

Administração da Prova de Rorschach a uma amostra de doentes hipertensos (*)

ANA M. COELHO (**)

RUI COELHO (***)

AMADEU MARTINS (****)

CLÁUDIA MILHEIRO (*****)

HENRIQUE DE BARROS (*****)

F. ROCHA-GONÇALVES (*****)

M. A. REIS-LIMA (*****)

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão Arterial (HTA) é uma síndrome de elevada prevalência (entre 15 a 20%) que tem sido frequentemente associada quer a morbilidade quer a mortalidade por patologia cardiovascular e cerebrovascular (Whelton, 1994).

No estudo dos vários factores concorrentes à sua instalação, manutenção e agravamento

(factores genéticos, dietéticos, etc.), desde cedo se apontou o papel dos factores psicológicos na etiopatogenia da HTA (Alexander, 1939a, 1939b, 1950; Henry, & Cassel, 1969). De facto, a HTA essencial tem sido associada a uma determinada estrutura de personalidade onde uma hostilidade ou agressividade reprimida exerceria um papel etiopatogénico importante (Dunbar, 1954; Cochrane, 1971; Kahn *et al.*, 1972; Harburg *et al.*, 1973; Esler *et al.*, 1977, Perini *et al.*, 1985; van der Ploeg *et al.*, 1985; Boutelle *et al.*, 1987), se bem que ainda não inteiramente esclarecido (Kidson, 1973; Whitehead *et al.*, 1977; Boutelle *et al.*, 1987). Apesar dos referidos estudos apontarem globalmente no mesmo sentido, outros há que discutem tal associação (Binger, 1951; Wheatley *et al.*, 1975).

Apesar da controvérsia que envolve a «hipótese dos níveis de personalidade», relativamente ao grau de estruturação e de ambiguidade aos estímulos das técnicas projectivas (Silva, 1986), a prova projectiva de Rorschach (Rorschach, 1947) tem sido utilizada no estudo do perfil psicológico do doente hipertenso no intuito de

(*) Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde do Ministério da Saúde, pelo P. I. n.º 34/92.

(**) Centro de Saúde de Aldoar, Unidade de Saúde do Carvalhido.

(***) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, Porto.

(****) Psicólogo Clínico.

(*****) Psicóloga Clínica.

(*****) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

(*****) Hospital de São João, Porto.

(*****) Centro de Saúde de Aldoar.

abordar as suas componentes estruturais de personalidade, tendo-se chegado, globalmente, a um perfil que se caracteriza por uma incapacidade quer de integrar afectos ligados a conflitos psíquicos quer de reprimir as tendências hostis, devidas a uma ausência de vida fantasiosa, a qual dificulta a formação de uma autêntica neurose estruturada (Thaler *et al.*, 1957; Kaminiecki, 1978; Safar *et al.*, 1978).

Safar *et al.* (1978) admitem mesmo que na fase inicial da HTA, neurogénica, o doente fica ansioso ao não expressar a sua hostilidade, pelo que a canaliza para sintomas funcionais devido à ausência de vida fantasiosa, sinalizando isso, na opinião dos autores, uma labilidade do sistema nervoso autónomo; por outro lado, na fase em que a HTA é mediada pelo volume plasmático e pela actividade renal, o doente não percebe a sua hostilidade, não tendo, conseqüentemente, aparentemente sintomas neuróticos nem ansiedade.

O presente estudo pretendeu caracterizar o perfil psicológico de uma amostra de doentes hipertensos, utilizando a prova projectiva de Rorschach, e investigar a possível relação entre o referido perfil e: a) o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensora; e, b) o nível de atingimento da HTA nos órgãos-alvo.

2. METODOLOGIA

Foi seleccionado um grupo de 41 doentes, com HTA ligeira a moderada, sendo 32 do sexo feminino e 9 do sexo masculino, com uma média de idades de, respectivamente, 52 e 64 anos, que constavam da lista de hipertensos do mesmo clínico geral. Na classificação da HTA utilizou-se a classificação proposta pela «Joint National Committee» (JNCV, 1993). Todos os casos clínicos compreendiam diagnósticos prévios de HTA essencial, tendo sido repetidos os seguintes exames para inclusão no estudo: hemograma completo com VSG e contagem plaquetária, creatinina, ureia, glicose, ácido úrico, triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL, transaminases, gama-glutamyltransférase, urina tipo II, electrocardiograma e ecocardiograma (Nunes *et al.*, 1988; Manifesto do Grupo de Estudos de HTA, 1993; Nogueira, & Costa, 1993).

A pressão arterial foi avaliada com esfigmo-

manómetro de mercúrio aquando a triagem, com o doente sentado e após descanso de 10 minutos. Realizou-se confirmação tensional aquando da consulta médica.

Os seguintes critérios orientaram a exclusão de causa secundária para a HTA (Manifesto do Grupo de Estudos de HTA, 1993; Pereira-Miguel, 1993; Soares, 1993):

- Estabelecimento de HTA numa idade em que habitualmente não se manifesta a HTA primária;
- Algumas formas clínicas de apresentação ou de evolução raras na HTA primária;
- Certos sintomas e sinais clínicos ou resultados dos exames complementares que, por si só, fossem evocativos de uma determinada afeção como etiopatogénica da HTA.

Para a avaliação da repercussão da HTA nos órgãos-alvo foi utilizada a classificação da Organização Mundial de Saúde/Sociedade Internacional da Hipertensão (Guidelines for the Management, 1993).

Assim considerava-se «com atingimento de órgãos-alvo» o doente que apresentasse quer o electrocardiograma quer o ecocardiograma positivos. O doente que apresentasse ambos negativos era considerado «sem atingimento de órgãos-alvo».

Realizou-se a classificação da aderência do doente à terapêutica em dois escalões: «boa» e «má», classificou-se como pertencente à categoria «boa aderência» o doente que obtinha níveis tensionais dentro dos padrões da normalidade, levando com regularidade o receituário; a categoria «má aderência» compreendia o doente que apresentava valores tensionais sempre alterados, que realizava uma aquisição incerta do receituário e que quando recorre ao Centro de Saúde cumpria a prescrição terapêutica durante algum tempo após avaliação tensional elevada permanecendo depois longos períodos de tempo sem medicação.

A prova projectiva de Rorschach (Rorschach, 1947) consiste num conjunto de 10 pranchas com manchas estruturalmente ambíguas, as quais, numa primeira fase, são apresentadas ao sujeito com uma instrução que o envolve num processo de estruturação de um material não estruturado, tentando com isso revelar a sua própria estruturação psicológica (Moita, 1983). Nu-

ma segunda fase, procede-se à revisão das placas, de forma a inquirir o sujeito sobre as localizações, qualidade formal, determinantes e conteúdos do processo de resposta.

Parafraçando Chabert, «o Rorschach vai permitir uma elaboração da percepção em função das preocupações essenciais do sujeito, dos modos de estabelecimento da sua relação com os objectos, dos fantasmas e dos afectos que estão por detrás das palavras-imagens que ele nos vai dar: todo um campo aberto às suas associações pela indução da projecção tornada possível graças ao carácter vago do material» (Fernandes, 1994).

A administração da prova de Rorschach realizou-se após a consulta médica, em contexto ambiental adequado, tendo-se utilizado na avaliação dos protocolos a terminologia de análise proposta por Beck em 1961.

3. RESULTADOS

Devido à distribuição desproporcional da variável «sexo» na presente amostra, os resultados apresentados foram ajustados para a mesma.

Assim, relativamente à adesão à terapêutica anti-hipertensora ver Quadro 1.

Como se pode verificar, e partindo-se do valor de significância estatística de $p \leq 0,05$, nenhuma diferença nos resultados é estatisticamente significativa. Parecem existir, no entanto, tendências nesse sentido para os resultados das respostas «Ban» no sexo masculino, «F+%» em ambos os sexos, e no índice de angústia para o sexo feminino. Ainda relativamente a este último, note-se que, em média, é mais elevado em ambos os sexos para os sujeitos com boa adesão à terapêutica anti-hipertensora.

Relativamente aos resultados da Prova de Rorschach e o nível de atingimento da HTA nos diversos órgãos-alvo (coração, rim, olho, e sistema nervoso central) ver Quadro 2.

Verifica-se uma diferença estatisticamente significativa para as respostas «G» nos sujeitos do sexo masculino. De facto, os sujeitos sem atingimento dos órgãos-alvo apresentam uma apreensão global dos estímulos significativamente superior à dos sujeitos com atingimento. Por seu lado, estes últimos parecem recorrer mais frequentemente ao uso de detalhes, sendo

que os resultados de «D%» apresentam-se com uma frequência significativamente superior à dos seus congêneres sem atingimento.

Apesar de não existirem outras diferenças com significância para os outros resultados, nota-se, no entanto, valores superiores para «CF%» nos sujeitos com atingimento de órgãos-alvo, invariavelmente, em ambos os sexos. Também em ambos os sexos aparecem elevados os valores de «F%» e «F+%» nos sujeitos sem atingimento dos órgãos-alvo.

4. DISCUSSÃO

Desde há muito tempo relacionados com a HTA, os factores psicológicos envolvidos consistem, para muitos autores, numa tipologia estrutural da personalidade, onde uma hostilidade ou agressividade reprimida protagonizaria o desenvolvimento, manutenção, e agravamento do quadro clínico (Dunbar, 1954; Cochrane, 1971; Kahn *et al.*, 1972; Harburg *et al.*, 1973; Esler *et al.*, 1977; Perini *et al.*, 1985; van der Ploeg *et al.*, 1985; Boutelle *et al.*, 1987) enquanto para outros a consubstanciação da hipótese neurogénica da HTA seria atribuída à ansiedade (Cochrane, 1973; Banahan *et al.*, 1979; Santonastaso *et al.*, 1984; Thailer *et al.*, 1985; Köhler *et al.*, 1993) ou mesmo ao *stress* (Johnston, 1997).

No estudo do doente hipertenso referiram-se diversas características do seu perfil psicológico, nomeadamente, uma incapacidade para integrar afectos ligados a conflitos psíquicos e para reprimir tendências hostis (Thäler *et al.*, 1957; Kamieniecki, 1978; Safar *et al.*, 1978) bem como valores significativamente superiores de neuroticismo, ansiedade e depressão (Coelho *et al.*, 1989).

Apesar da caracterização do referido perfil, algumas inconsistências persistem no estudo do doente hipertenso. Assim, ao nível da prova de Rorschach existem aspectos metodológicos a reconsiderar, nomeadamente, no âmbito do tratamento e análise dos resultados da prova, sendo essa frequentemente a razão de conclusões algo inconsistentes em investigação (Pires, 1986; Silva, 1994) e mesmo no estudo de doentes com HTA (Gimenez, 1995).

Talvez por isso o presente estudo não tenha conseguido estabelecer relações conclusivas en-

QUADRO 1
Resultados da Prova de Rorschach e adesão à terapêutica anti-hipertensiva

| | adesão | n° resp. | Ban | G% | D% | Dd% | DBI% | F% | F+% | CF% | K% | H% | A% | Ang | Ch Kin | Ch Ver |
|-------------------|---------------|------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|-------------|-------------|-----------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| sexo feminino | má (n=15) | 18,5 ± 8,3 | 24,6 ± 12,4 | 39,1 ± 21,5 | 54,6 ± 8,0 | 3,2 ± 5,2 | 3,1 ± 5,4 | 81,5 ± 21,4 | 64,9 ± 12,6 | 1,2 ± 2,8 | 0,7 ± 0,9 | 9,9 ± 9,9 | 56,1 ± 26,6 | 15,1 ± 26,7 | sim | sim |
| | boa (n=17) | 20,8 ± 7,8 | 23,4 ± 12,1 | 49,2 ± 17,3 | 46,9 ± 14,2 | 1,5 ± 2,7 | 1,9 ± 4,0 | 78,8 ± 14,2 | 55,2 ± 17,0 | 3,1 ± 3,9 | 1,2 ± 1,1 | 11,1 ± 11,8 | 49,8 ± 19,3 | 20,9 ± 18,9 | sim | sim |
| | | p = 0,288 | p = 0,664 | p = 0,141 | p = 0,206 | p = 0,597 | p = 0,506 | p = 0,240 | p = 0,08 | p = 0,100 | p = 0,178 | p = 0,621 | p = 0,364 | p = 0,06 | p = 0,503 | p = 0,770 |
| sexo masculino | má (n=3) | 16,7 ± 3,8 | 28,7 ± 8,6 | 46,3 ± 34,9 | 49,7 ± 31,4 | 4,0 ± 3,6 | 0,0 ± 0,0 | 86,3 ± 6,5 | 64,3 ± 9,3 | 2,3 ± 4,0 | 0,3 ± 0,6 | 4,0 ± 3,6 | 59,0 ± 7,2 | 13,3 ± 17,4 | sim | sim |
| | boa (n=6) | 20,5 ± 5,4 | 12,5 ± 10,3 | 43,0 ± 25,1 | 55,0 ± 24,0 | 1,0 ± 2,4 | 1,2 ± 2,8 | 81,2 ± 19,5 | 47,8 ± 13,9 | 3,3 ± 3,7 | 1,3 ± 1,0 | 10,2 ± 6,5 | 35,2 ± 25,7 | 30,0 ± 36,0 | sim | sim |
| | | p = 0,244 | p = 0,07 | p = 0,796 | p = 0,796 | p = 0,167 | p = 0,480 | p = 0,896 | p = 0,070 | p = 0,776 | p = 0,131 | p = 0,191 | p = 0,121 | p = 0,697 | p = 0,995 | p = 0,995 |

Legenda:

Ban: número de respostas banais

G%: percentagem de respostas globais

D%: percentagem de respostas de detalhe

Dd%: percentagem de respostas de pequeno detalhe

DBI%: percentagem de respostas intermaculares ou de detalhe branco

F%: percentagem de determinantes formais

F+%: percentagem de respostas com boa forma

CF%: percentagem de respostas em que a cor domina a interpretação, embora co-determinada pela forma

K%: percentagem de respostas cinestésicas

H%: percentagem de respostas com conteúdo humano

A%: percentagem de respostas com conteúdo animal

Ang: índice de angústia

Ch Kin: frequência de choques cinestésicos

Ch Ver: frequência de choques ao vermelho

QUADRO 2

Resultados da Prova de Rorschach e o nível de atingimento da HTA nos órgãos alvo

| | atingim. | n° resp. | Ban | G% | D% | Dd% | DBI% | F% | F+% | CF% | K% | H% | A% | Ang | Ch Kin | Ch Ver |
|-------------------|---------------|------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|-------------|-------------|-----------|-----------|------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| sexo feminino | sem (n=21) | 19,2 ± 7,8 | 24,2 ± 12,6 | 44,8 ± 19,1 | 50,3 ± 16,2 | 2,4 ± 4,4 | 2,7 ± 4,9 | 80,5 ± 19,7 | 80,8 ± 16,4 | 1,5 ± 3,2 | 1,0 ± 1,0 | 11,5 ± 8,3 | 51,0 ± 23,6 | 21,8 ± 26,0 | sim 38,1% | sim 42,9% |
| | com (n=11) | 20,8 ± 9,0 | 23,4 ± 11,5 | 44,2 ± 21,8 | 50,8 ± 17,2 | 2,1 ± 3,7 | 2,1 ± 4,4 | 79,3 ± 13,8 | 57,7 ± 14,8 | 3,5 ± 3,9 | 0,8 ± 1,0 | 8,7 ± 11,0 | 55,9 ± 22,3 | 11,4 ± 13,0 | sim 54,5% | sim 36,4% |
| | | p = 0,524 | p = 0,306 | p = 0,890 | p = 0,962 | p = 0,846 | p = 0,822 | p = 0,416 | p = 0,512 | p = 0,08 | p = 0,466 | p = 0,194 | p = 0,720 | p = 0,278 | p = 0,466 | p = 0,996 |
| sexo masculino | sem (n=4) | 16,8 ± 3,8 | 20,0 ± 7,1 | 66,0 ± 18,4 | 34,2 ± 18,8 | 0,0 ± 0,0 | 0,0 ± 0,0 | 89,2 ± 8,9 | 56,5 ± 8,2 | 1,5 ± 3,0 | 0,8 ± 0,5 | 7,8 ± 6,4 | 50,0 ± 15,1 | 20,8 ± 17,7 | sim 50,0% | sim 25,0% |
| | com (n=5) | 21,4 ± 5,4 | 16,2 ± 16,0 | 26,6 ± 16,9 | 68,4 ± 17,6 | 3,6 ± 3,4 | 1,4 ± 3,1 | 77,8 ± 19,5 | 50,8 ± 18,8 | 4,2 ± 3,9 | 1,2 ± 1,3 | 8,4 ± 6,9 | 37,6 ± 29,6 | 27,4 ± 42,9 | sim 60,0% | sim 20,0% |
| | | p = 0,174 | p = 0,838 | p = 0,027 | p = 0,06 | p = 0,08 | p = 0,371 | p = 0,387 | p = 0,806 | p = 0,226 | p = 0,896 | p = 0,901 | p = 0,824 | p = 0,460 | p = 0,996 | p = 0,996 |

Legenda:

- Ban: número de respostas banais
- G%: percentagem de respostas globais
- D%: percentagem de respostas de detalhe
- Dd%: percentagem de respostas de pequeno detalhe
- DBI%: percentagem de respostas intermaculares ou de detalhe branco
- F%: percentagem de determinantes formais
- F+%: percentagem de respostas com boa forma
- CF%: percentagem de respostas em que a cor domina a interpretação, embora co-determinada pela forma
- K%: percentagem de respostas cinestésicas
- H%: percentagem de respostas com conteúdo humano
- A%: percentagem de respostas com conteúdo animal
- Ang: índice de angústia
- Ch Kin: frequência de choques cinestésicos
- Ch Ver: frequência de choques ao vermelho

tre o perfil psicológico do doente hipertenso, avaliado pela prova projectiva de Rorschach, e as variáveis a que se propôs, nomeadamente, o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensora e o nível de atingimento da HTA nos órgãos-alvo. Outra das contrariedades poderá ter sido um fraco poder amostral e a desproporção na variável «género».

No entanto, e globalmente, o perfil de resultados da presente amostra de doentes hipertensos está de acordo com o referido na literatura (Thäler *et al.*, 1957; Kaminiecki, 1978; Safar *et al.*, 1978) tendo sido encontradas algumas diferenças com significado estatístico (embora, deixando inconclusiva a relação entre o perfil psicológico e as variáveis propostas). Assim, a amostra apresenta-se nos níveis médios de produtividade de respostas. Relativamente aos modos de apreensão, o número médio de respostas globais é nitidamente elevado (exceptuando os doentes masculinos com atingimento dos órgãos-alvo) podendo traduzir uma conduta defensiva com recurso a uma realidade global e adaptativa contra a emergência de representações e/ou afectos, ou, como refere Hutse (1996), num estudo de doentes com insuficiência renal, «uma espécie de refúgio ao envolvimento». Existe igualmente uma elevada taxa de respostas com determinantes formais, podendo indicar uma apreensão corrente, permanentemente desligada de implicações fantasiosas e emocionais. A qualidade formal das respostas está ligeiramente abaixo das normas, podendo indicar «infiltrações» de uma realidade interna, através do aparelho defensivo, da qual os sujeitos se defendem recorrendo preferencialmente à realidade exterior. Na amostra, os «K» aparecem pouco representados, o que poderá sugerir dificuldades em perceber a imagem e a representação humana num sentido unificador. As respostas com utilização da cor (CF%) poderão sinalizar uma certa labilidade emocional, ao nível de forças defensivas que tendem a minimizar (ou mesmo negar) o impacto emocional ou fantasioso do doente. Poderá aqui hipotetizar-se que os doentes hipertensos mais graves (com atingimento dos órgãos-alvo) e com uma maior consciência da sua doença, tenderão a este tipo de resposta, associada a uma fraca qualidade formal. A taxa de conteúdos «A» é ligeiramente elevada, podendo indicar estereotipias de pensamento e conformidade social, ou servir de veícu-

lo à expressão de agressividade, quando em respostas de tipo mórbido e banal. A presença de «choques» em número considerável alerta para a existência de afectos de angústia e de hostilidade – na associação ao vermelho.

O índice de angústia é mais elevado nos sujeitos com boa adesão à terapêutica, podendo sugerir um possível papel mobilizador dessa mesma angústia na adesão aos cuidados médicos.

Outras hipóteses existirão, decerto, exigindo um aumento de investigação nesta área, a par da necessidade de um reconsiderar metodológico na utilização de instrumentos e procedimentos de avaliação do perfil psicológico do doente hipertenso, se se pretende melhorar o entendimento da interacção de factores etiopatogénicos da síndrome, bem como implementar intervenções melhor direccionadas. De facto, têm vindo a evoluir os modelos compreensivos no sentido de contrariar o «carácter restritivo e sectorial dos conhecimentos psicológicos e psicobiológicos» (Coelho, 1990), apresentando-se actualmente modelos de regulação/desregulação e de tratamento multi-componencial (McIntyre & Silva, 1994) com promissores objectivos de maximizar a eficácia do tratamento da HTA e reduzir o seu custo, integrando-se perspectivas como o treino autogénico, o relaxamento, o controlo do *stress*, o *bio-feedback* (Hatch *et al.*, 1982; Adler, & Adler, 1989; Johnston, 1997), não sendo, segundo alguns autores, ainda clara a progressão das mudanças (Adler, & Adler, 1989; Johnston, 1997).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, C. S., & Adler, S. M. (1989). A psychodynamic perspective on self-regulation in the treatment of psychosomatic disorders. In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic medicine. Theory, physiology, and practice* (Vol. 2, pp. 841-898). Connecticut: International Universities Press.
- Alexander, F. (1939a). Psychoanalytic study of a case of essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 1, 139-152.
- Alexander, F. (1939b). Emotional factors in essential hypertension: Presentation of a tentative hypothesis. *Psychosomatic Medicine*, 1, 173-179.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: W. W. Norton.

- Banahan, B. F., Sharpe, T. R., Baker, J. A., Liao, W. C., & Smith M. C. (1979). Hypertension and stress: A preventive approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 69-75.
- Beck, S. J., Beck, A. G., Levitt, E. E., & Molish, H. B. (1961). *Rorschach's Test*. New York: Grune.
- Binger, C. A. L. (1951). On so-called psychogenic influences in essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 13, 273-276.
- Boutelle, R. C., Epstein, S., & Ruddy, M. L. (1987). The relation of essential hypertension to feelings of anxiety, depression and anger. *Psychiatry*, 50, 206-217.
- Cochrane, R. (1971). High blood pressure as a psychosomatic disorder: A selective review. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 61-71.
- Cochrane, R. (1973). Hostility and neuroticism among unselected essential hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 215-218.
- Coelho, R., Hughes, A. M., Fonseca, A. F., & Bond, M. R. (1989). Essential hypertension: The relationship of psychological factors to the severity of hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (2), 187-196.
- Coelho, R. (1990). *Hipertensão arterial essencial: Abordagem psicossomática de um modelo integrado de desregulação*. Dissertação de Doutoramento, Porto.
- Dunbar, F. (1954). Cardiovascular system. In F. Dunbar (Ed.), *Emotions and bodily changes* (pp. 331-382). New York: Columbia University Press.
- Esler, M., Julius, S., Zweifler, A., Randall, O., Harburg, E., & de Quattro, V. (1977). Mild high-renin essential hypertension. Neurogenic human hypertension? *New England Journal of Medicine*, 296, 405-411.
- Fernandes, I. B. (1994). O conceito de projecção e as técnicas projectivas: A sua tradução no Rorschach e também no TAT. *Análise Psicológica*, 12 (4), 441-445.
- Gimenez, M. J. (1995). Test de Rorschach y hipertension arterial essencial en adultos. In *XIV Congresso Internacional de Rorschach e Métodos Projectivos - Proceedings Book* (pp. 785-796). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Rorschach.
- Guidelines for the Management of Mild Hypertension: Memorandum From the World Health Organization/International Society of Hypertension Meeting (1993). *Journal of Hypertension*, 11, 905-918.
- Hatch, J. P., Gatchel, R. J., & Harrington, R. (1982). Biofeedback: Clinical applications in medicine. In R. J. Gatchel, A. Baum, & L. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health (vol. 1): Clinical psychology and behavioral medicine: Overlapping disciplines*. (pp. 40-41). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Harburg, E., Erfurt, J. C., Chape, C., Hauenstein, L. S., Schull, W. J., & Schork, M. A. (1973). Socio-ecological stressor areas and black - and white blood pressure: Detroit. *Journal of Chronic Diseases*, 26, 595-611.
- Henry, J. P., & Cassel, J. C. (1969). Psychosocial factors in essential hypertension: Recent epidemiologic and animal experimental evidence. *American Journal of Epidemiology*, 90, 171-200.
- Hutse, N. (1996). *Contribution à l'étude des rapports entre le corps et l'imaginaire chez deux groupes de patients insuffisants rénaux traités par hémodialyse ou dialyse péritonéale*. Bruxelles: Faculté des Sciences Psychologiques et de l'Education, Université Libre de Bruxelles.
- Kahn, H. A., Medalie, J. H., Neufeld, H. N., Riss, E., & Goldbourt, U. (1972). The incidence of hypertension and associated factors: The Israel ischaemic heart disease study. *American Heart Journal*, 84, 171-182.
- Kaminiecki, H. (1978). Test de Rorschach dans l'hypertension arterielle. *Coeur et Médecine Interne*, 17, 39-43.
- Kidson, M. A. (1973). Personality and hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 35-41.
- Köhler, T. H., Sherbaum, N., Richter, R., & Böttcher, S. (1993). The relationship between neuroticism and blood pressure reexamined. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 100-105.
- Johnston, D. W. (1997). Hypertension. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health, and medicine* (pp. 500-501). Cambridge: Cambridge University Press.
- Manifesto do Grupo de Estudo de Hipertensão Arterial* (1993). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Mc Intyre, T. M., & Silva, J. F. (1994). Hipertensão arterial: A psicologia da Saúde e modelos complementares de intervenção. In T. M. Mc Intyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 122-137). Braga: APPORT.
- Moita, V. (1983). A angústia como conceito operativo na técnica projectiva de Rorschach. *Análise Psicológica*, 4 (1), 5-16.
- Nogueira, J. B., & Costa, J. N. (1993). Anamnese e observação do hipertenso. In J. Braz Nogueira, & J. Nogueira da Costa (Eds.), *Hipertensão arterial - clínica, diagnóstico e terapêutica* (pp. 1-12). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Nunes, A. C., Miguel, J. M. P., Neves, M. H. M., & Pissarra, M. I. M. (1988). *Hipertensão arterial em cuidados de saúde primários*. Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Pereira-Miguel, J. M. (1993). Epidemiologia da hipertensão arterial em Portugal. In J. Braz Nogueira, & J. Nogueira Costa (Eds.), *Hipertensão arterial - Clínica, diagnóstico e terapêutica* (pp. 13-21). Lisboa: Permanyer Portugal.

- Perini, C., Rauchfleisch, E., & Bühler, F. R. (1985). Personality characteristics and renin in essential hypertension. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 44-48.
- Pires, A. (1986). O Teste de Rorschach: Alguns aspectos relacionados com as críticas e as novas perspectivas de utilização. *Jornal de Psicologia*, 5 (5), 8-13.
- Rorschach, H. (1947). *Psychodiagnostics*. Bern: Hans Huber.
- Safar, M. E., Kaminiecki, H. A., Dimitriu, V. M., Levenson, J. A., & Pauleau, N. F. (1978). Hemodynamic factors and Rorschach testing in borderline and sustained hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 40, 620-630.
- Santonastaso, P., Cantor, G., Ambrosio, G. B., & Zamboni, S. (1984). Hypertension and neuroticism. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41, 7-11.
- Silva, D. R. (1986). Reflexões sobre algumas características das técnicas projectivas. *Jornal de Psicologia*, 5, 20-22.
- Silva, D. (1994). Metodologia de investigação e novos avanços no sistema integrativo do Rorschach. *Análise Psicológica*, 4, 493-510.
- Soares, A. O. (1993). Diagnóstico da hipertensão arterial secundária. In J. Braz Nogueira, & J. Nogueira Costa (Eds.), *Hipertensão arterial - Clínica, diagnóstico e terapêutica* (pp. 23-48). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Thäler, M., Weiner, H., & Reiser, M. (1957). Exploration of the doctor-patient relationship through projective techniques: Their use in psychosomatic illness. *Psychosomatic Medicine*, 19, 228-239.
- Thailer, A. S., Friedman, R., Harshfield, G. A., & Pickering, T. G. (1985). Psychologic differences between high, normal and low renin hypertensives. *Psychosomatic Medicine*, 47, 294-297.
- The Joint National Committee (1993). The fifth report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNCV). *Archives of Internal Medicine*, 153, 154-183.
- Whelton, P. K. (1994). Epidemiology of hypertension. *Lancet*, 344, 101-106.
- Whitehead, W. E., Blackwell, B., Silva, H., & Robinson, A. (1977). Anxiety and anger in hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 383-389.
- Wheatley, D., Balter, M., Levine, J., Lipman, R., Bauer, M. L., & Bonato, R. (1975). Psychiatric aspects of hypertension. *British Journal of Psychiatry*, 127, 327-326.
- van der Ploeg, H. M., van Buuren, E. T., & van Brummelen, P. (1985). The role of anger in hypertension. *Psychotherapy Psychosomatics*, 43, 186-193.

RESUMO

A hipertensão arterial (HTA) é uma situação clínica importante com uma enorme repercussão na saúde pública. Apesar da aceitação do papel dos factores psico-sociais, permanece controverso o seu papel etiopatogénico. O objectivo do presente estudo foi investigar as possíveis relações entre o perfil psicológico (através da Prova de Rorschach) de 41 doentes com HTA, a adesão terapêutica e o grau de atingimento dos órgãos-alvo.

Após a apresentação e discussão dos resultados são abordados aspectos da metodologia de investigação e as possíveis implicações do estudo do perfil psicológico dos doentes com HTA.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, perfil psicológico, técnica projectiva de Rorschach, envolvimento dos órgãos-alvo, adesão à terapêutica.

ABSTRACT

Hypertension is a critical issue of public health. Despite the agreement about the involvement of psychosocial factors there is still controversy about their etiopathogenic role.

The aim of the present study was to investigate possible relations between the psychological profile of 41 hypertensive patients, assessed by the Rorschach projective technique, the level of patient compliance and the degree of severity of hypertension.

Results are presented and discussed, as well as the methodological problems of assessment strategies. Current implications of the study of the hypertensive psychological profile are considered.

Key words: Hypertension, psychological profile, Rorschach projective technique, target organ involvement, therapeutic adherence.