, abusos sexuais e violência doméstica, são igualmente factores que induzem ao stress pós-traumático (Diciopédia, 2010).

A Perturbação de Stress Pós-Traumático não foi um diagnóstico inicialmente aceite. Anunciação (1997). refere que as pessoas acusaram a psiquiatria de prestar pouca atenção à vulnerabilidade individual de cada um, promovendo a ideia de que as pessoas seriam responsáveis pelas suas próprias perturbações psíquicas. Pamplona (1998). vai

no mesmo sentido afirmando que esta perturbação ficou diagnosticada porque os veteranos da guerra do Vietnam, e as vítimas de violação e incesto nos Estados Unidos da América, tinham necessidade de obter uma explicação para o seu sofrimento.

Até ser uma doença diagnosticada era considerada como uma patologia decorrente de graves danos do Sistema Nervoso Central, como se fosse uma hemorragia ou inflamação. Ao investigar-se a anatomia do Sistema Nervoso Central, percebeu-se que não havia alterações no mesmo o que fez com que se começasse a pensar em perturbações da vida emocional, com conflitos mentais inconscientes (Delouyab, Meshulam-Werebea, Andradeb, 2003). .

Infelizmente, pouco depois de esta perturbação ser classificada como doença, começou a haver algum abuso da mesma para obter sucesso nos tribunais quando a pessoa alegava incapacidade. Esta situação começou a ser polémica e segundo Long (1996)., citado por Pamplona (1998). na época esta perturbação passou a ser a “doença da moda” já que podia ser utilizada indevidamente para obter benefícios por incapacidade, ganhar indemnizações por danos corporais, etc. No entanto, a controvérsia continuou, já que existem perguntas sem respostas, relativamente à caracterização dos eventos como traumáticos, e de que forma as reacções ao trauma diferem de pessoa para pessoa. Segundo o mesmo autor, citado por Pamplona (1998)., para obter uma história exacta não é fácil, já que os pacientes negam as suas lembranças, e redefinem o passado à luz do acontecimento traumático.

Sobre este assunto, Sales e Pereira (2011)., referem-se à emoção sentida durante o episódio traumático como extrema e como consequência leva a uma desorganização da representação dos factos tal como aconteceram na realidade. Além disso, as autoras

(2011). referem que há estudos que comprovam a distorção cognitiva dando ideia do evento como tendo sido algo catastrófico.

Nesta mesma linha de ideias está Oliveira (2008). que através da citação de alguns autores na sua tese, vai-nos demonstrando que o processo de recordação do evento traumático é sujeito a alterações cognitivas pelo estado de doença. Esta autora refere que muitos dos estudos longitudinais (McNally, 2003, citado por Oliveira, 2008). demonstram que o estado clínico dos militares afecta a memória do episódio traumático. Assim, a severidade dos sintomas de PTSD pode afectar a memória do trauma ao longo do tempo, logo, afecta igualmente a recordação do mesmo.

Alguns veteranos da Guerra do Golfo com elevados índices de PTSD tendiam a amplificar a sua memória traumática bem como faziam os veteranos do Vietnam que exageravam a severidade da sintomatologia para obterem o diagnóstico de PTSD com o propósito de ganharem uma indemnização do Estado pela sua doença (Oliveira, 2008).

Colocando de parte este suposto exagero da sintomatologia traumática com propósitos financeiros, parece existir ainda assim, uma relação entre o trauma e o significado que as pessoas dão ao evento traumático. Um exemplo é um caso reportado por Kilpatric et al. (1989, citado por Pamplona 1998)., em que uma mulher foi violada e só apresenta os sintomas de PTSD meses mais tarde, quando soube que o seu agressor havia morto uma pessoa por violação. Esta mulher recebeu essa informação e reinterpretou a sua própria violação como algo traumático. Parece-nos que neste caso em concreto, episódios traumáticos podem ser negados inconscientemente pela pessoa que passa por eles. Assim, através de mecanismos de defesa e dependendo da estrutura de personalidade, a pessoa pode não apresentar sintomas relativos ao episódio na altura em que ele acontece, mas apresentá-los mais tarde. Neste caso, pode ter sido isto que

aconteceu. A vítima de violação pode ter-se dado conta da sua própria violação através da outra vítima e com isto começar a manifestar sintomas que por manobra do recalçamento não estavam acessíveis à consciência. Freud chama a este período de tempo que vai desde o evento traumático até ao início do sintoma, de *período de incubação*.

Neste mesmo sentido seguem os trabalhos de Delouyab, Meshulam-Werebea, Andradeb (2003). realçando que as reacções esperadas decorrentes do evento traumático podem surgir meses ou anos mais tarde através de inibições e restrições funcionais acompanhadas de ansiedades, fobias e visões alucinatórias associadas ao trauma. Estes autores (2003). indicam que cerca de 20 anos mais tarde da guerra entre Israel, Egipto e Síria em 1973, o serviço de psiquiatria israelense emitiu baixas psiquiátricas e teve inclusive de indemnizar os veteranos desta guerra por sintomas de Stress Pós-Traumático.

Um estudo longitudinal com militares no activo (N= 56350) e militares na reserva (N= 31885) regressados do Iraque foram avaliados pós-mobilização e re-avaliados 6 meses depois. Os resultados sugerem que a incidência da PTSD duplicou para os militares na reserva e que ambas as amostras apresentavam o mesmo grau de experiência traumática em combate (Milliken, Auchterlonie & Hoge, (2007) citado por Osório, C., & Maia, Â., 2010) .

Shalev (1996). citado por Pamplona (1998). diz-nos que o desenvolvimento desta perturbação e o impacto que ela tem expressa-se em termos de intensidade e duração, a perigosidade de um incidente de violação, a intensidade da experiência da tortura ou a extensão de uma lesão.

Já que nem todas as pessoas respondem de maneira similar com o mesmo tipo de trauma, Green (1990). propõe as seguintes dimensões genéricas de eventos traumáticos: ameaça à vida e lesões corporais, incapacidade grave, intenção de ferir, exposição ao ridículo, o testemunho ou o conhecimento da violência contra entes queridos, a consciência da exposição a um agente nocivo e causar a morte ou lesões graves a outro (Pamplona, 1998).

É natural que ao longo da vida de cada pessoa, haja pelo menos uma ou duas situações traumáticas. Embora isto seja uma hipótese comprovada por estudos epidemiológicos, sabemos que apenas uma pequena parte destas pessoas desenvolve posteriormente PTSD.

Queiroz (2008). diz-nos que quando se aborda o impacto de situações de guerra em seres humanos, devemos-nos referir ao Stress Pós-traumático, sendo que dentro deste quadro clínico pode haver várias reacções que podem depender da adaptação da pessoa à situação traumática, podendo mesmo manifestar-se em ansiedade, depressão ou a perturbações psicóticas.

Assim, o DSM-IV-TR diz-nos que:

Os acontecimentos traumáticos que são vividos diretamente incluem, mas não estão limitados a, combates em guerra, assaltos pessoais violentos (ataque sexual, ataque físico, roubo, estrangulamento), ser raptado, ser feito refém, ataque terrorista, tortura, ser prisioneiro de guerra num campo de concentração, desastres naturais ou provocados pelo homem, acidentes graves de automóvel ou diagnóstico de doença ameaçadora de vida (2002, pág. 463).

Além das neuroses de guerra, existem outras situações traumáticas que podem desencadear o mesmo tipo de sintomatologia. Deste modo, Brown (1998). citado por Pamplona (1998). apresenta alguns exemplos, dos quais destacamos as catástrofes

naturais (por exemplo, furacões, tornados, inundações incêndios florestais), os acidentes de viação, a violência com perigo de vida causado intencionalmente por outra pessoa e todos os outros acontecimentos traumáticos que envolvem o perigo eminente de vida.

Quintais (2001). realça como principal motor traumático, as acções humanas. O autor, diz-nos que:

(...). o grande destaque vai certamente para as acções humanas e para as consequências traumáticas das acções humanas. Ou seja, quando falamos da desordem de stress pós-traumático – e do seu impacto no espaço social – estamos quase sempre a falar das acções humanas, da sua revisitação, e das dramáticas e dolorosas inscrições que essas acções deixaram no tecido da história. Ao falarmos das vítimas – os que, na sua memória, trazem as feridas de um tempo irreparável ou supostamente irreparável (pesem embora todas as tentativas de reparo). – estamos a falar dos que se sujeitaram (e fizeram com que outros se sujeitassem). a tais acções (pág. 328).

Pamplona (1998). afirma que Sthefens (1996). também se refere aos crimes violentos (por exemplo, assalto, violação, incêndio premeditado, assalto à mão armada, roubo, sequestro, tomada de reféns, os linchamentos, os distúrbios, a violência de grupo, as invasões de domicílio, roubo de veículos, etc), aos abusos sexuais, e à sobrevivência (por exemplo, homicídio, suicídio, morte acidental, os incêndios destrutivos, afogamento).

Queiroz (2008). chama a atenção para a perda e para o luto em situações de guerra. Este autor recorda que a morte de alguém próximo é reconhecida como uma das experiências mais dolorosas que um ser humano pode sentir, juntamente com o processo de luto. O luto surge aqui também como uma experiência devastadora mas ao mesmo tempo deve ser enfrentada e vivida em todas as suas fases de forma a superá-lo. Caso

contrário, a negação da dor e a dificuldade em aceitar a perda, pode conduzir a um luto patológico com as diversas consequências a médio e longo prazo para a pessoa.

Num estudo com 2606 sujeitos (Albuquerque et al, 2003). apurou-se que 205 sujeitos da amostra têm PTSD. Neste estudo é investigada o tipo de situação traumática, sendo que um dos resultados diz-nos que a situação referida pela maior parte dos inquiridos foi a Morte violenta de familiar ou amigo (29,3%), seguindo-se Roubado ou assaltado (22,7%). e Testemunha de acidente grave ou morte (22,2%). Cento e noventa e dois indivíduos (7,4%). estiveram directamente envolvidos em situação de Combate/guerra.

A predominância de PTSD na população portuguesa não está apenas relacionada com traumas de guerra. Tendo em conta que actualmente os militares portugueses não vivem situações de guerra, a PTSD deve estar mais relacionada com as situações referidas neste estudo.

Mello, Caminha, Lorenzoni, Kristensen (2011). identificam outras áreas profissionais como bombeiros, policias e bancários com risco de desenvolver PTSD devido ao perigo de vida. Tal como nos dizem Kapczinski e Margis (2003). há estudos retrospectivos que reforçam a ideia de que a cronicidade da PTSD pode-se modificar com o tempo. Apesar do diagnóstico ter surgido associado ao trauma de guerra, actualmente, os mesmos sintomas surgem associados a outros eventos traumáticos que não a guerra.

Shalev (1996). citado por Pamplona (1998). identifica três dimensões como respostas individuais ao evento traumático: os comportamentos ou sintomas (por exemplo, a conversão, a agitação), as experiências cognitivas ou emocionais (por

exemplo, ansiedade, pânico, confusão). e/ou processos mentais (por exemplo, as defesas).

Existem factores de risco e/ou de protecção, diferentes para cada doente. Estes factores de ordem biológica, psicológica e social influenciam a passagem ou não da fase aguda da doença para a fase crónica.

No entanto, os factores mais importantes da probabilidade de desenvolvimento da doença para cada traumatizado, são aqueles que têm a ver com as características de situação traumática; severidade, duração e proximidade (dos factores traumáticos).

Segundo Shalev (1996). a resposta imediata ao trauma é variável consoante a intensidade e a duração da resposta e estas podem ser condicionadas pela vulnerabilidade prévia existente no sujeito perante o trauma (por exemplo, factores de risco genéticos, a educação, os antecedentes familiares de perturbações mentais). Além destes factores, este autor faz referência ao género (feminino e masculino), à personalidade e aos factores socioeconómicos (por exemplo, o comportamento negativo dos pais, a pobreza, baixo nível de escolaridade (Pamplona, 1998).

Anunciação (1997). segue a mesma ideia dizendo-nos que além dos eventos traumáticos, existem factores de personalidade, factores genéticos, factores físicos e psicológicos e estratégias utilizadas pelo sujeito que podem contribuir ao despoletar do quadro clínico de PTSD. Além disso, diz-nos também que o apoio social a estes doentes contribui para redução dos efeitos de PTSD.

Este apoio social refere-se à quantidade e à qualidade das relações sociais que envolvem a pessoa que sofre com o trauma. Este apoio depende da força dos elos

afectivos estabelecidos, bem como da frequência do contacto entre as pessoas que apoiam e o doente (Oliveira, 2008).

Neste sentido, a falta de apoio da família e de amigos pode conduzir a um aumento dos sintomas e a uma maior dificuldade na reabilitação do indivíduo. Nos estudos de Albuquerque (2003)., verificou-se que a taxa de ocorrência de PTSD foi superior nos indivíduos divorciados e nos viúvos. No que toca à análise do cruzamento entre as idades e o sexo, este estudo mostrou que a maior taxa de ocorrência de PTSD, ocorreu entre os 56 e os 65 anos (26,9%)., para o sexo masculino, e entre os 46 e os 55 anos (26,8%)., para o sexo feminino.

O DSM-IV-TR, 2002, diz que:

A intensidade, duração e proximidade da exposição do sujeito ao acontecimento traumático são os fatores mais importantes que afetam a probabilidade para desenvolver esta perturbação. Existe alguma evidência de que as redes de suporte social, história familiar, experiências da infância, variáveis de personalidade e perturbações mentais preexistentes podem influenciar o desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático. Esta perturbação pode desenvolver-se em sujeitos sem quaisquer condições predisponentes, em particular quando o agente stressor é especialmente forte (pág. 466).

A avaliação de PTSD não é rápida nem fácil, já que, como vimos no parágrafo anterior, um acontecimento para ser traumático deve ser considerado de gravidade extrema.

Neste sentido, Oliveira (2008). diz-nos o seguinte:

A avaliação da patologia traumática foca-se em três áreas: a exposição ao acontecimento traumático, os sintomas relatados depois do trauma e o estabelecimento de causalidade entre a vivência desse acontecimento e o aparecimento consequente de sintomatologia significativa e incapacitante. Esta última área de avaliação é particularmente difícil, no que respeita às situações de PTSD crónica, em que o trauma

ocorreu há vários anos ou décadas e em que pode existir a exposição a mais do que um acontecimento traumático, como é o caso da exposição a um teatro de guerra (pág. 20).

De acordo com Begić e Jokić-Begić (2007), a reacção ao trauma depende da situação traumática em si, bem como das características da personalidade da pessoa exposta, e daquilo que a envolve no pós-trauma.

Estes autores têm demonstrado que a presença de factores de risco, o tipo de experiência traumática e a personalidade são cruciais para o desenvolvimento de PTSD.

Anuniação (1997), segue a mesma ideia argumentando que o evento traumático, além de ser uma condição necessária não é suficiente para desencadear a respectiva sintomatologia.

Mais autores vão no mesmo sentido, como Delouyab, Meshulam-Werebea, Andradeb (2003):

A estrutura de personalidade e a história de vida anterior ao trauma interferem diretamente na experiência subjetiva e influenciam o risco de desenvolvimento do PTSD. A capacidade de manejar a agressão depende de factores de vulnerabilidade prévios, como antecedentes de traumas precoces, vínculos afetivos instáveis e alterações da auto-estima (pág. 39).

Numa revisão de 10 investigações com as famílias dos militares da I e II Guerra Mundial sobre a reacção destes militares ao (s). evento (s). traumático (s)., os autores Connor e Davidson (1997), encontraram em cada estudo uma taxa de psicopatologia familiar entre 48% e 74% nos casos que reportaram a antecedentes familiares psiquiátricos positivos, em comparação com o 0% a 10% no grupo controlo. Os autores concluíram que os factores psiconeuróticos podem contribuir para uma predisposição ao desenvolvimento de doença psiquiátrica das pessoas expostas à tensão da guerra (Pamplona, 1998).

No que se refere a Portugal, o Estado reconheceu a existência de PTSD em ex-combatentes da Guerra Colonial, compreendendo a relação de causalidade entre a doença e a guerra. Uma vez tendo sido adquirida ao serviço do Estado Português, este teve de ressarcir as necessidades desse grupo numeroso de doentes (Albuquerque, 2003).

A primeira reunião científica em Portugal sobre a PTSD foi em 1985, organizada pela Associação dos Deficientes das Forças Armadas (Oliveira, 2008).

Em Portugal, foi criada a Lei N ° 46/99 de 16 de Junho (www.cga.pt, consultado em 18 de Março de 2011). para apoiar as vítimas de PTSD. Esta lei defende que o cidadão português, militar ou ex-militar das Forças Armadas com um diagnóstico de PTSD tem direito a uma rede nacional de apoio (artigo 2). O artigo 2 desta lei diz que o Estado Português tem a responsabilidade de informar, identificar e referir os casos de PTSD aos serviços com fins médicos, psicológicos e sociais em conjunto com o Serviço Nacional de Saúde.

Nos estudos de Albuquerque (2003)., é possível perceber mais sobre a protecção que Portugal deu aos doentes com PTSD bem como aquilo que foi feito neste sentido.

Este autor (2003). e os seus colaboradores dizem-nos o seguinte:

A lei indica um número aproximado de 140 000 Ex- combatentes com problemas psicológicos crónicos que incluem não só a PTSD, para a qual se apontou a estimativa de 40 000, como outras perturbações menos específicas (...). A obtenção desses dados no nosso país permitiria assim um melhor planeamento do apoio e do tratamento que estes doentes necessitam e que está previsto na legislação, com a criação de uma Rede Nacional de Apoio, e ajudar a clarificar algumas preocupações que recentemente têm vindo a surgir em relação ao risco de simulação. Seria também importante para o País saber qual a percentagem da população que foi exposta a acontecimentos traumáticos em geral e estabelecer qual a proporção desta que ficou a sofrer de PTSD. Para além dos prováveis benefícios para o foro clínico, estes dados podem ainda trazer alguma luz aos debates

atuais sobre certas diferenças psicológicas atribuídas ao sexo e ao estatuto socioeconómico e contribuir ainda para uma melhor caracterização social, económica e ocupacional das vítimas de trauma psicológico na sociedade portuguesa (pág. 311).

Para além do apoio psicológico e psiquiátrico dos Hospitais Militares das Forças Armadas Portuguesas, existem Associações criadas para o mesmo efeito. Um militar com PTSD tem à sua disposição os serviços de psicologia e psiquiatria dentro do ramo das Forças Armadas, podendo recorrer igualmente ao sector privado.

A PTSD é uma perturbação psicológica grave que afecta com bastante severidade a vida o doente. Ao nível físico, mental e emocional as alterações repercutem-se ao ponto de mudar a vida do doente. A sintomatologia é tão agressiva que para lutar contra esses sintomas, o paciente pode desenvolver comportamentos aditivos, que podem destruir a sua vida relacional, e levar a alguns pacientes ao suicídio, como destaca Pamplona (1998). Neste mesmo sentido, Anunciação (1997). faz referência a vários estudos que apontam para uma correlação positiva entre os sujeitos com PTSD e o abuso de substâncias, o uso de violência e com problemas interpessoais.

Esta perturbação pode fazer com que a longo prazo seja frequente (Albuquerque, 2003). o surgimento de estados depressivos, o suicídio, a perturbação de pânico, a ansiedade generalizada, o alcoolismo e a toxicodependência, as disfunções sexuais e doenças psicossomáticas (especialmente no aparelho digestivo, cardiovascular, dermatológico, etc).

O DSM-IV-TR adianta que:

O sujeito tem sintomas persistentes de ansiedade ou de aumentos de ativação que não estavam presentes antes do trauma. Estes sintomas podem incluir dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir que podem ser provocados por pesadelos recorrentes durante os quais o acontecimento traumático é revivido, hipervigilância e

resposta de alarme exagerada. Alguns sujeitos descrevem irritabilidade ou acessos de cólera ou dificuldades de concentração ou em completar tarefas (2002, pág. 464).

Os trabalhos de Figueira e Mendlowicz (2003). apresentam de que forma as reminiscências de que o paciente sofre relativamente ao trauma surgem à consciência. Podem apresentar-se através dos sonhos, através de pensamentos, sentimentos ou imagens incontroláveis, através de *flashbacks*.

De acordo com Delouyab, Meshulam-Werebea, Andradeb, (2003). “*o estudo dos sonhos de pacientes com neuroses traumáticas possui características de repetidamente trazer o paciente de volta à situação de seu acidente, numa situação da qual acorda em outro susto (...).*” (pág. 39).

Estes fenómenos são muito dolorosos e tendem à repetição como se houvesse uma tendência inconsciente para a pessoa não se conseguir libertar deste tipo de pensamentos e comportamentos.

Para Freud, a angústia funciona como um sinal perante um perigo real ou imaginário. Perante o perigo, o *Ego* tenta evitar o que gera a angústia. Aqui, *o princípio do prazer* e os sintomas assumem o propósito de manter à distância a dita angústia. Nesse sentido, os sintomas têm a função de alertar para o possível perigo (1926).

Nesta linha de ideias, estes mesmos autores (2003). referem que:

O trauma psíquico, ou a lembrança do trauma, atua como um corpo estranho, que muito depois de sua entrada, continua como um agente que ainda se acha em ação. Há a hipótese de que o trauma reativou um conflito psicológico anteriormente quiescente, embora não resolvido (pág. 39).

Alguns estudos demonstraram que as vítimas de PTSD podem ter mudanças na personalidade. Aranha (2007). vai neste sentido dizendo-nos que em alguns casos,

depois de experiências traumáticas, as mudanças de personalidade fazem-se notar no aumento de sentimentos de ira, agressividade e de vingança; diminuição da capacidade de concentração, diminuição do interesse pelo que anteriormente dava prazer, depressão, ansiedade, dificuldade no relacionamento interpessoal e diminuição da capacidade de exteriorizar sentimentos bem como a interiorização de sentimentos de culpa. Fernandes & Maia (2000). falando-nos que em veteranos de guerra, é possível perceber a persistência de sonhos, imagens e lembranças que envolvem cenas de guerra. Assim, associam também a cor verde à guerra e ficam incapazes de ver filmes sobre África, entre outros.

Em *Introdução à psicanálise e às neuroses de guerra*, Freud (1996). avança que “as neuroses de guerra são apenas neuroses traumáticas, que, como sabemos, ocorrem em tempos de paz também, após experiências assustadoras ou graves acidentes, sem qualquer referência a um conflito no ego” (pág. 226).

Freud compara a PTSD à histeria traumática uma vez que a causa não é decorrente do dano físico, mas proveniente da emoção associada ao trauma (Delouyab, Meshulam-Werebea, Andradeb, 2003).

Quinodoz no seu livro *Ler Freud* (2007). a propósito do mecanismo psíquico dos fenómenos histéricos faz referência a vários autores que afirmam que o desaparecimento dos sintomas segue-se à evocação da lembrança traumática.

Este autor (2007). indica uma citação de Freud e Breuer quando estes descrevem o método terapêutico no tratamento destas neuroses:

Para nossa grande surpresa, descobrimos que, de facto, todos os sintomas histéricos desapareciam imediatamente e sem retorno quando se conseguia trazer à luz do dia a lembrança do incidente desencadeante e despertar o afeto ligado a ele e, depois

disso, o doente descrevia o que lhe tinha acontecido de forma bastante detalhada e dando uma expressão verbal à sua emoção (pág. 22).

No que se refere à prevalência da doença, Helzer et al. (1987), citado por Pamplona (1998), dizem-nos que num estudo epidemiológico de PTSD realizado nos Estados Unidos (Epidemiologic Catchment Area Survey), desenvolvido por St. Louis, encontrou-se além de uma comorbilidade alta com outras perturbações psiquiátricas, uma taxa de prevalência de PTSD de 0,5% entre os homens e de 1,3% entre as mulheres, ainda que muitas mais pessoas (15% entre os homens e 16% entre as mulheres), haviam experimentado alguns dos sintomas depois do trauma.

Um estudo que avalia as diferenças de género no diagnóstico de Saúde Mental em veteranas e veteranos da guerra do Iraque e Afeganistão, sugerem que as veteranas apresentavam maior probabilidade de receberem diagnósticos de depressão, enquanto que os homens tinham diagnósticos mais frequentes de stress pós traumático e alcoolismo. O avanço na idade foi associado a uma maior presença de stress pós traumático e depressão nas mulheres, mas não nos homens (Maguen, S., Bosch, J. O., Marmar, C. R., Seal, K. H., 2010).

Quanto à duração dos sintomas, cerca de metade dos casos duraram menos de seis meses, e em um terço dos casos, mais de 3 anos. Na Guerra do Vietnam, estima-se que 1 em cada 28 soldados adoeceram com PTSD (Pamplona, 1998).

Osório, C., & Maia, Â. (2010) fazem uma revisão de estudos sobre militares que estiveram no Afeganistão e no Iraque e apuraram em vários estudos que a percentagem de PTSD sobe depois da mobilização para a missão (Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting, & Koffman, 2004).

Contrariamente a este último resultado, seguem os de Hughes, Cameron, Eldridge, Devon, Wessely & Greenberg (2005) citado por Osório, C., & Maia, Â. (2010) que refere que os militares avaliados antes e depois da mobilização no Iraque não demonstram qualquer deterioração mental após o regresso da missão.

Num estudo apresentado pelo Dr. Afonso de Albuquerque no I Congresso da Associação de Apoio aos Ex-combatentes Vitimas do Stress de Guerra nos dias 26, 27 e 28 de Abril de 2007 informou-se que em relação à Guerra Colonial, estima-se que foram mobilizados 800.000 homens, embora não se saiba quantos foram expostos ao combate. Este estudo indica que 30% dos homens expostos ao combate sofrem desta doença durante o combate e que cerca de metade (15%) continuam doentes anos mais tarde. O único estudo epidemiológico realizado em Portugal, indicou a existência de 55.000 ex-combatentes da Guerra Colonial vítimas de PTSD (Albuquerque et al., 2003).

Comparando dois teatros de operações como o Iraque e o Afeganistão, os estudos de Hoge, Auchterlonie & Milliken (2006) demonstram que a prevalência de PTSD é de 4,7% para o Afeganistão e de 9,8% para o Iraque, sendo que os militares do Iraque estavam mais susceptíveis ao desenvolvimento de PTSD que os militares do Afeganistão (Osório, C., & Maia, Â., 2010)

Com militares mobilizados apenas no Iraque, os estudos de Vasterling, Proctor, Amoroeo, Kane, Heeren & White (2006) citado por Osório, C., & Maia, Â. (2010) revelam igualmente uma amostra cuja mobilização se encontra associada a um maior risco de comprometimento neuropsicológico.

Num estudo do *National Vietnam Survey*, existe uma investigação com uma amostra representativa de 8.098 americanos encontrou-se uma prevalência de PTSD em adultos de 7,8%, sendo 10,4% para as mulheres e 5% para os homens. (Pamplona,

1998). O mesmo nos diz o estudo de Albuquerque, A. (2003). em que se verificou uma clara predominância desta patologia no sexo feminino (67%). O autor do estudo (2003). refere que a diferença entre masculino e feminino foi estatisticamente significativa para as mulheres ($p < 0,001$).

No entanto, para Wolfe e Kimerling (1997, citado por Pamplona, 1998). os dados são um pouco diferentes já que as taxas de PTSD que surgem desde o início dos sintomas são semelhantes para homens e mulheres que estão em situações de guerra.

Actualmente, além da PTSD como doença que afecta directamente a pessoa que passa por episódios traumáticos, também se começa a não descuidar a traumatização secundária, como algo que afecta uma terceira pessoa envolvida num trauma. Esta, é uma área de investigação que está a ser estudada, mas ainda com fraco reconhecimento do ponto de vista patológico e consequentemente com pouca intervenção. Não é nossa intenção nesta investigação desenvolver exaustivamente a Desordem Secundária de Stress Traumático (STSD)., se não fazer uma abordagem breve uma vez que várias investigações apontam para a prevalência da STSD, por exemplo, nas esposas e familiares próximos dos veteranos da Guerra do Vietnam (Pereira e Ferreira, 2004).

Segundo Oliveira, o Stress Traumático Secundário refere-se ao:

(...). Indivíduo que interage ou que tem uma ligação emocional com a vítima de trauma pode assim experienciar sintomas semelhantes, mesmo que a experiência traumática não seja verbalizada, pois está exposto às reações emocionais e físicas do traumatizado. Trata-se portanto de stress crónico, resultado da exposição do indivíduo a experiências traumáticas dos outros (2008, pág. 40).

Iniciou-se assim, o estudo de que uma reacção traumática pode ocorrer sem uma exposição directa ao evento traumático. Recentemente, passou a ser alvo de estudo e já existe alguma literatura para o efeito.

Oliveira (2008). chama a atenção para os casos que demonstram que as esposas e filhos (as). dos veteranos de guerra apresentam sintomas similares à PTSD, embora não existem praticamente dados sobre a associação entre a PTSD dos ex-combatentes e a sintomatologia da sua família.

Na Revista de Psicologia Militar nº 11 (1998)., aborda-se uma série de artigos sobre as mulheres e os militares. Não só a mulher com carreira militar, mas também as esposas dos soldados que estavam na guerra. O curioso é que alguns dos sintomas de PTSD surgem como consequência não só nos militares em guerra, mas também nas suas esposas. O estar em guerra afecta não só o militar envolvido, mas em casos de conflitos bélicos mais graves, afecta também as suas famílias.

Pamplona (1998). diz-nos que na guerra do Vietnam, 16% dos militares americanos nesse país eram casados e tinham filhos, mas na Guerra do Golfo Pérsico de 1994 a percentagem de casais com filhos foi de 60%. Por isso, estima-se que cerca de 32.000 crianças foram afectadas pelo deslocamento do pai.

Num artigo da Associação Americana de Psicologia, Gewirtz, Polusny, DeGarmo, Khaylis e Erbes (2009). indicam que o aumento dos sintomas de PTSD a militares que regressaram do Afeganistão e do Iraque estavam associados a maiores dificuldades de adaptação no casal e a alguns desafios parentais.

O efeito dos sintomas de guerra na família é também analisado num outro artigo, em que sintomas como irritação, ansiedade e dificuldade em dormir têm também implicações no funcionamento do casal (Erbes, Polusny, Compton, 2011). Neste estudo, os autores afirmam que existe aumento de uma variável latente que é a disforia e que estes sintomas contribuem para um aumento de tensão no casal (2011).

Num estudo sobre o desenvolvimento de mal-estar psicológico em cônjuges e filhos de ex-combatentes do Ultramar com uma amostra de 159 pessoas (72 ex-combatentes, 50 esposas e 23 filhos mais velhos e 13 filhos mais novos). foi encontrado uma influência directa da sintomatologia dos ex-combatentes sobre a das suas esposas e da sintomatologia destas sobre os filhos, sobretudo a dos filhos mais velhos (Lopes Pires et al, 2006, citado por Oliveira, 2008).

Numa outra investigação realizada por Pereira e Ferreira, em 2004 com uma amostra de 149 pessoas, obteve-se um valor bastante elevado de 78% para a prevalência de STSD nas esposas dos ex-combatentes. Os autores (2004). referem que este valor elevado provavelmente terá relacionado com o facto de 70% da amostra pertencer a tropas especiais.

Pedras (2009). na sua tese de mestrado em Psicologia da Saúde fala-nos do Modelo Geral de Transmissão do Trauma de Fligey (1998). A autora (2009). cita-nos este modelo (Figley, 1992, 1995). para a compreensão do fenómeno de transmissão do trauma do militar em guerra para a sua família. Segundo este modelo a capacidade empática para compreender o sofrimento da vítima é o motor que faz desenvolver a traumatização secundária.

Segundo Pedras (2009).:

Neste esforço de compreensão e ajuda, os membros da família começam a sentir e a experienciar emoções muito semelhantes às da vítima, tais como imagens visuais (flashbacks), problemas de sono e sintomatologia depressiva ou outros sintomas resultantes da exposição directa às reações e sintomas traumáticos da vítima. Segundo este modelo, o stress traumático secundário surge devido à conjugação de vários fatores. O primeiro, diz respeito à presença da capacidade de demonstrar empatia, ou seja a capacidade de reconhecer a dor e o sofrimento dos outros, bem como a capacidade de demonstrar e manifestar empatia perante esse alguém em sofrimento. Verifica-se uma incapacidade de encontrar alívio através do distanciamento e a sensação de satisfação de

ajudar a aliviar o sofrimento de outro. Esta é a essência do sentimento de compaixão pelo outro. Um membro da família, ou alguém que mantenha um contacto muito próximo e chegado à vítima do trauma, inevitavelmente sente a dor do outro, e o stress por compaixão surge quando se está exposto de forma prolongada ao sofrimento de outra pessoa (pág. 28).

Estamos perante um efeito contagiante do sofrimento do outro na pessoa indirectamente relacionada com o trauma.

Para finalizar este sub-capítulo, a propósito do sofrimento do doente com PTSD, Quintais (2001). diz-nos que:

Quando pensamos nos ex-combatentes das guerras coloniais portuguesas, já não pensamos somente em homens cuja população (envelhecida). se divide entre aqueles que ficaram incólumes aos rigores da violência (fisicamente incólumes). e os outros que arrastam a sua tragédia pessoal (porque fisicamente destroçados). por anónimas moradas (como seja, por exemplo, o Lar Militar da Cruz Vermelha em Lisboa)., mas em todos aqueles que ficaram feridos numa região mais ou menos fluida e irredimível dos seus sistemas nervosos, e que podem, a todo o momento, renovar o seu drama com outro drama, requalificando a invisível ferida (a sua memória). em ira e violência, como supostamente terá acontecido a Luís Sousa pai. Ira e violência de que não são responsáveis (pág. 332).

I.2.2. ANSIEDADE

A Perturbação da Ansiedade, segundo o DSM-IV-T/R, funciona como uma base ao desenvolvimento de outro tipo de perturbações (APA, 2006). Assim, deriva de alterações significativas da ansiedade, a perturbação de pânico, a perturbação obsessivo-compulsiva, fobias, ansiedade generalizada, stress pós-traumático (desenvolvido no capítulo anterior)., entre outras.

Os principais sintomas da perturbação da ansiedade podem incluir, por um lado, a tristeza, a vergonha, a culpa e, por outro, a cólera, a curiosidade, o interesse ou a excitação (Carvalho, Baptista e Lory, 2005). Para os autores (2005). esta perturbação é

como um estado emocional aversivo, sem estímulos desencadeantes externos e que não pode ser evitado.

A perturbação de ansiedade generalizada apresenta duas características essenciais, que são a ansiedade e a preocupação constante e exagerada, acerca de um conjunto de acontecimentos que ocorrem há, pelo menos, seis meses (APA, 2006).

Nestas situações, as pessoas sentem preocupações intensas e desadequadas, batimentos cardíacos acelerados, dificuldades na respiração, sensação de “nó na garganta”, elevada sudorese, medos variados, emoções intensas, perda de controlo, “aperto no peito”, comunicação acelerada, agitação psicomotora, alterações do sono e alimentação, entre outro tipo de sinais. Estas preocupações são de difícil controlo e interferem no quotidiano do sujeito (Baptista, Pereira, Carvalho, Lory & Santos, 2001).

A fenomenologia da ansiedade é variável, podendo alternar ao longo do tempo, tendo em consideração os episódios que impulsionam a subida dos níveis de ansiedade (Baptista et al., 2005).

Segundo a APA (2006). o sujeito deverá apresentar, além de preocupação e ansiedade, três ou mais dos seguintes sintomas:

1. Agitação, nervosismo ou tensão interior;
2. Fadiga fácil;
3. Dificuldades de concentração ou mente vazia;
4. Irritabilidade;
5. Tensão muscular;
6. Perturbações do sono, manifestando dificuldades em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono agitado ou pouco satisfatório.

Na perturbação da ansiedade generalizada os sujeitos nem sempre classificam as suas preocupações como excessivas, embora possam descrever um mal-estar subjectivo devido a um constante desassossego, assim como apresentam dificuldade em controlar as suas inquietações e podem evidenciar deficiências no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes (APA, 2006).

Os sintomas da ansiedade também não são provocados pelos efeitos fisiológicos de uma substância tóxica ou de estado físico geral e não ocorrem exclusivamente durante uma perturbação do humor (APA, 2006).

A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação são desproporcionadas em relação ao impacto ou probabilidade do acontecimento. Há uma apreensão constante em relação às rotinas diárias, aspectos financeiros, saúde, complicações e eventuais problemas (APA, 2006).

É característico da perturbação da ansiedade existir sintomas somáticos e uma resposta de alarme exacerbada (APA, 2006). Parece que a ansiedade pode definir-se como um conjunto de emoções que desencadeiam respostas psicofisiológicas a um acontecimento considerado pela pessoa como ameaçador. Paradoxalmente a este efeito negativo da ansiedade elevada, perante uma situação de stress ou de perigo iminente, a ansiedade também ajuda a pessoa a reagir (defesa e/ou ataque), para sua protecção.

No entanto, a ansiedade elevada passa a ser um problema quando na realidade não estamos em situações de alerta e os níveis de ansiedade estão tão elevados como se estivéssemos preparados para uma grande catástrofe.

No que se refere às consequências psicológicas da guerra colonial, 50 anos depois dos eventos ainda se requer tratamento dos intervenientes. Os veteranos com

stress pós traumático tendem bastante mais a ter problemas de ansiedade e depressão, consoante o estudo de Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., (2012).

Segundo a APA, existem estudos que demonstram que esta perturbação surge na infância, mas também pode aparecer após os 20 anos, sendo a sua evolução crónica e com tendência a piorar após exposição a um episódio potenciador de stress (APA, 2006). Muitos sujeitos adultos, desconhecendo que possuem uma perturbação da ansiedade generalizada, têm-se descrito como nervosos (APA, 2006). A maior incidência é na população feminina e em culturas ocidentais, que afecta o sujeito de forma significativa, manifestando constantemente preocupação e inquietação (APA, 2006).

Na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças), a ansiedade generalizada – *F41.1* – esta agrupada nas perturbações neuróticas, somatoformes e relacionadas com stress (WHO, 1992).

Segundo a CID-10 (WHO, 1992). os sintomas, mais dominantes, incluem:

1. Estado '*nervoso*' constante;
2. Tensão muscular;
3. Palpitação;
4. Suores e transpiração;
5. Tremores,
6. Desconforto gástrico
7. Vertigens.

Em suma, alterações significativas da ansiedade são uma perturbação mental que afecta o quotidiano do sujeito e que se manifesta de diversos modos (WHO, 1992).

Assim, podemos concluir que a ansiedade é, sobretudo, um estado emocional que condiciona a vida da pessoa através de um conjunto de sinais e sintomas variados,

detectando-se uma preocupação excessiva em relação a situações do dia-a-dia (WHO, 1992; APA, 2006).

1.2.3. DEPRESSÃO

A Depressão é uma doença grave que atinge um número preocupante de pessoas em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), a depressão é e será a principal doença do nosso século. Os números estimados apontam para que uma em cada quatro pessoas se confronte com esta doença em algum momento da sua vida.

Por ser um problema de saúde pública grave (OMS, 2002), por ser a principal causa de incapacidades nas pessoas, por se manifestar e se *mascarar* de tantas formas, por se poder correlacionar com outras alterações nomeadamente com a ansiedade, o seu diagnóstico deve ser cuidadoso.

Actualmente o diagnóstico de depressão tende a ser bastante banalizado e confundido com tristeza natural perante algum acontecimento da vida. Tristeza não é necessariamente depressão patológica. Sentir tristeza perante um acontecimento justificável é sinónimo de Saúde Mental.

Coimbra de Matos, A. faz muito bem esta distinção falando em tristeza, depressividade e depressão (2007).

Sentir tristeza perante um acontecimento difícil, por exemplo uma perda, é sinal que temos capacidade de fazer um trabalho mental de resposta a essa perda. Assim, podemos falar em *depressibilidade* ou *depressão reactiva* ou ainda se quisermos simplificar em tristeza (Coimbra de Matos, 2007).

O DSM-IV-T/R enquadra a depressão como uma perturbação do humor, sendo as características principais de diagnóstico um período de duas semanas, no qual predominam a perda de interesse em quase todas as actividades e humor depressivo (APA, 2002).

A pessoa também deverá manifestar alguns dos seguintes sintomas:

1. Humor depressivo, na maior parte do dia, quase todos os dias, referenciados pelo próprio ou por outras pessoas;
2. Diminuição do interesse ou prazer em quase todas as actividades, referenciados pelo próprio ou por outras pessoas;
3. Perda de peso (quando não se encontra em fase de dieta). ou aumento de peso, considerando-se em ambos, situações significativas; também poderá existir diminuição ou aumento do apetite;
4. Insónia ou hipersónia, em quase todos os dias;
5. Agitação ou lentificação psicomotora, confirmada tanto pelos outros, como pelo próprio;
6. Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva/inapropriada (algumas vezes delirante). quase todos os dias;
8. Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, quase todos os dias, observada tanto pelo sujeito, como pelos outros;
9. Pensamentos recorrentes sobre a morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

A APA (2006). estabeleceu como critério de diagnóstico de Episódio Depressivo Major apenas os previamente referidos. No entanto, importa perceber se se trata de um Episódio misto. Para se diagnosticar um Episódio Depressivo Major importa o sujeito manifestar mal-estar clinicamente significativo ou deficiências no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área relevante. Os sintomas não podem ser causados por efeitos fisiológicos directos de uma substância de abuso ou de um estado físico geral, como por exemplo o hipotiroidismo (APA, 2006).

Em relação a etiologia da perturbação, verifica-se que a cultura também influencia a experiência e a descrição dos sintomas da depressão; as condições culturais e étnicas, eventualmente, diminuirão os riscos de erros de diagnóstico. Deste modo, torna-se imperativo que o clínico conheça aspectos culturais, para conseguir diferenciá-los dos verdadeiros sintomas (Wolpert, 2000).

Os sintomas nucleares são os mesmos para crianças e adolescentes, embora existam estudos que refiram que há alterações (APA, 2006). Em relação à prevalência na população, observa-se que o sexo feminino apresenta maior risco clínico, comparativamente aos homens, principalmente na Europa e Estados Unidos da América (APA, 2006).

Num estudo desenvolvido por Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., (2012), 78% da amostra de militares da guerra colonial apresentava depressão moderada ou severa.

Com a população militar que presta serviço em missões, a susceptibilidade de desenvolver um quadro clínico múltiplo é uma realidade, uma vez que ao haver stress pós traumático, há também desordem da ansiedade e humor deprimido (depressão).

Os trabalhos de Hyer, L., Stanger, E., Boudewyns, P., (1999) incidem sobre a questão de se a depressão está relacionada com o trauma referente ao stress pós traumático. Assim, estes estudo tenta estabelecer a relação, e analisar o que acontece removendo componentes de depressão do diagnóstico de stress pós traumático. A amostra incide em veteranos da segunda guerra mundial e conclui-se que existe incidência elevada apesar de não se conseguir estabelecer relação (Hyer, L., Stanger, E., Boudewyns, P., 1999).

Avaliou-se veteranos do Iraque e do Afeganistão com diagnóstico positivo de danos traumáticos cerebrais e concluiu-se que eram três vezes mais sujeitos a stress pós traumático, e eram duas vezes mais sujeitos a depressão e a consumo de substâncias (Carlson, K. F., Nelson, D., Orazem R. J., Nugent, S., Sayer, N. A., 2010).

Em relação ao diagnóstico diferencial, o Episódio Depressivo Major deverá ser distinguido de Perturbação do Humor Secundária a um estado físico geral, se for considerado consequência fisiológica directa de um estado físico específico. A Perturbação do Humor induzida por substâncias tóxicas difere de Humor Depressivo, na medida em que o sujeito consome substâncias ilícitas. Também se verifica nos idosos confusões entre a Perturbação do Humor e um estado demencial, visto existir elevada co-morbilidade de sintomas (APA, 2006).

Relativamente aos sintomas distractibilidade e baixa tolerância à frustração, que ocorrem simultaneamente na Perturbação Hiperactiva com défice de atenção e Episódio Depressivo Major, se se preencherem os critérios para as duas perturbações, poderão ser diagnosticadas em conjunto. Um Episódio Depressivo Major, que ocorra em resposta a um acontecimento psicossocial, distingue-se da Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo. Em última análise, o diagnóstico de Perturbação Depressiva sem outra especificação, poderá ser apropriado para os quadros clínicos com humor depressivo e com deficiência clinicamente significativa, que não preencham os critérios de duração ou intensidade (APA, 2006).

Na CID-10, a depressão - F32 - está agrupada nas perturbações do humor - F30-F39, podendo manifestar-se de forma ligeira, moderada ou severa (WHO, 1992). De acordo com a CID-10 (WHO, 1992), o sujeito deprimido revela desinteresse, fadiga e diminuição das actividades e manifesta alguns dos seguintes sintomas:

1. Diminuição da atenção e concentração;
2. Auto-estima e auto-conceito diminuídos;
3. Sentimentos de culpa e de menos valia;
4. Visão pessimista em relação ao futuro;
5. Ideação suicida ou tentativa de suicídio;
6. Perturbação do sono;
7. Diminuição do apetite.

A intensidade dos sintomas varia consoante as circunstâncias e adversidades diárias, não sendo iguais para todos os sujeitos. Nalgumas situações também há episódios de ansiedade, stresse, sintomas somáticos e agitação psicomotora.

Todavia, para perturbações depressivas ligeiras, moderadas ou severas é necessário que os sintomas se manifestem, pelo menos, durante duas semanas consecutivas (WHO-10, 1992). Para se determinar se se trata de uma perturbação depressiva ligeira, moderada ou severa implica que o profissional avalie e analise os sintomas, tanto pela sua quantidade, bem como pelo grau de intensidade (WHO, 1992).

1.2.4. TRATAMENTO (S). PSICOTERAPÊUTICO (S).

No que se refere ao tratamento de PTSD, Dorigo e Lima (2007). fala-nos que na altura da Primeira Guerra Mundial, Freud chegou a sugerir um tratamento com electrochoque aos militares com PTSD, para que estes pudessem regressar à guerra, embora tenha-se revelado ineficaz porque os sintomas iniciais reapareciam, sugerindo que a realidade de trabalho era o factor principal na origem do quadro.

Actualmente e felizmente não é necessário recorrer a electrochoques. Os avanços e a comprovação da eficácia da técnica psicanalítica e mais tarde da técnica cognitivo-comportamental foram duas orientações, entre outras, destacadas no tratamento psicológico de PTSD.

Segundo Delouyab, Meshulam-Werebea, Andradeb (2003)., a orientação mais adequada deve ser aplicada consoante a resposta afectiva ao trauma.

Assim, os autores (2003). indicaram que:

1. Para reações centradas no medo, com memórias intrusivas (flashbacks)., estudos mostram a eficácia de terapias comportamentais.

2. Reações centradas em sentimentos de culpa, vergonha e tristeza, nas quais algo da experiência traumática afetou com grande impacto o senso de 'self', como se percebiam e como percebiam o outro. Os seus sintomas parecem expressar pouco sobre insegurança externa real e muito sobre uma fragmentação de uma sensação de segurança interior. Pacientes com culpa pós-traumática tendem a apresentar ruminacões sobre o que levou ao evento catastrófico, sobre como eles falharam em tentar impedi-lo e sobre sentimentos de desesperança e desamparo. Os seus pensamentos e sentimentos refletem a 'morte' da sua autoconfiança e (ou) auto-estima. Esta apresentação de sintomas foi conceituada como 'complexo PTSD' e está associada à exposição prolongada ao trauma (durante dias, meses ou até anos). Neste caso, a primeira exposição ocorre em idade precoce. A terapia mais indicada para a situação seria a psicanalítica, oferecendo ao paciente um setting seguro, em que seus sentimentos possam ser explorados. O relacionamento entre paciente e terapeuta provavelmente exercerá papel maioritário no processo terapêutico (pág. 39).

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, a eficácia vai para as benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos e os inibidores de recaptção de serotonina (Baptista, Carvalho, Lory, 2000).

Normalmente o tratamento psicoterapêutico é combinado com o farmacológico devido à severidade dos sintomas. Os autores Delouyab, Meshulam-Werebea, Andradeb, (2003)., referem que existem estudos com pacientes com PTSD que se revelam ineficazes ao tratamento farmacológico e cognitivo-comportamental, sendo que os casos mais severos beneficiariam de tratamento psicanalítico.

As opiniões divergem bastante quanto à terapia mais adequada e mais eficaz. Sendo que para os doentes com PTSD reagem através dos canais cognitivo, fisiológico

e comportamental aos estímulos associados ao trauma, a Terapia Cognitivo Comportamental irá considerar que é através destes canais que se dá a resposta emocional (Costa, 2001). Assim, a psicoterapia cognitiva-comportamental trata da alteração dos processos cognitivos relacionados com o medo para em seguida modificar o comportamento subjacente (Baptista, Carvalho, Lory, 2000).

Segundo estes autores (2000)., este modelo é orientado seguindo três fases: a fase educativa, em que é pedido ao doente que auto-observe e auto-monitorize os seus pensamentos e comportamentos relativos ao trauma; a fase do ensino de aptidões, onde se procura diminuir a resposta ansiosa associada ao comportamento e numa terceira fase dá-se o confronto sistemático com a situação que provocava ansiedade.

Como já foi referido anteriormente o desenvolvimento de PTSD é variável de pessoa para pessoa e está intimamente relacionado com a avaliação que cada sujeito faz do trauma e sobretudo da emoção colocada no episódio traumático. Ambas as orientações de tratamento, psicanalítica e cognitivo-comportamental estão de acordo quanto a isto, como vimos anteriormente.

No entanto, apesar de Costa (2001). reconhecer o impacto emocional forte associado ao trauma (PTSD primária)., o autor realça a possibilidade da existência desta patologia apenas ao nível do cognitivo (PTSD secundária).

Assim, este autor (2001). diz-nos que:

Entende-se que a PTSD tem duas etiopatogenias diferentes, ainda que com alguns pontos comuns. A primeira, reside num stressor especialmente forte ao qual o indivíduo responde com medo e horror intenso, a qual pode ser denominada de PTSD primária. A segunda é proporcionada por um de dois vetores: a). o indivíduo já sofreu um ou mais stressores fortes, mas que não foram suficientes para provocar a patologia, b). o indivíduo foi sujeito anteriormente a um stress aumentado ao longo de meses ou anos, como abuso sexual ou maus tratos. Em ambos os vetores, a patologia surge no seguimento da exposição

a um stressor que não tem que ser especialmente forte ou fora do comum, e que poderá ser apenas de nível cognitivo. Nestes casos estamos perante a PTSD secundária (pág. 11).

Knapp e Caminhab (2003). explicam-nos que o que sucede após o trauma a nível cerebral são respostas adaptativas à nova ordem imposta pelos eventos traumáticos. As consequências são não só a nível cerebral, mas também, nas cognições formadas a partir do evento traumático, nas impressões afectivas, nos comportamentos e nas reacções fisiológicas.

De acordo com Sales e Pereira (2011). as memórias intrusivas do trauma têm origem na forma como a informação é processada durante o evento traumático, existindo assim uma relação entre o processamento da informação, a fragmentação da memória e a sintomatologia.

As memórias traumáticas ficam armazenadas nas memórias cognitiva, emocional e motora e que por isto estimulam e facilitam a associação à sensorialidade do evento traumático (Knapp e Caminhab, 2003). Por este motivo é que os doentes com PTSD, associam outros estímulos que não estão directamente relacionados ao trauma, fazendo falsas associações sobre situações não ameaçadoras.

A associação feita entre um acontecimento traumático e pensamentos perturbadores é, também, devido à aprendizagem elaborada mentalmente de que determinado acontecimento origina pensamentos perturbadores ou vice-versa. Foi através dos estudos sobre condicionamento clássico de Pavlov que se soube mais sobre estas associações. Pavlov estudou a aquisição de respostas condicionadas, a extinção das respostas bem como a generalização dos estímulos que se abordou no final do parágrafo anterior. Nos trabalhos Pavlovianos (Gleitman, 1999). sobre o medo condicionado, é estabelecida uma comparação entre o medo humano e o

condicionamento clássico, como se a origem do medo estivesse relacionada com o dito condicionamento.

Se este modelo se adapta-se à PTSD, esperar-se-ia que o método de extinção das respostas condicionadas funcionasse e o doente deixasse de ter os sintomas iniciais.

Numa base muito cognitiva, Knapp e Caminhab (2003)., dizem-nos que para entender a permanência da ansiedade em doentes com PTSD, o condicionamento operante de Skinner, proporcionaria uma melhor compreensão pelas respostas de evitamento que sugerem aumento de ansiedade.

Estes autores (2003). dizem-nos que:

O não-processamento da experiência traumática se dá pela evitação de lembranças e reações afetivas decorrentes do trauma. Quando a pessoa evita sair à rua pela ansiedade sentida ao estar exposta novamente à situação originária do trauma, ela está reforçando negativamente o esquema de esquiva, fazendo com que a resposta de esquiva aumente de frequência. Sair à rua supostamente permitiria o controlo ou a redução da ansiedade, mas essa fuga da exposição acaba por reforçar seu trauma (pág. 32).

Neste sentido, pacientes com PTSD evitam qualquer estímulo que possa relembrar o trauma, usando estratégias cognitivas para afastar pensamentos, imagens e memórias relacionadas (Sales & Pereira, 2011).

Mello, Caminha, Lorenzoni, Kristensen, (2011). ao citarem os trabalhos de Taylor (2006). referem-se à diversidade de estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas com doentes com PTSD. Falam da organização da memória traumática e da reestruturação cognitiva de crenças negativas sobre o próprio.

Outros autores falam da *estratégia da exposição* para a remissão da sintomatologia pós-traumática. Esta estratégia permite ao doente relembrar e narrar o

acontecimento traumático dentro do espaço terapêutico para que naquele espaço seguro consiga reorganizar a memória e a emoção ligada ao acontecimento (Foa et al., 2000; Caballo, 2003, citado por Mello et al 2011).

Os autores Knapp e Caminhab (2003)., destacam ainda outras estratégias cognitivo-comportamentais como o Treino de Inoculação de Stress (TIS).; o Treino de Habilidades Sociais (THS).; o Treino de Auto-Instrução (TAI).; a Dessensibilização Sistemática, as Técnicas de Relaxamento Muscular Progressivo e Respiração e a Prevenção da Recaída.

A respiração com o diafragma, o relaxamento muscular progressivo e o treino de inoculação do Stress, são técnicas comprovadas empiricamente no tratamento de perturbações da ansiedade (Caballo, 2003, citado por Mello et al 2011).

O papel da Terapia Cognitiva Comportamental na reestruturação cognitiva, ou seja, também na reformulação e substituição de pensamentos autodestrutivos por pensamentos mais saudáveis ao *self*, terá repercussões positivas numa estrutura cognitiva mais fortalecida e sequentemente mais resiliente. O trabalho de Sales & Pereira (2011). reforça precisamente o conceito de resiliência como um conjunto de processamentos sociais e cognitivos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo diante de situações adversas.

Além da terapia individual a doentes com PTSD, Knapp & Caminhab (2003). abordam-nos as vantagens das terapias de grupo. Neste sentido, os autores (2003). indicam, por exemplo, a diminuição da sensação de isolamento, o apoio social, a confirmação e a normalização de sentimentos em relação ao trauma, a partilha sobre técnicas para fazer face aos sintomas e para poder atribuir significados diferentes à situação traumática. Na mesma linha de ideias seguem Coniam & Diamond referindo

que os pacientes se sentem isolados e uma boa forma de contrariar esta solidão é através das terapias de grupo, onde o êxito de um doente pode funcionar como tranquilizante para outro doente e assim motivá-lo na sua recuperação (2001). Também Boch & Aveline (1999). nos diz que o paciente que integra o grupo tem nos outros membros potenciais modelos com quem aprender através da identificação ao outro.

Embora, a escolha da terapia individual ou grupal esteja relacionada com a experiência de cada paciente, na terapia de grupo podem ser trabalhadas diversas questões que são partilhadas em grupo entre pessoas que apresentam semelhanças nos seus sintomas.

Através da utilização da psicometria, nomeadamente escalas de auto-relato antes e depois da terapia, é possível perceber a eficácia para a diminuição dos sintomas apresentados (Gonçalves, Lages, Rodrigues, Pedrozo, Coutinho, 2011).

No tratamento de doentes com PTSD, a terapia cognitivo-comportamental tem revelado índices elevados de eficácia (Knapp e Caminhab, 2003). e ainda que a situação traumática tenha sido devastadora, acabou por ter algumas repercussões positivas no pós-trauma advindo do crescimento pessoal promovido pela necessidade de lutar contra a doença (Sales & Pereira, 2011).

Voltando-nos agora para o tratamento psicanalítico de doentes com PTSD. Fazendo referência aos trabalhos de Freud e Bleurer, aproximadamente em 1895 nos seus estudos sobre a histeria, podemos rever o conceito de ab-reação que era apontado na altura e durante alguns anos como uma técnica eficaz da redução de sintomas.

Segundo o *Vocabulário de Psicanálise*, ab-reação é definida como:

Descarga emocional pela qual um indivíduo se liberta de um afeto ligado à recordação de um acontecimento traumático, permitindo-lhe assim não se tornar ou não continuar patológico. A ab-reação, que pode ser provocada no decorrer da psicoterapia, nomeadamente sob hipnose, e produzir então um efeito de catarse, pode também surgir de modo espontâneo, separada do traumatismo inicial por um intervalo mais ou menos longo (Laplanche & Pontalis, 1990, pág. 21).

Posto isto, segue-se então o método catártico em que o paciente diminuía a sintomatologia quando revivia a experiência traumática atribuindo-lhe uma emoção (Delouyab, Meshulam-Werebea, Andradeb, 2003).

Na psicoterapia psicanalítica procura-se obter uma maior autoconsciência, compreensão e resolução dos conflitos internos e interpessoais, bem como o controlo pessoal e o crescimento de *insight*, que por sua vez se repercutirá na redução dos sintomas (Hobbs, 1999).

O processo psicoterapêutico promove um maior autoconhecimento na medida em que são trabalhadas, entre psicólogo e paciente, experiências que deram origem ao sintoma bem como uma compreensão bastante mais profunda de si próprio. Malpique e Fleming, (2010). no livro *Psicanálise e Mudança Psíquica*, dizem-nos que neste modelo, o instrumento de excelência é a interpretação e o que está subjacente à mudança é o crescimento mental.

Mingote, Machón, Isla, Perris e Nieto (2001)., falam da importância de se construir uma boa aliança terapêutica e do facto do sofrimento do paciente com Stress Pós-Traumático, ser ele próprio um agente de mudança.

Assim, este processo de auto - descoberta traz à consciência a compreensão das origens do sofrimento emocional da pessoa, sendo importante para tratar a sintomatologia inicialmente apresentada e sobretudo para a mudança.

Mingote, Machón, Isla, Perris e Nieto (2001)., fazem um resumo dos principais aspectos dos estudos de Lindy, Green, Grace, Titchemer (1983)., Ochberg, 1988, Rose (1991)., Armstrong, O'Collaham e Marmar (1991). Marmar, Weiss e Pynoss (1995). que comprovam a eficácia da psicoterapia psicanalítica no tratamento de pacientes com PTSD. Assim, os autores (2001). destacam a sólida aliança terapêutica; a transferência positiva; restabelecer a conexão das funções psíquicas dissociadas; proporcionar o desenvolvimento da capacidade analítica; apoiar a autonomia e capacidade do paciente; trabalhar o conflito entre agressividade e culpa; trabalhar a compulsão à repetição; perceber a transferência e a contratransferência paciente-terapeuta.

I.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE

I.3.1. INVENTÁRIO DE ESTADO-TRAÇO DA ANSIEDADE (STAI).

O STAI - Inventário de Estado-Traço da ansiedade - é um questionário de auto-avaliação da ansiedade criado por Spielberger e Gorsuch na Universidade de Vanderbilt em 1964 (forma -X). e revista em 1983 (forma Y). e assenta na concepção teórica da ansiedade proposta por Freud, podendo ser utilizado simultaneamente como medida ansiedade “estado” ou ansiedade “traço” (Rodrigues, 2009).

Segundo Rodrigues, C., os conceitos “ansiedade estado” e “ansiedade traço” foram propostos por Cattell e Scheier (2009).

Uma descrição sobre a aplicação da prova, diz-nos que:

O STAI foi concebido para ser auto- administrado quer em grupo, quer individualmente. (...). Este inventário não tem tempo-limite. Em estudantes universitários, cada uma das escalas demora cerca de 6 a 8 minutos a ser preenchida e ambas, demoram menos de 15 minutos. Indivíduos com níveis de instrução mais baixo ou com perturbações

emocionais, podem demorar 10 a 12 minutos a completar uma escala e, aproximadamente, 20 minutos a completar as duas escalas (Jardim, 2002, pág. 112).

No que se refere à ansiedade, principal variável de medida deste teste, Silva, Silva, Rodrigues e Luís (2000). dizem-nos ter uma função claramente adaptativa, que pode tornar-se perturbadora, ou em última análise pode ser crónica. Os mesmos autores (2000). destacam a complexidade da ansiedade por abarcar um grande conjunto de respostas fisiológicas, cognitivas, comportamentais e subjectivas. Como respostas fisiológicas os autores (2000). descrevem a tensão muscular, a hiperventilação, as palpitações ou a taquicardia, a necessidade de urinar frequentemente, a boca seca, a sudação exagerada, as mãos frias, etc; como respostas cognitivas as preocupações, pensamentos de perigo, as expectativas negativas, a focalização da atenção nos estímulos potencialmente ameaçadores, a hipervigilância, entre outros; como respostas comportamentais as perturbações da linguagem, a agitação motora, a irritabilidade, os tremores, as interferências em algumas actividades e na concentração; como respostas subjectivas a comunicação pessoal (self-report). de uma sensação subjectiva de mal-estar e apreensão que, apesar de difícil expressão, é comparada a uma sensação de perigo eminente ou a um acontecimento negativo que ameaça o sujeito (pág. 9 - 10).

Baptista & Oliveira (2005). seguem no mesmo sentido associando à ansiedade um sentimento eminente de perigo que coloca as pessoas em estado de alerta, por isso, como manifestações fisiológicas surge a agitação, a hiperactividade e os movimentos precipitados; como manifestações cognitivas surge a atenção e vigilância redobrada, pensamentos catastróficos. Este autor (2005). refere ainda que estas manifestações podem ser passageiras ou podem se tornar estável e permanente na vida do sujeito.

A ideia da existência de uma ansiedade como resposta a uma situação passageira e a ansiedade como um traço mais estrutural da personalidade também foi desenvolvida por Telles-Correia e Barbosa (2009). em que os autores apontam para uma dicotomia entre uma ansiedade mais orientada para o estímulo, ou seja, como resposta a algo mais concreto; e uma outra ansiedade como resposta emocional independente do estímulo existente, ou seja, mais duradoura.

Foi salientado por Silva, Silva, Rodrigues e Luís (2000)., que Freud já em 1926 distinguiu ansiedade objectiva de ansiosa neurótica. A ansiedade objectiva remetia-se para a resposta emocional face a um perigo real, sendo uma resposta adaptativa. A ansiedade neurótica caracterizava-se por uma resposta emocional cuja intensidade não corresponde ao perigo apresentado. Referem-se a estímulos que são percebidos pela pessoa ansiogénica como ameaçadores e catastróficos, fazendo assim que os seus níveis de ansiedade sejam elevados e desajustados.

Uma vez que o objectivo da nossa investigação é perceber se há alterações da ansiedade que possam estar relacionadas com a vivência de missão, é importante saber que segundo Jardim (2002). existem investigações com o STAI que indicam que a escala de Ansiedade Estado é útil em situações como a nossa, ou seja, em situações que requerem a avaliação da ansiedade num determinado momento. Esta mesma autora (2002). reconhece que os resultados de muitos estudos científicos com o STAI vão no sentido de reforçar a validade deste instrumento de medida, bem como provar a sua eficácia, nomeadamente em adolescentes e adultos considerados “normais” ou em população doente.

Esta prova distingue essencialmente estas duas formas de olhar para a ansiedade, ou seja, a ansiedade como um estado emocional transitório por um lado; e por outro como um estado mais permanente, correspondendo assim a um traço de personalidade.

A propósito deste Modelo da Ansiedade Traço e Ansiedade Estado, Telles-Correia e Barbosa (2009). citando Spielberger (1972). dizem-nos que este autor defende que:

(...). não há uma ligação consistente entre elevados níveis de ansiedade-traço e as manifestações de ansiedade-estado em situações que envolvam perigo. No entanto, em situações que ponham em causa a adequação pessoal e a auto-estima os indivíduos com elevada ansiedade-traço estão mais suscetíveis (uma vez que nestes indivíduos estão frequentemente presentes pensamentos relacionados com um medo de falhar. A ameaça sentida pelo indivíduo resulta de uma combinação entre experiências passadas, características da pessoa e o estímulo atual (pág. 91).

No que se refere à ansiedade como resposta normal a situações ameaçadoras, Kaplan e Sadock (1993). citado por Baptista e Oliveira (2005). fazem a distinção entre esta ansiedade e a ansiedade patológica, como sendo esta última uma resposta inadequada a determinado estímulo, em virtude de sua intensidade ou duração.

Sobre ansiedade normal e ansiedade patológica, Baptista e Oliveira (2005). referem que:

De uma forma mais global a ansiedade normal é aquela reação que não é desproporcional à ameaça objetiva, não envolve repressão ou outros mecanismos de conflito intrapsíquico, não requer mecanismos de defesa neurótica e pode ser enfrentada construtivamente pela percepção consciente ou pode ser aliviada se a situação objetiva for alterada. A ansiedade neurótica seria o reverso da definição de normal. (pág. 44-45).

Para os estudos da ansiedade, revelou-se fundamental haver esta distinção, um vez, que os sujeitos reagem de modo diferente perante um perigo ou ameaça eminente e

também porque ter ansiedade é natural. Neste sentido, Spielberger, (1966). citado por Silva, Silva, Rodrigues e Luís (2000). diz-nos que uma teoria adequada sobre a ansiedade deverá englobar a distinção da ansiedade como estado transitório e a ansiedade como traço estável da personalidade.

No Estudo de Adaptação e Estabelecimento de Normas do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). – Forma Y de Spielberger, para a População Militar Portuguesa, é referido pelos autores que:

O traço de ansiedade também pode ser descrito como a diferença entre indivíduos relativamente à frequência e intensidade com que os estados emocionais foram identificados no passado, e à probabilidade de estes virem novamente a ser experimentados no futuro. Assim, quanto maior for a ansiedade-traço, maior será a probabilidade do indivíduo experimentar elevações intensas, ao nível da ansiedade-estado, pois tenderá a perceber um maior número de situações, como sendo potencialmente ameaçadoras para si (Silva, Silva, Rodrigues e Luís, 2000, págs. 11-12).

Neste mesmo estudo (Silva, Silva, Rodrigues e Luís, 2000). aplicou-se o STAI – forma Y a 1046 militares portugueses com uma média de idades de 23 anos. Os resultados demonstraram que a ansiedade-estado foi mais elevada que a ansiedade-traço. Os autores (2000). não esperavam este resultado na medida em que as condições de aplicação do questionário foram neutras, sem factores de stress.

No entanto, no que refere aos resultados esperados na Ansiedade-Estado e na Ansiedade-Traço, Spielberger (1983)., conclui que:

(...). a média dos resultados de ansiedade-estado, para um grupo, será aproximadamente igual à média da ansiedade-traço, quando a escala de ansiedade-estado é aplicada em condição neutra. Os resultados da ansiedade-estado são mais elevados, quando esta escala é aplicada em condição stressante e são mais baixos quando é aplicada em situação de relaxamento, ao passo que os resultados da ansiedade-traço não são geralmente influenciados pelo stress (citado por Silva, Silva, Rodrigues e Luís, 2000, pág. 16).

1.3.2. INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE NEO-REVISTO (NEO-PI-R).

O *Revised Neo Personality Inventory*, denominado pela sigla *NEO-PI-R*, tem por base o modelo dos cinco factores da personalidade que representa dimensionalmente a estrutura de personalidade no que se refere a essas cinco dimensões básicas (Lima, 1997). Tendo como raízes a hipótese lexical, estas cinco dimensões básicas correspondem a traços de personalidade gerais.

Catell (1943)., a propósito da abordagem léxica diz-nos que o que de facto é importante na personalidade humana está inserida na linguagem natural (citado por Mendoza, 2008). Allport (1936, citado por Mendoza, 2008). estudou e trabalhou bastante a ideia de que o ser humano incorpora na linguagem todas as dimensões da personalidade necessárias para se descrever a si e aos outros.

Esta é uma prova com muita história e décadas de investigação sobre traços de personalidade. Ao longo dos últimos vinte anos, as escalas foram aperfeiçoadas e desenvolvidas através de uma combinação de métodos teórico-rationais e de análise factorial (Costa & McCrae, 1992).

Após uma longa e conturbada história, onde se encontram patentes as dicotomias ora enunciadas, a década de oitenta assistiu ao (re).nascido do Modelo dos Cinco Factores, como um conjunto útil de dimensões das diferenças individuais que podem ser medidas com grande precisão e validade, providenciando uma boa resposta à questão da estrutura da personalidade.

A prova tem marcado profundamente o estudo científico da personalidade, apresentando-se como uma versão da Teoria dos Traços que considera que as diversas características da personalidade podem ser sintetizadas em cinco dimensões básicas:

Extroversão, Neuroticismo, Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência (Lima, 1997).

Inicialmente, estas cinco dimensões propostas por Norman (1963, citado por Lima, 1997). foram: I-Extroversão; II-Amabilidade; III-Conscienciosidade; IV-Estabilidade Emocional e V-Cultura. Posteriormente seguiram-se os trabalhos de Eysenck (citado por Lima, 1997). sobre o questionário e sobre estas dimensões, dando origem a uma reformulação de duas das cinco dimensões, em vigor até à actualidade: I-Extroversão (E). e II-Neuroticismo (N).

Segundo Lima (1997). foi Wiggins (1968). que baptizou estas duas dimensões de “dois grandes” (The Big Two)., seguindo-se Goldberg (1981). a baptizar as cinco dimensões de “cinco grandes” (The Big Five). Mais tarde, entre 1985 e 1989, Costa e McCrae incluíram a dimensão Abertura à Experiência e criaram escalas para avaliar a Conscienciosidade e Amabilidade (Lima, 1997).

De acordo com Lima (1997)., “O modelo dos cinco factores fundamenta-se, sobretudo, em dados recolhidos através de investigações quantitativas, no domínio da psicologia da personalidade” (pág.93).

Cada dimensão/factor é composta por uma série de facetas, sendo as que correspondem ao Neuroticismo, a Ansiedade, a Hostilidade, a Depressão, a Auto-consciência, a Impulsividade e a Vulnerabilidade; as que correspondem à Extroversão, o Acolhimento Caloroso, a Gregariedade, a Assertividade, a Actividade, a Procura de Excitação e as Emoções Positivas; as da Abertura à Experiência, a Fantasia, a Estética, os Sentimentos, as Acções, as Ideias, os Valores; as da Amabilidade, a Confiança, a Rectidão, o Altruísmo, a Complacência, a Modéstia e a Sensibilidade; as da

Conscienciosidade, a Competência, a Ordem, a Obediência ao Dever, o Esforço de Realização, a Autodisciplina e a Deliberação.

Segue-se uma descrição sucinta de cada uma das dimensões (Costa e McCrae, 1992). e suas facetas:

Neuroticismo (N).

Neste domínio da personalidade estão implicadas a adaptação versus a instabilidade emocional. O Neuroticismo encontra-se de forma mais acentuada em indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, hipocondríacos, com propensão para a descompensação, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivos e respostas de *coping* desadequadas. O aspecto central deste domínio prende-se com a tendência para experienciar afectos negativos como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa. Consequentemente, os sujeitos que obtenham baixas pontuações de N são emocionalmente estáveis, calmos, relaxados, seguros, satisfeitos consigo próprios, de humor constante, revelando-se capazes de fazer face a situações de stress sem ficarem transtornados.

Facetas Neuroticismo:

N1: Ansiedade

Os indivíduos ansiosos são mais apreensivos, medrosos, nervosos, tensos, propensos às preocupações e agitados. A escala não mede condutas fóbicas e medos específicos, mas pontuações altas são prováveis de apresentar medos, assim como ansiedade flutuante. Pontuações mais baixas são sujeitos calmos e relaxados, não pensam nas coisas que podem correr mal, não antecipam catástrofes e, portando, é menos provável apresentarem estados emocionais negativos.

N2: Hostilidade

A tendência em experimentar irritação, raiva, frustração e rancor. Essa escala mede a prontidão do indivíduo para experimentar a raiva; a expressão da raiva, porém dependerá do nível de Amabilidade do indivíduo. Entretanto, pessoas não cordiais frequentemente têm altas pontuações nesta escala. Pontuações baixas são pessoas fáceis de lidar, além de apresentarem baixa reactividade à raiva, dificilmente irritáveis.

N3: Depressão

Mede as diferenças individuais normais dos sujeitos com tendência a experimentar estado de humor deprimido. Em pontuações mais altas, os sujeitos estão predispostos a sentimentos de culpa, tristeza, desesperança e solidão. Eles são facilmente desencorajados. Baixas pontuações raramente experimentam tais emoções, mas não são necessariamente alegres e despreocupados, pois essas características estão associadas com a Extroversão.

N4: Auto-consciência

Indivíduos que se constrangem facilmente, ficam desconfortáveis perante outras pessoas, são sensíveis ao ridículo e tendem a se sentir inferiores. Essa faceta aproxima-se da timidez. As baixas pontuações, revelam sujeitos que não são necessariamente seguros de si ou com boas qualidades sociais; simplesmente são menos perturbados com situações incômodas. Esta é uma faceta chave do Neuroticismo.

N5: Impulsividade

É uma dificuldade de autocontrolo sobre os impulsos. Os desejos (por exemplo: comer, fumar, tomar drogas, acumular coisas). são percebidos como tão fortes que o

individuo não consegue resistir a eles, apesar de poder se arrepende posteriormente do seu comportamento. Baixas pontuações são sujeitos com facilidade em resistir a tais tentações, tendo uma alta tolerância à frustração.

N6: Vulnerabilidade

A faceta final de N é a vulnerabilidade ao stress. Indivíduos que têm altas pontuações nesta escala sentem-se incapazes de lidar com o stress, tornam-se dependentes ou entram em pânico quando enfrentam situações de emergência. As baixas pontuações referem-se a sujeitos capazes de enfrentar situações difíceis.

Extroversão (E).

Os extrovertidos são indivíduos sociáveis que, para além de apreciarem o convívio com os outros, com os grupos e com as multidões são, também, afirmativos, optimistas, amantes da diversão, afectuosos, activos e conversadores. Logicamente, a excitação e estimulação são motivo de satisfação. Verifica-se nos indivíduos extrovertidos uma disposição alegre, animada e um posicionamento optimista e enérgico. A extroversão avalia a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, as necessidades de estimulação e a capacidade para exprimir a alegria. Assim sendo, os sujeitos com baixa pontuação de E, manifestarão um comportamento mais reservado, sóbrio, de ritmo mais calmo, pouco exuberante, distante, tímido, silencioso e mais orientado para a tarefa.

Facetas Extroversão:

E1: Acolhimento Caloroso

Relacionada com o afecto e amizade. No campo interpessoal esta é a faceta de E de que está mais próxima da Amabilidade (A). As pessoas acolhedoras são afectuosas e amigáveis. Genuinamente gostam das pessoas e facilmente formam vínculos próximos com os outros. Pontuações baixas não são hostis nem necessariamente sem compaixão, mas são mais formais, reservados e distantes que as pontuações altas.

E2: Gregariedade

Caracteriza a preferência pela companhia das outras pessoas, estimulação social.

Pessoas gregárias desfrutam da companhia dos outros. Pontuações baixas nesta escala tendem a ser pessoas solitárias que não procuram – ou mesmo evitam activamente a estimulação social.

E3: Assertividade

Pontuações altas nesta escala são pessoas dominantes, vigorosas e ascendentes socialmente. Falam sem excitação e frequentemente se tornam líderes de grupos. As pontuações baixas preferem manter-se em segundo plano e deixar os outros aparecerem e falarem. Está relacionada à dominância, liderança e independência. Não se deve confundir esta faceta com a agressividade verbal.

E4: Actividade

Uma pontuação alta é vista em pessoas agitadas, ágeis e dinâmicas, no sentido de energia e vigor e com uma necessidade de se manterem ocupadas. Pessoas activas levam as suas vidas num ritmo rápido. Pontuações baixas são mais vagarosos e calmos, apesar de não necessariamente lentos ou preguiçosos. Em suma, representa sujeitos com agilidade, energia, vigor e necessidade de movimento.

E5: Procura de Excitação

Caracteriza a procura de excitação e estimulação. Altas pontuações nesta escala anseiam por excitação e estimulação. Gostam de cores brilhantes e ambientes barulhentos. Pontuações baixas sentem pouca necessidade de emoções/excitações fortes e preferem um estilo de vida mais pacífica.

E6: Emoções positivas

Tendência a experimentar emoções positivas tais como: a alegria, amor e animação. Diversos estudos têm mostrado que é a faceta mais relevante para a predição de felicidade. Altas pontuações nesta escala são pessoas que riem com facilidade e frequentemente são alegres e otimistas. Baixas pontuações não são necessariamente infelizes; são apenas menos exuberantes e menos bem humorados.

Abertura à Experiência (O).

A imaginação activa, a sensibilidade estética, a curiosidade intelectual e o juízo independente, são componentes deste domínio. A Abertura à Experiência procura avaliar a apreciação da vivência pela da experiência em si, a procura proactiva, a tolerância e a exploração do não-familiar. Diz-se dos indivíduos abertos à experiência que são curiosos em relação ao seu mundo interior e exterior e que o seu repertório de experiências de vida é muito rico. Imbuídos desta estrutura, encontrar-se-ão disponíveis para aceitar novas ideias e valores não convencionais e a experimentarem um amplo leque de emoções positivas e negativas. Por oposição, sujeitos com baixa pontuação em O, terão tendência a um funcionamento mais convencional, mais terra-a-terra, conservador, optando pelo familiar em prol da novidade. Em consequência deste

funcionamento, manifestam uma gama de interesses mais limitada, têm uma menor veia artística e são menos analíticos.

Facetas Abertura à Experiência:

O1: Fantasia

Os indivíduos que têm abertura à fantasia devaneiam não apenas como uma forma de escape, mas como uma maneira de criar para si mesmos um mundo interno interessante. Eles elaboram e desenvolvem as suas fantasias e acreditam que a imaginação contribui para uma vida rica e criativa. Indivíduos com baixas pontuações são mais prosaicos e preferem manter-se em tarefas mais concretas. Esta faceta está relacionada com uma imaginação vivida e uma vida fantasiosa activa.

O2: Estética

Os indivíduos que apresentam altas pontuações nesta escala são movidos pela poesia, absorvidos pela arte. Não necessariamente possuem talentos artísticos, nem sempre são aquelas a que as pessoas consideram de “bom gosto”; mas, para muitos deles, o seu interesse nas artes leva-os a desenvolver um conhecimento e uma apreciação mais ampla do que o indivíduo sem este interesse. Pessoas com baixas pontuações são relativamente insensíveis e desinteressadas em arte e beleza. É a apreciação profunda da harmonia e gosto pelas diversas formas de arte e beleza.

O3: Sentimentos

Pontuações altas experimentam estados emocionais mais profundos e diferenciados assim como sentem a felicidade e infelicidade mais intensamente do que as outras pessoas. Sujeitos com baixas pontuações são embotadas afectivamente e não

acreditam que estados emocionais tenham a sua importância. Está relacionada à receptividade dos próprios sentimentos e emoções. Avalia a emoção como parte importante da vida.

O4: Acções

Pessoas com altas pontuações nesta escala preferem novidade e variedade à familiaridade e rotina. Com o tempo, podem experimentar uma série de actividades diferentes. Pontuações baixas acreditam ser difícil mudar e preferem-se manter com a segurança que já lhe é conhecido e/ou familiar. Está relacionada à disposição que o sujeito tem para actividades diferentes, conhecimento de novos lugares ou situações.

O5: Ideias

Altas pontuações apreciam tanto argumentos filosóficos quanto desafios mentais. Abertura a ideias não implica necessariamente inteligência alta, apesar de que ela pode contribuir para o desenvolvimento de potencial intelectual. Baixas pontuações na escala têm curiosidade limitada e, se altamente inteligentes, focam seus recursos estritamente em tópicos limitados. A curiosidade intelectual é um aspecto reconhecido. Esse traço é visto não somente como uma busca activa dos próprios interesses intelectuais, mas também uma abertura mental e uma disposição a considerar ideias novas e, talvez até não convencionais.

O6: Valores

Indivíduos fechados tendem a aceitar a autoridade e honrar tradições e, como consequência são geralmente mais conservadores, independentemente do partido político que pertençam. Abertura a valores pode ser considerada oposta ao dogmatismo. Prontidão para reexaminar valores sociais, familiares, políticos e/ou religiosos.

Amabilidade (A).

A amabilidade avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções. À semelhança do que fora dito relativamente à Extroversão, também esta é uma dimensão que diz respeito às tendências interpessoais. O sujeito com um elevado índice de amabilidade é altruísta, prestável, confiável, crente, recto, de confiança e simpático para com o outro. Manifesta uma vontade inequívoca de ajudar o próximo e acredita que este, por sua vez, seja igualmente simpático. De forma contrária, a pessoa antagonista ou desagradável é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação aos interesses dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

Facetas Amabilidade:

A1: Confiança

Pessoas que pontuam alto nesta faceta estão dispostas a acreditar que os outros são honestos e bem intencionados. Baixas pontuações nesta escala tendem a ser cínicos e cépticos e assumem que os outros podem ser desonestos e perigosos. Disposição para acreditar que os outros são honestos e bem-intencionados.

A2: Rectidão

Os indivíduos com altas pontuações são francos, sinceros e ingénuos. Baixas pontuações estão mais dispostos a manipular e enganar os outros por meio de adulação ou astúcia. Eles vêem essas tácticas como habilidades sociais necessárias e podem considerar as pessoas tanto francas como ingénuas. Quando se interpreta esta escala (assim como também as outras facetas de A e C)., é de especial importância lembrar que

as pontuações reflectem uma posição relativa a outros indivíduos. Indivíduos com baixas pontuações nesta escala adaptam a verdade quando expressam os seus sentimentos verdadeiros, mas não se deve interpretar que a pessoa é desonesta ou manipuladora. Particularmente, esta escala não deve ser considerada como uma escala de avaliação da mentira seja para fins de validar o próprio teste ou para fazer predições a respeito da honestidade no emprego ou em outros locais. Relacionada à própria sinceridade, à lealdade para com a verdade.

A3: Altruísmo

Sujeitos com altas pontuações nesta escala dão importância ao bem-estar dos outros, e assim demonstram espontaneamente generosidade, consideração e disposição para socorrer aqueles que precisam de ajuda. Baixas pontuações nesta escala são autocentrados e relutantes em se envolver nos problemas alheios. Representa uma preocupação activa com o bem-estar dos outros, demonstrando generosidade e disposição para assistir aquele que precisa de ajuda.

A4: Complacência

Indivíduos que apresentam altas pontuações nesta escala tendem a inibir a agressão, perdoar e esquecer. Geralmente as pessoas são dóceis e meigas. Pontuações baixas, são agressivos, preferem competir a cooperar e não relutam em expressar raiva quando necessário. Considera as reacções aos conflitos interpessoais. Tendência a deferir em favor do outro, a fim de evitar situações destrutivas.

A5: Modéstia

Pessoas que apresentam altas pontuações nesta escala são humildes e modestas, apesar de não necessariamente lhes faltar autoconfiança e auto-estima. Baixas

pontuações acreditam que as pessoas são superiores e podem ser consideradas presunçosas e arrogantes pelos outros. A falta patológica de modéstia é parte da concepção clínica de narcisismo. Relacionada à humildade, simplicidade e menor vaidade. Não se deve confundir com a falta de auto-estima.

A6: Sensibilidade

Altas pontuações agem sempre considerando as necessidades alheias e enfatizam o lado humano das políticas sociais. Baixas pontuações são pessoas mais impiedosas e menos movidas pela compaixão. Elas consideram ser realistas para tomar decisões racionais baseadas numa lógica fria. Caracteriza atitudes de simpatia, compaixão e preocupação pelo lado humano das políticas sociais.

Conscienciosidade (C).

Subjacente a esta dimensão encontra-se o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um determinado objectivo. Nos extremos da escala encontram-se, num lado, pessoas escrupulosas e de confiança e, no extremo oposto, pessoas preguiçosas e descuidadas. O sujeito consciencioso tem força de vontade, é determinado, escrupuloso, pontual, organizado, trabalhador, auto-disciplinado, arranjado, ambicioso, perseverante e de confiança. Com isto não se pretende dizer que uma baixa pontuação em C, implique uma falta de princípios morais - são apenas menos escrupulosos na sua aplicação e menos obstinados na prossecução dos seus objectivos. São também mais preguiçosos, despreocupados, negligentes, com fraca força de vontade e existe alguma evidência de que serão mais hedonistas.

Facetas da Conscienciosidade:

C1: Competência

Refere-se à percepção da pessoa de que é capaz, sensível, prudente e efectiva. Das facetas de C, esta é a mais altamente associada com a auto-estima e controle interno. Altas pontuações nesta escala, as pessoas sentem-se bem preparadas para lidar com a vida. Baixas pontuações têm uma opinião desfavorável sobre as suas habilidades e admitem que muitas vezes foram despreparados e inaptos.

C2: Ordem

Altas pontuações nesta escala são sujeitos arrumados e bem organizados. Eles mantêm os seus objectos em seus próprios lugares. Baixas pontuações são incapazes de serem organizados e descrevem-se como não metódicos. Levada aos extremos, com altas pontuações nesta faceta pode contribuir para uma Perturbação Obsessiva Compulsiva. Esta faceta caracteriza atitudes de organização, planeamento, preparação, metodismo.

C3: Obediência ao dever

Altas pontuações nesta escala mantêm-se fiéis estritamente aos seus princípios éticos e escrupulosamente cumprem as suas obrigações morais. Baixas pontuações são mais casuais quanto a esses aspectos podendo ser menos confiáveis. Está relacionada ao cumprimento das obrigações sociais, morais e éticas.

C4: Esforço de realização

Pessoas que apresentam altas pontuações nesta faceta têm níveis de aspiração mais altos e trabalham duramente para alcançar os seus objectivos. São diligentes e

determinados e têm um senso de direcção na vida. Pontuações muito altas, contudo, podem investir muito nas suas carreiras e tornam-se viciados em trabalhos. Baixas pontuações são distraídos e talvez preguiçosos. Não são motivados para o sucesso. Falta-lhes ambição e podem parecer sem rumo, e muitas vezes estão perfeitamente contentes com os seus baixos níveis de realização. Caracteriza a tendência de aspirar altos níveis e atitudes para alcançá-los.

C5: Autodisciplina

Sujeitos com altas pontuações têm habilidade de motivarem a si mesmos para terminar um trabalho. Baixas pontuações procrastinam o começo de uma tarefa doméstica, são facilmente desencorajados e anseiam por desistir. Esta faceta não deve ser confundida com a Impulsividade. As pessoas com altas pontuações em Impulsividade não conseguem resistir a fazer aquilo que não desejam fazer; enquanto pessoas com baixa autodisciplina não podem-se forçar a fazer aquilo que gostariam de fazer. A primeira requer estabilidade emocional e a segunda necessita de um grau maior de motivação. Representa a habilidade em começar tarefas e conduzi-las até o fim independente de tédio, fastio ou outras distrações.

C6: Deliberação

Tendência a pensar cuidadosamente antes de agir. Pessoas com altas pontuações nesta faceta são cuidadosas e deliberadoras. Entretanto, pessoas com baixas pontuações são apressadas e frequentemente falam e agem sem considerar as consequências. Na melhor das hipóteses, pontuações baixas são espontâneas e capazes de tomar decisões súbitas quando necessário. Caracteriza a tendência a pensar; a deliberar cuidadosamente antes de agir.

Através da revisão bibliográfica é possível perceber que este questionário tem já uma longa história no campo da personalidade, tendo sido já bastante estudado e utilizado por diversos autores de diversos contextos socioculturais, conseguindo consequentemente a sua validação empírica.

Críticas apontadas ao teste referem-se à possibilidade dele ser falseado, bem como ao efeito de se ser desejado socialmente. Devido à hipótese lexical inicialmente abordada no início deste subcapítulo, as críticas apontam para um modelo de descrição da personalidade como uma taxonomia da personalidade humana (Mendoza, 2008).

Assim, conclui-se que o NEO-PI-R proporciona ao seu utilizador diferentes resultados que sendo integrados contribuem para uma análise/avaliação clínica compreensiva do sujeito.

1.3.3. PSICODIAGNÓSTICO RORSCHACH

A partir da corrente psicanalítica, influenciado por Bleuler e Jung, o trabalho de Herman Rorschach provocou grande interesse em muitos autores e tem sido bastante utilizado em todo o mundo nas áreas da justiça, clínica, educação, neurociências, social e do trabalho, investigação, entre outros.

Na área Clínica, a prova tem demonstrado ser muito eficaz para uma melhor intervenção junto do paciente. Também é muito utilizada nos casos em que há necessidade de obter um parecer técnico e preciso da estrutura de personalidade da pessoa.

Em Neuropsicologia, permite o esclarecimento de questões práticas relacionadas com os transtornos mentais relacionados com disfunções cerebrais. A

demência é bastante visível através da aplicação da prova, bem como outro tipo de perturbações neuropsicológicas.

Na área da Orientação Escolar e/ou Profissional, revela motivações inconscientes, conflitos relacionados com a vocação escolar e/ou profissional. Oferece também informações importantes acerca do funcionamento da pessoa em determinadas áreas, revelando também em conjunto com outras técnicas, a confirmação das aptidões. a prova pode ser aplicada sempre que se justifica. A prova ao auxiliar o psicólogo no conhecimento acentuado do paciente, torna-se uma mais-valia no processo de orientação. Reconhecendo, por exemplo, que se trata de uma pessoa com níveis elevados de ansiedade, tendência para a depressão ou demasiado perfeccionista, a respectiva orientação vocacional e profissional terá de ter em conta estes detalhes. Por vezes, a prova apresenta indícios de conflito que podem estar na base da indecisão vocacional.

Em Antropologia, utiliza-se como uma ferramenta para a compreensão de vários pontos de vista em diferentes culturas. Para se compreender determinado fenómeno, também tem de se compreender o ponto de vista cultural da situação.

Na área Social, tem sido amplamente utilizado para a selecção de recursos humanos, desenvolvimento de competências e aptidões. Neste sentido, a prova pode ser utilizada no desenvolvimento de competências uma vez que muitas empresas/instituições têm o chamado "planeamento de carreira". Esta área está normalmente a cargo do departamento de Recursos Humanos e nela trabalham psicólogos (regra geral psicólogos organizacionais ou do trabalho). e técnicos de Recursos Humanos. Os empregados da empresa fazem planeamento de carreira para se "movimentarem" na estrutura hierárquica da empresa com o objectivo de terem uma

carreira ascendente dentro da mesma. Para explorar competências e saber que linhas o "orientador" deve seguir, pode utilizar esta prova no mesmo sentido da orientação. Não uma orientação escolar mas sim uma orientação profissional.

Na área Jurídica, esta prova tem ao longo dos últimos anos contribuído para ajudar nas decisões dos juízes, advogados, ou na orientação de directrizes do tribunal.

Na área da Educação, revela qualidade nos processos evolutivos de integração das crianças no ambiente que as rodeia, ressaltando as principais defesas e dificuldades, oferecendo directrizes a serem utilizadas pelos psicólogos e educadores.

O autor deste teste foi Hermann Rorschach, médico e psiquiatra suíço, nasceu em 1884 na cidade de Zurich, Suíça (Anzieu, 1978). Em 1921, Hermann Rorschach publicou a sua obra mais importante - *Psychodiagnostics* (Psicodiagnóstico). – na que apresentou os resultados do estudo de 300 pessoas com doença mental e de 100 pessoas consideradas “normais”. Morreu no ano seguinte (1922). em Herisau, no momento mais alto da sua carreira, deixando por completar o seu trabalho (Infopédia, 2000).

A prova baseia-se nos mecanismos de projecção na qual o indivíduo exterioriza a partir de um determinado estímulo (cartão)., aspectos estruturais da sua personalidade. Como nos diz Moita (1983)., a dinâmica que existe na adaptação da pessoa à situação, actua por factores internos da sua personalidade (inata ou adquirida, os modos normais de reacção perceptiva, o funcionamento do pensamento e dos afectos). e os factores externos que são características do estímulo e da situação. Jiménez (1990). explica que as manchas não seriam mais que uma forma de “canalizar”os conflictos interiores das distintas personalidades dos sujeitos.

A prova é considerada um método projectivo. Murray (1938). descreveu como funcionava o processo de projecção numa situação estimular ambígua. Formulando o seu conceito de projecção (derivado das ideias freudianas), o autor (1938). apresentou-o como uma simples tendência das pessoas a serem influenciadas pelas suas necessidades, pelos seus interesses e a sua organização psicológica em geral, que afecta a tradução cognitiva ou a interpretação dos dados perceptivos cada vez que o campo estimular apresenta uma certa ambigüidade. Frank (1939). cristalizou esta ideia afirmando o termo de *técnica projectiva*, e propôs denominar desta forma os recursos úteis ao psicólogo para provocar este tipo de respostas.

Segundo o *Vocabulário de Psicanálise* de Laplanche & Pontalis, o termo psicanalítico de projecção refere-se ao seguinte:

No sentido propriamente psicanalítico, operação pela qual o indivíduo expulsa de si e localiza no outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos, desejos, e mesmo "objectos", que ele desdenha ou recusa em si. Trata-se aqui de uma defesa de origem muito arcaica e que vamos encontrar em acção particularmente na paranóia, mas também em modos de pensar "normais", como a superstição (pág. 318).

Nesta época, a área das ciências mentais já tinham ocupado o seu lugar e estavam confortavelmente instaladas quando a Teoria Psicodinâmica começou a ganhar popularidade. Em 1940, surgiram artigos, estudos de caso, investigações, debates sobre os métodos projectivos. A necessidade de classificar os testes em Projectivos e Psicométricos gerou muita polémica. Este conceito pressupõe que os testes psicométricos foram desenvolvidos de acordo com os princípios básicos da medição, ou seja, são pontuáveis, foram estandardizados e demonstraram validade e fiabilidade. Os testes de inteligência são um exemplo clássico deste tipo de teste. Ao contrário, os projectivos carecem destas características de medida e os dados que se obtêm,

interpretam-se de um modo mais subjectivo. Subjectividade esta muito relacionada com o psicólogo/técnico de saúde que utiliza esta prova.

Fernandes (1994). indica que a representação da realidade é uma construção feita pelo sujeito e que as técnicas projectivas são um instrumento privilegiado que nos levam a demonstrar essa mesma construção.

Jiménez (1990). afirma que encontramos um comportamento clássico em psicologia, no comportamento estímulo-resposta, mediada pela personalidade do sujeito que será quem matiza e oferece a distinta variabilidade das respostas. Consequentemente, a projecção é a distância entre a apresentação do estímulo e a resposta. Evidentemente, o Teste Rorschach foi citado como um dos recursos com este potencial.

Como demonstra Tomás (1993)., o teste Rorschach como técnica projectiva que é, não escapa à subjectividade já que não se pergunta ao sujeito o que sente ou pensa relativamente aos seus afectos, às relações interpessoais, aos processos cognitivos, à tolerância ao stress, por exemplo, mas sim coloca-se o indivíduo numa situação de estímulos ambíguos nos quais deverá “projectar” essas sensações, emoções ou opiniões.

Traubenberg (1970). fala-nos também da subjectividade existente em todas as respostas ao teste, desde associações muito simples até às associações mais complexas com algo que foi vivido afectivamente, desejado ou temido.

Quando um sujeito está perante a situação de teste e sabe que terá de atribuir uma resposta, existe uma série de processos mentais pelos quais o sujeito passa. Alguns autores defendem esta ideia.

Jiménez, 1990, dá-nos esse exemplo:

Cada cartão apresenta múltiplos e diferentes estímulos, já que cada personalidade selecciona os estímulos que lhe são pertinentes, mas globalmente considerados, digamos que poderíamos reduzir-lhes a dois: a forma que tem a mancha e a cor ou cores contidos nela. Por isso, o sujeito pode sentir-se “atraído” tanto pelos estímulos formais, como pelos estímulos coloridos da mancha (pág. 16).

Todas estas características facilitam a rápida associação, intencional ou não, com imagens mentais que por sua vez formam parte de um complexo de representações onde a participação de ideias ou afectos, estará na memória de trabalho do sujeito. Assim, de acordo com Jiménez (1990)., “O sujeito deve ir atravessando uma série de etapas ou fases para chegar à solução do problema que se lhe apresenta” (pág. 16).

Jiménez (1990). cita Howard (1983). como sendo o primeiro a adoptar as quatro etapas de Polya (1957)., a qual considera que o sujeito antes de dar a interpretação à mancha, atravessa uma série de fases: 1ª, *codifica o problema na sua memória*, compreendendo o problema sugerido e inserindo-o na sua memória de trabalho; 2ª, *exercitação perceptiva*, o sujeito deve realizar um exercício de reestruturação perceptiva, seja de uma forma activa, imaginativa e criadora ou de uma forma passiva; 3ª, *o sujeito procura na sua memória a longo prazo (M.L.P.)*. aquelas interpretações que o cartão estimulou, tenta recordar a que se parece aquela mancha que está a ver; 4ª, *o sujeito encontra a resposta*, ou seja, o sujeito executa ou concretiza o plano estabelecido na fase anterior; 5ª, *fase de avaliação das respostas*, o sujeito realiza um pequeno juízo ou avaliação em relação à resposta que deu. Se a considera aceitável, se aquela mancha ou parte dela se parece ao que ele disse, mostrará e emitirá verbalmente ao examinador, mas se não a considera aceitável, buscará outra resposta distinta que se pareça mais ao conceito expressado pelo sujeito. Segundo o autor (1990). este processo cognitivo repete-se para cada uma das respostas que o sujeito oferece como interpretação.

É importante perceber que mecanismos são experimentados pelo sujeito quando o cartão lhe é apresentado. Como vimos anteriormente neste capítulo, sabe-se que a projecção pode ser entendida como o tempo que vai desde a apresentação do estímulo até à emissão da resposta. Então, o que acontece durante a projecção?

Baer (1950, citado por Moita, 1983). falando da teoria psicanalítica, explica-nos que a situação projectiva causa ao sujeito a sensação do caos, mais concretamente, a angústia da perda seguida de processos naturais de defesa contra este tipo de angústia. As respostas podem ser desviadas, podem inclusive não existir ou serem respostas não adequadas ao estímulo. No momento da aplicação da prova, a pessoa pode viver uma situação traumática, e por isso, desencadeadora de angústia. Porém, a situação traumática está carregada de energia que por sua vez poderá bloquear as vias normais de desenvolvimento, procurando assim, regressivos métodos de descarga emocional.

Chabert (1998). fala-nos da confrontação entre o mundo interno e externo do sujeito e em que medida ele é capaz de o organizar após o estímulo, abrindo um espaço ao imaginário e aos seus fantasmas. Assim, segundo esta autora (1998)., o sujeito vai-nos mostrando o seu funcionamento psíquico através dos movimentos projectivos e regressivos facilitados pela prova. Também neste segmento de ideias sobre o mundo interno e externo do sujeito, Godinho, Marques e Pinheiro (2009). dizem-nos que “o método Rorschach é perspectivado na sua dimensão intersubjectiva e dinâmica, em que o apelo a um duplo modo de funcionamento (perceptivo e projectivo). permite uma compreensão mais aprofundada da dinâmica relacional entre o interno e externo (...).” (pág. 362).

Sobre este assunto, Traubenberg (1970)., diz-nos o seguinte:

As respostas representam uma gama de atitudes que vão do perceptivo ao projectivo, do percebido ao vivido, refletindo por isso mesmo as modalidades de acção, de relação do sujeito com as diferentes situações que defronta. Em cada uma das respostas, os dois aspectos – perceptivo e projectivo – têm um peso relativo difícil de avaliar, na medida em que constituem um terreno de encontro, um modo de articulação entre os dois tipos de reacção (pág. 9).

De acordo com Jiménez et al (1990)., a investigação com o Rorschach está dirigida a analisar as diferentes entidades intrapsíquicas e dinâmicas da pessoa, os diferentes mecanismos de defesa, os conflitos, a afectividade, etc., que durante anos foi o tema principal da investigação com o Psicodiagnóstico do Rorschach.

Teixeira e Marques (2009). sobre o encontro do sujeito com a prova e com a pessoa que administra a prova (continente relacional)., dizem-nos o seguinte (pág. 284).:

Num espaço e num tempo estabelecidos no interior de um continente relacional, o sujeito é convidado a dar sentido pessoal aos dez cartões Rorschach, cujo simbólico latente apela a diferentes dimensões de si, produzindo uma narrativa que dá conta da natureza da comunicação estabelecida entre interno e extreno, bem como das qualidades e características da mente do sujeito (...).Este encontro cria uma tensão, uma situação catastrófica, que obriga o sujeito a uma mudança psíquica para regular o equilíbrio (...).

O estímulo das manchas de tinta, provocam o aparecimento da resposta. O apelo à percepção (O que poderia ver aqui?). permite um apego à realidade. Esta instrução que é dada ao paciente apela desde logo e simultaneamente, aos mecanismos perceptivos e projectivos (Chabert, 1998).

No que se refere à instrução principal dada aos examinados, encontramos grandes diferenças na apresentação das mesmas ao longo dos diversos Sistemas Rorschach.

Jiménez (1990)., diz-nos que Hermann Rorschach aconselhava a que quando se entregava o primeiro cartão ao paciente se perguntasse: “O que poderia ser isto?” Para que a tarefa seja totalmente compreendida pelo paciente, esta instrução foi aumentada e interpretada de diferentes formas pelos vários autores. Segundo este autor (1990). citando os autores seguintes, acrescentou-se à instrução inicial as indicações de que o paciente pode virar os cartões (Piotrowski)., e que pode ter o tempo que quiser para responder (Beck).

John Exner, no Sistema Compreensivo recomenda que as instruções utilizadas quando se entrega o primeiro cartão sejam semelhantes às de Hermann Rorschach: “O que poderia ser isto”? (Exner, 2001).

A instrução deve ser simples e dadas de forma natural: “Vou apresentar uns cartões e o senhor (a). vai-me dizer o que vê neles ou o que lhe parecem ser. Não há tempo limite, pelo que quando terminar de analisar cada cartão entrega-me e eu dou-lhe outro. Combinado? Entretanto eu vou tirando algumas notas daquilo que me vai dizendo” (Jiménez, 1990). Esta última advertência serve para que o paciente não fique desconfiado quando perceber que o psicólogo está a registar todas as suas respostas.

Passamos de seguida a analisar sumariamente cada cartão do Psicodiagnóstico

Rorschach:

Cartão I



Imagem 5: Cartão I – Psicodiagnóstico Rorschach (Fonte: Digitalização do cartão).

O cartão I representa uma imagem totalmente escura com tons cinza. Contém quatro espaços em branco que podem ser analisados isoladamente ou em conjunto com a mancha. É o primeiro cartão com que o examinado se depara, representando o início de uma nova tarefa (Jiménez, 1990).

A tendência das pessoas, nesta mancha, é dar uma resposta que integre toda a mancha. Os examinados costumam dar mais que uma resposta por cartão. Assim se espera que aconteça ao longo da aplicação. O número de respostas que geralmente os examinados dão neste cartão é de 3 a 4. O tempo médio que as pessoas demoram a dar a resposta encontra-se entre 10 a 13 segundos. É o chamado “tempo de reacção” medido em segundos que vai desde a entrega do cartão até à primeira resposta (Jiménez, 1990).

Na *Introdução ao Psicodiagnóstico e aos Cartões Projectivos JRI*, de Jiménez (1990), estão indicadas as respostas mais comuns a este cartão como sendo morcego ou borboleta. A cor é, por vezes, determinante nesta mancha para obtenção da resposta. Poderá haver respostas de conteúdo humano em movimento ou de conteúdo animal.

Sendo que é um cartão pouco aceite pelos examinados, neste mesmo livro estão indicados os motivos de aceitação e de rejeição ao cartão (Jiménez, 1990, pág. 28-29).

Motivos de aceitação:

- “Porque entendo-a mais que as outras”;
- “Pela sua composição”;
- “Porque gosto de ballet e esta mancha parece uma bailarina”;
- “Não sei, mas é muito claro”;
- “Talvez porque é a mais familiar”;
- “Porque simboliza a liberdade”;
- “Porque gosto de pinturas a preto e branco”;
- “Não sei, pelo contraste, por... não sei exatamente, mas gosto”;
- “Porque é claramente uma borboleta”;
- “Pelo movimento que vejo nela, vejo-me a dançar num baile”.

Motivos de rejeição:

- “Não vejo nada no cartão”;
- “Parece um escaravelho”;
- “Não tenho ideia do que possa ser, não vejo coisas claras”;
- “Lembra um bicho”;
- “É muito feia”;
- “Vi um morcego, uma formiga e estes animais repugnam-me”;
- “Não sei, não me diz nada”;
- “Não vejo sentido neste cartão”;
- “É a que menos me diz de todas as outras”;
- “Um bicho muito feio”;
- “Porque me parece um desafio que eu não tenho coragem de enfrentar”;
- “Porque parece um monstro”;
- “Porque há um morcego dominante”;
- “Tem formas difíceis de identificar, é pouco original”;
- “É repulsiva”;
- “Animais desagradáveis”;

- “Recorda-me um feto”;
- “Dá-me vômitos, também não gosto das outras que têm cor”;
- “Como sou supersticiosa, tenho medo de morcegos”;
- “Porque é um bicho raro, desses de campo”.

A cor é bastante importante ser analisada, pois está muitas vezes relacionada com a aceitação ou não do cartão. Todavia, é um cartão que apesar de ser rejeitado não fracassa na interpretação, porque o examinado dá respostas. Por ser o primeiro cartão, o examinado sente-se na obrigação de o interpretar. Se este cartão estivesse colocado mais à frente, era possível que o insucesso fosse maior.

O negro – cinza – branco da mancha pode provocar, ainda que em pessoas normais, algum mal-estar ou ansiedade, o que é evidenciado pelos diferentes choques produzidos, tanto como choque inicial, como o choque à cor. Entende-se como choque, o bloqueio do examinado perante determinado cartão. Este choque pode estar relacionado com vários motivos que interessa analisar.

No que se refere ao valor simbólico do cartão I, Jiménez (1990)., diz-nos o seguinte:

Cada cartão tem subjacente um valor simbólico proveniente da psicologia clínica e da psicologia dinâmica. Esta interpretação simbólica do cartão não é suficiente para dar um diagnóstico e deve ser considerado apenas como um indicador. É necessário ter muita experiência não só na utilização do Rorschach como também na área clínica para saber interpretar corretamente o simbolismo de cada cartão (pág. 30).

Assim, o autor (1990). apresenta como hipóteses simbólicas ao cartão I, a Imagem de si - relacionado com a pergunta “Quem sou eu?”; Respostas “mapas” ou anatómicas – hipótese de complexo de inteligência; Respostas com conteúdos geográficos como montanhas, rochas – hipótese de sentimento de inferioridade;

Respostas com materiais de defesa (escudo, espada, armadura). – hipótese de sentimento de orgulho pela pertença a determinada família ou extracto social.

Cartão II



Imagem 6: *Cartão II – Psicodiagnóstico Rorschach* (Fonte: Digitalização do cartão).

De acordo com Jiménez (1990). é neste cartão que se introduzem elementos novos através da incorporação do vermelho sozinho ou misturado com a cor cinza, coabitando na mesma mancha uma tonalidade mais escura da cor cinza e um maior espaço em branco que ocupa a parte central do cartão. O mesmo autor (1990). faz referência ao número de respostas que as diferentes pessoas dão a este cartão como sendo, em geral, menor que no cartão anterior. Todavia, o tempo de reacção aumenta. A introdução da cor, faz o examinado pensar um pouco mais antes de responder.

O psicólogo deve estar muito atento, na medida em que é o primeiro cartão que apresenta este tipo de cores.

Há, em geral, a percepção da mancha como um todo, mas há a tendência para se interpretar também, o que representa a cor vermelha. Jiménez (1990). também vai neste sentido dizendo que em primeiro lugar, há a percepção da mancha como um todo, emitindo-se respostas de conteúdo animal, sendo que o espaço em branco é muitas vezes percebido como um foguete, lâmpada, avião a levantar voo, etc.

Tal como se fez referência no cartão anterior aos motivos de aceitação e de rejeição, propostos por Jiménez (1990). destacam-se os seguintes (pág. 33-34).:

Motivos de aceitação:

- “Porque parece uma máscara”;
- “Vejo a cara de um gato”;
- “Vejo dois elefantes a jogarem e estão felizes”;
- “Pela forma, é clara de se ver”;
- “Por haver movimento, movimento alegre”;
- “Porque há laços e há crianças”.

Motivos de rejeição:

- “Simplesmente pela cor”;
- “Não gosto da combinação de cores”;
- “Porque é feia, o vermelho em cima do negro é feio”;
- “Porque não consigo ver nada nesta”;
- “Pelas cores que tem”;
- “Não sei”;
- “Porque parecem dois animais a sangrar”.

No que se refere ao valor simbólico do cartão II, Jiménez (1990)., aponta-nos como hipóteses simbólicas a integração psico-afectiva-sexual (identificação sexual masculino e/ou feminino).; denota diferentes interpretações do possível conflito sexual; o vermelho como o principal foco de perturbação dos examinados tem de ser analisado (choque ao vermelho).; se o branco determinar a primeira resposta ao cartão, podemos deduzir que o examinado está a anular (conscientemente ou não). os estímulos da restante mancha. O autor (1990). diz-nos que “Este mecanismo de defesa tenta suavizar o impacto com a restante parte da mancha” (pág. 35).

Cartão III



Imagem 7: Cartão III – Psicodiagnóstico Rorschach (Fonte: Digitalização do cartão).

Neste cartão há a presença da cor semelhante ao cartão anterior, à exceção da mistura entre o vermelho e o cinza. É um cartão em que os examinados identificam facilmente duas figuras humanas em movimento, sendo esta uma das respostas mais comuns. A figura central é facilmente interpretada por laço ou borboleta. Normalmente, o número de respostas aumentam e o tempo de reacção diminui comparativamente ao cartão anterior. O espaço em branco também é interpretado, mas com muito menos frequência que o cartão anterior.

É uma mancha bastante aceite, ao contrário da anterior. Os motivos de aceitação e de rejeição são, novamente, descritos por Jiménez (1990). dos quais identificam-se alguns (pág. 38-39).:

Motivos de aceitação:

- “Gosto da elegância com que as pessoas estão representadas neste cartão”;
- “Porque estes dois homens estão a fazer um trabalho juntos”;
- “As senhoras estão divertidas e há uma borboleta ao meio”;
- “Porque elas estão vestidas a rigor, talvez com trajes do século XIX”;
- “É equilibrada”;
- “Pelos formas”;
- “Porque há duas pessoas que estão a lutar por algo que está no meio, mas parece que é uma luta por algo bom”;

- “Pelos laços de união dessas pessoas que é o que faz falta a todos os homens”.

Motivos de rejeição:

- “Não vi nada”;
- “Por ser irregular”;
- “Porque há alegria por um lado e morte por outro”;
- “Parece um monstro”;
- “Não consigo entender nada deste cartão”;
- “É monótona e feia”;
- “Não gosto desta”.

Este cartão é pouco sensível ao fracasso na medida em que, geralmente, o examinado dá uma resposta. Se isto não ocorrer, deve ser analisado na fase do inquérito. Como hipóteses simbólicas do cartão III, Jiménez (1990). refere a ambiguidade relativa ao sexo das figuras humanas (geralmente devido à projecção, o sexo dos examinados é o mesmo atribuído às figuras humanas.); se o examinado identifica o sexo das figuras humanas diferente do seu, pode-se deduzir alguma “tendência” homossexual. O autor (1990). faz uma ressalva de que esta última hipótese pode ser duvidosa (por se basear neste tipo de interpretações)., e por isso deve ser relacionada com outras informações recolhidas de outras formas, mas pode-se considerar uma certa manifestação de ansiedade em relação aos caracteres sexuais.

Cartão IV

Imagem 8: Cartão IV – Psicodiagnóstico Rorschach (Fonte: Digitalização do cartão).

Aqui, encontrarmo-nos novamente com o cinza escuro. Este cartão IV diferencia-se dos dois últimos porque o cinza escuro dá a sensação que é preto, ou seja, mais escuro e já não existe o estímulo vermelho presente nos últimos dois cartões. Talvez isto também justifique um aspecto desfavorável do cartão: o número de respostas é abaixo da média do conjunto dos dez cartões.

Em contrapartida, Jiménez (1990). adianta que “(...). o tempo de reacção está acima da média, ou seja, há poucas respostas ao cartão, mas o examinado demora tempo até dar a primeira resposta” (pág. 42). Este mesmo autor (1990). refere que a maioria das respostas referem-se à totalidade da mancha, seguindo-se os grandes detalhes. Diz-nos também que as respostas com base no espaço em branco e nos pequenos detalhes são raras.

A cor é muitas vezes o que desencadeia a resposta quando o examinado percebe a mancha, acabando por não perceber muito bem a forma e outras características da mesma. Esta dificuldade leva muitas vezes a bloqueios por parte do examinado, daí o tempo de reacção ser elevado.

Por outro lado, este fenómeno da cor, não é por si só o que por vezes leva ao bloqueio e ao choque, muitas vezes a razão está nas características formais da mancha.

Esta forma transmite “poder”, “força”, “agressividade” e pode ser determinante na percepção da mancha.

Segundo Jiménez (1990). “nas personalidades consideradas “normais”, ou seja sem patologia, as características formais das manchas são na sua maioria bem percebidas (F+). No entanto, nesta mancha, é possível existir formas mal percebidas (F-), principalmente se forem personalidades ansiosas” (pág. 42).

É importante referir que neste cartão existem muitas respostas com percepção de animais em movimento (gorilas, monstros, pele de animal, etc). Depois destes conteúdos, seguem-se os conteúdos humanos como aqueles que mais aparecem nas respostas dadas pelos examinados.

O possível fracasso do cartão está relacionado com um fenómeno importante denominado de “choque ao cinza”, ou seja, choque à cor do cartão. Esta mancha tem maior aceitação que rejeição. Segundo Jiménez (1990). alguns dos motivos de aceitação e rejeição são os seguintes (pág. 45-46):

Motivos de aceitação:

- “Porque me parece uma figura perfeita: um dragão”;
- “Porque é a mancha que me dá uma ideia mais clara daquilo que é”;
- “Porque quer englobar tudo, expressa a realidade”;
- “Parecem dois pássaros que estão a descansar, mas em cima está um leão que pode atacar”;
- “Não sei... o contraste com o preto”;

Motivos de rejeição:

- “Não me diz nada”;
- “Não compreendi o que vi, as cores não são agradáveis”;
- “Vejo sem forma e muito escura”;

-
- “Não consigo ver nada que se pareça com nada”;
 - “Dá a sensação de algo triste e melancólico”;
 - “Muito negra, não gosto”;
 - “Não consigo retirar algum sentido desta mancha”;
 - “Não vejo nada”;
 - “Porque quer confrontar-se com o raciocínio”;
 - “Muito fúnebre e com pouco sentido”;
 - “Porque é algo que não me faz sentido, não ficou bem feita...”;
 - “É um animal raro que não sei qual é”;
 - “É muito negra”;
 - “Parece uma coisa muito estranha”;
 - “Dá-me terror”;
 - “Diz-me muito pouco”;
 - “Parece um monstro ameaçador”;
 - “É fria e sem expressão”;
 - “Porque me assusta”;
 - “Não consigo ver nada aqui, é tristonha”;
 - “É um bicho feio”.

As cores dos cartões parecem ter muitas vezes um efeito desencadeador do tipo de resposta. Nas respostas e nos comentários à fase do inquérito é notável a associação da cor à resposta. Assim e segundo Jiménez (1990). as cores cinza e negra deste cartão têm associações perturbadoras com a obscuridade, provocando recordações desagradáveis e imagens vinculadas com o medo e a ansiedade. Este autor (1990). faz referência à associação entre o negro e o escuro, ao que não se vê, à falta de luz, à noite e diz-nos que isto é percebido como angustioso e inquietante para o sujeito. Referem também que não é apenas a cor que pode estar ligada à angústia do sujeito, mas também à estrutura da mancha, ou seja, interpretações como “monstro”, “pés com botas enormes”, “corpo grande com aparência de pessoa idosa”, “bicho grande e feio”, são exemplos de interpretações mais fantásticas que reais, mas que se traduzem em alguma angústia.

Como hipóteses simbólicas d cartão IV, Jiménez (1990). refere-nos que a maioria dos autores motivados por estas interpretações, atribuíram o significado simbólico de “cartão que representa a imagem paterna ou a autoridade”; a figura supõe a representação do poder e a sensação de “estar debaixo desse poder”; mas esta autoridade é uma autoridade sinistra, um pai ausente de carinho, um pai que exerce o seu poder debaixo de força; examinados que perante o cartão reagiram em sinónimo de choque, podem ter angústia perante a autoridade.

Cartão V



Imagem 9: Cartão V – Psicodiagnóstico Rorschach(Fonte: Digitalização do cartão).

Este é um cartão de cor cinza, compacto e de fácil percepção. É um cartão-álvio, uma vez que a realidade perceptiva do mesmo torna-se simples para o examinado, não restando grandes opções de interpretação. Assim, borboletas ou morcegos (por vezes em movimento). percebidos na totalidade da mancha, são as respostas mais dadas a este cartão. Possivelmente se estamos perante um examinado com patologia, esta mancha pode não ser assim tão simples e clara de interpretar.

O tempo de resposta está abaixo da média dos restantes cartões. No que toca às características formais, é regra geral bem percebida em boa forma.

Segundo Jiménez (1990)., os motivos de aceitação e de rejeição deste cartão são os seguintes (pág. 51-52).:

Motivos de aceitação:

- “Não sei porquê, mas vejo um morcego com as asas estendidas”;
- “É a que mais se parece com um morcego”;
- “Está bem pintado e parece uma borboleta”;
- “Gosto de morcegos”;
- “Porque faz lembrar a natureza e gosto dela”;
- “Uma borboleta, gosto muito do campo”;
- “É mais realista, aparenta melhor aquilo que se vê”;
- “Parece um morcego a voar”;
- “Porque é bastante clara”;
- “Sinto-me mais segura com esta porque parece mesmo um pássaro”.

Motivos de rejeição:

- “Não sei, disse que era um morcego, mas não gosto de morcegos”;
- “Terror”;
- “Não representa nada, parece uma mancha de tinta”;
- “Porque é muito negra”;
- “É um vampiro de verdade que vem satisfeito por ter feito algo”;
- “Porque parece um morcego, algo tenebroso vindo da noite”;
- “ Parece as asas do diabo”;
- “Parece um bicho voador e não gosto de insetos”.

Estas respostas evidenciam a clareza de interpretação dos examinados. Pelo contrário, é possível observar que os motivos de rejeição podem estar relacionados com a associação entre a cor e os sentimentos de angústia e de ansiedade acima abordados.

Como hipóteses simbólicas Jiménez (1990). refere que sendo uma mancha fácil de interpretar e de oferecer, regra geral, respostas como morcego e borboleta levou a que se

considerasse estas respostas como “vulgares ou populares”. Este termo significa simbolicamente uma forma de pensamento colectivo, ou seja, a maioria das pessoas pensa e interioriza a mancha desta forma. Com base neste simbolismo, denomina-se de “cartão da realidade”. As respostas populares dadas pelos examinados colocam de parte a possibilidade de existência de patologia. Se não houver resposta ao cartão, tal seria considerado, hipoteticamente, como um sintoma grave devido precisamente à sua grande facilidade de interpretação.

Cartão VI



Imagem 10: Cartão VI – Psicodiagnóstico Rorschach (Fonte: Digitalização do cartão).

Tal como em todos os cartões, este é um cartão simétrico, mas compacto, com tendência à interpretação total da mancha.

O número de respostas é abaixo da média e o tempo de reacção até dar a primeira resposta é superior quando comparado com outros cartões da prova (Jiménez, 1990).

No que se refere às respostas, normalmente, estas têm boa forma identificando conteúdos animais (principalmente pele de animal). com alguma frequência. Os conteúdos humanos também aparecem, mas são mais raros. Este cartão apresenta alguma variedade no que diz respeito a outro tipo de conteúdos como: plantas, objectos,

natureza, anatómicos, etc. A cor também justifica por vezes o tipo de resposta (Jiménez, 1990).

A configuração estrutural da mancha pelas suas semelhanças, podem estimular diferentes estímulos de cariz sexual. A parte superior do cartão pode ser visto como um pénis, em quanto que no sentido oposto do cartão, há alusão aos órgãos genitais femininos. Não obstante, não é estranho se este tipo de respostas não se produza. Por estes motivos, há examinados que perante estes estímulos sexuais ficam incomodados ao interpretar este cartão (choque sexual). Acontece a quem não tem a sua própria sexualidade satisfeita, por isso assustam-se e ficam nervosos (Jiménez, 1990, págs. 54 - 55).

Este cartão tende a ser rejeitado por adolescentes e adultos de ambos os sexos, sendo que de acordo com Jiménez (1990)., os motivos de aceitação e de rejeição deste cartão são os seguintes (pág. 57):

Motivos de aceitação:

- “Pelo que vi parece-me perfeita”;
- “Parece que se entende melhor que as outras”;
- “Porque sempre que há sol, reflecte-se na água e fica muito bem”;
- “Porque define muito bem a pele de um tigre”;
- “Gosto mas não consigo explicar”;
- “Porque consegui encontrar um sentido”.

Motivos de rejeição:

- “Porque não me diz nada”;
- “Porque não sei o que é, posso dizer muitas coisas e não dizer nada”;
- “Não gosto”;
- “Não vejo nada”;
- “Não vejo como aquilo que disse”;

- “Não acerto com isto”;
- “Porque não sei o que dizer sobre a mancha, é como um papel dobrado. Não tem sentido para mim...”;
- “Não me ocorre nada”;
- “Muito negra”;
- “Não vejo sentido nisto”;
- “Muito feia e negra”;
- “Não encontro sentido com a realidade”;
- “É um bicho raro”;
- “A pele esticada”;
- “Não encontro nenhuma figura que se pareça com isto”.

A forma determina muitas vezes a resposta dos examinados e justifica a aceitação/rejeição do cartão.

Como hipóteses simbólicas ao cartão VI, Jiménez (1990). estabelece que, como atrás foi identificado, existe a possibilidade do examinado experienciar um choque sexual, razão pela qual os autores atribuíram o nome de “cartão da sexualidade”. Desta forma, examinados que bloquearam a responder a este cartão poderá ser sintomático de problemas da área da sexualidade.

Cartão VII

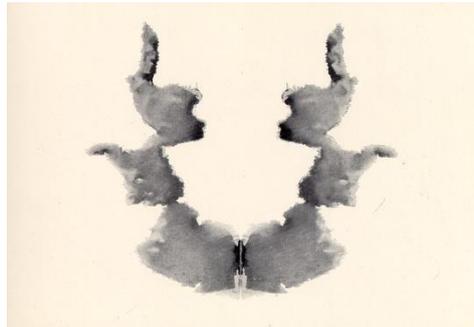


Imagem 11: Cartão VII – Psicodiagnóstico Rorschach (Fonte: Digitalização do cartão).

O primeiro detalhe que chama a atenção neste cartão é a configuração e estrutura que apresenta. Não é uma estrutura compacta, mas sim uma estrutura dividida em vários blocos, deixando um grande vazio (em branco) no interior do cartão.

O número de respostas normalmente está abaixo da média, sendo que o tempo de reacção é maior. Devido à ausência de estrutura compacta, esta mancha possibilita maiores apreciações nos grandes detalhes (D)., ou seja, há maior tendência para interpretar as diferentes partes da mancha que a mancha na sua totalidade. Esta característica é muito importante por ser a primeira e única mancha em cinza onde há mais interpretações nos grandes detalhes que na totalidade da mesma (Jiménez, 1990).

O determinante que aparece com maior frequência é a “boa forma” (F+). quando a interpretação se assemelha com a realidade. Por vezes também surge a “má forma” (F-)., mas com menor incidência que o primeiro. De acordo com Jiménez, F. (1990). neste cartão, o determinante “movimento humano” também surge com alguma frequência (crianças a brincar; mulheres a discutir, dois índios a conversar, etc). O mesmo autor (1990). defende que como sucede com outros cartões de cor cinza, a cor pode desencadear a resposta, mas o cinza deste cartão é mais suave que o dos outros cartões (IV ou V). utilizando um sombreado. Os diferentes tons de cinza podem provocar

respostas de “profundidade”, “suavidade”, “textura”, etc. Os conteúdos são variados, como animais, humanos, plantas, vestuário, mapas, anatomia, etc. Devido ao espaço em branco, há por vezes um choque ao vazio. Há pessoas que ficam incomodadas com este espaço vazio entre as partes da mancha.

De acordo com Jiménez (1990), é o segundo cartão mais rejeitado da prova, seguem-se os motivos da sua rejeição e aceitação (págs. 62 – 63).

Motivos de aceitação:

- “É uma figura artística”;
- “Porque é delicada, tem sensibilidade”;
- “É rara, diz mais que aquilo que vemos”;
- “Parece de fantasia, vejo a lâmpada de Aladino”;
- “Porque representa cores cinzentas muito suaves, não é negro como os outros”;
- “Porque aqui no meio parece a entrada de um lugar importante”;
- “Pelo ideia que me deu de bosque e de montanha”;
- “Por ver duas pessoas que se querem e que gostam muito uma da outra”;
- “Porque me parece a mais original”;

Motivos de rejeição:

- “Não consigo ver nada, não gosto das cores”;
- “As cores são demasiado frias”;
- “Não tem ordem nenhuma, até pode ter significado mas não o encontro”;
- “Não se vê nada”;
- “Pouca cor”;
- “Sem cor não se nota o que é”;
- “Vejo muito pouco nela, não distingo quase nada”;
- “Nuvens de algodão”;
- “É feia, tem cornos”;
- “Não tem pés nem cabeça”;
- “Não vejo nada concreto”;
- “Está todo entrecortado, não gosto”;

- “Parece inapropriado, não vejo sentido nenhum”;
- “Diz muito pouco”;
- “Não entendo esta mancha”;
- “É muito irregular”;
- “Pela forma que tem”;
- “Porque é muito vazia”.

Como hipóteses simbólicas ao cartão VII (Jiménez, 1990)., podemos denominar este cartão como sendo um “cartão maternal” devido à estrutura que apresenta e ao tipo de respostas que transmitem tranquilidade. Exemplos: “Mar”, “Baía”, “Pântano com uma cascata”. Este tipo de respostas englobam a mancha toda, interpretando o espaço em branco. O branco faz referência ao mar que como estimulante simbólico pode estar associado à mãe ou ao elemento materno. Apreciando a mancha como um ventre materno, onde o espaço em branco representa o útero materno e a parte inferior os órgãos genitais femininos. Esta interpretação remete para o inconsciente do examinado de tal modo que um choque a este cartão remete para dificuldades de relacionamento com a figura maternal (complexo de abandono, falta de atenção, etc). As interpretações dadas ao espaço em branco são entendidas como comportamentos de oposição e negativismo contra elementos externos a si mesmo ou contra o examinador. O espaço em branco não é mais do que um espaço no cartão que não há tinta, por isso se o examinado analisa o que não foi pedido está-se a opor àquilo que foi pedido inicialmente. Para alguns autores, este cartão é a expressão da agressividade (pág. 64-65).

Cartão VIII



Imagem 12: *Cartão VIII – Psicodiagnóstico Rorschach* (Fonte: Digitalização do cartão).

Ao longo da aplicação da prova, esta é a primeira vez que o examinado encontra um cartão completamente cromático, com cores suaves. De acordo com Jiménez (1990), este cartão pode suscitar alguns comentários antes da interpretação: “Que bonita!”, “Isto já é outra coisa”, “São cores muito agradáveis”.

O número de respostas a este cartão aumenta e o tempo de reacção está dentro da média comparando com os restantes cartões da prova.

Quanto à categoria das localizações, os grandes detalhes (D), normalmente são superiores à apreciação na mancha toda (W). Os conteúdos animais ou partes deles, sozinhos ou acompanhados perfazem a maioria das respostas. A cor desencadeia o maior número de respostas a este cartão, seguindo-se a “boa forma” (F+). Assim, a forma e a cor são os dois principais determinantes neste cartão. Existe um outro determinante importante neste cartão, o movimento animal (FM). Para atribuir este determinante, o animal deve mover-se na total acepção da palavra. O examinado deve sentir esse movimento, deverá haver projecção neste sentido. Este detalhe é tão importante que se o examinado der a entender que o animal apenas se move não é suficiente para atribuir FM. Além do conteúdo animal, também poderá ocorrer: plantas,

flores, árvores, folhas, pântanos, pétalas, etc. Poderá haver choque à cor, devido ao facto de os anteriores cartões serem completamente diferentes deste. (Jiménez, 1990).

É um cartão que tem bastante aceitação e muito poucas rejeições. Para o cartão VIII, Jiménez (1990)., estabeleceu os seguintes critérios (pág. 69-70).:

Motivos de aceitação:

- “Vi um animal a sair da água”;
- “Porque vejo paisagens e animais”;
- “Pela figura que é”;
- “Porque vê-se bem o que é: animais”;
- “Pela forma que tem o barco”;
- “Pela variedade bonita de cores”;
- “Pelas duas figuras, as duas hienas”;
- “Pela cor e pela forma”;
- “Pelo conjunto”;
- “Porque vejo dois animais a tentar subir um monte”;
- “Porque parecem duas ovelhas e parece que há relevo”;
- “A cor é muito bonita, é quase perfeita!”;
- “Porque há uma meta a alcançar”;
- “Porque gosto dos animais em geral em liberdade, no seu habitat e no seu monte”;
- “As cores estão em harmonia entre elas”.

Motivos de rejeição:

- “Porque não tem muito significado”;
- “Não sei, não gosto...é isso”;
- “Não encontro sentido”.

É difícil encontrar examinados que rejeitem este cartão e quando há, as respostas parecem não ter fundamento. No entanto, são muitos os examinados que gostam, fundamentalmente pela cor e pela forma que tem.

As hipóteses simbólicas ao cartão VIII, diz-nos que devido à cor suave, este cartão está directamente relacionado com a área afectiva da personalidade do examinado e que o choque à cor está relacionado com personalidades neuróticas que por si só têm alterada a sua própria afectividade (Jiménez, 1990).

Cartão IX



Imagem 13: *Cartão IX – Psicodiagnóstico Rorschach* (Fonte: Digitalização do cartão).

Este cartão é igualmente cromático, com cores semelhantes ao último cartão, mas pela configuração da mancha a tarefa é mais difícil.

Jiménez (1990)., refere-nos que é um dos 3 cartões (juntamente com o VI e VII)., que se obtém menor número de respostas, ficando abaixo da média. O tempo de reacção até à primeira resposta é o maior de todos os cartões. A aceitação é muito pouca pela maioria das pessoas e há muitos fracassos no momento da interpretação do cartão.

O mesmo autor (1990). adianta que uma vez que há dificuldade em interpretar a totalidade da mancha, os examinados tendem a interpretar partes dela. Isto reflecte-se nas respostas de grande detalhe (D). em maior percentagem que as respostas na mancha toda (W). Neste sentido, se o examinado interpreta a mancha toda, também irá interpretar o espaço em branco (central superior). O espaço em branco também pode ser interpretado por si só (S).

Na categoria dos determinantes, a cor desempenha um papel muito importante. Pela primeira e única vez nesta prova projectiva, aparecem diferentes respostas que contêm cor com uma percentagem muito superior às respostas com “boas formas”. Em todos os outros cartões, as “boas formas” constituem o principal determinante, ficando a cor para segundo plano. Aqui não se passa isto, mas sim o contrário. Aqui o determinante principal é a cor, a forma é secundário (Jiménez, 1990).

No que diz respeito aos conteúdos, prevalecem os conteúdos animais sobre os humanos. Destaca-se, como no cartão anterior, o conteúdo de plantas devido à coloração do cartão. Interpretações como “explosão”, “bomba atômica” ou vulcão ocorrem com alguma frequência.

Nos trabalhos de Jiménez (1990), é possível perceber alguns dos motivos de maior aceitação e de rejeição do cartão (pág. 75-76):

Motivos de aceitação:

- “Pelas cores, é algo misterioso”;
- “Gosto das cores”;
- “Porque dá paz. Os outros cartões são mais atribulados”;
- “Porque tem mais cores e não é tão parva como os outros”;
- “Pelas cores variadas e ricas”;
- “Tem um colorido muito bonito, uma saída de sol entre as nuvens”;
- “Assemelha-se a uma árvore que como na vida, nasce, cresce, envelhece e morre. É similar às pessoas”;
- “Pela união que há entre as cores”;
- “Parece uma visão da natureza”;
- “Pelos três animais que vi”;
- “Uma paisagem bonita com o arco-íris”;
- “Pela profundidade e pela cor”;
- “Porque o que vejo é muito claro”;
- “Pelas formas que tem”.

Motivos de rejeição:

- “Porque não sabia o que era”;
- “Não sei o que é, não consegui ver nada”;
- “Porque reflecte mal o que é”;
- “É muito abstracta”;
- “Porque não vejo nada”;
- “Não gosto pela forma”;
- “Vejo como um animal que governa um mundo que está debaixo dele”;
- “Não tem nenhum sentido”;
- “Porque me deu muito trabalho associá-la com...”;
- “Os desenhos abstractos não são o meu forte”.

Olhando para estas respostas, parece-nos claro que o que os examinados gostam é da cor e o que não gostam é o facto de não encontrarem forma adequada para poder interpretar a mancha. O bloqueio interpretativo total (fracasso). obedece a esta dificuldade de encontrar uma associação adequada entre o conceito emitido e a forma da mancha.

Para este penúltimo cartão, como hipóteses simbólicas dizemos que este é um cartão que desperta alguma tensão no examinado. A incapacidade de dar uma resposta adequada cria um conflito interior carregado de frustração e ansiedade. Ele tenta organizar a mancha como um todo e não consegue fazê-lo. Esta tensão referida pode ser a causa da reacção agressiva que por vezes o examinado tem para com este cartão. A interpretação do espaço em branco não é mais que comportamentos de oposição e manifestação de uma certa dose de agressividade; é a expressão de uma sintomatologia agressiva latente ou inconsciente na personalidade do examinado (Jiménez, 1990).

Cartão X



Imagem 14: Cartão X – Psicodiagnóstico Rorschach (Fonte: Digitalização do cartão).

Eis que chegámos ao último cartão do Psicodiagnóstico de Rorschach. Um cartão semelhante aos dois últimos no que se refere às suas cores. O que mais chama a atenção é total dispersão das diferentes manchas. Isto faz com que o examinado interprete com alguma facilidade e formule um número elevado de respostas. O tempo médio até dar a primeira resposta é superior às restantes manchas.

Pelos motivos em cima descritos, Jiménez (1990). diz-nos que o examinado localiza vários grandes detalhes (D). na mancha em detrimento de respostas globais (W). É mais cómodo e fácil interpretar detalhe a detalhe. Os espaços em branco também podem ser interpretados, mas a frequência com que isto ocorre é inferior às restantes manchas. Os determinantes que este cartão destaca estão relacionados com a cor e com a “boa forma”.

Este cartão motiva à interpretação de várias classes de animais. Deste modo, os conteúdos animais são superiores a todos os outros. Devido à dispersão da mancha, os examinados aborrecem-se frequentemente referindo críticas quanto à desorganização da mesma. Alguns referem estes motivos para rejeitarem este cartão.

Jiménez (1990). diz-nos que Myrian Orr reportou-se a este fenómeno como “shock au morcellement”. O autor explica-nos que é o sentimento de desordem,

separação, desintegração, falta de coerência ou falta de unidade entre as diferentes manchas que compõem o cartão. Sabemos pois, que existem personalidades meticolosas que não podem ver nada fora do sítio nem desordenadas, seguindo o lema de “um sítio para cada coisa e uma coisa para cada sítio”.

É o cartão mais aceite de todos, vejamos o porquê segundo Jiménez, 1990, (págs. 82-83).:

Motivos de aceitação:

- “Lembra-me o rosto de Jesus Cristo”;
- “Não sei, mas parece simpática”;
- “Pela variedade de cores. É simétrica”;
- “Pelas formas que tem”;
- “Pelas cores, pelo ambiente”;
- “Pelas cores, mais que pelas formas porque não vejo nada”;
- “Porque sou poético e gosto da composição do cartão”;
- “Parece o mar”;
- “Há muitos bichos aqui”;
- “Pelo movimento que se dá na mancha”;
- “Porque gosto de medicina”;
- “Porque há muitas cores e gosto do que elas representam”;
- “Parece arte moderna”;
- “Porque tem uma representação cómica da realidade”;
- “Por ser muito completa e por se poder ver muitas coisas”;
- “Pela cor, pela forma, por ser graciosa”.

Motivos de rejeição:

- “Porque não compreendo o que é”;
- “Porque está desorganizada e caótica”;
- “Porque não tem forma de nada”;
- “Não me diz nada”;
- “Porque há bichos”;

- “É uma cara, mas uma cara horrorosa”;
- “Porque as aranhas estão a comer os pulmões”;
- “É pouco clara e reflecte mal o que é”.

Por último, as hipóteses simbólicas ao cartão X, dependendo da análise das respostas, por um lado pode apreciar-se examinados práticos que desenvolvem bem se ofereceram muitas respostas aos detalhes mais frequentes. Por outro lado também se pode apreciar examinados com características neuróticas e depressivas quando se comportam perante este cartão de forma agitada, com manifestação de desagrado. Esta é uma mancha que valoriza o comportamento social do indivíduo perante diversas situações (Jiménez, 1990).

Dada a inesperada morte de Herman Rorschach, o autor da prova das manchas de tinta não completou as grelhas interpretativas nem o seu quadro teórico.

Assim nasceram as várias escolas de investigação e utilização do Rorschach, na medida em que foram vários os seus sucessores, cada um com a sua sistematização, que se torna em grande parte, pessoal.

Oberholzer, com publicações posteriores à morte de Hermann Rorschach; Ben-Echemburg, com a sua técnica paralela ao Rorschach que realizou juntamente com o próprio autor; Hans Binder, com a sua fina intuição e matização das respostas de sombreado; Walter Morgenthaler, com os seus diferentes estudos na técnica de eleição dos cartões que o examinado mais gosta e menos gosta; Margarita Loosli-Usteri e Edwald Bohm e muitos outros autores, que seguiram as directrizes do autor das manchas de tinta (Exner, 1994).

No entanto, cada um dos sistemas desenvolvidos guardava semelhanças entre si, pois todos se mantinham fiéis às ideias originais de Hermann Rorschach. As diferenças residiam nas formações teóricas que os seus sucessores abarcavam.

Na Europa, os mais conhecidos são os sistemas de Loosli-Usteri e Bohm. Nos Estados Unidos, principalmente os de Klopfer, Beck, Piotrowski, Hertz e Rapaport. As divulgações e as investigações desenvolvidas por estes autores permitiram um aperfeiçoamento da técnica e melhor compreensão da mesma, quer nos Estados Unidos, quer na Europa (Exner, 1994).

Em 1957 estavam consolidados os diferentes sistemas de Rorschach, sem que nenhum dos seus sistematizadores chegasse a acordo para a integração num só sistema. Algumas investigações entre 1950 e 1970 iam neste sentido, mas eram exceções. Uma destas exceções foi publicada por Exner. Segundo este autor (1994), Beck e Klopfer incentivaram esta publicação. Este resultado demonstra as diferenças inter-sistémicas (por exemplo, apenas dois dos cinco coincidiram nas instruções sobre como sentar o examinado perante o psicólogo).

Cada sistema desenvolveu a sua própria forma de codificar as respostas, sendo os modelos muito diferentes entre si. Todos incluíam a maior parte dos símbolos de codificação originais de Rorschach, mas modificavam alguns (ou todos). os critérios de aplicação. Entre todos os sistemas, chegou a haver 15 códigos para identificar a localização da resposta (Exner, 1994).

Nenhum dos códigos era igual entre os diversos sistemas. Utilizavam o símbolo de codificação *F* para indicar que as características da forma eram importantes para o examinado, mas cada um utilizava um critério diferente para determinar se houve um uso preciso dela ou não. Nenhum codificou a percepção de movimento da mesma

maneira. Em todos os sistemas havia 16 símbolos para codificar a presença de cor nas respostas. As maiores diferenças de codificação entre os sistemas estavam no uso do sombreado ou da cor, o que não é de estranhar tendo em conta que no trabalho original de Rorschach não estava incluída esta característica até à publicação (Exner, 1994).

Como seria de esperar, as diferenças na codificação originavam por sua vez diferenças na interpretação. Existiam grandes diferenças quanto às pontuações que se deviam calcular no sumário quantitativo do protocolo e a interpretação das mesmas pontuações.

Os sistemas diferiam também nos significados atribuídos a muitas variáveis e quais os agrupamentos de variáveis que teriam valor interpretativo. Neste sentido, John Exner (1969). condensou o modelo teórico, criando apenas um: O Sistema Compreensivo.

I.3. 4. O SISTEMA COMPREENSIVO E OS ÍNDICES ESPECIAIS DE JOHN EXNER

A obra de John Exner remonta a finais da década de 1960 e estende-se até aos dias de hoje devido à criação da Fundação para Investigação do Rorschach, mais conhecida como *Rorschach Workshops*.

Em 1969, Exner publica a primeira análise comparativa dos cinco sistemas americanos. Os resultados evidenciaram que haviam-se criado cinco testes de Rorschach. Assim, Exner começou a compilar os trabalhos dos sistematizadores de Rorschach e investigadores, surgindo assim o Sistema Compreensivo em finais de 1971 (Exner e Erdberg, 2005).

A primeira apresentação foi em 1974, e a partir daí foi actualizando-se constantemente até à data de hoje (Exner, 1994). Ao longo deste trabalho, Exner e a Fundação para a Investigação do Rorschach, não modificaram o método em si, ou seja, os cartões do Psicodiagnóstico conservam os elementos estimulares do princípio. O que mudou foi o facto de deixar de ser uma ferramenta experimental para converter-se num teste projectivo cuja correcção se tornou mais objectiva e com maior rigor científico (Exner e Erdberg, 2005).

De acordo com Exner (1994)., o Sistema Compreensivo consiste em cinco categorias básicas: localização, determinantes, conteúdos, popularidade e actividade organizativa.

A localização determina que parte da mancha se utilizou e para isso o Sistema Compreensivo seguiu os símbolos e critérios de Beck (1950)., que constam de três categorias primárias de localização: resposta global (W)., de detalhe (D)., de pequeno detalhe (Dd).; e a de espaço em branco (S). A este sistema de codificação da localização, Exner adiciona a Qualidade Evolutiva, que avalia o grau de organização de cada uma destas localizações, baseando-se nas técnicas de Rapaport (1946). e Friedman (1960)., diferenciando assim entre as respostas sintetizadas, ordinárias e vagas segundo a complexidade das mesmas (Exner, 1994).

Os determinantes agrupam-se em três classificações: os que se referem à forma, os que implicam cor e os elementos de sombreado. Sobre esta classificação primária (Exner, 1994)., e baseando-se em Beck (1950). e Klopfer (1942). obtém-se 24 símbolos que representam as seguintes categorias: forma, movimento, cor cromática, cor acromática, textura, dimensionalidade, sombreado geral, dimensionalidade baseada na forma, respostas par e respostas reflexo.

No que diz respeito às categorias de conteúdos, foram extraídas a partir da análise de 7.411 respostas, codificadas segundo a lista de conteúdos de Beck (1950)., e agrupando-se todas as respostas de frequência superior a 10, obtendo-se assim a lista de 20 categorias que utiliza este sistema (Exner, 1994).

A popularidade das respostas estabeleceu-se segundo o critério de considerar popular as respostas que se dão em um de cada três protocolos. Através da análise de 6.983 respostas e aplicando-se o referido critério seleccionaram-se as 13 respostas populares que utilizam este sistema (Exner, 1994).

Para estabelecer a Actividade Organizativa (Z)., que segundo Beck (1950). e Hertz (1960). é indicativa da utilização do intelecto com vista à adaptação, adoptou-se a utilização de uma tabela para registar uma determinada pontuação segundo o grau em que se organiza a resposta.

O Sistema Compreensivo estandardizou a administração e a codificação (localização, qualidade evolutiva, determinantes, qualidade formal, actividade organizativa, conteúdos, populares e códigos especiais)., com o qual permite calcular de forma inequívoca os dados do sumário estrutural (Exner, 1994). e assim obter os dados necessários à interpretação.

De acordo com Weiner (2001). os instrumentos de avaliação psicológica devem ter em conta os princípios científicos que permitam o avanço de uma área científica como a psicologia. Por isso, o autor (2001). comenta que o método Rorschach necessita deste rigor científico atribuindo ao Sistema Compreensivo a capacidade para tal.

No que se refere às constelações ou índices, estas são conjuntos de variáveis que podem indicar a presença de alterações psicológicas ou psicopatologias.

De acordo com o Sistema Compreensivo e até à actualidade, temos as seguintes constelações e índices: SCZI (índice da esquizofrenia), DEPI (índice de depressão), CDI (índice de deficit relacional), HVI (índice de hipervigilância), S-CON (constelação de suicídio), OBS (índice de estilo obsessivo). e PTI (*perceptual-thinking index* – o índice de perturbações da percepção e do pensamento, que se deve a uma revisão de SCZI).

Os índices calculam-se através das localizações e da qualidade evolutiva, dos determinantes e da qualidade formal, dos conteúdos, das repostas populares, da actividade organizativa e dos códigos especiais.

Segundo Exner (2000), os índices devem ser analisados antes de iniciar a interpretação de um protocolo. Quando os valores indicam qualquer risco, o psicólogo deverá fazer uma análise exaustiva para entender a origem destes dados e a possibilidade de perturbações psicológicas, incluindo um possível risco de suicídio.

O PTI é um índice que foi criado como consequência dos problemas encontrados em SCZI, que hoje se considera um índice que deve utilizar-se com certa prudência. O SCZI foi proposto por Exner (2000). nos anos 70 para detectar os casos de esquizofrenia, mas o aperfeiçoamento dos estudos revelou numerosos casos de falsos positivos em SCZI.

No final dos anos 80, o índice foi reformulado (publicado em 1991 nos Estados Unidos). e a sua aplicabilidade é ainda incerta, com a incidência dos falsos resultados positivos com mais de 4, especialmente nos casos em que tem condições similares às psicoses. As conclusões da aplicabilidade deste índice, somado à complexidade do diagnóstico da esquizofrenia trouxeram problemas na sua utilização (Exner, 2000).

Foram criadas novas variáveis e alguns ajustes nos códigos especiais (Sum6 e Wsum6). bem como foi criado o PTI com a mudança da nomenclatura, para que melhor se adapte aos objectivos do índice, que não incluem uma hipótese diagnóstica específica.

O PTI, diferente de outros índices, não representa um valor estabelecido para determinar se é positivo ou negativo. No entanto, sabe-se que os valores mais altos são indicativos dos mais graves distúrbios de percepção e pensamento. Os resultados variam de 0 a 5, sendo que Exner (2000). sugere que o ponto que diferencia a presença de perturbações é $PTI > 4$, que são os valores mais encontrados numa mostra de esquizofrénicos, enquanto que a população não doente mostra frequentemente resultados de 0 e 1.

Assim, este índice dá conta de uma forma muito particular de perceber o mundo, forma muito única e idiossincrática de perceber o mundo e a si próprio que compromete a sua relação com os outros. Baseia-se em duas operações psicológicas que nos esquizofrénicos se encontram comprometidas – Pensamento e Percepção.

O índice de depressão, segundo Exner (2000). tem os seguintes valores: $DEPI < 5$, sem valor interpretativo; $DEPI = 5$, indica que a pessoa tem muitas características comuns à depressão, ou é uma pessoa com maior predisposição a uma grave perturbação do estado de humor; $DEPI > 5$, geralmente se refere a uma depressão grave.

Assim, este índice mede a falta de energia e sofrimento para se relacionar com o mundo. Índice de apatia.

O índice de inabilidade social ou *deficit* relacional, tem como valores e interpretação: $CDI < 3$, sem valor interpretativo; $CDI > 3$, a pessoa tem que fazer frente às dificuldades sociais, provocando um *deficit* relacional (Exner, 2000).

Este índice analisa a capacidade geral de “lidar com”, permitindo enfrentar e ultrapassar várias situações que os sujeitos se deparam no dia-a-dia. Avalia a ausência de recursos para o confronto e a resolução em várias situações.

O índice de suicídio é o S-CON. Se > 8 indica um risco iminente de suicídio. Deve entender-se como uma séria advertência que permita uma exploração mais a fundo da temática da autodestruição (Exner, 2000).

Assim, poder-se-á pensar que este índice é caracterizado por elementos depressivos, baixa auto-estima, pessimismo ao nível da Ideação, introspecção negativa, elementos de isolamento, dificuldades interpessoais, perda de controlo com aumento de sobrecarga interna, dificuldades de modelação da descarga afectiva e desajuste perceptivo. O procedimento mais habitual é fazer uma cuidadosa entrevista ao sujeito e avaliar o risco de suicídio.

Sobre os índices de hipervigilância (HVI). e estilo-obsessivo (OBS)., este trabalho indica os casos positivos ou negativos, porque ambos têm um cálculo muito complexo. Quando positivo, o HVI indica em traços gerais que a pessoa apresenta uma atitude negativa e suspeita em relação ao mundo social e pode sentir-se vulnerável. Este índice deve ser considerado como um aspecto nuclear da estrutura psicológica do sujeito. Consiste num estado contínuo de antecipação e alerta perante o meio ambiente, que exige uma disponibilidade considerável de energia. A pessoa tem que processar tudo o que acontece à sua volta, caso contrário a ansiedade dispara e a pessoa fica desconfortável. A exacerbação é acompanhada por manifestações do tipo paranóide ao

nível da esfera interpessoal. São indivíduos cautelosos, desconfiados, receosos, podendo tais sentimentos ter um impacto negativo ao nível das relações interpessoais.

A OBS, quando positiva, indica que se trata de uma pessoa com marcada tendência ao perfeccionismo, muito convencional e uma excessiva preocupação com os pormenores. Os sujeitos são extremamente cautelosos nos seus comportamentos de processamento, sendo a informação recolhida de forma minuciosa, fixando-se meticulosamente em pormenores que passam despercebidos para a maioria das pessoas.

Este índice apresenta características negativas, pois o excessivo esforço para melhorar ou reorganizar pormenores tende a interferir nas suas actividades, principalmente em situações complexas em que se exige resposta imediata.

Finalmente, também estão pautadas as normas de interpretação dos dados do sumário estrutural, através da análise dos diferentes 8 grupos de variáveis: Controlo e Tolerância ao Stress; Stress Situacional; Afecto; Processamento das Informação; Mediação Cognitiva; Ideação; Percepção de Si e Percepção Interpessoal.

Herman Rorschach questionava-se sobre os vários aspectos relacionados com as conclusões a que se chega com a prova. Bande (2007). diz-nos que para Herman Rorschach, o facto de se olhar para a prova como um todo seria a base da interpretação da mesma. Assim, à medida que outros autores foram desenvolvendo esta técnica, evoluiu também a interpretação da mesma. Apesar de existirem várias orientações na metodologia desta prova, até se constituir o Sistema Compreensivo, os autores seguiram a ideia base de Hermann Rorschach, atribuindo à prova um carácter holístico, devendo por isso evitar-se a interpretação de dados isolados.

Esta interpretação holística ou gestaltista vai ao encontro daquilo que se faz em psicologia clínica quando se está perante um paciente: articular toda a informação recolhida previamente (entrevistas, consultas e aplicação de outros testes). com a informação recolhida através do Rorschach. Assim, o paciente é visto como um todo.

Assim, Levy (1963). citado por Bande (2007). refere três fases do processo de interpretação: I - Formulação de hipóteses; II - Integração das hipóteses; III - Conclusões/respostas às hipóteses levantadas.

Nascimento (2002). diz-nos que "*O Sistema Compreensivo de Exner garantiu ao Rorschach o status de instrumento de grande fiabilidade, pela sua objectividade e precisão nos resultados*" (pág. 127).

Acredita-se que o Teste Rorschach, segundo o Sistema Compreensivo, é um instrumento muito valioso para o conhecimento da personalidade dos indivíduos. Exner (1994). afirma que as variáveis da personalidade permanecem consistentes ao longo do tempo e que a maneira de abordar situações e resolver problemas sempre se verá influenciada por essas características. A instrução do teste Rorschach em si mesma é uma tarefa de resolução de problemas e portanto, como na vida, as respostas que o sujeito dá, serão sempre influenciadas pelas suas características. Este facto, segundo Exner (1994). constitui um dos pontos fortes do Rorschach como teste: a sua fiabilidade ao longo do tempo.

Em relação à validade do teste Rorschach, Exner (1994). através do *Rorschach Workshops* (Exner, 1974, 1978, 1990, 1994, 1999, 2002)., fez grandes esforços na análise do conteúdo e na operacionalização das variáveis, superando todas as vicissitudes criadas pelos cinco sistematizadores e integrando os elementos mais significativos psicometricamente e mais robustos empiricamente. Na actualidade

podemos contar com critérios devidamente fundamentados que garantem a validade do Sistema Compreensivo.

Neste sentido, Jiménez e Sánchez (1990). dizem-nos que “*A perspectiva psicométrica tentou demonstrar a fiabilidade e validade do instrumento através de procedimentos empíricos ou factoriais, sempre tentando encontrar apoio nos constructos avaliados*” (pág. 15).

A Fundação para a investigação do Rorschach, *Rorschach Workshops*, tem desenvolvido uma acção constante de actualização do Sistema Compreensivo, sendo que as últimas alterações reportam-se à análise de novos *clusters* para organizar os dados do Rorschach (Exner e Erdberg, 2005). Assim, o XA% e o WDA%, o Índice PTI (*Perceptual-Thinking Index*), o GHR e o PHR são exemplos das últimas reformulações à interpretação americana da prova (Exner e Erdberg, 2005).

I.3. 5. CARTÕES PROJECTIVOS JOSÉ RODRIGUES ISIDORO (JRI).

Regressando ao ano de 1921, pouco antes da morte de Herman Rorschach, o próprio escrevia o seguinte:

As questões que promoveram as primeiras tentativas neste sentido (1911). eram fundamentalmente distintas dos problemas que surgiram das novas experiências. Portanto as conclusões têm um carácter meramente empírico e não hão-de ser consideradas como inferências teóricas. Os fundamentos teóricos deste experimento são ainda, na sua maior parte imperfeitos (Rorschach, 1920, citado por Jiménez, 1990, pág. 85).

Meses mais tarde, quando concluiu a sua obra, escreveu:

O meu trabalho constitui apenas uma introdução e não é definitivo já que necessita ser comprovado e completado em muitos pontos, especialmente no que se refere ao valor sintomático dos dados. A mesma prova não é, definitiva, e não pode falar ainda de uma base aceitável. E é certo que nos resultados se encontrem factores ocultos que têm um

valor especial que ainda faltam por encontrar” (Rorschach, 1921, citado por Jiménez, 1990, pág. 363).

Na altura, como atrás já foi citado, diversos colegas e seguidores de Herman Rorschach, como Oberholzer, Ben-Echemburg, Hans Binder, Walter Morgenthaler, Margarita Loosli-Usteri, Edwald Bohm, Bohm, Klopfer, Beck, Piotrowski, Hertz, Rapaport e Exner sabiam que a sua obra estava incompleta. Se tal não fosse, não se teriam dedicado às diversas sistematizações que foram surgindo nos anos posteriores à sua morte, sobre a utilização da prova.

Neste sentido, o Doutor José Rodrigues Isidoro, actualmente professor jubilado na Universidade de Salamanca, de nacionalidade portuguesa, criou pela primeira vez em 1975 os Cartões Projectivos JRI.

A realização destes cartões estava relacionada com a existência de determinados factores que não estão suficientemente explicados através dos dez cartões do Psicodiagnóstico. Após terem sido criados, demorou algum tempo até existirem investigações sobre os mesmos, ficando até esquecidos no departamento da universidade (Jiménez & Sánchez, 1995). Alguns anos depois, os discípulos do autor, sobretudo Jimenez, F. (1986)., utilizaram os cartões para as suas memórias de licenciatura e assim ficaram concluídas algumas investigações sobre os Cartões Projectivos JRI (Jiménez & Sánchez, 1995).

A segunda edição dos cartões foi em 2010. Com estes cartões, o seu objectivo principal foi complementar o Psicodiagnóstico de Rorschach, e contribuir com maior rigor e clareza diagnóstica.

Tem a mesma numeração romana, porém, acompanhada do sinal +. Os cartões são identificados como I+ (o primeiro cartão)., II+ (o segundo)., III+ (o terceiro). As

formas são muito particulares em cada um deles e estão elaborados seguindo a mesma técnica que os outros dez (Jiménez & Sánchez, 1995). Tal nos indica Jiménez & Sánchez (1995). que os princípios de simetria foram respeitados e tidos em conta na sua elaboração dos três cartões.

Fazia parte das ideias de Herman Rorschach a distinção entre os diferentes tipos de reacção à cor: por um lado as cores na sua generalidade e por outro a distinção da cor vermelha. Entendia-se na altura (e também nos dias de hoje). que esta distinção contribuía para um melhor diagnóstico do paciente. Neste sentido, Loosli-Usteri (1965)., Bohm (1973). entre outros, citados por Jiménez (1990). desenvolveram métodos para essa distinção. O autor dos cartões projectivos JRI investigou a este propósito e o resultado foi a cor apresentada na sua obra.

Reportando-se a este assunto, Jiménez, em 1990, escrevia o seguinte:

Os cartões são monocromáticos com suaves e ligeiros matizes desta mesma cor, com diferentes espaços brancos e com formas muito particulares em cada uma delas. O cartão I+ é negro-tinta-china com matizes cinzas e os II+ e III+ são totalmente de cor vermelho vivo com matizes desta mesma cor. São cores são mais fortes e intensas que os oferecidos pelos cartões do Psicodiagnóstico Rorschach (pág. 85).

Os trabalhos de Bohm (1973). citados por Jiménez (1990). sobre a reacção à cor (ou *choque à cor*)., concluem que existe uma reacção específica ao vermelho. Diferenciar ambos os tipos de *choque* era uma necessidade comprovada para o diagnóstico, mas isto levava a outra necessidade: a de descobrir como se fazer.

Deste modo, o criador desta prova deixa aberta uma via à complementaridade dos cartões projectivos JRI com as do Rorschach. Dois dos três cartões projectivos JRI são completamente em vermelho vivo, o que facilita enormemente a interpretação para fazer um melhor diagnóstico.

Jiménez (1990). comenta que a sua experiência demonstra que existem elementos importantes nos Cartões Projectivos JRI que de não aplicá-los poderiam passar despercebidos.

Vários são os autores, citados por Jiménez (1990). que escreveram sobre a importância da cor na aplicação da prova. A interpretação do protocolo é mais valiosa desta maneira porque a cor por si só pode determinar a resposta. Perante esta evidência, o professor José Rodrigues Isidoro marcou pela diferença ao atribuir aos seus cartões fortes tonalidades de negro e de vermelho.

De facto, comparando ambos os conjuntos de cartões, é perceptível que o Rorschach opta por cores entre o cinza e o escuro, mas apenas negro só no cartão I+ dos Cartões Projectivos JRI. Segundo, Jiménez (1990). esta cor negra tem também uma grande importância diagnóstica. Esta, talvez seja, a razão principal pela qual o Professor Rodrigues Isidoro atribuiu aos seus três cartões as cores que eles apresentam.

Como referido anteriormente, parece que todos os desenvolvimentos posteriores à morte de Herman Rorschach mantêm-se fiéis às suas ideias principais. Para haver complemento em ambos os conjuntos de cartões também tem de haver semelhanças na forma como foram construídos. No que se refere ao *choque à cor*, Herman Rorschach por algum motivo colocou cartões coloridos seguidos, o VIII, IX e X são exemplo disso. Paralelamente, José Rodrigues Isidoro também o fez, nos cartões II+ e III+. Faz-nos pensar que os autores estudaram a reactividade à cor como determinante de uma boa parte das respostas ao protocolo.

Jiménez (1990)., disse que os dois cartões vermelhos convertem-se em poderosos estímulos e colocam à prova as resistências psíquicas da personalidade. À parte da importância da cor, o conteúdo também costuma determinar as respostas.

Desde o cartão I ao X, existem muitos conteúdos animais, porém, nos cartões projectivos JRI os conteúdos tendem a ser mais humanos e frequentemente existem respostas onde o movimento humano está presente.

Tal como o autor (1990). nos refere, comparando os conteúdos de Rorschach e dos Cartões Projectivos JRI, encontram-se nos cartões Rorschach poucas interpretações de conteúdos humanos, ao passo que nos Cartões Projectivos JRI o que precisamente carece é das interpretações de conteúdo animal, ou seja, temos uma boa complementariedade também nos conteúdos.

Em seguida, serão apresentadas sucintamente algumas das contribuições diferenciativas e diagnósticas que cada cartão projectivo pode contribuir e completar nos cartões do Rorschach.

Cartão I+



Imagem 15: *Cartão I+ dos Cartões Projectivos JRI (Fonte: Digitalização do cartão).*

O primeiro cartão é monocromático e apresenta uma coloração negra que pode facilmente suscitar respostas de ansiedade, dificuldade de interpretação ou até mesmo um bloqueio. Este cartão é apresentado logo após o cartão X de Rorschach, ou seja, depois da apresentação seguida dos três últimos cartões coloridos.

De acordo com as investigações de Jiménez (1990), o número médio de respostas a este cartão é de duas ou três respostas. Segundo o autor (1990), este cartão serve de auxílio na compreensão de um possível *choque à cor* cinza. Este choque pode surgir em qualquer cartão Rorschach com a mesma cor, especialmente o I, o IV e o V. Se o examinador tem alguma dúvida se existe choque ao cinza em outros cartões, é possível com o cartão I+ tirar as dúvidas. O negro e o cinza são particularmente importantes para um diagnóstico de angústia e/ou depressão. A rejeição a este cartão é mínima, é um dos mais aceites pela forma que tem e por ser de grande facilidade perceptiva.

Vejamos já de seguida, alguns dos motivos de aceitação e de rejeição apontados por Jiménez (1990, págs. 89 – 90).:

Motivos de aceitação:

- “É o cartão mais simples de analisar de todos os outros”;
- “É original e fácil, e muito séria também, é mais realista”;
- “Porque parece-me muito agradável”;
- “Não sei, é a que mais gosto, parece um quadro.”;
- “Vejo muitas coisas, borboletas, caras...”;
- “Uma borboleta bem-feita, com as asas muito definidas”;
- “Devido aos tons”;
- “Vi nela, tudo muito mais claro”;
- “Porque representam o humano”.

Motivos de rejeição:

- “Porque me parece um morcego”;
- “Vejo animais desagradáveis”;
- “Talvez por ser supersticiosa, fico com medo dos morcegos”;
- “Talvez isto não signifique nada para mim”;
- “As figuras são escuras, talvez por isso, seja difícil dar uma visão global da mancha”;

- “Porque é muita feia”;
- “Porque não vejo nada nela”;
- “Parece-me desconcertante”;
- “Presságio de más notícias ou coisas más”;
- “Também como o outro cartão (referindo-se ao cartão IV). Não a entendo nem as suas cores”.

Das várias hipóteses simbólicas apresentadas por Jiménez (1990)., gostaríamos de destacar a seguinte:

Todos sabemos que temos uma parte dentro de nós mesmos que dificilmente entregamos ao outro, essa outra parte mais negra e menos clara, “mais chata”, com traços de egoísmo, de defeitos, de irritações frustrantes, etc., que compõem o nosso “outro eu”, que nos persegue como uma “sombra”, irmão tenebroso e inseparável que não podemos deixá-lo de lado e seguirmos sem ele... esse outro eu que só mostramos na intimidade. Falamos dessa parte obscura e tenebrosa que não queremos nem desejamos ver, mas que forçosamente estamos obrigados a viver com ela, com os nossos defeitos e mesquinhices (pág. 92).

Com esta definição, conseguimos perceber o simbolismo do cartão I+ e à dinâmica intrapsíquica a que ele se reporta. A cor negra associada ao lado obscura e oculto da personalidade, ou seja, associada ao “lobo mau” que coabita e partilha o mesmo *Eu*. É como se fosse permitido projectar esse lado inconsciente mais indomável, e que não é admitido nem percebido pelo sujeito, na cor negra deste cartão.

Segundo Jiménez (1990). é possível analisar através deste cartão a sintomatologia ansiosa e fóbica.

Cartão II+



Imagem 16: Cartão II+ dos Cartões Projectivos JRI (Fonte: Digitalização do cartão).

No segundo cartão projectivo uma das contribuições mais claras e concisas é o *choque à cor vermelha*. É um cartão totalmente vermelho que depois do sujeito ter apreciado o negro do primeiro, pode ficar bloqueado com a intensidade da cor. Se existem dúvidas no examinador em relação aos cartões II e/ou III do Psicodiagnóstico de Rorschach, este cartão II+ ajuda-o a tirar outras conclusões.

No artigo *A cor vermelha e o Rorschach* (1994), de Jiménez, Sánchez e Diego é explanada a simbologia da cor. Assim, os autores associam as cores aos elementos da natureza em que o vermelho e o laranja podem simbolizar o fogo, o amarelo e o branco o ar, o verde a água, o negro e o castanho a terra. Do mesmo modo, estes autores (1994), referem que nós psicólogos, também temos distinguido as cores mais quentes (vermelho, laranja, etc). das cores mais frias (azul, verde, etc)., atribuindo à função cromática um determinado estado psicológico. No que se refere mais especificamente à cor vermelha, os autores (1994), dizem-nos que (...). podemos apreciar que a sua simbologia tradicional é a cor do fogo, do sangue, a cor que para muitos povos é a primeira cor por estar ligada fundamentalmente à vida (pág. 36).

A agressividade é muito importante neste cartão, uma vez que inconsciente ou não o sujeito percebe as duas figuras principais como algo agressivo. Aqueles sujeitos

com predisposição (consciente ou inconsciente). agressiva, podem apreciar as figuras numa acção agressiva como se estivessem a bater, a matar, a estripar um frango, pessoas sem cabeça, sangue, a explodir algo, etc. O cartão sensibiliza a agressividade latente. Se não existe essa predisposição, os sujeitos percebem as figuras a fazer alguma coisa mais amistosa, mas existe quase sempre figuras humanas e em movimento. É um cartão de duplo sentido que oferece abertura total para o sujeito projectar sua agressividade latente (os que a têm). na direcção que a sua personalidade lhe indique. Neste mesmo sentido, também nos comenta o Professor José Rodrigues Isidoro, citado por Jiménez (1990). que “A cor vermelha associa-se fundamentalmente aos conceitos de agressão, morte, sangue, fogo. É um chamamento típico da agressividade. É quase sempre sintomático de pulsão agressiva acompanhada com frequência de sentimentos de culpabilidade” (pág. 101).

Na II+ além da cor vermelha na sua totalidade, temos a dificuldade de não ser facilmente perceptível. Talvez seja por isso que existe um número elevado de respostas aos grandes detalhes (D). Os determinantes formais negativos e/ou mal vistos são frequentes neste cartão, o que se reflecte em mais uma curiosa contribuição do cartão para o Psicodiagnóstico de Rorschach.

Jiménez (1990). afirma que a importância do vermelho neste cartão é tão evidente que o choque ao vermelho pode ocorrer nuns cartões mais à frente, constituindo assim um dos fenómenos especiais (CP: *Color Projection*). que com maior frequência se produz neste cartão. Pode ser através deste cartão que se conclui e confirma um possível choque à cor nos cartões anteriores. Em si, o cartão pode contribuir com valiosos factores diagnósticos no campo da sintomatologia agressiva através do choque ao vermelho já mencionado, através da análise de respostas agressivas, de sangue e/ou conteúdos de objectos ou de alimentos.

Jiménez (1990)., comentou numa das suas obras que investigou neste cartão o choque cinestésico com uma amostra de 526 adolescentes de ambos os sexos. Pode-se comprovar a existência de uma correlação muito alta deste choque cinestésico entre os cartões III do Psicodiagnóstico e o cartão II+ dos Cartões Projectivos. Podemos pensar e talvez inferir que o sujeito que normalmente sente um choque cinestésico no cartão III, provavelmente irá sentir o mesmo no cartão II+. É possível que alguns sujeitos não consigam apreciar a figura completa e ficar apenas com parte dela (pés, sapatos, cabeças). Segundo Jiménez, F. (1990). só neste cartão se produzem tantas respostas de conteúdos humanos como nos dez cartões do Psicodiagnóstico de Rorschach.

Seguem alguns dos motivos de aceitação e de rejeição deste cartão, identificados por Jiménez (1990, págs. 98 - 99).:

Motivos de aceitação:

- “Porque parece a amizade entre duas pessoas, segundo aquilo que penso. Um ato de cordialidade”;
- “Por encontrar várias partes do corpo”;
- “Está um pouco mais definida que as outras, um pouco mais de realismo. Nas outras tem de procurar muito para imaginar-se alguma coisa”;
- “Porque é a que se parece mais com alguma coisa”;
- “Encontrava mais conteúdo e mais coisas”;
- “Porque também me parece duas crianças a ir buscar um ramo de flores”;
- “Não sei, porque encontro um significado mais expressivo”;
- “Porque parece que se vê a inocência das crianças, a cor favorita das crianças é o vermelho”;
- “Pelas cores e pelo desenho que tem”;
- “Porque me parece que é a que mais expressão tem”;
- “Porque tem uma só cor, que não é o negro”;
- “Não sei, porque aqui vejo dois... com as mãos dadas em sinal de amizade”.

Motivos de rejeição:

- “As cores distraem-me e não entendo o que querem dizer”;
- “Não entendo nada”;
- “Podia ter mais cores que estas”;
- “Por ser uma cor única, demasiado vistosa, parece que fere os olhos”;
- “Parecem duas pessoas alutar e a brincar com a morte, a cor vermelha”;
- “Porque me lembra a cor de sangue e não está muito bem”;
- “Não consigo perceber o que se parece a isto”;
- “Porque não gosto da cor”;
- “Pelo sangue e pela destruição”;
- “Pois, porque a forma não me diz muito e estas cores vermelhas são muito monótonas”;
- “Parece-me algo macabro, o sangue, coisas raras”;
- “Porque parece que tem a cabeça cortada, se forem duas pessoas”;
- “Porque é de cor vermelha, de sangue, ainda que seja muito chamativo, pois não, não gosto, não trás assim um desenho claro”.

Também para este cartão é proposto algumas hipóteses simbólicas. Jiménez, (1990). cita novamente o Professor José Rodrigues Isidoro dizendo que para ele, o valor estimulante de tipo simbólico referia-se à integração social, à preocupação e sentimento com os outros.

Isto também foi comprovado através do que foi apontado por Bohm em 1973 (pág. 234, citado por Jiménez, 1990, pág. 100): “A capacidade de contacto social de uma pessoa é, uma função da sua afectividade só em menor proporção é influenciada por outros factores”.

Ainda no que se refere ao choque à cor vermelha, esta também pode simbolizar a inibição da agressividade, já que quando se dá um choque, é sobretudo, como se o sujeito fosse surpreendido perante o estímulo (Jiménez, 1990). O bloqueio, ou seja, o choque, dá-se devido a essa surpresa e porque o sujeito terá de a interpretar para dar uma resposta.

Cartão III+



Imagem 17: *Cartão III+ dos Cartões Projectivos JRI (Fonte: Digitalização do cartão).*

Este é o último cartão da série dos Cartões Projectivos JRI e do conjunto total do Psicodiagnóstico Rorschach. Por um lado, o sujeito percebe que é o último cartão porque não resta mais nenhum para ser apresentado, mas por outro lado, este cartão segue a mesma tonalidade do anterior, ou seja, é vermelho-vivo com diferentes espaços em branco e com a particularidade da forma ser mais difícil. De acordo com Jiménez (1990). neste cartão, o sujeito demora mais tempo a integrar os diferentes estímulos recebidos por este cartão do que com o anterior. Ainda assim, de acordo com o autor (1990)., o número de respostas é acima da média e por isso confirma-se também, a hipótese de que a cor vermelha é um reactivo estimulante para o aumento quantitativo e qualitativo de respostas.

De acordo com os estudos de Jiménez (1990)., este cartão é sentido com maior rejeição por parte dos sujeitos e é onde se produzem fracassos com maior incidência. Pode ser útil ao diagnóstico o estudo causal destes fenómenos.

O autor aponta assim, algumas razões para a aceitação e também para a sua rejeição (págs. 108 – 109):

Motivos de aceitação:

- “Pela alegria”;
- “Pela figura que vi”;
- “Porque me faz lembrar um familiar”.

Motivos de rejeição:

- “É a que mais dá que pensar sobre a violência do sangue... de nunca dar a cara, se não uma caricatura a rir-se um do outro, como se tivessem inveja”;
- “Porque... buf! Em parte pela cor, porque parece sangue... e... porque...porque não gosto do desenho que há aí...”;
- “Porque vejo-a muito incongruente e estranha...”;
- “É muito forte... muito dura... há que, há que... dividi-la bastante para chegar até ela”;
- “Porque não encontro significado, é vazia para mim”;
- “Porque para mim não expressa nada”;
- “Pelo tom vermelho que tem”;
- “Porque não a entendo”;
- “Não sei, não me ocorre nada”;
- “Pintada apenas de uma cor, e além disso o desenho está muito mal feito”;
- “Recorda-me os canhões de guerra”;
- “Tem muito vermelho e não gosto de sangue. Acho que não sirvo para a medicina”;
- “Toda da mesma cor vermelha... além disso não tem uma forma a que se possa parecer”;
- “Pelo sangue e pela destruição”.

Por último, como hipóteses simbólicas a este cartão (Jiménez, 1990). temos a associação entre os conteúdos sexuais (evidenciados com alguma clareza). e a agressividade. Estes, podem ser reflexo da luta do sujeito contra a sua própria angústia. Assim, o Cartão III+ está especialmente indicado, segundo Jiménez (1990)., para confrontar a agressividade do sujeito como mecanismo de defesa contra a sua própria angústia. Pensamos portanto, numa agressividade projectada no cartão III+ que de acordo com o autor (1990). relaciona-se com a percepção consciente ou inconsciente de

conteúdos sexuais na mancha (através da sua forma e da sua cor)., concluindo assim a possibilidade de existir sintomatologia afectivo-angustiosa.

Em resumo e de acordo com Jiménez (1989)., as contribuições mais importantes destes cartões são:

1º O aumento do número de respostas e um menor tempo de reacção nos Cartões Projectivos que nas do psicodiagnóstico; 2º o significado e o valor sintomático das respostas de detalhe oligofrénico (Do).; 3º a categoria dos determinantes (F). e a notável incidência das respostas de conteúdo humano e em movimento muito superiores nos Cartões Projectivos que no Psicodiagnóstico; 4º a complementaridade de ambos conjuntos de cartões é muito apreciável: os conteúdos humanos (superior nos cartões projectivos e inferior no psicodiagnóstico). e os conteúdos animais (superior em psicodiagnóstico e inferior nos cartões projectivos); 5º maior incidência de respostas vulgares nos cartões projectivos que pode oferecer uma apreciável complementaridade no estudo da personalidade do indivíduo; 6º através da análise das correlações entre os fatores Rorschach e Projectivos pôde-se comprovar uma altíssima fiabilidade dos Cartões Projectivos; 7º incidência alta e significativa comprovada nos fatores de contacto social nos Cartões Projectivos; 8º altíssima correlação entre os fatores de angústia nos Cartões Projectivos e no Psicodiagnóstico de Rorschach; 9º os cartões projectivos são essencialmente sensíveis em diagnóstico de psicopatologias devido à cor e às formas invulgares dos conteúdos humanos; 10º notável riqueza psicodiagnóstica através de sua particular incidência na fenomenologia especial, essencialmente nos diferentes choques ao negro, vermelho e cinestésico e nos conteúdos agressivos tanto manifestos como latentes; 11º como conclusão final e mais geral pode-se afirmar que os cartões projectivos podem contribuir à análise da personalidade com elementos psicodiagnósticos clarificadores, especialmente nas áreas da interação social do indivíduo e na sintomatologia afectivo-angustiosa e agressiva da personalidade (pág. 378).

No que toca à aplicação, é sempre após à aplicação do Psicodiagnóstico de Rorschach, que se aplica os cartões projectivos JRI, formando um total de treze cartões. O formato é o mesmo (24,3 x 17 cm). A sua aplicação e correção efectua-se da mesma maneira que se realizam com os cartões do Psicodiagnóstico de Rorschach.

Por último e depois da aplicação dos treze cartões, chegamos à fase do inquérito. O inquérito é o segundo momento da aplicação da prova, mas não menos importante que a primeira. O inquérito reformula algumas as questões já tratadas antes. É importante que o psicólogo tenha uma ideia muito clara do que é a fase do inquérito. É um momento flexível, centrando-se no intercâmbio e no diálogo entre sujeito e psicólogo num trabalho comum de investigação e esclarecimento do material (respostas). recolhido.

A instrução é semelhante a esta: Vamos regressar aos cartões um a um para que me possa explicar um pouco melhor como é que vê a resposta que deu. Se entretanto surgir outras ideias sobre o cartão, por favor, diga-me.

O psicólogo escreve na folha do protocolo as respostas dadas na fase de inquérito. Se o sujeito atribuir respostas diferentes das que havia dado antes, estas são registadas na folha mas não serão consideradas para cotação, mas sim como auxílio na interpretação.

A aplicação da prova Rorschach finaliza-se com a aplicação da Prova das Escolhas de Walter Morgenthaler. Refere-se à apresentação dos treze cartões dispostos sobre a mesa pela ordem que foram apresentados. A pessoa escolhe os dois cartões que mais gostou e indica os motivos da sua escolha e os dois que menos gostou explicando igualmente os motivos. Assim, a pessoa aceita uns e rejeita outros, o que nos fornece também alguns dados para uma análise qualitativa da prova.

PARTE II.- MARCO EMPÍRICO

II.1. METODOLOGIA

Apresentamos neste capítulo a descrição da metodologia científica utilizada, começando pela caracterização do trabalho quanto ao desenho de investigação, definição dos problemas e dos objectivos, estabelecimento da hipótese de estudo, caracterização sociodemográfica da amostra bem como a descrição dos instrumentos utilizados. Finalizamos com os procedimentos que sistematizam todos os passos sequenciais desta investigação.

II.1.1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

A presente investigação segue uma metodologia quantitativa e qualitativa, ou seja, uma metodologia mista.

A metodologia quantitativa é de carácter descritivo e correlacional. Assim, serão analisados quantitativamente os resultados do STAI, do NEO-PI-R e do Rorschach.

A metodologia qualitativa reporta-se à análise da complementaridade entre o Rorschach e os Cartões Projectivos JRI, bem como à interpretação dos Índices Especiais de Exner.

II.1.1.1. Definição do Problema e dos Objectivos em estudo

A nossa história militar é preenchida por diversos conflitos bélicos com diversas consequências ao nível da saúde mental dos militares que neles participaram. O Stress Pós-Traumático foi das grandes sequelas psíquicas que ainda hoje militares que

estiveram em guerra, sofrem reminiscências dessa época. Sabemos que actualmente, os militares portugueses que não têm experiência directa de guerra, participam em missões cujo teatro de operações tem as suas peculiaridades. Durante a fase de mobilização, “*a participação em combate, a exposição a eventos potencialmente traumáticos como colocação numa posição avançada com possibilidades de contacto com o inimigo e experiências de ameaça à vida estava associada ao desenvolvimento de PTSD*” (Iversen, Fear, Ehlers, Hughes, Hull, Earnshaw, et al. (2008) citado por Osório, C., & Maia, Â., 2010, pp. 291).

Por isso, acreditamos que as missões são vividas pelos seus militares sob alguma pressão, como é o caso do Líbano e especialmente do Afeganistão. Provavelmente, estas vivências não são sentidas por todos da mesma maneira, mas uma parte da amostra poderá apresentar sintomatologia referente a um quadro clínico específico.

O problema que procuramos investigar é perceber se o contexto em que estes militares desempenham as suas funções pode estar associado a alterações psicológicas devido, por exemplo, ao estado permanente de alerta e de ameaça destas tropas no terreno.

Integram assim o problema em estudo, os seguintes objectivos:

- A. Avaliar a Ansiedade dos militares que estiveram recentemente em missões;
- B. Analisar outras dimensões da personalidade, possivelmente existente nestas pessoas.

II.1.1.2. Definição da Hipótese

Foi elaborada a seguinte hipótese de estudo:

H1: A intervenção em missões afecta a estrutura de personalidade de indivíduos que nela participam.

II.1.1.3. Análise da Amostra

Os critérios definidos para inclusão na amostra foram militares de ambos os sexos que estiveram recentemente em missões no Líbano e no Afeganistão, ficando excluídos militares que estiveram no mesmo Teatro de Operações, ou em outros, mas que regressaram a Portugal há mais de 6 meses.

A amostra total foi de 100 militares: 50 militares do Teatro de Operações do Líbano e 50 militares do Teatro de Operações do Afeganistão.

O lugar da recolha da amostra dos militares regressados do Líbano foi o Regimento de Engenharia nº 1 da Pontinha e o lugar de recolha da amostra dos militares que estiveram no Afeganistão foi no Centro de Tropas Comandos na Amadora. Ambos os locais situados na zona da Grande Lisboa.



Imagem 18: Entrada do Regimento de Engenharia nº 1 (Fonte: Google Imagens).



Imagem 19: Localização do Centro de Tropas Comandos (Fonte: <http://www.exercito.pt/sites/CTC/Paginas/Localizacao.aspx>, acessado a 20 Janeiro de 2012).

Passamos em seguida a descrever na generalidade as características sociodemográficas da amostra estudada, sendo que no capítulo da apresentação dos resultados haverá uma descrição mais exaustiva do mesmo.

II.1.1.3.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Fizeram parte da amostra 100 militares, 86 homens (86%). e 14 mulheres (14%)., com idades compreendidas entre os 19 e os 48 anos ($M= 26.29$; $DP= 6.622$). De nacionalidade portuguesa são 96 (96%)., angolanos são 2 (2%). e de outras nacionalidades são igualmente 2 (2%). No que se refere à origem étnica, 88 (88%). são de raça branca e 12 (12%). de raça negra. Quanto ao número de filhos, 79 (79%). não têm filhos, 14 (14%). têm um filho, 5 (5%). têm dois filhos e só 2 (2%). têm três filhos.

No que se refere ao lugar de missão, 50 (50%). estiveram no Líbano e 50 (50%). estiveram no Afeganistão. Quanto à situação profissional 76 (76%). são soldados (praça)., 12 (12%). são sargentos e 12 (12%). são oficiais. A idade de ingresso destes militares no Exército varia entre os 17 e os 25 anos ($M= 20$; $DP= 1.787$). Quanto ao tempo de serviço no Exército, varia entre 1 e 27 anos ($M= 6.16$; $DP= 6.41$).

Quanto ao histórico de missões anteriores, estes militares têm entre 1 a 3 missões completas ($M= 1.36$; $DP= 0.628$)., sendo o seu término variável entre 3 e 24

meses ($M= 5,26$; $DP= 2,973$). No que se refere a estes últimos dados, provavelmente houve militares que consideraram o término da missão anterior à última (Líbano ou Afeganistão). e outros que consideraram o término da última missão, porque o rastreio para participar nesta investigação tinha como factor de exclusão o término da missão há mais de 6 meses. Estes dados, provavelmente, estão equivocados devido a uma interpretação errónea da questão.

Alguns participantes estiveram em outras missões no passado, sendo que 2 (2%) estiveram em Moçambique e no Afeganistão; 1 (1%) no Líbano e no Afeganistão; 1 (1%) no Kosovo e no Líbano; 1 (1%) no Kosovo e no Afeganistão; 1 (1%) em Timor; 11 (11%) no Líbano; 9 (9%) no Afeganistão; 1 (1%) na Bósnia, 1 (1%) no Kosovo e 72 (72%) não estiveram em nenhuma missão anteriormente.

Os participantes desta investigação tinham como principais tarefas a construção (23%), a segurança (22%), apontador (13%), condutor (8%), auxiliar (5%), entre outras.

Dependendo da percepção de ocorrência de ameaça por parte do inimigo, 72 (72%) afirma que houve ameaças e 28 (28%) afirma que não; e 63 (63%) identifica não ter tido experiências desagradáveis durante a missão, ao passo que 37 (37%) diz ter passado por experiências desagradáveis. Quando questionados se estas experiências os afectaram, 87 (87%) diz que não, enquanto que 13 (13%) diz que sim.

Da amostra total, 78 (78%) pretende voltar a fazer missões e os restantes 22 (22%) não pretende fazer mais missões.

II.1.1.4. Instrumentos de Aplicação

Para ir de encontro aos objectivos da nossa investigação, primeiro construiu-se um questionário sociodemográfico desenvolvido pelos autores desta investigação (2011)., de forma a extrair dados demográficos importantes ao estudo.

Para avaliar a ansiedade optou-se pelo *Inventário de Estado-Traço de Ansiedade para Adultos* (STAI). adaptado à população militar portuguesa por Silva & Spielberger (2000). Uma vez que seria importante perceber se a ansiedade estava relacionada com alguns factores recentes da vida dos nossos participantes, optou-se por utilizar este questionário, na medida em que é capaz de avaliar e distinguir entre ansiedade-estado (referente aos últimos acontecimentos de vida). e a ansiedade-traço referente a algo mais permanente na estrutura de personalidade do participante. Além do motivo apontado, o facto de estar adaptado à população militar portuguesa, de ser de fácil aplicação e de ser um questionário que já demonstrou bastante eficiência na avaliação da ansiedade, foram motivos que fizeram com que fosse uma excelente aposta para esta investigação.

Para avaliar a personalidade optou-se pela utilização de um questionário e de uma prova projectiva. O questionário elegido foi o *Inventário de Personalidade Neo-Revisto* (NEO-PI-R). adaptado à população portuguesa por Lima e Simões (2000). A escolha pelo NEO-PI-R, deve-se ao facto de ser um questionário bastante completo na área da personalidade, de cotação eficaz, de estar adaptado à população portuguesa e por ser possível traçar um perfil de personalidade.

Actualmente, esta prova apresenta um conjunto de dimensões (os chamados cinco factores). que avaliam com grande precisão e validade a personalidade do individuo, contribuindo assim para um estudo mais científico e aprofundado da

personalidade. A única desvantagem desta escolha é, sem dúvida, o tempo de aplicação ser bastante longo.

A prova projectiva escolhida foi o Rorschach, cuja última edição foi em 1994. Esta prova é indubitavelmente uma prova de excelência no campo projectivo para avaliação da personalidade. Dado ser um teste praticamente impossível de ser falseado, de possuir ambiguidade de estímulos e de se poder obter uma grande riqueza informativa sobre o funcionamento do sujeito, foram motivos que contribuíram para ser escolhido para esta investigação. Além destes motivos, a sua polivalência revela a possibilidade de integração de dados quantitativos e qualitativos, que será útil para a nossa investigação. Por estes motivos, o Rorschach continua a ser investigado e a ser utilizado em investigações a mais de 90 anos depois da sua primeira publicação.

Para complementar o Rorschach utilizou-se os Cartões Projectivos de José Rodrigues Isidoro (JRI, 1975). que se aplicam seguidamente ao cartão X não fazendo quaisquer interrupção na aplicação. Estes cartões foram escolhidos porque em investigações anteriores com estes cartões, foram apuradas e certificadas as vantagens em complementar a informação recolhida pelos mesmos ao Rorschach.

Uma vez que a descrição e caracterização dos instrumentos foram já bastante desenvolvidos num capítulo anterior (Parte Teórica), passamos seguidamente a apresentá-los de forma sucinta.

II.1.1.4.1. Questionário sociodemográfico

Os autores da investigação (Jiménez & Pereira). decidiram construir um Questionário Sociodemográfico adaptado às exigências do estudo e ao que pretendíamos analisar (2011).

Para a construção do Questionário Sociodemográfico contamos com a presença de uma série de variáveis por serem aquelas que nos pareceram necessárias para caracterizar a população alvo e pertinentes na correlação com as outras variáveis. No final do questionário colocámos algumas questões relacionadas com a missão.

As variáveis em estudo neste questionário são: sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, nacionalidade, origem étnica, idade em que ingressou no exército, tempo de serviço no exército, posto, número de missões concluídas, número de meses que terminou a última missão, local da última missão, local de outras missões no passado, se pretende voltar a fazer missões ou não, principais tarefas durante a missão, se houve ameaças por parte do inimigo ou não, se houve experiências desagradáveis e se estas últimas afectaram o militar.

II.1.1.4.2. Ansiedade Traço e Ansiedade Estado (STAI).

O modelo da Ansiedade Traço e Ansiedade Estado assenta na concepção metodológica iniciado por Cattell e Scheier, em 1961, e desenvolvido, a partir de 1966, por Spielberg (Silva, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009, citado por Veríssimo, 2010).

Este modelo consegue assim definir o traço e o estado da ansiedade para se poder compreendê-la, do mesmo modo que é possível perceber a relação do sujeito com vivências recentes de stress.

Para Silva (2006, citado por Veríssimo, 2010)., este modelo por ser completo, permite uma avaliação transversal da ansiedade do ponto de vista psicobiológico. Assim, uma situação desencadeadora de stresse é percebida pelo sujeito como perigosa, activando-se uma reacção ansiosa de intensidade proporcional ao episódio ameaçador.

Perante o episódio de stress, o sujeito acciona respostas de confrontação que lhe sejam eficazes. A ansiedade traço relaciona-se com a avaliação da sensação de perigo ou de ameaça externa, tornando estas pessoas mais vulneráveis a eventos stressores (Silva, 2006, citado por Veríssimo, 2010).

Regra geral, as escalas são aplicadas conjuntamente. Nestes casos, como no nosso estudo, recomenda-se que a escala Ansiedade – Estado seja aplicada sempre em primeiro lugar, seguida da escala de Ansiedade – Traço. Como defende Rodrigues (2009), a escala Ansiedade – Estado realizou-se de modo a ser sensível às condições em que o teste foi aplicado.

Este inventário é composto por 20 itens de ansiedade-estado e 20 itens de ansiedade-traço. Cada item é respondido pelo sujeito segundo uma escala que corresponde ao *Nada, Um pouco, Moderadamente e Muito* para a escala ansiedade-estado, enquanto que para a escala ansiedade-traço as respostas aos itens variam entre *Quase nunca, Algumas vezes, Frequentemente e Quase sempre*. É atribuída a cada item uma pontuação baseada na escala tipo Likert de 1 a 4 pontos.

Existe 10 itens da subescala estado e 9 itens da subescala traço que se encontram invertidos, sendo os itens 1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20 para a Ansiedade Estado e 21, 23,26,27,30,33,34,36 e 39 para a Ansiedade Traço.

O total alcança-se com a soma dos valores obtidos, cujo mínimo é 20 e o máximo 80 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação maior a ansiedade.

Este inventário tem sido alvo de inúmeras investigações que atestam a sua eficácia e a possibilidade de ser ampliada a sua aplicabilidade. Segundo Levit (1980),

citado por Jardim (2002). o STAI é provavelmente um dos inventários de ansiedade mais rigoroso e cuidadosamente desenvolvido que surgiu nos últimos anos.

Para esta investigação optou-se pela comparação dos nossos resultados com os resultados atingidos por Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000). no único estudo realizado em Portugal de adaptação e estabelecimento de normas do Inventário de Estado-Traço da Ansiedade (STAI)., forma Y de Spielberger, para a população militar portuguesa. Para a amostra militar portuguesa estudada, o coeficiente alfa foi de 0,91 para homens e de 0,93 para mulheres na escala ansiedade-estado. Para a escala ansiedade-traço, o coeficiente alfa foi de 0,89 em ambos os sexos. Segundo os autores deste estudo, o valor de alfa para a escala ansiedade-estado tem sido sempre mais alto que a escala ansiedade-traço quando comparados com outros estudos semelhantes.

II.1.1.4.3. Inventário/Questionário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R).

Tal como já foi abordado num capítulo anterior, o Inventário/Questionário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). capaz de avaliar o perfil de personalidade do sujeito assente em cinco dimensões básicas: Neuroticismo (N)., Extroversão (E)., Abertura à Experiência (O)., Amabilidade (A). e Conscienciosidade (C).

A cada dimensão correspondem 6 facetas: Neuroticismo – Ansiedade, Hostilidade, Depressão, Auto-consciente, Impulsividade e Vulnerabilidade; Extroversão – Acolhimento caloroso, Gregariedade, Assertividade, Actividade, Procura de Excitação e Emoções Positivas; Abertura à Experiência – Fantasia, Estética, Sentimentos, Acções, Ideias e Valores; Amabilidade – Confiança, Rectidão, Altruísmo, Complacência, Modéstia e Sensibilidade; Conscienciosidade – Competência, Ordem, Obediência ao dever, Esforço de realização, Auto-disciplina e Deliberação.

A adaptação à população portuguesa ficou à responsabilidade de Lima & Simões (1995), da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Assim, nos estudos realizados com esta prova em Portugal (Lima & Simões, 1995), foram encontradas algumas diferenças ao comparar a amostra portuguesa com a amostra americana (Costa & McCrae, 1992). A amostra portuguesa possuía valores mais elevados na escala N (desvio padrão de .80), e valores mais baixos nas escalas A (desvio padrão de .28), e C (desvio padrão de .25), onde podemos concluir que os portugueses são mais neuróticos e menos amáveis e conscienciosos em comparação com os americanos (Lima & Simões, 1995). A amostra americana (Costa & McCrae, 1992), possuía coeficientes alfa das escalas que variavam entre .86 e .95, ao passo que na amostra portuguesa os valores foram, na generalidade, mais baixos, sendo o coeficiente alfa de E .864, o de N .853, o de O .849, o de A .823 e o de C .796 (Lima & Simões, 2000).

Nestes estudos, também se correlacionou cada uma das dimensões com as suas facetas, revelando-se sempre positivas e significativas em qualquer uma das amostras, americana (Costa & McCrae, 1992), e portuguesa (Lima & Simões, 2000).

Este questionário de auto-avaliação composto por 240 itens com formato de resposta tipo Likert, de 1 a 5, em que 1 significa “Discordo Fortemente”, 2 significa “Discordo”, 3 significa “Neutro”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo Fortemente”.

As normas publicadas desta prova têm por objectivo, servirem de grupo-padrão de referência (Lima, 1997). Segundo indicações do Manual Profissional deste inventário, a prova pode ser administrada individualmente ou em grupo a sujeitos com

mais de 17 anos, sem diagnóstico de demência ou psicose e que sejam capazes de realizar um questionário de auto-avaliação (Costa & McCrae, 1992).

Sobre a validade da prova existem várias investigações sobre o seu desenvolvimento e aplicação que remetem para bons índices de validade, compreensividade, universalidade, hereditariedade e estabilidade longitudinal das dimensões do NEO-PI-R, bem como da sua qualidade psicométrica (Lima, 1997).

Além do local de aplicação ser confortável, não existe limite de tempo para completar a prova. A prova não deve seguir para cotação, se faltarem pelo menos 41 respostas, bem como se o sujeito assinalar discordo fortemente a mais de 6 itens seguidos, discordo a mais de 9 itens, neutro a mais de 10 itens, concordo a mais de 14 itens e concordo fortemente a mais de 9 itens (Costa & McCrae, 1992).

O NEO-PI-R permite diferentes possibilidades de interpretação. Assim, podemos obter a descrição global da personalidade (os 5 factores), descrição mais detalhada da personalidade (as 30 facetas), descrição da personalidade através de uma análise bidimensional.

A cotação da prova está bastante facilitada, uma vez que existe uma matriz de cálculo, onde as pontuações dos itens de cada faceta são somadas, obtendo-se assim a pontuação total das 30 facetas, ou seja, obtém-se também as somas das 5 dimensões/factores. A cotação computadorizada permite aceder automaticamente ao perfil de personalidade com as respectivas pontuações directas e percentis de todas as facetas e dimensões.

Sobre as qualidades psicométricas da prova, quanto à fidelidade, a prova apresenta uma consistência interna adequada, com um valor de Alfa de Cronbach para

as cinco dimensões da amostra portuguesa de .864 (E), .853 (N), .849 (AE), .823 (A), .796 (C). (Costa & McCrae, 1992).

A tabela abaixo indica os valores de Alfa de Cronbach para as escalas de facetas do NEO-PI-R:

Tabela 1: Alfa de Cronbach para as escalas de facetas do NEO-PI-R

N		O		E		A		C	
N1	.57	O1	.67	E1	.57	A1	.66	C1	.49
N2	.57	O2	.60	E2	.63	A2	.52	C2	.57
N3	.67	O3	.53	E3	.50	A3	.60	C3	.61
N4	.54	O4	.37	E4	.26	A4	.58	C4	.53
N5	.45	O5	.72	E5	.55	A5	.59	C5	.61
N6	.64	O6	.37	E6	.57	A6	.39	C6	.68

O valor de teste-reteste é bastante aceitável, apresentando valores para as cinco dimensões variáveis entre 0.86 e 0.91. Apresenta uma estabilidade temporal adequada, num estudo com duração de 7 anos, cujos coeficientes de estabilidade variavam entre 0.51 e 0.83 (Costa & McCrae, 1992).

As correlações entre dimensões e as suas facetas são positivas e significativas com um valor acima de 0.30. Tem uma validade adequada para a validade preditiva, de conteúdo, de constructo, convergente e discriminante (Costa & McCrae, 1992).

II.1.1.4.4. Psicodiagnóstico Rorschach

O Psicodiagnóstico Rorschach é um instrumento projectivo de avaliação da personalidade bastante completo que é utilizado em diversas áreas da psicologia. Dotado de inigualáveis características, é por excelência a prova projectiva de avaliação da personalidade capaz de avaliar, diagnosticar, prever comportamentos, detectar alterações de pensamento, indícios de depressão, isolamento social, entre outros (Bande, M. 2007). Existem inúmeras provas de diagnóstico da personalidade, sobretudo questionários e inventários, que exigem preparação para a sua aplicação e interpretação,

no entanto, a informação recolhida não é comparável com a que advém de um protocolo válido de Rorschach. Por isso, é um dos mais importantes testes do movimento projectivo no início da década de 1940 e até aos dias de hoje.

Ao contrário dos testes normalmente usados, onde o entrevistado pode seleccionar ao entrevistador o que vai expor, o Rorschach permite apresentar informação sobre motivos implícitos, ou características não visíveis da personalidade, que o próprio pode nem ter presente, ou estar disposto a expôr, bem como mais facilmente motiva o entrevistado a activar os seus mecanismos de defesa. Por outro lado, não existem definições do que é socialmente aceite, ou de qual será a resposta ideal (Hartmann, E., Sunde, T., Kristensen, W., Martinussen, M., 2003).

Neste sentido, segundo Exner (2001). é compreensível que esta prova requeira alguma aprendizagem e treino na medida em que se debruça sobre uma descrição completa e detalhada do funcionamento psíquico. Esta característica está relacionada com a quantidade e diversidade de variáveis e com as suas quase infinitas inter-relações que a prova proporciona, assim como os diferentes tipos de informação que se criam, tudo isto é base do seu potencial (Bande, 2007).

Na área da Investigação revela grande polivalência, quer seja na recolha de informações sobre a pessoa para qualquer efeito, ou na correlação da prova com outras provas projectivas ou psicométricas aplicadas a qualquer perturbação psicológica. Neste estudo, o Rorschach revelou mais uma vez, uma eficácia bastante satisfatória na avaliação do sujeito e na correlação com as restantes provas.

O Psicodiagnóstico Rorschach é uma prova projectiva com uma série de dez cartões com manchas de tintas ambíguas em que o examinado deve estruturar uma série de respostas daquilo que vê nos cartões. Todas as manchas são simétricas; cinco são em

preto e branco; das outras cinco, duas partilham com o preto e o branco, o vermelho; e três partilham outras cores (Orellana, 2003).

Godinho (2006). reporta-se à simetria como uma característica da realidade perceptiva relacionada com a coesão e com o duplo, sendo estes os organizadores da vida mental. A autora (2006). diz-nos que ainda que a harmonia e a coesão do cartão sejam inquietantes, a simetria acaba por ter um papel bastante importante de unificação das manchas.

Esta prova é aplicada individualmente, podendo aplicar-se a qualquer pessoa (com capacidade de se expressar oralmente e com suficiente capacidade visual). de qualquer idade, de qualquer nível sócio - económico e cultural. Como o objectivo da prova é comprovar a estrutura e a dinâmica da personalidade da pessoa, indicando não só as dificuldades, mas também aspectos positivos, não há respostas certas ou erradas, na medida em que as pessoas são diferentes e emitem respostas diferentes.

II.1.1.4.5. Cartões projectivos JRI

Actualmente na prática clínica os Cartões Projectivos JRI não são muito utilizados, nem tão pouco conhecidos na realidade portuguesa. No entanto, quando se tem de realizar uma avaliação psicológica, os cartões projectivos JRI funcionam como um puzzle no complemento de informação.

Um dos grandes pontos fortes entre ambos os Cartões Projectivos JRI e o Rorschach refere-se à complementaridade dos conteúdos humanos e animais que vão surgindo ao longo das respostas ao protocolo.

Ainda que possam surgir conteúdos humanos nos cartões de Rorschach, principalmente quando os pacientes são adultos, a maioria são sem dúvida, figuras

animais. O mesmo não acontece com os cartões projectivos JRI. Aqui, os conteúdos são na sua maioria e quase sem excepção, humanos. Respostas como: “Duas pessoas a conversar”; “Duas crianças a brincar”; “A mãe e o pai a discutir”; “Duas pessoas a matarem uma galinha”; “Duas bailarinas”, etc, são exemplos de *respostas-tipo* aos cartões II+ e III+. Da nossa experiência com o cartão I+, a categoria do conteúdo já se divide entre o animal e o humano. Respostas como: “O rato Mickey”; “Um homem ginasta ao centro”; “Dois cães a brincar”; “Duas crianças com orelhas grandes”, etc, são exemplos de que a percepção a este cartão se encontra mais dividida. Será que é por este I+ ser apresentado imediatamente após o X e este ser por excelência percebido como figuras animais? Fica aqui a pergunta.

Num trabalho de investigação intitulado de *Rorschach e Cartões Projectivos: uma aplicação à população portuguesa* (Pereira, S. & Jiménez, 2008), concluiu-se que existe uma grande incidência de respostas de conteúdo humano e em movimento muito superior nos Cartões Projectivos JRI que no Psicodiagnóstico de Rorschach. Aqui pode-se examinar a complementaridade entre os dois momentos da prova, onde existem mais conteúdos animais no Rorschach e mais conteúdos humanos nos Cartões Projectivos JRI.

O determinante de movimento humano é outra peça do puzzle que encaixa na perfeição entre os dois conjuntos de cartões para se obter uma ampla visão sobre a estrutura de personalidade do paciente.

Em 1992 Jiménez & cols. realizaram um estudo comparativo entre as interpretações do cartão III de Rorschach e as interpretações dos cartões projectivos JRI. A mostra foi de 300 sujeitos aleatoriamente escolhidos em dois grupos de 150 adolescentes e 150 adultos sem patologia. Os resultados demonstraram em geral as

seguintes ideias: 1). os homens ofereceram mais respostas a cada cartão, do que as mulheres, independentemente se referem movimento humano ou não; 2). os homens costumam ser mais sensíveis à percepção de interpretações de movimento humano que as mulheres, mesmo que a sua diferença não alegue ser estatisticamente significativa; 3). nos cartões projectivos os adolescentes costumam oferecer maior número de interpretações de movimento humano que os adultos, ainda que a totalidade de respostas dada a cada cartão, implicando movimento ou não, seja superior nos adultos; 4). o cartão III de Rorschach é o que, proporcionalmente ao número total de respostas dadas, mais interpretações de movimento humano incita dos quatro cartões analisados neste estudo. (Jiménez y cols., 1992).

Estes são fenómenos muito importantes e alguns deles definitivos para a compreensão do sujeito e da sua personalidade. Os cartões projectivos são um instrumento fundamental e de um poder inconfundível para a avaliação do sujeito. O objectivo da aplicação dos Cartões Projectivos JRI é oferecer diferentes e importantes contribuições aos cartões do Psicodiagnóstico de Rorschach.

II.1.2. PROCEDIMENTOS

Com o objectivo de cumprir todas as questões éticas de desenvolvimento de uma investigação, solicitou-se autorização e apoio ao Estado Maior do Exército Português. Seguidamente recebeu-se a indicação de que o órgão designado a prestar auxílio à nossa investigação seria o Centro de Psicologia Aplicada do Exército – CPAE.

Com este consentimento e após algumas reuniões, programou-se o calendário de aplicação das provas inicialmente para os militares que estiveram no Líbano e cerca de

um ano depois repetiu-se a reunião com o mesmo objectivo para os militares que regressaram do Afeganistão.

A amostra contou com 50 militares que estiveram em missão no Líbano e com 50 militares que estiveram em missão no Afeganistão, perfazendo um total de 100. Os participantes decidirão participar voluntariamente, assegurando-lhes o anonimato e a confidencialidade dos dados.

O lugar da recolha da amostra dos militares regressados do Líbano foi o Regimento de Engenharia nº 1 da Pontinha e o lugar de recolha da amostra dos militares que estiveram no Afeganistão foi no Centro de Tropas Comandos na Amadora.

Previamente à aplicação das provas, a investigadora reunia-se com a pessoa nomeada para acompanhar todo o processo e era apresentada ao comandante de cada uma das unidades militares acima identificada. Neste momento era designado um lugar dentro de cada unidade militar com as condições necessárias à aplicação das provas. Os militares eram encaminhados para esta sala com um intervalo de tempo suficiente para se realizar o que era proposto.

De acordo com os objectivos da investigação, decidiu-se que a recolha da amostra seria de forma individual e realizada em duas fases. Estas duas fases seriam realizadas durante os primeiros meses de regresso ao trabalho destes militares. Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Handler, L., Harvill (1996) numa investigação com militares que estiveram na Guerra do Golfo Pérsico, apuraram que há diferenças significativas ao longo do tempo entre a avaliação feita inicialmente (estudo ocorre depois de 3 a 5 meses e meio após o regresso) e uma avaliação continuada no tempo. Os resultados desta investigação apontam para a prevalência da PTSD na fase inicial, sendo

que os sintomas iam diminuindo de modo significativo ao longo do tempo (Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Handler, L., Harvill, 1996).

Na primeira fase, com duração média de uma hora e quinze minutos por cada militar, procedeu-se à apresentação da investigadora bem como à explicação do objectivo da investigação. Depois de explicar em que consistia cada instrumento de avaliação, procurava-se avaliar a capacidade de compreensão das questões colocadas nos mesmos.

Posteriormente iniciava-se o autopreenchimento do questionário sociodemográfico, o autopreenchimento do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade para Adultos - STAI, e do Questionário de Personalidade - NEO-PI-R.

Na segunda e última fase, com uma duração média de quarenta e cinco minutos por cada militar, geralmente uma ou duas semanas depois da primeira fase, procedeu-se à aplicação do Rorschach e dos Cartões Projectivos JRI. No final, aplicou-se a Prova de Eleição de W. Morgenthaler.

A aplicação do Rorschach obedeceu aos critérios definidos previamente (como consta do capítulo Psicodiagnóstico Rorschach desta investigação)., isto é, a investigadora enunciava a instrução, atribuía os cartões e registava as respostas aos cartões, bem como registava as respostas ao inquérito. O mesmo se passou com os Cartões Projectivos JRI e com a Prova de Eleição de W. Morgenthaler.

O material recolhido foi examinado cuidadosamente pelos autores da investigação. Devido ao baixo número de respostas ao Rorschach (menor que 14), teve-se de proceder à exclusão de alguns protocolos, conforme os critérios definidos por Exner para a inclusão de um protocolo válido ao Sistema Compreensivo. Igualmente

também acabámos por ter de excluir alguns questionários NEO-PI-R por se perceber que uns tinham sido respondidos ao acaso e outros não tinham sido respondidos de forma sincera. Com algumas participações invalidadas, a investigadora teve de efectuar mais aplicações de forma a garantir um total de 100 militares.

Os resultados do STAI e do NEO-PI-R foram introduzidos informaticamente para obtenção de pontuações directas.

A cotação das respostas do Rorschach e dos Cartões Projectivos JRI fez-se manualmente. Introduziu-se a cotação do Rorschach no RIAP 5 - *Rorschach Interpretation Assistance Program* da editora *Psychological Assessment Resources*, obtendo assim os Sumários Estruturais para cada um dos participantes. Para obter os resultados estatísticos dos Cartões Projectivos JRI, tivemos como modelo de base os mesmos cálculos do Rorschach, embora com as necessárias adaptações devido à diferença quanto ao número de cartões. Assim, obtivemos os resultados para o Rorschach e para os Cartões Projectivos. Foi analisado a fundo os critérios de J. Exner para o Sistema Compreensivo. A Prova de Eleição de W. Morgenthaler analisou-se mediante a bibliografia disponível.

Depois de recolhidos os dados, foram introduzidos e compilados numa grande base de dados em Excel para posteriormente serem transpostos para o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 1.8), construída para o efeito. Seguidamente foram realizados os procedimentos estatísticos com recurso ao mesmo programa, com o objectivo de testar a hipótese de estudo formulada. A análise estatística sustentou-se em duas principais metodologias: a descritiva e a correlacional.

Recorreu-se à análise descritiva para caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e à análise correlacional para analisar o objectivo em estudo bem como apurar a hipótese de trabalho.

Todos os resultados dos procedimentos estatísticos efectuados serão apresentados no decorrer do próximo capítulo.

PARTE III.- RESULTADOS

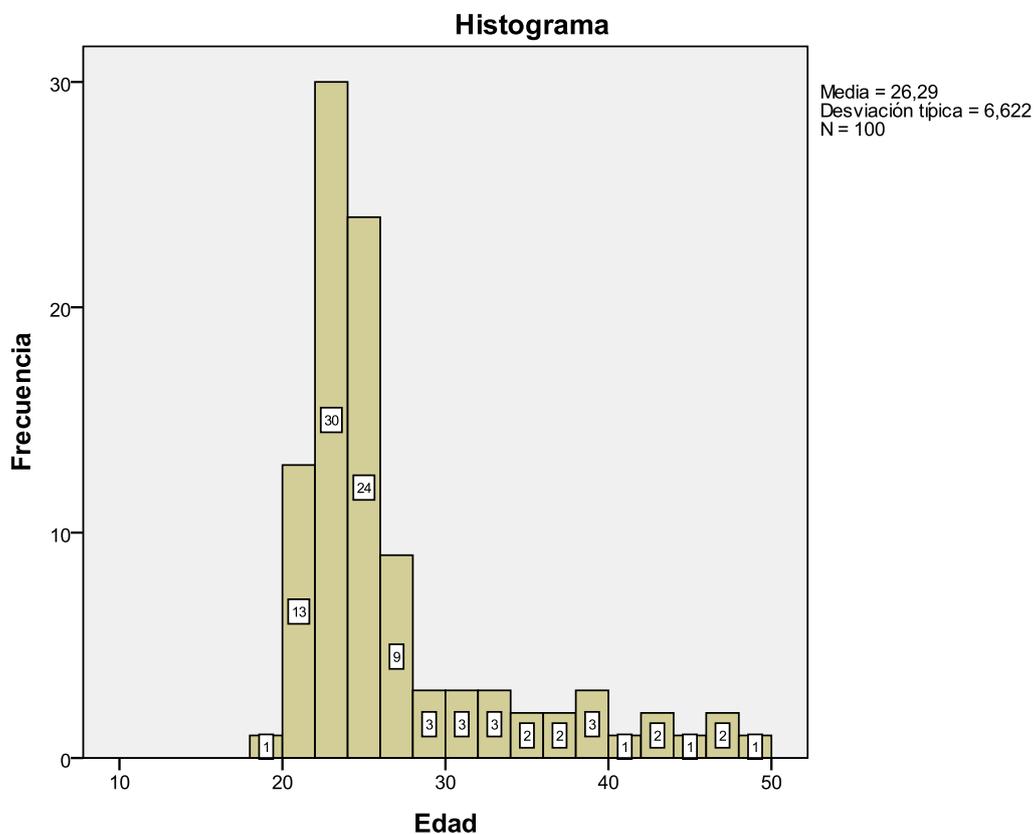
Os resultados desta investigação encontram-se expostos em diferentes figuras e tabelas que se apresentam de seguida:

III.1. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

III.1.1. IDADE

Os participantes deste estudo apresentam uma idade compreendida entre os 19 e os 50 anos ($M= 26,29$; $DP= 6,62$). Como podemos observar no figura 1, a amostra distribui-se por vários grupos de idades, sendo que a maioria dos participantes insere-se na faixa etária dos 20 aos 30 anos.

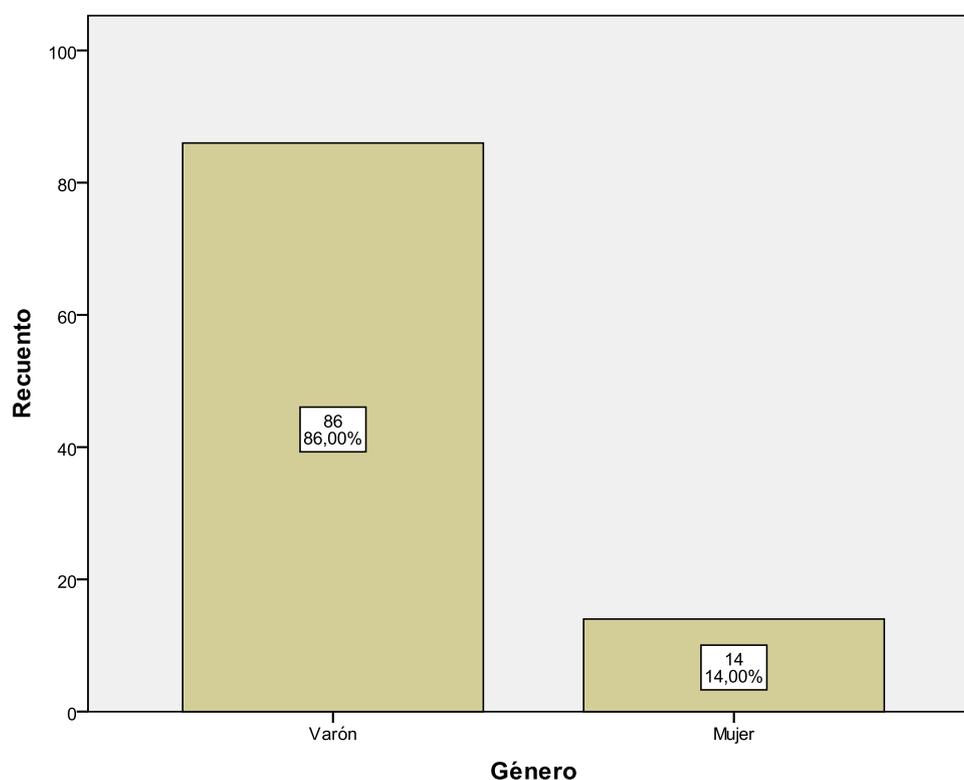
Figura 1. Distribuição da amostra por grupos de idades



III.1.2. GÉNERO

Dos participantes deste estudo, 86 militares (86%) são homens e 14 (14%) são mulheres. É natural haver uma maior percentagem de homens que de mulheres na nossa tese, uma vez que 50% da população pertence a uma tropa especial, os “Comandos” liderada apenas por homens. O interesse das mulheres pelas Forças Armadas é relativamente recente como se viu na parte teórica sobre este assunto. Apenas ao longo dos últimos anos é que o trabalho nas Forças Armadas passou a ser tido em conta também por mulheres.

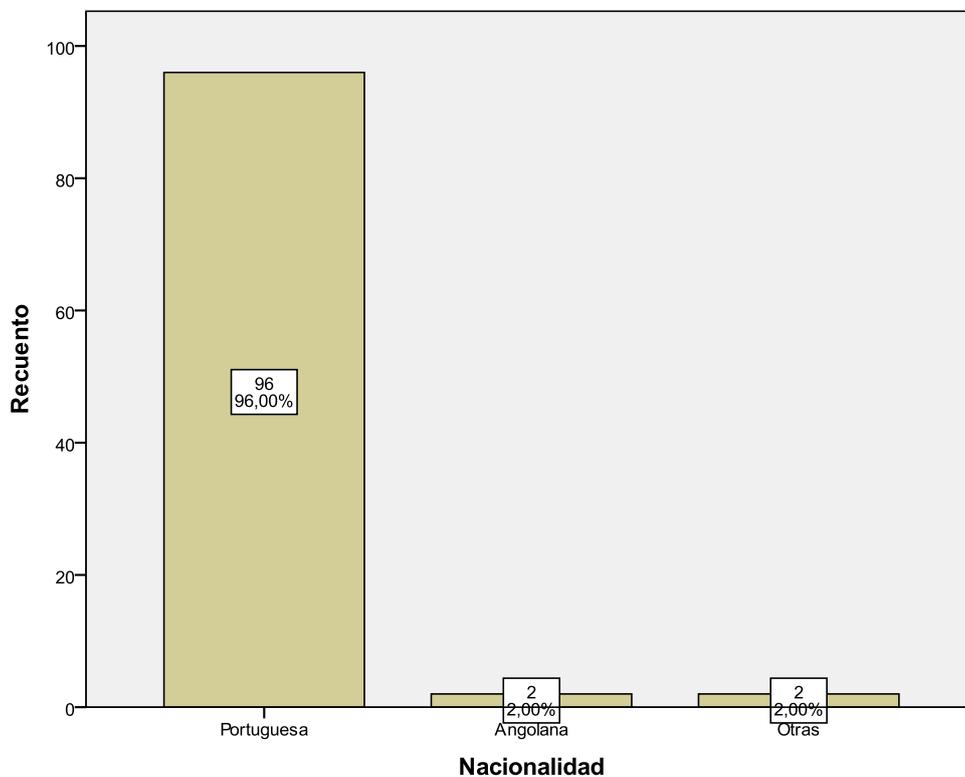
Figura 2. Frequências e percentagens do género dos participantes



III.1.3. NACIONALIDADE

A nacionalidade da amostra em estudo compreende 96 portugueses (96%), 2 de dupla nacionalidade angolana e portuguesa (2%), e 2 de outras nacionalidades (2%). Um dos critérios para o ingresso nas Forças Armadas Portuguesas é o facto de o sujeito ter nacionalidade portuguesa. Provavelmente, 2% que refere outras nacionalidades, deve ter também a nacionalidade portuguesa. Considera-se por tanto que toda a amostra é portuguesa.

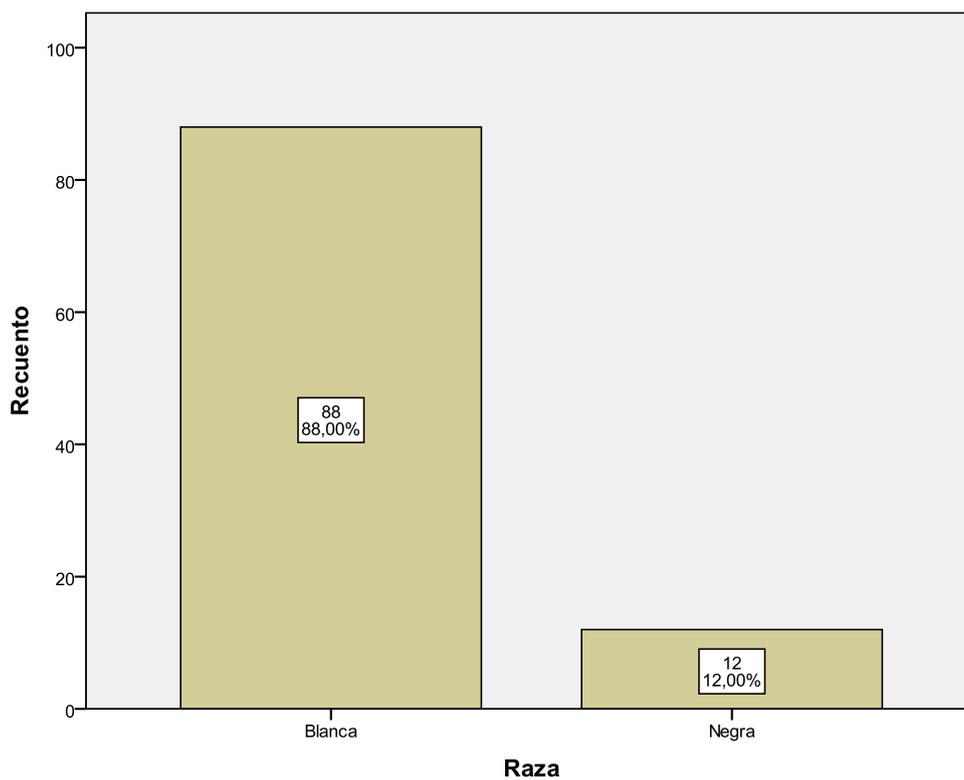
Figura 3. Frequências e percentagens da nacionalidade dos participantes



III.1.4. ORIGEM ÉTNICA

A maioria dos participantes são de raça branca 88 (88%), sendo que 12 (12%) são de raça negra. Temos assim, alguma heterogeneidade referente à origem étnica da população em estudo.

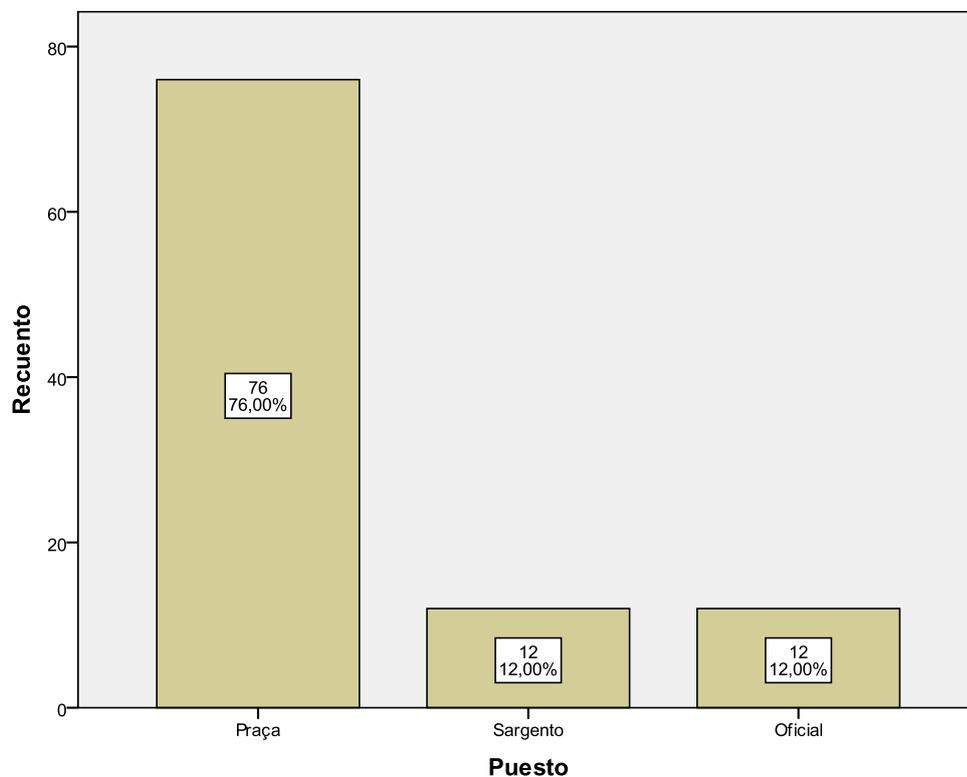
Figura 4. Frequências e percentagens da origem étnica dos participantes



III.1.5. POSTO MILITAR

No que se refere à hierarquia militar, os participantes pertencem a diferentes postos, em que 76 (76%) são Soldados, 12 (12%) Sargentos e 12 (12%) são Oficiais. Esta divisão é representativa da realidade das missões, uma vez que são necessários mais soldados para as tarefas a desempenhar no teatro de operações, sargentos para auxiliar o trabalho de comando dos oficiais que são em menor percentagem.

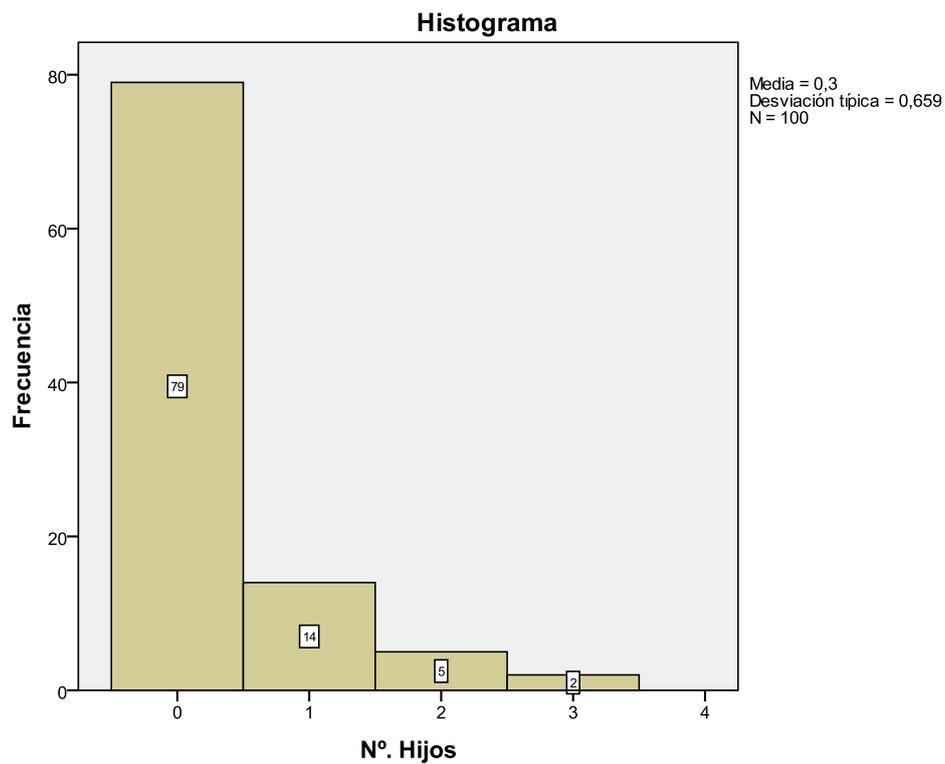
Figura 5. Frequências e percentagens do posto militar dos participantes



III.1.6. NÚMERO DE FILHOS

A maioria dos participantes não tem filhos 79 (79%), 14 (14%) têm um filho, 5 (5%) têm dois filhos e 2 (2%) têm três filhos (M= 0,3; DP= 0,65). Uma vez que a maioria dos participantes tem entre 20 a 30 anos, é natural que a maior parte ainda não tenha filhos.

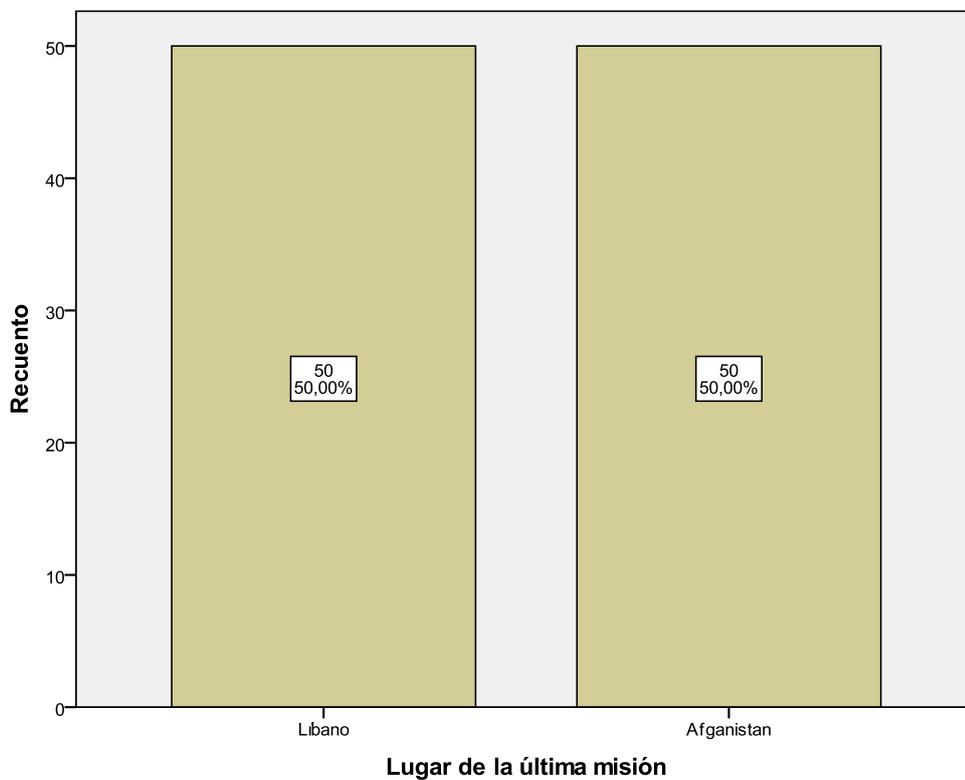
Figura 6. Distribuição da amostra por número de filhos



III.1.7. LUGAR DA ÚLTIMA MISSÃO

Os participantes estiveram no Afeganistão 50 (50%). e no Líbano 50 (50%). na última missão. Para efeitos de homogeneidade da amostra optou-se por escolher uma amostra que tivesse estado no máximo em dois locais diferentes. Não foi possível recolher a amostra completa do mesmo local, uma vez que o número de militares envolvidos nestas missões era inferior a 100. Por este motivo, optou-se por conjugar dois locais.

Figura 7. Frequências e percentagens do lugar da última missão dos participantes

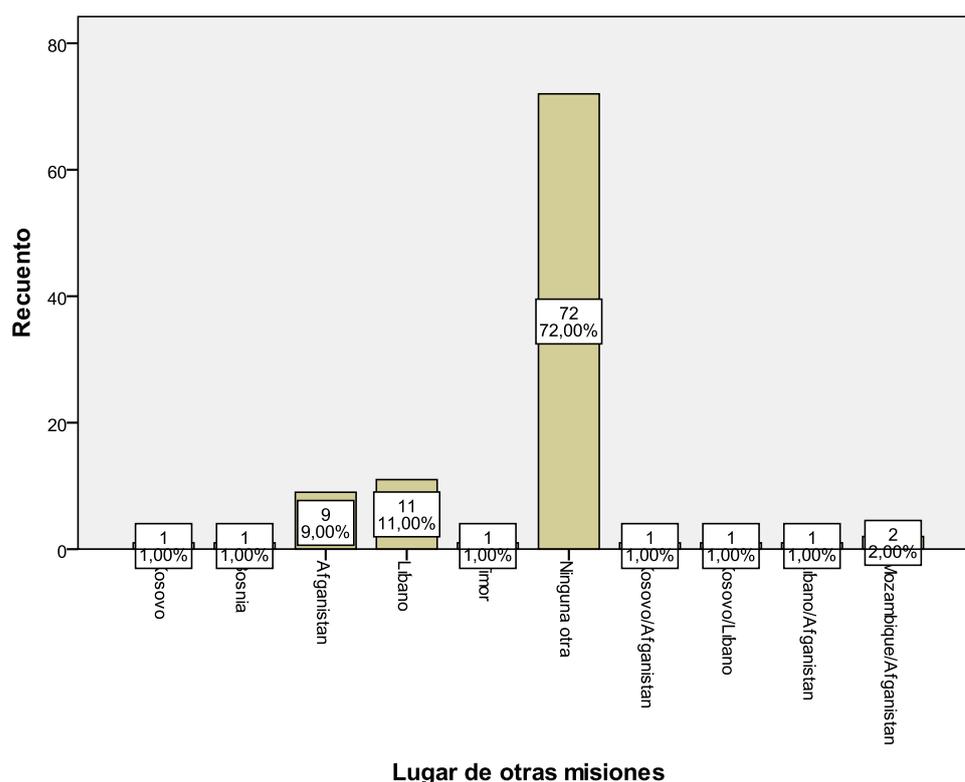


III.1.8. LUGAR DE OUTRAS MISSÕES

Dos participantes 72 (72%). não estiveram anteriormente em missões, 11 (11%). estiveram anteriormente no Líbano, 9 (9%). estiveram no Afeganistão, 2 (2%). em Moçambique e no Afeganistão, 1 (1%). no Kosovo, 1 (1%). na Bósnia, 1 (1%). em Timor, 1 (1%). no Kosovo e no Afeganistão, 1 (1%). no Kosovo e no Líbano e 1 (1%). no Líbano e no Afeganistão.

Para a maioria dos nossos participantes, a missão actual do Líbano e do Afeganistão foi a primeira experiência bélica. No entanto, para alguns (11%). a experiência repetiu-se no Líbano e (9%). no Afeganistão.

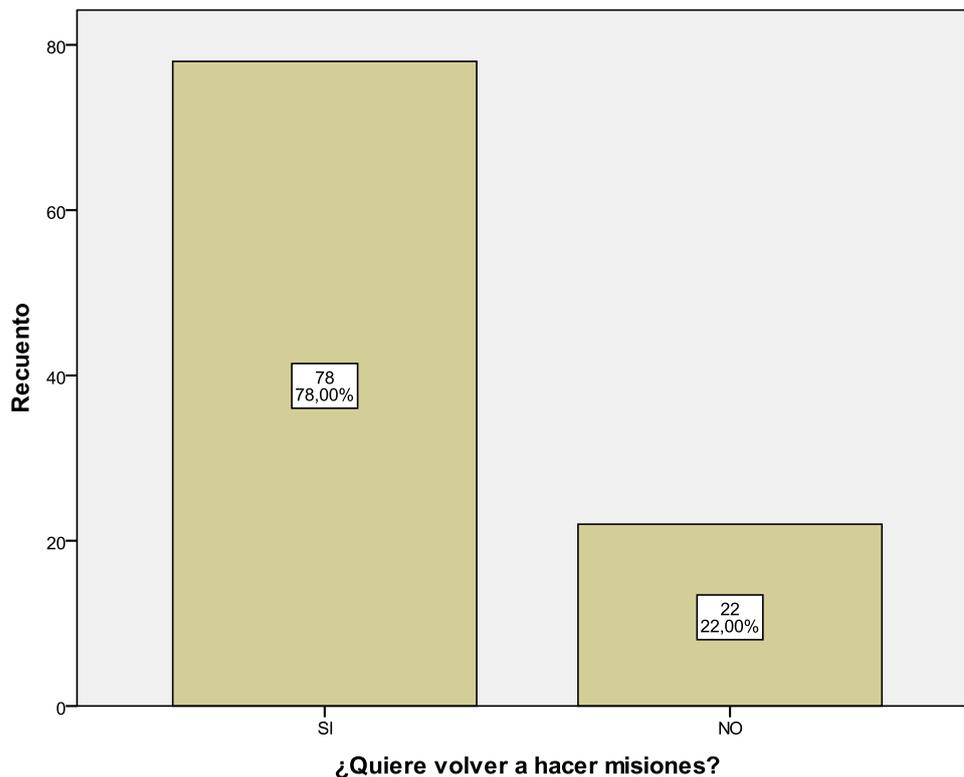
Figura 8. Frequências e percentagens de militares que estiveram anteriormente em outros lugares de outras missões



III.1.9. OS MILITARES PRETENDEM VOLTAR A FAZER MISSÕES

Quanto ao interesse dos militares em voltar a fazer missões, 78 (78%) diz que sim, enquanto que 22 (22%) responde não. Segundo uma primeira reunião ocorrida no Centro de Psicologia Aplicada do Exército em 2012 com o Sr. Cor. Cruz, Maj. Santos e Maj. Monteiro sobre estes resultados, além de outras motivações, os militares apontam o factor financeiro como um forte motivo para a realização de missões no estrangeiro. Já os 22% que não pretende fazer missões está muitas vezes relacionado com as consequências familiares e pessoais de estar muitos meses longe do país de origem e em realidades muito díspares.

Figura 9. Frequências e percentagens de militares que pretendem voltar a fazer missões



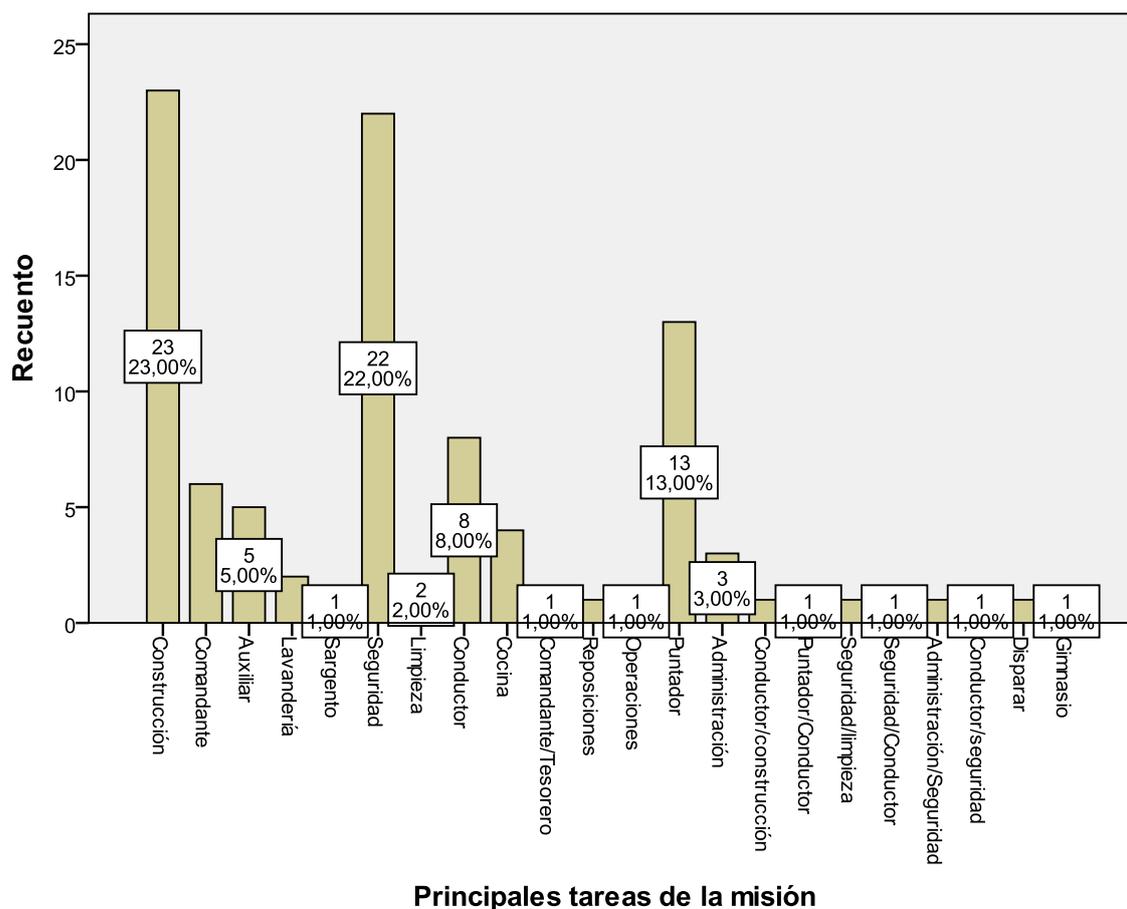
A realidade familiar destes militares quando partem em missão é uma, mas quando regressam, por vezes, a realidade é outra. A nível familiar são onde se registam as maiores diferenças, principalmente no aumento do número de divórcios e diferenças no relacionamento com os filhos. A nível pessoal, as condições proporcionadas pelo

ambiente do país, a ansiedade da experiência de algumas situações e as condicionantes da própria missão fazem com que haja alguma resistência nestes militares para o regresso a estas realidades.

III.1.10. PRINCIPAIS TAREFAS DURANTE A MISSÃO

Os participantes tinham como principais tarefas a da construção 23 (23%), a da segurança 22 (22%), a de serem apontadores 13 (13%), a de serem condutores 8 (8%), a de serem auxiliares 5 (5%), a de administração 3 (3%), a de limpeza 2 (2%), entre outras.

Figura 10. Frequências e percentagens das principais tarefas durante a missão



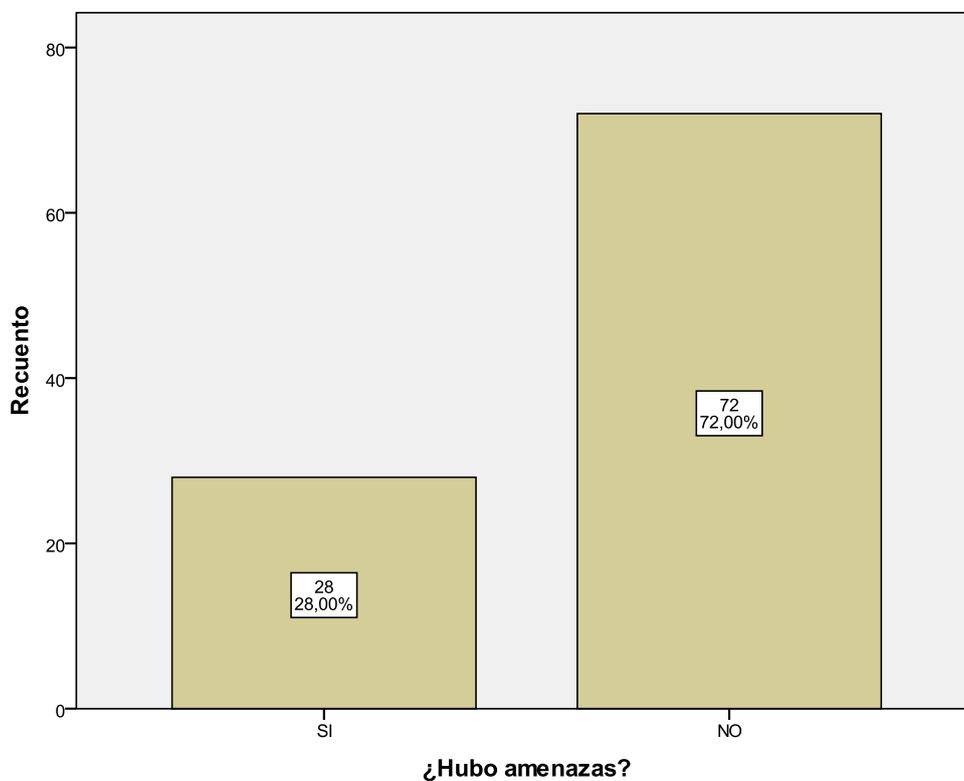
Estas tarefas estão relacionadas com a reconstrução do país afectado pela guerra e com a manutenção da paz. Foi possível perceber durante a realização do questionário

socio-demográfico as diferenças da realidade do teatro de operações (TO). do Líbano e do Afeganistão. Ainda que ambas as missões sejam missões humanitárias de apoio à paz, o Afeganistão é um TO que está em guerra activa. Os 22% de tarefas de segurança prendem-se com este aspecto; ao passo que a construção (23%). está mais relacionada com o Líbano.

III.1.11. PERCEPÇÃO DE AMEAÇA PELO INIMIGO

Dos participantes, 72 (72%). não perceberam ameaças por parte do inimigo, ao passo que 28 (28%). referem ter percebido ameaça pelo inimigo. Tendo em conta que há diferenças na percepção de ameaças, leva-nos a pensar que uns militares sentiram como ameaça a presença do inimigo; para outros, não foi considerada ameaça a presença do mesmo.

Figura 11. Frequências e percentagens da percepção de ameaça pelo inimigo



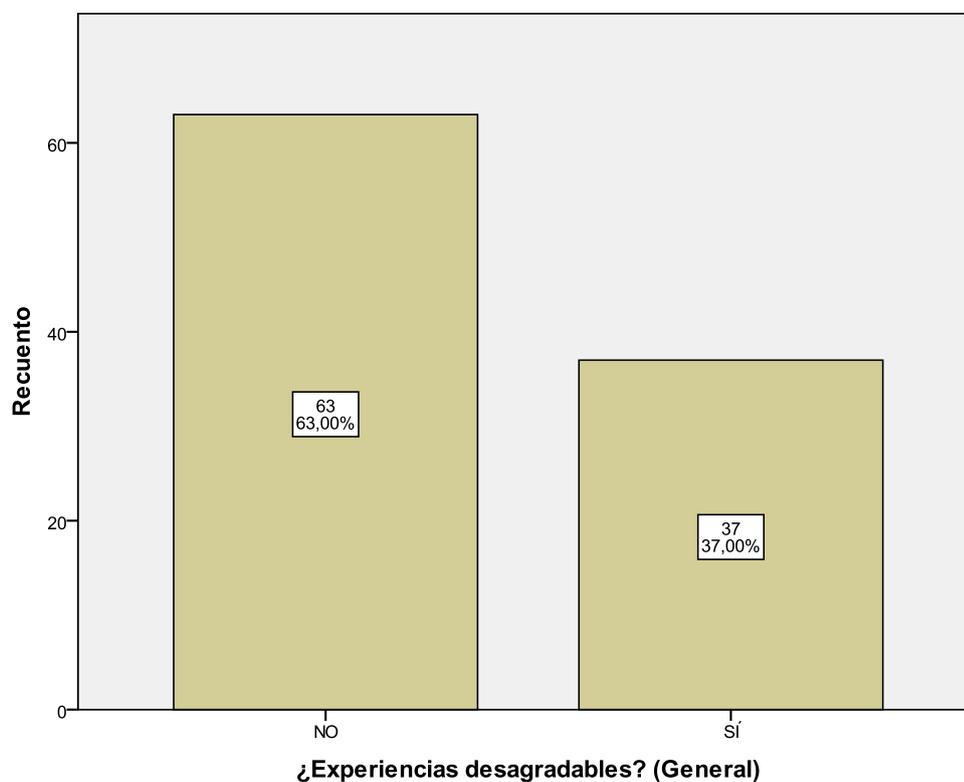
Sabemos que a ansiedade tem uma relação directa natural com a percepção de perigo. Provavelmente esta parte da amostra que percepcionou ameaça pelo inimigo também sentiu aumento dos níveis de ansiedade por estar nessas condições. Trata-se de uma ansiedade reactiva que nos permite reagir quando estamos em perigo.

III.1.12. EXPERIÊNCIAS DESAGRADÁVEIS EM MISSÃO (GERAIS).

No que se refere à vivência de experiências desagradáveis em missão, 63 (63%) afirma não ter tido enquanto que 37 (37%) afirma ter vivido experiências desagradáveis.

Mais uma vez se confirma a vivência de experiências desagradáveis em missão. Mais à frente as mesmas serão detalhadas e iremos perceber melhor a que experiências os militares se referem.

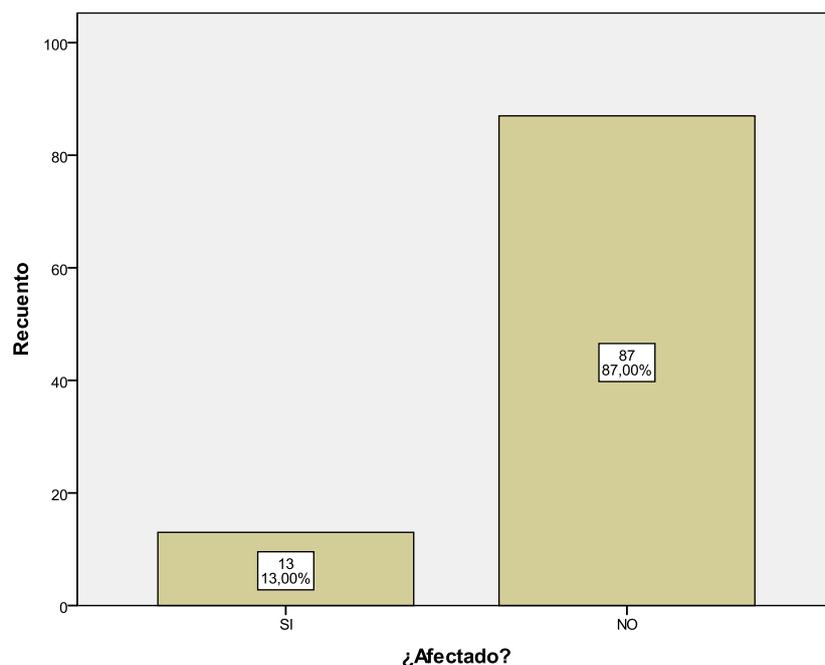
Figura 12. Frequências e percentagens de experiências desagradáveis em missão (gerais).



III.1.13. FICOU AFECTADO COM ESSAS EXPERIÊNCIAS?

Os participantes 87 (87%). afirmam não ter ficado afectado com as experiências desagradáveis, ao passo que 13 (13%). afirma que ficou afectado. Os militares da nossa amostra, principalmente os militares que estiveram no Afeganistão têm uma formação profissional bastante resiliente. Com o trabalho desenvolvido pelo CPAE no que se refere à preparação da missão, não é de estranhar que consigam ter competências para lidar no momento de uma forma satisfatória com as adversidades ocorridas nas missões. Em todo o caso, sentir-se afectado ao nível intrapsíquico é algo que provavelmente ocorre mais tarde e numa dimensão mais profunda que o militar pode até nem associar à missão. Em alguns casos, apenas em processos psicoterapêuticos é que é possível perceber a dimensão e a origem do problema. Parece-nos então que os momentos que antecedem a missão e os da própria missão não comportam em si os maiores riscos, mas sim naquilo que pode acontecer nos meses seguintes, ou seja, no chamado “pós-deslocamento”.

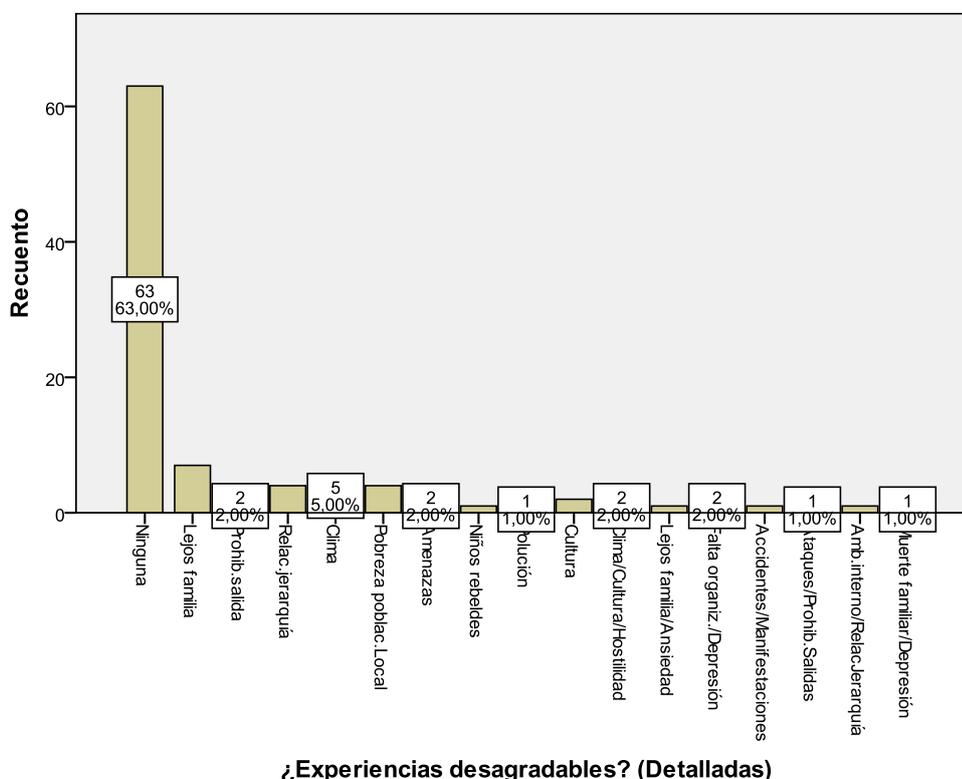
Figura 13. Frequências e percentagens de participantes afectados



III.1.14. EXPERIÊNCIAS DESAGRADÁVEIS EM MISSÃO (DETALHADAS).

A maioria dos participantes afirma não ter tido experiências desagradáveis 63 (63%). Dos que apontam experiências desagradáveis, 6 (6%). referem estar longe da família, 5 (5%). referem o clima, 2 (2%). refere a proibição de saída, a relação hierárquica, as ameaças, a pobreza, a cultura, a hostilidade, a ansiedade, a depressão, entre outras. É possível confirmar que como experiências desagradáveis temos a ansiedade, a depressão e a vivência de experiências hostis e ameaçadoras ao sujeito. Estar longe da família é um dos factores mais apontados, sendo que é difícil lidar à distância de milhares de kilometros com os problemas pessoais que são deixados no país de origem e regressar 6 meses mais tarde com o agravamento desses mesmos problemas.

Figura 14. Frequências e percentagens de experiências desagradáveis em missão (detalhadas).

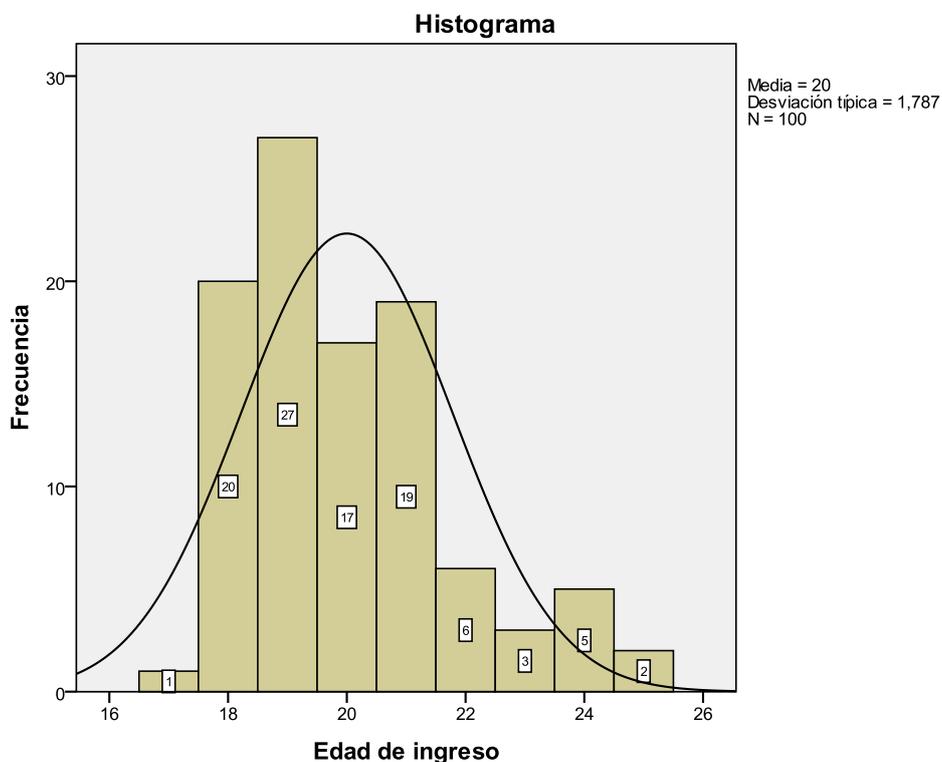


O Centro de Psicologia Aplicada do Exército está ciente destas condicionantes familiares e está a desenvolver um programa de apoio à família mais personalizado e alargado aos elementos do agregado familiar do militar. Quanto às outras experiências desagradáveis, ao que foi possível apurar até ao momento, não existe uma estrutura capaz de acompanhar o processo de reintegração pessoal, social e profissional do militar em missão.

III.1.15. IDADE DE INGRESSO NO EXÉRCITO

Os participantes deste estudo entraram no exército entre os 17 e os 25 anos ($M=20$; $DP=1,78$). Como se observa no gráfico, a maioria dos militares deste estudo ingressou no Exército entre os 18 e os 21 anos, altura em que se termina o ensino secundário e se faz ou não a entrada no ensino superior/universitário.

Figura 15. Distribuição da amostra por grupos de idades de ingresso no Exército.

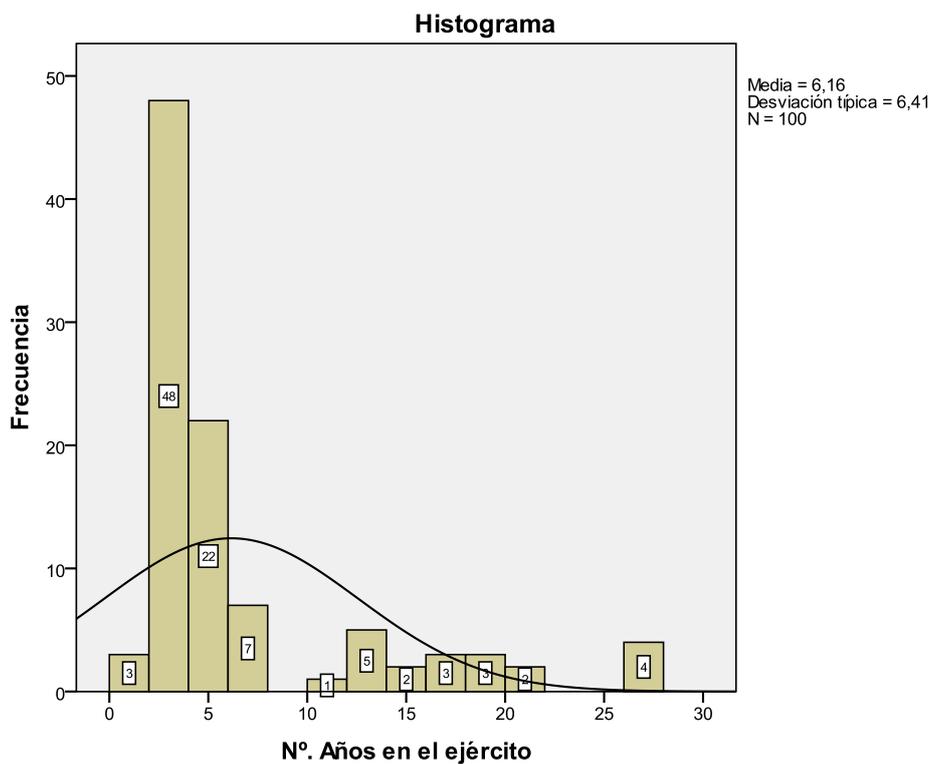


III.1.16. NÚMERO DE ANOS NO EXÉRCITO

Os participantes desta amostra estão em serviço ao Exército Português entre 0 e 30 anos ($M= 6,16$; $DP= 6,41$).

Como podemos observar pelo gráfico, 73 (73%) dos militares têm até 5 anos de serviço ao Exército e os restantes prolongam-se até aos 30 anos de serviço. Isto deve-se ao facto da maioria dos militares se encontrarem em regime de contrato, ou seja, o tempo ao serviço do exército é de aproximadamente 7 anos. Os restantes têm contrato de efectividade com as Forças Armadas.

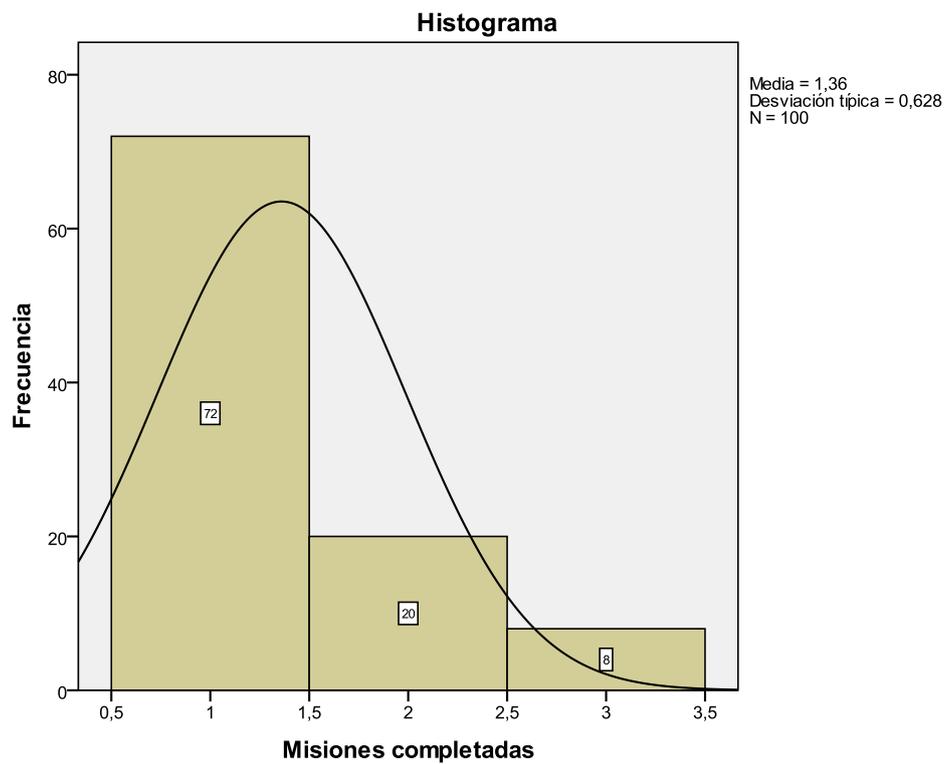
Figura 16. Distribuição da amostra por número de anos de serviço ao Exército



III.1.17. MISSÕES COMPLETAS

Os participantes deste estudo têm 72 (72%). uma missão completa, 20 (20%). duas missões completas e 8 (8%). três missões completas ($M= 1,36$; $DP= 0,62$). A maioria dos participantes referem-se à missão em estudo (Líbano e Afeganistão). como a única missão completa.

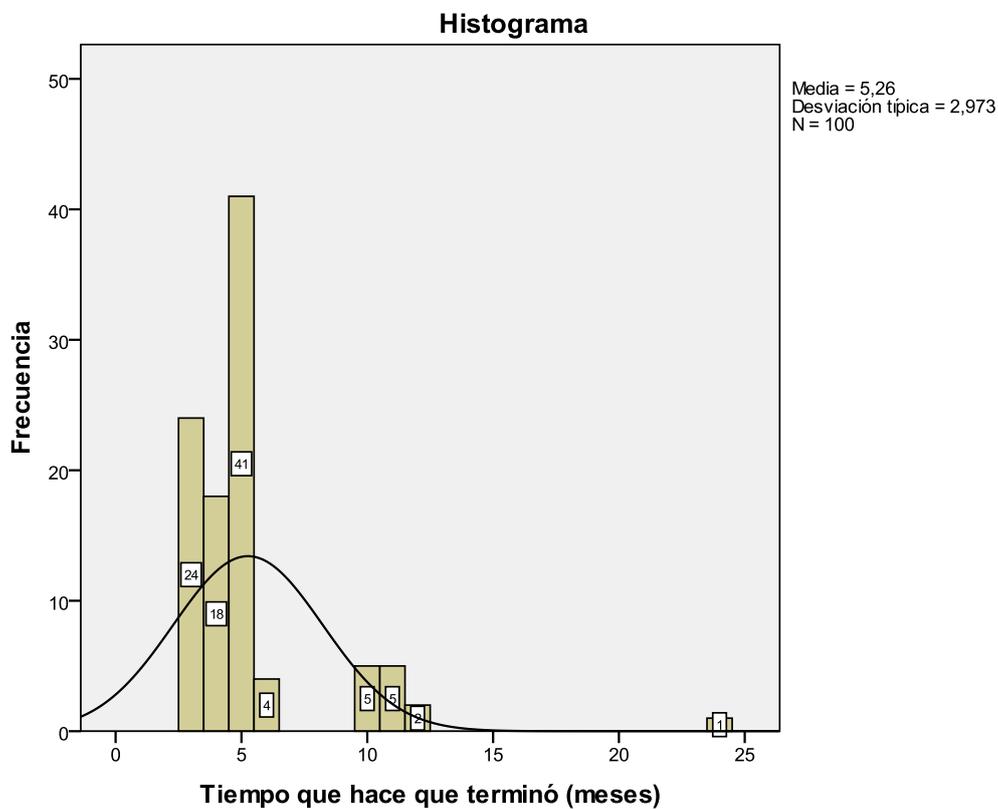
Figura 17. Distribuição da amostra por número de missões completas



III.1.18. TEMPO QUE TERMINOU A ÚLTIMA MISSÃO (MESES).

Os militares indicam que terminaram a última missão entre 0 e 15 meses ($M=5,26$; $DP=2,97$). Como podemos observar pelo gráfico a maioria dos militares terminou a sua última missão à menos de 5 meses. Existe um militar que, por lapso, indicou ter concluído a sua missão à 25 meses. Resolvemos incluir este militar na amostra uma vez que temos garantias que foi por lapso que o mesmo registou esta resposta com esta indicação.

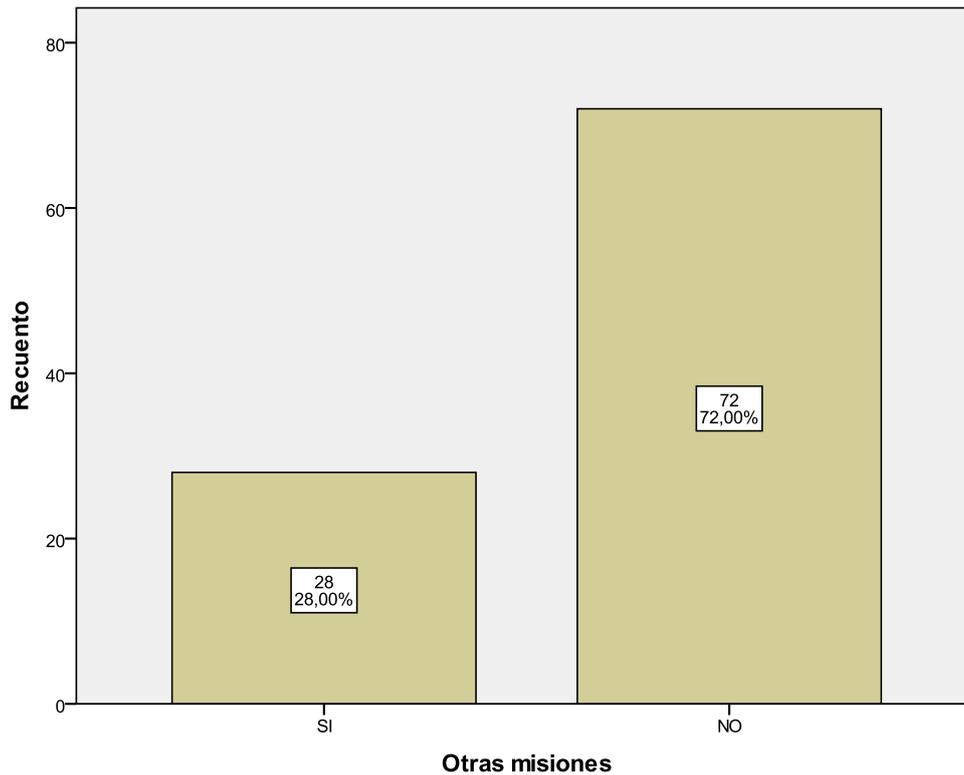
Figura 18. Distribuição da amostra do tempo que terminou a última missão (meses).



III.1.19. MISSÕES ANTERIORES

A maioria dos militares 72 (72%), não esteve em Teatros de Operações (missões) antes do Líbano e do Afeganistão (investigação actual). Apenas 28 (28%) esteve anteriormente em missões.

Figura 19. Frequências e percentagens de militares que fizeram missões anteriormente



III.2. VARIÁVEIS STAI

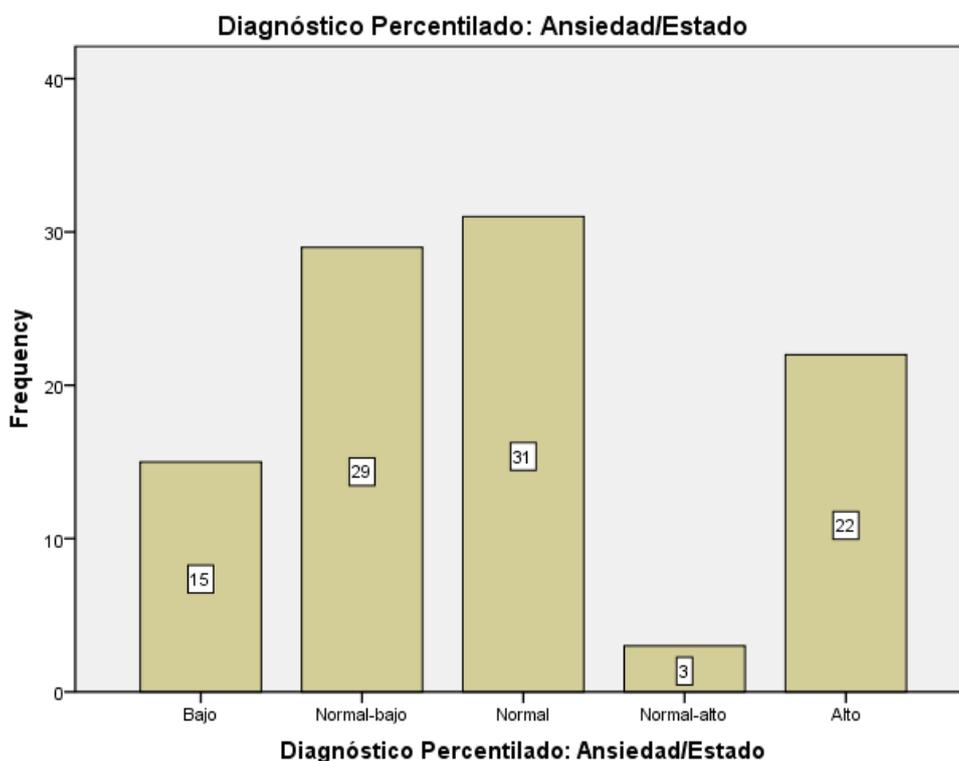
Apresentam-se de seguida os resultados da aplicação do STAI à nossa amostra militar. Tratam-se dos resultados da ansiedade-estado (E). e da ansiedade-traço (T). Foi possível analisar a média e desvio padrão da Ansiedade-Estado ($M=31,79$; $DP=10,67$). e a média e desvio padrão da Ansiedade-Traço ($M=32,6$; $DP=10,42$).

Assim, foi-nos possível comentar e comparar os nossos resultados com os resultados do estudo de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000). realizado em Portugal

sobre a adaptação e estabelecimento de normas do Inventário de Estado-Traço da Ansiedade (STAI), forma Y de Spielberger, para a população militar portuguesa.

III.2.1. ANSIEDADE-ESTADO

Figura 20. Frequências de Ansiedade-Estado nos militares



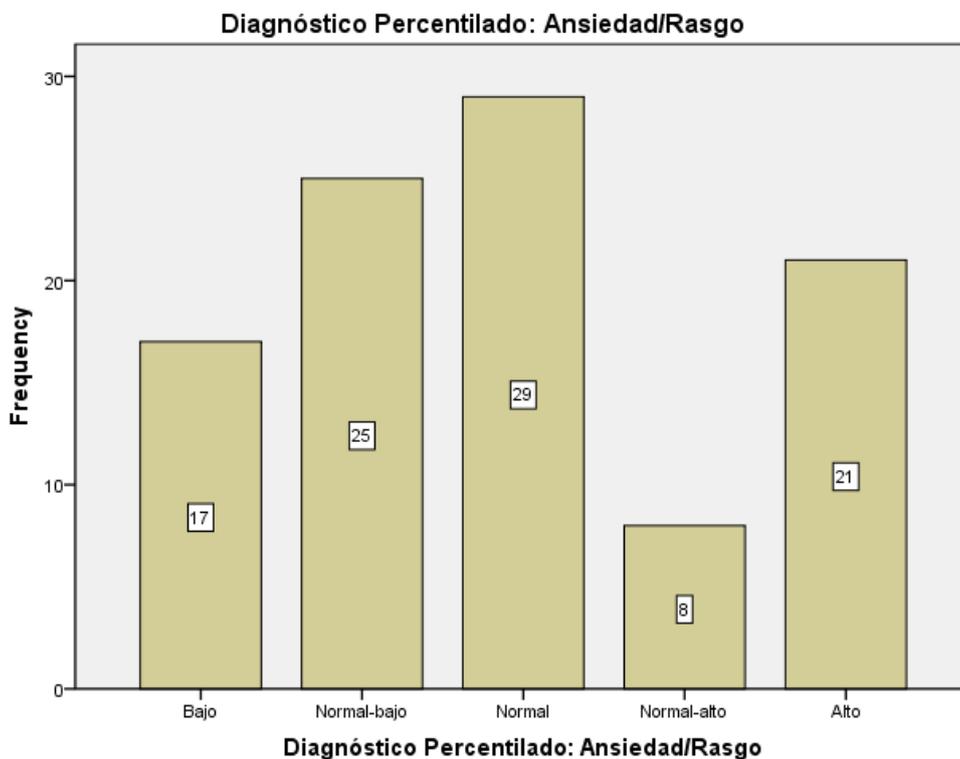
Com base no gráfico podemos apreciar a distribuição da amostra pelos diferentes níveis de ansiedade-estado. Assim, podemos considerar que na altura da aplicação das provas, ou seja, nas semanas seguintes dos nossos militares regressarem a casa, 31 deles apresentavam uma ansiedade considerada normal, 15 baixa e 22 alta.

Este gráfico é importante para avaliar a ansiedade sentida semanas antes da aplicação da prova, ou seja, durante o tempo referente à missão. Pelo menos 22 militares, apresentam valores altos consideráveis para analisarmos o tempo de missão como uma época vivida com a presença de sintomas ansiosos.

Acrescenta-se ainda que por motivos económicos e políticos do país, a intervenção do psicólogo na contenção da sintomatologia ansiosa no teatro de operações foi cancelada devido à redução de custos nas Forças Armadas Portuguesas.

III.2.2. ANSIEDADE-TRAÇO

Figura 21. Frequências de Ansiedade-Traço nos militares



Este gráfico dá-nos conta da frequência de ansiedade-traço na população estudada. Assim, podemos apreciar a forma como os resultados do STAI se distribuem entre valores baixos (17), normais (29) e altos (21). Tal como no gráfico anterior, uma parte da amostra concentra-se em valores normais, seguindo-se os valores altos e depois os baixos.

Existe uma camada da população estudada que além de apresentar valores elevados para ansiedade-estado, também apresenta valores elevados para ansiedade-

traço. Isto significa que este tipo de ansiedade, manifesta-se como ansiedade reactiva a uma situação específica (como estar em missão), mas também como ansiedade mais duradoura e permanente ao longo do tempo.

Seguem-se os principais resultados alcançados pelo STAI na nossa investigação conjuntamente com os mesmos resultados da investigação de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).

III.2.3. RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE-ESTADO E ANSIEDADE-TRAÇO DA AMOSTRA TOTAL POR GÉNERO

Tabela 2. Resultados da presente investigação

		TIPOS DE ANSIEDAD	
		AE	AT
MASC (86).	MÉDIA	32,186	32,733
	DP	11,191	10,761
FEM (14).	MÉDIA	29,357	31,786
	DP	6,392	8,341

Nota: AE = Ansiedade-Estado; AT = Ansiedade-Traço; MASC = Masculino; FEM = Feminino; DP = Desvio-Padrão)

Tabela 3. Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).

		TIPOS DE ANSIEDAD	
		AE	AT
MASC (807).	MÉDIA	37,05	34,72
	DP	10,92	8,98
FEM (193).	MÉDIA	37,64	35,98
	DP	11,34	8,87

Pela análise de ambas as tabelas podemos constatar que quer a ansiedade-estado, quer a ansiedade-traço dos militares têm valores médios mais elevados na investigação de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000) que na nossa. Verifica-se o mesmo em homens e mulheres.

Na presente investigação notam-se diferenças na ansiedade entre homens e mulheres, ao passo que na outra investigação os valores médios são mais próximos. Uma das explicações para este facto pode estar relacionada com o ano de realização de ambas as investigações e todo o trabalho psicológico realizado juntos dos militares no âmbito da prevenção e intervenção na ansiedade.

Sabemos que ao longo dos últimos anos, a ansiedade tem sido um dos temas principais de investigação em psicologia da saúde e os ganhos e benefícios desta investigação parecem ter repercussões positivas ao analisar estes resultados, já que a investigação de Silva, Silva, Rodrigues e Luís foi realizada em 2000 e a nossa investigação em 2013. É importante reflectir sobre o que aconteceu neste período de tempo para que hajam estas melhorias ao nível da ansiedade-estado e ansiedade-traço sentida pelos militares de ambas as amostras.

O mesmo se passou na investigação de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000). que quando compararam a sua amostra com uma amostra de um estudo anterior americano (Spielberg, 1983, citado por Silva, Silva, Rodrigues, Luís, 2000)., a primeira revelou-se também mais baixa no que se refere à ansiedade dos americanos.

Silva & Campos (1998). num estudo semelhante também fazem referência ao facto da população portuguesa ter valores mais baixos de ansiedade que a população americana.

III.2.4. RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE-ESTADO E ANSIEDADE-TRAÇO DA AMOSTRA TOTAL POR GRUPOS ETÁRIOS

Tabela 4. Resultados da presente investigação

			TIPOS DE ANSIEDAD	
			AE	AT
17-20 (4).	MASC (3).	MÉDIA	38,667	44,333
		DP	11,676	3,786
	FEM (1).	MÉDIA	24	31
		DP	-	-
21-25 (64).	MASC (54).	MÉDIA	32,148	32,519
		DP	11,422	11,272
	FEM (10).	MÉDIA	29,6	31,7
		DP	6,275	7,903
26-33 (18).	MASC (15).	MÉDIA	33,667	33,467
		DP	12,419	9,516
	FEM (3).	MÉDIA	30,333	32,333
		DP	8,505	13,051
34-48 (14).	MASC (14).	MÉDIA	29,357	30,286
		DP	8,889	10,057
	FEM (0).	MÉDIA	-	-
		DP	-	-

A observação da tabela 4 (referente à presente investigação). diz-nos que a ansiedade-traço é superior à ansiedade-estado no grupo etário mais jovem dos 17 aos 20 anos. Os restantes grupos etários apresentam valores médios semelhantes entre AE e AT. A amostra feminina tem valores consideravelmente mais baixos de AE e AT que a amostra masculina.

Tabela 5. Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).

			TIPOS DE ANSIEDAD	
			AE	AT
17-20 (186).	MASC (133).	MÉDIA	39,95	37,7
		DP	12,4	9,66
	FEM (53).	MÉDIA	38,86	37,35
		DP	9,58	8,52
21-25 (570).	MASC (465).	MÉDIA	35,73	33,85
		DP	10,16	8,24
	FEM (105).	MÉDIA	36,45	35,73
		DP	11,14	8,82
26-33 (189).	MASC (189).	MÉDIA	37,94	34,46
		DP	10,94	9,68
	FEM (0).	MÉDIA	-	-
		DP	-	-

Através da observação da tabela 5 (referente à investigação de Silva, Silva, Rodrigues, Luís, 2000). notamos diferenças comparativamente à tabela anterior no que se refere aos valores de AE e AT para a amostra feminina. A amostra feminina apresenta valores superiores de AE e AT quando comparada com a amostra masculina. Os valores médios de ansiedade estado e traço são superiores em todos os grupos etários, o que vai ao encontro do que foi referido sobre a tabela 2 e 3. Além destes aspectos, o que se mantém semelhante em ambas as investigações é que o grupo etário mais jovem (17-20 anos). é o mais ansioso.

Tratando-se de um grupo etário numa idade muito particular (17-20). é natural que os níveis de ansiedades sejam superiores nesta fase comparando com uma idade mais adulta em que se espera haver maior estabilização e maturidade da forma como se lida com a ansiedade.

III.2.5. RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE-ESTADO E ANSIEDADE-TRAÇÃO DA AMOSTRA TOTAL POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Tabela 6. Resultados da presente investigação

			TIPOS DE ANSIEDAD	
			AE	AT
9º (36).	MASC (30).	MÉDIA	33,3	34,167
		DP	11,818	11,698
	FEM (6).	MÉDIA	26	26,833
		DP	3,162	3,92
12º (52).	MASC (45).	MÉDIA	31,444	32
		DP	10,991	10,37
	FEM (7).	MÉDIA	30,714	34
		DP	6,921	8,602
Licenciatura (12).	MASC (11).	MÉDIA	32,182	31,818
		DP	11,035	10,235
	FEM (1).	MÉDIA	40	46
		DP	-	-

Tabela 7 . Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).

			TIPOS DE ANSIEDAD	
			AE	AT
9º	MASC (194).	MÉDIA	39,01	37,03
		DP	11,53	9,73
12º	MASC (378).	MÉDIA	37,04	34,79
		DP	11,1	8,76
	FEM (99).	MÉDIA	37,03	35,97
		DP	10,36	8,42
Licenciatura	MASC (235).	MÉDIA	35,45	32,7
		DP	9,83	8,22
	FEM (78).	MÉDIA	37,84	35,34
		DP	12,52	9,26

Com a relação entre a ansiedade e o nível de escolaridade podemos continuar a pensar numa amostra feminina mais calma, menos ansiosa no que diz respeito à AE e à AT. Isto significa que a amostra feminina da presente investigação com nível de escolaridade até ao 12º ano apresenta valores médios mais baixos para AE e AT que a

amostra masculina para o mesmo nível de escolaridade. O mesmo não se pode dizer da frequência universitária em que a amostra masculina é substancialmente menos ansiosa que a amostra feminina.

Os resultados são muito diferentes no trabalho de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000)., em que a amostra feminina apresenta maioritariamente valores médios mais elevados para AE e AT. No que se refere ao nível de escolaridade é no 9º ano que surgem valores médios mais elevados com uma incidência maior para a ansiedade-estado.

III.2.6. RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE-ESTADO E ANSIEDADE-TRAÇO DA AMOSTRA TOTAL POR POSTO MILITAR

Tabela 8. Resultados da presente investigação

			TIPOS DE ANSIEDAD	
			AE	AT
Praça (76).	MASC (63).	MÉDIA	32,508	33,032
		DP	11,466	10,839
	FEM (13).	MÉDIA	28,538	30,692
		DP	5,84	7,565
Sargento (12).	MASC (12).	MÉDIA	30,5	32
		DP	10,596	11,638
	FEM (0).	MÉDIA	-	-
		DP	-	-
Oficial (12).	MASC (11).	MÉDIA	32,182	31,818
		DP	11,035	10,235
	FEM (1).	MÉDIA	40	46
		DP	-	-

Tabela 9. Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).

			TIPOS DE ANSIEDAD	
			AE	AT
Praça (760).	MASC (627).	MÉDIA	37,48	35,27
		DP	11,03	9,06
	FEM (133).	MÉDIA	37,84	36,24
		DP	10,57	8,82
Sargento (112).	MASC (112).	MÉDIA	35,1	32,74
		DP	10,15	8,28
Oficial (68).	MASC (68).	MÉDIA	36,22	32,94
		DP	10,84	8,83

Os resultados de ambas as investigações são relativamente próximos quando relacionamos ansiedade e posto de trabalho. Assim, em ambas as investigações nota-se um ligeiro aumento da AE e da AT quando o posto militar é praça (soldado). comparativamente aos restantes postos de sargento e oficial.

Com estes resultados e os resultados anteriores, podemos reflectir sobre aspectos que se poderão relacionar com a ansiedade. Assim, no posto militar de praça os militares são regra geral mais novos e com baixa escolaridade. Conforme vimos em tabelas anteriores, a ansiedade é superior em grupos mais jovens e em grupos até ao 9º ano de escolaridade. Posto isto, constatamos que a ansiedade tende a diminuir quanto maior for a estabilização, desenvolvimento e maturidade do indivíduo.

III.2.7. RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE-ESTADO E ANSIEDADE-TRAÇO DA AMOSTRA TOTAL POR TIPO DE COMBATE

Tabela 10. Resultados da presente investigação

			TIPOS DE ANSIEDAD	
			AE	AT
COMBATE NORMAL NO LÍBANO (50).	MASC (36).	MÉDIA	32,056	32,278
		DP	11,442	10,364
	FEM (14).	MÉDIA	29,357	31,786
		DP	6,392	8,341
COMANDOS NO AFGANISTÃO (50).	MASC (50).	MÉDIA	32,28	33,06
		DP	11,123	11,131
	FEM (0).	MÉDIA	-	-
		DP	-	-

Tabela 11. Resultados de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000).

			TIPOS DE ANSIEDAD	
			AE	AT
COMBATE NORMAL HOMENS (677).	MÉDIA		36,49	34,35
	DP		10,43	8,77
PÁRAQUEDISTAS HOMENS (130).	MÉDIA		39,93	36,67
	DP		12,84	9,8

Na presente investigação temos metade da amostra que pertence ao que no trabalho de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000). se pode denominar de “combate normal” e outra metade que é uma tropa especial. No caso da presente investigação, a tropa especial são os Comandos e no caso da outra investigação são os Páraquedistas. Estas tropas têm uma formação muito específica e diferente da tropa de “combate normal”. Na nossa investigação não surgem diferenças significativas ao comparar a ansiedade de ambas as tropas, a não ser um ligeiro aumento da AT sob a AE. Já no que toca aos valores médios da investigação de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000)., são substancialmente mais elevados que na nossa. Além disso os páraquedistas são mais ansiosos e a AE é superior à AT. Estes últimos resultados não seriam de esperar porque

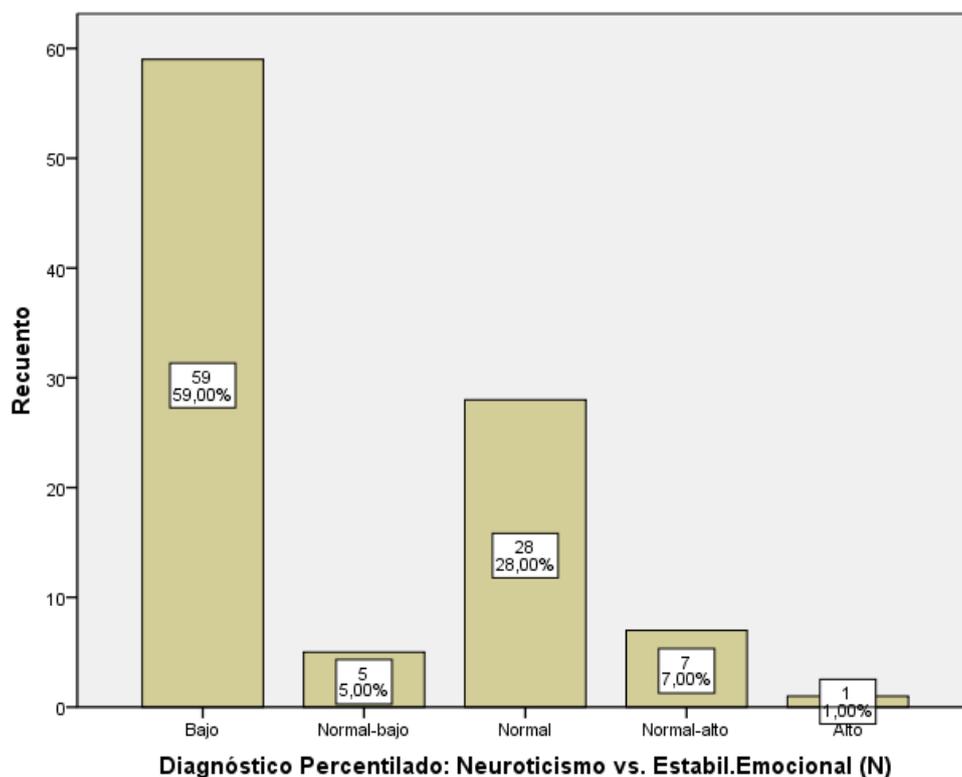
sendo uma tropa especial, devia ter ferramentas mais elaboradas para lidar com a ansiedade. Na nossa investigação parece haver novamente uma melhoria significativa na forma como ambas as tropas lidam com a ansiedade. Mais uma vez, podemos reflectir sobre as mudanças introduzidas na formação e no acompanhamento psicológico dado a estas tropas nos últimos anos. A diferença temporal que ronda os 10 anos entre uma investigação e outra pode dar-nos explicações mais concretas sobre estes dados.

III.3 VARIÁVEIS NEO-PI-R

III.3.1. NEUROTICISMO VS ESTABILIDADE EMOCIONAL

Conforme a tabela indica, os participantes apresentam maioritariamente valores baixos 59 (59%). de Neuroticismo. Os restantes valores indicam que 28 (28%). apresentam valores normais e apenas 1 (1%). apresenta valor alto.

Figura 22. Frequências e percentagens de Neuroticismo

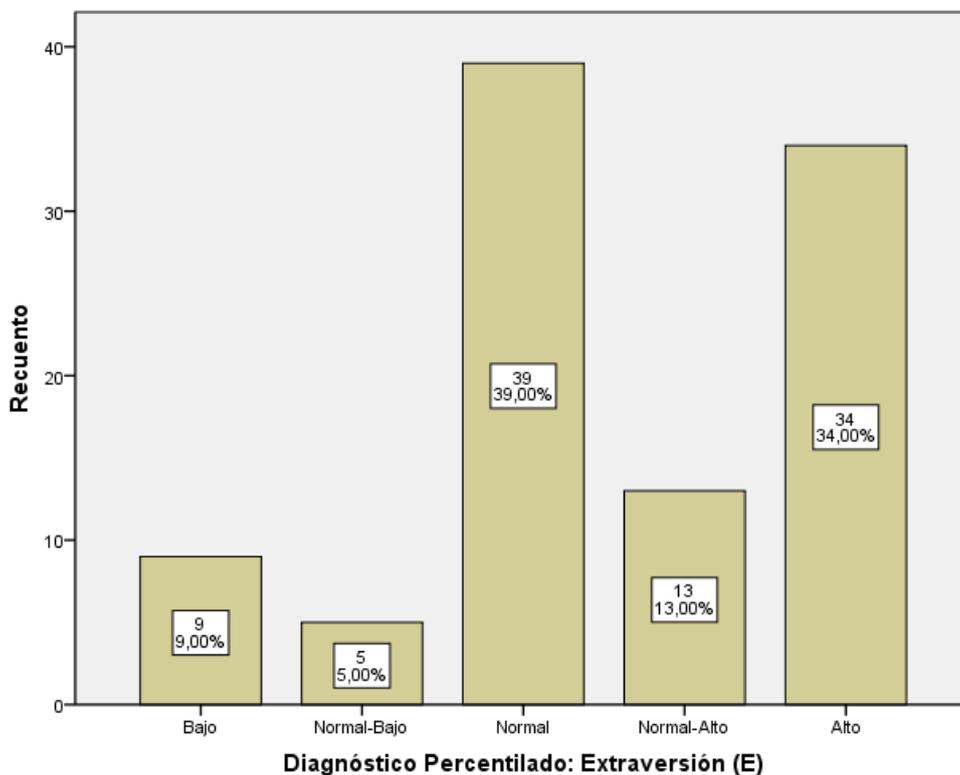


O facto desta faceta estar mais baixa pode indicar que a maioria da nossa amostra encontrava-se emocionalmente estável, calma, relaxada, segura, satisfeita e capaz de fazer face a situações de tensão. Esta faceta é então, um indicador da estabilidade emocional que 59 (59%). militares da nossa amostra apresenta. Não podemos descuidar os restantes valores (normal-alto e alto). que indicam o oposto do que foi dito, ou seja, uma pequena parte da amostra parece indicar a presença de alguma instabilidade emocional, algum nervosismo e alguma insegurança.

III.3.2. EXTROVERSÃO

Os resultados indicam para 39 (39%). participantes com valores normativos, 34 (34%). valores altos e 9 (9%). valores baixos de Extroversão.

Figura 23. Frequências e percentagens de Extroversão

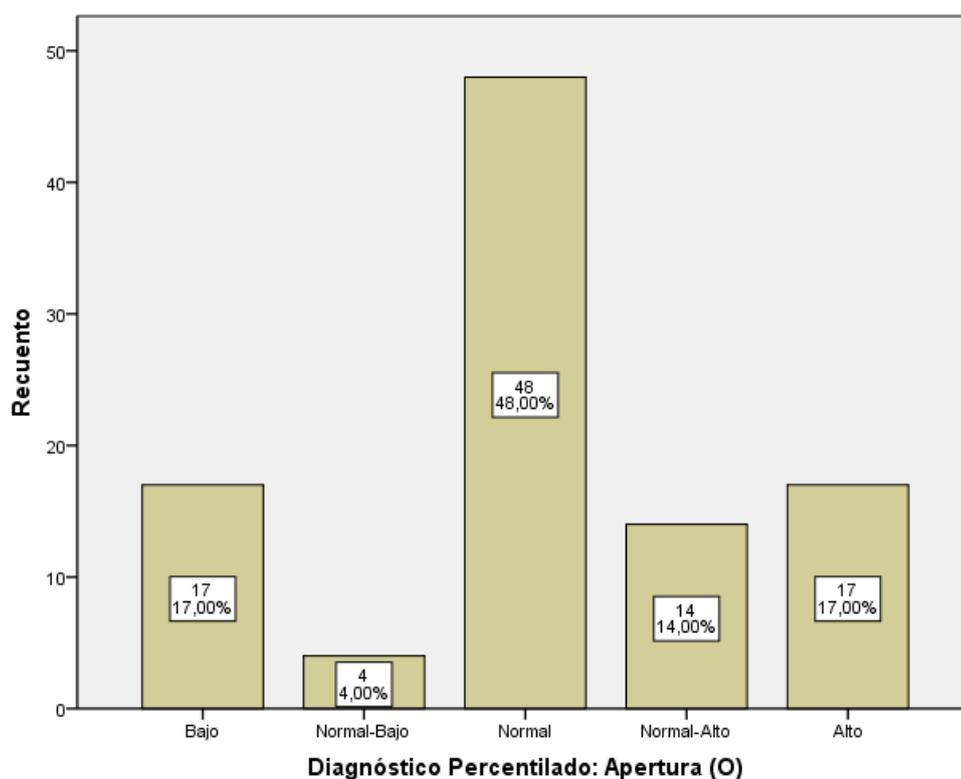


Com base na interpretação do gráfico, podemos apreciar que esta faceta encontra-se com valores normais e altos, o que sugere que a nossa amostra goste de conviver com os outros, sejam optimistas, afectuosos, activos e alegres. Isto faz-nos pensar no lado positivo do convívio que a camaradagem promove dentro da vida militar. Não podemos descuidar os militares que pelo contrário, apresentam algum isolamento e maior tristeza.

III.3.3. ABERTURA À EXPERIÊNCIA

Segundo os dados do gráfico, podemos observar que 48 (48%). se encontra dentro dos valores normativos, 17 (17%). encontra-se em valores altos e valores baixos para a Abertura à Experiência.

Figura 24. Frequências e percentagens de Abertura à Experiência

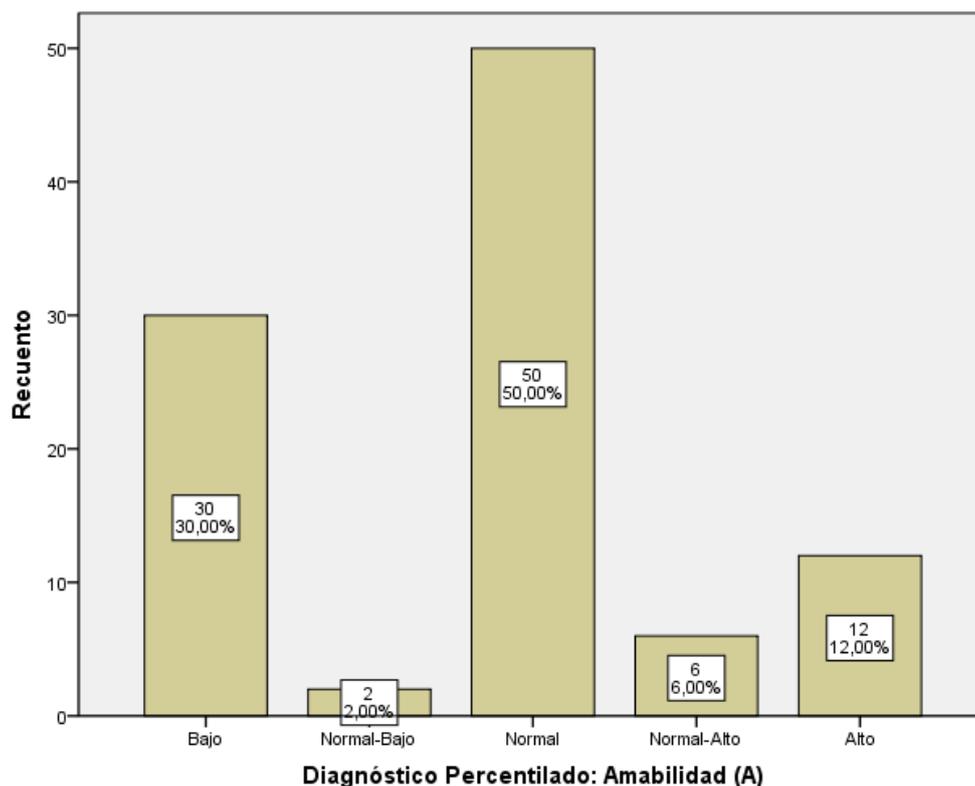


Esta faceta está virada para a abertura a novas ideias, para uma curiosidade intelectual e para uma inteligência vocacionada para a forma de viver a vida. Assim, olhando para o gráfico, podemos apreciar que os valores indicam que os nossos participantes são pessoas mais convencionais, mais terra-a-terra, com interesses mais limitados, pouco criativos e preferem aquilo que já conhecem à novidade. Em suma, os valores apontam para pessoas mais comedidas, que não arriscam muito, mais fechadas no seu ambiente, sem darem muito de si àquilo que pode ser novidade.

III.3.4. AMABILIDADE

O gráfico demonstra que metade dos participantes (50%) encontra-se em valores normais de Amabilidade, 30 (30%) em valores baixos e 12 (12%) em valores altos.

Figura 25. Frequências e percentagens de Amabilidade

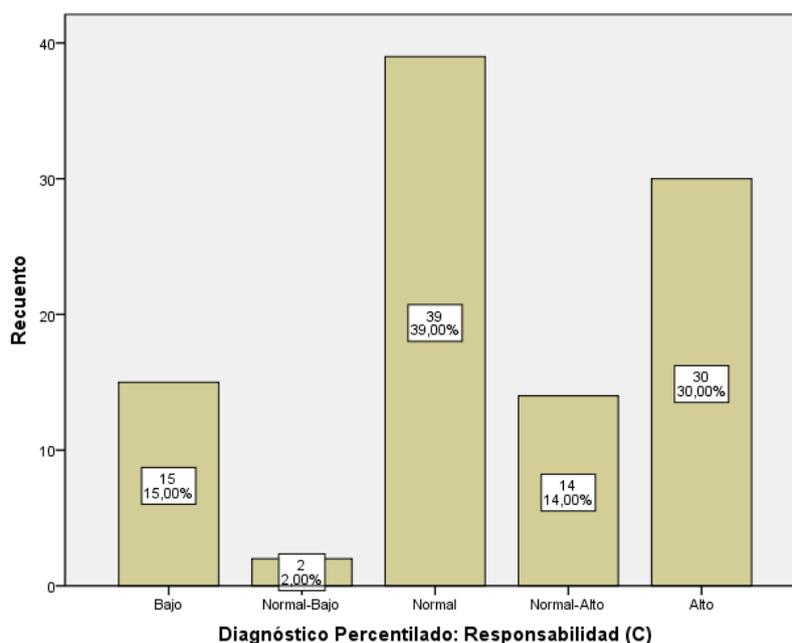


A Amabilidade está virada para o altruísmo, compaixão e uma atitude de confiança nos outros. Os valores baixos são significativos (30%). e podem indicar alguma hostilidade, desconfiança, vida anti-social e algum narcisismo. Os valores para a Amabilidade encontram-se no normal e baixo o que favorece a presença de algumas características negativas desta faceta na amostra, como a hostilidade, a desconfiança, entre outros. Relacionando com outras facetas, por exemplo, a faceta anterior, podemos pensar na presença de dificuldades ao nível do relacionamento com o exterior.

III.3.5. RESPONSABILIDADE

Os participantes apresentam 39 (39%). valores considerados normais, 30 (30%). valores altos e 15 (15%). valores baixos para a Responsabilidade. Os valores indicam que os nossos participantes encontram-se maioritariamente dentro de valores normais e altos, o que pode significar que existe uma boa orientação para o êxito profissional, sendo pessoas determinadas, confiantes e responsáveis. Em contrapartida, 15% apontam para a desmotivação, insegurança e alguma irresponsabilidade profissional.

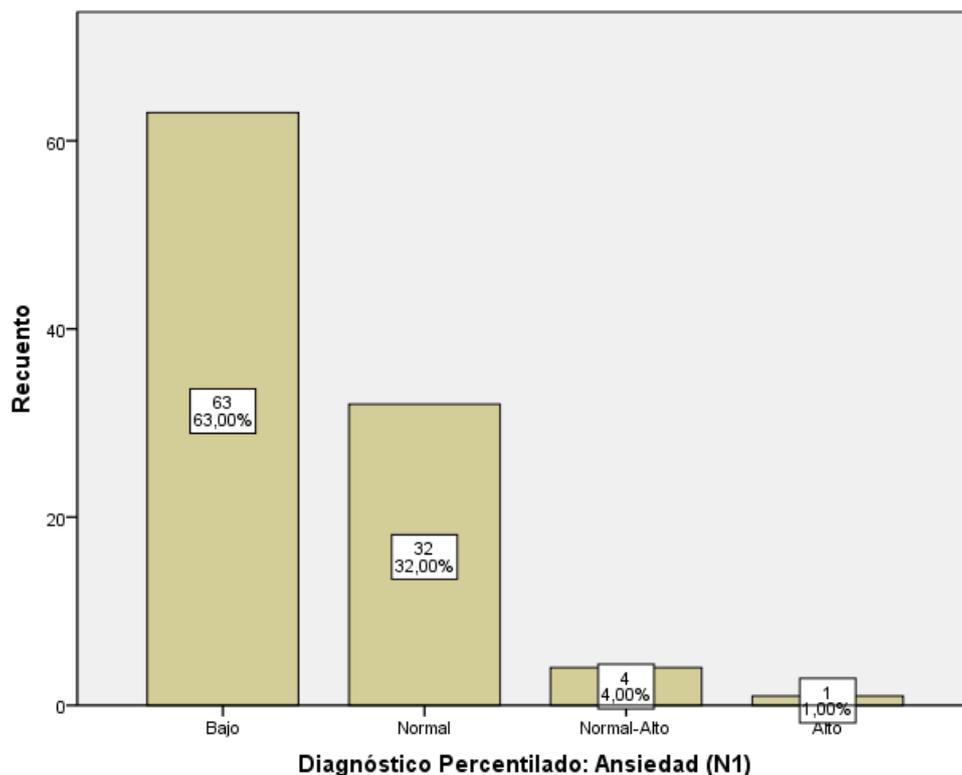
Figura 26. Frequências e percentagens de Responsabilidade



III.3.6. ANSIEDADE

Grande parte dos militares da amostra 63 (63%). apresentam baixos valores para ansiedade. Dentro dos valores normais encontram-se 32 (32%), 4 com valores normais-alto e apenas 1 (1%). com valor alto. Este gráfico indica-nos que a maior parte da nossa amostra são pessoas estáveis, relaxadas e calmas, mas a existência dos restantes valores também deve ser tida em consideração uma vezque indicam uma forte presença de sintomas ansiosos.

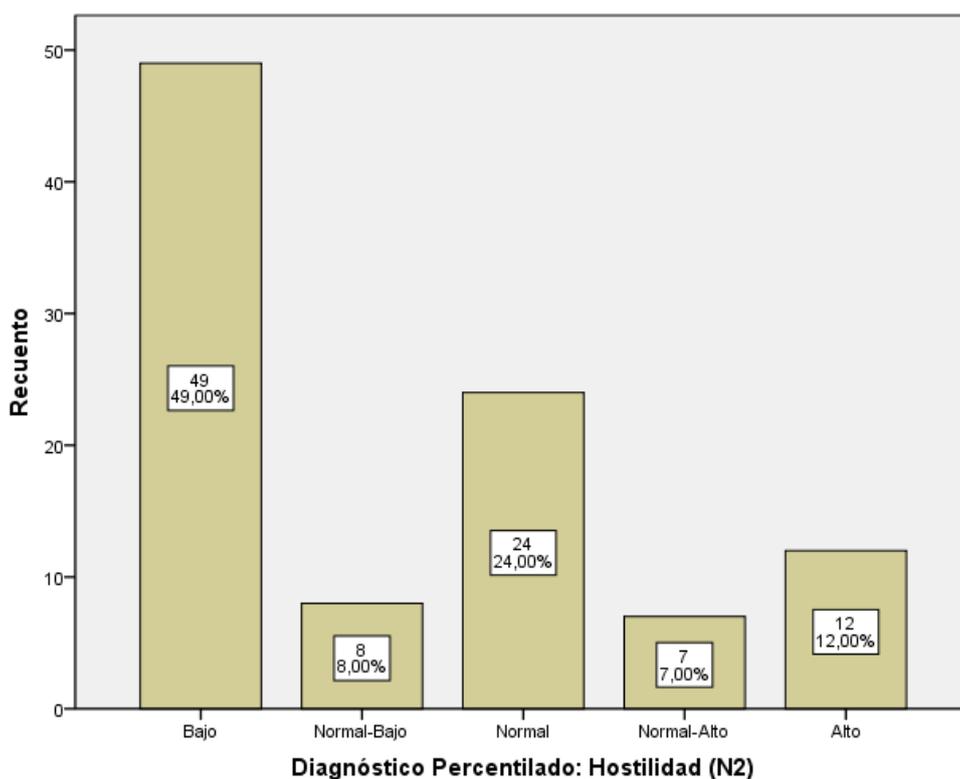
Figura 27. Frequências e percentagens de Ansiedade.



III. 3. 7. HOSTILIDADE

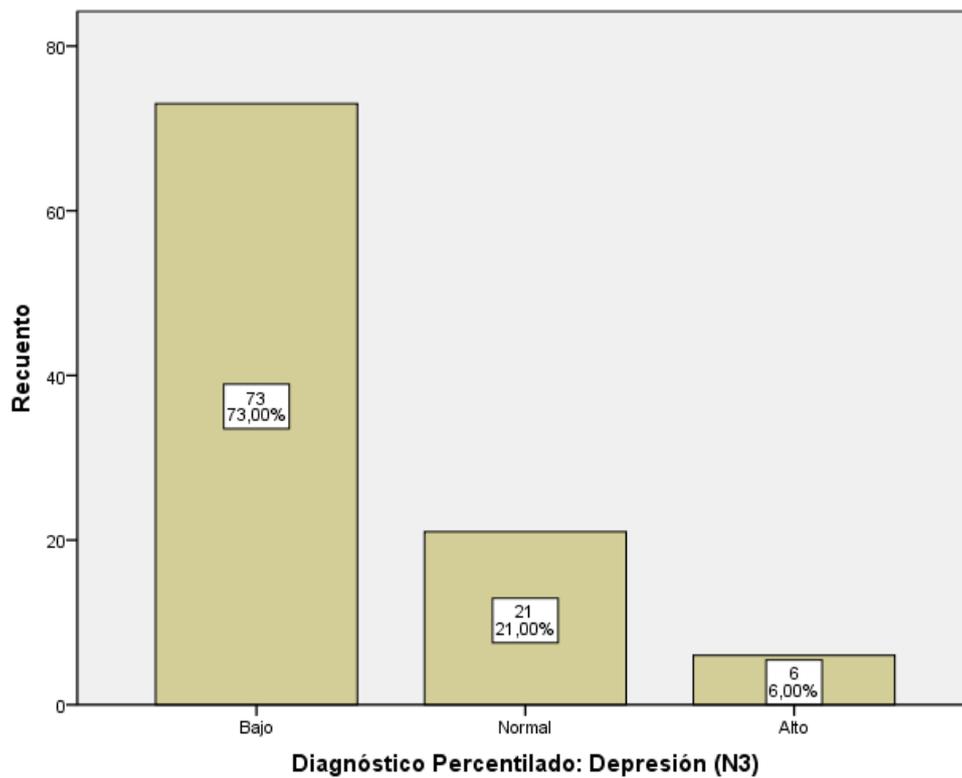
Os militares que participaram neste estudo apresentam 49 (49%). valores baixos para a hostilidade, 24 (24%). valores normais e 12 (12%). valores altos. Ainda que a maioria dos militares pareçam mais moderados, 12% da amostra pontuam alto na hostilidade/agressividade latente.

Figura 28. Frequências e percentagens de Hostilidade



III. 3. 8. DEPRESSÃO

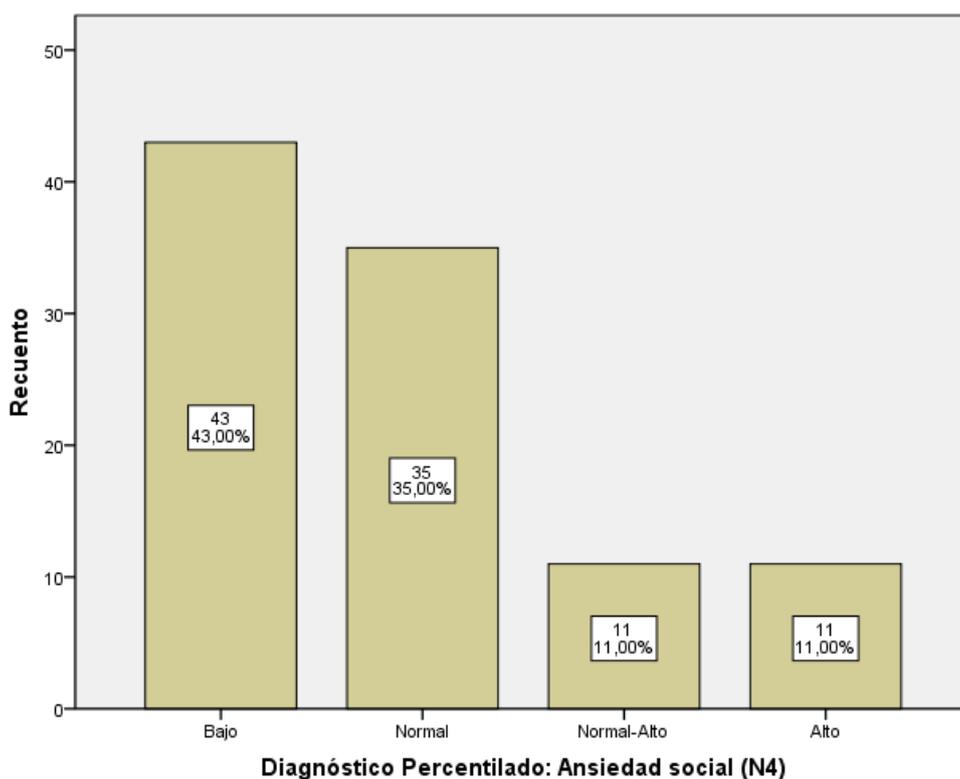
Os valores para a depressão desta amostra encontram-se a 73 (73%). a baixo, 21 (21%). normal e 6 (6%). alto. Com base neste gráfico, podemos perceber que a tendência para a depressão é baixa, embora uma parte apresente alguns sinais e 6 apresente depressão grave, o que pode significar que estas pessoas podem sentir que a vida não vale a pena.

Figura 29. Frequências e percentagens de Depressão

III.3.9. ANSIEDADE SOCIAL

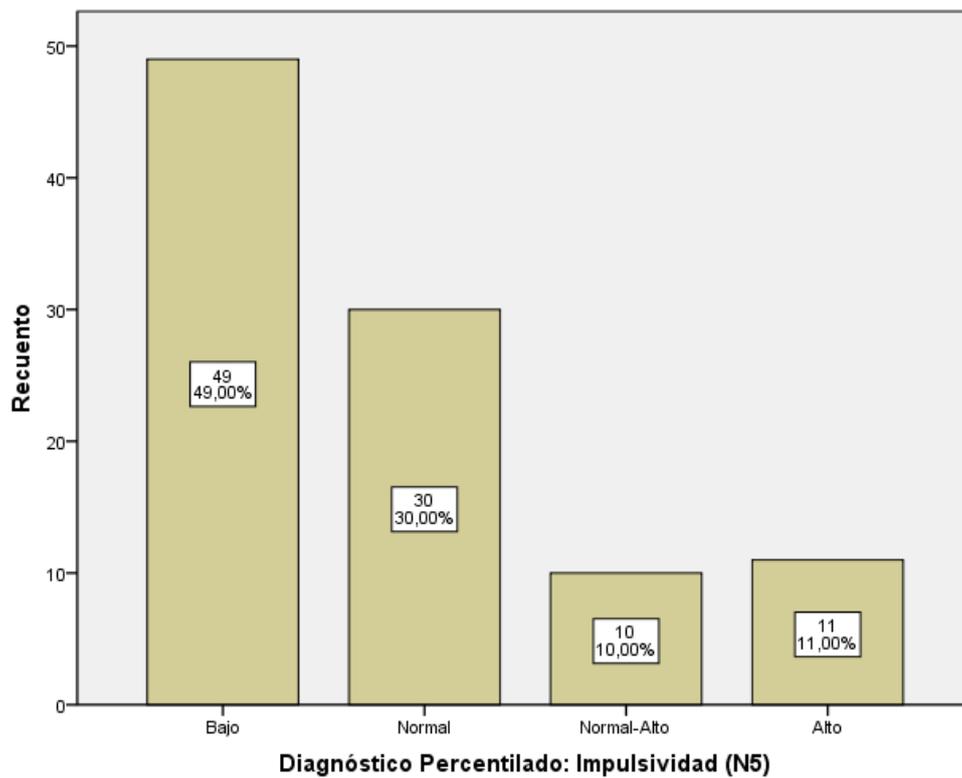
O gráfico aponta para 43 (43%). de valores baixos, 35 (35%). de valores normais e 11 (11%). de valores altos para a ansiedade social. Parece-nos que a nossa amostra não tem necessariamente boas aptidões sociais, mas 43% conseguem interagir socialmente. Os valores são significativos para as dificuldades encontradas pelos militares na interacção social vivendo-a com ansiedade.

Figura 30. Frequências e percentagens de Ansiedade Social



III.3.10. IMPULSIVIDADE

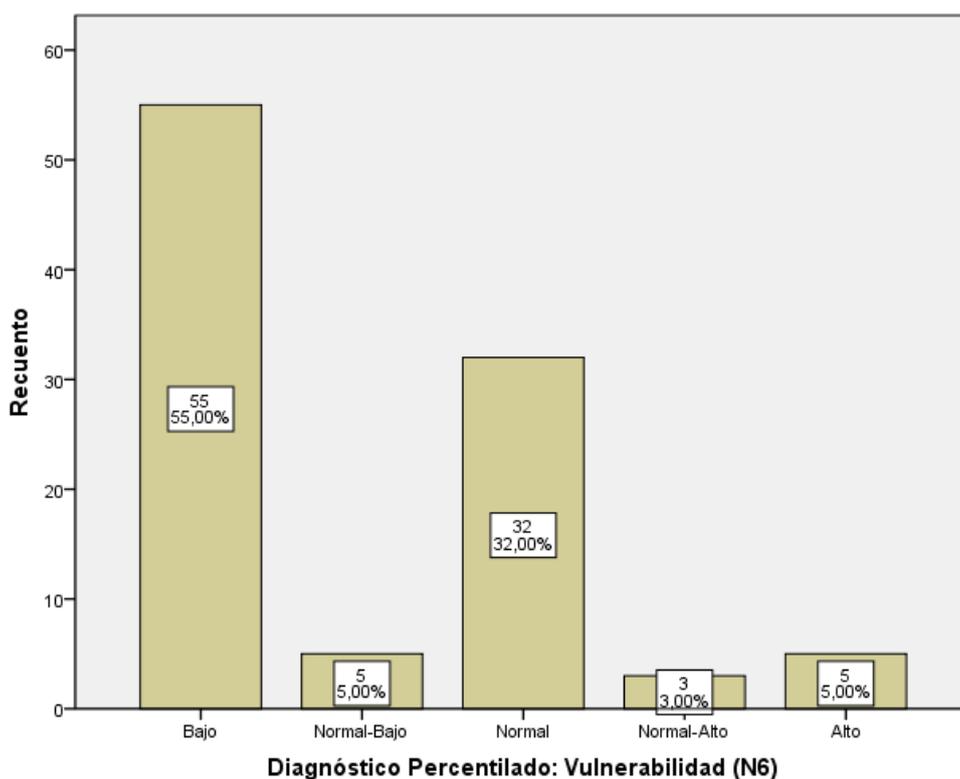
Para a Impulsividade, 49 (49%). apresentam valores baixos, 30 (30%). apresentam valores normais e 11 (11%). apresentam valores altos. Faz-nos pensar que quase metade dos nossos participantes têm capacidade de controlo e de resistência bem como uma razoável tolerância à frustração, mas uma considerável percentagem indica pontuações altas, o que significa lidar com situações de forma impulsiva

Figura 31. Frequências e percentagens de Impulsividade

III.3.11. VULNERABILIDADE

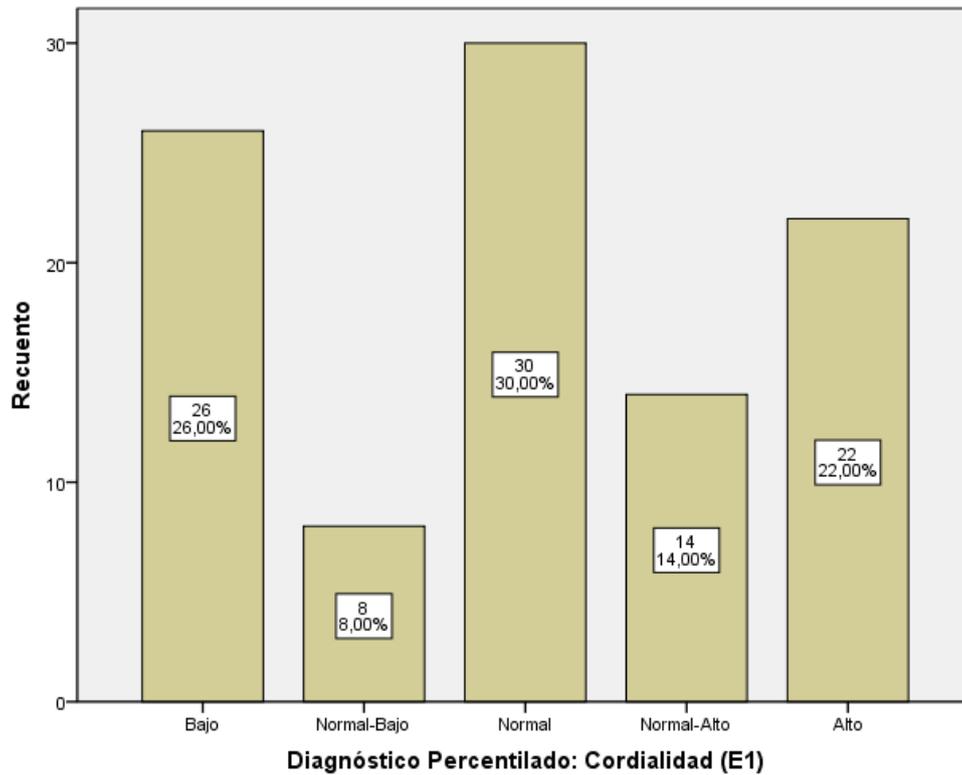
Os participantes desta amostra apresentam valores baixos 55 (55%), valores normais 32 (32%), e valores altos 5 (5%), para a Vulnerabilidade. Parece-nos que o gráfico indica que mais de metade da amostra militar portuguesa recolhida para esta investigação lida bem com situações difíceis, de “cabeça fria”, sendo por isso competentes e resistentes. A restante população apresenta mais dificuldade sendo por isso mais vulneráveis à impulsividade do momento.

Figura 32. Frequências e percentagens de Vulnerabilidade



III.3.12. CORDIALIDADE

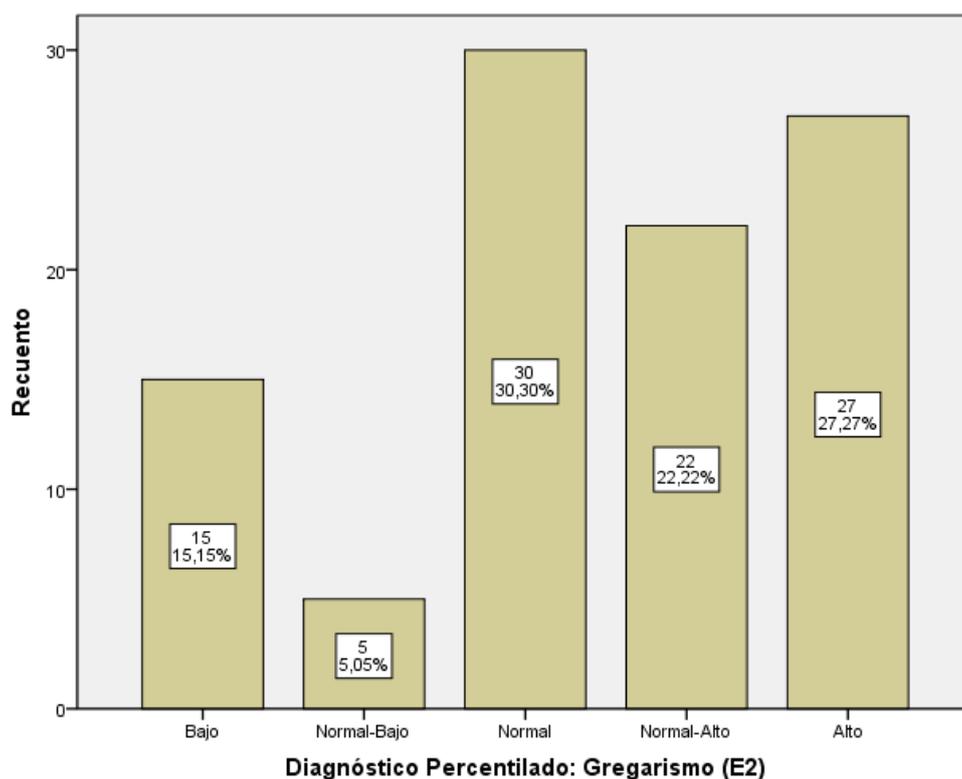
O gráfico identifica valores normais 30 (30%), valores baixos 26 (26%), e valores altos 22 (22%), de Cordialidade. É um gráfico que divide a amostra não sendo por isso muito unânime. Se por um lado o gráfico indica que a amostra é mais conversadora (valores altos), e afectuosa; por outro, indica-nos que uma boa parte (valores baixos), é mais distante e formal.

Figura 33. Frequências e percentagens de Cordialidade

III.3.13. GREGARIEDADE

Com base no gráfico podemos observar valores aproximados entre o normal 30 (30%). e o alto 27 (27%). para a Gregariedade e valores baixos de 15 (15%). Esta faceta está relacionada com o convívio e a interação social. Percebemos atrás que nestas áreas os nossos militares encontram-se um pouco divididos, ou seja, por um lado não se isolam, mas por outro apresentam valores discutíveis que nos fazem repensar sobre este lado relacional dos nossos militares. Aqui, o gráfico indica-nos o mesmo, ou seja, uma parte dos militares gosta de convívios, amizades e procura este contacto social, mas outra parte tende mais ao isolamento e à evitação social.

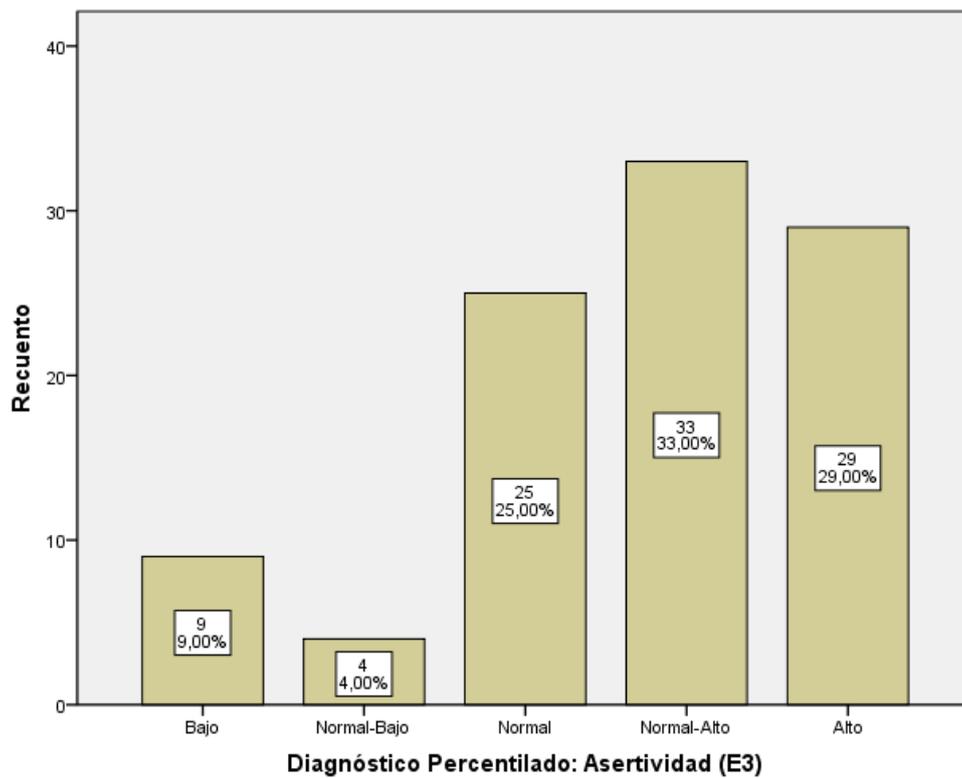
Figura 34. Frequências e percentagens de Gregariedade



III.3.14. ASSERTIVIDADE

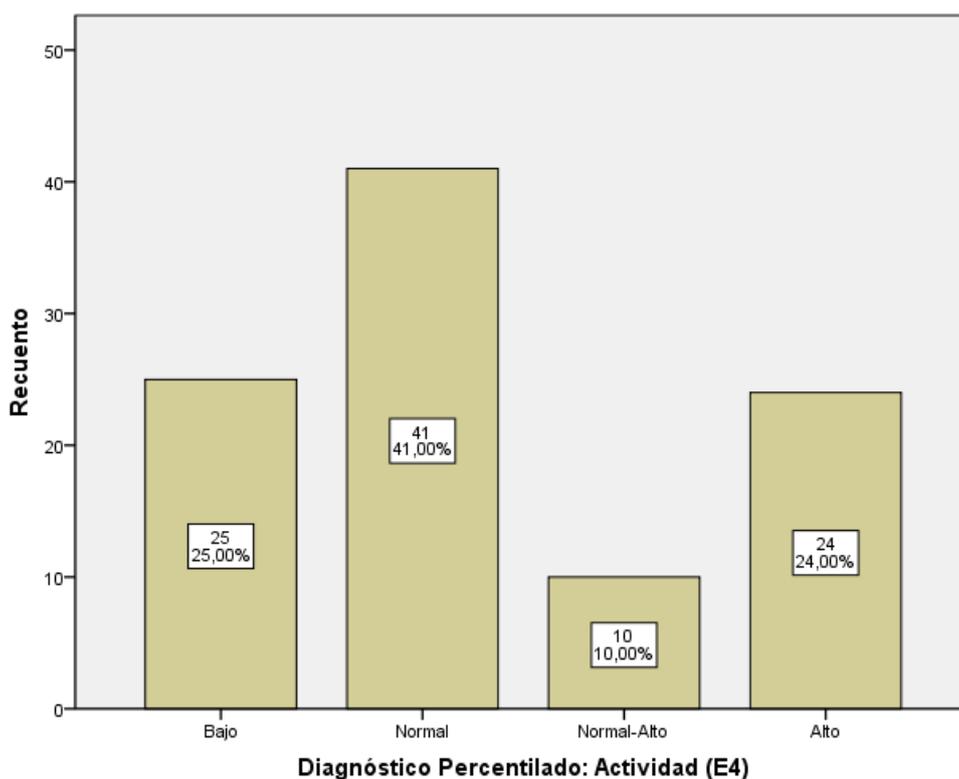
Os valores para a Assertividade são também bastante aproximados entre o normal 25 (25%), e o alto 29 (29%). Participantes com baixos valores de assertividade temos 9 (9%). Os valores altos indicam que existe assertividade, capacidade de decisão e confiança na população estudada. Os valores baixos indicam o oposto.

Figura 35. Frequências e percentagens de Assertividade



III.3.15. ACTIVIDADE

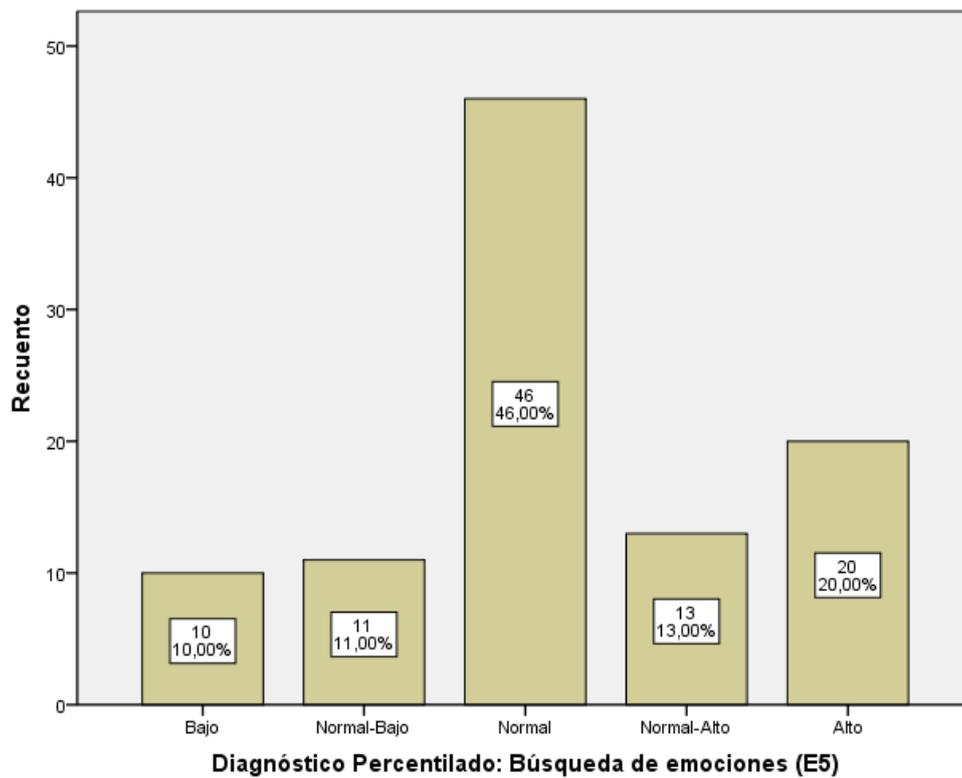
Com base no gráfico podemos observar que 41 (41%) apresenta valores normais, 25 (25%) valores baixos e 24 (24%) valores altos para a Actividade. Esta faceta indica-nos se a amostra é activa, enérgica e vigorosa. Podemos perceber que os valores distribuem-se de forma mais ou menos semelhante entre o normal, baixo e alto, prevalecendo o normal. Ainda assim, não descuidemos os valores baixos e altos que representam uma quase metade (49%) da amostra. Podemos admitir que 25% encontra-se com pouca energia e abatidos, ao passo que 24% encontra-se no extremo oposto, ou seja, com bastante energia e vigorosos.

Figura 36. Frequências e percentagens para Actividade

III.3.16. PROCURA DE EMOÇÕES

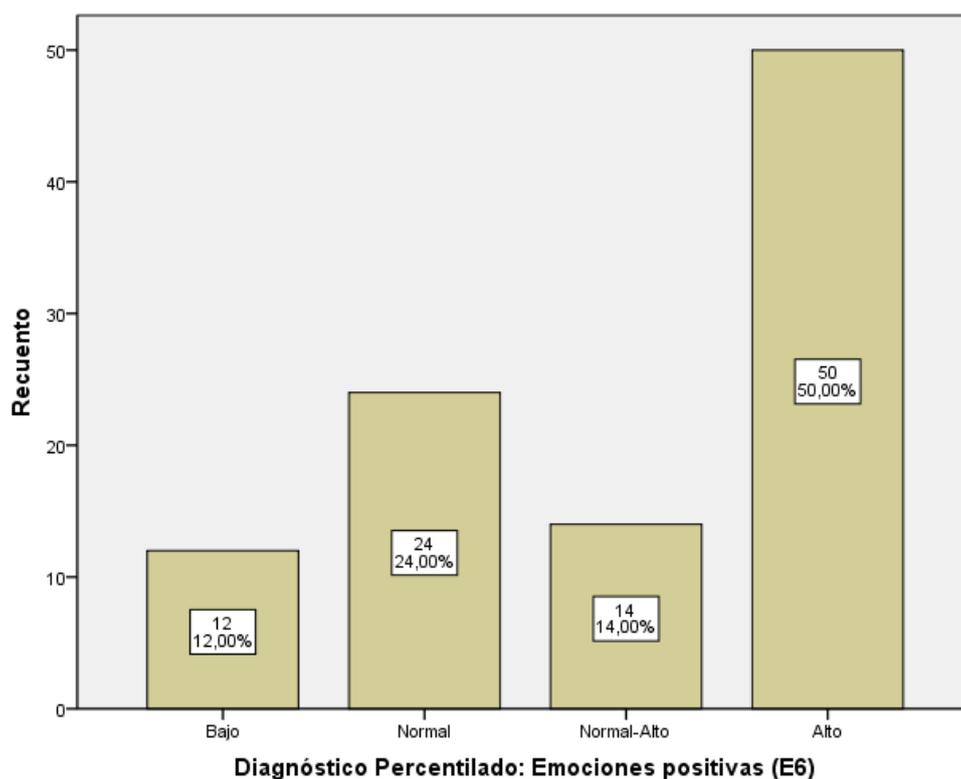
Este gráfico dá-nos a indicação de que quase metade da amostra 46 (46%) apresenta valores normais, 20 (20%) valores altos e 10 (10%) valores baixos. Como já vimos atrás em gráficos anteriores, os militares da nossa amostra são mais ponderados e não gostam muito de arriscar. Nesta faceta, o mesmo é indicado, ou seja, os valores encontram-se maioritariamente no normal. Podemos pensar e confirmar que os valores normais referem-se a militares cujos riscos que podem correr são pensados e a procura de emoções é equilibrada.

Os valores normais-baixos (11%) e baixos (10%) são preocupantes porque são militares com gosto pelo risco ou com comportamentos de risco que poderá relacionar-se, também, com características mais depressivas.

Figura 37. Freqüências e percentagens de Procura de Emoções

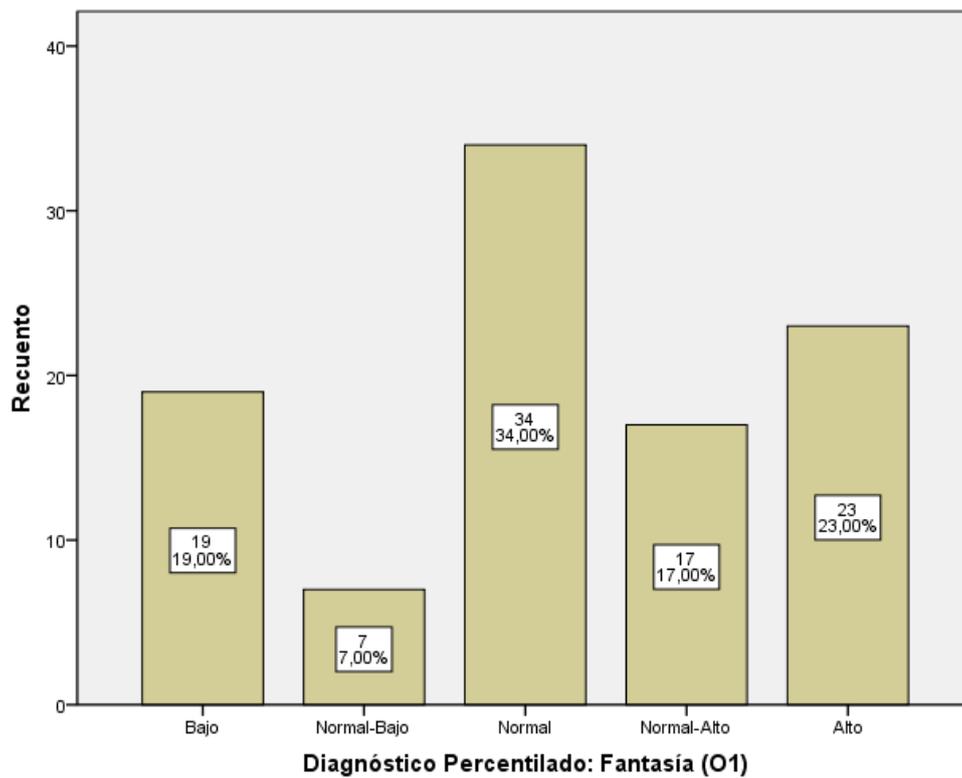
III.3.17. EMOÇÕES POSITIVAS

A apresentação do gráfico remete-nos para a observação nítida de que 50 (50%) da amostra tem valores altos de Emoções Positivas. Com valores normais estão 24 (24%), militares e 12 (12%), apresentam valores baixos. A amostra encontra-se maioritariamente alegre e animada. Existe uma pequena parte, 12% que está mais triste e abatida. Como podemos constatar em praticamente todos os gráficos existe uma pequena parte da amostra que está mais deprimida.

Figura 38. Frequências e percentagens de Emoções Positivas

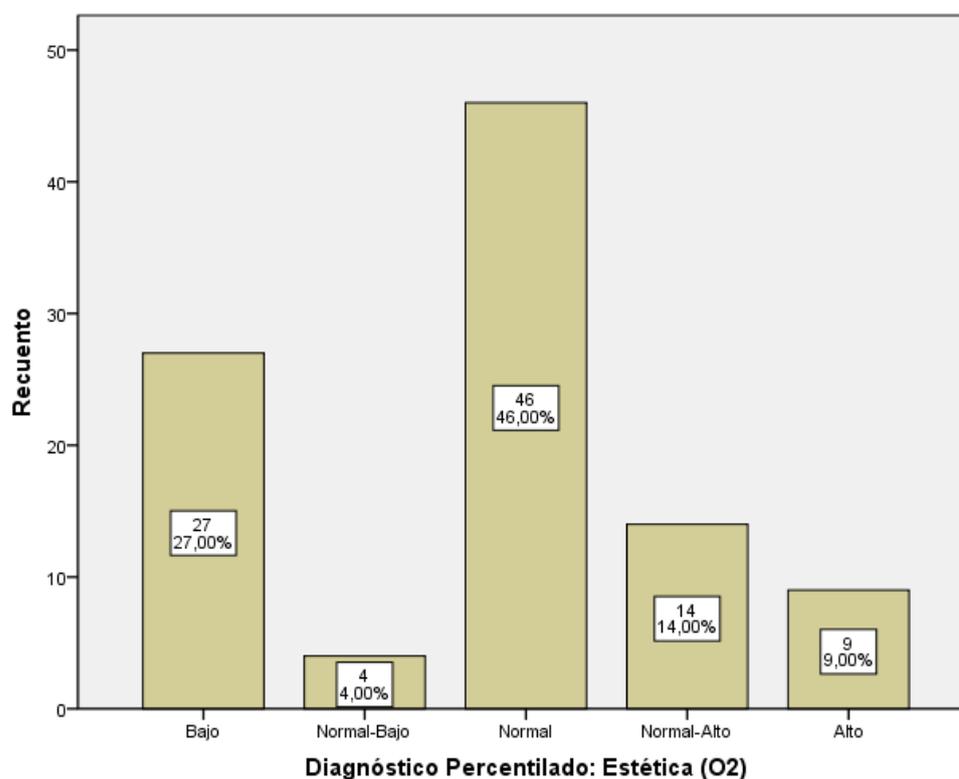
III.3.18. FANTASIA

No que se refere ao gráfico abaixo apresentado, podemos analisar que 34 (34%) da amostra encontram-se em valores normais, seguindo-se 23 (23%) com valores altos e 19 (19%) com valores baixos para a Fantasia. Esta faceta remete-nos para a capacidade de fantasiar e de sonhar acordado. Uma parte está dentro dos valores normais, o que parece ir ao encontro de outras facetas, ou seja, se são pessoas mais “terra-a-terra” e menos criativas, logo, são pessoas que não fantasiam tanto e o que sonham tem uma grande probabilidade de ser concretizado, não ficando apenas pelo mundo da fantasia. Uma outra parte apresenta fraca capacidade de sonhar/fantasiar, como se a vida fosse triste, pouco emocionante e monótona.

Figura 39. Frequências e percentagens da Fantasia

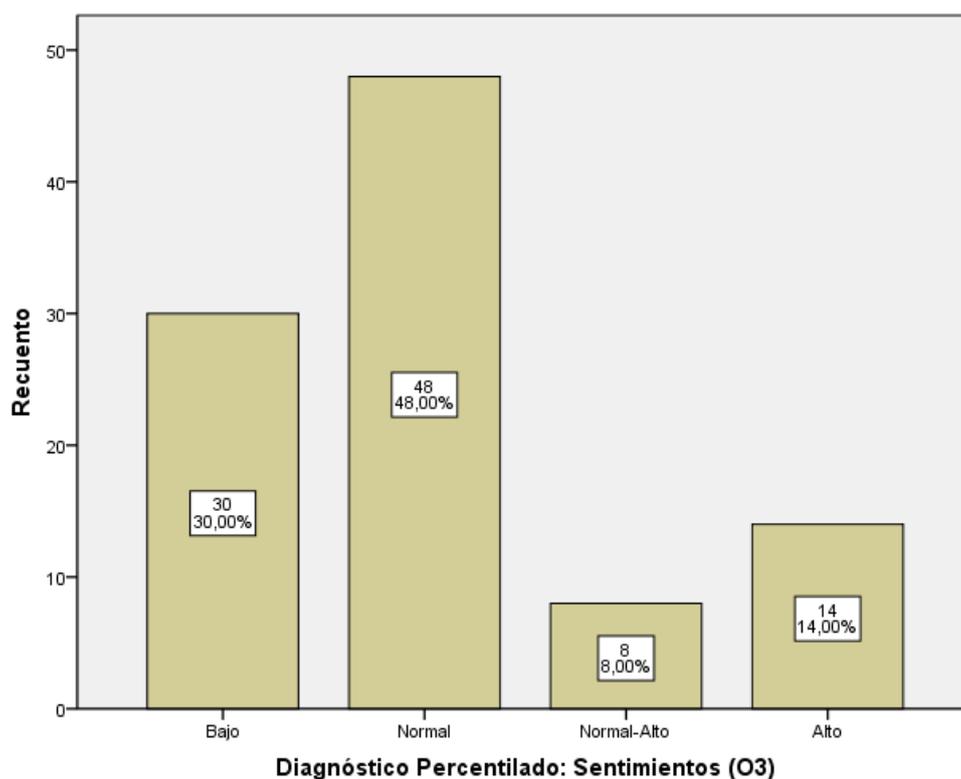
III.3.19. ESTÉTICA

Referente ao gráfico que analisa a Estética, 46 (46%) encontra-se com valores normais, 27 (27%) com valores mais baixos e 9 (9%) com valores altos. Aqui, podemos olhar mais para os valores normais e baixos e avançar com a dedução de que os nossos militares não ligam muito à beleza, à arte ou ao bom gosto.

Figura 40. Frequências e percentagens para Estética

III.3.20. SENTIMENTOS

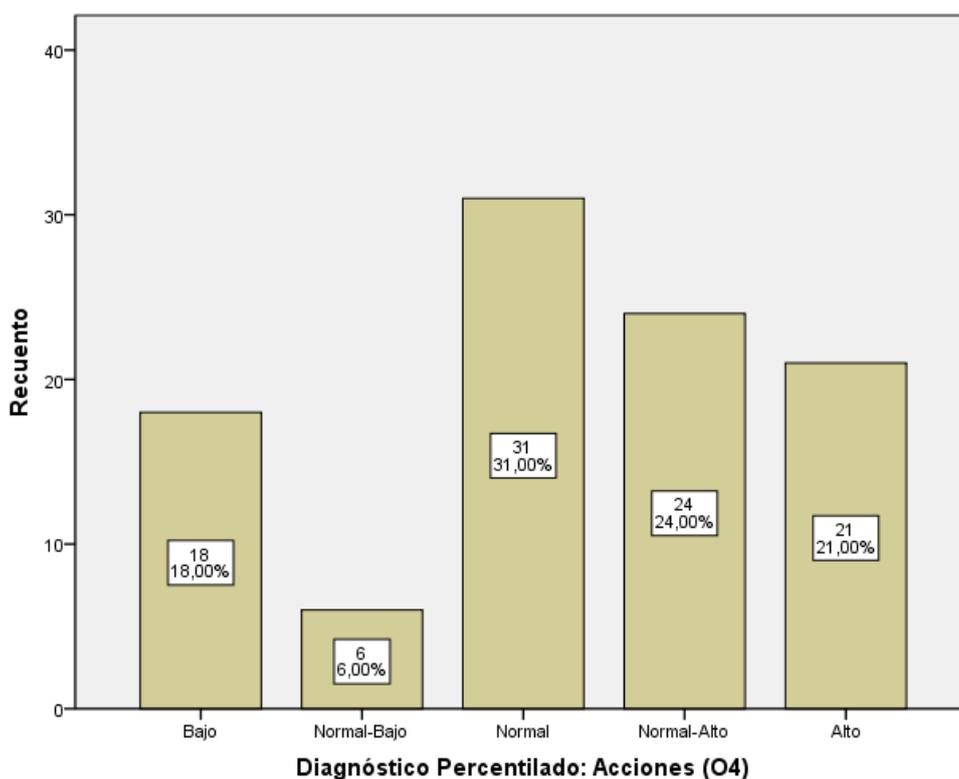
Aqui, podemos observar que quase metade 48 (48%). dos participantes encontram valores normais, 30 (30%). com valores baixos e 14 (14%). com valores altos. A amostra estudada apresenta alguma indiferença relativamente aos diferentes estados emocionais. Atribuem importância limitada e relativa às emoções. Esta faceta contraria as emoções positivas (faceta anterior)., mas como foi referido não nos podemos esquecer que em praticamente todos os gráficos existe uma percentagem que não se encontra satisfatoriamente alegre. Facto este que nos faz pensar sobre esta faceta como uma faceta que nos indica alguma limitação na capacidade de experienciar emoções da população, sendo que os valores baixos são significativos.

Figura 41. Frequências e percentagens para Sentimentos

III.3.21. ACÇÕES

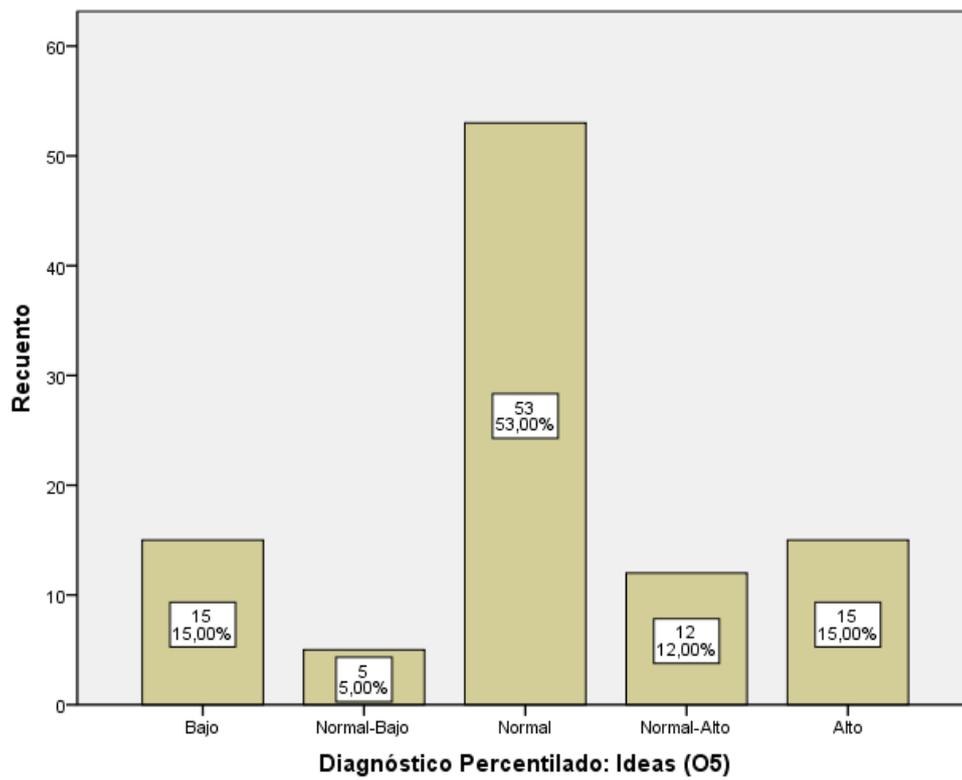
No que se refere às Acções, a amostra apurada indica-nos que 31 (31%) encontra-se dentro dos valores normais, 21 (21%) com valores altos e 18 (18%) com valores baixos. Uma parte dos militares da investigação encontram-se à procura de novidade e de coisas novas para fazer, ao passo que outra parte pode sentir que a vida é desprovida de novidade e de emoções, conforme vimos numa faceta anterior.

Figura 42. Frequências e percentagens de Acções



III.3.22. IDEIAS

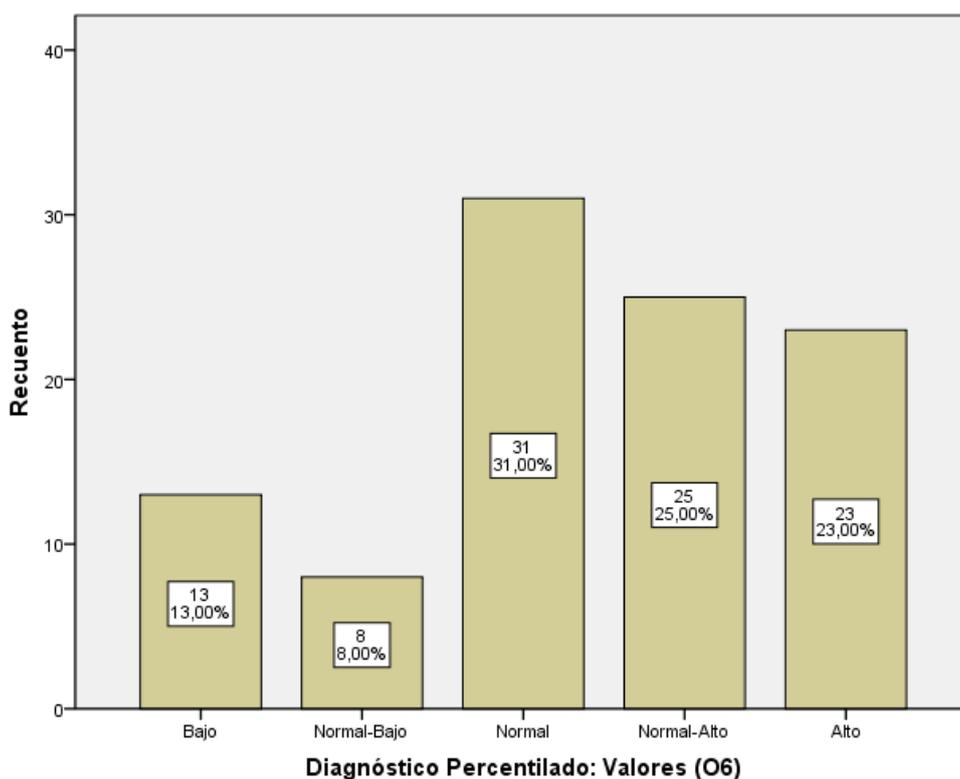
Observado este gráfico é possível perceber que mais de metade 53 (53%). apresentam valores normais, 15 (15%). apresentam valores baixos e igualmente 15 (15%). valores altos. Esta faceta remete-nos mais para o lado intelectual dos militares. Podemos perceber que mais de metade encontra-se em valores razoáveis. Aqui não há valores muito altos nem valores muito baixos.

Figura 43. Frequências e percentagens para Ideias

III.3.23. VALORES

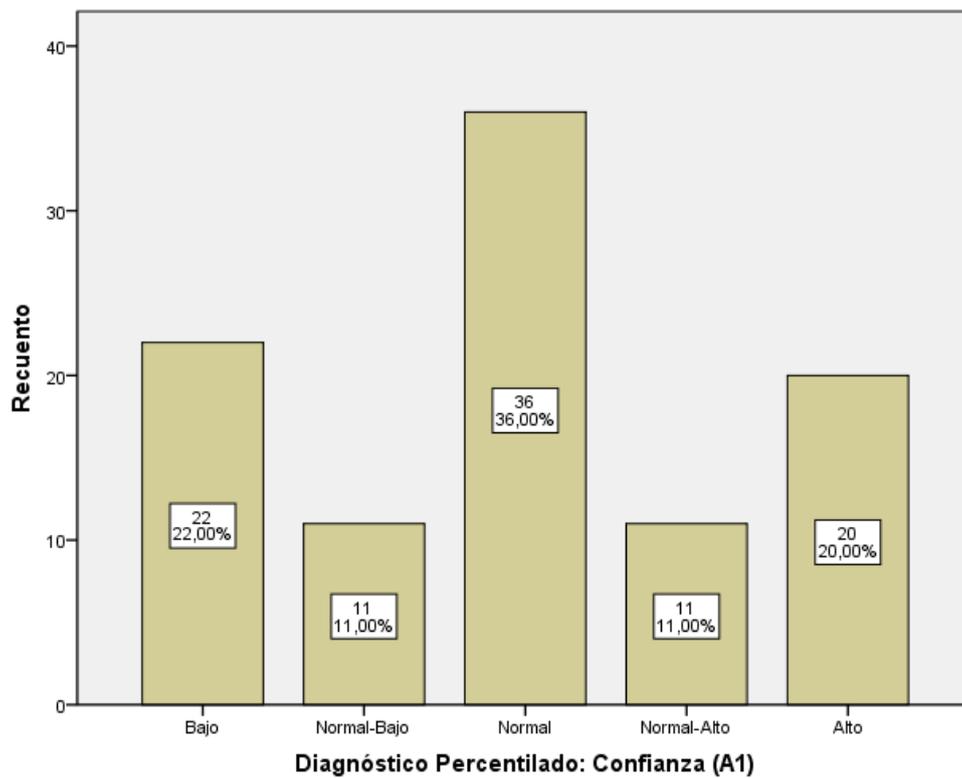
Os participantes demonstram ter 31 (31%). valores normais, 23 (23%). valores altos e 13 (13%). valores baixos. Esta faceta remete-nos para os valores sociais e o gráfico indica-nos que a maioria da população distribui-se por valores normais e altos.

Figura 44. Frequências e percentagens para Valores



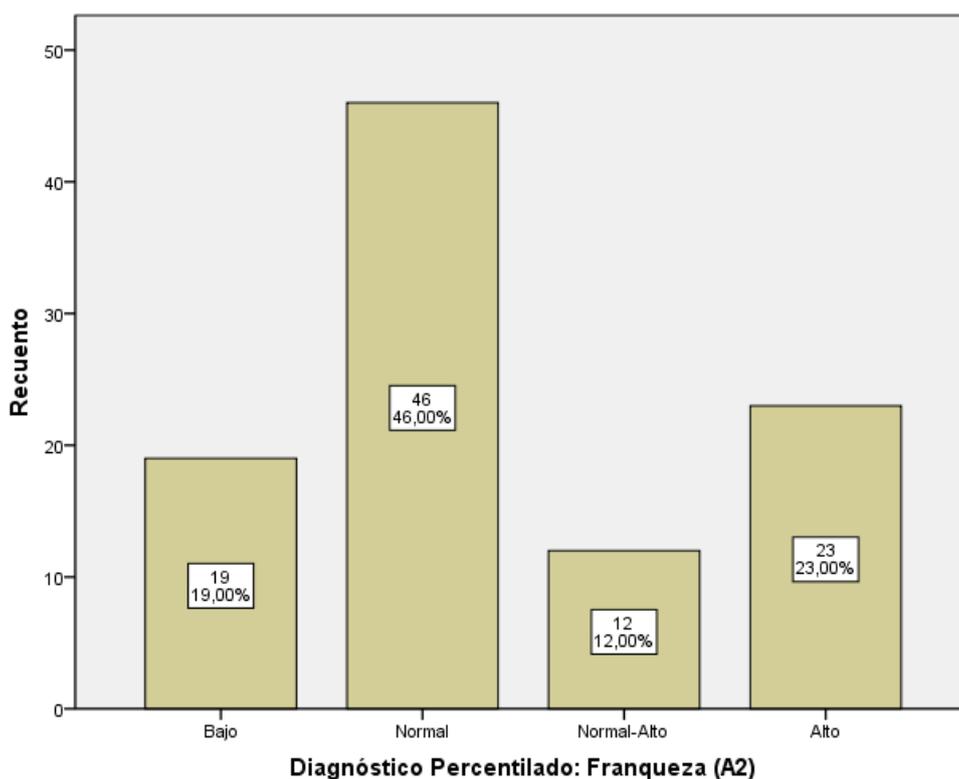
III.3.24. CONFIANÇA

A amostra estudada aponta valores normais 36 (36%), valores baixos 22 (22%), e valores altos 20 (20%), conforme nos demonstra o gráfico. Esta faceta remete para a confiança nos outros. Podemos perceber que os nossos militares não são pessoas que tenham uma atitude de confiança no outro, 22% são desconfiados e 36% encontra-se dentro de valores razoáveis. Apenas 20% confia nos outros.

Figura 45. Frequências e percentagens para a Confiança

III.3.25. FRANQUEZA

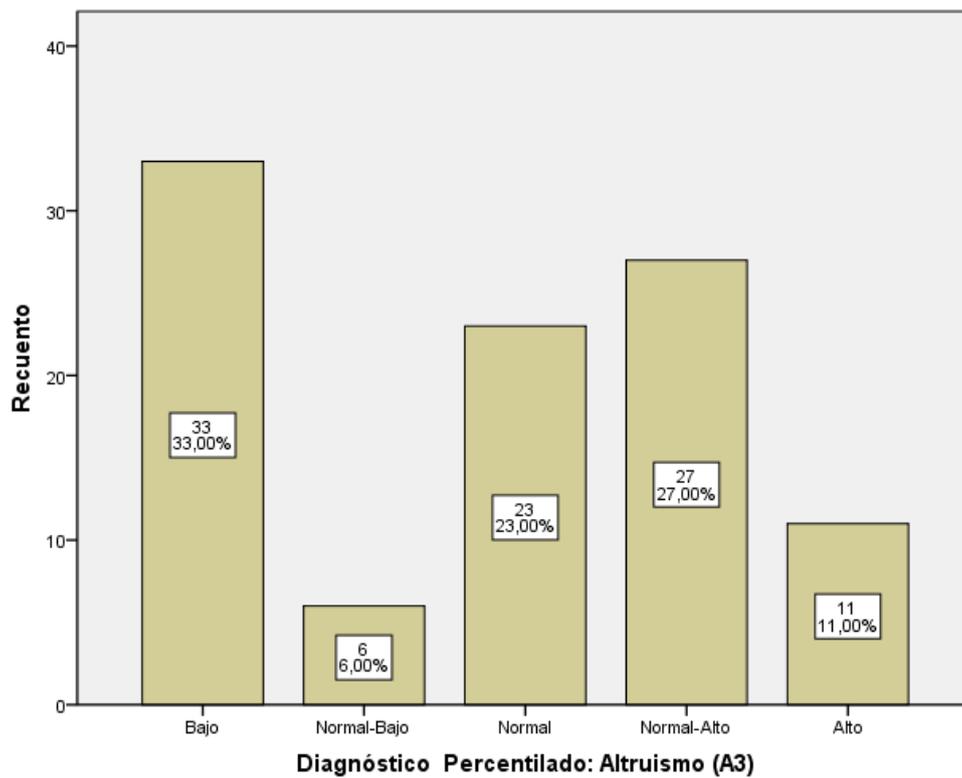
O gráfico indica-nos valores normais 46 (46%), valores altos 23 (23%). e valores baixos 19 (19%). para a franqueza. Quanto à franqueza, podemos perceber que uma boa parte encontra-se em valores normais e podemos afirmar que 23% são pessoas francas e 19% o oposto.

Figura 46. Frequências e percentagens para a Franqueza

III.3.26. ALTRUÍSMO

Os participantes apontam para valores baixos 33 (33%). de altruísmo. Em menor número estão os valores normais 23 (23%). e 11 (11%). valores altos. Esta faceta vem levantar algumas dúvidas quanto ao espírito de ajuda ao próximo e à preocupação com os outros. Sabemos que os militares, principalmente os que partem em missão, têm a função de protecção e de ajuda ao próximo. Este gráfico indica-nos que 33% não é altruísta e apenas 11% (minoría). da amostra é que tem mais este espírito de sacrifício e ajuda ao outro. Questionamo-nos então, sobre quais as motivações destes militares para realizarem missões de apoio à paz.

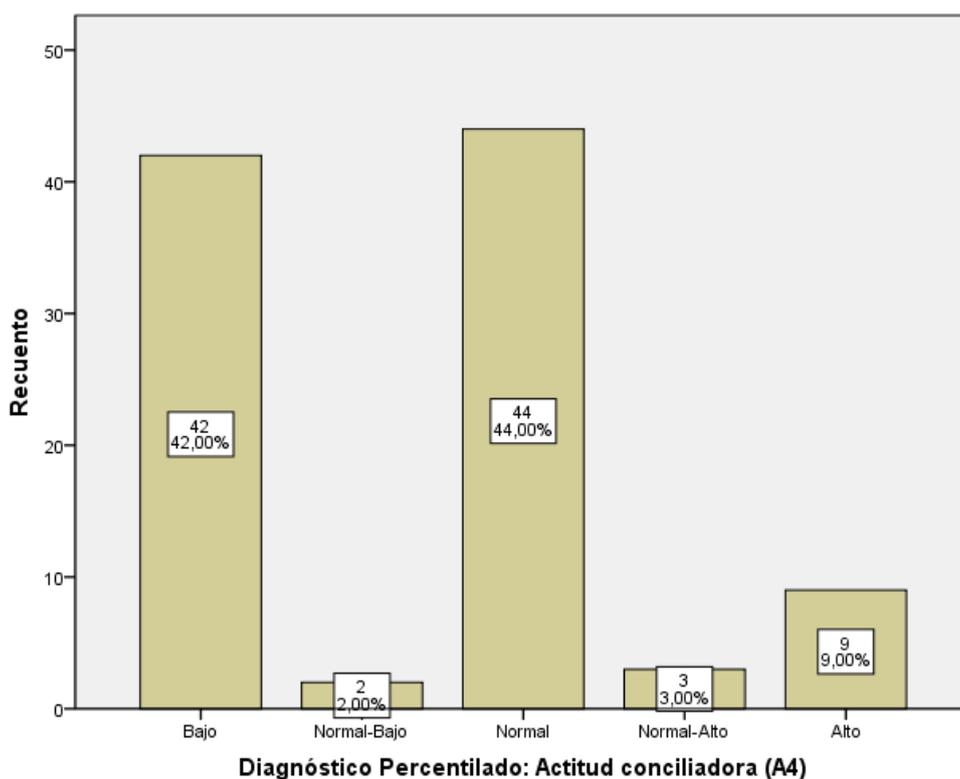
Figura 47. Frequências e percentagens para Altruísmo



III.3.27. ATITUDE CONCILIADORA

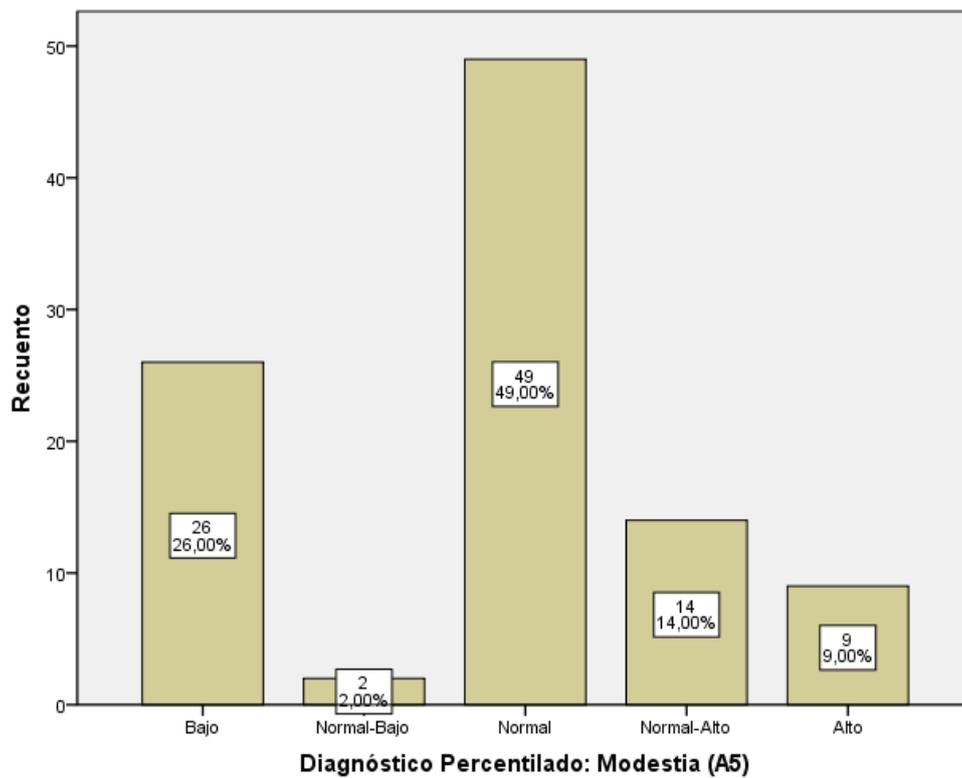
Os militares deste estudo têm 44 (44%) valores normais, muito próximo com 42 (42%). têm valores baixos e apenas 9 (9%) têm valores altos. A atitude conciliadora remete-nos para a procura de resolução de conflitos e de procura da paz entre as pessoas. A maioria apresenta valores baixos o que nos faz pensar em pessoas mais contestatárias e com algum gosto pela competição, o que deve complicar a vivência em missão no que toca à gestão e resolução de conflitos. Apenas 9% revela uma atitude conciliadora. Isto revela alguma atitude antagónica perante a sua profissão, conforme vimos na faceta anterior.

Figura 48. Frequências e percentagens para Atitude Conciliadora



III.3.28. MODÉSTIA

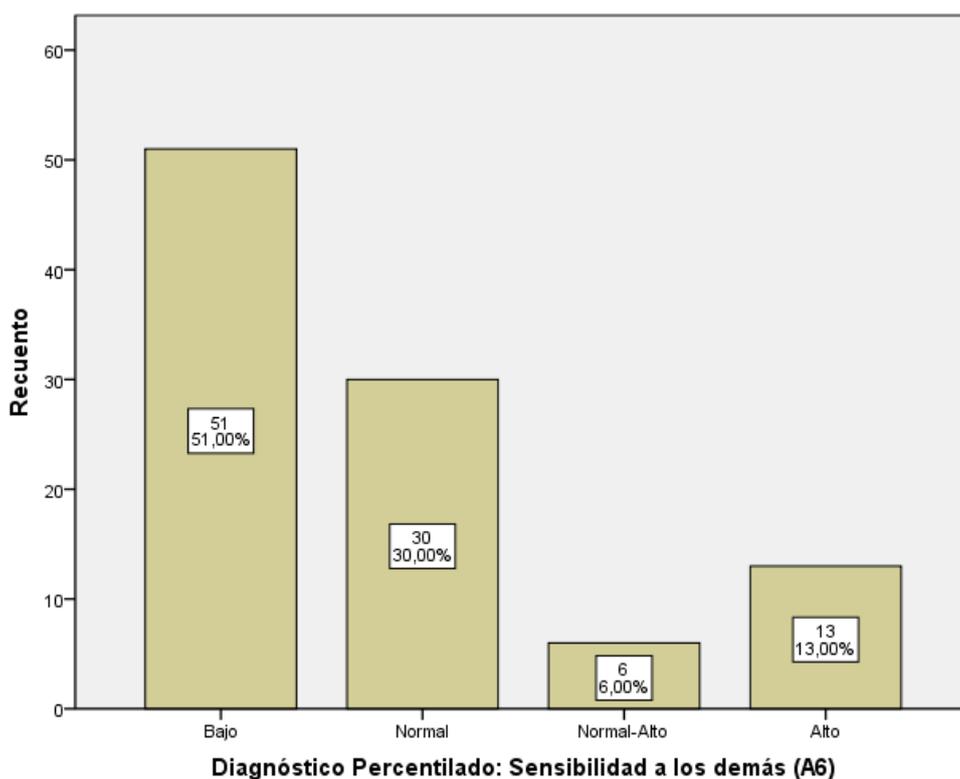
Quanto à modéstia, os militares apresentam 49 (49%). valores normais valores baixos 26 (26%). e valores altos 9 (9%). Talvez fosse esperado para esta faceta valores mais altos de modéstia, mas a verdade é a maioria apresenta valores normais e 26% de baixa modéstia. Isto faz-nos pensar no lado mais narcísico da população, conforme vimos na faceta amabilidade.

Figura 49. Frequências e percentagens para a Modéstia

III.3.29. SENSIBILIDADE PARA COM OS OUTROS

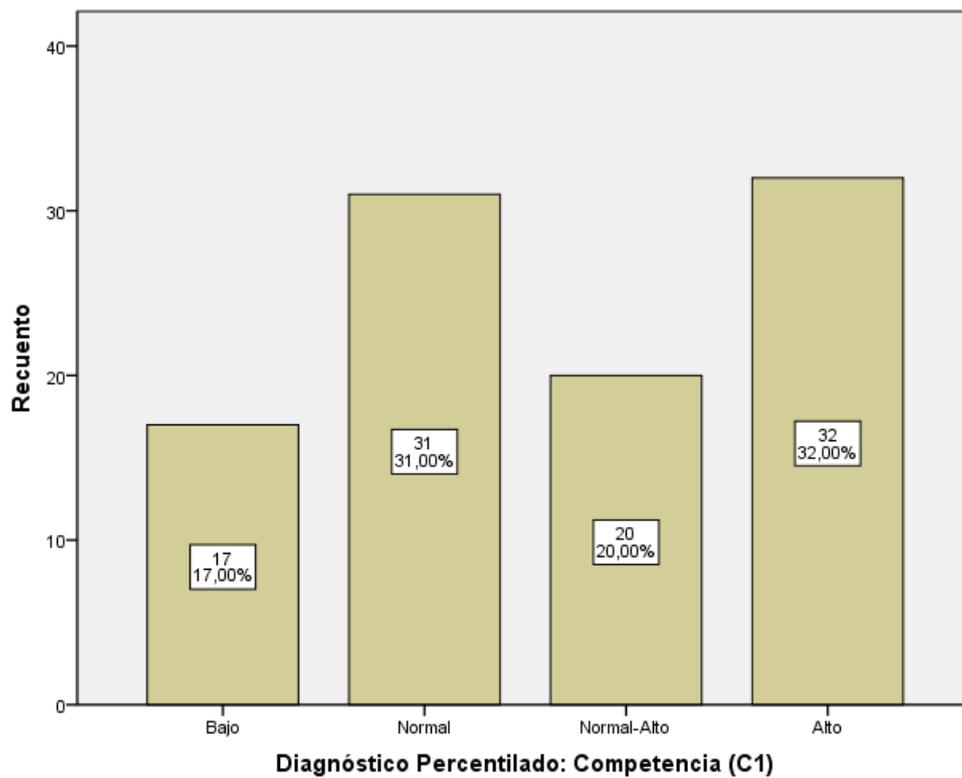
No que se refere a esta faceta, os participantes demonstram ter níveis mais baixos 51 (51%), níveis normais 30 (30%), e níveis altos 13 (13%). Esta faceta refere valores baixos para a sensibilidade para com os outros, apresentando um perfil mais racional e narcísico no relacionamento com os outros. Relacionado com outras facetas podemos perceber que o relacionamento interpessoal é algo que merece ser estudado mais a fundo.

Figura 50. Frequências e percentagens para a Sensibilidade



III.3.30. COMPETÊNCIA

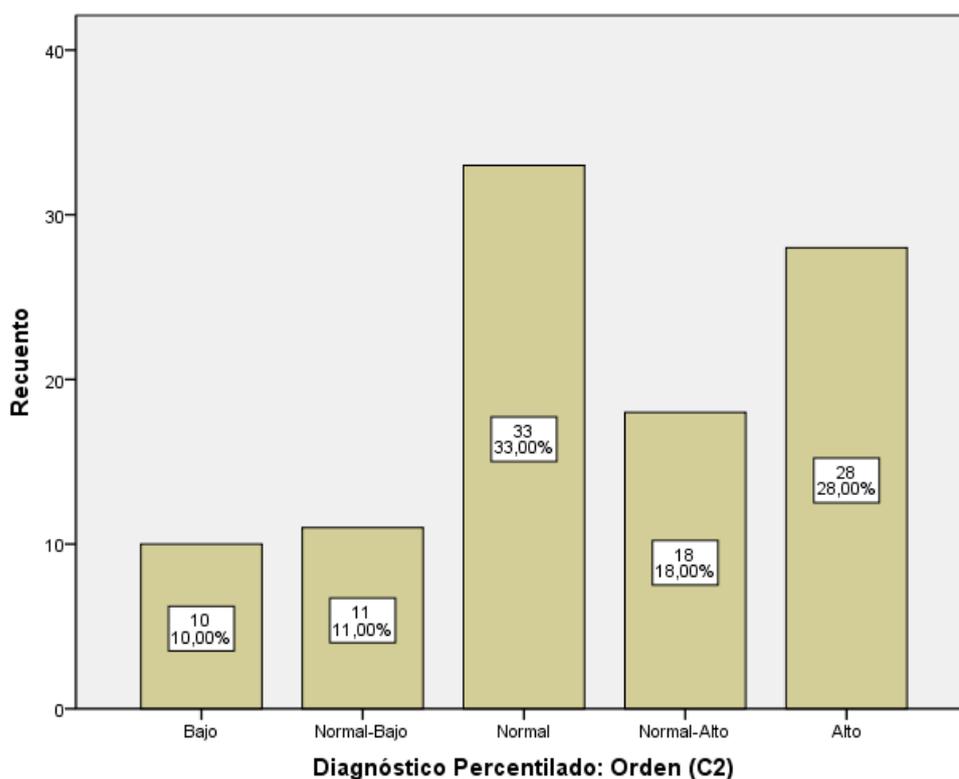
Segundo os resultados para esta faceta, os militares deste estudo apresentam valores aproximados entre o alto 32 (32%), e o normal 31 (31%). Apenas 17 (17%) apresentam valores baixos. A competência apresentada no gráfico, remete-nos para militares com aptidões para lidar com situações de vida devido aos valores normais e altos serem os que mais se destacam. Claramente continua a existir uma percentagem (17%), que revela incapacidades nesta área.

Figura 51. Frequências e percentagens para a Competência

III.3.31. ORDEM

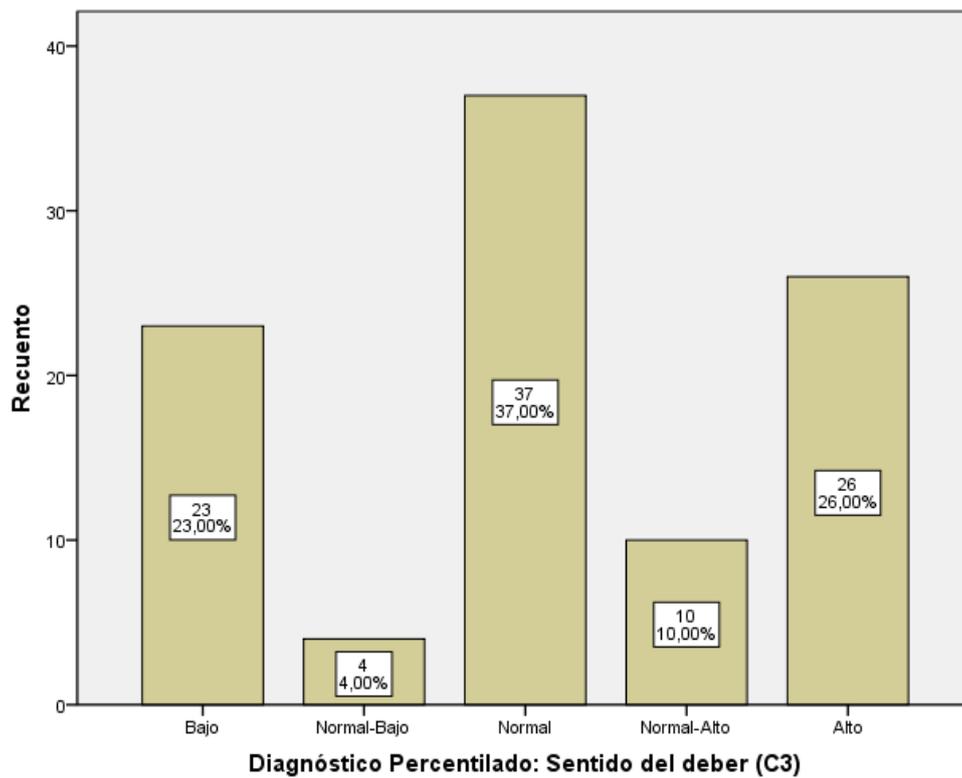
Para a faceta “Ordem”, os participantes revelam estar dentro do normal 33 (33%), outros 28 (28%). com valores altos e apenas 10 (10%). com valores baixos. Podemos afirmar que a maioria dos militares da nossa investigação gosta de ambientes limpos, de organização, de ordem e de ver tudo no seu devido lugar, ao passo que 10% são mais desorganizados e não se importam de conviver com o caos.

Figura 52. Frequências e percentagens para a Ordem



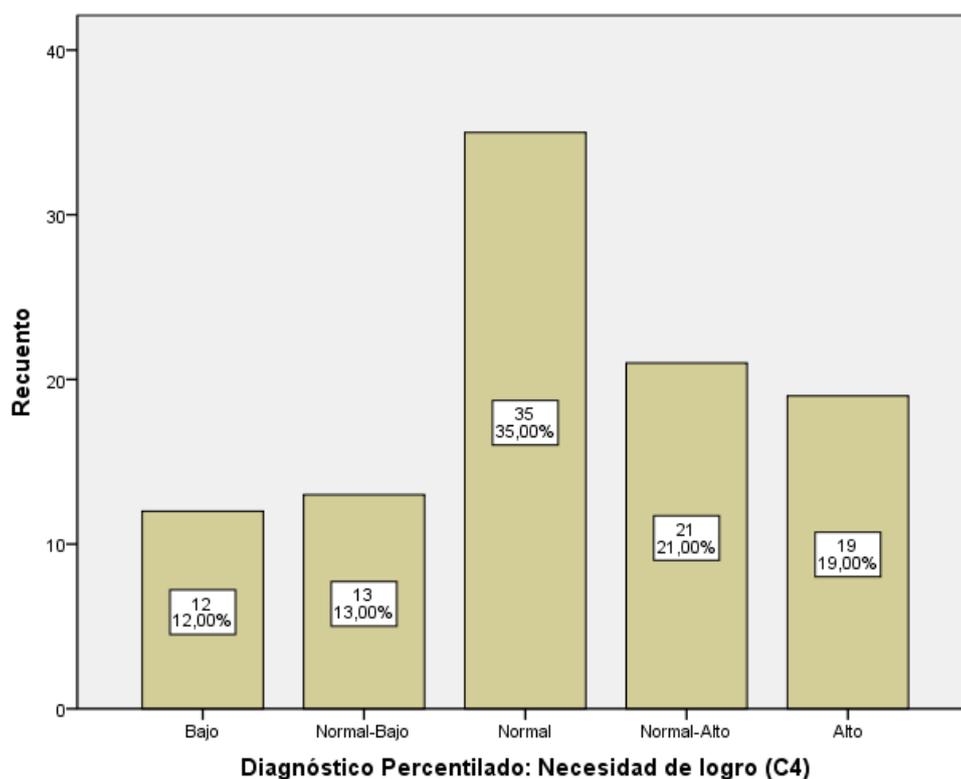
III.3.32. SENTIDO DO DEVER

Os militares têm um sentido de dever dentro dos valores normais 37 (37%), a seguir 26 (26%). têm valores altos e 23 (23%). com valores baixos. Esta faceta remete-nos para as obrigações éticas e morais. É perceptível que existe uma maior concentração nos valores normais e alguma tendência para os valores altos. Esta faceta é sentida com alguma preponderância na amostra estudada, ainda que 23% não tenha grande sentido do dever.

Figura 53. Frequências e percentagens do Sentido do Dever

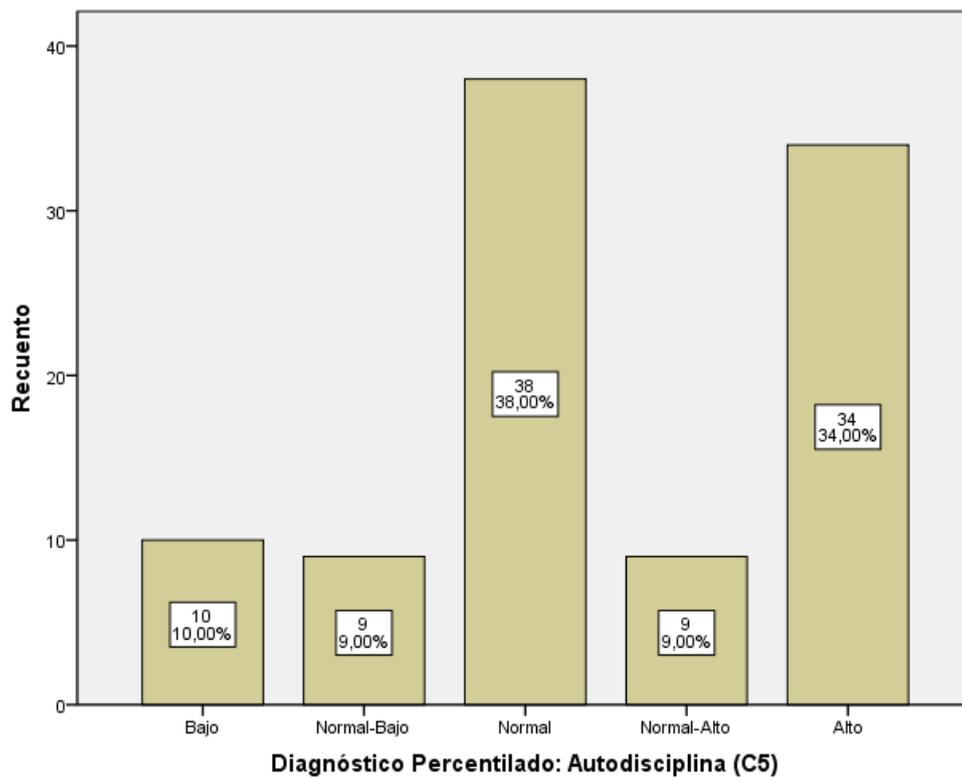
III.3.33. NECESSIDADE DE RECONHECIMENTO

Para esta faceta, os militares encontram-se maioritariamente nos valores normais 35 (35%), 19 (19%). nos valores altos e 12 (12%). nos valores baixos. Os nossos militares apresentam forte necessidade de reconhecimento (valores normais e altos). São por isso motivados para a realização dos seus objectivos de forma a serem reconhecidos pelo que fazem. Uma percentagem não demonstra interesse no reconhecimento, estando mais desmotivados e executando as tarefas com alguma obrigação.

Figura 54. Frequências e percentagens para a Necessidade de Reconhecimento

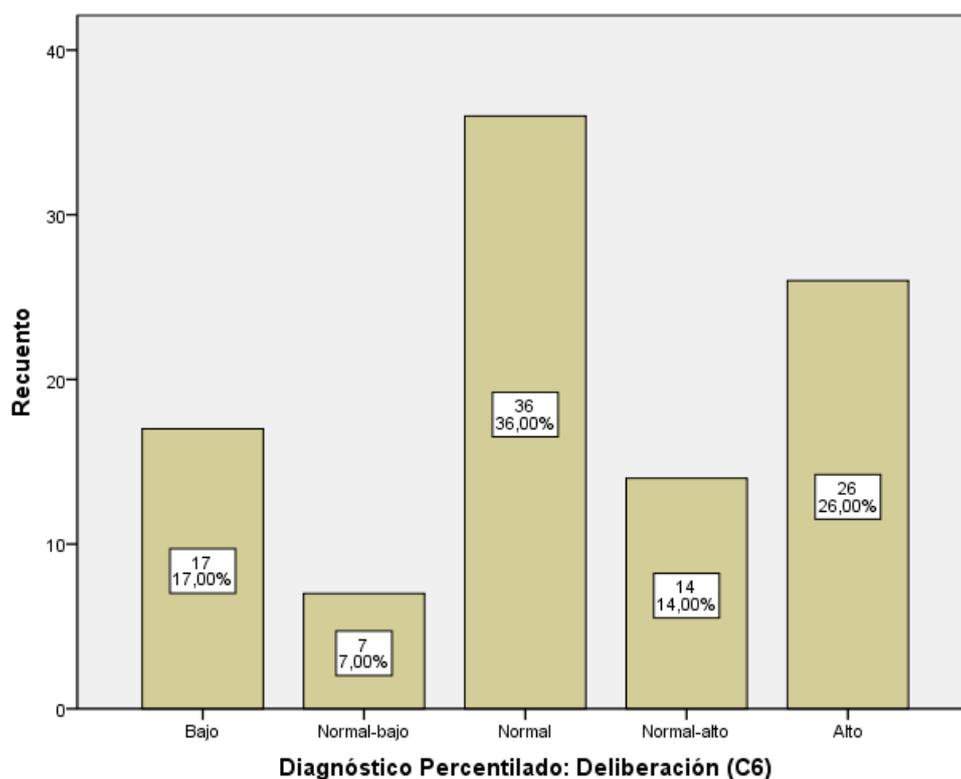
III.3.34. AUTODISCIPLINA

No que toca à autodisciplina, os participantes em estudo apresentam valores normais 38 (38%). e valores altos 34 (34%). em maior destaque, ficando apenas 10 (10%). com valores baixos. Esta faceta parece relacionar-se com a anterior, na medida em que uma pode levar à outra. Há assim autodisciplina e motivação (valores normais e altos). para conseguirem o que pretendem, bem como para uma percentagem (valores baixos). não há motivação por não necessitarem de reconhecimento.

Figura 55. Frequências e percentagens para a Autodisciplina

III.3.35. DELIBERAÇÃO

Neste último gráfico podemos observar valores normais 36 (36%), seguindo-se os valores altos 26 (26%), e os valores baixos 17 (17%). Esta última faceta relaciona-se com facetas anteriores que nos diziam que os militares são pessoas mais ponderadas nas suas decisões e mais “terra-a-terra”. Assim, os valores normais e altos indicam cautela no pensamento e ponderação antes de agir. Uma percentagem reage mais por impulso, mas menos com ponderação.

Figura 56. Frequências e percentagens para a Deliberação

Os resultados no NEO-PI-R parecem ir ao encontro das características de personalidade mais recentes e actuais. Provavelmente dar-nos-á mais informações de características relacionadas com a missão (por ser a última experiência). e com a própria experiência na instituição militar. Factores como o tipo de contrato estabelecido entre o militar e o Exército Português, a formação recebida, o facto de ser uma instituição mais fechada (vida militar). e controlada podem estar relacionados com os resultados alcançados pelo NEO-PI-R.

De uma forma mais profunda e duradoura no tempo, temos os resultados da prova projectiva que se segue, que realça as características mais profundas e mais estáveis de personalidade. Aqui, o que salta mais à vista e que se relaciona com o NEO-PI-R são os valores muito elevados de CDI (dificuldades no relacionamento interpessoal – Índice de Exner). bem como a dificuldade em estabelecer ligações/relações (lado

afectivo). Chamamos aqui a atenção para a existência de uma realidade militar ou vida militar (espaço mais controlado). e uma realidade/vida civil (mais diversidade nas relações, logo menos controlo). Seguem então os resultados do Rorschach, dos Cartões Projectivos JRI e logo depois os Índices de Exner.

III.4. VARIÁVEIS RORSCHACH E VARIÁVEIS CARTÕES PROJECTIVOS JRI

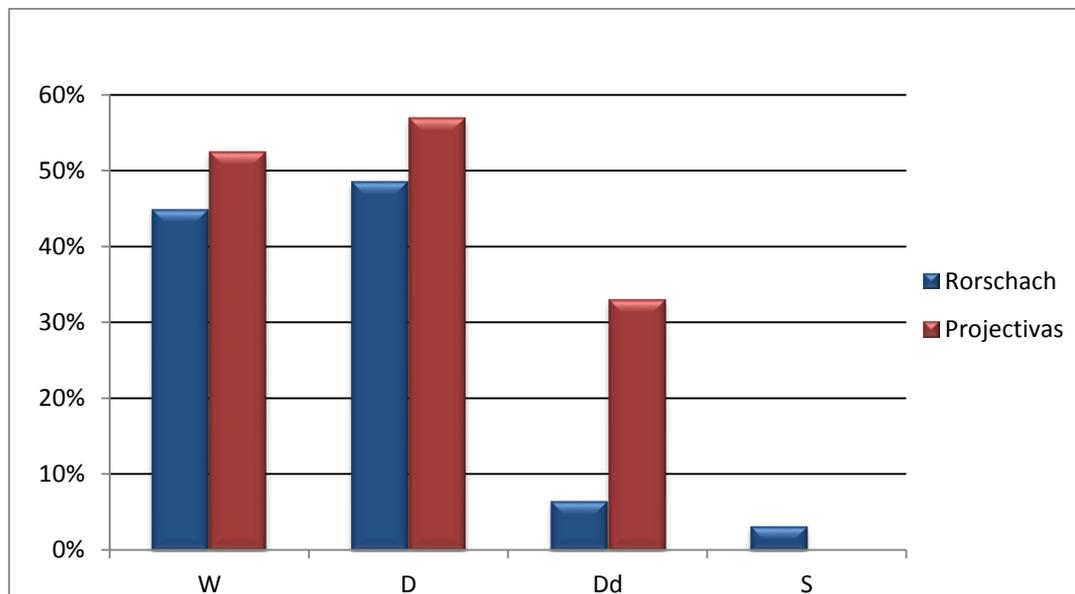
Pretende-se com este capítulo descrever a comparação entre os principais resultados do Psicodiagnóstico Rorschach com os principais resultados dos Cartões Projectivos JRI. Para prosseguirmos com esta comparação e porque falamos em percentagens, temos de ter em linha de conta que o Rorschach conta com 10 cartões e os Cartões Projectivos com 3. Além deste facto, não nos podemos olvidar que a média de respostas ao Rorschach foi de **16,46** e a média de respostas aos Cartões Projectivos JRI foi de **4,29**.

III.4.1. LOCALIZAÇÕES

O primeiro gráfico deste capítulo representa as percentagens médias de localizações ao Rorschach e aos Cartões Projectivos JRI. Olhando para o gráfico, percebemos o modo de apreensão da mancha em W (resposta de apreensão global), D (resposta de apreensão em detalhe), e Dd (resposta de apreensão em pequeno detalhe). é consideravelmente superior nos Cartões Projectivos JRI que no Rorschach. O modo de apreensão em Dd é substancialmente superior nos Cartões Projectivos JRI, o que nos indica que os sujeitos da nossa amostra apreciam mais os pequenos detalhes da mancha, são mais analíticos e encontram mais facilmente respostas nestes cartões em

comparação com os de Rorschach que a tendência principal é apreciar a mancha na sua totalidade.

Figura 57. Percentagens Médias das Localizações



Nota: W = Resposta Global; D = Resposta Detalhe; Dd = Resposta pequeno detalhe; S = Resposta Espaço em Branco

Por outro lado, S (resposta de apreensão em espaço em branco), apenas surge no Rorschach. Isto, parece-nos indicar que há mais tendência para interpretar o espaço em branco nas manchas Rorschach que nas manchas dos Cartões Projectivos JRI. Facto este que deve ter origem na própria configuração das manchas, permitindo às de Rorschach maiores interpretações nos espaços em branco de cada mancha.

III.4.2. QUALIDADE DE DESENVOLVIMENTO

A Qualidade de Desenvolvimento das respostas dadas ao protocolo são igualmente superiores nos Cartões Projectivos JRI que no Rorschach. A Qualidade de Desenvolvimento relaciona-se com a qualidade do processamento da informação. A interpretação desta qualidade de processamento de informação é distribuída ao longos dos quatro símbolos que a compõem. São consideradas respostas mais evoluídas, mais

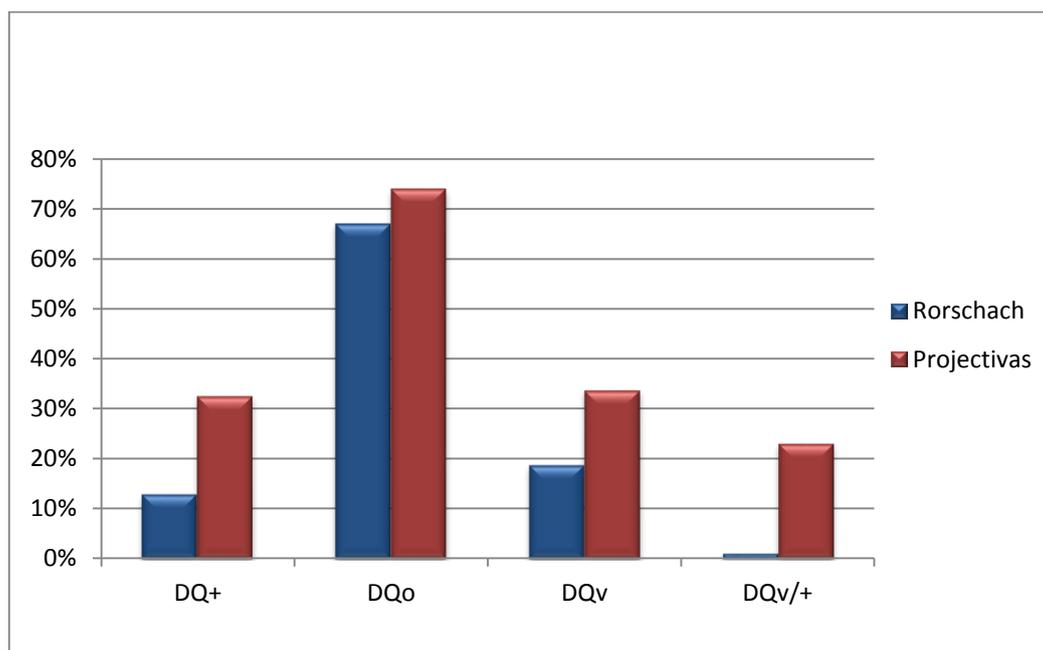
precisas e sujeitas a uma exigência formal, as DQ+ e as DQo. Estas são as consideradas mais sofisticadas. Como menos sofisticadas temos as DQv/+ e as DQv, ainda que impliquem uma certa integração.

Assim, no que toca à localização da resposta na mancha, podemos afirmar que os nossos militares elaboram mais, têm mais originalidade, nos cartões projectivos JRI que nos cartões de Rorschach. Mas, também dão mais localizações vagas e dispersas nos mesmos cartões do que nos cartões Rorschach. Parece-nos que os Cartões Projectivos JRI têm um potencial de favorecer e promover a criatividade e a possibilidade de elaborar e enriquecer mais a resposta.

A DQ+ é a forma mais evoluída de análise e de síntese. A maioria das pessoas dá este tipo de respostas, sendo que as que têm uma boa cultura geral acabam por se destacar. Os resultados são baixos para esta forma de elaboração da resposta. Estes resultados podem relacionar-se com o facto de apenas uma pequena parte da nossa amostra ter conseguido atingir um grau académico mais elevado. Baixos resultados significam que de uma forma geral, a nossa amostra revela ainda alguma imaturidade, pobreza de pensamento ou limitações intelectuais.

A DQo é a maior de todas as restantes DQ. Esta representa a resposta mais frequente dada na população em geral e também na população estudada. É a resposta mais simples e comum com alguma economia cognitiva mas que não põe em causa a qualidade final da resposta.

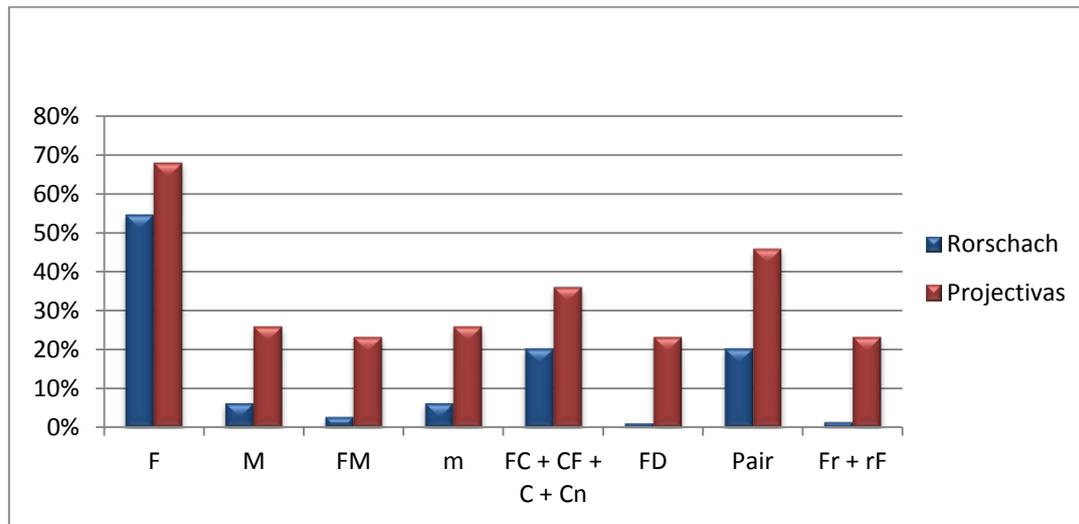
A DQv e a DQv/+ é comum em crianças por representar dificuldades de processamento. Em adultos é raro surgir porque pode representar um processamento cognitivo bastante perturbado. Para ambas os resultados são baixos, embora não tão baixos quanto seria desejável.

Figura 58. Percentagens Médias da Qualidade de Desenvolvimento

Nota: DQ+ = Resposta de Síntese; DQo = Resposta Ordinária; DQv = Resposta Vaga; DQv/+ = Resposta de Síntese (sem forma)

III.4.3. DETERMINANTES

Tal como o nome indica, o determinante é o que faz determinar a resposta, ou seja, esta pode ser determinada pela sua forma, pela sua cor, pelo seu movimento, etc. Ambos os conjuntos de cartões pontuam alto no determinante formal (F), ainda que nos Cartões Projectivos JRI seja ligeiramente superior. No que se refere ao determinante em movimento, os Cartões Projectivos JRI parecem ser mais facilmente reconhecidos em movimento do que os cartões do Rorschach. Quanto às respostas de cor, estas também mais facilmente são reconhecidas nos Cartões Projectivos JRI do que no Rorschach. Este facto, possivelmente está relacionado pela tonalidade forte das cores utilizadas nos Cartões Projectivos JRI que fazem emergir uma resposta relacionada. A resposta-dimensão surge claramente com muito maior frequência nos Cartões Projectivos JRI, bem como a percepção de duas figuras par e de reflexos.

Figura 59. Percentagens Médias dos Determinantes

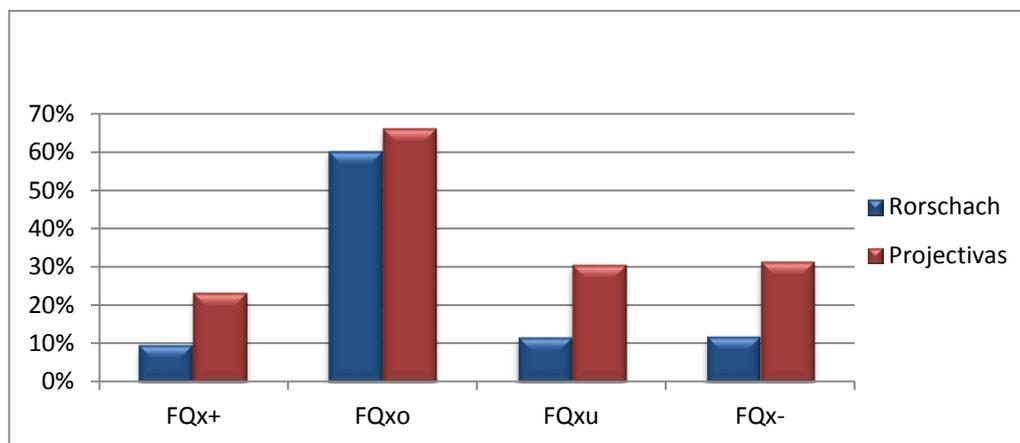
Nota: F = Forma; M = Movimento humano; FM = Movimento animal; m = Movimento inanimado; FC = Forma (adequada) com cor cromática; CF = Cor cromática com Forma (desadequada); C = Cor; Cn = Nomeação da Cor; FD = Forma Dimensão; Pair = Par; Fr = Forma (adequada) com reflexos; rF = Reflexos com Forma (desadequada).

III.4.4. QUALIDADE FORMAL

Para a qualidade da forma como foi determinada a resposta, podemos analisar que há respostas mais elaboradas e mais desenvolvidas nos Cartões Projectivos JRI, bem como a utilização de respostas únicas, menos frequentes e com má forma. Também existe uma aproximação entre ambos os conjuntos de cartões quando as respostas são comuns ou originais. Destaca-se a FQxo que determina que uma boa parte das respostas são comuns, ou seja, o objecto é identificado facilmente com base nas características formais gerais. As respostas não são muito enriquecidas nem muito elaboradas. A qualidade quer do desenvolvimento, quer da forma são unânimes e parece-nos serem adequadas à população estudada. Assim como na qualidade de desenvolvimento não podemos descuidar o facto de existirem resultados da DQv e DQv/+ baixos mas que podem ser significativos; na qualidade formal o mesmo acontece através da existência

das FQ_{xu} e das FQ_{x-}. Isto dá-nos mais certezas ao nível de alterações cognitivas significativas, bem como alguma pobreza de pensamento.

Figura 60. Percentagens Médias da Qualidade Formal

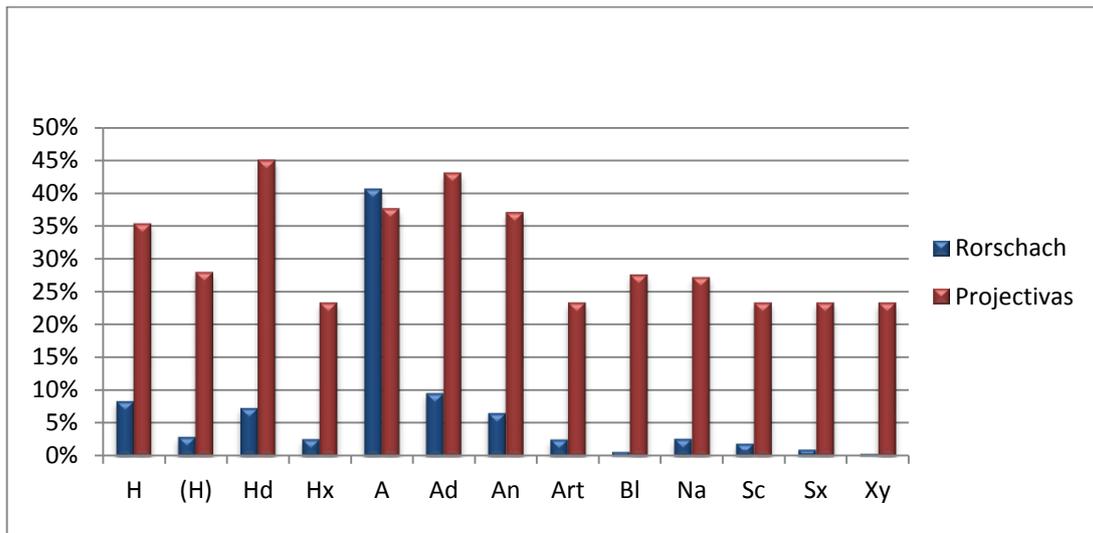


Nota: FQ_{x+} = Resposta Elaborada; FQ_{xo} = Resposta Ordinária; FQ_{xu} = Resposta Única; FQ_{x-} = Resposta Menos

III.4.5. CONTEÚDOS

Quanto ao conteúdo da resposta, primeiro que tudo podemos confirmar mais uma vez também nesta investigação que os cartões Rorschach são mais ricos em conteúdos animais que os Cartões Projectivos JRI e que estes são mais ricos em conteúdos humanos que os de Rorschach. As investigações com os Cartões Projectivos JRI demonstram e confirmam este facto. Todas as figuras humanas, para-humanas e partes dela são mais perceptíveis nos Cartões Projectivos JRI. Existe também um grande aumento de conteúdos anatómicos, arte, sangue, natureza, ciência, sexuais e radiográficos nos Cartões Projectivos JRI. Possivelmente devido à cor vermelha muito viva e outros atributos dos cartões que proporcionem este aumento exponencial de respostas com este conteúdo.

Figura 61. Percentagens Médias dos Conteúdos

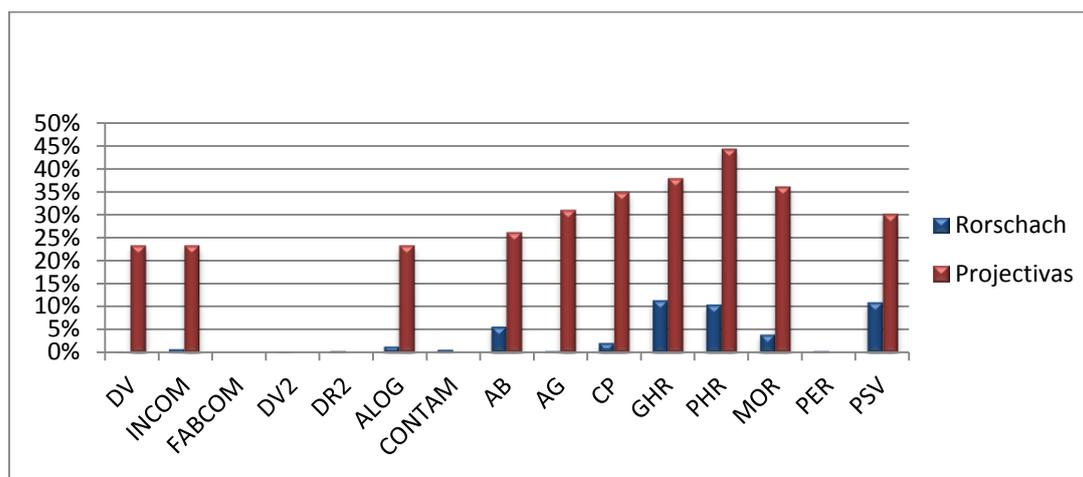


Nota: H = Figura humana completa; (H) = Figura completa de ficção/mitologia; Hd = Detalhe Humano; Hx = Experiência Humana; A = Animal; Ad = parte de animal; An = Anatomia; Art = Arte; Bl = Sangue; Na = Natureza; Sc = Ciência; Sx = Sexo; Xy = Radiografia.

III.4.6. FENÓMENOS ESPECIAIS

A Fenomenologia Especial surge muito associada com frequência a factores presentes nos Cartões Projectivos JRI. É natural que haja bastantes mais fenómenos especiais nos Cartões Projectivos JRI que no Rorschach, já que conforme referimos atrás, as cores e as formas dos Cartões Projectivos JRI sugerem maior recurso à agressividade, à projecção à cor, à falta de lógica, à morbidade, ao abstracto e às respostas mais incongruentes. O gráfico explana claramente o recurso a estes fenómenos com bastante mais incidência nos Cartões Projectivos JRI que no Rorschach.

Figura 62. Percentagens Médias dos Fenómenos Especiais



Nota: DV = Verbalização Desviada; INCOM = Combinações Incongruentes; FABCOM = Combinações Fabulatórias; DV2 = Verbalização Desviada de nível II; DR = Resposta Desviada de nível II; ALOG = Lógica Inadequada; CONTAM = Contaminação; AB = Abstrato; AG = Agressivo; CP = Projecção à cor; GHR = Boa representação humana; PHR = Má representação humana; MOR = Mórbido; PER = Respostas personalizadas; PSV = Perseveração.

III.5. PROVA DE ELEIÇÃO DE WALTER MORGENTHALER

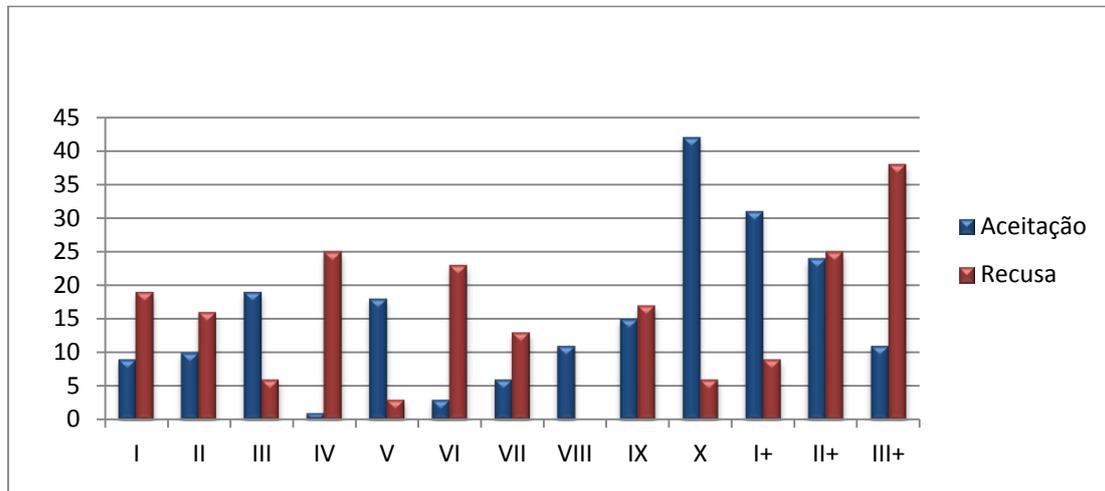
Pretende-se nas próximas linhas perceber quais os cartões mais aceites e mais rejeitados pelos nossos participantes. Os motivos de aceitação e de rejeição também foram recolhidos na altura da aplicação da prova, pelo que servirá também para uma maior/melhor compreensão destes cartões.

III.5.1. ACEITAÇÃO E RECUSA

Com base no gráfico podemos apreciar os cartões mais rejeitados e os mais aceites. Claramente podemos perceber que o cartão X continua a ser o mais aceite. Segue-se o cartão I+ e o II+ como os mais aceites. Quanto aos cartões mais rejeitados, temos o III+ e o II+, seguindo-se o IV e o VI. O cartão II+ possui uma dicotomia de ser ao mesmo tempo um dos mais aceites e um dos mais rejeitados. Conforme está na parte

teórica sobre este cartão, o estímulo que ele desperta pode ser em alguma pessoas, um sentimento mais amistoso de amor ou pelo seu contrário, um sentimento mais agressivo e destruidor.

Figura 63. Prova de Eleição de Morgenthaler



III.5.2. MOTIVOS DE ACEITAÇÃO E DE RECUSA AOS CARTÕES RORSCHACH E CARTÕES PROJECTIVOS JRI

Apresenta-se de seguida uma tabela com os motivos de aceitação e de recusa dos ambos conjuntos de cartões. Conseguimos perceber novamente, quais os cartões mais aceites e porque motivos e quais os mais rejeitados e porque motivos. Interessa perceber e reforçar que os cartões mais rejeitados são muitas vezes motivados pela cor intensa ou pela sua forma transmitir algo de “horível” ou “ameaçador”.

No entanto, os cartões mais aceites transmitem sensações de maior tranquilidade quer pela sua cor, quer por serem facilmente percebidos pelo participante. O facto de serem percebidos como “mais fáceis” faz também diminuir a ansiedade e a tensão provocada pela ambiguidade do estímulo e a emergência de uma resposta.

Com esta tabela podemos fazer também, uma análise dentro do mesmo cartão e perceber como é que o mesmo cartão pode ser aceite e rejeitado ao mesmo tempo por tantos participantes. O cartão II+ é o mais evidente desta ambivalência: um dos mais aceites e um dos mais rejeitados. Os motivos apontam para sentimentos muito agressivos por um lado; por outro, exactamente o oposto, ou seja, sentimentos de união e de amor.

Tabela 12. Motivos de Aceitação e de Recusa – Walter Morgenthaler

Nº Cartão	Motivos Aceitação	Motivos Recusa
I	<p>Por parecer uma máscara. Consigo ver várias coisas. Porque tem mais parecença com aranha. Porque foi a que tive mais facilidade em interpretar. Consigo ver várias coisas. Por ser fácil. Por me identificar muito a ela. É a estação do ano que mais gosto, folhas a cair, tempo a mudar...é muito bom!</p>	<p>Porque não gosto de morcegos. Por associar o lobo a algo mau. O facto de ser preto e a forma do desenho ser abstracta. Parece sombrio. Porque tem ar horripilante, a cor e o ar dele... Não gosto disto! Porque só tem uma cor e é muito cheio e sobreposto de cor e não se vê nitidamente a imagem. Porque não me diz nada. É escuro, não é atractivo. Porque está escuro, se fosse colorido era melhor. Transmite carácter impiedoso, pessoa má. Porque não gosto dela. Não sei... foi uma sensação estranha... Porque lembra o inferno. Não gosto de caveiras. Lembra coisas muito, muito más... Não gosto destes bichos. O branco lembra o fim do mundo, dá ideia de catástrofe. Porque me assustei logo com esta imagem. Porque não gosto nada do que vi, morcegos. Parece sombrio.</p>
II	<p>Porque lembra a união. Pela conjugação de cores. Lembra animais, é simpática. Por ser simples. Lembra coisas boas. Lembra animais, é bonita. Por ser simples. As cores lembram coisas boas. Lembra coisas boas. Achei-lhe piada!</p>	<p>Não me agrada nada... Porque não parece com nada. Não gosto destas cores, não dizem quase nada... Por não ter significado. Porque é sofrimento. Porque é cara de monstro. Porque são contraditórias e não fazem sentido. Pelas cores. Porque lembra o inferno. É agressivo ao olhar. Porque não consigo perceber. Pelas cores. Não gostei, não sei porquê... Não se percebe nada.</p>

		<p>Porque não consegui ver nada. Pela tragédia, pela tristeza, pelo sangue... ai... é horrível...</p>
III	<p>Gosto do contraste entre o preto e o vermelho. Porque tem a ver com o amor e com o carinho. Pela interpretação ter sido fácil. Porque lembra África. Porque tem duas cores que combinam a forma abstracta. Porque é mais realista. Parecem dois africanos das tribos a tocar nos tambores. Porque ao olhar identifico logo o que é. Porque há bom sinal, há lagos. Simples, imagem fácil de identificar. Porque lembra a união. Porque é bastante clara. Lembra animais, é bonita. Porque lembra a união. Lembra a minha cultura. Pelas cores. Pelo movimento da mancha. Porque o vermelho lembra o coração e todo o desenho é bonito. Pelo ar de que está a haver uma festa!</p>	<p>Porque é sofrimento. Porque é simples, não tem nada, é vazia. Não gostei, não sei porquê... Por serem bichos estranhos. Porque fi a que menos me disse algo. Não consigo percebê-la...</p>
IV	<p>Porque tem a figura de um boneco grande e musculado com poder.</p>	<p>Porque não gosto de peles de animais. Muito preto... Não gosto... não sei... Porque lembra a escuridão, um bicho e não gosto da imagem... Não parece com nada... Porque parece um bicho e não gosto. Porque só tem uma cor e não interpretei nada. Ar abominável. Não sei porque mas não me alegrou. Transmite algo negativo. Lembra algo triste, tipo inferno. Porque não diz nada de especial. Devido à cor. Não sei... faz lembrar mau tempo... Não gostei do que vi. Não gostei... só isso... não gostei. Não gosto que tirem as peles aos animais. Não gosto... não sei... Não gostei... só isso... não gostei. Porque não gosto de peles de animais. Porque um humano assim, seria um humano muito agressivo. Odeio monstros. Porque é grande, feia e não percebo bem que bicho é. Fico chateado quando não consigo as coisas e não consigo perceber o que é.</p>
V	<p>Por ser borboleta. Por parecer um pássaro. Por ser fácil de interpretar. Porque parece um animal, uma ave,</p>	<p>Tem a ver com a morte. Por sugerir ser um morcego e não gosto deles. Porque não gosto nada do que vi, morcegos.</p>

	<p>também gosto de morcegos. Porque é engraçada. Gosto de borboletas. É uma borboleta engraçada! Por ser borboleta. Porque parece com borboletas e com a Primavera. Porque gosto de animais. Parece com algo. Por ser fácil de interpretar. Por ser uma borboleta. Porque ficou bem desenhado. É a que se percebe mais. Porque é a mais fácil e a que entendi mais rápido. Porque é fácil. Pela simplicidade do desenho. O artista é conhecido?</p>	
<p>VI</p>	<p>Porque é fácil. Tem bons contornos. Porque o laço lembra os presentes de natal.</p>	<p>Porque não gosto de peles de animais. Porque não consegui ver nada... Não gosto... não sei... Parece pele de animal e sou contra isso. Porque não identifico nada e não gosto da forma. Porque não sei o que é. Por ter tons carregados. Porque não me diz nada. Parece que não tem vida, está monótona. Porque lembra fantasmas. Devido à cor. Também não gostei desta por ser estranha... Não sei... de todas foi a que menos gostei. Fica muito mal, os bichos são bonitos a passear. Não se faz isto aos animais, não gosto disto. Naaaa, não gosto... bichos horrendos. Não gosto destes bichos. Parece pele de animal e sou contra isso. Não gosto de não entender esta mancha. Porque não gosto de peles de animais. Porque não me fez lembrar nada. Porque é destruidor. Porque as flores normalmente são bonitas mas esta está morta... estes cartões vão me dar pesadelos.</p>
<p>VII</p>	<p>Porque parece um animal que está a subir a algo. Igual a um quadro que tenho em casa. Porque são duas pessoas abstractas. Pela sensação de movimento. Porque gostei do que vi. Por ser agradável.</p>	<p>Porque não consigo interpretar. Porque tem imagens de boca aberta. Porque não tem nada para mim. Não parece com nada, não faz sentido. Porque são contraditórias e não fazem sentido. Pelas cores. Porque foi forçado, não consegui ver claramente como em outros cartões. Tive muita dificuldade em ver alguma coisa. Muito abstracto, sem forma alguma. Por ser irreal. Porque não gosto destes bichos. Porque não consegui ver nada. Porque é nojento.</p>

VIII	<p>Porque parece o Carnaval e gosto do Carnaval. Por ser colorido. Lembra a natureza e a vida selvagem. Pela cor, símbolo de algo. Porque retrata montanhas, florestas, etc. Transmite algo que se quer conhecer. Gosto porque parecem dois animais a percorrer algo como símbolo. Porque é simétrica. Faz pensar em vitória, em missão cumprida! Pelo movimento e por lembrar a família.</p>	<p>Porque tem nitidez e clareza.</p>
IX	<p>Porque gosto de lagostas. Pela mistura de cores, não são cores fortes, são esbatidas. Porque tem muitas cores. Porque tem cores vivas e chama a atenção. Porque tem cor. Por causa da cor. Por ser colorido. Pela cor lembrar coração. Lembra marisco e gosto disto. É tudo uma festa! Por ser colorido. As diferentes tonalidades lembra imagens de avião. Porque a imagem lembra natureza. Porque é a mais bonita, tem a bandeira nacional e como sou patriota escolhi esta... A paz e a harmonia ao máximo!</p>	<p>Este bicho é maior e não gosto. Porque não diz nada. Porque não sei o que é. Por ser assustador, misterioso. Por ser estranha. Não simpatizei com esta. Estes tons claros são assustadores. Porque não sei o que é. Não se percebe nada. Não consegui perceber este desenho. Porque está meio sombrio. Não vi nada de especial. Não se percebe nada. Porque não me fez lembrar nada. Não gostei... só isso... não gostei. Por ser estranha. Porque não me fez lembrar nada.</p>
X	<p>Porque é uma festa alegre e feliz! Por ter muitas cores... Porque tem variedade de cores. Porque faz lembrar algo giro de que eu gosto. Pelas cores! Pelo abstracto e pelas cores. Porque tem muitas cores. Porque é colorido e tem animais. Porque é uma mistura de coisas que gosto, e animais, escorpiões, mergulhos. Pela cor. Porque tem cores e lembra o oceano. Porque tem mais cor. Por causa da cor. Transmite algo que se quer conhecer. Porque parece-se mais com algo. Porque tem muitas cores. Porque faz lembrar bastantes coisas, pássaros, árvores, frutos. Por ter muita cor e ver várias coisas. Porque tem muitas coisas boas. Porque gosto de flores. Por causa das cores.</p>	<p>Por serem bichos. Porque não identifiquei nada. Lembra o esqueleto. Lembra a guerra. Porque não me diz nada. Por serem bichos estranhos.</p>

	<p>Porque é muita rica e cheia. Porque vi muitas coisas. Lembra uma viagem que queria muito fazer. Faz lembrar sentimentos que são bons. Porque identifico-me totalmente com este desenho. Gostei muito! Foi das que mais gostei por ter visto mais coisas. Por ter muitas cores... As cores aliviam o resto dos cartões. Porque tem muita coisa que se pode ver. Pelas cores harmoniosas. Porque lembra um país que já visitei. É tudo uma festa! Tem muita coisa! Porque a forma e as cores lembra plantas. As diferentes tonalidades lembra viagens, mapas. Porque gostei do que vi. É a mais completa devido às cores e ao preenchimento. Lembra a natureza! Tudo o que faz lembrar animais é bem vindo! Gosto muito de animais, mais do que pessoas... Uma tentativa de qualquer coisa que me agrada.</p>	
<p>I+</p>	<p>Porque parece um gato. Porque tem a ver com crianças. Porque parecem bebés. Por ser fácil de interpretar. Porque é engraçada. Porque é engraçada. O desenho faz lembrar uma borboleta mas ao mesmo tempo uma execução. Porque lembra a Minie. Faz lembrar o boneco. Porque conta uma história. Por fazer lembrar crianças. Porque é fofinho. Por fazer lembrar crianças. Pelo movimento, dá ideia de festa, alegria, sei lá... Sinónimo de vida! Pela composição total do desenho e o que faz lembrar. Percebe-se bem o que é. É a mais simples e fácil. Porque tem muita coisa que se pode ver. Pela cor carregada, mas bem desenhada. Porque lembra desenhos animados. Quem não gosta de bebés? Transmite calma. É a mais simples e fácil.</p>	<p>Porque foi difícil perceber a mancha e interpretá-la. Pela falta de cor. Porque é escura. Porque associo ao morcego e não gosto. Porque lembra a guerra, as explosões... Porque é feio, as ecografias são bonitas e esta é alguma aberração. Muito estranho este cartão. As coisas que inventam! Porque não consegui ver nada. Parece que o homem está esticado até morrer. É torturante olhar para isto!</p>

	<p>Porque vi algo. Pelos contornos fazer lembrar crianças. Lembra os filmes de infância. Estou com fome e gosto de ovos! Parece mesmo ovos! Por lembrar animais. Por fazer lembrar crianças. Porque lembra o meu país, do qual tenho muitas saudades. Nada se compara a África!</p>	
II+	<p>Por ser vermelho. Porque fui pai há pouco tempo e isto lembra crianças. Porque está engraçado. Pelo ar folclórico dos doentes. Por ter crianças e fazer lembrar crianças. Porque conta uma história. Porque lembra coisas boas. Faz pensar em amor. Porque lembra muita coisa. É divertida, cheia, alegre! Foi das que mais gostei por ter visto mais coisas. Faz pensar em amor. Por lembrar animais que gosto. Porque vi algo. Por ser vermelho. Pelo movimento. Como vi mulheres, achei bonito! Lembra a infância quando ouvia a história do capuchinho vermelho. Há ajuda aqui, as pessoas ajudam-se! Por lembrar animais. Quando era pequeno tinha estes animais na quinta dos meus avós. Porque lembra a vitória e o sucesso!</p>	<p>Porque parecem flores e as flores são bonitas, mas estas metem medo e são horríveis. Não sei... não gosto da cor nem do que ela transmite... Porque parecem duas pessoas. Porque não a percebo... Por ser emocionante. Porque é esquisita. Parece uma cena trágica de um filme qualquer. Porque é difícil relacionar qualquer coisa com isto! Porque identifico-me com o carnaval. Porque não gosto do vermelho. Órgãos cortados, não gosto! Lembra monstros, sangue. Por ser vermelho. Porque não consegui ver nada. Porque é mórbida. Porque não gostei desta mancha. Demasiado agressiva. Tudo o que inclui sangue é para afastar. É assustadora! Não gosto de forcados. Por ser horrível. Não gosto... não sei... O sangue e a morte não são coisas boas, não é? Por isso não gosto, melhor, detesto! Por fazer lembrar coisas que não gosto... Porque vi coisas que não queria ver. Porque este desenho é a destruição de algo que podia ser bom em algo muito mau. Já vi coisas melhores, mas esta é enervante.</p>
III+	<p>Porque são elegantes. Gosto da forma e da cor. Porque retrata parte dos nossos corpos. Faz pensar em amor. Lembra crianças e é bonita. Devido à cor. A forma lembra um animal livre, do qual gosto bastante. O coração e a intensidade da cor transmite coisas boas. Por lembrar animais que gosto. O ballet é uma arte muito elegante, por isso gosto dela. Devido ao sentimento que é o amor.</p>	<p>É óbvio que não gosto disto! Demasiado abstracto e vermelho. Por ser vermelho. Porque não se parece com nada. Não gosto desta... Porque o vermelho aqui ligo a algo de sangue. Porque foi difícil chegar a um raciocínio. Não gosto do desenho nem da cor. Cor forte, não gosto! Pela cor, lembra o sangue. Porque por um lado parece um útero, por outro lado não parece. É difícil... é um filme de terror. Porque têm mau aspecto. Porque não consigo perceber o sentido da</p>

		<p>imagem. Parece confuso e o vermelho é uma cor... que em demasia fica mal. Porque não consegui ver nada. Porque não percebi nada desta mancha. Porque não gostei desta mancha. Xiii... é muito feia...horível! Demasiado agressiva. Tive muita dificuldade em ver alguma coisa. Por ser horrível. Não gosto... não sei... Devido ao que faz lembrar: uma cara do demónio. Por fazer lembrar coisas que não gosto... Porque não consigo perceber o sentido da imagem. Porque não faz sentido algum. Não se percebe nada. Não gosto do desenho nem da cor. Porque não consigo gostar disto. Não gosto do desenho. Porque não consegui ver nada. Porque vi coisas que não queria ver. Porque o capuchinho vermelho foi destruído. Porque uma explosão mata muita gente e fere tantas outras. Tenho muitos pesadelos com isto, no último era eu que estava a disparar e a atirar bombas. Porque vi pedaços de corpos e sangue...bahhhh... Não sei... não gostei... é muito forte e carregada! Porque não vi absolutamente nada e bem que tentei ver...</p>
--	--	--

No cartão I, o sujeito depara-se pela primeira vez com uma prova projectiva, tão diferente de todas as outras que já fez. O facto de ser uma mancha escura a abrir a actividade e a iniciar o desafio que se lhe coloca, é natural que a tendência para a rejeitar seja mais elevada neste cartão. Pelos motivos de recusa podemos perceber que aquilo que é visto e a forma como é visto (assustador e mau). cria uma impressão negativa do cartão.

Com a passagem ao cartão II, o sujeito estando na expectativa ou sente-se mais aliviado se a mancha o agrada mais ou continua a rejeitar o cartão. Neste caso, as rejeições foram superiores à aceitação. Pelos motivos de rejeição podemos perceber que alguns são iguais e outros semelhantes com os motivos de rejeição do cartão I. A

referência às cores como motivo de rejeição ou de aceitação também é assinalável nesta mancha.

No cartão III, a aceitação é superior à rejeição. As cores são vistas como amistosas e em harmonia e a ideia de movimento humano e de coisas positivas está bem patente neste cartão. Por ser um cartão simples e de fácil interpretação, é um dos mais aceites.

No cartão IV, a recusa é quase absoluta. A forma, a cor e o que é associado à mancha faz com que este cartão seja o mais rejeitado do conjunto de cartões do Rorschach. Pelos motivos apontados pela nossa população, percebemos que a associação a algo negativo (quer pela presença de pele de animal, quer por fazer lembrar um bicho ou monstro, etc). faz com que os sujeitos não gostem deste cartão.

O cartão V apresenta uma imagem simples e de fácil interpretação, o que faz dela uma imagem comumente aceite. Os motivos de aceitação estão muito ligados a estes factores e à associação entre o cartão e borboletas.

O cartão VI é rejeitado pelos nossos participantes, mais uma vez quer pela percepção de bichos, quer pela percepção de pele de animal ou por estar associado a algo de muito negativo. Este é o segundo cartão mais rejeitado do conjunto de cartões do Rorschach.

No cartão VII parece haver alguma dificuldade em interpretar a mancha e por isso ela é rejeitada.

No cartão VIII há muitos mais motivos de aceitação que de rejeição. A conjugação das cores e as formas cria um ambiente harmonioso que propicia a criatividade nas respostas.

No cartão IX a rejeição e a aceitação é praticamente equivalente. Os sujeitos que a aceitam apreciam as cores e as formas e o que lhes faz lembrar a conjugação do cartão. Os sujeitos que a rejeitam não apreciam as cores e muitos deles não conseguem percebê-la nem simpatizar com ela.

O cartão X, como em todos os outros estudos, é seguramente o mais aceite de todo o conjunto de cartões do Psicodiagnóstico de Rorschach. É um cartão harmonioso, colorido e com muitos detalhes para serem interpretados. A ausência de cores fortes como o vermelho-vivo e a existência de cores suaves fazem com que este cartão seja facilmente aceite pela maioria das pessoas que o vê.

O cartão I+ é percebido como amistoso, agradável e por fazer recuar á infância através das associações à realidade mais infantil. Quando é rejeitado é devido a tom escuro e por lembrar algo negativo. No nosso estudo, este cartão é aceite.

O cartão II+ é um cartão com tonalidade vermelho forte e que divide muitas vezes as pessoas que o observam. Por um lado, pode ser um dos cartões mais aceites quando relacionado com o amor e com a união; mas por outro lado, pode ser dos mais rejeitados por simbolizar algo muito negativo, como o sangue e a morte. Neste estudo, ainda que o número de aceitação e de rejeição estejam perto um do outro, este cartão é mais rejeitado que aceite pelos nossos participantes. É o segundo cartão mais rejeitado de ambos os conjuntos de cartões.

Por fim, o cartão III+ que partilha da mesma dicotomia que o cartão anterior, embora seja mais rejeitado. Os motivos prendem-se com o que está associado à cor vermelho-vivo e à própria forma do cartão. Assim, é um cartão carregado de conteúdos mórbidos e de sangue. Neste estudo é o cartão mais rejeitado de ambos os conjuntos de cartões.

III.6. VARIÁVEIS ÍNDICES ESPECIAIS DE EXNER

Pretende-se perceber o estado da Saúde Mental dos nossos participantes através dos diferentes Índices Especiais de Exner. Os Índices Positivos, que se apresentam de seguida, constituem fortes possibilidades de diagnóstico e servem como auxílio na compreensão e na avaliação da personalidade do participante.

III.6.1. ÍNDICES POSITIVOS

Nesta tabela encontram-se assinalados a **vermelho** os participantes que pontuaram positivo no índice correspondente. Nos últimos índices correspondentes ao HVI e ao OBS, o 1 corresponde ao “Não” e o 2 ao “Sim”. Podemos observar que a maioria dos participantes pontua positivo no índice CDI.

Tabela 13. Índices Especiais de Exner

Subjecto	PTI	DEPI	CDI	S-CON	HVI	OBS
1	0	4	5	5	1	1
2	0	4	4	5	1	1
3	0	4	4	2	1	1
4	0	4	4	3	1	1
5	0	3	3	3	1	1
6	0	3	4	3	1	1
7	0	3	3	1	1	1
8	0	1	1	0	1	1
9	0	2	4	2	1	1
10	0	2	4	4	1	1
11	0	2	5	4	1	2
12	0	2	4	3	1	1
13	0	5	5	5	1	1
14	0	4	4	5	1	1
15	0	4	2	2	1	1
16	0	4	3	3	1	1
17	0	4	4	3	1	1
18	0	3	4	3	1	1
19	0	4	2	3	1	1
20	0	5	3	7	1	1

Militares em missões de paz

21	0	4	3	3	1	1
22	0	4	2	5	1	1
23	0	3	5	3	1	1
24	0	5	1	3	1	1
25	0	4	4	3	1	1
26	0	5	4	5	1	1
27	0	3	4	4	1	1
28	0	2	4	3	1	2
29	2	5	4	8	1	1
30	1	6	3	6	1	1
31	1	3	4	5	1	1
32	0	6	3	7	1	1
33	3	4	2	7	1	1
34	0	4	5	5	1	1
35	0	2	4	3	1	1
36	1	4	5	6	1	1
37	0	4	4	5	1	1
38	0	3	3	5	1	1
39	0	4	4	5	1	1
40	0	3	4	5	1	1
41	1	4	3	3	1	1
42	0	4	4	6	1	1
43	0	4	4	5	1	1
44	0	5	5	4	1	1
45	0	4	3	2	1	1
46	0	4	4	4	1	1
47	0	2	5	3	1	1
48	0	4	4	6	1	1
49	0	5	5	3	1	1
50	0	3	3	5	1	1
51	0	3	4	3	1	1
52	0	4	3	3	1	1
53	0	4	2	3	1	1
54	0	5	2	4	1	1
55	0	5	4	5	1	1
56	0	3	4	2	1	1
57	0	5	4	5	1	2
58	1	3	4	3	1	1
59	1	4	3	3	1	1
60	0	5	4	6	1	1
61	1	5	2	3	1	1
62	0	4	2	3	1	1
63	0	4	2	2	1	1
64	0	4	2	2	1	1

65	0	5	3	2	1	1
66	0	3	4	4	1	1
67	0	3	2	1	1	1
68	0	4	4	4	1	2
69	0	4	4	5	1	1
70	0	4	5	4	1	1
71	1	5	3	7	1	1
72	0	4	2	3	1	1
73	2	3	4	7	1	1
74	1	4	5	6	1	1
75	1	4	4	5	1	1
76	0	4	4	6	1	1
77	0	3	3	4	1	1
78	0	4	4	5	1	1
79	0	4	3	6	1	1
80	0	4	3	3	1	1
81	1	5	5	7	1	1
82	2	3	4	4	1	1
83	2	2	3	2	1	1
84	0	5	4	4	1	1
85	0	2	4	1	1	1
86	0	2	3	2	1	1
87	0	3	4	3	1	1
88	0	4	4	7	1	1
89	1	6	5	5	1	1
90	1	3	4	4	1	1
91	0	5	5	5	1	1
92	1	4	3	3	1	1
93	4	5	2	5	1	1
94	0	4	3	3	1	1
95	0	3	2	2	1	1
96	0	2	2	3	1	1
97	3	4	4	5	1	1
98	0	4	4	4	1	1
99	0	4	3	1	1	1
100	1	5	3	6	1	1
Sujecto	PTI	DEPI	CDI	S-CON	HVI	OBS

Nota: PTI = Índice de Esquizofrenia; DEPI = Índice de Depressão; CDI = Índice de Inabilidade Social; S-CON = Constelação de Suicídio; HVI = Índice de Hipervigilância; OBS = Índice de Estilo Obsessivo.

III.6.2. ÍNDICES ESPECIAIS DE EXNER

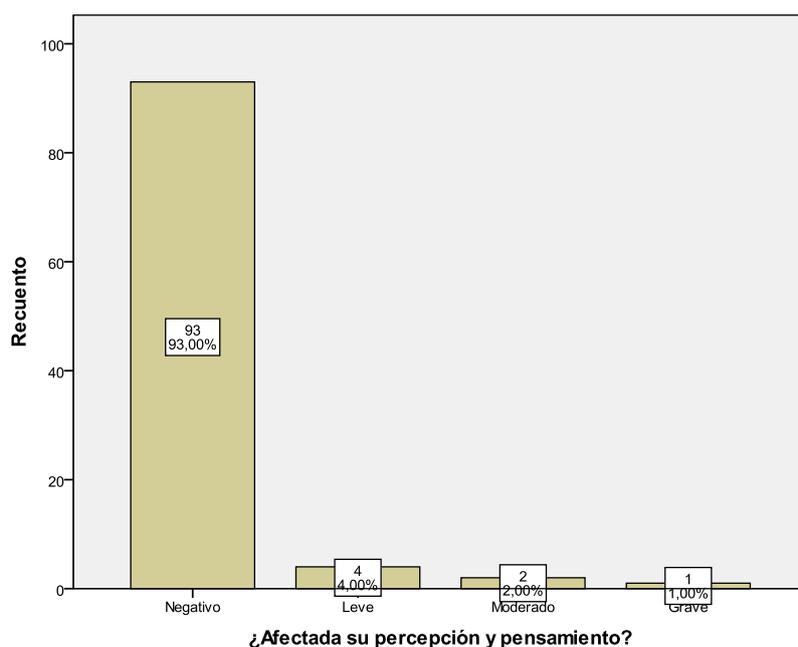
Seguem-se as percentagens e a descrição dos índices individualmente.

III.6.2.1. Percepção e Pensamento (PTI).

O Índice Percepção e Pensamento surge após uma revisão do índice de esquizofrenia (SCZI). Este índice utilizava variáveis relacionadas com a percepção e com o pensamento. Quando o valor é igual ou superior a 4 (quatro). existe uma probabilidade elevada de existir problemas mais graves de pensamento, como em último grau a esquizofrenia.

Podemos perceber através do gráfico que a maioria dos participantes 93(93%). não tem problemas de percepção ou de pensamento. No entanto, 4(4%). parece estar afectado levemente, ou seja, apresenta já sinais de alterações cognitivas, 2(2%). apresenta alterações cognitivas significativas e 1(1%). de forma grave, ou seja, alterações esquizóides.

Figura 64. Frequências e percentagens da Percepção e do Pensamento

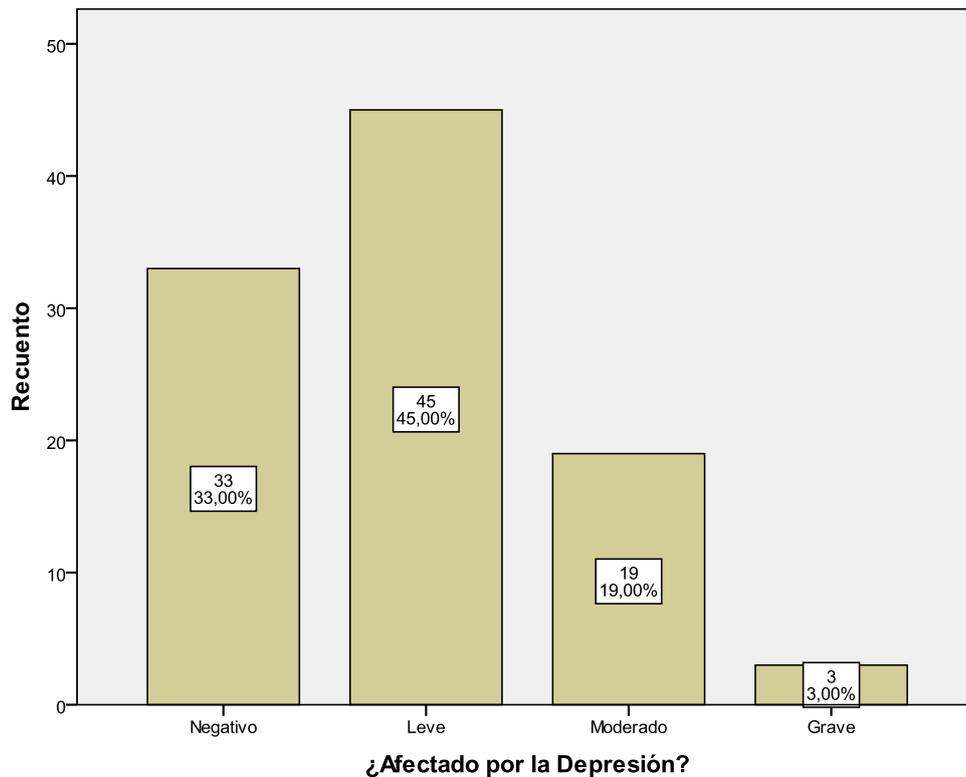


III.6.2.2. Depressão (DEPI).

O Índice de Depressão é considerado positivo quando assinala 5 ou mais valores. É um índice muito importante que nos fornece indicações sobre o estado emocional da população estudada.

O gráfico aponta para a presença de sinais de depressão leve em 45 (45%) militares, moderado em 19 (19%), e grave em 3 (3%). O gráfico diz-nos também que 33 (33%) dos participantes não têm depressão. Ainda que 45% assinale a existência de depressão leve, significa que há alguns sintomas de depressão em quase metade da população estudada, o que significa, pelo menos, a presença de vulnerabilidade à doença.

Figura 65. Frequências e percentagens da Depressão



III.6.2.3. Deficit Social (CDI).

O Índice de Deficit Social ou de Inibição Social relaciona-se com a capacidade ou incapacidade das pessoas em estabelecerem relações sociais. Quando o valor é positivo significa que cumpriu, pelo menos, 4 ou 5 das condições para ser classificado de positivo.

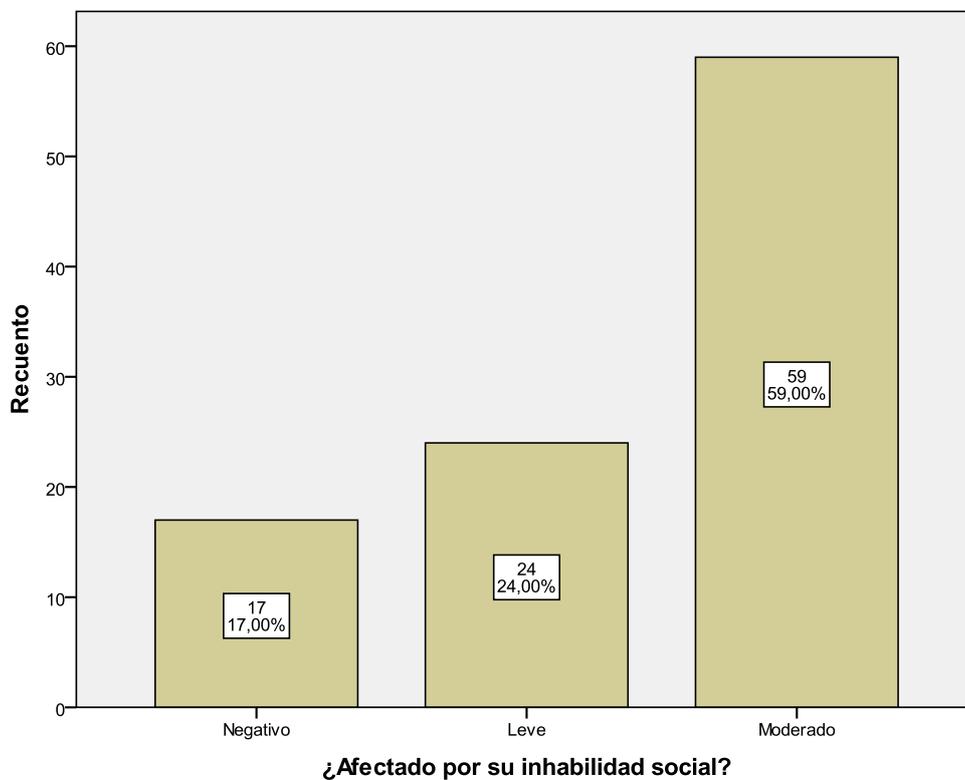
Analisando o gráfico, percebemos que mais de metade da amostra 59 (59%). apresenta dificuldades moderadas no relacionamento com os outros. Apenas 17 (17%). não tem dificuldades sociais e 24 (24%). apresenta dificuldades leves. Devido à alta frequência de dificuldades no relacionamento social a amostra estudada, parece-nos importante analisar este índice. Numa reunião com o Centro de Psicologia Aplicada do Exército, abordamos a dificuldade dos militares em regime de contrato na adaptação à vida civil. Não foram abordadas as dificuldades dos militares efectivos, mas sim dos que prestam serviço ao exército durante a vigência de um contrato de 7 anos. Ao longo destes 7 anos, a vida do militar é vivida intensamente dentro da carreira militar. Após os 7 anos de contrato, parece não existir uma estrutura que apoie o militar na transição para a vida civil. O militar, muitas vezes com baixa escolaridade é colocado na vida civil, a maioria das vezes ficando algum tempo no desemprego e com conhecimentos elevados de tudo o que se relaciona com a artilharia de guerra.

Provavelmente este índice indica-nos exactamente esta grande dificuldade de relacionamento entre o exterior (vida civil). e o interior (vida militar). A vida do militar enquanto está ao serviço do país, proporciona relacionamentos entre militares (os camaradas). dentro de uma unidade militar, na qual, grande parte vive de segunda a sexta-feira. Acaba por ser uma vida muito fechada dentro de um ambiente com algumas

disparidades com a vida civil. Para a vida civil, a maioria destes militares sai ao fim-de-semana quando não está de serviço ao quartel.

Viver intensamente a vida militar durante 7 anos, significa criar laços de amizade e de hierarquia dentro da instituição militar, mas ao mesmo tempo não manter/criar laços na vida civil. Sete anos depois, o militar dificilmente tem uma rede de suporte social capaz de o ajudar nesta fase.

Figura 66. Frequências e percentagens do Deficit Social

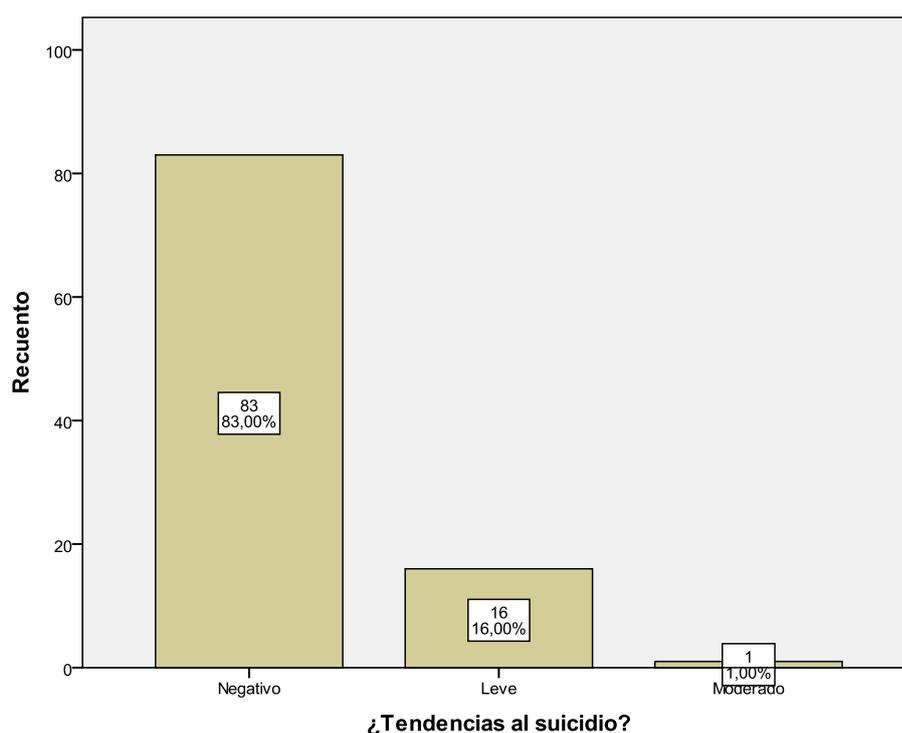


III.6.2.4. Tendência para o Suicídio (S-CON).

Este Índice, dada a sua gravidade, deve ser o primeiro a ser interpretado e analisado quando o mesmo apresenta 8 ou mais condições para se considerar positivo. É o índice que nos dá a indicação se existe ou não ideação suicida na pessoa que estamos a avaliar.

Assim, segundo os resultados da população estudada, 83 (83%). não apresenta tendência para o suicídio, 16 (16%). apresenta uma tendência leve e 1 (1%). moderado. Com base nos resultados da amostra, podíamos afirmar que à partida, não existe grande risco de suicídio em 83% da amostra e que por isso não seria necessário aprofundar este índice já que os valores apontam para pouca permeabilidade à auto-destruição. No entanto, este índice deve ser sempre cuidadosamente analisado devido à possibilidade de existirem falsos negativos. Se passarmos do geral para o particular, existem dados preocupantes que devem ser tidos em conta. Os valores que apontam uma tendência considerada leve para o suicídio, deve ser analisada por apresentar alguns dos sinais típicos de auto-destruição. Com base nos gráficos anteriores sabemos que uma boa parte da amostra estudada apresenta sintomas depressivos (45%). e deficits relacionais bastante acentuados (59%).; sintomas estes que podem levar ao isolamento e agravar o diagnóstico. Sinais depressivos e de isolamento são condições críticas para o risco de suicídio poder aumentar, o que por isso, deve ser cuidadosamente analisado.

Figura 67. Frequências e percentagens da Tendência para o Suicídio

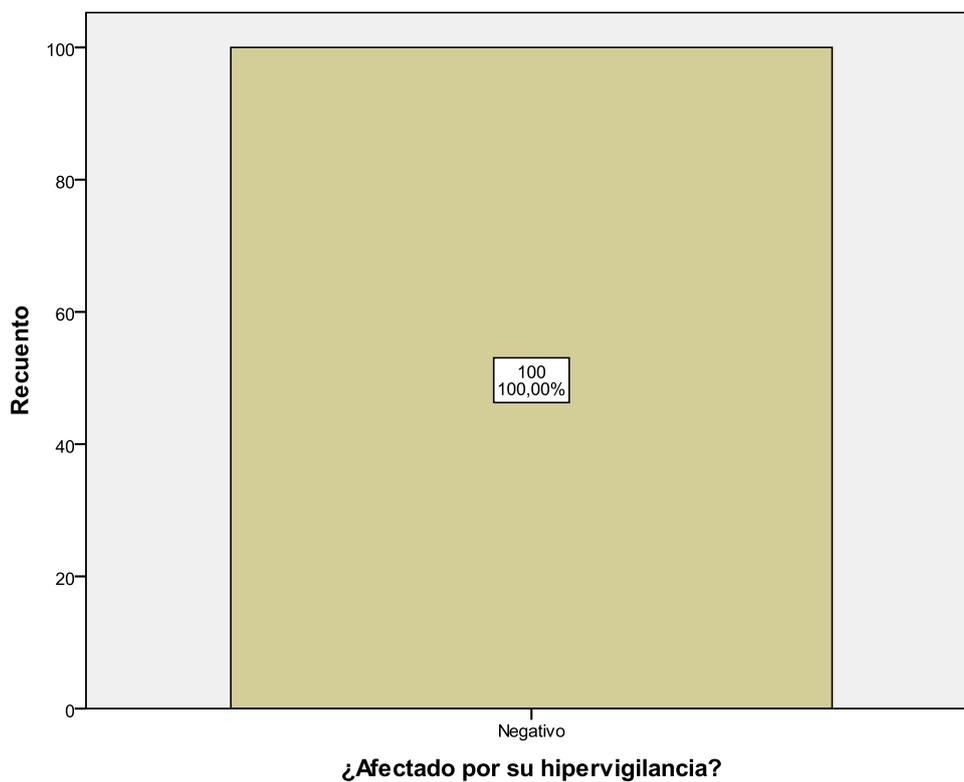


III.6.2.5. Hipervigilância (HVI).

O Índice de Hipervigilância está relacionado com um estado permanente de alerta antecipado que ocupa grande parte do tempo da pessoa.

Todos os militares da amostra estudada 100 (100%)., pontuam negativo no índice hipervigilância. Se existissem pontuações positivas podíamos pensar em pessoas com algumas perturbações da ordem da paranóia por não conseguirem confiar em ninguém. No entanto, este resultado diz-nos que os nossos militares não são pessoas desconfiadas e que não têm uma atitude de pessimismo antecipatório perante os diversos eventos da vida.

Figura 68. Frequências e percentagens da Hipervigilância

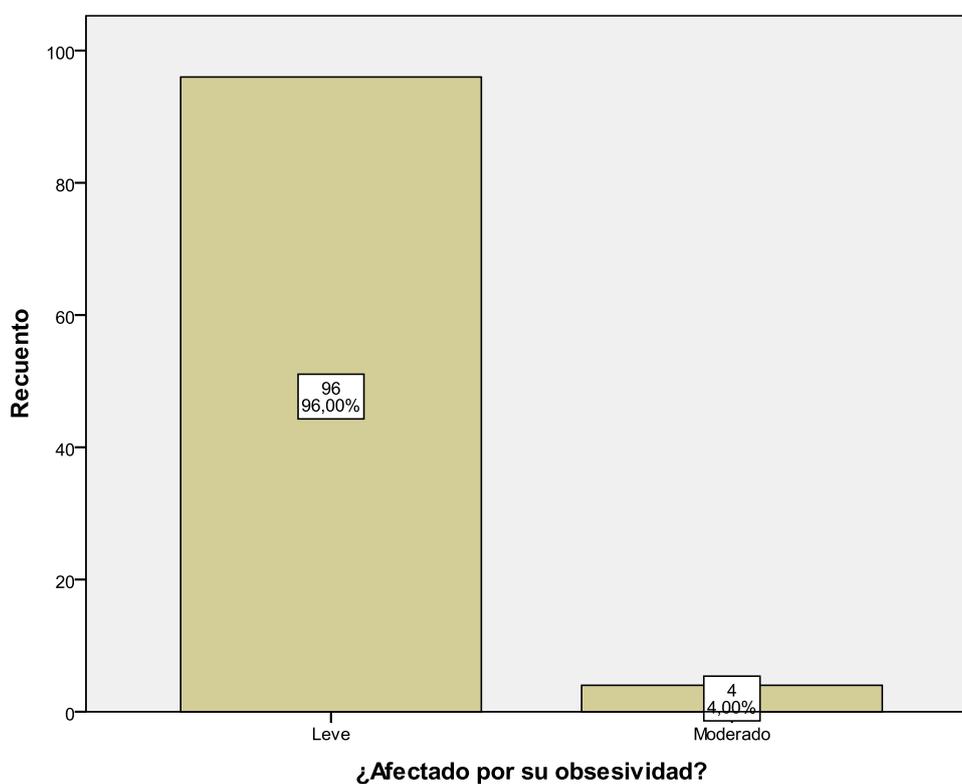


III.6.2.6. Obsessividade (OBS).

Este índice revela uma predisposição mental mais meticulosa, perfeccionista e obsessiva.

Dos participantes avaliados, 96 (96%) estão afectados levemente e 4 (4%) moderadamente pela obsessividade. Os resultados, ainda que não sejam significativos, indicam que os militares revelam alguma preocupação com a precisão e com os detalhes.

Figura 69. Freqüências e percentagens da Obsessividade



III.7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Todo o argumento permite sempre a discussão de duas teses contrárias, inclusive este de que a tese favorável e contrária são igualmente defensáveis.”

(Protágoras).

O presente trabalho teve com propósito principal estudar a ansiedade e outras dimensões da personalidade em militares que estiveram em missões. Neste sentido, formularam-se objectivos de estudo e definiu-se a hipótese. No sentido de compreender esta hipótese, faremos uma discussão dos resultados alcançados pelo STAI para avaliação da ansiedade, dos resultados alcançados pelo NEO-PI-R também para avaliação da ansiedade, depressão, bem como outras dimensões da personalidade. Concluimos com um importante complemento com os resultados de personalidade alcançados pelo Rorschach, pelos Cartões Projectivos JRI e pelo excelente contributo dos Índices Especiais de Exner.

Passamos de seguida à discussão dos resultados encontrados em função da literatura consultada, dos objectivos e da hipótese levantada.

Para finalizar o capítulo refletimos sobre as limitações encontradas no nosso estudo, e terminamos com algumas considerações e sugestões face a trabalhos futuros.

Para iniciar a discussão, começamos pela reflexão sociodemográfica da amostra em estudo. No que respeita ao perfil sociodemográfico da nossa amostra, com excepção do género (masculino e feminino), a amostra revela bastante homogeneidade. O facto da nossa amostra ser mais homogénea do que heterogénea ajuda-nos a testar melhor a nossa hipótese e confiar com maior credibilidade nos resultados alcançados. Assim, começando pela excepção à homogeneidade da amostra, contamos com um total de 100

militares, em que 86% pertencem ao sexo masculino e 14% ao sexo feminino. Por um lado, não estando a comparar percentagens semelhantes na nossa investigação pode trazer-nos algumas limitações. Por outro, tendo em conta que estamos a avaliar militares que estiveram em missões de paz, a presença de 14% de mulheres também nos dá algumas pistas e fornece dados sobre a forma como as mesmas reagem à hipótese colocadas. O facto de pretendermos avaliar sobretudo militares que estiveram em missões, foi o principal motivo da inclusão de mulheres na amostra. Assim, ao interpretar os resultados podemos perceber que foi uma mais valia esta inclusão, como podemos verificar na comparação feita entre o nosso estudo e o estudo de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000). no que respeita à avaliação da ansiedade – traço e ansiedade – estado em homens e mulheres.

Os nossos militares têm entre 19 e 48 anos de idade, com uma média de 26.29. Temos assim dois grandes grupos de idades: os jovens adultos e os adultos mais maduros. Para o que pretendemos avaliar, o facto das idades se encaixarem nestes dois grandes grupos, é para nós uma forte vantagem, uma vez que sabemos que os traços de personalidade são dinâmicos ao longo do tempo e vão sofrendo alterações. Assim, é normal que o grupo de jovens adultos apresentem resultados diferentes do que o grupo de adultos mais maduros. Este facto foi uma realidade, por exemplo, na avaliação da ansiedade em que podemos constatar diferenças na forma como os mais jovens e os mais maduros lidavam com a ansiedade. A média de idades (26.29). indica-nos que a amostra encontra-se numa idade bastante activa do ponto de vista da profissão de militar, o que nos trás também vantagens na interpretação dos resultados. Cabe ainda indicar que estes militares entraram para o exército em média aos 20 anos, sendo que o mais novo entrou aos 18 e o mais velho aos 25 anos.

No que se refere à nacionalidade, praticamente toda a amostra (96%) é portuguesa, 2% angolanos e 2% indicam ser de outras nacionalidades. Possivelmente aqui deve ter ocorrido por parte dos participantes (os 4%). alguma confusão entre nacionalidade e origem étnica, uma vez que para serem militares ao serviço de Portugal é obrigatório terem nacionalidade portuguesa. Posto isto, apesar de haver registo de 4% de militares não portugueses, deixamos aqui a ressalva que provavelmente estamos perante uma amostra 100% portuguesa, o que contribui para a nossa homogeneidade da amostra no que toca ao nosso objectivo em estudo.

No que se refere à origem étnica a grande maioria é de raça branca (88%). e alguns de raça negra (12%). Além deste último factor, a homogeneidade da amostra nota-se também ao nível do número de filhos que os militares têm, sendo que a maioria (79%). não têm filhos, alguns têm um filho (14%)., poucos têm dois filhos (5%). e muito poucos (2%). têm três filhos.

Quanto à localização/tipo de combate dos nossos militares optou-se por dividir equitativamente a amostra, ou seja, 50% participaram numa missão no Líbano e 50% no Afeganistão. Assim, foi possível perceber diferenças entre os dois teatros de operações tendo em conta as suas particularidades e realidades subjectivas. Mais à frente serão discutidas estas diferenças. Nestes teatros de operações, a maioria dos militares presentes são praças/soldados (76%)., e os restantes são sargentos (12%). e oficiais (12%). Estes militares já estão a serviço no exército em média há 6,16 anos.

No que se refere à experiência em missões anteriores, os militares da nossa amostra têm entre 1 a 3 missões concluídas, com uma média de 1.36. Parece-nos então que, com excepção de alguns participantes da investigação (28%)., uma boa parte da amostra teve esta missão como única (72%)., já que é considerada como missão

completa a do Líbano e a do Afeganistão. Estar em missão pela primeira vez é diferente de ir em missão pela segunda, terceira ou quarta vez. Militares com experiências anteriores de missão, supostamente lidam com a situação em si de forma diferente dos militares que ingressam numa missão pela primeira vez. Tal como abordamos a questão da idade, categorizando-a em jovens adultos e adultos maduros, o mesmo se pode passar com a forma como se lida com a ansiedade quando se repete uma experiência pela segunda vez. Uma vez que este não era o objectivo da nossa investigação, esta ideia aqui levantada não foi estudada, podendo ser desenvolvida mais tarde através de uma comparação entre os militares que vão pela primeira vez em missão e os que já têm mais experiência.

O tipo de trabalho desenvolvido no Líbano e no Afeganistão esteve relacionado com a reconstrução do local destruído pela guerra. Assim, 23% trabalhou na construção, 22% na segurança, 13% eram apontadores, 8% condutores, 5 % auxiliares, entre outras actividades e tarefas necessárias no local. Também não nos foi possível perceber se o tipo de actividade (umas com maior risco que outras). interferiam com a forma como cada sujeito lida com o stress e a ansiedade. Não sendo objectivo desta investigação, sugere-se completar a mesma no futuro com estas conclusões.

Alguns militares não se sentiram ameaçados pelo inimigo (28%)., mas a maioria afirma ter estado perante ameaças (72%). Da amostra total, 63% indica não ter passado por experiências desagradáveis, enquanto que 37% diz que teve situações desagradáveis a ocorrer durante a missão. Parece que à maioria dos militares (87%). estas experiências desagradáveis não os afectaram, ao passo que a outros (13%). assumem que tiveram consequências por isso. Temos aqui alguns factores de alarme que merecem ser analisados. A percentagem que passou por situações desagradáveis ainda é bastante considerável (37%). Acrescentando a isto que da amostra total, 13% indica que estas

situações os afectaram. Acreditamos que na realidade pode haver uma percentagem maior de militares que possuem consequências das mais variadas formas por terem estado em missão, uma vez que podem não estar devidamente atentos aos mais variados sinais que comprometem o seu bem-estar e a sua saúde mental. Pode também, ainda não ter passado o tempo suficiente para conseguirem tomar consciência destes factos (recolha da amostra após 1 mês do regresso da missão). Devido à sua formação profissional muito virada para o “agir” pode haver alguma negligência e negação do facto de se sentirem afectados por experiências desagradáveis. Ainda assim, os militares que detalharam quais seriam para si essas experiências desagradáveis, o factor mais apontado foi o estar longe da família, seguindo-se do tipo de clima que se fazia sentir. Contudo, ainda foram apontados factores como a ansiedade, depressão e hostilidade como experiências desagradáveis e ameaçadoras do bem-estar do militar. Nas entrevistas individuais desenvolvidas no início da recolha da amostra, foi possível perceber que alguns militares referiam que o estar longe trouxe algumas consequências pessoais e familiares à vida dos mesmos. Foi perceptível alguma ansiedade ao falar neste assunto bem como a indicação clara de alguma desorganização pessoal, familiar e social associada ao período de tempo em que estiveram fora (seis meses). Em reuniões com o Centro de Psicologia Aplicada do Exército, este assunto foi debatido como sendo uma preocupação consciente que está a ser analisada para que se possa providenciar um apoio ao militar mais focado nesta “re-integração” na vida pessoal, familiar e social.

Como conclusão da discussão referente aos dados demográficos, temos a indicação de que 72 (72%) não pretende voltar a fazer a missões novamente. Perante esta última pergunta do questionário com resposta dicotómica (Sim ou Não), parece não haver grandes dúvidas quanto ao interesse de não regressar aos Teatros de Operações.

Pensando no objectivo da nossa investigação, parece-nos que com estes dados podemos debruçar sobre a ideia de que os militares da nossa amostra tiveram experiências desagradáveis em missões, sendo que a ansiedade e a depressão foram apontadas como consequências da permanência em missão. Sabemos também que a grande parte destes militares sentiram-se ameaçados e que não pretendem voltar a fazer missões.

Colocando de parte os sintomas que contribuem para o diagnóstico clássico de PTSD, podemos posicionar numa alteração psicológica ocorrida nestes militares, após estes terem sido expostos a locais e situações causadoras de tensão e stress. Recordando que alguns autores também nos indicam quadros clínicos diferentes da PTSD mas relacionados com a situação traumática, estes dados estão de acordo com essas investigações e vão nesse mesmo sentido. Assim, Queiroz (2008) também nos falava num quadro clínico com diferentes reacções, entre elas a depressão e a ansiedade. O próprio DSM-IV-TR, Brown (1998). e Sthefens (1996). citados por Pamplona (1998) realçam que os acontecimentos traumáticos não estão limitados a situações de guerra com perigo eminente, alargando a outras experiências que pela sua intensidade poderão causar também esta sintomatologia ansiosa e/ou depressiva. O artigo "*Rorscharch Measures of Posttraumatic Stress in Persian Gulf War Veterans*" dá-nos conta de um estudo com 30 fuzileiros na reserva que experienciaram PTSD depois de 3 meses na operação "Tempestade no Deserto" (Guerra do Golfo Pérsico), sem combate directo (Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Harvill, L. e Handler, L., 1995).

Apesar do diagnóstico de PTSD ter surgido associado ao trauma de guerra, actualmente, os mesmos sintomas surgem associados a outros eventos mais relacionados com a exposição a situações causadoras de ansiedade, tensão, trauma e facilitadora de ser percebida pelo sujeito como uma situação que pode vir a colocar

a vida do próprio em risco, como é o caso do Teatro de Operações do Líbano e do Afeganistão.

Através da análise dos resultados do STAI, nomeadamente através da interpretação da Ansiedade-Estado, podemos confirmar a presença de sintomatologia ansiosa alta em 25% da amostra estudada. Os valores normais-altos e altos apontam para a confirmação da nossa hipótese de trabalho, ou seja, durante o tempo de missão uma boa percentagem dos militares (25%) sofria de ansiedade clínica. A ansiedade-estado refere-se à vivência temporária de sintomas que preenchem o diagnóstico de ansiedade, ou seja, o militar esteve durante um determinado período de tempo em missão com sentimentos de apreensão e tensão, taquicardia, mau-estar, náuseas, sensação de falta de ar e aperto no peito, entre outros sintomas referentes à ansiedade. Este estado de ansiedade manteve-se pelo menos até ao momento em que preencheu o inventário.

No que toca à Ansiedade-Traço, confirmamos igualmente a presença da ansiedade enquanto traço de personalidade em 29% (valores normais-altos e valores altos) da amostra estudada. Com estes dados da ansiedade enquanto traço de personalidade (ansiedade mais duradoura e persistente ao longo dos últimos tempo), surgem dúvidas quando pensamos nos resultados da ansiedade-estado. Será que os militares que pontuam alto na Ansiedade-Estado são os mesmos que os da Ansiedade-Traço? Ainda que seja possível através da nossa base de dados confirmar e estudar esta questão, não é da nossa competência o fazer, uma vez que o nosso objectivo e hipótese de trabalho são outras, ficando questões e dúvidas como esta para futuras investigações.

Um estudo semelhante em que é utilizado o STAI à população militar que esteve em missão (Silva, Silva, Rodrigues, Luís, 2000) diz-nos que os resultados da ansiedade-

estado é superior que a ansiedade-traço. Os autores deste estudo não esperavam estes resultados, uma vez que de uma forma geral espera-se que a ansiedade-estado seja inferior à ansiedade-traço. A nossa investigação não corrobora o estudo de Silva, Silva, Rodrigues, Luís (2000), porque a nossa ansiedade-estado é inferior à ansiedade-traço.

Assim, em jeito de conclusão da discussão da interpretação destes nossos resultados com o STAI, parece-nos possível ficar mais próximos da confirmação da nossa hipótese de trabalho que nos diz que a intervenção em missões interfere com a estrutura de personalidade do indivíduo que nelas participa.

Prosseguindo a nossa discussão de resultados, aproximamo-nos da densidade de resultados alcançados pelo NEO-PI-R. Para não nos perdermos com tantos resultados referentes a várias dimensões da personalidade, iniciamos a discussão pela análise da ansiedade que corresponde ao nosso primeiro objectivo e só depois passamos à análise de outras dimensões que mais se destacam correspondendo assim, ao segundo objectivo da nossa tese.

O NEO-PI-R dá-nos apenas duas facetas referentes à ansiedade, a faceta da ansiedade por si só e a faceta da ansiedade social. Segundo a análise da faceta referente à ansiedade, constatamos que os valores são baixos para a maioria (63%) da população. Surge apenas 5% com diagnóstico ansioso (valores normais-altos e alto). Pensando na ansiedade social e na faceta que a avalia, os valores aumentam e confirmamos a presença de ansiedade virada para as relações sociais em que 22% (valores normais-altos e altos) apresenta dificuldades desta ordem. Avaliar a ansiedade da nossa amostra apenas com estas duas indicações parece-nos pouco fiável e por esse motivo a inter-relação com outras formas de avaliação que não apenas o NEO-PI-R nos tenha parecido desde sempre o mais correcto. Assim, não nos sendo totalmente

confortável avaliar a ansiedade destes militares apenas com base nestas duas facetas, também nos questionamos aqui, até que ponto a ansiedade clínica de que temos vindo a falar está relacionada com a forma de relacionamento do militar com o mundo exterior, ou seja, na sua interacção com os demais. Como é que isto se relaciona com os dados recolhidos pelo STAI? A escassez de estudos que utilizam o NEO-PI-R para avaliação da ansiedade não nos dá suficiente solidez nem suporte para aqui nesta investigação o fazermos apenas com base nele. Assim, aguardamos os resultados do Rorschach e dos Índices de Exner para compormos a nossa posição sobre a ansiedade. No entanto, de acordo com Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Harvill, L. e Handler, L. (1995) uma escala de personalidade é útil para diagnosticar PTSD.

Avaliando outras dimensões da personalidade através desta prova, parece-nos útil referir-nos às grandes 5 dimensões da personalidade propostas pelo Inventário.

Quanto ao Neuroticismo, percebemos que a maioria da amostra encontra-se emocionalmente estável, mas 8% apresenta exactamente o oposto, ou seja, instabilidade emocional e insegurança. Parece-nos claro, a presença constante de uma parte da amostra que suscita alguns cuidados.

Os valores alcançados pela dimensão da Extroversão vão no mesmo sentido, confirmando a existência de uma pequena percentagem, neste caso de 14%, que tende mais para o isolamento, falta de ânimo e maior tristeza na forma como vivem as suas vidas.

Quanto à Abertura à Experiência, vem reforçar a tendência ao isolamento acabada de ser referida, na medida em que esta dimensão nos faz pensar em pessoas mais fechadas, que não dão muito espaço para a novidade e criatividade. O isolamento e

as características descritas por esta dimensão relacionam-se também, com sintomas de depressão clínica.

A próxima dimensão refere-se à Amabilidade e vem reforçar a ideia de que os nossos militares apresentam significativamente (30%) hostilidade, desconfiança, dificuldades no relacionamento com os outros tendo inclusive sérias dificuldades no relacionamento interpessoal. Estudos realizados com esta prova em Portugal (Lima e Simões, 1995) dizem-nos que os portugueses apresentam valores mais baixos de amabilidade quando comparados com a população americana. Estas características de hostilidade e agressividade em população maioritariamente masculina poderá relacionar-se com a depressão. Hoje sabe-se que a depressão no masculino está mais virada para comportamentos agressivos e hostis.

Por último, a dimensão da Conscienciosidade/Responsabilidade indica-nos novamente a presença de uma parte da amostra, neste caso de 17%, que se encontra desmotivada, insegura e sem responsabilidade para as suas tarefas e actividades profissionais, que por sua vez, também são sinónimo de depressividade.

A análise das dimensões do NEO-PI-R faz-nos confirmar a presença de factores depressivos numa parte da amostra.

Consideramos pertinente analisar também algumas facetas em particular, já que nos podem dar fortes indicadores para o nosso objectivo de estudo. Assim, destacamos a faceta da Depressão com a indicação de alguns militares em depressão grave; a faceta da Gregariedade que reforça a tendência para o isolamento e evitação social; a faceta da Fantasia que nos dá conta da pouca criatividade, fantasia e sonho, ou seja, maior tristeza e menos alegria; a faceta do Altruismo que indica a existência de militares pouco altruistas e nos faz pensar nas reais motivações para desenvolverem missões de apoio à

paz e a faceta da Atitude Conciliadora que nos reporta a dificuldade de gerir e resolver conflitos.

Até ao momento, parece-nos ser uma constante e dar como certo que uma determinada percentagem de resultados representam algum mau-estar emocional que condiciona a saúde mental dos nossos militares. Estas dimensões da personalidade e as suas facetas vêm corroborar a nossa desconfiança que nos fez formular a nossa hipótese de estudo.

Passamos já de seguida à discussão dos resultados do Rorschach e dos Cartões Projectivos JRI (José Rodrigues Isidoro). Os cartões serão avaliados separadamente, uma vez que com a introdução dos Cartões Projectivos JRI, há um aumento significativo de respostas por cartão.

Através do modo de apreensão da mancha, é possível perceber que os nossos militares dividem-se, quer no Rorschach quer nos Cartões Projectivos JRI, entre o modo de apreensão global da mancha (W) e o modo de apreensão em grande parte da mancha (D). Temos assim militares que incorporam bem a informação proveniente do exterior quer pela capacidade de integrar tudo na mancha total quer para a capacidade de centrar as suas respostas num grande detalhe da mancha.

Articulando o modo de apreensão com a qualidade e eficácia do mesmo (DQ), podemos perceber que a forma como a mancha é percebida pela maior parte dos militares se insere no esperado para a população em geral (DQo). Pertencentes a funcionamentos psíquicos mais conservadores, são respostas práticas, simples, comuns, fáceis de elaborar cognitivamente e sem grande esforço criativo.

Com a introdução dos Cartões Projectivos JRI, assiste-se a um aumento do modo de apreensão em pequenos detalhes da mancha (Dd) e a uma qualidade de desenvolvimento mais elaborada e criativa (DQ+, DQv/+).

Através dos determinantes, é possível perceber que a população estudada determina a maioria das suas respostas pela forma da mancha (F), seguindo-se as respostas em par e as de cor (FC, CF, C). Por um lado, há predominio da necessidade formal e racional da mancha, por outro a cor dá-nos conta da vivência afectivo-emocional com a mancha. Na avaliação da ansiedade, estes determinantes relacionam-se com este diagnóstico. A cor é o afecto, a emoção e o impulso por natureza. Os nossos resultados são igualmente corroborados pelo estudo de Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Harvill, L. e Handler, L. (1995) cujos protocolos tinham um valor elevado de respostas CF. Estes protocolos foram comparados com outros e confirmou-se que na aplicação a fuzileiros, os determinantes M e FC, CF e C eram utilizados para diagnóstico de PTSD. Neste estudo (Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Harvill, L. e Handler, L., 1995) o Rorschach em conjunto com MMPI manifestaram-se bastante eficazes no diagnóstico de PTSD. Os mesmos resultados encontramos na nossa investigação e também nos estudos de Frueh C., Leverett J., Kinder B. (1995) com relações fortes entre o determinante M e o diagnóstico de PTSD, depressão e ansiedade.

Com os Cartões Projectivos JRI assiste-se ao incremento de respostas de movimento humano (M), de reflexo (Fr, rF), de movimento animal (FM), de movimento inanimado (m) e de forma-dimensão (FD).

Além do estudo acima referido (Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Harvill, L. e Handler, L., 1995), que comprova a associação do determinante M ao diagnóstico de PTSD, os autores do artigo *Dissociated Rage Attacks in a Vietnam Veteran: A*

Rorschach Study (1984) destacam alguns determinantes associados a uma organização neurótica da personalidade com dor introspectiva e ansiedade, como é o caso dos determinantes FC'e FD, conforme demonstram também os nossos resultados. Estes autores (1984) analisaram um caso de um combatente do Vietnam que após 2 anos de ter estado no Vietnam, começou a ter episódios de ataques de raiva (Salley, R., Teiling, P.). A avaliação com o Rorschach sugeriu um nível quase neurótico de organização do ego, com uma repressão massiva sob a forma de ataques violentos dissociativos; e indicou que o trauma de combate parece ser o elemento precipitador destes episódios de ataques de raiva (Salley, R., Teiling, P., 1984).

A Qualidade Formal (FQ) permite adequar com maior ou menor precisão o funcionamento cognitivo face às exigências reais. Ao analisarmos a qualidade formal das respostas, percebemos que apesar de existir, na maioria, respostas comuns e adequadas (xo), existem pontuações consideráveis para a FQxu que nos dá conta de uma forma muito particular de precisar a mancha e a FQx- que nos remete mais para uma distorção da realidade.

No que se refere aos conteúdos das manchas, temos claramente uma diferença enorme ao avaliarmos os cartões referentes ao Rorschach e os cartões referentes ao JRI. Assim, no Rorschach o conteúdo animal é o mais utilizado, nos Cartões Projectivos JRI, o detalhe humano (Hd), o detalhe animal (Ad) foram os mais utilizados, seguindo-se as figuras inteiras humanas (H) e animais (A), bem como conteúdos anatómicos. Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Harvill, L. e Handler, L. (1995) desenvolveram no seu estudo com militares na operação "Tempestade no Deserto" (Guerra do Golfo Pérsico) um indicador que intitularam de CC (Combat Content) que era usado em respostas que incluíssem: artigos de guerra, material militar, objectos que sofreram violência militar, e representações de cenários de guerra. Na nossa investigação, alguns conteúdos

relacionados com a guerra foram encaixados no conteúdo de Experiência Humana (Hx), Arte (Art) ou Ciência (Sc) conforme critérios de inclusão para estes conteúdos. Os conteúdos de Explosão (Ex) e de Fogo (Fg) existiram nas respostas dos nossos militares mas apenas aparecem em gráfico os conteúdos mais frequentes.

Carr, A., (1984) realça a importância de não se descuidar as interpretações de conteúdos ao Rorschach uma vez que uma resposta representa uma experiência concreta que reflecte um incidente traumático no passado que deve ser considerado já que esta resposta sugere preocupação com a integridade física do sujeito.

No que se refere aos fenómenos especiais, os nossos militares destacam maior prevalência de PHR, GHR e MOR nas respostas aos protocolos. O PHR e o GHR relacionam-se com respostas com algum tipo de representação humana. Assim, os critérios para ambos os fenómenos especiais relacionam-se com a presença de conteúdos humanos H, (H), Hd, (Hd) ou Hx, que como vimos atrás são dos conteúdos mais utilizados pelos nossos militares. Além destes conteúdos, são também critérios para PHR e GHR as respostas determinadas por M ou FM, que igualmente conforme vimos atrás, foram bastante utilizados pela nossa amostra. Quanto ao fenómeno especial MOR, este significa a existência de um conteúdo mórbido, ou seja, a presença de objectos identificados como mortos, destruídos, arruinados, feridos, etc, que estão discriminados nas respostas ao protocolo. Aos três fenómenos especiais mais pontuados pelos nossos militares, podemos compreender que a percepção e a identificação com o real e com a racionalização são factores que descrevem bem a personalidade dos sujeitos da amostra. Acrescentando a isto, os fenómenos especiais mórbidos, percebemos que estes podem estar fortemente relacionados com sintomatologia ansiosa. Aos mesmos resultados chegaram Frueh C., Leverett J., Kinder B. (1995), com pontuações MOR elevadas em militares do Vietnam.

Apesar de termos identificado os três fenómenos especiais mais altos, não devemos descuidar a elevada pontuação na projecção à cor (CP), critério importantíssimo no diagnóstico de sintomatologia ansiosa, e a elevada pontuação ao fenómeno especial de agressividade (AG), que além de identificar uma conduta hostil e agressiva, torna-se um critério importante no diagnóstico de depressão mais característica do género masculino.

Estes fenómenos especiais encontram-se intimamente relacionados com os resultados da Prova de Eleição de Morgenthaler, na medida em que o cartão mais rejeitado foi o III+. Os estudos com este cartão indicam que este cartão III+ e o cartão II+ são cartões com manchas fortemente apelativas à cor vermelho-vivo, à forma com conteúdos humanos e mórbidos.

O cartão mais aceite foi o X. Este é o cartão classicamente mais aceite devido às suas cores e formas agradáveis.

Os Índices Especiais de Exner constituem um pilar central na avaliação do Rorschach seguindo a metodologia de Jonh Exner. Com estes índices, conseguimos chegar a conclusões e hipóteses diagnósticas objectivas e concretas sobre a população estudada.

Começamos com aquele que é o primeiro índice a ser analisado, que é o índice de suicídio (S-CON). Da nossa amostra total, 17% apresenta ideacção suicida. Para tal estar a acontecer, depreendemos com certeza que esta população em específico (17%) está bastante deprimida, com um forte sentimento de desesperança e de solidão. Comprova-se através dos resultados do índice de depressão (DEPI) onde temos 67% da amostra com depressão clínica, sendo que 19% é moderado e 3% grave. Ao nível relacional encontramos o índice com pontuação mais elevada (CDI) o que se traduz

num dos maiores problemas da nossa população, uma vez que 83% apresenta dificuldades sérias no relacionamento com as pessoas. Segundo Exner (2005), quando o CDI e DEPI estão elevados significa que os sujeitos apresentam sentimentos de tristeza, inquietude e desesperança bem como relacionamentos interpessoais superficiais e pouco gratificantes. Quando apresentámos anteriormente estes dados, no capítulo dos resultados, apresentámos como uma das hipóteses explicativas a transição da vida militar para a vida civil. Podemos pensar numa primeira abordagem, na dificuldade do militar conseguir manter relacionamentos na vida civil estando distante durante toda a semana e muitos fins-de-semana destes mesmos relacionamentos. No entanto, refletindo um pouco mais, a verdade é que este problema muito provavelmente tem origens anteriores ao ingresso na carreira militar. Pensa-se assim, que este índice tem um carácter transversal às relações, ou seja, parece-nos que de uma forma geral, há nestes militares dificuldades em criar relações/ligações duráveis e constantes, havendo por sua vez, inibição e distância na aproximação/ligação às pessoas. Indo um pouco mais além, se pensarmos nesta dificuldade como um factor de base, ou seja, antecedente à vida do militar, até que ponto é que a vida militar poderá melhorar, apaziguar ou preencher essa lacuna? Somos seres relacionais, crescemos e desenvolvemo-nos na relação afectiva e emocional com o outro. Será que a importância da camaradagem é uma das motivações inconscientes que faz um cidadão alistar-se nas formaças armadas? São questões pertinentes que seriam interessantes para o seguimento desta investigação num futuro estudo. Para esta investigação, o que nos parece ser importante é a relação entre estes índices, nomeadamente a existência forte de pessoas deprimidas, em risco de suicídio e que não se conseguem relacionar de forma salutar. A abordagem psicanalítica diz-nos que a depressão relaciona-se em grande parte com a perda de pessoas, de relações/ligações afectivas significativas à vida do sujeito. Aqui, observamos uma

população que provavelmente sofre de escassez de relações/ligações afectivas, que está deprimida e em risco de suicídio. A propósito da depressividade e da carência afectiva, Coimbra de Matos, A. (2012), também nos diz que a sua origem relaciona-se com as perdas afectivas cumulativas durante a primeira infância (p. 33).

Através da relação entre depressão e suicídio em militares, conclui-se num estudo que os veteranos com doenças afectivas (leia-se depressão) estão em maior risco de suicídio que veteranos sem esta condição (Waller, S. J., Lyons J. S., Costantini-Ferrando, M. F., 1999). O nosso estudo corrobora assim os resultados deste, uma vez que a nossa amostra também apresenta sinais depressivos e alguma ideacção suicida.

Não só nesta investigação fazemos esta análise comparativa entre os índices DEPI e CDI. Stredny & Ball (2005) relaciona ambos os índices no seu estudo com uma amostra de 65 crianças e adolescentes. O seu estudo, tal como Exner propôs (2005), relaciona-se com a introdução do CDI como complemento à DEPI, devido aos falsos negativos que este último apresenta (Stredny & Ball, 2005). Ainda que não tenha sido possível confirmar a análise do CDI em alternativa ao DEPI, os resultados apontam para uma tendência do CDI em identificar a depressão. Exner (2005) também nos diz que quando ambos os índices são elevados, é provável que exista um estado de desorganização emocional, ficando o problema afectivo num papel secundário e a dificuldade de estabelecer e manter relações interpessoais válidas e gratificantes como principal factor desorganizador (p. 125). Na nossa investigação, os resultados dão-nos maior confiança no diagnóstico depressivo de uma parte da população em estudo.

Prosseguindo com a análise dos índices, deparamo-nos com alterações graves na percepção e no pensamento que nos faz pensar, no limite, em esquizofrenia (PTI). Este índice está presente em 7 % da população variando entre as formas de leve, moderado e

grave. Este índice é grave e remete-se para alterações psicopatológicas que nos fazem pensar mais em psicoses, mas não são representativas da nossa população como o quadro depressivo acima indicado. Neste sentido seguimos para os últimos índices a serem analisados, o da hipervigilância (HVI) e o da Obsessividade (OBS). O HVI, sendo um índice que está negativo, ou seja, nenhum militar parece indicar sinais da ordem da paranóia, perseguição, etc. Com isto, podemos confirmar também através deste índice que a psicopatologia que mais surge na nossa população é mais de ordem neurótica do que psicótica. O OBS, também se revela pouco significativo, apenas com 4% de casos moderados.

Assim, com base nos Índices Especiais de Exner confirma-se a presença de psicopatologia na nossa amostra.

Não havendo estudos anteriores a este com a aplicação do NEO-PI-R juntamente à aplicação do Rorschach, encontramos na bibliografia disponível alguns estudos sobre o MMPI (inventário de personalidade) e o Rorschach aplicado à população militar. Frueh C., Leverett J., Kinder B. (1995) avaliaram a relação entre o MMPI-2 e o Rorschach numa amostra de Veteranos do Vietnam com PTSD. Apesar da amostra ser apenas de 20 combatentes, este é o primeiro estudo a relacionar ambas as ferramentas neste tipo específico de populações. Neste estudo, ficaram demonstradas relações fortes entre os fenómenos especiais do Rorschach e a pontuação especial do MMPI-2. Outro estudo muito interessante, foi o de Ritzler, B. & Singer, M. (1998) cujo trabalho foi uma tentativa de avaliar a personalidade de Rudolf Hoess, o comandante do campo de concentração de Auschwitz. Com base na autobiografia deste comandante, os autores do estudo preencheram o teste “MMPI by Proxy” tentando replicar respostas do próprio comandante pela análise da sua autobiografia (Ritzler, B. & Singer, M., 1998). Os resultados foram então comparados com o teste Rorschach que o comandante fez

enquanto prisioneiro por crimes de guerra. Os resultados mostram que Hoess usou racionalização e externalização para justificar as suas acções, e para evitar sentimento de culpa (Ritzler, B. & Singer, M., 1998).

Quanto à complementariedade entre os cartões Rorschach e os cartões JRI, não se pretende fazer uma análise extensa sobre esta complementariedade, uma vez que não é este o propósito da nossa investigação. Parece-nos importante deixar aqui o registo de que os nossos resultados vão ao encontro dos resultados de autores que também estudaram os cartões JRI (Jimenez, F., 1990), e que, também como nós apresentam nos seus estudos a magnífica complementariedade entre ambos os conjuntos de cartões. Na nossa investigação, os resultados apontam para um aumento significativo do número de respostas por cartão com a introdução dos cartões JRI. De acordo com Jiménez, F. os cartões de cor vermelha, convertem-se em estímulos poderosos que põem à prova as resistências psíquicas da personalidade (1990). Estes cartões ao favorecer e promover a projecção, suscitam mais respostas, por isso, mais conteúdos a serem analisados. As respostas são mais criativas e mais elaboradas nos cartões JRI (DQ+, DQo, DQv, DQv/+). As respostas com percepção de movimento (M, FM e m) são superiores nos cartões JRI, tal como surge em outros estudos com esta prova (Jimenez, F. 1990). Estes cartões suscitam também mais respostas “par” e apresentam mais características formais que as restantes. Os conteúdos humanos são largamente superiores nos cartões JRI, o que vem corroborar os estudos de Jimenez, F. (1990). Uma novidade relativamente a estes cartões foi a elevada percentagem de conteúdos animais. Ainda que estes conteúdos tenham sido superiores nos cartões Rorschach, a verdade é que nos cartões JRI estes conteúdos surgem bastante elevados, que não é normal acontecer. A projecção à cor mantém-se mais elevada nos cartões JRI, que nos dá conta da ansiedade dos militares expressada nos cartões JRI. A complementariedade entre ambos os conjuntos

de cartões surge quando percebemos que há factores que passam despercebidos quando os cartões JRI não são aplicados, bem como a certeza no diagnóstico ser bem mais segura.

Em suma, temos como resultados do STAI para uma parte da nossa amostra, a confirmação de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, sendo esta última superior à primeira.

Como resultados do NEO-PI-R, para uma parte da amostra, temos a dimensão do Neuroticismo que apresenta alguma instabilidade emocional; a dimensão de Extroversão que nos indica tendência ao isolamento; a dimensão Abertura à Experiência que reforça também o isolamento; a dimensão da Conscienciosidade/Responsabilidade que define a desmotivação e a insegurança; e a dimensão de Amabilidade relacionada com a agressividade e hostilidade, que por sua vez, nos remete para características depressivas no masculino. Na avaliação da ansiedade, temos a faceta da ansiedade social que nos confirma dificuldades sérias no relacionamento interpessoal. Os trabalhos de Anunciação (1997) e de Aranha (2007) apontam dificuldades interpessoais, entre outras, corroborando assim os nossos resultados. No mesmo sentido seguem os trabalhos de Gewirtz, Polusny, DeGarmo, Khaylis e Erbes (2009) que apontam dificuldades no relacionamento parental e marital com militares regressados do Afeganistão e do Iraque.

Com os resultados do Rorschach, igualmente se constata a presença de ansiedade e depressão através da análise dos fenómenos especiais. Os Índices Especiais de Exner revelam claramente depressão clínica e graves dificuldades no relacionamento interpessoal. Também Erbes, Curry e Leskela (2009) chegaram aos mesmo resultados

numa amostra americana de militares do Afeganistão com diagnóstico múltiplo de ansiedade e depressão.

Reunindo todos estes dados, parece-nos legítimo confirmar a nossa hipótese de trabalho, ou seja, a participação em missões interfere com a estrutura de personalidade do sujeito.

O nosso estudo segue assim, a mesma linha de resultados da análise da literatura feita por Osório, C., & Maia, Â. (2010) que indicavam consequências psicológicas negativas nos militares regressados do Afeganistão e do Iraque.

Antes de concluirmos este capítulo gostaríamos de identificar algumas limitações ao presente estudo. A primeira limitação refere-se ao tamanho da amostra (N=100). Ainda que consideremos suficiente para a avaliação da personalidade e para os objectivos do nosso trabalho, acreditamos que com uma amostra maior conseguiríamos estabelecer mais hipóteses de trabalho. Ainda assim, com as provas psicológicas que nos propoemos apresentar à amostra para avaliação da personalidade, o trabalho foi desenvolvido individualmente e por isso bastante vasto e extenso. Para aumentar a amostra seriam necessárias mais pessoas dedicadas a este estudo. A segunda limitação refere-se à localização da missão que a nossa amostra participou. Metade da nossa amostra esteve em missão no Líbano e outra metade no Afeganistão. Acreditamos ser esta uma limitação, uma vez que ambas as realidades são diferentes e podem proporcionar formas díspares de lidar com a ansiedade no dia a dia. A terceira limitação refere-se ao facto de que no Afeganistão os nossos militares pertenciam a uma tropa especial, os “Comandos”, enquanto que os militares do Líbano não pertenciam a nenhuma tropa especial. Isto poderá constituir-se uma limitação, na medida que os comandos têm formação e preparação específica para lidar com

determinadas adversidades e determinados perigos que surjam nos teatros de operações. A quarta limitação refere-se ao desequilíbrio entre homens e mulheres da amostra (14 mulheres e 86 homens).

Assim, em futuros trabalhos desta natureza, sugerimos que se consiga relacionar a ansiedade com o tipo de missão (Afeganistão, Líbano ou outra) e o tipo de actividades prestadas no teatro de operações; ter o mesmo número de militares do sexo feminino e masculino; perceber se os militares que pontuam alto na Ansiedade-Estado são os mesmos na Ansiedade-Traço; perceber se as dificuldades no relacionamento com os outros relacionam-se com as motivações destes militares (regime de contrato) ingressarem nas Forças Armadas; estudar a complementariedade entre testes projectivos e escalas de personalidade. Há estudos que podem partir desta nossa investigação devido à diversidade de resultados alcançados.

PARTE IV - CONCLUSÕES

IV. CONCLUSÕES

A avaliação psicológica é, em Portugal, um campo da psicologia em larga expansão. A multiplicidade de áreas em que é utilizada, faz com que cada vez mais seja requerida no âmbito da saúde, da justiça, da educação, do trabalho, do desporto, entre outros.

A transversalidade da avaliação psicológica em Saúde assenta na prevenção da saúde mental na medida em que através dos seus resultados podemos detectar traços de personalidade que sustentam solidamente a previsão da possibilidade de se desenvolver doenças do foro psíquico.

Com a nossa investigação conseguimos retirar várias contribuições para a prática da psicologia clínica e da saúde. Conseguimos analisar a pertinência dos Índices Especiais de Exner recolhidos através Rorschach para avaliação da personalidade. Conseguimos perceber de forma rápida e concreta quais os militares da nossa amostra em risco de suicídio e depressão. Percebemos também as angústias afectivas relacionadas com a dificuldade em estabelecer relações, causando por isso, ansiedade social conforme dados cruzados com o NEO-PI-R. Identificámos, através do STAI, ansiedade clinicamente significativa como traço de personalidade e ansiedade relacionada com o tempo de permanência em missão. Percebemos outras dimensões da personalidade através do NEO-PI-R. Através da articulação entre os dados do Rorschach e os do NEO-PI-R percebemos melhor a dinâmica do funcionamento psíquico do sujeito. Uma das várias contribuições dos resultados do NEO-PI-R apontam para tendência ao isolamento. Cruzando esta informação com os dados do Rorschach,

percebemos a existência de dificuldades ao nível do relacionamento com os outros. Ambas as informações nos remetem para a existência de ansiedade social nesta população.

Além do carácter preventivo que nos garante algum rigor para que a intervenção seja ajustada às necessidades mais emergentes dos pacientes, a avaliação psicológica tem também, um papel crucial nas boas-práticas do diagnóstico da personalidade e no desenvolvimento de processos psicoterapêuticos com o paciente. Os nossos resultados emitem um diagnóstico importante para que a intervenção seja mais adaptada ao paciente. Com a avaliação da saúde mental destes militares, é possível perceber a necessidade real de actuar com mais rigor ao nível do acompanhamento durante e pós missão.

Com base no carácter holístico deste conjunto de resultados, futuras avaliações psicológicas com estas provas transmitirão ao técnico de saúde mental mais segurança na sua intervenção.

O propósito da nossa investigação insere-se por um lado, na necessidade de continuar a investigar na área da avaliação psicológica, por outro, na necessidade de refletir sobre a participação dos militares portugueses em missões bélicas. Consideramos a existência de condicionantes nos teatros de operações que se podem associar a alterações psicológicas como a ansiedade, depressão, ou outra, devido por exemplo ao contexto de tensão, ao constante estado de alerta e por vezes de ameaça vivido pelos nossos militares. Para tal, propusemo-nos avaliar a ansiedade e outras dimensões da personalidade destes militares e construímos assim os nossos objectivos de trabalho.

Com base nos resultados obtidos, confirmamos que a intervenção em missões afecta a estrutura de personalidade do militar que nela participa (H1). A avaliação psicológica desenvolvida aos nossos militares apresentou-nos resultados que confirmam a presença de ansiedade e depressão clinicamente significativa na estrutura de personalidade da nossa amostra, bem como graves dificuldades no relacionamento interpessoal.

Antes de concluirmos, gostaríamos de deixar registado que este trabalho foi pioneiro em Portugal no que toca aos instrumentos de avaliação utilizados simultâneamente. Ao nível das Forças Armadas Portuguesas também não foram encontrados estudos que avaliassem desta forma os militares de uma forma geral e os militares que participaram em missões bélicas de uma forma particular. Consideramos por isso e pelos resultados alcançados que o nosso estudo contribui significativamente para uma cuidadosa avaliação da estrutura de personalidade dos nossos militares e de como a participação em missões os afecta, bem como, para uma reflexão dos instrumentos utilizados em contexto de avaliação psicológica. Parece-nos importante que os psicólogos do Centro de Psicologia Aplicada do Exército e os Órgãos responsáveis pelas Forças Armadas Portuguesas fiquem sensíveis a este problema e que consigam com base nestes resultados agir em conformidade, apostando mais no acompanhamento pré missão, durante a missão e pós missão.

A multiplicidade de resultados alcançados com o nosso trabalho poderão ser úteis em futuras investigações sobre o tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M., (2010). Minimizando as limitações do tratamento psicológico mais eficaz (exposição prolongada). no tratamento da perturbação de stress pós – traumático. *Revista de Psicologia Militar*, nº 19, pp. 305 - 317
- Albuquerque, A., [et al.] (2003) Perturbação pós-traumática do Stress (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta médica portuguesa. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.* 16:5, 309-320.
- Anuniação, C. (1997). Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem perturbação pós stress traumático. *Análise Psicológica*, 4, 595 - 604
- Anuniação, C. (2003). Origens do conceito de Stress Traumático. *Revista de Psicologia Militar*, nº 14, 117 – 123
- Anzieu, D. (1978). *Os Métodos Projectivos*. Rio de Janeiro: Editora Campus, Lda.
- Aranha, M. (2007). *Alguns aspectos da violência como factor gerativo do Transtorno de Stress Pós-Traumático*. Instituto de Ciências Biológicas. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro
- Araripe, L., (2006). *História das Guerras*. São Paulo: Editora Contexto
- Babo, T. (1998). Os modelos femininos e a formação do grupo. *Revista Psicologia Militar*, nº 11, 115 - 121
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2000). *O Medo, a Ansiedade e as suas Perturbações*. Centro de Estudos de Psicologia Cognitiva e da Aprendizagem. Centro de Aconselhamento para Estudantes. Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona. Lisboa.
- Baptista, A., Pereira, A., Carvalho, M., Lory, F. & Santos, R. (2001). Aprender a lidar com as dificuldades emocionais. O centro de aconselhamento para estudantes. *Revista de Humanidades e Tecnologias*, 2/5, pp. 227-237.
- Baptista, M., Oliveira S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 6, nº 2, pp. 43-50.
- Band, M. (2007). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Editora Psimática.
- Begić, D. & Jokić-Begić, N. (2007). Heterogeneity of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Croatian. War Veterans: Retrospective Study. Department of Psychology, Zagreb University Faculty of Philosophy. *Croat Med J* nº 48, pp. 133 - 139
- Boch, S., & Aveline, M. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brito, D., Goulart I. (2005). Avaliação psicológica e prognóstico de comportamento desviante numa corporação militar. *Psico-USF*, v 10, nº 2, pp. 149 - 160.
- Camargo, C. (2006). *História das Guerras*. São Paulo: Editora Contexto
- Cançado, V. (2007). 150 anos de Freud e as mesmas reflexões para os tempos de guerra e morte. *PsicoDom* v.1, n.1

- Carlson, K. F., Nelson, D., Orazem R. J., Nugent, S., Sayer, N. A., (2010) Psychiatric Diagnoses Among Iraq and Afghanistan War Veterans Screened for Deployment-Related Traumatic Brain Injury. *Journal of Traumatic Stress* Vol. 23, No. 1. pp. 17–24
- Carochinho, J. (2002). Avaliação das emoções sentidas por uma amostra de militares participantes em Missões de Paz na Bósnia – Herzegovina. *Revista de Psicologia Militar*, nº 13, pp. 175 - 190
- Carol, A., Carrigues, J., Ivernel, M. (1997). *Resumo de história do século XX*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas
- Carr, A., (1984) (1984) Dissociated Rage Attacks in a Vietnam Veteran: A Rorschach Study. *Journal of Personality Assessment*, 48, 4, pp. 420 - 421
- Carvalho, T., Regadas, D. (2010). Experiências de guerra/combate e sintomatologia associada à perturbação pós-stress traumático, em veteranos da guerra colonial portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, nº 19, pp. 233 – 257
- Castro, R. (2010). As reflexões de Sigmund Freud sobre a guerra e a morte. *Mal-Estar e Sociedade - Ano III - n. 5* - Barbacena pp. 93-113
- Chabert C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto*. Paris: Climepsi Editores
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Mais amor, menos doença, a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores
- Coniam, S., & Diamond, A. (2001). *Controlo da Dor*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, C. (2001). *Psiconeuroendocrinologia das memórias no Stress Traumático: suas implicações na terapia comportamental e cognitiva*. (Tese de Mestrado em Terapias Comportamentais e Cognitivas) ULHT. Lisboa
- CPAE (2012). Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico. (Documento interno do Centro de Psicologia Aplicada do Exército, gentilmente cedido para apoio a esta investigação).
- Cruz, F. (2003). Burnout e Engagement: Estudo Exploratório numa Amostra de Militares em Missão de Apoio à Paz em Timor. *Revista de Psicologia Militar*, nº 14, 29 – 40
- Delouyab, D., Meshulam-Werebea, D., Andradeb, M. (2003). Transtorno de Stress Pós-Traumático: enfoque psicanalítico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, nº 25, 37-40
- Diciopédia, (2010). *Admissão de Portugal pela ONU*. Porto: Porto Editora
- Diciopédia (2010). *Consequências da Primeira Guerra Mundial*. Porto: Porto Editora
- Diciopédia (2010). *Forças de Manutenção da Paz das Nações Unidas*. Porto: Porto Editora
- Diciopédia (2010). *Organização das Nações Unidas (ONU)*. Porto: Porto Editora
- Diciopédia (2010). *Transtorno de Stress Pós-Traumático*. Porto: Porto Editora
- Diego, R., Jiménez, F. (1992). Analisis discriminativo de la personalidad antisocial mediante la Técnica de Eleccion de W. Morgenthaler. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. Vol.XI, (1-2). Pp. 84-94

-
- DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais*. American Psychiatric Association. Londres: Climepsi Editores
- Dorigo, J. e Lima, M. (2007). O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, vol. 10, n. 1, pp. 55-73
- Erbes, C., Curry, K., Leskela, J. (2009). Treatment Presentation and Adherence of Iraq/Afghanistan Era Veterans in Outpatient Care for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Services*. Vol. 6, Nº 3, 175-183.
- Erbes, C., Polusny, M., Meis, L. Compton, J. (2011). Couple Adjustment and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in National Guard Veterans of the Iraq War. *Journal of Family Psychology*. Vol. 25, Nº 4, pág 479-487
- Euronews <http://pt.euronews.com/2006/08/14/resolucao-1701-da-onu-coloca-duvidas-no-terreno/>, consultado a 26 de Dezembro 2012.
- Exner, J. E. (1994). *El Rorschach. Un Sistema Comprehensivo*. Vol. I: Fundamentos Básicos. Madrid: Psimática
- Exner, J. E. (2001). *Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática
- Exner, J. E. (2005). *Principios de Interpretación del Rorschach – Un manual para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática
- Exner, J. E. e Erdberg, P. (2005). *The Rorschach – A Comprehensive System. Advanced Interpretation* Vol. 2.. New York: Wiley
- Fernandes, E. & Maia, A. (2000). *Quando a guerra parece não ter fim: Uma intervenção psicoterapêutica em Perturbação Stress Pós Traumático de Guerra*. Universidade do Minho. Braga
- Fernandes I., (1994). O conceito de projecção e as técnicas projectivas: a sua tradução no Rorschach e também no TAT. *Análise psicológica* 4 (xii):. 441-445.
- Ferrajão, P., Duarte, P., Oliveira, R. (2009). Pensar debaixo de fogo: intervenção em grupo junto de profissionais expostos a cenários de risco. *Revista de Psicologia Militar*, nº 18, 173 – 191
- Ferros, L. & Ribeiro, S. (2003). Perturbação Pós-Stress Traumático: história, conceptualização teórica, apoio empírico e implicações terapêuticas. *Revista de Psicologia Militar*, nº 14, 151 – 161
- Figueira, I. & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, nº 25, 12 – 16
- Fleming, M. (2003). *Dor sem Nome – pensar o sofrimento*. Biblioteca das Ciências do Homem. Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise 20. Porto: Edições Afrontamento.
- Freud, S. (1915). *Escritos sobre a Guerra e a Morte*. Recuperado em www.lusosofia.net
- Freud, S. (1926). *Inibição, sintoma e angústia*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996a). *Introdução à psicanálise e às neuroses de guerra*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 27, pp. 221-226. Rio de Janeiro: Imago.

- Frueh C., Leverett J., Kinder B. (1995) Interrelationship Between MMPI-2 and Rorschach Variables in a Sample of Vietnam Veterans with PTSD. *Journal of Personality Assessment*, 64 (2), 312 - 318
- Gewirtz, A., Polusny, M., DeGarmo, D., Erbes, C., Khaylis, A. (2010). Posttraumatic Stress Symptoms Among National Guard Soldiers Deployed to Iraq: Associations With Parenting Behaviors and Couple Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 78, Nº 5, 599-610.
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Godinho, M. (2006). *A expressão no Rorschach dos fenómenos transitivos e do espaço potencial na personalidade borderline*. (Tese de Monografia de Licenciatura) ISPA. Lisboa
- Godinho, M., Marques, M, Pinheiro, C. (2009). A expressão no Rorschach dos fenómenos transitivos e do espaço potencial na personalidade borderline. *Análise Psicológica*, 3 (XXVII):. 349-363
- Gonçalves, R., Lages, A., Rodrigues, H., Pedrozo, A., Coutinho, E. (2011). Potenciais biomarcadores da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. *Revista de Psicologia Clínica* 38 (4), 155-60
- Grujic, M (2012). La herencia religiosa en la Guerra de Bosnia y Herzegovina. *Revista Paz y Conflictos*, número 5, pp.173-182
- Hartmann, E., Sunde, T., Kristensen, W., Martinussen, M., (2003) Psychological Measures As Predictors of Military Training Performance. *Journal of Personality Assessment*, 80 (1), pp. 87–98
- Hernández, C. (2005). La geometría variable del poder en política exterior I: La intervención occidental en Bosnia (1992 – 1995). y la matanza de Srebrenica. Nómadas. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 12. Universidad Complutense de Madrid
- Hyer, L., Stanger, E., Boudewyns, P. (1999) The interaction of posttraumatic stress disorder and depression among older combat veterans. *Journal of Clinical Psychology*. Vol 55 (9) pp. 1073 - 1083
- Jardin, H., (2002). *Juventude! Que futuro neste mundo imprevisível e de incertezas? Ansiosa? Depressiva? Como prevenir?* (Tesis Doctoral) Universidad de Extremadura. Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação. Badajoz
- Jiménez F., (1989). Aportación complementaria de las Láminas Proyectivas al Psicodiagnóstico de Rorschach. *Revista de Psicología*, vol. VII, nº 1.
- Jiménez F., (1990). Complementariedad de las Láminas Rorschach y Proyectivas: Una demostración empírica. *Revista Psicología*, vol. VIII, nº 2.
- Jiménez F., (1990). *Introducción al Psicodiagnóstico de Rorschach y Láminas Proyectivas*. Salamanca: Amarú Ediciones
- Jiménez F., Sánchez G. (1990). *Análisis evolutivo y diferenciativo de la percepción Rorschach a través de los factores de "Localización"*. Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología. Salamanca
- Jiménez F., (1991). La técnica de Elección de W. Morgenthaler. *Revista Psicología*, vol. IX. nº 2.

-
- Jiménez F., Vallejo D., Sánchez G. (1992). El movimiento humano en las Láminas Proyectivas: una aportación a la III del test de Rorschach. *Psicología*, vol. X, nº 1 y 2.
- Jiménez F., Vallejo D., Sánchez G. (1993). Realidad y test de Rorschach. *Revista de Psicología*, 46 (4)., 429-438.
- Jiménez, F., Diego, R., Sánchez, G. (1993). *Delincuencia y percepción de la realidad en el Rorschach. XIV International Rorschach Congress and Projectives Methods*. Lisboa, 19-22 de Julio de 1993.
- Jiménez, F., Sánchez, G., Diego, R. (1994). Color rojo y test de rorschach. *Psiquis*, 15 (10)., 35-45
- Jiménez F., Sánchez G. (1995). *Las láminas proyectivas: Aportaciones al test de Rorschach*. III Conferencia de Avaliação Psicologica. Universidade do Minho. Braga
- Jiménez, F., Diego, R., Sánchez, G. (1996). *Personalidad antisocial y peritación psicológica*. I Congreso de Psicología Jurídica de Castilla y León. Salamanca, 21 al 24, Febrero, 1996.
- Kapczinski, F., Margis, R. (2003). Transtorno de Stress Pós-traumático: critérios de diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25: 3-7
- Katz, L., Bloor, L., Cojucar, G., Draper, T. (2007). Women who served in Iraq Seeking Mental Health Services: Relationship Between Military Sexual Trauma, Symptoms, and Readjustment. *Psychological Services*, Vol. 4, Nº 4, 239-249
- Knapp, P., e Caminhab, R. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25: 31-36
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1990). *Vocabulário de Psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença.
- Lindsley, D. & Lehnus, J. (1998). O mundo do trabalho e a mulher na guerra. *Revista de Psicologia Militar*, nº 11, 11 – 20
- Magnoli, D., (2006). *História das Guerras*. São Paulo: Editora Contexto
- Maguen, S., Bosch, J. O., Marmar, C. R., Seal, K. H., (2010) Gender Differences in Mental Health Diagnoses Among Iraq and Afghanistan Veterans Enrolled in Veterans Affairs. *American Journal of Public Health*. Vol 100, No. 12
- Malpique, C., Fleming, M. (2010). *Psicanálise e Mudança Psíquica. Cartografias para uma viagem*. Biblioteca das Ciências Sociais. Psicologia, psiquiatria e psicanálise. Porto: Edições Afrontamento.
- Mello, P., Caminha, R., Lorenzoni, P., Kristensen, C. (2011). Considerações clínicas sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental de bancários com Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Contextos Clínicos*, 4(1):1-7
- Mendoza, C. (2008). *Introdução à Psicologia das Diferenças Individuais*. Porto Alegre: Artmed
- Mingote, J., Machón, B., Isla I., Perris, A., e Nieto I. (2001). Tratamiento integrado del Trastorno de Estrés Postraumático. *Revista de Psicoanálisis* No.8

- Monteiro, N. (2011). Relatório de Apoio Psicológico UNENG8/FND/UNIFIL. (Documento interno realizado pelo Maj. Monteiro do Centro de Psicologia Aplicada do Exército gentilmente cedido para apoio a esta investigação).
- Morais, T., (2009). Risco e resiliência na idade adulta: estudo comparativo entre militares portugueses no Afeganistão e uma amostra da população geral. *Revista de Psicologia Militar*, nº 18, 65 - 93
- Nascimento R., (2002). Estudo normativo do sistema compreensivo do Rorschach para a cidade de São Paulo. *Psico-USF*, v. 7, n. 2, pp. 127-141.
- Nascimento R., (2006). Estudo Normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para São Paulo: Resultados Dos Índices Pti, Sczi, Depi, Cdi, Hvi, Obs E S-Con. *Avaliação Psicológica*, 5(1)., Pp. 87-97.
- Nunes, T., Esteves, MF., Pereira, F., Knoch M. (2010). Perturbação secundária de stress traumático a armadilha da empatia. *Revista de Psicologia Militar*, nº 19, 203 – 210
- Oliveira, S. (2008). *Traumas da guerra: Traumatização secundária das famílias dos Ex-combatentes da guerra colonial com PTSD*. (Tese de Mestrado) Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa
- Oliveira, S., Pinto A. (2010). Traumas de guerra: traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa com sintomatologia de PPST. *Revista de Psicologia Militar*, nº 19, pág.259 – 277
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde.
- Osório, C., Maia, A. (2010). As consequências ao nível da saúde psicológica da participação na guerra do Afeganistão e do Iraque. *Revista de Psicologia Militar*, nº 19, 279 - 304
- Pamplona, A. (1998). A perturbação de stress pós-traumático e as mulheres. *Revista de Psicologia Militar*, nº 11, 61 – 103
- Pedras, C. (2009). *Variáveis de Saúde, Familiares e de Psicopatologia em Filhos de Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa*. (Tese de mestrado) Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia. Braga
- Pereira, L. (2003). O gigante fora do tempo: a Guerra do Iraque e o sistema global. *Política Externa* 12 (1). Pp. 43-62
- Pereira, M. G., Ferreira, J. (2004). *Variáveis Psicossociais e Traumatização Secundária em mulheres de ex-combatentes da Guerra Colonial*. Stress Pós-Traumático – Modelos, Abordagens e Práticas. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia. Braga.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., Machado, J. (2010). PTSD, psicopatologia e tipo de família em veteranos de guerra colonial portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, nº 19, 211 – 232
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C. (2012) Posttraumatic Stress, Psychological Morbidity, Psychopathology, Family Functioning, and Quality of Life in Portuguese War Veterans. *Traumatology*. 18(3) 49–58

-
- Pereira, P., Farinha, N. (2009). Acções desenvolvidas pelas Forças Armadas em missões de Paz no quadro da Organização das Nações Unidas (ONU). *Revista Militar* Recuperado em <http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php?id=357>
- Pereira, S. S. & Jiménez (2008). *Rorschach y Láminas Proyectivas: Una aportación a la población portuguesa*. (Trabajo de grado) Facultad Psicología de la Universidad Salamanca. Salamanca
- Pessoa, F., (1997). *Livro do Desassossego*. Lisboa: Relógio D'Agua Editores
- Plano Nacional de Acção para implementação da Resolução CSNU 1325 (2000). sobre Mulheres, Paz e Segurança (2009 – 2013). Recuperado em http://www.un.org/womenwatch/ianwge/taskforces/wps/nap/Plano_Nacional_Acao_1325.pdf
- Queiroz, S. (2008). Diagnosticar para Formar. Necessidades de Formação dos Militares Portugueses que integram Missões Internacionais. *Revista Militar* Recuperado em <http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php?id=278>
- Quinodoz, J. (2007). *Ler Freud – Guia de Leitura da obra de S. Freud*. Porto Alegre: Artmed
- Quintais, L. (2001). Medicalização da Experiência. *Etnográfica*, Vol. V (2)., pp. 325-334
- Ramalho, J. (1999). A Contribuição do Exército Português para a OTAN. *Primavera 99* Nº 89 – 2ª Série. pp.101-119
- Ribeiro, A. (2011). *O conceito estratégico da NATO*. Comunicação apresentada na Academia de Marinha.
- Ritzler, B., Singer, M. (1998) MMPI-2 by Proxy and the Rorschach: A demonstration assessment of the Commandant of Auschwitz. *Journal of Personality Assessment*, 71 (2), 212 - 227
- Rocha, O. (2000). Portugal e as Operações de Paz na Bósnia: A preparação das forças. *Nação e Defesa*. Nº 92 – 2ª Série. 71-92
- Rodrigues, A.; Assmar, E., Jablonski, B. (2005). A Psicologia Social e a Invasão do Iraque. *Revista de Psicologia Social*. Universidade de Madrid 20, 3, 387-398.
- Rodrigues, C. (2009). *Validação do teste STAI de Spielberger: Avaliação da ansiedade face aos testes*. Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos. Recuperado em http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0167&a rea=&subarea=
- Rodrigues, J. (2003). Resiliência em Forças de Operações Especiais: Projecto de Investigação. *Revista de Psicologia Militar*, nº 14, 13 - 28
- Saleem, M., Anderson, C. (2013). Arabs as Terrorists: Effects of Stereotypes Within Violent Contexts on Attitudes, Perceptions, and Affect. *Psychology of Violence*, vol. 3, nº 1, 84-99
- Sales, A., e Pereira, R. (2011). Terapia Cognitivo-Comportamental como Instrumento para Desenvolvimento da Resiliência. *Neurobiologia*, 74.
- Salley, R., Teiling, P. (1984) Dissociated Rage Attacks in a Vietnam Veteran: A Rorschach Study. *Journal of Personality Assessment*, 48, 1. 98 - 101

- Sampaio, N., Luís, R. & Fazendeiro H., (2003). Motivação e satisfação profissional dos militares em missão de paz. *Revista de Psicologia Militar*, nº 14, 41 - 54
- Saraiva, M. (2010). O novo conceito estratégico da nato e a política nuclear da aliança. *Instituto da Defesa Nacional*. Lisboa
- Serronha, M. (2010). Portugal e o novo Conceito Estratégico da NATO. *Relações Internacionais* 27, pp. 055-064
- Silva, A, Paiva, Cerdeira, Rodrigues & Luís. (1998). O militar português em Missões de Paz – O modelo de Avaliação Psicológica: Considerações Epistemológicas e Metodológicas. *Revista de Psicologia Militar*, nº 11, 173 - 184
- Silva, D. R. e Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89
- Silva, D., Silva, A., Rodrigues & Luís. (1999/2000). Estudo de adaptação e estabelecimento de normas do inventário de Estado – Traço de Ansiedade (STAI – Forma Y). para a população militar Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, nº 12, 8 - 26
- Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Harvill, L. e Handler, L. (1995) Rorschach Measures of Posttraumatic Stress in Persian Gulf War Veterans. *Journal of Personality Assessment*, 64 (3), 397 - 414
- Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Handler L., Harvill, L. (1996) Rorschach Measures of PTS in Persian Gulf War Veterans: A Three-Year Follow-Up Study. *Journal of Personality Assessment*, 66 (1), 54 - 64
- Stredny, R., Ball, J. D. (2005) The Utility of the Rorschach Coping Deficit Index as a Measure of Depression and Social Skills Deficits in Children and Adolescents. *Assessment*, Vol. 12, No. 3, 295-302
- Swiebocki, H., (2007). Auschwitz - *The Residence of Death*. Cracóvia: Biaty Kruk
- Teixeira, N. (1995). Portugal e a NATO: 1949-1989. *Análise Social* vol. xxx (133), (4.º), 803-818
- Teixeira, V., Marques, M. (2009). O buraco negro na patologia limite: Um contributo da/para a técnica Rorschach. *Análise Psicológica* 3 (XXVII): 281-293
- Telles-Correia, D. e Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e Avaliação, *Acta Med Port* 22: 89-98
- Tota, P. (2006). *História das Guerras*. São Paulo: Editora Contexto
- Traubenberg, N. (1970). *A Prática do Rorschach*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Veríssimo, S. (2010). *Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse em puérperas*. (Tese de Mestrado) Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Faculdade de Psicologia. Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias. Lisboa
- Vieira & Ramos, P. (1999/2000). A participação feminina portuguesa nas missões de paz. *Revista de Psicologia Militar*, nº 12, 91 - 100
- Vilhena, C., Pontes, I. (2006). Funcionamento de equipas e desenvolvimento do Burnout nas Missões de Apoio à Paz. *Revista de Psicologia Militar*, nº 16, 265 – 281

- Waack, W. (2006). *História das Guerras*. São Paulo: Editora Contexto
- Waller, S. J., Lyons J. S., Costantini-Ferrando, M. F. (1999) Impact of Comorbid Affective and Alcohol Use Disorders on Suicidal Ideation and Attempts. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 55 (5). pp. 585 - 595
- Weiner, I. (2001). Advancing the Science of Psychological Assessment: The Rorschach Inkblot Method as Exemplar. *Psychological Assessment*. Vol. 13. No. 4. 423-432
- Wellausen, S. (2002). Terrorismo e os atentados de 11 de Setembro. *Tempo Social; Revista Sociologia USP, S. Paulo*, 14(2): 83-112, Outubro de 2002.
- WHO - World Health Organization (2010). World health statistics 2010 Recuperado em www.who.int/
- WHO - World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders (10.a ed.). Geneva: WHO
- Xavier, A., (2007). *A Organização das Nações Unidas*. HUMANA GLOBAL – Associação para a Promoção dos Direitos Humanos, da Cultura e do Desenvolvimento. Coimbra: Publicações Humanas

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

Investigação em Psicologia Clínica e da Saúde Universidade Salamanca

O presente questionário inclui-se no âmbito de uma investigação para tese de doutoramento do Departamento de Personalidade, Avaliação e Tratamento Psicológico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca.

Alguma dúvida, por favor contacte:

Prof. Doutor Fernando Jimenez: fjimenez@usal.es

Dra. Sofia Soares Pereira: pereira.sofiasoares@gmail.com

QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil: Solteiro
 Casado
 União de Facto
 Separado/ Divorciado
 Viúvo

4. Tem filhos? Não Sim Se Sim, quantos? _____

5. Escolaridade:

 Ensino básico (até 9º ano)
 Ensino secundário (até 12º ano)
 Licenciatura
 Pós-graduação
 Mestrado
 Doutoramento

6. Nacionalidade: _____

1

Investigação em Psicologia Clínica e da Saúde
Universidade Salamanca

7. Origem étnica: Branca
Negra
Cigana
Outra Qual? _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

8. Idade em que ingressou no Exército: _____ anos
9. Tempo de serviço no Exército: _____ anos
10. Posto:
- Oficial
Sargento
Praça
11. Número de missões concluídas: _____
12. Há quanto tempo terminou a última missão: _____ meses
13. Local da última missão: _____ Duração: _____ meses
14. Locais de outras missões no passado: _____
15. Pretende voltar a fazer missões?
- Sim
Não

**Investigação em Psicologia Clínica e da Saúde
Universidade Salamanca**

16. Principais tarefas durante a missão:

17. Houve ameaças por parte do inimigo?

Sim

Não

18. Quais as principais experiências desagradáveis?

19. Até que ponto estas experiências o afectaram?

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 2 – STAI – INVENTÁRIO DE ESTADO-TRAÇO DA ANSIEDADE

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

De Charles D. Spielberger

STAI Forma Y-1

Forma adaptada por

Danilo R. Silva e Sofia Correia

Data ___/___/___

E ___

T ___

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado com desgraças que possam vir à acontecer .	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Estou descansado	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou descontraindo	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO
STAI Forma Y-2

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24. Quem me dera ser feliz como os outros parecem sê-lo	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz	1	2	3	4
36. Estou contente	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	1	2	3	4

ANEXO 3 – NEO-PI-R – INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
1	• Não sou uma pessoa preocupada.		14	• Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.
2	• Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro.		15	• Tento realizar conscienciosamente todas as minhas obrigações.
3	• Tenho uma imaginação muito activa.		16	• Ao lidar com outras pessoas tenho sempre receio de ser mal sucedido(a).
4	• Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.		17	• No trabalho e nos tempos livres gosto de fazer as coisas com calma.
5	• Sou conhecido(a) pela minha prudência e bom senso.		18	• Sou bastante agarrado(a) às minhas próprias maneiras de proceder.
6	• Muitas vezes, aborreço-me a maneira como as pessoas me tratam.		19	• Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.
7	• Não gosto de multidões, por isso evito-as.		20	• Sou distraído(a) e pouco determinado(a).
8	• Não dou grande importância à arte e à beleza.		21	• Raramente me deixo levar pelos meus impulsos (caprichos).
9	• Não sou matreiro(a) nem espertalhão (espertalhona).		22	• Sinto, muitas vezes, uma necessidade louca de me divertir.
10	• Antes quero deixar as coisas em aberto que planear tudo com antecedência.		23	• Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.
11	• Raramente me sinto só ou abatido(a).		24	• Não me custa nada gabar-me das minhas capacidades e dos meus sucessos.
12	• Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).		25	• Sou bastante capaz de organizar o meu tempo de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.
13	• Sem emoções fortes, a vida não teria interesse para mim.		26	• Sinto-me muitas vezes desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

1

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
27	• Para dizer a verdade, nunca pulei de alegria.		40	• Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.
28	• Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.		41	• Às vezes, sinto-me completamente inútil.
29	• Os governantes deviam preocupar-se mais com os aspectos humanos.		42	• Às vezes, não consigo afirmar-me, tanto como devia.
30	• Ao longo dos anos fiz algumas coisas bem estúpidas.		43	• Raramente sinto emoções fortes.
31	• Assusto-me facilmente.		44	• Tento ser delicado com todas as pessoas que encontro.
32	• Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas.		45	• Às vezes, não sou tão seguro ou digno(a) de confiança como deveria ser.
33	• Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação.		46	• Poucas vezes, sinto-me inseguro(a) quando estou com outras pessoas.
34	• Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem-intencionadas.		47	• Quando faço alguma coisa, faço-a com todo o entusiasmo.
35	• Não encaro os deveres cívicos, tais como votar, muito seriamente.		48	• Penso que é interessante aprender e cultivar novos <i>hobbies</i> (passatempos).
36	• Não me zango facilmente.		49	• Sei ser sarcástico(a) e cínico(a), quando necessário.
37	• Gosto de ter muita gente à minha volta.		50	• Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada.
38	• Às vezes, deixo-me absorver totalmente pela música que ouço.		51	• Custa-me resistir aos meus desejos.
39	• Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.		52	• Não gostaria de passar férias no Algarve.

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

2

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
53	• Acho as discussões filosóficas aborrecidas.		66	• Sou conhecido(a) como uma pessoa de mau génio.
54	• Prefiro não falar de mim próprio(a) e das minhas realizações.		67	• Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinho(a).
55	• Perco muito tempo, antes de me concentrar no trabalho.		68	• Aborreço-me ver bailado ou dança moderna.
56	• Sinto que sou capaz de resolver a maioria dos meus problemas.		69	• Mesmo que quisesse, não conseguiria enganar ninguém.
57	• Já experimentei, algumas vezes, sensações de grande alegria ou de êxtase (arrebato).		70	• Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).
58	• Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar, de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança.		71	• Raramente estou triste ou deprimido(a).
59	• Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.		72	• Já fui, muitas vezes, líder de grupos a que pertenci.
60	• Penso maduramente nas coisas, antes de tomar uma decisão.		73	• É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas.
61	• Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).		74	• Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.
62	• Sou conhecido(a) como uma pessoa amigável e simpática.		75	• Pago as minhas dívidas a tempo e horas.
63	• Tenho uma grande capacidade para fantasiar.		76	• Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado(a) que desejava meter-me num buraco.
64	• Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.		77	• Trabalho devagar, mas persistentemente.
65	• Mantenho-me informado(a) e, geralmente, tomo decisões inteligentes		78	• Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

3

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
79	• Hesito em expressar a minha raiva, mesmo quando justificada.		92	• Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa um pouco fria e distante.
80	• Quando inicio um programa de modificação pessoal, deixo de o cumprir, após alguns dias.		93	• Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).
81	• Não me é difícil resistir a tentações.		94	• Penso que a maioria das pessoas com quem lido são honestas e dignas de confiança.
82	• Já fiz algumas coisas, só pelo gozo de as fazer.		95	• Sou, frequentemente, confrontado(a) com situações para as quais não estou totalmente preparado(a).
83	• Gosto de resolver problemas e <i>puzzles</i> .		96	• Não sou considerado(a) uma pessoa melindrosa ou irritável.
84	• Sou melhor do que a maioria das pessoas e tenho consciência disso.		97	• Sinto mesmo necessidade de estar com outras pessoas, quando estou sozinho(a) durante muito tempo.
85	• Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.		98	• Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza
86	• Quando estou numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.		99	• Ser completamente honesto(a) é uma via inadequada para fazer negócios.
87	• Não sou um(a) grande optimista.		100	• Gosto de ter as coisas no seu lugar, pois assim sei onde as posso encontrar.
88	• Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.		101	• Já senti, algumas vezes, uma sensação profunda de culpabilidade ou de ter pecado.
89	• Nunca fazemos demasiado pelos pobres e pelos velhos.		102	• Normalmente, nas reuniões, deixo os outros falar.
90	• Às vezes, actuo primeiro e penso depois.		103	• Raramente, presto atenção àquilo que sinto no momento.
91	• Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a).		104	• Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a).

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

4

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
105	• Nos jogos de paciência, às vezes, faço batota.		118	• Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é mal, das pessoas de outras sociedades, devem ter valor para elas.
106	• Não fico muito atrapalhado(a) quando as pessoas se riem e fazem pouco de mim.		119	• Não gosto de pedintes.
107	• Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.		120	• Antes de agir, penso nas consequências.
108	• Frequentemente experimento comidas novas e desconhecidas.		121	• Raramente, me preocupo com o futuro.
109	• Quando não gosto das pessoas, faço-lhes saber.		122	• Gosto muito de falar com as outras pessoas.
110	• Trabalho muito para conseguir o que quero.		123	• Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e desenvolver-se.
111	• Quando me apresentam o meu prato preferido, tenho tendência a comer demasiado.		124	• Fico desconfiado(a), sempre que alguém me faz qualquer coisa agradável.
112	• Procuo evitar filmes demasiado chocantes ou assustadores.		125	• Tenho orgulho do meu bom senso.
113	• Às vezes, perco o interesse, quando as pessoas começam a falar de assuntos demasiado teóricos e abstractos.		126	• Fico, frequentemente, aborrecido(a) com as pessoas com quem tenho de lidar.
114	• Tento ser humilde.		127	• Prefiro trabalhos que eu possa fazer sozinho(a), sem ser incomodado(a) por outras pessoas.
115	• Tenho dificuldades em me decidir a fazer o que devo.		128	• A poesia pouco ou nada me diz.
116	• Em casos de perigo, conservo a cabeça fria.		129	• Detestaria ser considerado(a) um hipócrita.
117	• Às vezes, sinto-me a rebentar com tanta felicidade.		130	• Parece que nunca consigo ser organizado(a).

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

5

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
131	• Tenho tendência a culpabilizar-me, se alguma coisa corre mal.		144	• Tenho uma opinião muito favorável acerca de mim próprio(a).
132	• Muitas vezes, as outras pessoas pedem-me para as ajudar a tomar decisões.		145	• Quando começo um projecto, quase sempre o termino.
133	• As minhas emoções e sentimentos são muitas e variadas.		146	• Sinto, quase sempre, dificuldade em tomar decisões.
134	• Não sou muito conhecido(a) pela minha generosidade.		147	• Não me considero uma pessoa alegre.
135	• Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu o cumpra.		148	• Julgo que é mais importante ser fiel aos próprios ideais e princípios do que ter abertura de espírito.
136	• Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.		149	• As necessidades humanas devem ter sempre prioridade sobre as económicas.
137	• Não sou tão rápido(a) e vivo(a) como outras pessoas.		150	• Sou, frequentemente, levado(a) pelo impulso do momento.
138	• Prefiro passar o tempo em ambientes que me são familiares.		151	• Preocupo-me, muitas vezes, ao pensar que as coisas podem correr mal.
139	• Quando sou insultado(a), tento apenas perdoar e esquecer.		152	• É fácil, para mim, sorrir e conviver com pessoas desconhecidas.
140	• Não sou ambicioso(a).		153	• Quando vejo que estou a ser levado(a) pela imaginação, procuro concentrar-me ocupando-me com qualquer trabalho ou actividade.
141	• Raramente, cedo aos meus impulsos.		154	• A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.
142	• Gosto de estar onde está a acção.		155	• Não me parece que tenha sido bem sucedido(a), seja no que for.
143	• Gosto de resolver <i>puzzles</i> difíceis.		156	• É preciso muito para me arrelhiarem.

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

6

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
157	• Prefiro passar férias numa praia concorrida, do que numa cabana isolada nos bosques.		170	• Esforço-me por conseguir tudo aquilo que eu puder.
158	• Certas formas de música têm um encanto infinito para mim.		171	• Às vezes como até me sentir mal.
159	• Por vezes levo as pessoas a fazerem o que eu desejo.		172	• Adoro as emoções da montanha russa.
160	• Sou uma pessoa um tanto rigorosa: aprecio a ordem em todas as coisas.		173	• Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.
161	• Tenho uma fraca opinião acerca de mim próprio(a).		174	• Julgo que não sou melhor do que os outros, seja qual for a sua condição.
162	• Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.		175	• Quando um projecto se torna demasiado difícil, sinto-me inclinado(a) a começar um novo.
163	• Poucas vezes, dou-me conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.		176	• Consigo controlar-me bastante bem, em situações de crise.
164	• A maioria das pessoas que conheço, gostam de mim.		177	• Sou uma pessoa alegre e bem disposta.
165	• Observo, rigorosamente, os princípios éticos que defendo.		178	• Considero-me uma pessoa aberta e tolerante no que respeita ao modo de vida das outras pessoas.
166	• Sinto-me à vontade na presença do meu patrão ou outras autoridades.		179	• Penso que todos os seres humanos são dignos de respeito.
167	• Normalmente dou a impressão de estar sempre com pressa.		180	• Raramente tomo decisões precipitadas.
168	• Por vezes, mudo coisas em minha casa, só para experimentar a diferença.		181	• Tenho menos receios que a maioria das pessoas.
169	• Se alguém começar uma briga, estou pronto(a) para lhe dar luta.		182	• Prendem-me aos meus amigos fortes laços afectivos.

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

7

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
183	• Em criança, raramente, achava piada aos jogos do faz-de-conta.		196	• Se disser ou fizer algum mal a alguém, custa-me imenso conseguir encarar essa pessoa, outra vez.
184	• Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.		197	• A minha vida decorre a um ritmo rápido.
185	• Sou uma pessoa muito competente.		198	• Quando estou em férias, prefiro voltar a um local genuíno e já conhecido.
186	• Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.		199	• Sou teimoso(a).
187	• Os encontros sociais são, geralmente, aborrecidos para mim.		200	• Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.
188	• Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.		201	• Às vezes, faço as coisas de modo tão impulsivo que mais tarde me arrependo.
189	• Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas, para as levar a fazer o que eu quero que elas façam.		202	• Atraem-me as cores alegres e os estilos exuberantes.
190	• Não tenho a obsessão da limpeza.		203	• Tenho muita curiosidade intelectual.
191	• Às vezes, as coisas parecem-me bastante negras e desesperadas.		204	• Prefiro elogiar os outros a ser elogiado(a).
192	• Nas conversas, tendo a falar mais do que outros.		205	• Existem tantas pequenas coisas a fazer que, por vezes, simplesmente as ignoro.
193	• Acho fácil sentir empatia - quer dizer, sentir o que outros sentem.		206	• Mesmo quando tudo parece correr mal, eu ainda consigo tomar boas decisões.
194	• Considero-me uma pessoa caridosa.		207	• É raro utilizar palavras como fantástico ou sensacional, para descrever as minhas experiências.
195	• Tento fazer as tarefas com todo o cuidado, para não ter necessidade de as fazer outra vez.		208	• Algo corre mal, se aos 25 anos as pessoas não sabem em que é que acreditam.

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

8

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
209	• Tenho simpatia por pessoas com menos sorte do que eu.		222	• Não considero fácil controlar as situações.
210	• Planeio de antemão e com cuidado as minhas viagens.		223	• Coisas estranhas, como certos sabores ou o nome de locais distantes, podem evocar em mim fortes emoções.
211	• Às vezes, vêm-me à cabeça pensamentos aterradores.		224	• Quando posso, deixo o que estou a fazer para ajudar os outros.
212	• Interesse-me pessoalmente pelas pessoas com quem trabalho.		225	• Só se estivesse mesmo doente é que faltava a um dia de trabalho.
213	• Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vaguear, sem controlo nem orientação.		226	• Fico embaraçado(a), quando as pessoas que eu conheço fazem asneiras.
214	• Tenho bastante fé na natureza humana.		227	• Sou uma pessoa muito activa.
215	• Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.		228	• Sigo sempre o mesmo caminho, quando vou a qualquer sítio.
216	• Mesmo os pequenos contratempos podem ser frustrantes para mim.		229	• Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.
217	• Gosto de festas com muita gente.		230	• Tenho o vício do trabalho.
218	• Agrada-me mais ler poesia, que dá ênfase aos sentimentos e às imagens, do que uma história com princípio, meio e fim.		231	• Consigo sempre manter os meus sentimentos sob controlo.
219	• Orgulho-me da minha perspicácia em lidar com as pessoas.		232	• Nos acontecimentos deportivos, gosto de fazer parte da multidão.
220	• Gasto muito tempo à procura de coisas, que coloquei fora do lugar.		233	• Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais.
221	• Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.		234	• Sou uma pessoa superior.

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

9

DF Discordo fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
------------------------	------------	----------	------------	------------------------

- | | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| 235 | • Tenho muita auto-disciplina. | | | |
| 236 | • Sou bastante estável do ponto de vista emocional. | | | |
| 237 | • Rio facilmente. | | | |
| 238 | • Penso que a nova moralidade, que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma. | | | |
| 239 | •Gostaria mais que me considerassem "compreensivo(a)" (inclinado(a) a perdoar) do que "justo" (inclinado(a) ao rigor). | | | |
| 240 | • Penso duas vezes antes de responder a uma pergunta. | | | |

ANEXO 4 – CARTÃO PROJATIVO JRI – I+



ANEXO 5 – CARTÃO PROJATIVO JRI – II+



ANEXO 6 – CARTÃO PROJATIVO JRI – III+

