



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN**

**FAMÍLIA E PRIMEIRA CRISE DO TIPO PSICÓTICA: UM ESTUDO A  
PARTIR DO RORSCHACH NO SISTEMA COMPREENSIVO**

BRASÍLIA

2018

**CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN**

**FAMÍLIA E PRIMEIRA CRISE DO TIPO PSICÓTICA: UM ESTUDO A  
PARTIR DO RORSCHACH NO SISTEMA COMPREENSIVO**

Dissertação apresentada ao  
Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília como  
requisito à obtenção de Grau de  
Mestre em Psicologia Clínica e  
Cultura.

**Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa**

BRASÍLIA

2018

**FAMÍLIA E PRIMEIRA CRISE DO TIPO PSICÓTICA: UM ESTUDO A PARTIR DO  
RORSCHACH NO SISTEMA COMPREENSIVO**

CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN

Trabalho realizado no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Banca examinadora

---

Professor Dr. Ileno Izídio da Costa  
Presidente da Banca - PsiCC/PCL/IP/UnB

---

Professora Edeilce Aparecida Santos Buzar  
Membro Externo – FE/UnB

---

Professor Sérgio Eduardo Silva de Oliveira  
Membro do Programa – PsiCC/PCL/IP/UnB

---

Professora Isabela Machado da Silva  
Membro Suplente - PsiCC/PCL/IP/UnB

Brasília, 10 de Setembro de 2018

## **Agradecimentos**

À minha mãe, por tudo. Por todo apoio e compreensão nessa jornada, que se iniciou há muito tempo.

Ao Flávio, porque sem ele eu não estaria aqui.

Ao Theo, pela paciência e companhia.

Ao Felipe, por ter me mostrado que era com o Rorschach que eu queria ficar. Pelo imensurável apoio nessa caminhada, tanto pessoal quanto acadêmico.

À Elisa, pelos insights e ajuda nesse mundo desconhecido que é a pós-graduação.

Aos meus colegas de trabalho, e porque não dizer, amigos, por toda a compreensão do mundo e por não me deixarem desistir.

À Eliane, por ter me iniciado no mundo científico.

Ao Sérgio, pelos momentos de construção do conhecimento e descontração.

À Sílvia, por me abrir as portas do CAEP.

Ao GIPSI, pela ajuda e aprendizados.

E ao meu orientador, pela oportunidade.

## Resumo

Famílias com um indivíduo em primeiras crises do tipo psicótico se encontram em um momento de *sofrimento psíquico grave*, ou seja, em momento da vivência intensa de manifestações que diferenciam muito do padrão da própria pessoa e, neste momento específico, ainda estão preservados potenciais de retorno a uma vivência menos sofrida, não se tratando de um estado psicótico *a priori*. De forma a reduzir e prevenir os efeitos psiquiátricos, psicológicos e sociais dessas crises, é fundamental a intervenção o mais breve possível, nos chamados pródromos, sinais e sintomas que as prenunciam. Com o intuito de trazer para o Brasil a possibilidade da intervenção precoce, foi criado o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico (GIPSI). No grupo, são feitos atendimentos tanto individuais quanto familiares, utilizando diferentes abordagens psicológicas e diferentes ferramentas de avaliação e intervenção, destacando-se o uso do Método de Rorschach. Ele vem sendo utilizado em diferentes contextos, como na identificação de sujeitos psicóticos e compreensão de suas dinâmicas psicológicas, visando alcançar um melhor prognóstico. Na avaliação de famílias, contudo, o Método de Rorschach tende a ser menos utilizado que em avaliações individuais e, menos ainda, explorando a relação família e psicose. Baseado nas teorias familiares sistêmicas, em que a família é entendida como um sistema no qual os membros mudam ao interagir com os outros, além de aprenderem padrões relacionais, comportamentais e de pensamento, é pressuposto que o padrão psicológico dos membros se interrelacionem. No presente trabalho, buscou-se explorar a relação entre as dinâmicas tanto individuais quanto familiares e fatores de risco e proteção para o engendramento de uma crise do tipo psicótica, utilizando-se entrevistas, genograma, mapa de rede e aplicações individuais do Método de Rorschach no Sistema Compreensivo. A partir da análise dos protocolos de uma jovem mulher com sintomatologia sugerindo psicose de forma proeminente e seus familiares, foi possível observar a presença de alguns índices tipicamente associados à psicose e de outros que podem se relacionar à fase prodromática de crises do tipo psicótica, como derrapagens cognitivas e comunicacionais. Além da análise individual, a análise dos protocolos de forma conjunta permitiu a observação de uma interação entre as estruturas psíquicas e dinâmicas relacionais dos diferentes familiares, a qual pode contribuir para o engendramento de uma crise do tipo psicótica. Essa análise conjunta dos protocolos de Rorschach dos integrantes de uma família, bem como dos registros clínicos, genograma e mapa de rede, se mostrou útil para a melhor compreensão do caso em questão, observando-se padrões de funcionamento dos familiares que se relacionam mutuamente e podem contribuir para o engendramento e curso da crise.

Palavras-chave: avaliação de famílias; Rorschach em famílias; intervenção precoce nas psicoses; primeiras crises psicóticas.

## **Abstract**

Families with an individual in early psychotic-type crises find themselves in a time of severe psychic distress, that is, at the moment of intense experiencing of manifestations that differ greatly from the pattern of the person himself, and at this particular time, are still preserved return potentials to a less experienced experience, not being an a priori psychotic state. In order to reduce and prevent the psychiatric, psychological and social effects of these crises, it is essential to intervene as soon as possible, in the so-called prodromes, signs and symptoms that foreshadow them. With the intention of bringing to Brazil the possibility of early intervention, the Early Intervention Group in the First Crises of the Psychotic Type (GIPSI) was created. In the group, both individual and family care are done, using different psychological approaches and different assessment and intervention tools, highlighting the use of the Rorschach Method. It has been used in different contexts, such as the identification of psychotic subjects and understanding of their psychological dynamics, aiming to achieve a better prognosis. In the evaluation of families, however, the Rorschach Method tends to be less used than in individual evaluations, and even less, exploring the relation family and psychosis. Based on the systemic family theories, in which the family is understood as a system in which the members change when interacting with the others, besides learning relational, behavioral and thought patterns, it is assumed that the psychological pattern of the members interrelate. In the present work, we sought to explore the relationship between individual and family dynamics and risk and protection factors for the generation of a psychotic type crisis, using interviews, genogram, network map and individual applications of the Rorschach Method in the Comprehensive System. From the analysis of the protocols of a young woman with symptomatology suggesting prominent psychosis and their relatives, it was possible to observe the presence of some indices typically associated with psychosis and others that may be related to the prodromal phase of psychotic type crises, such as cognitive and communication derangements. In addition to the individual analysis, the analysis of the protocols together allowed the observation of an interaction between the psychic structures and the relational dynamics of the different relatives, which may contribute to the generation of a psychotic crisis. This joint analysis of the Rorschach protocols of family members, as well as clinical records, genogram and network map, proved useful for a better understanding of the case in question, observing patterns of functioning of family members who relate to one another and can contribute to the engendering and course of the crisis.

**Key words:** family assessment; Rorschach in families; early intervention in psychosis; Rorschach; first psychotic crisis.

## **Lista de Tabelas**

Tabela 3.1 Variáveis obtidas nos protocolos analisados

## **Lista de Figuras**

Figura 3.1 Genograma da família

Figura 3.2 Mapa de rede

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS .....	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
LISTA DE TABELAS .....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
INTRODUÇÃO .....	10
MÉTODO .....	28
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	51
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXO 1 .....	65
ANEXO 2 .....	70

# 1 Introdução

Os benefícios da intervenção precoce na psicose são largamente reconhecidos pela literatura, de modo a reduzir e prevenir os efeitos psiquiátricos, psicológicos e sociais das crises do tipo psicótico (Faloon, 1992; Ruhrmann, Schultze-Lutter, & Klosterkötter, 2003; Yung et al., 2008). A partir das evidências sobre seus benefícios e possibilidades, apresentados na 3ª Conferência de Intervenção Precoce na Psicose, em Copenhague, em 2002, foi possível sintetizá-las e elaborar o denominado paradigma internacional da intervenção precoce nas psicoses (McGorry, 2005). Esse paradigma consiste na adoção de postura inter e multidisciplinar em dois eixos: na prevenção primária e secundária. Na prevenção primária, para detectar, o mais cedo possível, alguns dos sinais e sintomas que comumente precedem um episódio psicótico, os assim denominados *pródromos*. Para as pessoas que já apresentaram uma crise aguda o suficiente para ser denominada de episódio psicótico, lança-se mão da prevenção secundária, na qual o paradigma recomenda atenção e cuidado intensivos que reduzam o tempo de duração do episódio sem tratamento, de modo a prevenir ou retardar o desenvolvimento do transtorno, sua cronificação e o desgaste do indivíduo e de sua rede de apoio (Larsen et al., 2001; McGorry, 2005; McGorry, Killackey, & Yung, 2013).

Segundo McGorry (2005), três atitudes são essenciais na intervenção precoce nas psicoses: a detecção precisa, o mais cedo possível; o oferecimento de cuidado intensivo e a prevenção de recaídas; e a integração de diversas áreas do saber no cuidado mais amplo possível. A primeira delas destaca a importância da clínica de um psicodiagnóstico que seja amplo, na medida em que utilize diversas fontes de informação e busque compreender o indivíduo holisticamente, mas também sensível e específico, possibilitando compreender o sujeito em sua singularidade. A detecção precisa é necessária não só para que cuidados sejam oferecidos o quanto antes e, assim, se evite o desenvolvimento da psicose ou se atenuem seus

efeitos, mas também para que se evite a ocorrência de falsos positivos e possível estigmatização com efeitos iatrogênicos (Larsen et al., 2001; Marshall & Rathbone, 2011; Schultze-Lutter, Ruhrmann, Hoyer, Klosterkötter, & Leweke, 2007).

Conceitua-se crise psicótica como uma fase aguda na qual os sintomas, positivos e negativos, surgem ou se exacerbam (Leff, Kuipers, Bertowitz, & Sturgeon, 1985). A formação desses sintomas psicóticos não ocorre repentinamente, mas sim de forma gradual, com o aparecimento de pródromos, ou seja, primeiros sinais e sintomas (Yung & McGorry, 1996). É importante ressaltar que o termo “psicose” apresenta diversas definições e não se refere a uma doença específica, mas sim de formas de vivências únicas (Costa, 2003). Apesar disso, uma classificação nosológica, desde que não sirva ao fim de rotular e estigmatizar pessoas, é primordial para que se possa estabelecer uma comunicação entre profissionais de diferentes áreas, para que dados epidemiográficos possam ser coletados e subsidiar a elaboração de políticas públicas e para que tratamentos e prognósticos possam ser melhor embasados (Cunha, 2000). Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V; Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014), o termo “transtornos psicóticos” se refere à apresentação de um conjunto de sintomas positivos (delírio, alucinação, desorganização do discurso e/ou comportamento) e negativos (expressão emocional diminuída, anedonia, avolia, alogia, falta de sociabilidade). Apesar de outros transtornos poderem apresentar sintomas psicóticos, como transtornos de humor, por exemplo, o referido manual considera como “transtorno psicótico” apenas aqueles que apresentam sintomas psicóticos de forma proeminente, sugerindo patologia esquizofrênica. Dessa forma, o termo “do tipo psicótica” é utilizado de forma a se referir a uma ampla gama de comportamentos que refletem distúrbios da percepção, e conseqüentemente, perda do teste de realidade, não se referindo a um estado psicótico *a priori*.

Diversos estudos e projetos vêm sendo desenvolvidos na área de intervenção precoce em países como Inglaterra, Austrália, Alemanha, Estados Unidos, Noruega, Dinamarca e Cingapura (Larsen et al., 2001; Schultze-Lutter, Ruhrmann, & Klosterkötter, 2009). Com o intuito de trazer para o Brasil a possibilidade da intervenção precoce, assim como desenvolvê-la e adaptá-la à realidade brasileira, foi criado, no âmbito da Universidade de Brasília (UnB), o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI) em 2001 (GIPSI, 2010). No GIPSI, grupo multidisciplinar que integra psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, serviço social e outros saberes, o conceito de intervenção precoce nas psicoses, adotado internacionalmente, é expandido para as primeiras crises psicóticas, antes do que o próprio movimento chama de pré-psicose, os chamados pródromos. Assim, o GIPSI atua preventivamente em um momento próximo da possibilidade de uma crise do tipo psicótico (Freitas & Costa, 2018). É adotado o termo “do tipo psicótica” tanto para a fase prodrômica, quanto para as primeiras crises com sintomas psicóticos, com o objetivo de apontar para a especificidade do público-alvo: as pessoas em crise estão no momento da vivência intensa de manifestações que diferenciam muito do padrão da própria pessoa e, neste momento específico, ainda estão preservados potenciais de retorno a uma vivência menos sofrida. Portanto, não se trata de um estado psicótico *a priori*, mas sim do que Costa (2003) chama de *sofrimento psíquico grave*.

No grupo, são realizados atendimentos individuais com o cliente que apresenta as vivências do tipo psicótica de forma mais proeminente, assim como atendimentos familiares. Esses atendimentos podem acontecer sob diversas perspectivas teóricas, como a psicanalítica, a sistêmica e a gestáltica, a depender do profissional terapeuta e do cliente. Ainda com referência ao paradigma internacional da intervenção precoce, o GIPSI conta com uma sistemática psicodiagnóstica complexa, que tenta abranger aspectos psíquicos individuais, familiares, relacionais e também da rede psicossocial da família, de forma a compreender,

com a maior abrangência possível, as condições da emergência da crise e quais os recursos disponíveis, dentro da complexidade relacional do indivíduo em crise e de sua família, para enfrentamento.

No processo de acolhimento e acompanhamento do GIPSI, podem-se utilizar instrumentos como a Entrevista Psicodiagnóstica Individual (EPI), o Exame Psíquico Global (EPG), a Entrevista Familiar Estruturada (EFE) o genograma, o mapa de rede e o Método de Rorschach no Sistema Compreensivo (SC) (GIPSI, 2010). Esses três últimos são explorados na presente dissertação. O Método de Rorschach no SC é uma ferramenta científica que permite observar uma gama complexa de componentes psicológicos em ato (Weiner, 2000), com acesso às características menos submetidas ao controle deliberado. Para tal, dez pranchas com manchas de tinta são aplicadas uma a uma, com a instrução “O que isto poderia ser?”. Tal instrução, formulada a fim de tornar a tarefa pouco estruturada, aliada ao material bastante estimulador afetiva e cognitivamente, permite avaliar estruturas inconscientes, traços obscurecidos e com menor influência dos termos de desejabilidade social, simulações e fingimentos (Exner & Sendín, 1999). Em seguida, as respostas obtidas são codificadas levando-se em consideração: a) a localização dos perceptos; b) a integração entre objetos referidos (qualidade evolutiva); c) as características da mancha que determinaram a resposta; d) o grau de adequação da resposta em relação à forma da mancha (qualidade formal); e) os conteúdos referidos; f) se as respostas são frequentemente vistas ou não; g) quais as relações estabelecidas entre os elementos (atividade organizativa); h) e características incomuns (códigos especiais). A partir dessa classificação, pode-se gerar um sumário estrutural, composto pelas frequências dos códigos, bem como proporções, razões, porcentagens e derivações feitas a partir deles, as quais são analisadas posteriormente em agrupamentos e constelações a partir de variáveis-chaves.

Esses escores obtidos fornecem informações a partir das quais são geradas descrições sobre a estrutura e funcionamento psíquico do indivíduo, notadamente em relação à cognição, afeto, autopercepção e percepção interpessoal (Exner, 1999, 2003, 2005). O SC permite a abordagem dos dados a partir de, no mínimo, duas perspectivas integradas, a nomotética e a idiográfica. A primeira trata de avaliar os dados objetivos com princípios fundamentais de medida, codificáveis em relação aos itens, normatizados a partir de largos estudos estatísticos transculturais (Shaffer, Erdberg, & Meyer, 2007; Viglione & Hilsenroth, 2001; Meyer, 2004; Hilsenroth & Charnas, 2007; Nascimento, 2010), referindo-se aos componentes nomotéticos da personalidade, portanto. A segunda perspectiva inclui modelos de avaliação qualitativa dos itens que remontem às particularidades e idiosincrasias do sujeito, considerado em sua complexidade e unicidade. São avaliadas conforme um fundamento teórico de psicologia da personalidade, com análise qualitativa de sequência das respostas, das elaborações verbais e outros comportamentos (Weiner, 2000).

Embora em princípio ateórico, o SC permite a integração de uma visão psicométrica e estatística com uma abordagem mais global e que pode ser compreendido à luz de diversas teorias, como as familiares sistêmicas, tornando-o um instrumento complexo e rico para se compreender vivências do tipo psicótico, com diversos índices e variáveis que podem ser utilizados para esse fim e que serão explorados mais adiante. Isso é possível uma vez que o Método de Rorschach não investiga apenas manifestações comportamentais, mas constitui-se em um retrato dos traços psicológicos no âmbito da cognição, afeto, autopercepção e percepção interpessoal.

O Método de Rorschach tem se mostrado útil em uma diversidade de contextos clínicos. Em uma revisão da literatura, Jorgensen e Andersen (2000) elencaram diversos estudos comparando protocolos de pacientes psicóticos e de não-pacientes, encontrando altos índices de sensibilidade, especificidade e validade preditiva, tanto positiva quanto negativa.

Concluíram, portanto, que o Método de Rorschach é válido para discriminar entre esses públicos. No mesmo sentido, Benedik, Oderl, Bon, e Smith (2013) observaram a utilidade do Rorschach na averiguação do grau de perturbação da percepção e do pensamento de pacientes psiquiátricos eslovenos, sugerindo a validade do método para diferenciar pacientes psicóticos e pacientes não-psicóticos.

Dao, Prevatt, e Horne (2008) realizaram um estudo comparando o processo de diferenciação de pacientes psicóticos e não-psicóticos utilizando o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) e o Método de Rorschach. Valendo-se deste último, a taxa de classificação correta de transtornos psicóticos foi de 85%, sugerindo que ele é uma ferramenta com sensibilidade, especificidade e poder preditivo, tanto positivo quanto negativo. No mesmo sentido, Ilonen et al. (2010) encontraram diferenças estatisticamente significantes entre índices obtidos em uma amostra de crianças diagnosticadas com transtornos psicóticos e crianças sem diagnóstico psiquiátrico. Foi observado também que o resultado de crianças com alto risco para a psicose se assemelha ao de crianças psicóticas. Vieira e Villemor-Amaral (2015) encontraram diferenças estatisticamente relevantes entre as variáveis obtidas nos protocolos de pacientes esquizofrênicos e sem diagnóstico psiquiátrico em uma amostra brasileira, evidenciando a validade dessa ferramenta para identificação da esquizofrenia, dessa vez no contexto brasileiro.

Brand, Armstrong, Loewenstein, e McNary (2009) também utilizaram o Método de Rorschach como ferramenta, desta vez para fazer o diagnóstico diferencial entre os transtornos psicóticos, dissociativo de identidade e de personalidade borderline, encontrando diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis obtidas nos protocolos desses três grupos. Moore, Viglione, Rosenfarb, Patterson, e Mausbach (2013) observaram correlação entre as medidas da capacidade funcional e social de pacientes esquizofrênicos e os resultados das variáveis do Rorschach deles, como as referentes a capacidades cognitivas e

representações humanas positivas.

Embora de forma tímida em comparação aos estudos sobre a relação entre o Rorschach, psicose e esquizofrenia, ele também tem sido usado para melhor compreender as primeiras crises psicóticas. Olivier et al. (2017) o utilizou para explorar como transtornos de pensamento e percepção estão relacionados com sintomas clínicos e disfunção cognitiva no primeiro episódio de esquizofrenia, encontrando que a percepção de forma correlaciona-se com sintomas positivos e com o prejuízo nas funções executivas. Especificamente em primeiras crises do tipo psicótica, Silva (2013) utilizou o Método de Rorschach como forma de avaliar e compreender psicodinamicamente essa clientela, comparando os índices e variáveis obtidas nos protocolos de clientes GIPSI com as normas nacionais e internacionais. Os resultados apontaram que eles não possuem os indicadores tradicionais de transtorno do pensamento ou de perda de contato com a realidade, mas sim um potencial criativo que não consegue ser canalizado, isolamento social, histórico interpessoal conflituoso, intenso sofrimento emocional e percepção peculiar da realidade, com componentes depressivos importantes, mas com caráter situacional. Costa (2011) observou um padrão entre os índices e variáveis presentes em protocolos de clientes GIPSI, sugerindo uma constelação para avaliar pródromos apresentados durante as primeiras crises do tipo psicótico. Apesar de relevante, tal constelação não foi validada. Para ser considerada preditiva, são necessários mais estudos nessa área.

Nas últimas décadas, o Método de Rorschach, assim como seu sistema mais utilizado, o SC, tem sido amplamente debatido e escrutinado pela literatura científica, por meio de questionamentos críticos sobre sua validade, fidedignidade, utilidade, bases empíricas e pressupostos teóricos (Wood, Garb, Nezworski, Lilienfeld, & Duke, 2015; Wood, Lilienfeld, Garb, & Nezworski, 2000; Wood, Nezworski, & Stejskal, 1996a, 1996b; Nezworski & Wood, 1995; Garb, 1999; Garb, Wood, Lilienfeld, & Nezworski,

2005). Soluções para grande parte dos questionamentos e críticas quanto ao Sistema Compreensivo como método científico têm sido oferecidas por vários autores que têm dado continuidade e contribuições ao trabalho de Exner, rebatendo tais argumentos e demonstrando sua sólida base empírica e estatística (Hilsenroth & Segal, 2004, Meyer, 2002), assim como propriedades como consistência temporal (Grønnerød, 2003), correlação com áreas corticais e com outros instrumentos como o MMPI (Dao, Prevatt, & Horne, 2008), além de oferecerem normas mais atuais e adaptadas a diferentes culturas (Meyer, Viglione, & Mihura, 2007; Meyer, Erdberg, & Shaffer, 2007; Hosseininasab et al., 2017; Meyer, 2017; Mihura, Meyer, Dumitrascu, & Bombel, 2013; Mihura, Meyer, Bombel, & Dumitrascu, 2015; Nascimento, 2010; Viglione, 2002; Viglione & Hilsenroth, 2001; Piotrowski, 2015; Weiner, 2000).

A fim de possibilitar a intervenção precoce, é essencial conhecer as características do transtorno, bem como as dos pacientes e seus familiares, uma vez que se considera que alguns traços de personalidade e comportamentos de um membro da família tendem a ser previsíveis a partir da compreensão de traços de personalidade e do comportamento dos outros (Wynne, 1968). Além disso, o conhecimento dessas características pode permitir um aumento na qualidade de vida dessas famílias pela formulação de estratégias para desenvolver habilidades de resolução de problemas e de expressão emocional efetiva, uma vez que a literatura aponta a interação familiar como um fator preponderante no desencadeamento e curso de transtornos psicóticos (Hatfield & Lefley, 1987; Siitonen, Keisanen, & Wahlberg, 2017).

Não há, na literatura, um conceito único de família. Até a década de 80, família era compreendida, por diversos sociólogos e antropólogos, como um casal e seus filhos. Entretanto, tal conceito se torna limitado a partir do momento que novas formas de configuração familiar, mais complexas, surgem. Para Costa (2003), não existem famílias, mas configurações vinculares íntimas que dão sentimento de pertença, habitat, ideais, escolhas,

fantasmas, limites, papéis, regras e modos de comunicar que simbolicamente podem se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo.

Pode-se entender família a partir de dois eixos distintos, que se cruzam: o eixo diacrônico e o sincrônico. No tocante ao eixo diacrônico, dinâmico, histórico e inconsciente, Eiguer (1985) o descreve como fundamentado em três fatores: na escolha do objeto, que consiste na escolha inconsciente do parceiro conjugal com base nas experiências edípicas; no eu familiar, que se refere ao sentimento de pertença e identificação; e na interfantasmática, no ponto de encontro dos fantasmas individuais de cada membro. No eixo sincrônico, referente ao aqui-e-agora, ao modo de funcionamento concreto, imediato e consciente, pode-se entender família como um sistema aberto, composto por outros subsistemas - individual, conjugal, parental e fraterno - , caracterizado por um estado interno relativamente constante que se mantém pela autoregulação (homeostase), e constituído por regras, fronteiras, papéis, estrutura inconsciente e comunicação, articulados em sua essência pelos segredos e mitos que compõem a dinâmica relacional de seus membros (Costa, 2003, 2008). Dessa forma, se pode entender teorias psicanalíticas e sistêmicas como complementares.

Ao mesmo tempo em que se pode afirmar que o problema cria um sistema, uma vez que a família se estrutura a partir das problematizações que se desenvolvem em seu ciclo de vida, pode-se afirmar que o sistema cria e/ou mantém um problema, na medida em que o relacionamento dentro da família pode ser perturbado e favorecer o surgimento de sintomas.

A avaliação dos membros da família, não apenas do indivíduo, começou a ser explorada na década de 1960, com base nas teorias familiares sistêmicas. Elas defendem que (a) o significado de comportamento, sintomático ou não, deriva em parte considerável de seu contexto e (b) a família tem um papel transacional - uma pessoa sofre uma mudança interna como resultado do intercâmbio entre si e o outro, em um processo de duas vias. A partir

desses pontos de vista, a família pode ser vista como um pequeno sistema social aberto, com cada parte dependendo da outra e tendendo a manter o equilíbrio (Broderick, 1993; Costa, 2010). Em relação às possíveis ligações entre psicopatologia individual e funcionamento familiar, Sameroff e Fiese (2000) acrescentam que a criança aprende a pensar, sentir e se comportar com a família - desenvolvendo traços de personalidade que podem ser funcionais ou disfuncionais.

Especificamente em relação à esquizofrenia, verificou-se que os pais de uma criança esquizofrênica mostram desvios de comunicação e estilos afetivos disfuncionais. Eles não só falam de maneira que deixa o ouvinte sem um senso de encerramento e compreensão, mas também têm dificuldades de se manter na tarefa que estão realizando e usam palavras peculiares e sem uma razão, revelando suas próprias falhas de atenção e criando dificuldades para o ouvinte. Seus filhos são, assim, prejudicados em uma variedade de áreas, como foco de atenção compartilhada, uso da linguagem, orientação de tarefas e relações interpessoais (Singer & Wynne, 1965, 1966; Wynne, 1968; Kymalainen & Mamani, 2008; Siitonen, Keisanen, & Wahlberg, 2017). É importante salientar que não se trata de uma relação causal, muito menos linear, mas sim transacional, na medida em que se busca compreender o padrão de interação familiar co-evolutivo (Costa, 2003).

Apoiado nas teorias transacionais, Bateson, Jackson, e Haley (em Costa, 2003) desenvolveram a Teoria do Duplo Vínculo. Segundo esta teoria, as bases interacionais familiares da esquizofrenia são interações paradoxais na família, as quais são mensagens incongruentes emitidas que invalidam a compreensão e percepção do receptor, distorcendo e negando aspectos importantes do seu ego. A partir de pesquisas clínicas sobre a realidade de famílias com disfunção psicótica, Palazzoli, Cirillo, Selvini, e Sorrentino (1998) observaram a ação da referida teoria na prática. Eles encontraram uma série de semelhanças entre essas famílias, chamando os processos interativos que ocorrem no seio familiar e que contribuem

para o engendramento da psicose de “jogos psicóticos da família”. Nesses jogos, ocorre um *imbroglio* familiar a partir do impasse do casal e o enredamento do filho nele, de forma mascarada e negada. As relações perturbadas e comunicações ambíguas entre os membros da família ditos sadios podem então ser catalisadas e incidirem negativamente sobre um dos membros, o chamado paciente identificado, que representa, por meio da expressão sintomática, a disfuncionalidade da família. Sugerem o desenvolvimento da psicose, no tocante a esses jogos psicóticos na família, em seis etapas:

- a) Impasse do casal - não há crises francas, apenas um contínuo provocativo entre o casal que não sai do lugar
- b) Enredamento do filho no jogo do casal - o filho pode se incomodar com uma injustiça, não percebendo que a suposta vítima também é jogadora;
- c) Comportamento inusitado do filho - semelhante às manifestações iniciais da psicose, o filho se comporta de acordo com o estranhamento gerado pelo envolvimento num jogo que “não faz sentido” e que não comunica senão ambiguidades, afetos invertidos e provocações implícitas
- d) Reviravolta do suposto aliado – parece que o jogo terminou em um empasse e o comportamento do filho não é suficiente para demovê-lo;
- e) Explosão da psicose - o filho envolvido é abandonado, sentindo-se manipulado e com sua percepção do mundo invalidada. Dessa forma, ele vê como única opção criar, narcisicamente, uma realidade em que as coisas façam sentido;
- f) Estratégias baseadas no sintoma - o sintoma do filho foi criado dentro do jogo psicótico e tem por objetivo mantê-lo.

Apesar de os sintomas apresentados por um dos membros da família serem a expressão da disfunção familiar, esta situação é mantida e perpetuada na medida em que a família tenta adaptar-se em conjunto para preservar sua coesão interna, ao que Wynne, Ryckoff, Day, e

Hirsch (em Costa, 2003) chamam de pseudomutualidade. Nesse tipo de família, as tentativas de pensamento e comportamento independentes e divergentes serão rechaçadas em detrimento de uma fixação em um modelo rígido de relacionamento, no qual cada um já tem seus papéis definidos. Se há uma tentativa externa para mudar esse padrão, ela é prontamente distorcida e descartada.

Posteriormente, a teoria familiar sistêmica incluiu o observador no contexto dos fenômenos observados e considerou-o parte do sistema, considerando-o incapaz da pretendida objetividade enquanto participante do processo, em que o espaço terapêutico passou a ser cada vez mais considerado como o de uma (re)construção de significados na relação não hierarquizada entre terapeuta e família (Elkaim, 2000). É interessante notar que houve um grande desenvolvimento das teorias familiares sistêmicas nas décadas de 50 a 80, mas após isso houve uma desaceleração na produção de teorias relativas a psicopatologias. Apoiadas nas novas correntes de pensamento construtivista, construcionista social e em técnicas narrativas, as terapias familiares passaram a se centrar nas idiossincrasias de cada cliente, de cada família, dificultando assim uma teoria unificada (Elkaim, 1998).

No tocante a pesquisas sobre teorias familiares e esquizofrenia, Tienari, Wahlberg, e Wynne (2006) realizaram um estudo longitudinal no qual avaliaram crianças adotadas, filhas de pais biológicos esquizofrênicos, e suas famílias adotivas. Confirmando o que era esperado, verificou-se que a carga genética recebida dos pais biológicos é importante, mas não é decisiva para o desenvolvimento da esquizofrenia - uma família disfuncional ou saudável pode ser um fator de risco ou de proteção no desenvolvimento de esquizofrenia, ou seja, a composição genética tem o papel de predispor o indivíduo à esquizofrenia, mas fatores pessoais e ambientais podem aumentar ou atenuar esse processo.

Na mesma direção, Goldstein (1987) acompanhou 64 famílias ao longo de um período de 15 anos, concluindo que a esquizofrenia seria o resultado provável quando certos padrões estavam presentes na família, tais como desvio de comunicação (CD) – inabilidade dos pais de estabelecer e manter um foco de atenção compartilhada nas interações, além de falta de clareza -, estilo afetivo (AS) – estilo de interação no tocante a criticismo, suporte, culpabilização e intromissão - e emoção expressa (EE) – criticismo, hostilidade e/ou superenvolvimento dos familiares. A partir desses estudos, foi possível planejar modelos de tratamento adequados, com foco na busca de técnicas para lidar com o ambiente ansiogênico e aprendizagem de estratégias cognitivas, como a resolução de problemas.

Loveland, Wynne, e Singer (1963) propuseram um método para a avaliação da interação dentro das famílias, o Método de Rorschach Consensual. Ele consiste em duas etapas: primeiramente, cada membro da família é testado individualmente com o Método de Rorschach administrado da maneira tradicional; posteriormente as manchas de tinta são, uma a uma, apresentadas aos membros da família de forma conjunta, os quais são solicitados a discutir entre si sobre o que as manchas de tinta poderiam ser e a chegar a um consenso sobre qual resposta será dada. Com base nesse método, o examinador não participaria e observaria a discussão a partir de um espelho unidirecional.

O Método de Rorschach Consensual tem sido utilizado em muitas pesquisas e intervenções, tanto em famílias quanto em casais, embora com algumas diferenças na forma de aplicação, interpretação e objetivos. Singer e Wynne (1965) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os transtornos do pensamento e as relações familiares de esquizofrênicos, utilizando métodos projetivos. No entanto, o foco foi tanto no processo de produção e verbalização das respostas quanto no comportamento não verbal no teste.

Singer e Wynne (1966) pontuaram falhas e desvios de comunicação nas respostas obtidas pelo Método de Rorschach, como problemas de fechamento, comportamentos disruptivos e verbalizações peculiares. Problemas de fechamento incluem: a) fragmentos de fala; b) comentários ininteligíveis; c) respostas de forma negativa; d) respostas subjuntivas "se"; e) respostas dadas como perguntas; e f) informações inconsistentes e contraditórias. Comportamentos disruptivos se referem a comportamentos que interrompem a continuidade da tarefa ou interrompem o conjunto estabelecido de tarefas, como a) interrupções das falas do examinador; b) observações alheias à tarefa; c) respostas estranhas e inadequadas a perguntas; d) interrupções não verbais; e) humor inadequado ao cenário; e f) rejeição temporária de um cartão de forma negativista seguida por uma resposta. Verbalizações peculiares se referem a usos e construções peculiares da lógica e das palavras. Novamente, o foco do estudo estava no processo de elaboração e verbalização das respostas dadas pelos pais, incluindo componentes verbais e não verbais.

Willi (1969) enfatizou a compreensão dos pontos fortes e fracos dos componentes do casal e como a personalidade de um sujeito muda em uma discussão com o outro. Primeiro, ele administrou o teste de Rorschach individualmente e depois pediu ao casal que desse uma solução conjunta para cada cartão. Ao contrário do procedimento adotado por Loveland et al., no ensaio de Willi, o examinador permaneceu na sala. Ele realizou análises quantitativas e qualitativas e descobriu que as respostas do sujeito na situação conjunta podem diferir significativamente daquelas do teste individual, indicando que as pessoas podem se comportar e pensar de maneira diferente quando estão sozinhas e acompanhadas.

Orgiazzi-Billon-Galland (2000) empregou o Rorschach individualmente para avaliar a elaboração fantasmática dos pais e de seus filhos psicóticos e como eles a compartilham. Ela adotou como procedimento a aplicação individual do Rorschach na criança, no pai e na mãe e encontrou evidências de uma relação interprojetiva familiar: enquanto a criança tem uma

organização psicótica, os pais não são psicóticos, mas compartilham uma organização neurótica fantasmática.

Nakamura e Nakamura (em Sendin & Alba, 1994) também estavam interessados no processo de comunicação, desta vez na família, e propuseram adicionar outro passo ao Rorschach Consensual: o Processo de Imagem, no qual a família era convidada a escolher qual cartão representa melhor a imagem que eles têm de cada membro. Subsequentemente, Sendin e Alba (1994) usaram este método na avaliação e intervenção na dinâmica familiar de um paciente com suspeita de esquizofrenia.

A fim de sistematizar todas essas várias formas de aplicação e interpretação do Método de Rorschach Consensual (também conhecido como Método de Rorschach Conjunto) e adequá-las ao SC, foi proposto por Aschieri (2013) o Método de Rorschach Conjunto no Sistema Compreensivo. Primeiro, os membros da família / parceiros são testados individualmente, certificando-se de que nenhum deles discuta qualquer aspecto da testagem, a fim de não influenciar as respostas do outro. Em sessão subsequente, os membros da família respondem ao Rorschach juntos e são solicitados a discutir e chegar a um consenso para cada resposta. As respostas são pontuadas de acordo com o SC e um resumo estrutural é construído, tanto em relação à aplicação individual quanto à aplicação do casal / família (Aschieri, 2013).

Este procedimento também foi usado por Noy-Sharav (2005) na avaliação de casais para terapia ou para adoção de filhos, além de entrevistas, de subtestes da *Weschler Adult Intelligence Scale Revised* (WAIS R) e do Teste de Apercepção Temática (TAT). Provenzi, Menichetti, Coin, e Aschieri (2017) usaram o ConRSC em um contexto diferente, na Avaliação Colaborativa / Terapêutica (C / TA): o teste de Rorschach foi administrado aos

casais e os resultados da avaliação foram usados como intervenções terapêuticas breves, compartilhando e discutindo colaborativamente os dados de teste com os clientes.

O Método de Rorschach tem sido usado para avaliar os indivíduos, bem como o contexto familiar, no assunto de psicose e esquizofrenia. No entanto, o único estudo encontrado que utilizou o Rorschach individual para avaliar famílias com indivíduos esquizofrênicos foi o conduzido por Uchtenhagen (1985): ele avaliou, individualmente e usando Rorschach, parentes consanguíneos de pacientes esquizofrênicos e pacientes com lesão cerebral. Seu objetivo, contudo, foi comparar as respostas dadas pelos dois grupos com as respostas dadas por pacientes esquizofrênicos. Os resultados obtidos revelaram respostas semelhantes às dadas por indivíduos esquizofrênicos em aproximadamente um quarto dos indivíduos, igualmente distribuídos entre familiares de pacientes com esquizofrenia e pacientes com lesão cerebral, indicando que pessoas psicologicamente saudáveis podem reagir ao teste de Rorschach da mesma maneira que os esquizofrênicos costumam fazer. Além de uma análise qualitativa das verbalizações do sujeito, ele também as avaliou quantitativamente e encontrou nesses protocolos rejeições frequentes, alta incidência de respostas Dd (detalhe incomum), poucas respostas P (populares), qualidade formal empobrecida e poucas respostas de cor, evidenciando uma percepção incomum da realidade e pouca expressão afetiva.

O principal índice do Rorschach utilizado para observar características psicóticas é o *Perceptual-Thinking Index* (PTI), uma constelação que revisa o antigo Índice de Esquizofrenia (SCZI), constituindo-se em uma variável válida e eficaz para avaliar distúrbios de pensamento, funcionamento cognitivo prejudicado e percepção imprecisa. Evidências consideram que o PTI pode ser usado para diferenciar efetivamente os pacientes com transtornos psicóticos de não-pacientes, assim como de pacientes com transtornos de personalidade caracterizados por dificuldades perceptivas e do pensamento (Exner, 1999,

2003, 2005; Exner & Sendín, 1999; Hilsenroth, Eudell-Simmons, DeFife, & Charnas, 2007; Weiner, 2000).

Tibon, Rothschild, Appel, e Zeligman (2011), em estudos utilizando o Método de Rorschach, consideraram a relevância de algumas variáveis na verificação do funcionamento mental adaptativo, como D e Adj. D, referentes à diferença entre demandas e recursos que a pessoa apresenta, além do Índice de Depressão (DEPI), Constelação de Suicídio (S-CON), Índice de Hipervigilância (HVI), PTI, Trauma Content Index (TCI) e Reality-Fantasy Scale (RFS). Enquanto os primeiros se referem a índices tradicionais dentro do Sistema Compreensivo, os últimos foram acrescentados posteriormente. Armstrong (1991) propôs o índice TCI, com o objetivo de medir a incidência de associações traumáticas. O RFS (Tibon, Handelzalts, & Weinberger, 2005) é um índice que se refere à diferenciação que o sujeito consegue fazer entre realidade e fantasia, em termos de manifestações psicopatológicas. Em adição aos índices citados, o Índice de Déficit Relacional (CDI) é outra variável que merece destaque. Uma vez que se refere à habilidade relacional do sujeito, indica os recursos adaptativos que ele possui para lidar com demandas interpessoais (Weiner, 2000).

Em relação especificamente às primeiras crises do tipo psicótica, é interessante se observar a Constelação Prodrômica, proposta por Costa (2011), que, embora não validada, sinaliza algumas variáveis que merecem maior atenção, como DEPI, CDI e PTI, além de índices como FQM, FQu, A, Ad,GHR e PHR. Tais índices se referem à desorganização do pensamento, ajuste das percepções à realidade, uso do pensamento e visão interpessoal. Silva e Costa (2014) acrescentam à lista WSumC, CF+C>FC, COP, SumSH, Y, SumSH>EA, DQv, An+Xy, AdjD e C-SH BI, índices que dizem respeito à imagem corporal, afetividade, visão acerca de relacionamentos interpessoais e disparadores internos de tensão, como variáveis que merecem especial atenção.

### *Objetivos*

Visto a importância do tema, este trabalho tem como objetivo compreender, à luz do Rorschach, a interrelação entre a estrutura de personalidade e funcionamento psíquico de cada um dos integrantes de uma família com um dos membros com sintomatologia proeminente indicando primeiras crises do tipo psicótica.

De forma específica, pretende-se a) descrever a psicodinâmica individual dos membros de uma família com um integrante em primeiras crises do tipo psicótica à luz do Rorschach; e b) descrever a dinâmica familiar desta família.

## 2 Método

O método adotado no presente trabalho foi o estudo de caso, o qual pode ser conceituado como uma estratégia de pesquisa abrangente, na qual um ou mais sistemas limitados são explorados com profundidade por meio de múltiplas fontes de observação (Creswell, 2007; Yin, 2015). Os resultados desta pesquisa buscaram integrar perspectivas tanto quantitativas como qualitativas, obtidas a partir da análise de registros clínicos, do genograma, dos mapas de rede e da aplicação do Método de Rorschach.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília sob o CAAE 80059517.4.0000.5540. Cópia do termo de consentimento livre e esclarecido e do documento de aprovação pelo comitê de ética se encontram na seção Anexos deste trabalho.

### *Participantes*

A partir de supervisão clínica do GIPSI, foi escolhida uma família de classe média baixa atendida pelo grupo para participar do presente estudo, observando-se os critérios de disponibilidade e possíveis ganhos terapêuticos. Foi selecionada a família Silva<sup>1</sup>, composta pela cliente que expressava maior sintomatologia psicótica (Laura<sup>1</sup>, 20 anos), sua mãe (Maria<sup>1</sup>, 41 anos) e seus dois irmãos (Letícia<sup>1</sup>, 23 anos, e Pedro<sup>1</sup>, oito anos).

### *Instrumentos*

Foram aplicadas as 10 pranchas do teste de Rorschach. As instruções se deram conforme o preconizado pelo SC (Exner, 1999, 2003). Foram feitas também entrevistas e elaborados o genograma da família - representação gráfica da família, incluindo aspectos

---

<sup>1</sup> Nomes fictícios.

genéticos, médicos, sociais, comportamentais, relacionais e culturais, que permite a identificação de personagens e a clarificação de disfuncionalidades e padrões familiares (Wendt & Crepaldi, 2008) – e mapa de rede social de Laura – mapa mínimo que identifica as relações e ligações do sujeito com o meio (Agostinho, 2007).

### *Procedimentos*

A partir da identificação, em supervisão do GIPSI, de uma possível família de participantes para a presente pesquisa com base no momento atual da psicoterapia familiar, disponibilidade dos clientes e possíveis ganhos terapêuticos, os terapeutas familiares explicaram brevemente a pesquisa e perguntaram se eles teriam interesse. Em seguida, foi feito contato telefônico individual com os possíveis participantes pela pesquisadora, explicando a natureza do estudo, solicitando consentimento e marcando as aplicações. No caso de Pedro, o contato se deu com a mãe, Maria, uma vez que ele era menor de idade. Todas as aplicações ocorreram em sala adequada, nas dependências do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP/UnB) e foram precedidas pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), excetuando-se mais uma vez Pedro, cujo TCLE foi assinado pela mãe.

### *Análise de dados*

A codificação foi feita de forma independente pela pesquisadora e por outro psicólogo rorschachista, ambos com mais de dois anos de experiência, com base nos principais manuais da área (Exner, 1999; Viglione, 2002). Em alguns pontos houve discordância entre os dois, que chegaram posteriormente a um consenso debatendo e revisando a literatura da área. Os códigos foram processados pelo software Ror-Scan, *Rorschach Interpretative System*, versão 6.05 (Carracena, 2005) na elaboração de Sequências de Codificação e Sumários Estruturais.

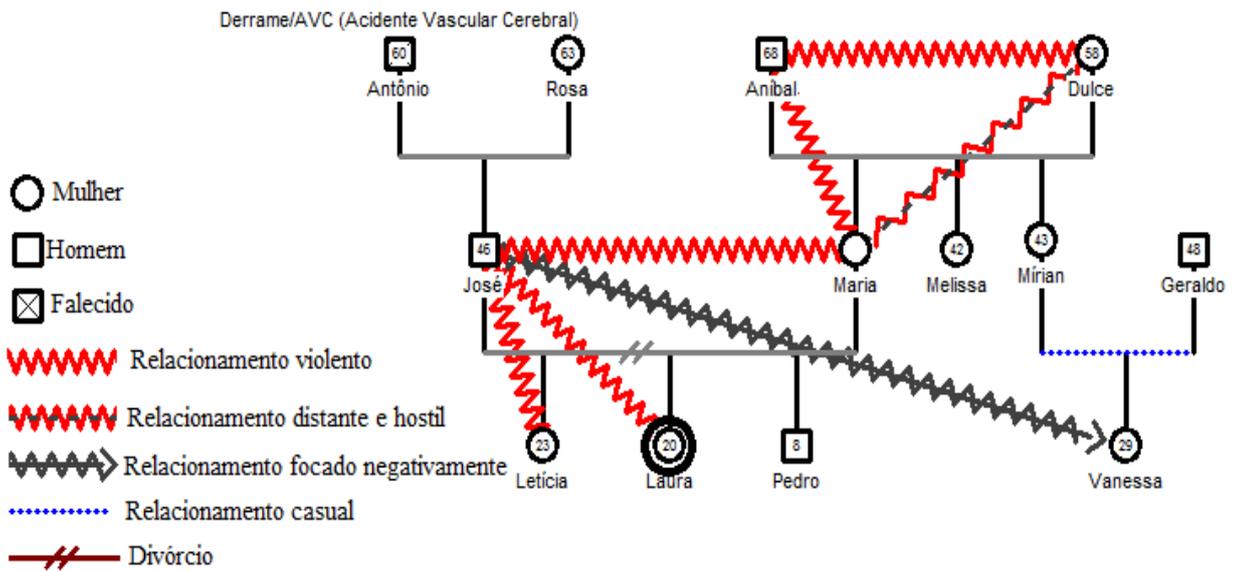
Os protocolos foram interpretados tanto de forma nomotética, em comparação com as estatísticas descritivas brasileiras (Nascimento, 2010), quanto de forma idiográfica. Um dos protocolos contava com menos de 14 respostas, portanto inválido seguindo os critérios do SC ( $R \geq 14$ ). Entretanto, Exner (em Exner & Sendín, 1999) coloca que alguns índices se mantêm na mesma direcionalidade interpretativa em protocolos com menos e com mais de 14 respostas e, portanto, podem ser utilizados com cautela e desde que corroborados por outras fontes. Dessa forma, para esse protocolo, apenas alguns dos índices constantes do sumário estrutural foram considerados, além da interpretação qualitativa.

Após elaboração do sumário estrutural, os casos foram discutidos com os terapeutas que realizam os atendimentos familiares para validação da interpretação e incorporação de outros dados clínicos, como registros documentais. Foi acordado com a família e os terapeutas que as sessões devolutivas seriam feitas após a elaboração da presente dissertação. O participante decidirá se o formato da devolutiva será individual ou na presença dos demais familiares.

### 3 Resultados e discussão

Nas sessões de acolhimento pelo GIPSI, Laura relatou ter crises de pânico, dificuldade de sair de casa, insônia e desorganização do pensamento, além de avolia e anedonia. A família pontuou ainda ter observado aceleração do pensamento dela e a ocorrência de um estupro e tentativa de suicídio prévias. As entrevistas iniciais e na aplicação do Método de Rorschach feita à época sugeriram ainda que ela se encontrava em uma situação de sobrecarga, contando com recursos psíquicos para o manejo da situação e dificuldade para modular o afeto, inclinando-a a “explosões”. Ela também apresentava isolamento social, rigidez cognitiva e atitude pessimista e defensiva. A partir desses achados, considerou-se que Laura podia estar em fase prodrômica e que apresentava traços de personalidade que a predispunham a fazer possíveis crises. Os critérios para inclusão no grupo também estavam presentes, assim como ausentes os critérios de exclusão (i.e., não ter causação orgânica detectada, disponibilidade da família, entre outros). Nesse contexto, Laura e sua família foram aceitas pelo grupo e iniciaram o processo terapêutico no GIPSI.

A seguir, serão apresentados o genograma e uma breve descrição da família, o mapa de rede de Laura e os resultados quantitativos das aplicações do Método de Rorschach. Nomes, idades e outras características foram trocados a fim de que a família não seja identificada. No entanto, não há comprometimento para o entendimento da história.



**Figura 3.1 Genograma da família**

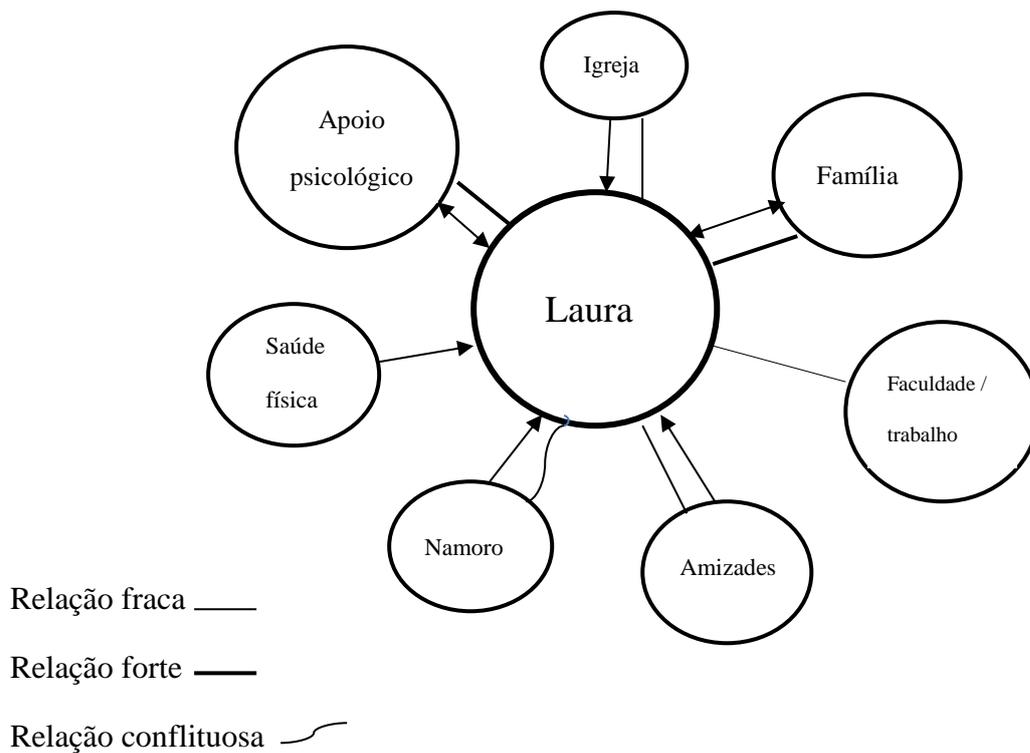
Maria, 41 anos, foi casada com José, 46 anos, durante 16 anos e tiveram três filhos, Leticia, 23 anos, Laura, 20 anos e Pedro, oito anos. Alguns anos após o casamento com Maria, a qual saiu de casa para fugir de seu pai alcoolista e violento tanto com ela quanto com sua mãe, José começou a exibir comportamentos abusivos e violentos também, tanto com a esposa, Maria, quanto com as filhas mais velhas, Leticia e Laura. Há quinze anos, José se envolveu com uma adolescente de 14 anos que estava morando com a família nessa época, sobrinha de Maria e melhor amiga de Leticia, e saiu de casa para viver com ela. Cerca de um ano depois, ele voltou para casa e o casal reatou o casamento. Cinco anos depois, Maria e José se divorciaram e ela possui uma liminar judicial para que ele não se aproxime dela devido à violência doméstica. Os filhos também não têm contato com o pai; Leticia tem inclusive dificuldades para se referir a ele como “pai”.

Após a separação, Maria se envolveu brevemente com um vizinho da família, casado, autor de violência doméstica contra a esposa cega. As filhas, sobretudo Leticia, condenam o comportamento dela e a consideram “irresponsável” em relação a homens; elas se queixam que a mãe “sempre fica atrás de homem” e, na época que era casada, sempre tentava bajular o

marido e negligenciava as filhas. Letícia e Laura também namoram; os namorados das duas não têm emprego fixo e são abusivos verbalmente.

Há três anos, Laura foi estuprada por um desconhecido quando saía do colégio e não contou para ninguém. Alguns meses depois, revelou o ocorrido à família e prestou queixa à polícia. Quando Laura foi fazer o reconhecimento dos suspeitos, ela não teve certeza se reconheceu o homem correto, o qual foi culpabilizado e condenado. Por isso, ela sente-se extremamente culpada. Após o reconhecimento, Laura começou a apresentar ataques de pânico quando saía de casa, choro fácil, anedonia e perda excessiva de peso; atualmente ela faz os serviços domésticos e cuida do irmão mais novo quando ele não está na escola. Maria é costureira e nem sempre tem trabalho; Letícia trabalha como bioquímica e contribui mais para a renda familiar, o que é motivo de discórdia entre as duas.

Letícia procurou o GIPSI pois estava preocupada com sua irmã, Laura, a qual estava com o discurso e pensamento acelerado e desorganizado, além de ter mencionado ideação suicida. Tanto Laura quanto sua família concordaram com o processo terapêutico proposto. Apesar de ter concordado em participar, Maria não se mostra engajada.



**Figura 3.2 Mapa de rede**

Observa-se que Laura, a cliente que motivou a busca por psicoterapia e que apresenta de forma mais proeminente sintomas do tipo psicótico, não apresenta uma rede de suporte extensa. Ela é batizada na igreja católica, mas raramente vai à missa ou se envolve com outras atividades religiosas. Laura concluiu o ensino médio, porém não ingressou na faculdade, fez cursinho ou começou a trabalhar. Ela tem interesse em cursar veterinária, mas ainda não se organizou ou fez planos concretos para tal.

Seu círculo de amigos é formado principalmente pelos seus ex-colegas de colégio e é superficial; os contatos acontecem apenas de forma virtual. Laura tem pouco contato com sua família extensa, como tios e avós, e não se dá bem com eles. Sua relação com sua família nuclear, contudo, é forte e importante para ela. Seu relacionamento com sua mãe e irmãos é no geral agradável, marcado por poucos conflitos; no entanto, ela sente que não há espaço para se expressar. Ela não mantém contato com o pai e alega não sentir falta dele.

Laura tem encontrado bastante suporte nas sessões psicoterapêuticas, tanto individuais quanto familiares; considera que “é o único lugar onde prestam atenção em mim”. Ela é assídua e pontual e se irrita quando sua família se atrasa ou não comparece às sessões. Laura adoeceu poucas vezes no último ano; teve apenas algumas crises de rinite alérgica. Ela namora Edson, 24 anos, há um ano e seis meses; eles se veem de uma a duas vezes por semana. Tanto Edson quanto Laura são abusivos verbalmente um com o outro; a família de Laura suspeita que ocorra agressão física também.

Nas aplicações do Método de Rorschach da família Silva foram obtidas variáveis acerca do funcionamento psicológico dos membros da família. A tabela a seguir elenca as principais variáveis obtidas no sumário estrutural dos quatro protocolos analisados. As variáveis que se diferem mais de um desvio-padrão em relação à média obtida na normatização para a população brasileira estão assinaladas com ↑, quando o valor encontrado é maior, e ↓ quando o valor é menor.

**Tabela 3.1 Variáveis obtidas nos protocolos analisados**

Variáveis	Maria	Laura	Letícia	Pedro
Idade	41	20	23	8
R	18	23	15	11
W	18↑	1↓	11↑	6
D	8	12	2↓	4
Dd	3	10↑	2	1
S	0	4↑	2	0
DQ+	6	7	8↑	2
DQo	11	16	4↓	7
DQv	1	0	3↑	2
DQv/+	0	0	0	0
FQ+	0	0	0	0
FQo	9	6	3↓	3
FQu	6	12↑	6	5
FQ-	3	5↑	6↑	2
FQnone	0	0	0	0
M+	0	0	0	0
Mo	3	3	2	0
Mu	1	4↑	1	0
M-	0	4↑	2	1
Mnone	0	0	0	0
M	4	11↑	5	1
FM	9	6↓	2↓	1

m	1	4	5↑	2
FM+m	10	10	7	3
FC	1	2	1	1
CF	1	0	1	1
C	0	2↑	0	0
Cn	0	0	0	1
SumC	2	4	2	3
WSumC	1.5	4.0	1.5	1.5
Sum C'	0	2	0	0
Sum T	0	0	0	0
Sum V	0	0	1	0
Sum Y	2	1	2	0
Sum SH	2	3	3	0
Fr+rF	0	0	1	1
FD	1	3	3	0
F	3	2	2	3
(2)	7	8	4	2
3r+(2)/R	0.39	0.35	0.47	0.45
Lambda	0.20↓	0.10↓	0.15↓	0.37
EA	5.5	15.0	6.5	2.5
Es	12	13	10	3
D Score	-2	0	-1	0
AdjD	-2	+1	0	0
a (active)	6	11	12↑	4
p (passive)	8	10	0↓	1
Ma	2	7	5	1
Mp	2	4	0	0
Intellect	0	0	9↑	*
Zf	9	8	11	3
Zd	-5.0↓	-0.5	+8.0↑	+3.0
Blends	3	7	7	0
C-SH Blend	0	1	0	0
Afr	0.29	0.35	0.50	*
Populars	3	6	4	3
XA%	83	78	60	*
WDA%	100↑	85	54↓	*
X+%	50	26↓	20↓	27
Xu%	33	52↑	40↑	*
X-%	17	22	40↑	*
Isolate	0	0.13	0.47↑	*
H	4	2	1	2
(H)	1	2	2	0
Hd	3	7	4	0
(Hd)	0	2	0	0
Hx	1	4↑	2	1
ContH	9	17	9	3
A	6	8	7	3
(A)	0	0	1	0
Ad	5	0	0	1
(Ad)	1	0	0	0
An	0	1	4↑	1
Art	0	0	1	1
Ay	0	0	0	0
Bl	0	3↑	1	0
Bt	0	1	2	2

\*

Cg	0	2	0	3
Cl	1	0	0	0
Ex	0	0	0	0
Fi	1	1	2	0
Fd	0	0	0	0
Ge	0	0	0	0
Hh	0	0	0	0
Ls	0	0	1	0
Na	1	1	2	0
Sc	1	1	1	0
Sx	1	3↑	0	0
Xy	0	0	0	0
DV1	1	2	0	1
INC1	2↑	1	1	0
DR1	0	0	0	0
FAB1	1	0	3↑	0
DV2	0	0	0	0
INC2	0	0	1	0
DR2	0	0	0	0
FAB2	0	2↑	1	0
ALOG	0	1	0	0
CONTAM	0	0	0	0
Sum6	4	6↑	6↑	1
WSum6	9	23↑	25↑	1
AB	0	0	4↑	0
AG	0	5↑	2	0
COP	2	0	0	0
CP	0	0	0	0
GHR	4	4	2	1
PHR	3	10↑	6↑	1
MOR	0	4↑	3↑	3
PER	2	0	0	1
PSV	0	0	0	0
PTI	0 (-)	2 (-)	4 (+)	*
DEPI	1 (-)	5 (+)	5 (-)	*
SCON	3 (-)	5 (-)	7 (-)	*
HVI	2 (-)	4 (+)	3 (-)	*
CDI	3 (-)	1 (-)	3 (-)	*
OBS	0 (-)	0 (-)	0 (-)	*

\*Algumas variáveis não foram calculadas por não serem consideradas fidedignas em protocolos curtos (Exner, 1988).

A partir da integração dos dados obtidos no sumário estrutural, no genograma, no mapa de rede e na discussão com os terapeutas do caso, é possível descrever o funcionamento psicológico de cada um dos integrantes da família.

### *Laura*

O funcionamento psíquico de Laura é prioritariamente ideacional, ou seja, ela tende a utilizar o pensamento na solução de problemas, de forma pouco flexível, baseando-se em sua

própria avaliação interna antes de agir (EB=11:4). Entretanto, seu estilo de pensamento apresenta algumas distorções.

Ela tende a processar muitos estímulos vindos do ambiente, não discriminando entre informações importantes e acessórias, o que sobrecarrega seu processamento e ocasiona perda de eficiência, comportamentos desajustados e gasto excessivo de energia ( $\downarrow L$ ). Apesar de captar uma grande quantidade de estímulos, ela muitas vezes não os percebe de forma adequada – os percebe de forma irreal, muito pessoal e parcializada -, não conseguindo sintetizá-los e perdendo a visão do conjunto ( $\uparrow Xu\%$ ,  $\uparrow X-\%$ ,  $\downarrow W$ ,  $\uparrow Dd$ ). Ela tende a se perder em seus sentimentos e pensamentos quando se envolve em demasia. Tende a pensar de forma concreta, apresentando dificuldade em abstrações, e a apresentar falhas lógicas e de juízo ( $\uparrow WSum6$ ). Dessa forma, muitas vezes ela apresenta comportamentos cotidianos ineficazes, inapropriados e desviantes que não atendem às demandas da realidade.

Ainda, o processamento de Laura tende a sofrer interferências emocionais, no que ela é inundada por esses estímulos e não consegue deixá-los de lado ao julgar e resolver um problema ( $\uparrow L$ ). Entretanto, ela tem dificuldade em integrar seus afetos com seu pensamento, criando uma cisão entre eles e sugerindo disfuncionalidade patológica (códigos cognitivos e  $\downarrow FQ$  em pranchas acromáticas). Ela tende a apresentar dificuldade para lidar com estímulos emocionais, interpretando-os de forma muito pessoal e evitando-os sempre que possível, negando sentimentos dolorosos e internalizando suas emoções. Ela tenta inibir a expressão de seus sentimentos, sugerindo que demonstrá-los seja ameaçador para ela ( $WSumC$ ,  $SumC'$ ). Entretanto, quando a complexidade da situação aumenta e/ou ela experiencia intenso sofrimento, ela se desorganiza e libera esse afeto bruscamente, sem modulá-lo adequadamente ( $\uparrow C$ ). Como forma de neutralizar essa labilidade, ela tende a bloquear sua expressão emocional.

Laura conta com um superego rígido, ocasionando sentimentos de culpa, além de submissão a normas e papéis sociais. Ela também é bastante crítica e exigente consigo, podendo apresentar dificuldades de autoaceitação e autoimagem desvalorizada ( $\uparrow$ MOR). Uma vez que ela apresenta autoimagem distorcida e desvalorizada, tende a não acreditar em seu potencial e a exibir um escasso nível de motivação, ocasionando um funcionamento abaixo de suas reais possibilidades (W:M). Apresenta ainda uma visão desvalorizada do elemento feminino, associando-o a um papel passivo de sofrimento e traumas, sobretudo sexuais.

Laura apresenta características negativistas, vendo seu meio como algo hostil e fazendo maus augúrios. Como forma de se proteger, ela adota uma atitude defensiva, mostrando-se desconfiada e cautelosa em relação aos outros, preferindo manter-se distante. Infere-se que ela apresenta um funcionamento paranóide e hipervigilante, no qual sua atitude negativista e desconfiada do meio, assim como sua percepção distorcida e não baseada na realidade, a leva a se manter sempre alerta para captar todas as informações disponíveis a fim de se prevenir de possíveis ameaças, muitas vezes se prendendo a detalhes insignificantes (HVI+,  $\uparrow$ PHR,  $\uparrow$ Hd,  $\uparrow$ AG). Ela interpreta situações de confronto como sendo ameaçadoras e busca evitá-las. Dessa forma, embora ela utilize a agressividade como forma de defesa, ela tende a não externalizá-la, mas sim internalizá-la.

Laura tende a considerar interações interpessoais como sendo negativas e, dessa forma, a evitá-las ou evitar um grande nível de proximidade. Embora ela apresente dificuldades em estabelecer relações de intimidade e vínculos interpessoais profundos, ela é capaz de se relacionar com outras pessoas de forma adequada (GHR, CDI-).

Por fim, infere-se que ela apresenta tendência à depressão, ocasionada principalmente pela sua autopercepção e percepção interpessoal deficitárias (DEPI+). Somado a isso, observa-se grande tensão e desconforto interno, sobretudo situacional, fruto da insatisfação de

suas necessidades, de uma grande constrição e de uma visão de desamparo e abandono, além da raiva reprimida. Sua capacidade de retardar a resposta cognitiva ou comportamental ajuda-a a lidar com a impulsividade potencial gerada por essas necessidades e desejos não atendidos. Se os controles são liberados, contudo, suas experiências passadas de ter se sentido profundamente magoada e machucada podem provocar hostilidade, verbal ou física (respostas FC e C).

É interessante notar que, apesar de a procura pelo GIPSI ter se devido à preocupação com os sintomas apresentados por Laura, ela só apresenta alguns dos índices do Rorschach tipicamente referentes à psicose; seu sumário estrutural sugere características depressivas e hipervigilantes, além de uma dificuldade na modulação emocional, levando a uma desorganização do pensamento. Pode-se pensar que isso se relacione com o fato de o GIPSI trabalhar preventivamente em uma fase prodrômica, antes da cronificação da psicose. Ainda, a intervenção com Laura se iniciou em uma fase pré-prodrômica, antes de os sinais e sintomas que tipicamente precedem uma crise do tipo psicótico se manifestarem.

Laura havia sido submetida a uma aplicação do método de Rorschach prévia há cerca de nove meses, feita por outra aplicadora com o objetivo de realizar uma triagem para a entrada no GIPSI. Comparando os dois sumários estruturais gerados, observa-se que a maior parte de as variáveis se mantiveram estáveis e na mesma direção. Algumas mudanças observadas sugerem que Laura desenvolveu habilidades para autoinspecionar seu comportamento e obter insights nesses nove meses, o que é congruente com a entrada em um processo terapêutico. Ainda, observa-se que ela desenvolveu mais recursos para enfrentar as demandas cotidianas, diminuindo seu estresse situacional. Entretanto, esses recursos tendem a se mostrar pouco ancorados na realidade, tornando-os de eficácia limitada.

*Letícia*

Letícia tende a processar muitos estímulos vindos do ambiente, não discriminando entre informações importantes e acessórias, e a analisá-los meticulosamente, tentando abranger tudo. Essa característica sugere que ela receia cometer erros e necessita repassar todas as informações que tem inúmeras vezes antes de tomar uma decisão, o que sobrecarrega seu processamento e ocasiona lentidão e perda de eficiência, além de gasto excessivo de energia. Esse estilo de funcionamento pode levá-la a estar ciente de tantos aspectos do ambiente simultaneamente que dificultam o manejo deles e a determinação dessas prioridades, levando-a a se sentir paralisada ante a tantos estímulos. Além disso, ela apresenta tendência a distrair-se de seus objetivos e perspectivas ( $\downarrow L$ ,  $\uparrow Zd$ ).

Apesar de analisar os estímulos minuciosamente, ela os percebe de forma muito pessoal - orientados às suas necessidades -, pouco convencional e, em muitos momentos, distorcida ( $\uparrow Xu\%$ ,  $\uparrow X-\%$ ). Ela tende a apresentar falhas em discriminar estímulos e sintetizá-los, o que pode levar a um modo de elaboração impreciso e a um funcionamento ineficaz ( $\uparrow WSum6$ ). Ao mesmo tempo em que ela tende a elaborar pensamentos pouco desenvolvidos e simplistas, ela pode apresentar formas de pensamento complexas e analíticas, com habilidades criativas.

Letícia tende a utilizar o pensamento na solução de problemas, baseando-se em sua própria avaliação interna. No entanto, seu estilo de pensamento é dogmático e rígido, de modo que ela tende a agarrar-se ao seu ponto de vista e tendo dificuldade para modificá-lo, mesmo quando desadaptativo e diante de evidências que o invalide (EB Per). Ela tende a apresentar uma postura opositiva e negativista, sempre se preparando para tudo que possa dar errado, o que gera tensão e uma necessidade de estar sempre alerta para não perder o controle (MOR, S).

Letícia possui um alto nível de motivação e de envolvimento, demonstrando uma postura bastante ativa, mas ela tende a não se manter motivada por muito tempo em tarefas mais difíceis, além de que nem sempre essa motivação se traduz em eficiência (W:M, a). Ela tende a desorganizar-se frente a muitos estímulos, sobretudo emocionais, e a se distanciar das experiências afetivas como forma de exercer controle sobre elas, utilizando a intelectualização como mecanismo de defesa, se apoiando na lógica, conhecimento e objetividade para evitar sentimentos dolorosos (↑Intellect, ↑AB, códigos cognitivos em respostas cromáticas ou com muitos determinantes). Em situações de maior complexidade ou maior sofrimento, sua estabilidade e coerência interna são arriscadas, propiciando a ocorrência de distorções.

Letícia demonstra ter grande necessidade de sucesso e tem um nível alto de autoexigência, por medo de falhar, além de ser bastante exigida pelo meio (W:M). Ao mesmo tempo em que esses altos níveis de autoexigência e frustração vêm acompanhados de um alto nível de autocrítica com matizes negativos, produzindo percepções negativas de si mesma, ela apresenta noções fantasiosas sobre si e uma autoimagem inflada como forma de compensar essas "fraquezas" com um autoengrandecimento (SumV, FD, MOR). Ainda, necessita constantemente de reafirmação externa da própria valia. Pode-se inferir que ela aceita mais demandas do que ela pode administrar eficientemente como forma de ganhar aceitação e admiração dos outros. Dessa forma, ela tende a se sentir sobrecarregada e a vivenciar situações de desamparo provocadas pelo estresse, as quais podem desorganizá-la e levá-la a um comportamento impulsivo. Ela pode, no entanto, negar ou exteriorizar sentimentos de estresse pelo uso de uma supercompensação narcisista para um ego orgulhoso que não deseja confessar essa vulnerabilidade.

Letícia tende a ter pouco contato e trocas significativas com seus semelhantes, uma vez que ela busca se manter distante dos outros – e do mundo real - e se envolver pouco em interações sociais, vendo os outros de forma negativista e distorcida, não baseada na realidade

e em experiências prévias, mas sim em sua imaginação ( $\downarrow$ Afr,  $\uparrow$ PHR,  $\uparrow$ (H), Hd). Ela se mostra socialmente isolada e propensa à solidão, devido à sua alienação de uma rede social satisfatória. Seu autocentramento, autoengrandecimento e superficialidade interpessoal podem afastar as pessoas, porém, essa falta de contato com os outros possivelmente não a aflige. Entretanto, uma vez que outras pessoas são importantes em termos de sua necessidade de apreciação, relações superficiais são a regra. Ela tende a atribuir valência neutra ou negativa para relacionamentos interpessoais e a ver a agressividade como um componente natural deles, gerando dificuldades relacionais (AG).

Observa-se que Letícia apresenta um grau elevado de distorção da realidade, produzindo comportamentos cotidianos ineficazes, inadequados e desviantes, que não atendem às demandas da realidade. Seu estilo de pensamento e teste de realidade prejudicado são típicos de transtornos relacionados ao pensamento e à percepção, sugerindo patologia esquizofrênica (PTI+,  $\uparrow$ X-%,  $\uparrow$ WSum6,  $\uparrow$ M-). Embora seu estilo vivencial sugira uma menor gravidade em relação a outros estilos pessoais, seus mecanismos de evitação, negação e intelectualização, além de formas de enfrentamento restritas e rígidas, podem se constituir em um agravo de seu quadro.

### *Maria*

Maria apresenta um funcionamento cognitivo simples e econômico, sem esforços criativos, o que sugere pouca energia. Apesar de captar muitos estímulos do ambiente, ela os examina de forma pouco cuidadosa e precipitada, ocasionando um déficit na tomada de dados e ações pouco pensadas e impulsivas, reduzindo sua eficácia ( $\downarrow$ L,  $\downarrow$ Zd,  $\uparrow$ W). Na maioria das vezes, ela tende a perceber os estímulos de forma adequada. Entretanto, apresenta distorções quando os analisa detalhadamente, perdendo a visão do conjunto (Dd). Ela apresenta falhas em discriminar objetos e fazer abstrações, raciocinando de forma concreta (INC).

Maria utiliza prioritariamente o pensamento na solução de problemas, de forma pouco flexível, baseando-se em sua própria avaliação interna (EB Per). Seu pensamento, todavia, tende a se mostrar pouco claro e maduro, além de impregnado por tensões e desconfortos internos, frutos de um estado de insatisfação de necessidades básicas ( $\uparrow$ FM,  $\uparrow$ p). Como forma de gratificação dessas necessidades e de compensar as frustrações da vida real, ela tende a refugiar-se na fantasia e negar aspectos da realidade. Entretanto, tal abordagem imaginária não as elimina, o que gera grande desconforto interno e uma sensação de sobrecarga.

Maria tende a evitar estímulos emocionais, os quais a desorganizam e causam desconforto e sentimentos de vulnerabilidade, porém costuma ser capaz de manejá-los e reagir a eles de forma adequada quando não os consegue evitar. No entanto, ela pode apresentar dificuldades em modular e controlar essas descargas emocionais em situações de maior complexidade e tensão (WSumC).

Maria tende a se mostrar insegura, necessitando justificar suas escolhas e autoimagem por meio de um autoritarismo defensivo. Assim como examina seus perceptos de forma pouco cuidadosa, também tende a apresentar dificuldade em tarefas de autoexame e, por conseguinte, de modificar comportamentos que sejam contraproducentes. Ela apresenta preocupações em relação a temas sexuais.

Maria tende a não seguir as expectativas e normas de papéis sociais. Ela costuma adotar uma postura defensiva em relações interpessoais e a ter atitudes agressivas ou de coação, compreendendo a agressividade como componente natural das relações. No entanto, tal agressividade tende a ser expressa de forma velada e camuflada em comportamentos cooperativos, exibindo uma postura passivo-agressiva ( $\uparrow$ p).

Ela tende a adotar um papel passivo nas suas relações interpessoais e na resolução de problemas como estratégia para não enfrentar a realidade e evitar o confronto com as

dificuldades, esperando que as soluções venham do exterior. Embora ela tenda a não se engajar em relacionamentos interpessoais, ela vê esses vínculos como algo positivo e é capaz de interagir socialmente de forma adequada (CDI-, GHR, COP). Suas interações, no entanto, podem ser percebidas muito mais como uma tentativa de materializar e suprir seus desejos, necessidades e projeções do que uma forma de interesse pelo que as pessoas realmente são. Ela apresenta dificuldade em criar um espaço de intimidade com os outros, assim como estabelecer sentimentos de cuidado e afeição (↓Afr)

Maria tende a funcionar de forma relativamente adequada em situações conhecidas e previsíveis. No entanto, a falta dela para lidar com situações novas, desestruturadas e estressantes pode levá-la a formas impulsivas ou primitivas de pensamento, afeto ou conduta,

### *Pedro*

Novamente, é necessário cautela na interpretação dos resultados do Rorschach de Pedro, uma vez que o protocolo contou com menos respostas do que teria um protocolo considerado válido (Exner, 1988; Exner & Sendín, 1999). Além disso, é importante considerar que se trata de uma criança que está em desenvolvimento, portanto suas respostas refletem seu amadurecimento e é provável que seus estilos de resposta mudem com o tempo (Exner & Sendín, 1999; Erdberg, 2007).

Infere-se que Pedro apresenta capacidades cognitivas adequadas para a sua idade, embora tenha um escasso nível de motivação (↓R). Ele tende a perceber os estímulos adequadamente na maior parte das vezes, ainda que de forma incomum e pessoal (FQo, FQu). Ele costuma ver seu meio de forma negativa, acreditando que ele não é capaz de fornecer o suporte necessário. Ele mostra alguns sinais de hipermaturidade, resultado provável de um ambiente com alto nível de exigência e falta de tolerância a erros. No entanto, essas normas não são explicitadas, mas sim subentendidas. Pedro tende a ter pouco controle sobre suas

emoções, tendo dificuldade para modulá-las adequadamente e favorecendo condutas impulsivas (WSumC).

Ele tende a apresentar confusão acerca de sua autoimagem, desvalorizada e com nuances negativistas (MOR). Ele tende a ter problemas para enfrentar com eficiência as demandas comuns de seu meio social, apresentando pouca competência social. Quando junto a seus pares, ele tem dificuldades para estabelecer relações cooperativas e a se expressar de forma não-agressiva.

Analisando o conjunto de protocolos de Rorschach da família Silva, assim como integrando as informações sobre a história de vida e dinâmica familiar fornecidas pelos terapeutas da família, pode-se observar alguns padrões.

Quase todos os membros da família apresentaram baixos valores para Lambda, sugerindo que eles não simplificam adequadamente suas percepções e não conseguem discriminar entre informações importantes e acessórias, o que os sobrecarregam e diminui a eficiência prática deles. Além disso, um baixo valor para Lambda alude a uma facilidade em ser inundado pelos estímulos, sobretudo emocionais. Dessa forma, o processamento dessa família tende a ser muito torcido, com interferência não deliberada de estímulos emocionais (Exner & Sendín, 1999).

Entretanto, é apontado pela literatura que esquizofrênicos tendem a apresentar altos valores de Lambda (Exner, 1999, 2003; Gomila, 2011; Rosenbaum, Andersen, Knudsen, & Lorentzen, 2012; Silva, 2013). Uma hipótese para essa aparente contradição é que em primeiras crises do tipo psicótico, e, em especial na família estudada, na qual a paciente identificada nunca apresentou nenhuma crise, mas sim sinais prodrômicos que poderiam culminar numa crise, esse estilo super-simplificador ainda não foi totalmente estabelecido.

É interessante notar que, embora os estímulos emocionais sejam percebidos, a família

deliberadamente decide evitá-los e incentiva que eles não sejam expressos e discutidos. Entretanto, tal estratégia não tem se mostrado eficaz, uma vez que aumenta a tensão interna e predis põe essas pessoas a momentos de descontrole emocional. Ainda, essa falta de expressão afetiva dentro da família leva Laura e Letícia e, em menor grau, Pedro, a se verem afetivamente desprezados pela mãe, Maria, que também se ressent e demonstra menor afetividade, retroalimentando esse ciclo. Pode-se observar esse padrão se repetindo intergeracionalmente, uma vez que os pais de Maria também tinham dificuldades para prover um ambiente afetivo seguro para ela. Uma vez que Maria não pôde desenvolver essas habilidades por meio da observação, interação e imitação dos pais, ela tem dificuldade de transmiti-las aos filhos e repete o padrão relacional aprendido (Madden et al., 2015; Shaffer, Burth, Obradovic, Herbers, & Masten, 2009; Weber, Selig, Bernardi, & Salvador, 2006). Da mesma forma com que seus filhos repetem o padrão de (falta de) afetividade aprendidos com Maria, que por sua vez herdou de seus pais, observa-se que foi desenvolvido um padrão de pouco interesse pelo elemento humano e uma tendência a evitar relações interpessoais.

A percepção de afetividade em alguns momentos, mas não exteriorização e comunicação dela, e a não-percepção em outros, torna os papéis familiares confusos, na medida em que há muitas coisas não ditas e reconhecidas abertamente. Essa característica da interação familiar pode ser compreendida à luz da teoria do duplo vínculo e dos jogos psicóticos na família. Elas apregoam que as mensagens incongruentes emitidas, tanto verbais quanto não-verbais, deixam o receptor sem um senso de compreensão da realidade, de forma que suas percepções são invalidadas e seu ego, questionado e distorcido (Costa, 2003).

No mesmo sentido, observa-se também a presença de altos valores para WSum6 nos protocolos analisados, variável que se refere ao número e qualidade das derrapagens cognitivas cometidas. Apesar de essas falhas lógicas serem de diversos tipos, há um predomínio de fracassos nas atividades de discriminação e síntese, refletindo um afastamento

da realidade. A grande quantidade de falhas lógicas e, principalmente, seus aspectos qualitativos, podem ser entendidos a partir do conceito de desvios de comunicação (CD; Singer & Wynne, 1965; Kymalainen & Mamani, 2008; Siitonen, Keisanen, & Wahlberg, 2017). Os desvios comunicacionais se referem ao grau de falta de clareza da comunicação e causa perturbações no compartilhamento do foco de atenção e processamento da informação. No material produzido por essa família, podem-se notar problemas de fechamento, como percepções instáveis e distorcidas, respostas no subjuntivo (se...), informações inconsistentes e alternativas incompatíveis. Dessa forma, considera-se que os problemas de comunicação apresentados por essa família podem inibir a capacidade de compartilhar um significado comum ou realidade, além de também prejudicar a capacidade deles se comunicarem efetivamente uns com os outros para gerenciar problemas, levando assim a um ambiente estressante. Adicionalmente, sugere-se que a exposição consistente à comunicação desordenada ao longo do desenvolvimento pode ter contribuído para déficits na capacidade de focalizar e processar as informações.

O tipo vivencial de todos os membros adultos da família é introversivo, indicando a preferência pela utilização da ideação e de recursos internos na resolução de problemas. Embora o estilo básico de resposta seja o uso do pensamento, este é muitas vezes muito pessoal e, principalmente no caso de Letícia, distorcido e irreal, configurando transtornos do pensamento. Esse estilo ideativo é pervasivo, ou seja, representa uma falta de flexibilidade ao enfrentar situações, dificultando a obtenção de condutas adaptativas. Tais características são frequentes em uma dinâmica esquizofrênica (Exner, 1999), sendo possível pensar que essa rigidez, aliada ao processamento afetivo deliberadamente evitado, esteja contribuindo para a desorganização do pensamento de toda a família.

Maria e Letícia apresentam estilos de coleta e codificação de informações totalmente opostos, sendo que Laura e Pedro apresentam estilos intermediários. Enquanto Maria examina

os estímulos que são apresentados de forma descuidada e precipitada, agindo de forma impulsiva, Letícia os examina cuidadosamente com o objetivo de minimizar o risco de cometer erros, mas provocando lentidão. Esses estilos tão díspares de funcionamento podem explicar em parte os conflitos entre as duas, que polarizam a família. Letícia apresenta ainda uma abordagem prática voltada aos problemas, assumindo uma postura mais ativa; Maria adota uma postura mais passiva, evitando assumir responsabilidades, não aceitando as consequências de suas ações e esperando que as soluções venham do exterior, de forma fantasiosa. Assim, Letícia considera o funcionamento da mãe como sendo ineficaz, não a considerando “mãe suficiente”. Dessa forma, ela tenta ocupar essa função, pois ela sim, em sua própria visão, é capaz de exercer esse papel. Maria, entretanto, considera que esse papel hierárquico é seu e se torna cada vez mais hostil quando sua autoridade é desafiada, principalmente quando se trata de sua autoridade em relação a Pedro. Enquanto Maria e Letícia disputam pelo poder como líder da família, Laura e Pedro apresentam um funcionamento intermediário, servindo como ponte entre as duas.

Essa situação impacta os três jovens de diferentes maneiras. Letícia tende a se sentir sobrecarregada e exausta pela percepção dessa grande responsabilidade familiar – tanto de provimento financeiro quanto de ter que cuidar dos irmãos. Entretanto, ao mesmo tempo em que esse papel a cansa e incomoda, a faz se sentir empoderada e reconhecida. Laura tende a atuar como elo entre as duas, tentando manter a família coesa, mas ao mesmo tempo sentindo-se preterida e que “ninguém presta atenção” nela. Pedro tende a mostrar sinais de hipermaturidade em muitos momentos, por estar crescendo em um ambiente tão exigente e ser demandado como um adulto, embora seja só uma criança.

Considerando que Pedro, Laura e Letícia apresentam um estilo mais ativo de resolução de problemas, enquanto Maria apresenta um estilo mais passivo e calcado na fantasia, e que conteúdos mórbidos se referem a atribuições desagradáveis que o indivíduo acrescenta ao

estímulo (Exner, 1999; Exner & Sendín, 2003), além de que Maria é menos preocupada com tarefas de autoinspeção que suas filhas, é possível pensar que características pessimistas e formas distorcidas de interpretação das informações estejam presentes em toda a família e que Maria negue essas características de pensamento disfórico, substituindo-as por atribuições irreais positivas. Laura, Letícia e Pedro possivelmente não utilizam tal mecanismo de defesa.

## 4 Considerações Finais

Com o objetivo de implementar o paradigma da intervenção precoce, o GIPSI atende indivíduos em primeira crise do tipo psicótica e, em alguns casos, indivíduos com sinais prodrômicos pré-crise, objetivando minimizar o impacto psicossocial da crise e sua cronificação, além de reduzir o sofrimento tanto do indivíduo quanto de sua família. A partir do entendimento que a família é um sistema no qual os membros se influenciam mutuamente, não se pode pensar em uma intervenção apenas individual, mas sim que abarque toda a família envolvida.

A intervenção mais adequada depende da compreensão da dinâmica familiar. Na presente dissertação, buscou-se compreender, por meio do método de Rorschach no SC, a dinâmica psíquica de cada um dos integrantes de uma família em que um dos membros apresenta proeminentemente sintomatologia psicótica, assim como compreender a dinâmica psíquica dessa família. Dessa forma, considera-se que um dos pressupostos da intervenção precoce foi alcançado - conhecer melhor as características e a dinâmica do desenvolvimento da psicose para que seja possível a intervenção e formulação de políticas de intervenção em fases prodrômicas. Considera-se também que os objetivos da presente dissertação foram alcançados - descrever a dinâmica individual dos membros de uma família com um integrante em primeiras crises do tipo psicótica à luz do Rorschach e descrever a psicodinâmica familiar. Observou-se que a análise conjunta do funcionamento psíquico e dinâmica relacional dos integrantes da família pode oferecer uma maior riqueza de informações do que a análise individual.

A partir desse trabalho, verificou-se que o Rorschach é uma ferramenta válida para a avaliação e compreensão não só de indivíduos, mas também de dinâmicas familiares. Entretanto, faz-se mister que os dados obtidos por meio do Rorschach sejam validados e

complementados por outras fontes de informação, como por exemplo a história clínica. Uma vez que a aplicação do Rorschach em todos os integrantes de uma família mostrou-se útil à compreensão do caso da família analisada, acredita-se que tal procedimento possa também ser útil para a compreensão de outros casos. Nesse sentido, sugere-se que tal procedimento seja incorporado à rotina do GIPSI, senão em todos os casos, naqueles de maior complexidade.

A aplicação do Rorschach nos clientes já é procedimento padrão no GIPSI, mas não em suas famílias. Esse estudo explorou uma nova forma de avaliar esses sistemas familiares, não só no âmbito do GIPSI, mas também dentro da comunidade científica, uma vez que não foram encontrados estudos que utilizem a análise conjunta de protocolos individuais de Rorschach como ferramenta para a compreensão da dinâmica de uma família.

É recomendável que mais estudos sejam empreendidos nessa área, tanto quantitativos quanto qualitativos, para verificar se o método proposto pode ser útil na compreensão de outros casos. Como coloca Kuhn (em Flyvbjerg, 2006), uma disciplina sem um grande número de estudos de casos é uma disciplina sem uma produção sistemática de exemplos, e uma disciplina sem exemplos é ineficaz.

Para futuros estudos, sugere-se ainda a utilização do SC com o cuidado de se observarem as pesquisas e meta-análises publicadas, bem como novas normas internacionais para sua interpretação. Apesar de o SC ser considerado como sistema válido por instâncias nacionais (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos, [SATEPSI]) e internacionais (American Educational Research Association, American Psychological Association, e National Council on Measurement in Education [APA, AERA, NCME]), a validade de critério de algumas variáveis citadas no manual não pode ser verificada, além de que, ou as amostras normativas utilizadas nos manuais de Exner apresentam características únicas, diferentes das outras amostras normativas obtidas por outros pesquisadores, ou ele utilizou

outros critérios de codificação, não documentados nos manuais (Mihura, Bombel, Dumitrascu, Roy, & Meadows, 2018; Mihura, Meyer, Dumitrascu, & Bombel, 2013). De forma a sanar essas inconsistências e a aperfeiçoar a aplicação, codificação e interpretação do Rorschach, foi desenvolvido o Rorschach Performance Assessment System (R-PAS), o qual tem o SC como base. Há um ano tal sistema foi aprovado pelo SATEPSI e pode ser uma alternativa às pesquisas futuras utilizando o Rorschach.

## Referências

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(3), 327-30.
- Armstrong, J. G. (1991). The psychological organization of multiple personality disordered patients as revealed in psychological testing. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 533-546.
- Aschieri, F. (2013). The conjoint Rorschach comprehensive system: Reliability and validity in clinical and nonclinical couples. *Journal of Personality Assessment*, 95(1), 46-53.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Benedik, E., Oderl, S. C., Bon, J., & Smith, B. L. (2013). Differentiation of psychotic from nonpsychotic psychiatric inpatients: The Rorschach Perceptual Thinking Index. *Journal of Personality Assessment*, 95(2), 141–148.
- Boscolo, L. (2000). A evolução do modelo sistêmico – da cibernética de primeira ordem à cibernética de segunda ordem. In M. Elkaim (Ed.). *Terapia familiar em transformação* (p. 92- 101). São Paulo: Summus.
- Brand, B. L., Armstrong, J. G., Loewenstein, R. J., & McNary, S. W. (2009). Personality differences on the Rorschach of dissociative identity disorder, borderline personality disorder and psychotic inpatients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 188–205.
- Broderick, C. (1993). Entendiendo los procesos familiares: bases sistémicas de la familia. Londres: Sage.
- Costa, E. W. K. A. (2011). *Rorschach e Psicose: avaliação psicodinâmica do*

- sofrimento psíquico grave*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasil). Disponível em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/9297>
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: Abrafipp.
- Costa, I. I. (2008). Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1).
- Costa, L. F. (2010). A Perspectiva Sistêmica para a Clínica da Família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 95-104.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design*. California: Sage Publications.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Dao, T. K., Prevatt, F., & Horne, H. L. (2008). Differentiating psychotic patients from nonpsychotic patients with the MMPI-2 and Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 90(1), 93-101.
- Elkaim, M. (Ed.) (1998). *Panorama das terapias familiares* (Vol. 2). São Paulo: Summus.
- Erdberg, P. (2007). Using the Rorschach with children. In S. R. Smith & L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's handbook* (p. 139-147). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Exner, J. E. (1988). Problems with brief Rorschach protocols. *Journal of Personality Assessment*, 52(4), 640-647.

- Exner, J. E. (1999). *Manual de Codificação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach – A Comprehensive System: Basic Principles of Interpretation* (Vol. 1). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Exner, J. E. (2005). *The Rorschach – A Comprehensive System: Advanced Interpretation* (Vol. 2). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Exner, J. E., & Sendín, C. (1999). *Manual de Interpretação de Rorschach: Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faloon, I. R. H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55(1), 4-15.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.
- Freitas, M., & Costa, I. (2018). Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas (Gipsi): Acolhendo o sofrimento humano. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 6(2), 7-14.
- Garb, H. N. (1999). Call for a moratorium on the use of the Rorschach Inkblot Test in clinical and forensic settings. *Assessment*, 6, 313–317. doi:10.1177/107319119900600402
- Garb, H. N., Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., & Nezworski, M. T. (2005). Roots of the Rorschach controversy. *Clinical Psychology Review*, 25, 97–118.
- Goldstein, M. J. (1987). The UCLA High-Risk Project. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 505-514.
- Grønnerød, C. (2003). Temporal stability in the Rorschach method: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 272–293.
- Gomila, V. (2011). The Rorschach test in the differential diagnosis of 245 schizophrenic inpatients. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7.

- Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicótica (2010). *Manual de orientação do GIPSI*. Brasília: KacoEditora.
- Hatfield, A. B., & Lefley, H. P. (1987) *Families of the mentally ill*. New York: The Guilford Press.
- Hilsenroth, M., & Charnas, J. (2007). *Training manual for Rorschach interrater reliability*. Unpublished Manuscript, The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, NY.
- Hilsenroth, M., Eudell-Simmons, E., DeFife, J., & Charnas, J. (2007). The Rorschach Perceptual-Thinking Index (PTI): An examination of reliability, validity, and diagnostic efficiency. *International journal of testing*, 7(3), 269–291.
- Hilsenroth, M. & Segal, D. (2004). Personality Assessment. In M. Hersen (Ed.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (Vol. 2). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Hosseinasab, A., Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Berant, E., Resende, A. C., Reese, J., & Mohammadi, M. R. (2017). The effect of CS administration on an R-Optimized alternative on R-PAS variables: A meta-analysis of findings from six studies. *Journal of Personality Assessment*.
- Ilonen, T., Heinimaa, M., Korkeila, J., Svirskis, T., & Salokangas, R. K. R. (2010). Differentiating adolescents at clinical high risk for psychosis from psychotic and non-psychotic patients with the Rorschach. *Psychiatry Research*, 179, 151–156.
- Jorgensen, K., & Andersen, T. (2000). The diagnostic efficiency of the Rorschach depression index and schizophrenia index: A review. *Assessment*, 7(3), 259-280.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.

- Kymalainen, J. A., & Mamani, A. G. W. (2008). Expressed emotion, communication deviance, and culture in families of patients with schizophrenia: A review of the literature. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14*(2), 85–91. doi: 10.1037/1099-9809.14.2.85
- Larsen, T. K., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., Melle, I., Opjordsmoen, S., ... Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: A critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*, 323–334.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., & Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *British Journal of Psychiatry, 146*(6), 594-600.
- Loveland, N., Wynne, L., & Singer, M. (1963). The Family Rorschach: A new method for studying family interaction. *Family Process, 2*(2), 187-215.
- Madden, V., Domoney, J., Aumayer, K., Sethna, V., Iles, J., Hubbard, I., ... Ramchandani, P. (2015). Intergenerational transmission of parenting: Findings from a UK longitudinal study. *European Journal of Public Health, 25*(6), 1030-1035.
- Marshall, M. & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 37*(6), 1111–1114.
- McGorry, P. D. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry, 187*, 120-124.
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2013). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry, 7*(3), 148-156.
- Meyer, G. J. (2002). Exploring possible ethnic differences and bias in the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment, 78*(1), 104-129.

- Meyer, G. J. (2017). What Rorschach performance can add to assessing and understanding personality. *International Journal of Personality Psychology, 3*, 36-49.
- Meyer, G. J., Erdberg, P., & Shaffer, T. W. (2007). Toward international normative reference data for the Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment, 89*(1), 201-216.
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., & Mihura, J. L. (2007). Rorschach Administration Guidelines to Optimize R. Unpublished Manuscript, Department of Psychology, University of Toledo, Ohio.
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, coding, interpretation, and technical manual*. Toledo, OH: Rorschach Performance Assessment System.
- Mihura, J. L., Bombel, G., Dumitrascu, N., Roy, M., & Meadows, E. A. (2018): Why we need a formal systematic approach to validating psychological tests: The case of the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*.
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Bombel, G., & Dumitrascu, N. (2015). Standards, accuracy, and questions of bias in Rorschach meta-analyses: Reply to Wood, Garb, Nezworski, Lilienfeld, and Duke (2015). *Psychological Bulletin, 141*, 250–260.
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables: Systematic reviews and meta-analyses of the Comprehensive System. *Psychological Bulletin, 139*(3), 548-605.
- Moore, R. C., Viglione, D. J., Rosenfarb, I. S., Patterson, T. L., & Mabusach, B. T. (2013). Rorschach measures of cognition relate to everyday and social functioning in schizophrenia. *Psychological Assessment, 25*, 253-263.
- Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Nezworski, M. T., & Wood, J. M. (1995). Narcissism in the Comprehensive System for the Rorschach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 179–199.
- Noy-Sharav, D. (2005). The Rorschach and the TAT as relational instruments: Evaluating young couples with Consensus Rorschach and TAT. *Rorschachiana*, 27(1), 139-163.
- Olivier, R. M., Kilian, S., Chiliza, B., Asmal, L., Oosthuizen, P. P., Emsley, R., & Kidd, M. (2017). Cognitive-perceptual deficits and symptom correlates in first-episode schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry*, 23(1), 1-6.
- Orgiazzi-Billon-Galland, I. (2000). Fantasmatic dynamics of the family: A projective approach and psychosis. *Rorschachiana*, 24(1), 54-69.
- Palazzoli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1998). *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summus.
- Pianowski, G., Meyer, G. J., & Villemor-Amaral, A. E. (2016). The impact of R-Optimized Administration modeling procedures on Brazilian normative reference values. *Journal of Personality Assessment*, 98, 408-418.
- Pianowski, G., Meyer, G. J., & Villemor-Amaral, A. E. (2016). Potential projective material on the Rorschach: Comparing Comprehensive System protocols to their modeled R-Optimized administration counterparts. *Journal of Personality Assessment*, 98, 398-407.
- Piotrowski, C. (2015). On the decline of projective techniques in professional psychology training. *North American Journal of Psychology*, 17, 259–266.
- Provenzi, L., Menichetti, J., Coin, R., & Aschieri, F. (2017). Psychological assessment as an intervention with couples: Single case application of collaborative techniques in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 90-97.
- Resende, A. C. & Argimon, I. I. L. (2012). A técnica de Rorschach e os critérios da CID-10 para o diagnóstico da esquizofrenia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 422-434.

- Ruhrmann S., Schultze-Lutter, R., & Klosterkötter, J. (2003). Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 36, 162-167.
- Rosenbaum, B., Andersen, P. B., Knudsen, P. B., & Lorentzen, P. (2012). Rorschach Inkblot Method data at baseline and after 2 years treatment of consecutively admitted patients with first-episode schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 79–85.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: the development ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *The Handbook of Early Childhood* (p. 345-367). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Hoyer, C., Klosterkötter, J., & Leweke, M. (2007). The initial prodrome of schizophrenia: different duration, different underlying deficits? *Comprehensive Psychiatry*, 48, 479-488.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2009). Early detection of psychosis: Establishing a service for persons at risk. *European Psychiatry*, 24, 1-10.
- Sendin, C., & Garcia Alba, C. (1994). Family changing process: Integration of two modalities of Rorschach test administration. *Rorschachiana*, 19(1), 47-60.
- Shaffer, A., Burth, K. B., Obradovic, J., Herbers, J. E., & Masten, A. S. (2009). Intergenerational continuity in parenting quality: The mediating role of social competence. *Developmental Psychology*, 45(5), 1227- 1240.
- Shaffer, T. W., Erdberg, P., & Meyer, G. J. (2007). Introduction to the JPA special supplement on international reference samples for the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 89, 2–6.
- Siitonen, P., Keisanen, T., & Wahlberg, K.E. (2017). How is family interaction analysed as a risk factor for schizophrenia? A cross-method comparison. *Communication & Medicine*, 14, 25-38.

- Silva, H. C. S. R. D. (2013). *Psicose e crises psíquicas graves: uma investigação pelo método de Rorschach* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasil). Disponível em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14457>.
- Silva, H. C. S. R. D., & Costa, I. I. (2014). Rorschach e sofrimento psíquico grave: funcionamento psíquico nas primeiras crises psicóticas. *Estudos de Psicologia*, 31(3), 337-345.
- Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics: III. Methodology using projective techniques. *Archives of General Psychiatry*, 12(2), 187-200.
- Singer, M.T., & Wynne, L.C. (1966). Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics. *Psychiatry*, 29(3), 260-288.
- Sprenkle, D. H., & Moon, S. M. (1996). Toward pluralism in family therapy research. In D. H. Sprenkle & S. M. Moon (Eds.), *Research methods in family therapy* (pp. 3- 24). New York: The Guilford Press.
- Tibon, S., Rothschild, L., Appel, L., & Zeligman, R. (2011). Assessing effects of national trauma on adaptive functioning of mentally healthy adults: An exploratory Rorschach study. *Scientific Research*, 2(9), 953-960.
- Tibon, S., Weinberger, Y., Handelzalts, J., & Porcelli, P. (2005). Construct validation of the Rorschach Reality-Fantasy Scale in alexithymia. *Psychoanalytic Psychology*, 22(4), 508-523.
- Tienari, P., Wahlberg, K. E., & Wynne, L. C. (2006). Finnish adoption study of schizophrenia. *Families, Systems & Health*, 24(4), 442-451.
- Uchtenhagen, A., & Clemens, S. T. (1985). Schizophrenia-like Rorschach results among the consanguine relatives of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 11(4), 612-628.
- Vieira, P. G. & Villemor-Amaral, A. E. (2015). Evidências de validade do Rorschach

Performance Assessment System no diagnóstico da esquizofrenia. *Avaliação Psicológica*, 14, 53-62.

Viglione, D. J. (2002). *Rorschach coding solutions: A reference guide for the Comprehensive System*. Unpublished Manuscript, California School of Professional Psychology, Alliant International University, San Diego, California.

Viglione, D. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). The Rorschach: Facts, fictions, and future. *Psychological Assessment*, 13(4), 452-471.

Weber, L. N. D., Selig, G. A., Bernardi, M. G., & Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações: Transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia*, 16(35), 407-414.

Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wendt, N., & Crepaldi, M. (2008). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310.

Willi, J. (1969). Joint Rorschach testing of partner relationships. *Family Process*, 8(1), 64-78.

Wynne, L. C. (1968). Methodologic and conceptual issues in the study of schizophrenics and their families. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 185-199.

Wood, J. M., Garb, H. N., Nezworski, M. T., Lilienfeld, S. O., & Duke, M. C. (2015). A second look at the validity of widely used Rorschach indices: Comment on Mihura, Meyer, Dumitrascu, and Bombel (2013). *Psychological Bulletin*, 141, 236-249.

Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., Garb, H. N., & Nezworski, M. T. (2000). The Rorschach test in clinical diagnosis: A critical review, with a backward look at Garfield (1947). *Journal of Clinical Psychology*, 56, 395-430.

Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996a). The Comprehensive System for the Rorschach: A critical examination. *Psychological Science*, 7, 3-10.

Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996b). Thinking critically about the Comprehensive System for the Rorschach: A reply to Exner. *Psychological Science*, 7, 14–17.

Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso. Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: post and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.

Yung, A.R., Nelson, B., Stanford, C., Simmons, M. B., Cosgrave, E. M., Killackey, ...McGorry, P. D. (2008). *Schizophrenia Research*, 105, 10–17.

## Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Características dos integrantes de famílias com indivíduos em primeira crise do tipo psicótica à luz do Rorschach

**Pesquisador:** CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 80059517.4.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia -UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.876.806

#### Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado que busca compreender como as diferentes estruturas de personalidade e funcionamento psíquico de cada integrante da família se inter-relacionam, além de examinar acontecimentos contemporâneos e não manipuláveis, a pesquisa se delineará como uma pesquisa descritiva por meio de um estudo de caso. Para a consecução do estudo, pretende-se aplicar o Método de Rorschach em pacientes do Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI), vinculado ao Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) da Universidade de Brasília (UnB) e em suas famílias. O paciente e cada um dos integrantes de sua família serão submetidos à aplicação do Método de Rorschach, individualmente, pela pesquisadora. Após a aplicação do Rorschach no paciente, o protocolo será codificado pela pesquisadora e outro codificador independente. Após a codificação, o protocolo será interpretado de forma integrada com as informações contidas no prontuário do paciente/família. Por fim, a pesquisadora elaborará um laudo psicológico acerca da aplicação, o qual será endereçado ao psicoterapeuta responsável pelo atendimento. Pretende-se avaliar uma família no período. Para o presente estudo, família será considerada como todas as pessoas trazidas para o atendimento pelo paciente.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é compreender a inter-relação entre a estrutura de personalidade e

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 2.676.806

funcionamento psíquico dos integrantes de uma família com paciente em primeira crise do tipo psicótica. Especificamente, objetiva-se identificar e sistematizar variáveis acerca do funcionamento psicológico dos pacientes em primeira crise do tipo psicótica e de suas famílias, por meio das variáveis encontradas no Rorschach dessas pessoas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A autora assume que há riscos associados à participação no estudo. No entanto, assume que possa ocorrer desconforto emocional durante a aplicação, e que ela mesmo intervirá. Segundo ela, todos os sujeitos estarão em acompanhamento psicoterapêutico, individual ou familiar, o que seria o bastante para o encaminhamento.

Quanto aos benefícios, informa que o sujeito poderá conhecer melhor seu próprio modo de funcionamento psicológico, já que haverá devolutiva do teste.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa apresentada de forma sucinta, tratando-se de aplicação de método psicológico convencional.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados conforme resolução 486/2012. No entanto, o cronograma está defasado.

**Recomendações:**

Formatar o projeto enviado sem elementos de revisão do WORD. Como está, parecia ainda um rascunho. Ademais, manter o cronograma atualizado e só iniciar a coleta de dados após a aprovação do projeto por este comitê, conforme consta da Carta de encaminhamento.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto foi aprovado pelo CEP/CHS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_988691.pdf	24/01/2018 16:21:22		Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep\_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.676.806

Outros	CARTA_DE_REVISAO_ETICA.docx	24/01/2018 16:20:42	CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	24/01/2018 16:20:02	CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_compromisso.doc	24/01/2018 16:19:06	CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.doc	08/11/2017 22:16:02	CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN	Aceito
Outros	Instrumento.doc	08/11/2017 22:11:03	CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	08/11/2017 22:03:09	CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	08/11/2017 22:01:30	CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN	Aceito
Outros	Aceite_institucional.pdf	08/11/2017 22:00:32	CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	08/10/2017 16:45:20	CLARICE ALVES DE ALMEIDA BECKMANN	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 25 de Maio de 2018

Assinado por:  
Érica Quinaglia Silva  
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep\_chs@unb.br

## Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Características dos integrantes de famílias com indivíduos em primeira crise do tipo psicótica à luz do Rorschach", de responsabilidade de *Clarice Alves de Almeida Beckmann*, estudante de mestrado da *Universidade de Brasília*. O objetivo desta pesquisa é estudar aspectos do funcionamento psicológico dos familiares de indivíduos em primeira crise do tipo psicótica à luz do Método de Rorschach. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas, ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um teste psicológico, o Método de Rorschach. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Caso haja algum desconforto decorrente da aplicação, a pesquisadora psicóloga responsável buscará atenuá-lo, bem como seus psicoterapeutas, individuais e/ou familiares.

Espera-se com esta pesquisa que você possa conhecer melhor seu modo de funcionamento psicológico. Além disso, estará contribuindo para uma melhor compreensão do objeto dessa pesquisa, e futura formulação de estratégias que beneficiem outras pessoas.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios; o atendimento de sua família no GIPSI não está condicionado à sua participação nessa pesquisa.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 99987-7726 ou pelo e-mail [claricebeckmann@gmail.com](mailto:claricebeckmann@gmail.com).

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

cep\_chs\_modelo\_tcle