



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Psicose e Crises Psíquicas Graves:
uma investigação pelo método de Rorschach**

Hayanna Carvalho Santos Ribeiro da Silva

Orientador Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília

2013



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Psicose e Crises Psíquicas Graves:
uma investigação pelo método de Rorschach**

Hayanna Carvalho Santos Ribeiro da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília

2013



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Psicose e Crises Psíquicas Graves:
uma investigação pelo método de Rorschach**

Hayanna Carvalho Santos Ribeiro da Silva

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa (Presidente – PsiCC/PCL/IP/UnB)

Prof^a Dra. Anna Elisa Villemor-Amaral (Membro Externo – USF)

Prof^a Dra. Deise Matos do Amparo (Membro – PsiCC/PCL/IP/UnB)

Prof^a Dra. Maria Izabel Tafuri (Suplente – PsiCC/PCL/IP/UnB)

Ao GIPSI, com amor.

AGRADECIMENTOS

Se a família enlouquece, agradeço às minhas pela loucura e por possibilitarem a sublimação.

Família de origem: a meus avós queridos, João Batista Araújo dos Santos e Maria do Perpétuo Socorro Carvalho Santos, por todo apoio e carinho dedicados.

A minha mãe e a meus irmãos, Jane de Paula Carvalho Santos, Hugo Carvalho, Mariana Carvalho e Júlia Carvalho, meus artistas do amor. Obrigada por ficarem, mesmo com minhas ausências.

Família acadêmica: a meu pai-orientador, Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, poeta da graça de conhecer, se maravilhar e acreditar. Por toda a escuta, o incentivo, por sonhar junto e tornar real o que antes era megalomania. Ainda temos muito trabalho pela frente!

A minha irmã-supervisora, Prof^a. Elisa Walleska Costa, a melhor-pior pessoa do mundo, de quem eu herdei este trabalho. Por toda a coragem, o chamego, por ouvir, falar e nos emocionar. Quero estar sempre perto.

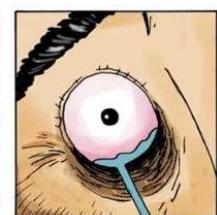
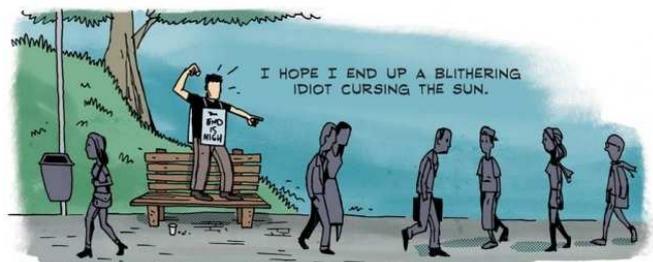
Ao meu “padrinho”, Prof. Balsem Pinelli, que carinhosamente tem me acompanhado desde os primeiros passos nos estudos sobre Rorschach.

A meus irmãos-colegas do GIPSI, psicoterapeutas/roscachistas brilhantes, articuladores e organizadores: Ana Molina, André Félix, Bruno Cavaignac, Cristina Martins, Marcus Fonseca, Marina Rios, Raquel Mano, Renato Miranda, Simone Araújo. Vocês me inspiram, compartilho com cada um a paixão pela nossa profissão maluca. A Daniel Freitas, competente e carismático psicólogo, pelo auxílio com as análises quantitativas. À equipe do CAEP, nossa “casa”, obrigada por acolherem esta pesquisa.

Família de colo, copo, suor e sorrisos: Aline Sousa, Átila Rua, Dalila Torres, Prof^a. Deborah Santos, Natália Maria, Otávio Lago, Rafael Soares, Thaís Saager, minhas irmãs e irmãos de sintonia. Agradeço pelos ouvidos atentos, pelos olhos sagazes, pelas mentes abertas, pelo coração apaixonado.

Agradeço também a todos nossos clientes, razão primeira da clínica e da pesquisa, motivo último deste trabalho. Por compartilharem conosco seus segredos, medos e angústias num dos momentos mais apavorantes de suas vidas: uma crise psicótica. É preciso muita coragem para encarar de perto o que ninguém mais vê, escutar atentamente o que ninguém mais ouve. Obrigada por nos permitirem crescer junto a vocês no processo.

Finalmente, agradeço à CAPES, financiadora deste projeto, fundamental e indispensável apoio ao pesquisador brasileiro.



Eu vou virar para eles e dizer 'Você é o lunático. Para cada momento que você odiou seu trabalho, amaldiçoou sua esposa e se vendeu para um sonho que nem mesmo ajudou a criar. Pelos momentos em que sua alma gritou sim e você disse não. Por tudo isso. Por essa auto-tortura, eu vejo os olhos brilhantes do sol! O ar fala comigo! Eu sou a todos os tempos!' E talvez os passantes deixem uma moeda no meu copo.

Henry Rollins

Eu não quero passar a vida como uma calma viagem de avião. Tudo o que você faz é respirar e copular e finalmente morrer. Eu não quero viver com uma pele macia e o cenho tranquilo. Eu espero morrer como um idiota completo xingando o sol - alucinando, gritando, dando palestras obscenas e inúteis nas esquinas e nos parques públicos. As pessoas vão passar por mim e dizer 'olha aquele idiota babando. Que lunático'.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 Eixo 1, Transtornos Clínicos: Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos.

Tabela 1.2 Descrição dos critérios de ultra alto risco de psicose (UHR).

Tabela 2.1 Codificação de Localização.

Tabela 2.2 Codificação de Qualidade Evolutiva.

Tabela 2.3 Codificação de Determinantes.

Tabela 2.4 Codificação de Qualidade Formal.

Tabela 2.5 Codificação de Conteúdo.

Tabela 2.6 Codificação de Atividade Organizativa.

Tabela 2.7 Codificação dos Códigos Especiais.

Tabela 2.8 Dados do Sumário Estrutural – Primeira Parte.

Tabela 2.9 Dados do sumário Estrutural – Seção Principal.

Tabela 2.10 Codificação das Constelações.

Tabela 2.11 Agrupamentos relacionados aos componentes psicológicos.

Tabela 4.1 Dados demográficos dos clientes GIPSI (n=35).

Tabela 4.2 Estatísticas descritivas dos clientes GIPSI (n=35).

Tabela 4.3 Tipos Vivenciais dos clientes GIPSI.

Tabela 4.4 Valores dos Códigos Especiais Críticos entre clientes GIPSI.

Tabela 4.5 Variáveis do SCZI, Índice de Esquizofrenia.

Tabela D Estatísticas descritivas dos clientes GIPSI (n=35), adultos não pacientes dos EUA (Exner, 2003, n=600), pacientes esquizofrênicos internados nos EUA (Exner, 1999, n=320), adultos não pacientes de 17 países (Meyer, Erdberg & Shaffer, 2007, n=4.700), adultos não pacientes brasileiros (Nascimento, 2010, n=409).

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 Histograma do R em clientes GIPSI.

Figura 4.2 Histograma da distribuição do Lambda de clientes GIPSI.

Figura 4.3 Histograma da distribuição do WSum6 em clientes GIPSI.

Figura 4.4 Prevalência da forma nas respostas de Cor, calculada pela fórmula $FC - (CF+C)$.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido “pós-crise”.

Anexo C – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IH/UnB.

Anexo D (Tabela D) – Estatísticas descritivas dos clientes GIPSI (n=35), adultos não pacientes dos EUA (Exner, 2003, n=600), pacientes esquizofrênicos internados nos EUA (Exner, 1999, n=320), adultos não pacientes de 17 países (Meyer, Erdberg & Shaffer, 2007, n=4.700), adultos não pacientes brasileiros (Nascimento, 2010, n=409).

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
EPÍGRAFE I	iii
LISTA DE TABELAS	iv
LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE ANEXOS	vi
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1 – DOENÇA MENTAL E PSICOPATOLOGIA	07
1.1 PSICOSE	11
1.1.1 CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A PSICOSE	13
1.1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE PSICOSE E FAMÍLIA	18
1.2 PRÓDROMOS E INTERVENÇÃO PRECOCE	21
1.3 CONTRAPONTO À PSIQUIATRIA TRADICIONAL	23
1.3.1 REFORMULAÇÕES DO PARADIGMA INTERNACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE: GIPSI	28
1.3.1.1 PSICODIAGNÓSTICO NO GIPSI	29
CAPÍTULO 2 – PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH	34
2.1 ADMINISTRAÇÃO	39
2.2 CODIFICAÇÃO	39

2.2.1 LOCALIZAÇÃO (LOC)	40
2.2.2 QUALIDADE EVOLUTIVA (DEVELOPMENTAL QUALITY, DQ)	40
2.2.3 DETERMINANTES (DET)	40
2.2.4 QUALIDADE FORMAL (FORMAL QUALITY, FQ)	41
2.2.5 CONTEÚDO	42
2.2.6 PARES, POPULARES E ATIVIDADE ORGANIZATIVA (NOTA Z)	43
2.2.7 CÓDIGOS ESPECIAIS	43
2.2.8 SUMÁRIO ESTRUTURAL	45
2.3 INTERPRETAÇÃO (ANÁLISE DOS DADOS)	48
2.3.1 ANÁLISE QUANTITATIVA	48
2.3.1.1 COMPARAÇÃO COM DADOS NORMATIVOS	49
2.3.1.2 ÍNDICES PSICOPATOLÓGICOS	49
2.3.2 ANÁLISE QUALITATIVA	49
2.3.3 ANÁLISE QUANTI/QUALI EM PSICOPATHOLOGIA	50
CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODO	54
3.1 PARTICIPANTES	54
3.2 COLETA DE DADOS	55
3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	55
CAPÍTULO 4 – DADOS E RESULTADOS	58
4.1 PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO	61
4.2 MEDIAÇÃO	64
4.3 IDEIAÇÃO	71
4.4 CONTROLE E TOLERÂNCIA AO ESTRESSE	79
4.5 ESTRESSE SITUACIONAL	81

4.6 AFETOS	82
4.7 AUTOPERCEPÇÃO	86
4.8 PERCEPÇÃO INTERPESSOAL	88
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E INTEGRAÇÃO DOS DADOS	93
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
EPÍGRAFE II	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	128

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo avaliar, através do método de Rorschach no Sistema Compreensivo (Exner, 1999, 2003, 2005), pessoas atendidas no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico (GIPSI/UnB), compreender dinamicamente os elementos comuns entre seus protocolos e verificar a validade da Constelação Prodrômica do Rorschach (Costa, 2011). Os dados de 35 protocolos foram comparados às estatísticas normativas nacionais e internacionais e qualificados à luz do referencial psicanalítico. Os resultados apontam que as pessoas em nossa amostra não possuem os indicadores tradicionais de transtorno do pensamento ou de perda de contato com a realidade, embora tenham sido assim diagnosticadas, mas têm potencial criativo, oculto sob a fachada de um falso *self* submisso e apassivado; têm histórico interpessoal conflituoso; vivenciem a crise com sentimento de vulnerabilidade física; têm componentes depressivos importantes, mas com caráter situacional. Problemas estatísticos com o uso do referencial do Sistema Compreensivo dificultaram algumas das inferências sobre a mediação cognitiva, o que sugere a necessidade de estudos com o Rorschach Performance Assessment System (R-PAS, Meyer, Viglione, Mihura, Erard, & Erdberg, 2011). Os achados não validam a Constelação Prodrômica, mas apontam para possibilidade de uma teoria psicológica de pródromos, na construção de um modelo crítico de intervenção precoce nas psicoses, a partir do construto do sofrimento psíquico grave (Costa, 2003, 2008, 2010a).

Palavras-chave: psicose, Rorschach, intervenção precoce, pródromos, sofrimento psíquico grave.

ABSTRACT

This work aimed to assess people in first psychotic crisis under treatment in Early Intervention in First Psychotic-Like Crises Group (GIPSI/UnB), using the Rorschach Comprehensive System (Exner, 1999, 2003, 2005) to dynamically understand common record data among our sample and to verify the validity of a Prodromal Constellation for the Rorschach (Costa, 2011). Data from 35 records were compared to the national and international normative statistics and qualified in the light of psychoanalytical reference. Results suggest that people in our sample do not have the usual indicators of thought disorder or loss of contact with reality, even though they have had such diagnose. Differently, clients show good creative potential guarded under a submissive and passive false self; have a history of conflictive interpersonal relations; tend to live the crisis with feelings of physical vulnerability; have situational depressive features. Statistical problems with the use of the Comprehensive System normative reference with our sample impaired some of the inferences about cognitive mediation, what suggests the need for further investigation using the Rorschach Personality Assessment System (R-PAS, Meyer, Viglione, Mihura, Erard, & Erdberg, 2011). Results do not validate the Prodromal Constellation, but offer possibility to originate a psychological prodromal theory, in the construction of a critical model of early intervention in psychosis, using the construct of severe psychic suffering (Costa, 2003, 2008, 2010a).

Key words: psychosis, Rorschach, early intervention, prodrome, severe psychic suffering.

INTRODUÇÃO

*Os chineses, que sempre tiveram uma visão inteiramente dinâmica do mundo e uma percepção aguda da história, parecem estar bem cientes dessa profunda conexão entre crise e mudança. O termo que eles usam para “crise”, wei-ji, é composto dos caracteres: “perigo” e “oportunidade”.
(Capra, 1982, p. 24)*

Este trabalho se originou do desejo de conhecer mais sobre a personalidade de umas pessoas fascinantes, com histórias de vida incríveis, durante um momento de vida extremamente angustiante e desorganizador. Os primeiros estágios da graduação em psicologia são oportunidades ímpares de, pela primeira vez, conhecer, no enquadre clínico, pessoas com manifestações parecidas àquelas que lemos nos manuais de psicopatologia. Alucinações, formações delirantes, ideias persecutórias. Nas salas de atendimento do Centro de Atendimento e Estudos em Psicologia (CAEP/UnB), a clínica-escola da universidade onde concluí minha graduação, tive a oportunidade de ouvir histórias de vida, acolher queixas e dar voz e escuta a algumas pessoas que, pela primeira vez em suas vidas, se depararam com a vivência e o drama de uma crise psicótica. No mais das vezes, essas pessoas haviam passado pelo pesadelo que é uma internação psiquiátrica, viram suas mentes e corpos se transformarem com o início do uso de medicações bastante fortes, se encontravam desesperançosas por um prognóstico sombrio dado pela psiquiatria de plantão, não tinham mais para quem recorrer.

De acordo com Costa (2008), uma crise é a emergência de um elemento novo, intenso e central o suficiente para alterar o estado psíquico de uma pessoa e desencadear uma desorganização, demandar a mudança de posição e o desenvolvimento de novas posturas, novas condutas. Trata-se da oportunidade que um indivíduo tem de construir novos recursos, em face de um problema de magnitude tal que as antigas acomodações não mais dão conta de enfrentar. No entanto, salienta Costa, no mais das vezes, não é a sensação de oportunidade e o desenvolvimento de recursos o que comumente ocorre durante uma crise. Pessoas em crise podem não se ver em condições de desenvolver novas alternativas, podem não ter disposição psíquica e amparo suficiente para a necessária mudança de postura e o que decorre é a formação de sintomas de ordem

psíquica e/ou somática. Enquanto conflito psíquico, a crise implica a subjetividade, constituída dentro do seio de uma família e de uma sociedade.

A depender da natureza das condições psicológicas e históricas dessa pessoa, considerando se sua inserção familiar e social possibilita ou não reconstruções e mudanças de atitudes, caso a rede de apoio seja deficitária e as condições do estressor vivenciado sejam demasiado angustiantes, enfim, em uma multicausalidade complexa de crise podem surgir sintomas de ordem radical, grave. “Eis quando surge a crise psíquica grave, ou psicose” (Costa, 2008, p. 98).

Acerca do que se denomina “psicose” ou seus correlatos, como “esquizofrenia” e “transtornos do espectro psicótico”, Costa (2003) tece uma série de críticas, particularmente quanto à validade e utilidade dos conceitos tradicionalmente envolvidos. Ele faz um apanhado da maneira como os diferentes construtos relacionados à loucura são constituídos e, a partir da filosofia analítica, critica a própria viabilidade científica desses conceitos.

A conceituação mais usual da psicose é a psiquiátrica: uma pessoa é diagnosticada como psicótica quando perdeu o contato com a realidade e apresenta distúrbios na percepção, como alucinações, ou transtornos no pensamento, como a formação de delírios. Utilizando como correlato a medicina somática, a medicina “mental” passa a considerar este tipo de manifestação como sinal de defeito no psiquismo, sintoma de uma doença. No entanto, esse tipo de manifestação é extremamente heterogêneo e não aparece somente nos estados diagnosticados pelos psiquiatras como psicóticos. No decorrer do trabalho, Costa (2003) conclui, com Szasz (1979), que a esquizofrenia, principal das afecções psicóticas, é um conceito equivocado, impreciso e carente de confiabilidade. Apesar disso, contudo, não faltam pessoas às quais o conceito é atribuído: os “psicóticos” e os “esquizofrênicos”. Isto é particularmente preocupante quando o diagnóstico é atribuído a pessoas que apresentam os sintomas do tipo psicótico pela primeira vez e/ou de maneira atenuada. Como é característica da medicina somática, uma doença é caracterizada por sua etiologia, sintomas e curso. Isto faz com que a psicose, por correlação, deva ser diagnosticada apenas quando se tiver “certeza” quanto ao curso: a deterioração progressiva do contato com a realidade. Isto pode significar, para algumas pessoas, a cronificação coercitiva de um estado mental que, a princípio, não se tratava de uma doença (Szasz, 1979).

Por reconhecer a importância de uma abordagem clínica mais específica para as pessoas em primeiras crises e, portanto, em momento de demanda de mudança, diferentes abordagens foram desenvolvidas para uma clínica de atenção e cuidado específica das primeiras crises.

Dentre os esforços empreendidos, estão os centros psiquiátricos ao redor do mundo que se ocupam do cuidado de pessoas em primeiras crises, ou com o primeiro episódio psicótico. Em 2002 se deu a 3ª Conferência de Intervenção Precoce na Psicose, em Copenhagen, quando foi possível coletar e integrar grande número de evidências sobre os benefícios e as possibilidades da intervenção precoce na psicose, compreendido no que se denominou de paradigma internacional da intervenção precoce nas psicoses (McGorry, 2005). Esse paradigma, apresentado por McGorry e Edwards (2002) consiste na adoção de postura inter e multidisciplinar para detectar, o mais cedo possível, alguns dos sinais e sintomas que comumente precedem um episódio psicótico, os assim denominados *pródromos* (do grego, *prodomo*=o que antecede um evento). Para as pessoas que já apresentaram uma crise aguda o suficiente para ser denominada de episódio psicótico, o paradigma recomenda a atenção e cuidado intensivos que reduzam o tempo de duração do episódio sem tratamento. De modo geral, 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, sensível e específico.

No Brasil, Costa fundou, em 2003, o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo psicótico (GIPSI, Costa, 2010b), com o objetivo de implementar o paradigma da intervenção precoce à população do DF e entorno. A implementação, contudo, não seria idêntica à desenvolvida nos centros psiquiátricos internacionais, já que o GIPSI foi formado a partir da postura crítica de questionamento das práticas já estabelecidas. Na postura de trabalho do GIPSI, se adota o termo “do tipo psicótico” tanto para a fase prodrômica quanto para as primeiras crises com sintomas psicóticos, com o objetivo de apontar para a especificidade da clientela com que se disponibiliza a trabalhar: 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.

Não se trata, portanto, de um estado psicótico a priori, mas do que Costa (2003) cunha de *sofrimento psíquico grave*.

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 social e institucional 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, para enfrentamento. Percebemos que, com esta postura, o GIPSI não poderia fazer uso apenas das ferramentas diagnósticas próprias da psiquiatria, que enfocam as manifestações comportamentais e as denominam sintoma. Seria necessário ir além.

Entre os instrumentos psicológicos administrados aos clientes do GIPSI, está o Método de Rorschach no Sistema Compreensivo (SC, Exner, 1994, 1999, 2003, 2005; Exner & Sendín, 1999), técnica de investigação da estrutura e dinâmica da personalidade, com características perceptivas e projetivas. Por ser um instrumento complexo, que integra a visão psicométrica, estatística, com uma abordagem mais conceitual e dinâmica, é um instrumento consistente com a visão crítica dos estados do tipo psicótico por investigar além das manifestações comportamentais, por constituir de um retrato dos traços psicológicos no âmbito da cognição, afeto, autopercepção e percepção interpessoal.

A abordagem do SC permite, dentre uma vasta possibilidade de análise, a investigação pontual de componentes psicopatológicos a partir de constelações de dados. Uma das mais utilizadas com pessoas em estado psicótico é o Índice Percepção-Pensamento (Perceptual-Thinking Index, PTI). Em um trabalho com os clientes em atendimento individual e familiar no GIPSI, Costa (2011) analisou 28 protocolos de Rorschach, nos quais não encontrou pontuação significativa do PTI. Ao contrário, a autora encontrou uma gama variada de características comuns aos clientes avaliados, que não condizia com o que tradicionalmente se denominava psicose. Ela constituiu o que denomina de Constelação Prodrômica, com as características significativas dos protocolos de Rorschach de pessoas em primeiras crises do tipo psicótico. A constituição de indicadores psicodiagnósticos como este é de suma importância para

auxiliar a detecção precoce e a construção de recomendações terapêuticas específicas para a clientela do GIPSI.

Paralelo a este estudo, realizamos uma análise com uma amostra menor (n=10, Silva, Costa & Costa, 2011) e chegamos a conclusões semelhantes à de Costa. O presente estudo é a integração e aprofundamento dos achados, a partir da ampliação e refinamento da amostra e dos procedimentos de análise, para investigar a viabilidade clínica e científica da Constelação Prodrômica. Este objetivo é consistente com o paradigma internacional de intervenção precoce, pois procura validar indicadores psicológicos sensíveis e específicos das pessoas em primeiras crises do tipo psicótico. Ao mesmo tempo, o uso do SC é também consistente com a postura crítica de questionamento, própria do GIPSI, pois a investigação psicodiagnóstica não se concentra somente na descrição de manifestações comportamentais ou na constituição de marcadores sindrômicos. Buscamos identificar e descrever traços psicológicos que se apresentam com frequência entre as pessoas avaliadas, de maneira a salientar o que há de próprio entre as pessoas que são identificadas em primeiras crises do tipo psicótico.

O primeiro capítulo, *Doença mental e psicopatologia*, refaz o caminho do que denominamos psicopatologia crítica e algumas das várias conceituações sobre a psicose e as primeiras crises. Apresentamos, de maneira mais detida, as conceituações sobre a psicose a partir do referencial psicanalítico, que é a base teórica a partir da qual se fundamentam as elaborações psicodiagnósticas do instrumento que utilizamos. Em seguida, detalhamos conceitos como intervenção precoce, pródromos e primeiro episódio psicótico, termos próprios da clínica referente à população estudada neste trabalho. A partir disso, o capítulo tenta refazer, com Costa (2003, 2006, 2008, 2010a, 2010b) e seus precursores (Szasz, 1979; Martins, 2003, 2005), o caminho de constituição da visão de intervenção precoce, na reformulação do paradigma internacional a partir da crítica à psicopatologia clássica e do posicionamento psicopatológico (Martins, 2005), utilizado no GIPSI. Nesta visão, apresentamos a maneira como o psicodiagnóstico se insere na pragmática do GIPSI e de que forma a verificação da validade de uma possível Constelação Prodrômica para o Rorschach no SC é importante para nossa postura de intervenção precoce.

O segundo capítulo, *Psicodiagnóstico de Rorschach*, detalha a construção do SC (Exner, 1994, 1999, 2003, 2005; Exner & Sendín, 1999; Viglione, 2002; Weiner, 2000),

a partir dos diversos estudos já realizados com o instrumento. De início com a monografia de Rorschach (1921/1967) e a partir desse primeiro estudo, o SC é a integração do que há de mais válido e fidedigno na utilização do instrumento na clínica e em pesquisa. O capítulo segue com a apresentação resumida dos procedimentos de administração, codificação, sumarização e interpretação dos dados do Rorschach no SC, na dupla rubrica quantitativa (empírica e estatística, normativa) e qualitativa (conceitual e interpretativa, dinâmica).

O terceiro capítulo, *Materiais e métodos*, sumariza os procedimentos de seleção dos participantes, de coleta e análise dos dados e de apresentação dos resultados.

O quarto capítulo, *Dados e resultados*, apresenta a completa descrição dos achados, a partir da interpretação dos protocolos, nos dois eixos de análise: estatístico e conceitual. Os dados são organizados em tabelas e figuras, distribuídos nos oito agrupamentos de variáveis do SC. A análise dos dados se fez de forma a salientar as principais características dos clientes do GIPSI, que fossem bastante frequentes ou comuns entre nossa clientela, na possível validação da Constelação Prodrômica, de Costa (2011).

O quinto capítulo, *Discussão e integração dos dados*, apresenta um aprofundamento das elaborações conceituais do capítulo anterior, com um retorno à literatura psicanalítica, de maneira a compreender, qualitativamente, o que se repete entre os protocolos de Rorschach dos nossos clientes. Utilizamos uma visão particularmente voltada para os escritos de Winnicott, por compreendermos que este autor complementou, de forma sensível e profunda, os desenvolvimentos teóricos sobre a psicose a partir da psicanálise clássica.

O sexto capítulo, *Conclusões e considerações finais*, para além de uma síntese, apresenta algumas críticas gerais aos achados do trabalho, além de considerações acerca do trabalho de psicodiagnóstico na intervenção precoce, sobre a constituição do conceito de primeiras crises e de pródromos e sugestões de estudos posteriores.

CAPÍTULO 1

DOENÇA MENTAL E PSICOPATOLOGIA

La folie est une des maladies qu'on a étudiées le plus tard, parce que c'était une de celles qu'il était le plus difficile d'étudier. Mais aujourd'hui que la physiologie, aujourd'hui que la philosophie ont fait tant de progrès, l'application de ces progrès à l'étude de la folie, étude si intéressante et si triste, n'est-elle pas un des premiers besoins de la science et l'un des premiers devoirs de l'humanité¹?

(M. Flourens, *Examen de la phrénologie*)

A citação acima prefacia a obra de Bénédict Morel, *Traité das maladies mentales* (1860), destinada ao avanço do estudo científico das tendências dos espíritos enfraquecidos, do movimento das ideias incongruentes, manifestações das assim chamadas doenças mentais. Morel anuncia o nascimento de uma nova especialidade em medicina, dedicada à aplicação do método científico no desenvolvimento da classificação específica e exata das doenças mentais e à vinculação desse tipo de doença ao quadro nosológico geral. O tratado de Morel ambiciona a descrição clara e inequívoca das causas diversas das degenerescências, “desvios mórbidos do tipo normal de humanidade” (p. 54, tradução nossa), as quais precedem o aparecimento de sintomas mentais e mudanças apreciáveis no senso ou na função. Esta descrição seria possível por meio da aplicação do método científico rigoroso e confiável.

O século XIX abre ao estudo da loucura uma nova era, cujo mérito consistiu no desenvolvimento de teorias médico-psicológicas pelos alienistas desta época, entre os quais os maiores expoentes são Phillipe Pinel, autor da nosografia filosófica e Jean-Etienne Esquirol, que cunhou o termo alucinação e contribuiu para a aplicação pedagógica da classificação psiquiátrica. O novo impulso às pesquisas resultou da herança científica da medicina somática, aliada a uma reação contra as ideias religiosas dos séculos passados, que consideravam os alienados como vítimas de possessão

¹ A loucura é uma das doenças estudadas mais tardiamente, dado que é das mais difíceis de ser estudada. Mas, agora que a fisiologia e a filosofia tem feito tantos progressos, a aplicação de tais avanços ao estudo da loucura, estudo este tão interessante e tão triste, não seria uma das primeiras necessidades da ciência e um dos primeiros deveres da humanidade? (tradução nossa).

demoníaca e que imputavam os crimes e as esquisitices do louco à feitiçaria e ao sobrenatural.

A loucura estaria relacionada à perda da razão e ao obscurecimento de todas as qualidades afetivas. Em seu tratado, Morel descreve as doenças mentais como entidades patológicas com raízes somáticas e espirituais. O tom conciliador entre teorias fisiológicas do comportamento e a influência religiosa pregressa parece ser temporário. Ele tem como pano de fundo uma esperança depositada no futuro, na evolução dos estudos neurológicos, os quais poderão explicar, em termos anatômicos e químicos, a completude do funcionamento humano. De fato, a esse respeito Morel cita Flourens, estudioso da frenologia²: “le cerveau seul est donc l'organe de l'âme, et de l'âme dans toute la plénitude de ses fonctions; il est le siège de toutes les qualités morales comme de toutes les facultés intellectuelles, de la folie comme de la raison”³ (Flourens, como citado em Morel, 1860, p.71).

O método do alienista, cujas bases remontam à obra de Pinel e Esquirol, objetiva a descrição acurada do diagnóstico, etiologia, curso e prognóstico das manifestações de loucura, elevadas ao *status* de doenças mentais. A loucura pertenceria, finalmente, à medicina, estaria preservada das trevas ignóbeis do religiosismo e da superstição, trazida à luz da cientificidade e na primazia do método. A loucura teria seu “lugar incontestável no quadro nosológico, uma vez que é possível curar e prevenir” (Morel, 1860, p. 76, tradução nossa).

As diferentes denominações da loucura e do louco através dos tempos nos levam a refletir sobre as ideias empregadas no tratamento mesmo da loucura. Costa (2003), em seu trabalho de crítica analítica aos critérios adotados em psicopatologia, salienta que o sentido e o significado das palavras que descrevem a loucura são também característica de seu contexto linguístico e relacional. Isso significa que as sentenças, as proposições, as palavras implicam “fazer coisas”.

Em um artigo sobre a história da Psiquiatria brasileira, Piccinini e Oda (2006) relatam os mais variados nomes, nomenclaturas e termos associados à loucura, desde os tempos antigos. Maníaco, lelé, demente, possuído, insano. Essas palavras não referem a

² Disciplina médico-científica, fundada no final do século XVIII por Franz Gall, que afirmava ser possível definir a qualidade psicológica de uma pessoa por meio do exame das variações no formato do crânio (Whye, 2004).

³ O cérebro não é somente o órgão da alma, mas da alma e de toda a plenitude de suas funções; ele é a sede de todas as qualidades morais e faculdades intelectuais, tanto da loucura quanto da razão (tradução nossa).

algo particular das pessoas que denominam ou classificam. Antes, as palavras guardam relação com o uso que se faz delas. Os autores constataam, a partir de extensa lista, que os termos têm íntima relação com as práticas a eles vinculadas. O louco como *alienado*, por exemplo, é invenção dos tempos de Pinel e refere ao atendimento asilar, “alienante” por definição. No Brasil, os loucos foram assim denominados a partir da fundação do primeiro “hospital destinado privativamente para tratamento de alienados”, em 1952 (de acordo com Oda & Dalgalarrodo, 2005). A inauguração oficial da psiquiatria moderna brasileira foi marcada pela ação de Juliano Moreira, responsável pela aplicação dos modelos de assistência europeus ao Hospital Nacional dos Alienados (Oda & Dalgalarrodo, 2005).

Com a psiquiatria, a medicina toma a loucura para ser explicada e dissecada de modo semelhante ao que ocorreu com o corpo doente. A sistematização da loucura em uma nosologia deu surgimento à semiologia psiquiátrica. A fala se transformou em sintoma, o devir virou curso e motivações internas e desconhecidas se tornaram etiologia.

Diversas foram as historiografias realizadas acerca do percurso da psiquiatria. Dentre os autores mais citados nas historiografias, está Émil Kraepelin, particularmente na obra *Dementia Praecox and Paraphrenias* (1919), em que defendia o termo demência precoce para as manifestações da loucura em adolescentes, devido à suposição de que esse termo guarda relações mais estáveis e claramente descritoras dos processos etiológicos da loucura, como a hereditariedade, as disfunções cerebrais (ainda por descobrir) e as toxicidades; ao contrário de termos que Kraepelin julgava ambíguos, relacionados a dimensões apenas especulativas, inferenciais, como a *esquizofrenia*, de Bleuler (1911/1950).

É notável a posição empiricista e naturalista dessa nova ciência médica, a psiquiatria, fundamentalmente engajada no projeto científico da modernidade, segundo o qual a objetividade é critério de legitimidade dos achados.

Muito do que foi defendido àquela época ainda ecoa no fazer científico da psiquiatria atual. A Associação Psicológica Americana (APA) é responsável pelo manual diagnóstico das doenças mentais mais amplamente utilizado nos dias de hoje. A quarta versão do Manual Estatístico e Diagnóstico (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, DSM-IV-TR, American Psychological Association [APA], 2000) é a sistematização contemporânea dos agora denominados *transtornos mentais*. Sua

elaboração tem caráter sindrômico e epidemiológico e as classificações nosográficas obedecem a uma distribuição em eixos, contínuos do maior ao menor grau de causalidade orgânica da doença. Na introdução, é apresentada uma visão fenomenológica e sindrômica dos transtornos mentais em uma escolha supostamente atórica para a compreensão destes estados. A APA justifica que somente a partir de uma perspectiva atórica, diferentes profissionais, de abordagens teóricas diversas, podem se comunicar, sem entraves, sobre os sinais e sintomas de adoecimento psíquico de um mesmo paciente. Identificamos grande parte dos ideais científicos de neutralidade, objetividade, rigor metodológico e causalidade fisiológica, originários da época de Morel, presentificados na psiquiatria atual.

Dentro da atmosfera emergente do olhar científico ao adoecimento mental, a psicanálise também nasceu do projeto moderno e compartilha algumas de suas aspirações. No entanto, conforme salientado por Martins (2005), a disciplina criada por Freud traz uma ruptura epistemológica no projeto de investigação científica da psicopatologia. A hipótese do aparelho psíquico influenciado pelo inconsciente direciona essa disciplina para a ideia de uma *causalidade psíquica* para as doenças mentais. A obra de Freud traz uma nova metáfora para o funcionamento do ser humano, para além de seu corpo, e introduz a causalidade dos adoecimentos psíquicos na esfera de conflitos internos, de discordâncias entre instâncias psíquicas. A psicanálise introduz a ideia de que os fenômenos humanos são influenciados por tendências internas múltiplas, em grande parte inconscientes, ou seja, desprovidas de intencionalidade deliberada e controle racional, originadas na interação do corpo erógeno e das tendências psíquicas com a família, a sociedade e a cultura.

A influência da psicanálise na psiquiatria foi determinante, como o foi também em outras disciplinas do pensamento. Marca disso é a denominação de Kraepelin, de acordo com Kaplan e Sadock (1984), como último representante da chamada psiquiatria pré-dinâmica, ainda fora da influência psicanalítica.

Eugene Bleuler, em sua obra *Demência Precoce ou o grupo das esquizofrenias* (1911/1950), introduz o termo que é utilizado até hoje, integrando contribuições da psicanálise ao fazer psiquiátrico. A palavra esquizofrenia, em contraponto ao conceito da demência precoce, traz a noção da causalidade psíquica e localiza a loucura para além das determinações nervosas. Henry Ey e colaboradores (Ey, Bernard, & Brisset, 1989) desenvolveram um grande manual de psiquiatria, com contribuições da

psicanálise, sociologia e antropologia, em que localiza como central a noção de ser humano no estudo da doença mental. O homem como seu próprio objeto de pesquisa traz toda sorte de desafios epistemológicos. O *Manuel de Psychiatrie* de Ey, cuja primeira edição data de 1960, exatamente cem anos depois do tratado de Morel, tenta englobar mais disciplinas ao método psiquiátrico:

- a psiconeurobiologia,
- a psicanálise e psicologia profunda (não somente os estudos freudianos clássicos, mas também as escolas psicanalíticas posteriores),
- a psicologia estruturalista e estudos da consciência e
- a sociopsicologia.

O viés positivista e naturalista da psiquiatria clássica ainda perpassa a obra, mas são vistos os primeiros esforços no sentido de incluir a noção de causalidade psíquica e a ideia de uma ciência mais aberta a fatores psíquicos e afetivos, impossíveis de ser reduzidos à objetividade e racionalidade.

Autores como Ey, Bernard e Brisset (1989), Kaplan e Sadock (1984), Gabbard (2006) e Pine (1998) utilizam considerações da psicanálise na compreensão dinâmica dos transtornos descritos em seus manuais psiquiátricos. Essa abordagem é denominada psiquiatria psicodinâmica, privilegia os estudos psicanalíticos clássicos e incorpora os desenvolvimentos teóricos e metodológicos posteriores. Pine (1998) lista as quatro principais correntes de psicanálise que compõem a psiquiatria dinâmica: a psicanálise clássica, a teoria das relações objetais, a psicologia do ego e a da psicologia do *self*.

1.1 PSICOSE

O termo esquizofrenia (do grego *esquisse*, fenda, cisão e *frenus*, alma) foi apresentado por Bleuler em 1911, em contraponto ao conceito anterior, de demência precoce. Seu objetivo era substituir o enfoque demencial direcionado à loucura e compreender o que denominou de sintoma primordial da esquizofrenia: a cisão das associações mentais. A esquizofrenia, de acordo com Bleuler, teria como causalidade fenômenos dados no interior do psiquismo do indivíduo e que determinam a formação dos sintomas. Em *As psiconeuroses de defesa* (1894/1996), Freud descreve a cisão (*Spaltung*) como um mecanismo de defesa que ocorre nos processos de adoecimento psíquico, em que uma representação mental intolerável é cindida, separada, de sua carga

afetiva. Bleuler retoma o conceito freudiano para nomear casos em que indivíduos apresentam desintegração da capacidade associativa, em um processo claramente regressivo, marcado por uma síndrome principal deficitária (negativa) e uma síndrome secundária produtiva, positiva, segundo descrevem Ey, Bernard & Brisset (1989).

Vários estudos posteriores (como, por exemplo, Gottesman, 1991; Heyman & Murray, 1992; Kendler & Diehl, 1993; Mohammadi & Akhondzadeh, 2001; Wright & Woodruff, 1995) buscaram a explicação etiológica, diagnóstica e prognóstica das esquizofrenias. Foram desenvolvidas e testadas hipóteses psicofisiológicas, de predisposição e aprendizagem, genéticas, dentre outras. No entanto, problemas conceituais e metodológicos entravam as descobertas e impossibilitam a fixação do índice de confiabilidade em vários estudos (conforme Costa, 2003; Kaplan & Sadock, 1984). O grupo das esquizofrenias é altamente diverso e suas manifestações, as mais diferentes. A sistematização nosográfica, ainda que de natureza diferente das causalidades objetivas anteriores, ainda está vinculada a um projeto científico de descrição das manifestações psíquicas no modelo das doenças somáticas.

A psicopatologia psiquiátrica atual conceitua a psicose, nome mais geral e “científico” da loucura, a partir de suas manifestações clínicas e do curso da doença. A característica chave da psicose seria a *perda de contato com a realidade*, manifestada através dos sintomas psicóticos, classificados em a) positivos: delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento bizarro e b) negativos: pobreza do pensamento, apatia, retraimento social, embotamento afetivo. Essa seria uma doença com prognóstico sombrio, pois seu curso indica a cronificação rumo à total perda total de contato com a realidade e ao isolamento social (Dalgalarondo, 2001; Kaplan & Sadock, 1984; Gabbard, 2006).

O DSM-IV (APA, 2000) agrupa transtornos mentais no que denomina Espectro Psicótico, dentro do Eixo I, de Transtornos Clínicos. Na seção sobre Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, diferentes transtornos foram agrupados para facilitar o diagnóstico diferencial de distúrbios que incluem sintomas psicóticos como um aspecto proeminente de sua manifestação. No entanto, sintomas psicóticos não são o núcleo ou fundamento destes transtornos, nem eles compartilham a mesma etiologia.

Tabela 1.1 Eixo 1, Transtornos Clínicos: Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos.

Esquizofrenia
Transtorno Esquizofreniforme
Transtorno Esquizoafetivo
Transtorno Delirante
Transtorno Psicótico Breve
Transtorno Psicótico Compartilhado
Transtorno Psicótico devido a uma Condição Médica Geral
Transtorno Psicótico Induzido por Substância
Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação

Fonte: DSM-IV (APA, 2000).

Nesse manual, o termo *psicótico* traduz a presença de sintomas específicos, mas variados a depender de qual é o transtorno considerado. Por exemplo, sintomas psicóticos na Esquizofrenia, no Transtorno Esquizofreniforme, Esquizoafetivo ou Transtorno Psicótico Breve são: delírios, alucinações, fala desorganizada *ou* comportamento desorganizado ou catatônico. A presença de qualquer um desses sintomas é critério diagnóstico dessas categorias.

Diferentemente, considerando-se o Transtorno Delirante ou o Transtorno Psicótico Compartilhado, sintoma psicótico é *equivalente* a delirante. No capítulo do manual sobre a Esquizofrenia e outros transtornos do espectro psicótico, vemos a ampla variedade de categorias diagnósticas, as quais pretendem incluir o máximo de fenômenos “psicóticos” possível e estabelecer critérios sintomatológicos e cronológicos pretensamente significativos.

1.1.1 CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A PSICOSE

A obra de Freud, por mais vasta e complexa, não ofereceu uma resposta completa à questão das psicoses. O método freudiano, dentre outras questões, articula o normal e o patológico; descreve os processos normais do desenvolvimento psíquico a partir de descobertas feitas na análise de pessoas “adoecidas”. Por oferecer essa causalidade psíquica para os processos de adoecimento, a psicanálise se apresenta como referencial teórico profundo e que possibilita críticas ao que diz respeito ao sofrimento psíquico humano.

Simanke (2009) refaz a trajetória freudiana quanto à psicose e oferece o que chama de formação da teoria freudiana das psicoses. Para ele, “a história do conceito de

psicose em Freud é toda – ou quase toda – uma pré-história” (p. 248). Das contribuições mais importantes para essa história, Simanke levanta duas principais questões freudianas iniciais sobre as psicoses: a questão da realidade e do contato com ela.

Em *A interpretação dos sonhos* (1900/1996), Freud confere o estatuto de realidade aos fenômenos inconscientes. Ao contrário de uma realidade material, a expressão dos desejos inconscientes, como ocorre nos sonhos e nas alucinações, são experiências de *realidade psíquica*. Posteriormente, no artigo *A negativa* (1925/1996), ele descreve que a função do juízo, ou seja, *o teste de realidade* (questão central na psicose), é uma das tarefas do ego: uma coisa é considerada *real* por uma pessoa quando a representação inconsciente dessa coisa (que já foi vista, anteriormente) puder ser reencontrada na percepção. Da mesma forma, a possibilidade de uso da linguagem compartilhada (consciente) depende da reanimação dos traços mnêmicos a ela relacionados. Em casos de uma pressão inconsciente demasiado intensa, a representação e a percepção, a realidade psíquica e a material, podem ser confundidas entre si, como seria o caso na alucinação e na paranoia.

Assim, a psicanálise traz uma perspectiva diferenciada do que seria a *perda de contato com a realidade*. O *externo* é julgado, pelo aparelho psíquico, como algo fora do ego, mas não necessariamente o que é externo está fora do psíquico; o que deriva que a realidade psíquica não deve ser confundida com realidade interna. Mais do que simplesmente a *ausência ou perda de contato com o meio externo*, a psicose passa a ser considerada uma complexa e sistemática *alteração do modo de relacionamento de uma pessoa com o seu meio*, a partir de uma ruptura.

Freud, em sua obra *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914/1996), denomina a psicose como psicose narcísica, ao lado da melancolia e em contraponto com a histeria, a fobia e a neurose obsessiva, que seriam psicose de transferência. No desenvolvimento psíquico, uma nova ação psíquica levaria do autoerotismo ao narcisismo, o início da diferenciação entre ego e id. O narcisismo primário seria o primeiro momento no desenvolvimento em que o ego faz um investimento do tipo objetual: ele toma o a si próprio como objeto. Nas psicose narcísicas, o indivíduo possui um padrão de escolha libidinal narcísica: ele investe afeto no outro apenas na medida em que ele porta as características do ego do indivíduo ou de seu ideal. Não se estabeleceram ainda os limites entre o ego e o objeto. Ao contrário da escolha libidinal objetual, a perda do objeto na escolha libidinal narcísica significa a perda do sustentáculo

do ego na realidade. A angústia decorrente é de natureza diversa da angústia de separação ou abandono: de fato, a pessoa pode experimentar uma angústia de aniquilamento. Privado das referências que assinalam o limite da subjetividade, o objeto libidinal narcísico, o psicótico só pode perceber sua palavra como proveniente da realidade externa.

Na alucinação, estratégia primária de realização de desejo, o sujeito vive em realidade psíquica. O modo particular de defesa da psicose extingue (desinveste) sucessivamente as representações de coisa (inconscientes) que assinalam o ponto de inserção no psiquismo de um fragmento da realidade, porquanto ele é insuportável: a ameaça de castração. Mais do que simplesmente a ameaça simbólica de ablação do falo, o complexo de castração é a imposição de um limite social à realização de desejo. Com o desinvestimento dessa representação no inconsciente, ocorre “uma espécie de sangramento do investimento próprio desse sistema [inconsciente] através da brecha deixada pela ausência de inscrição psíquica de uma realidade concreta tão decisiva como a castração” (Simanke, 2009, p. 239).

Freud compara os sintomas característicos da psicose com os sonhos, já que o sonho é a forma como funciona a mente quando está longe da realidade, no processo primário. Ao rerepresentar sua teoria dos sonhos nas *Novas Conferências Introdutórias* (1933[1932]/1996), afirma Freud:

O estado de sono implica um afastamento do mundo externo real, e aí temos a condição necessária para o desenvolvimento de uma psicose. O mais cuidadoso estudo das psicoses graves não nos revelará um único aspecto que seja mais característico desses estados patológicos. Nas psicoses, porém, o apartar-se da realidade é levado a cabo por duas espécies de vias: ou porque o reprimido inconsciente se tornou excessivamente forte, de modo a dominar o consciente, que se liga à realidade; ou porque a realidade se tornou tão intoleravelmente angustiante, que o ego ameaçado se lança nos braços das forças instintuais inconscientes, em uma revolta desesperada (pp. 27-28).

Nos artigos *Neurose e Psicose* (1924[1923]/1996) e *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924/1996), Freud detalha o que entende pelo processo de formação do sintoma psicótico. Este seria composto por duas fases: a primeira é a perda da realidade, face à angústia decorrente do conflito entre o ego e um fragmento insuportável da realidade. A segunda fase é a criação de um substituto para a realidade perdida, como “um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo” (Freud, 1924[1923]/1996, p. 169). A alucinação seria o retorno de um desejo inconsciente, vivenciado como uma percepção e o delírio passa a ser um esforço pra recuperar os vínculos perdidos com a realidade.

Tenenbaum (1999) investigou psicanaliticamente as psicoses, a partir das elaborações de Freud e as contribuições de psicanalistas estudiosos da psicose. Este autor reflete que a defesa contra a angústia de aniquilamento, decorrente da perda do objeto narcísico na psicose, é marcada pelo processo primário do pensar. Nessa compreensão, fragmentos da realidade são rejeitados por referirem uma angústia intolerável; representantes psíquicos intoleráveis são interpretados como vindos desde o exterior, a partir de uma lógica *ideográfica, autocrática*. Assim, interpretações delirantes ou alucinatórias são resultado do compromisso entre o processo primário e o processo secundário, feito em algum momento por um ego que passou pela experiência de desorganização. O afastamento da realidade presente nas psicoses seria a deformação do ego em decorrência de lacunas cognitivas, vazios na dinâmica intrapsíquica, os quais permitem o preenchimento pelo processo primário na criação de núcleos psicóticos. Estes núcleos seriam acionados por circunstâncias, situações específicas da experiência do indivíduo em sua interação com o ambiente, que promovem crises do tipo psicótico, e não necessariamente psicoses.

Winnicott (1983, 1998, 1990, 1994) teceu importantes contribuições para o estudo da psicose, principalmente sobre o ambiente do indivíduo. Para esse autor, a saúde mental é um produto do cuidado contínuo que torna possível o senso de ser, a continuidade do crescimento emocional pessoal e as construções criativas, como o brincar e o trabalho artístico (Winnicott, 1952/1988). Winnicott descreve o desenvolvimento emocional em termos de amadurecimento, crescimento originado de tendências inatas tornadas possíveis a partir da experiência com o meio. Segundo ele, o desenvolvimento se dá desde uma dependência absoluta do bebê em relação ao meio, passa por uma fase de dependência relativa e se direciona rumo à independência.

A partir deste enunciado, o amadurecimento do indivíduo depende, absolutamente, da adaptação ativa do ambiente às necessidades do bebê, o que permite que ele tenha sensação de continuidade de ser (*sense of being*, Winnicott, 1990). No início, o ambiente é essencialmente o cuidado materno. Winnicott salienta que não há lugar para perfeição, a mãe suficientemente boa se identifica com o seu bebê e pode oferecer a ele exatamente o que ele precisa, quando ainda é muito imaturo para tolerar fracassos. Essa adaptação ativa do ambiente é o que possibilita ao bebê introjetar o cuidado materno e, gradualmente, o torna capaz de tolerar alguns fracassos do meio, a partir de sua atividade mental (Winnicott, 1949/1988) e do desenvolvimento da

capacidade de estar só (Winnicott, 1958/1983). O ambiente pode, então, iniciar o processo de desadaptação e desilusão do bebê, que agora já pode tolerar a imperfeição do ambiente e a sua própria.

A natureza do trauma envolve fatores externos, ou seja, é do domínio da dependência. Em certa medida, todos somos ‘traumatizados’ por fracassos do ambiente, mas apenas quando a falha ocorre em um tempo ou dimensão que são incompreensíveis para o bebê, ou que ele seja incapaz de tolerar, aí sim decorre um trauma no sentido estrito do termo proposto por Winnicott (1965b/1994).

Traumas ocorridos durante a fase de dependência absoluta podem promover o que Winnicott denomina agonias impensáveis, essência das ansiedades psicóticas. A loucura original, experiência de uma agonia decorrente de um trauma por parte do ambiente, pertence a um estágio muito anterior à organização no ego dos processos mentais que abstraem as experiências catalogadas e apresentam-nas para uso em termos de lembrança consciente (Winnicott, 1965a/1994). Este tipo de trauma marca o aparecimento de elementos esquizoides ocultos em personalidades que são não-psicóticas em outros aspectos.

A partir desta perspectiva, Winnicott descreve a psicose como uma doença por carência ambiental (Little, 1992). O colapso emerge quando a organização de uma defesa egoica contra a agonia impensável fracassa (Winnicott, 1963/1994). Mais do que simplesmente a presença de alucinações ou delírios, a psicose, para Winnicott, é marcada pela experiência das agonias impensáveis e a decorrente desorganização das defesas egoicas contra elas:

Notar-se-á que embora haja valor em pensar que, na área das psicose, é a ansiedade de castração que jaz por trás das defesas, nos fenômenos mais psicóticos que estamos examinando é um colapso do estabelecimento do *self* unitário (Winnicott, 1963/1994, p. 71).

Assim, Winnicott compreende as enfermidades psicóticas como organizações defensivas relacionadas a um tipo de agonia primitiva, que será caracterizada a depender da qualidade da integração que sobreviveu à catástrofe do trauma. Os processos mentais lidam com os fracassos do meio, ligam a lacuna existente entre a adaptação completa e a incompleta: predição, compreensão, tolerância. Lacunas e peculiaridades presentes nos processos mentais estão, conseqüentemente, muito ligadas ao tipo de cuidado oferecido pelo ambiente, bem como a natureza de suas falhas.

O falso *self* tem, portanto, as características do ambiente deficiente, internalizadas, e funciona para proteger o verdadeiro *self* dessas deficiências e reagir “adequadamente” ao ambiente. É o que Winnicott (1952/1988) denomina como pseudomaturidade em um ambiente psicótico.

Quando o falso *self* é explorado e tratado como real, surge no indivíduo a sensação crescente de futilidade e desespero. Para Winnicott, há um pouco desse sentimento em todas as pessoas, devido às diversas possíveis falhas mesmo de um ambiente suficientemente bom na adaptação às necessidades de um indivíduo em amadurecimento. No entanto, falhas importantes podem acontecer antes que o indivíduo as perceba como privação ambiental (1959-1964/1983). Ainda indiferenciado do meio, o bebê as percebe como faltas suas.

O que a psiquiatria classifica como defesas primitivas é, de fato, a capacidade de um indivíduo de formar um compromisso entre as demandas de um ambiente deficitário e as demandas internas. Em certo sentido, as defesas manifestam a capacidade de se recusar a se adaptar, algo parecido com a capacidade de fazer escolhas (1990).

1.1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE PSICOSE E FAMÍLIA

O enfoque no ambiente, trazido por Winnicott, leva à necessidade de tecer algumas considerações sobre o envolvimento da família no desenvolvimento da psicose. A organização da defesa, provocada pela agonia original, é apresentada pelo indivíduo como uma síndrome. Winnicott postula que, em decorrência dos fracassos do ambiente, a personalidade é cindida e um falso *self* é construído na submissão às intrusões ambientais. O falso *self* pode ser satisfatório, pois contém as características do ambiente, mas só serve para proteger o verdadeiro *self*.

As crianças que não foram significativamente decepcionadas na etapa de dependência absoluta puderam construir uma estrutura de autoconfiança sobre a acumulação da confiabilidade introjetada. Elas acreditam na realidade e confiabilidade de si mesmas e do mundo. É difícil entender uma outra criança que carrega consigo, por toda a vida, agonias impensáveis decorrentes de deficiências na confiabilidade do meio. Um ambiente instável fracassa por ser imprevisível e intrusivo: ele interrompe a continuidade do ser e exige que o bebê reaja (falsamente, não por impulso próprio).

Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino (1998) desenvolveram uma influente teoria, do ponto de vista sistêmico, sobre o funcionamento de famílias com um membro psicótico. A partir dos atendimentos de várias famílias deste tipo, verificaram o que denominam de jogos psicóticos na família. Esta teoria será apresentada brevemente aqui, com vinculação à teoria do amadurecimento emocional de Winnicott. De acordo com Palazzoli *et al.* (1998):

Esbarramos freqüentemente em jogos ou manobras habilmente dissimulados que, no jargão de nossa equipe, habituamo-nos a chamar de *jogos sujos*. (...) Esses meios nos pareciam totalmente sujos porque o seu objetivo, tanto quanto conseguíamos entender, era mascarado e negado, para poder ser atingido mais facilmente. (...) A nossa hipótese era a de que o comportamento psicótico do paciente propriamente dito esteve em conexão direta com o *jogo sujo*. Repetidamente, estivemos perto de poder confirmar esta hipótese. Por exemplo, a explosão do comportamento psicótico havia ocorrido quando o paciente em questão se sentira traído ou, pelo menos, *enrolado* exatamente por aquele, dentre os dois pais, como o qual parecia sentir mais afinidade (p. 103, sic, grifos dos autores).

Nas famílias com um membro psicótico, Palazzoli *et al.* (1988) encontraram um tipo de funcionamento em que os enunciados afetivos são submetidos a contrações tático-manipulativas, dominadas pela advertência de que as coisas *nunca são demonstradas tal como são, mas amplamente ao contrário*. Do ponto de vista da adaptação, o discurso dos jogadores da família é desenvolvido mediante técnicas relativamente inconscientes e só parcialmente sujeito ao controle voluntário. No entanto, é de uma complexidade inimaginável, psicótica, aonde leva a falsificação voluntária de uma relação em um jogo tácito com táticas comportamentais e afetivas, amplamente não verbais.

A experiência advinda dos atendimentos de famílias psicóticas e o estudo dos jogos psicóticos levaram Palazzoli *et al.* (1998) ao desenvolvimento de um modelo diacrônico das etapas familiares desse jogo, dividido em seis etapas:

1) Impasse do casal: o jogo tem causalidade ancestral. A princípio, não há crises francas, apenas um contínuo provocativo que não sai do lugar. O impasse faz parte do jogo e evita a ruptura do casal e da família. Pode existir a impressão de que se trata de inimigos, prisioneiros do jogo que eles próprios criaram sem saber e que não estão em condições de interromper ou abandonar.

2) Enredamento do filho no jogo do casal: o filho pode se incomodar com uma injustiça, por perceber que já uma vítima – mas o que foge à sua percepção é que a suposta vítima também é jogadora. A “vítima” ou mesmo o casal pode oferecer ao filho de promessas ambíguas, nunca professadas, e ambigualmente negadas: não se trata da

oferta, de fato, de uma relação realmente compensatória e sim um laço que visa exclusivamente o provocador ativo. A isto se chama *duplo vínculo*: “em certo momento foi falsificado o pressuposto básico sobre o qual ele [o filho sintomático] construiu o seu próprio universo cognitivo e afetivo. Ele descobre o caráter instrumental da ligação que tinha com o seu suposto aliado” (Palazzoli *et al.*, 1998, p. 204).

3) 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.

4) Reviravolta do suposto aliado: o provocador ativo continua parecendo que ganhou, mas o passivo não se alia ao filho para destroná-lo; ao contrário, tudo se mantém do mesmo jeito, e o comportamento do filho não é suficiente para demover o impasse.

5) Explosão da psicose: o filho envolvido é abandonado.

A confusão psicótica é comparável à obscura sensação de que as cartas na mesa foram manipuladas, que os fundamentos lógicos do mundo e de seus significados foram revirados pelo avesso, visto que as previsões que se consideravam certas demonstraram estar erradas (Palazzoli *et al.*, p. 209).

Aliar-se ao pai “fraco” era a própria base da percepção do mundo: confusão que desorganiza (psicose). Despossuído de qualquer carta para jogar, ele sabe que o jogo é sujo e não pode fazer nada além de criar, narcisicamente, uma realidade em que as coisas façam sentido.

6) Estratégias baseadas no sintoma: o sintoma do filho foi criado dentro do jogo e tem por objetivo mantê-lo. Ele tem um poder patológico e os outros membros da família também elaboram suas estratégias com base no sintoma, com o efeito prático de mantê-lo.

Para estes autores, não é a negligência paterna *per se* que influencia ou determina a psicose infantil, já que a criança é um sujeito ativo no jogo dos pais.

O filho, prova do fracasso existencial da esposa-mãe, não está investido do real afeto do pai, que não consegue ver nele qualquer outra coisa que não o aborto educativo da mulher. O filho fica sendo o ‘pobrezinho’ de quem nada se pode exigir (Palazzoli *et al.*, 1998, p. 227).

1.2 PRÓDROMOS E INTERVENÇÃO PRECOCE

Os conceitos envolvidos no paradigma internacional da intervenção precoce são muito diferentes dos acima apresentados, próprios da psicanálise e da teoria sistêmica familiar. Cumpre apresentar os construtos básicos vinculados ao conceito de pródromo e às práticas mais tradicionais de intervenção precoce na psicose, porquanto caracteristicamente psiquiátricos.

Yung e McGorry (1996) descrevem o termo pródromo (do grego *prodromos*, aquilo que antecede um evento), utilizado em medicina clínica: são sintomas e sinais iniciais de uma doença, indicadores para intervenção em etapas precoces, na prevenção do potencial desenvolvimento agudo e crônico da doença. Estudos foram desenvolvidos em psiquiatria para investigar se as doenças mentais, notadamente a psicose, também possuem pródromos. Este tipo de pesquisa tem como objetivo elaborar abordagens preventivas da cronificação psicológica resultante da esquizofrenia, já que uma intervenção precoce minimiza o atraso entre o início da psicose e o tratamento. Para os autores, atuar precocemente pode reduzir os efeitos deletérios psicológicos, sociais e possivelmente biológicos da psicose.

A partir dessas pesquisas, diversos centros psiquiátricos desenvolveram programas de intervenção precoce e descreveram os sinais e sintomas prodrômicos da psicose (Addington & Mancuso, 2009; L'Heureux & Nicole, 2005; Nelson, Yuen & Yung, 2010; Ota, Obu, Sato & Asada, 2011; Preti & Cella, 2010; Yung, Philips, Yuen & McGorry, 2004; dentre outros). Esses estudos enfatizam as manifestações clínicas dos primeiros episódios psicóticos, anteriores à instalação da “doença” propriamente dita.

Segundo o DSM-IV (APA, 2000), pródromos são sintomas presentes antes da fase ativa da psicose, formas menos graves ou sub-limiare (*subthreshold*) dos sintomas positivos. Incluem crenças incomuns ou estranhas que não têm proporções deliroides, experiências perceptivas incomuns, discurso pouco compreensível, digressivo, vago ou por demais abstrato ou concreto e comportamento peculiar mas não grosseiramente desorganizado. Em adição a estes sintomas do tipo positivo (*positive-like*), sintomas negativos são comuns na fase prodrômica e frequentemente são bastante severos: indivíduos que eram socialmente ativos podem se tornar abstinentes, perder totalmente o interesse em atividades anteriormente consideradas prazerosas.

Um dos principais estudos desenvolvidos para definir critérios diagnósticos da fase prodrômica é o de Yung, Philips, Yuen e McGorry (2004). Nesse artigo, autores denominam a fase prodrômica como ultra alto risco de psicose (*ultra high risk*, UHR). Os critérios são agrupados em três tipos, segundo os requisitos descritos na Tabela 1.2. Variam entre sintomas atenuados, breves ou intermitentes e traços de personalidade que caracterizariam alto risco de psicose.

Tabela 1.2 Descrição dos critérios de ultra alto risco de psicose (UHR).

<i>Sintomas Psicóticos Atenuados</i> (<i>Attenuated positive psychotic symptoms, APS</i>)
<ul style="list-style-type: none">· Presença de ao menos um dos seguintes sintomas: ideias de referência, crenças bizarras ou pensamento mágico, distorção perceptiva, ideação paranoide, pensamento e fala bizarras, comportamento e aparência bizarras.· Frequência dos sintomas: ao menos algumas vezes na semana.· Caráter recente dos sintomas: presentes ao menos no último ano.· Duração dos sintomas: presentes por ao menos uma semana e não mais do que cinco anos.
<i>Sintomas psicóticos breves, limitados e intermitentes</i> (<i>Brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS</i>)
<ul style="list-style-type: none">· Sintomas psicóticos passageiros. Presença de ao menos um dos seguintes: ideias de referência, crenças bizarras ou pensamento mágico, distorção perceptiva, ideação paranoide, pensamento e fala bizarras.· Duração do episódio: menor do que uma semana.· Frequência dos sintomas: ao menos algumas vezes na semana.· Os sintomas tendem a se resolver por si próprios.· Caráter recente dos sintomas: presentes ao menos no último ano.
<i>Fatores de risco de traço e estado</i> (<i>Trait and State risk factors, Trait</i>)
<ul style="list-style-type: none">· Transtorno de personalidade esquizotípica no indivíduo identificado ou um parente de primeiro grau com transtorno psicótico.· Declínio significativo no estado mental ou funcionamento, mantido por ao menos um mês e não mais longo que cinco anos.· O declínio no funcionamento ocorreu no último ano.

Fonte: Yung, Philips, Yuen e McGorry, 2004 (adaptação).

Cannon *et al.* (2008) indicam que a confiabilidade dos critérios de pródromos é excelente e sugerem que a fase prodrômica é, de fato, *sintomática*. Essa fase indicaria risco alto e iminente de psicose. Gooding *et al.* (2010) descrevem como “*high risk of schizophrenia*” (alto risco de esquizofrenia) os primeiros descendentes de pais com esquizofrenia, claro enfoque na hipótese hereditária da psicose. O’Callaghan *et al.* (2010) descrevem pródromos como alterações precoces nas seguintes dimensões: atitude/pensamento, humor, comportamento/performance e somática. Uma revisão de literatura realizada por Malla e Paine (2005) indica a continuidade de dimensões sintomáticas desde estágios muito precoces antes do início da psicose, mas sem especificar qualquer sinal em particular.

A partir dos estudos sobre risco para a psicose, grupos internacionais têm desenvolvido programas de intervenção precoce. Diretrizes clínicas foram elaboradas na III Conferência Internacional de Intervenção Precoce nas Psicoses, realizada em Copenhague, em 2002. As considerações gerais da conferência foram sistematizadas por McGorry (2005); são posturas básicas para a prevenção dos efeitos negativos e cronicantes da psicose e para a promoção de saúde mental: identificação precoce, educação da comunidade, programas específicos, tratamentos farmacológicos não excessivos, intervenções psicossociais. Na intervenção precoce, tanto estados prodromicos quanto primeiros episódios devem ser detectados o mais cedo possível, por meio de instrumentos específicos e sensíveis. O tratamento oferecido deve ser multidisciplinar e cuidar do período crítico de recuperação, que pode durar até cinco anos após o primeiro contato com o serviço de saúde. Familiares e usuários dos serviços devem ser encorajados a participar na aplicação e monitoramento da intervenção precoce.

McGorry e Edwards (2002) salientam a importância da intervenção precoce em diversas esferas: individual, como a prevenção de efeitos negativos da psicose no funcionamento psicológico; social, com diminuição do estigma de doença mental e inclusão social precoce; econômica, na diminuição de hospitalizações e medicalizações prolongadas, dentre outras.

1.3 CONTRAPONTO À PSIQUIATRIA TRADICIONAL

As próximas considerações são uma tentativa de integrar os conhecimentos já apresentados até o momento com as devidas críticas, em um percurso que caracteriza a postura básica do GIPSI (Costa, 2010a).

As psicoses foram tratadas, no âmbito médico tradicional, como síndromes demenciais. O termo demência precoce se referia às manifestações sintomatológicas do que ficou conhecido como perda de contato com a realidade. A sintomatologia tradicional das psicoses concerne à esfera do pensar, da linguagem, organizada a partir de dois fenômenos principais: a alucinação e o delírio, acompanhados de outros sintomas primariamente cognitivos. Atualmente, as síndromes psicóticas foram fragmentadas e setorializadas em uma multiplicação de subtipos ao longo das várias nosografias psiquiátricas. A grande diversidade em que se apresentam os sintomas e

outras manifestações do “distanciamento da realidade”, estranhamento característico da psicose, reflete a complexidade envolvida no sofrimento psíquico das pessoas “psicóticas”. A tentativa feita pela psiquiatria é de descrever e compreender o fenômeno psíquico a partir do mesmo olhar da medicina somática. A esperança é de que, quando os avanços tecnológicos o permitirem, a descrição sintomatológica das síndromes “mentais” encontrará sua etiologia fisiológica, numa determinante finalmente neuroanatômica. A “alma” estará localizada em sua morada final: o sistema nervoso.

Com esse olhar, nas manifestações clínicas da psicose, tudo é significativo, mas nada tem significado. O fenômeno psicótico continua atrelado a noções de degeneração e deficiência. Se, com a ideia da causalidade psíquica, a degenerescência na psicose já não é mais somente orgânica, agora ela perpassa a dimensão psicológica e relacional. A estranheza da linguagem seria, então, expressão do acometimento mental (leia-se neuronal, cerebral) de que os psicóticos seriam vítimas.

Szasz (1979, 1960) critica a “verdade mentirosa” (*lying truth*) da psiquiatria. Para ele, a história da psiquiatria é perpassada por construtos falaciosos e o principal deles é o termo *doença mental*. Ele aponta a confusão epistemológica presente no dualismo simétrico entre sintomas mental e físico na metaforização do cuidado médico ao sofrimento psíquico. A noção de sintoma mental é intrinsecamente relacionada ao contexto social em que ele é fabricado, dado que rotular a fala de uma pessoa como um sintoma mental envolve a atribuição do julgamento do médico, a comparação entre as ideias e crenças do referido “paciente” e as do observador, ambos inseridos em uma cultura e uma história.

O que o psiquiatra considera como doença mental são comunicações, expressão de ideias quiçá inaceitáveis, organizadas em uma fala não usual, incomum. A categorização psiquiátrica refere a eventos tanto privados quanto interpessoais, históricos, a respeito dos quais o observador (quem faz o diagnóstico) também forma compromisso. Neste sentido, Szasz aponta para a especificidade ética necessária na reflexão da psiquiatria sobre suas próprias práticas, particularmente quando é envolvida a dimensão coercitiva.

A partir das classificações sindrômicas dos comportamentos, a psiquiatria não faz senão aumentar o fosso social existente entre normais e anormais, quando a mais saliente diferença entre eles é o nível de convencionalidade presente nas metáforas utilizadas em sociedade. Esse raciocínio tautológico, de que alguém é doido porque se

porta feito doido, torna difícil a distinção entre etiologia e semiologia. Cada sutileza no comportamento do paciente ganha um novo título, uma taxonomia sígnica que aparentemente refere à realidade, julgada no saber médico da época e a partir de ordens políticas imperantes as mais diversas. A palavra passa pela assepsia da semiologia clínica, a desconfiança e a angústia viram sintomas possivelmente neuronais e a prática coercitiva da psiquiatria demove o ser humano diferente, *não-normativo*, de sua linguagem e humanidade.

A perspectiva médica utiliza um absurdo lógico ao atrelar a loucura tão somente ao indivíduo. Costa (2003) argumenta, com Szasz, que, ao isolar a esquizofrenia, o psiquiatra não apenas identificou mais uma doença, mas justificou a prática estabelecida de confinar loucos mediante a hospitalização compulsória. Observem-se as denominações destinadas aos loucos; elas não descrevem o que há “de errado” com o paciente mais do que justificam o que o profissional faz com ele. Para o psiquiatra, uma vez reconhecida a doença, a institucionalização deve ser decidida. Por óbvio, essa decisão não cabe ao sujeito “esquizofrênico”; o reconhecimento da doença, desde o início, é um ato coercitivo.

Foucault (1975) também questiona o posicionamento da psiquiatria tradicional em estabelecer um paralelismo abstrato entre as duas formas de adoecimento, mental e físico. Para ele é impossível correlacionar conceitos da tradição da medicina orgânica e os da patologia mental, já que a psicologia da personalidade não ofereceu à psiquiatria a mesma contribuição que a fisiologia forneceu para a medicina.

Sobre as psicoses, Foucault defende que a descrição psiquiátrica da perda da realidade pressupõe, antes, a existência de um critério social da realidade, algo tangível que possibilita às pessoas afirmarem que acreditam no que os outros creem. Esse pressuposto desconsidera os momentos na interação do homem com seu meio em que o critério de realidade não tem valor absoluto. A depender de sua situação, de sua natureza, um indivíduo pode ser remetido a formas outras de crença, localizadas tanto em sua história pessoal quanto na história da humanidade. Assim o é para a apreciação das artes e para as experiências religiosas. No entanto, a loucura pretensamente não dispõe de uma intersubjetividade compartilhada; a pessoa não solidariza com o outro o seu critério da realidade, projeta seus desejos e temores em construções idiográficas, um entrelaçamento com o real na linguagem dos sonhos e dos desejos. A estranheza

percebida pelos psiquiatras no falar do psicótico é marca da não socialização dos significados e sentidos ali comunicados.

Em pensamento semelhante, Costa (2010a) salienta que o sofrimento psíquico, objeto da classificação presente na psicopatologia, é experiência de angústia, sempre presente na vivência humana. As várias manifestações possíveis do sofrimento psíquico remetem a valores culturais, compreensões filosóficas e éticas próprias da vivência humana. O psiquiatra, psicólogo, estudioso, enfim, o outro que se encontra com uma pessoa em sofrimento psíquico deve criticar o que é, de fato, aquilo que descreve como signo sintomatológico. A palavra louca, diferente da febre, é portadora de sentido e comunica, associa interlocutores. A medicina positivista, na ânsia de abandonar indícios enganadores, de sair do infinito da comunicação banal, busca o signo patognomônico das doenças mentais como se fosse possível saber sobre o real e afastar qualquer possibilidade de dúvida e engano de maneira definitiva.

Se o acesso ao louco, pelo psiquiatra moderno, toma a dupla rubrica do pitoresco e do compreensível em sua fala, o sentido epistemológico psiquiátrico vai do racional ao real, a aplicação de seu método científico é essencialmente realizante (Bachelard, 1978): foi a psiquiatria que tornou a esquizofrenia real. Assim, poderíamos pensar que as escolhas do psiquiatra em relação a quais são os signos dessa nova doença são aparentemente arbitrárias. *Aparentemente*, porque o cientista escolhe as variáveis segundo critérios próprios de sua prática e de seu paradigma, segundo a hierarquização dos caracteres e a função da ciência no contexto social em que o cientista está inserido. As categorias nosográficas, no caso do psiquiatra, não necessariamente existem, mas foram tornadas reais pela aplicação do raciocínio científico e pelo reconhecimento do psiquiatra.

Foucault argumenta que os modernos, ao criarem as nosografias, por exemplo, perderam o contato puro com a loucura. A nosografia fala como um monólogo da razão acerca a loucura, quando apenas a *experiência* da loucura se relaciona com algo de ontológico e marcado pela determinação social. Em *A história da loucura* (1978), Foucault investiga a transformação histórica não só do trato, mas também da experiência da loucura. Da excentricidade ao silenciamento, a loucura se torna o contraponto da razão, se torna *desrazão*. O olhar da medicina traduz essa transformação na seguinte sentença: a loucura é doença e a razão é saúde. Assim, ao fazer a história da loucura, o psiquiatra moderno faz também a história da razão, a loucura é a fronteira

que determina o interior. Para os modernos, o discurso do louco é uma alteridade radical e inacessível, a qual somente tem como referência de acesso a classificação científica, os construtos que margeiam os comportamentos e as emissões hormonais. O anormal se torna, então, aquele que preenche os critérios da psiquiatria, critérios esses que seriam, em verdade, classificações construídas no seio social.

Em *Psicopatologia I – Prolegômenos*, Martins (2005) reabre o estudo da psicopatologia, em uma problematização que foi esquecida e empobrecida por soluções tranquilizadoras, comuns à modernidade, quando a avidez se direciona à posse de princípios que afastem a dúvida e o desespero; que afastem, talvez, a loucura. Sua obra pretende trazer à tona tudo aquilo que tem facticidade como elemento essencial da psicopatologia. O autor qualifica o *pathos*, com Heidegger, como manifestação de uma realidade existencial, “um modo de ser momentâneo, duradouro ou permanente, carregado de subjetividade e capaz de comunicação intersubjetiva” (Martins, 2005, p. 37). De fato, traduzir *pathos* como disposição afetiva fundamental, permite à psicopatologia considerar a loucura como um destino possível da experiência humana. O *pathos* carrega, ao um só tempo, tanto a possibilidade de perda de harmonia quanto as formas mais sublimadas da existência.

Com Martins, Costa (2003) afirma que o *pathos* está na essência mesma do ser humano, não apenas no adoecimento. Ele descreve as principais dificuldades conceituais da nosografia clássica, mais detidamente nos seguintes pontos:

- o reducionismo do que sejam os primeiros sinais;
- a insuficiência de similaridades e diferenças significativas na descrição das “síndromes”;
- a descrição do *curso* de uma “doença” sem possibilidade de certeza sobre o desfecho do processo.

Assim, faltam, aos critérios diagnósticos, de curso e de prognóstico da esquizofrenia, questões científicas básicas: fidedignidade (confiabilidade), validade de construto e validade preditiva. O conceito de esquizofrenia fez, em 2011, seu centenário e ainda não existem requisitos consensuais mínimos para que este conceito seja cientificamente útil. Para Costa, o termo esquizofrenia está “inserido num jogo de linguagem não só histórico mas perpetrado por jogos de poder, de teorias conflitantes e achados empíricos questionáveis” (2003, p. 128).

Dentro dessa perspectiva, Costa cunhou o termo *sofrimento psíquico grave* para denominar um tipo específico de crises, alternativa ao conceito de esquizofrenia e seus correlatos mais imprecisos, como loucura ou psicose. *Sofrimento* por se tratar crises vivenciais intensas, *pathicas*, inerentes ao ser humano, à angústia que mobiliza proteção e suscita transformações. *Psíquico* porque essas crises não têm somente etiologia estritamente biológica, mas pertencem a uma causalidade psíquica, são também manifestações relacionais, comunicativas. *Grave* por ser vivência de ordem intensa e desorganizadora, não somente para o indivíduo, mas também para sua família, seu contexto social mais próximo, para os profissionais que tentam avaliar e oferecer tratamento, para a sociedade que se choca com a estranheza, para os sistemas políticos envolvidos na construção de rede institucional de saúde mental, enfim, mobilizadora para toda a sociedade. O sofrimento psíquico grave, portanto, tem características de desorganização, desarranjos, e ao mesmo tempo tem potencial transformador, de natureza *pathica*.

Essa perspectiva pretende desenvolver uma abordagem diferenciada do que se denominou loucura, psicose, esquizofrenia. A partir das críticas tecidas à visão tradicional da psiquiatria, o conhecimento do, ou sobre, o louco deve ser diferente, incluir a promoção de saúde mental, mais do que tão somente a medicalização da “doença mental” (Costa, 2010a).

1.3.1 REFORMULAÇÕES DO PARADIGMA INTERNACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE: GIPSI

A partir das reflexões críticas e filosóficas dos conceitos tradicionalmente empregados em psicopatologia, Costa criou, em 2001, o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (GIPSI/IP/UnB, Costa, 2010b). Diferente da maior parte dos grupos internacionais, o GIPSI é composto por equipe inter e multidisciplinar que acolhe pessoas em primeiras crises do tipo psicótico e suas famílias. Segundo o Manual do GIPSI:

o termo “do tipo psicótico” refere à fase prodrômica e aponta para dois aspectos fundamentais: 1) a vivência pode ser intensa, típica de um momento existencial, porém diferente do padrão da própria pessoa, que pode evoluir ou não para uma desorganização maior da atividade psíquica, e 2) neste momento específico ainda estão preservados os potenciais de retorno a uma atividade menos sofrida e, portanto, não necessariamente psicótica a priori (Costa, 2010b, p. 22).

O GIPSI tem por objetivos “identificar e tratar indivíduos que vivenciam a psicose em momento mais precoce possível” (Costa, 2010b, p. 8). A postura básica do grupo é de a) questionar conceitos tradicionais, b) articular saúde, ainda que diante de “doença” e c) incluir assistência à família e à rede quando acolher crises do tipo psicótico. Essa postura permite ao GIPSI transformar, adaptar o paradigma internacional de intervenção precoce nas psicoses, para construir de um modelo de referência brasileiro de atenção às primeiras crises do tipo psicótico, amparado no conceito de sofrimento psíquico grave e a partir da reflexão crítica da *psicopathologia*.

Coordenado pelo Prof. Dr. Ileno Costa, o GIPSI conta atualmente com 26 membros, entre estudantes de psicologia, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, residentes em psiquiatria, estudantes de graduação, mestrado e doutorado. Decide, caso a caso e em supervisão clínica, pelo oferecimento de psicoterapia individual e familiar, psicofarmacoterapia, acompanhamento psicossocial ou outros tipos de cuidados que o indivíduo e sua família demandem.

1.3.1.1 PSICODIAGNÓSTICO NO GIPSI

O GIPSI adota uma sistemática complexa de avaliação e psicodiagnóstico dos clientes em primeiras crises, administra diversos instrumentos de investigação individual e familiar, na compreensão dos fatores de crise e dos recursos disponíveis para enfrentamento.

Dentre os instrumentos utilizados⁴, destacamos o Método de Rorschach. Criado em 1921 por Hermann Rorschach (Rorschach, 1921/1967), o instrumento é utilizado em diversos contextos de psicodiagnóstico em todo o mundo. O Sistema Compreensivo (SC), desenvolvido por Exner (Exner, 1994, 1999, 2003; Exner & Sendín, 1999; Weiner, 2000) é compilação dos achados mais significativos das diferentes abordagens do método. A partir do SC, o Rorschach adquiriu qualidade de avaliação cognitiva dos processos de atenção, percepção, memória, tomada de decisões e análise lógica; bem como avaliação de imagens temáticas que envolvem processos de associação, atribuição e simbolização (Weiner, 2000). Essa avaliação investiga características de estrutura e

⁴ Os instrumentos aplicados na sistemática psicodiagnóstica do GIPSI são: Entrevista Psicodiagnóstica Individual (EPI), Exame Psíquico Global (EPG), Método de Rorschach, Entrevista Familiar Estruturada (EFE), Genograma, Mapa de Rede e Ecomapa. Além destes, outros instrumentos podem ser utilizados, a depender das especificidades de cada caso, conforme a necessidade de investigar outras dimensões.

dinâmica da personalidade do indivíduo, descreve processos perceptivos e associativos numa dupla e integrada abordagem de coleta e análise de dados: empírica (quantitativa) e conceitual (qualitativa).

Segundo Exner (2003), ao contrário de sistematizar comportamentos e sintomas, o Rorschach dá ênfase à personalidade do indivíduo, perfaz um recorte atual de suas condições psíquicas e relacionais para elaborar um psicodiagnóstico profundo e complexo, o que é consistente com a visão da psicopatologia crítica. Além disso, a própria natureza do método leva a pessoa a interpretar a mancha a partir de seu particular arcabouço de recursos e demandas. Assim, ela é levada a uma situação de resolução de problemas ambíguos, dos mais simples aos mais complexos, sempre ligado à sua própria integridade pessoal, a sua história pessoal e a seu padrão de relacionamentos (Yazigi & Gazire, 2002).

No SC compreende-se por estrutura a natureza do indivíduo, seus pensamentos e sentimentos atuais, que constituem estados da personalidade, suas disposições mais permanentes. Já a dinâmica é definida pelas necessidades, atitudes, conflitos e preocupações que influenciam o modo como uma pessoa pensa, sente e age. É o modo como diferentes elementos da estrutura influenciam-se mutuamente e interagem com o meio social (Weiner, 2000). Os dados obtidos a partir do Rorschach descrevem a personalidade, contribuem com a elaboração do psicodiagnóstico e com o desenvolvimento de recomendações terapêuticas relevantes.

Vários estudos foram empreendidos na investigação da psicose com o método de Rorschach. Acklin (1992) salienta a particular sensibilidade deste instrumento na avaliação de transtornos no pensamento. Hilsenroth, Fowler e Padawer (1998) indicam a alta preditividade psicodiagnóstica dos diversos índices utilizados no Rorschach. Hilsenroth, Eudell-Simons, Defife e Charnas (2007) afirmam o uso eficiente dos índices e constelações em diferentes países. O Rorschach é de uso importante em especial para a intervenção precoce, pois os resultados são obtidos com rapidez e grande complexidade (Ilonen *et al.*, 1999). Ainda outra vantagem importante do Rorschach no SC é a baixa influência de sugestibilidade, aceitabilidade social e outras manipulações deliberadas (Gacono & Meloy, 1994; Groth-Marnat, 2003; Viglione, Perry & Meyer, 2003).

O Sistema Compreensivo possui seis constelações: Índice de Hipervigilância HVI; Índice de Obsessividade, OBS; Constelação de Suicídio, S-CON; Índice de

Depressão, DEPI; Índice de Déficit Social, CDI e o Índice Percepção e Pensamento, PTI. Estes são agrupamentos de variáveis com significância estatística e que podem auxiliar na construção de hipóteses diagnósticas. Em relação às psicoses, destacamos o PTI, utilizado na identificação de distorções cognitivas, transtornos no pensamento e comprometimento no teste de realidade (Hilsenroth, Eudell-Simons, Defife & Charnas, 2007). Estudos indicam sua eficácia na diferenciação de pacientes diagnosticados no espectro psicótico de outros tipos de pacientes (Dao & Prevatt, 2006; Ilonen, *et al.*, 1999; Jorgensen, Andersen & Dam, 2000; Klonsky, 2004) ou indivíduos não pacientes (Jorgensen, Andersen & Dam, 2000). O índice agrupa indicadores de transtorno cognitivo de maneira dimensional, sem reportar especificamente a categorias diagnósticas sintomatológicas. Isso permite vislumbrar efetivamente quais são as funções psíquicas comprometidas e quais são os recursos para enfrentamento que permanecem preservados.

Outras constelações importantes no estudo das primeiras crises com o Rorschach são o CDI e o DEPI (Costa, 2011). O CDI é considerado medida de inabilidade social, dificuldades no enfrentamento do estresse social, relaciona-se a comprometimentos no trato social (Exner, 2003). O DEPI está associado a componentes de depressividade e disforia da personalidade, elementos relacionados a quadros depressivos mais persistentes, engloba aspectos relacionais, cognitivos e afetivos de depressividade, pessimismo e dificuldades no devir (Carlson, Kula & Laurent, 1997).

As constelações e outros índices do SC possuem características amplamente quantitativas, as quais requerem, por óbvio, sua qualificação junto à estrutura e dinâmica da personalidade do indivíduo avaliado. Por isto, todos esses agrupamentos quantitativos são revisitados e qualificados dinamicamente no esboço de um quadro, circunscrito no tempo, dos traços e estilos da personalidade de uma pessoa.

Por todas estas características, o GIPSI entende o Rorschach como instrumento psicológico consistente com a visão crítica necessária para a compreensão psicopatológica do sofrimento psíquico. Em estudo anterior com o Rorschach na clientela do GIPSI, Costa (2011) agrupou um conjunto de variáveis, indicativas de sofrimento psíquico grave, com caráter prodrômico. Dados encontrados sugerem uma Constelação Prodrômica. Abaixo está uma descrição dos passos para esta constelação.

- 1) Não posituação do PTI, o que indica a não cronicidade dos indivíduos avaliados.
- 2) Posituação da constelação DEPI;
- 3) Posituação da constelação CDI;
- 4) $Mu > Mo$;
- 5) A & Ad elevados;
- 6) $GHR < PHR$;
- 7) FQu elevado;

A constelação é positiva caso os itens 1 a 3 sejam encontrados e ao menos 2 dos itens de 4 a 7 sejam marcados. A posituação das constelações DEPI e CDI seriam indicadores das dificuldades afetivas e interpessoais encontradas nos clientes do GIPSI. Já os índices $Mu > Mo$ e FQu sinalizam a perspectiva mais idiográfica, excêntrica, das percepções destes indivíduos. Podem ser vistas com estranhamento por parte de outras pessoas mas, ao mesmo tempo, podem ser recursos importantes relacionados à criatividade. As variáveis A & Ad elevados e $GHR < PHR$, por sua vez, indicam dificuldades interpessoais importantes. Essa constelação seria o primeiro passo na construção de indicadores mais sensíveis e específicos a serem utilizados pelo GIPSI na identificação de pessoas em primeiras crises do tipo psicótico.

O presente estudo teve por objetivo geral investigar, através da análise de protocolos de Rorschach, os aspectos estruturais e dinâmicos da personalidade de indivíduos em primeiras crises do tipo psicótico, em atendimento individual e familiar pelo GIPSI. Os objetivos específicos incluem:

- 1) Descrição e sistematização dos dados de protocolos dos clientes do GIPSI na fundamentação da possível Constelação Prodrômica;
- 2) Auxiliar no questionamento de conceitos tradicionais de psicose, particularmente o de pródromo;
- 3) Fundamentar a sistemática de avaliação e psicodiagnóstico do GIPSI, na construção de modelo brasileiro de referência na intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótico.

Com o refinamento dos estudos anteriores e a integração da visão *psicopatológica*, este é um estudo importante para as pesquisas desenvolvidas no GIPSI. Procuramos vincular o referencial winnicottiano e o palazzoliano na interpretação e integração dos dados do Rorschach e na compreensão dos fenômenos investigados. Por entendermos que estas abordagens permitem uma compreensão extensa e crítica, as conclusões e considerações aqui derivadas podem, de maneira geral, contribuir para melhor constituir as práticas de detecção precoce, fundamento importante da intervenção precoce, mas à moda do GIPSI.

CAPÍTULO 2

PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

*À medida que dizia isto, passava o dedo nos contornos das manchas e então pude ver tudo aquilo que ele havia descrito.
(Merejkowski, 1945).*

O Método de Rorschach é cunhado a partir de seu criador, o psiquiatra suíço Hermann Rorschach. Em sua monografia *Psicodiagnóstico* (1921/1967), Rorschach desenvolveu o que chamou de experimento psicológico de interpretação de formas fortuitas: 10 manchas de tinta simétricas, não figurativas, serviam de estímulo perceptivo para coleta de dados objetivos de pacientes psiquiátricos. O conjunto de manchas era apresentado a cada paciente a partir de um procedimento padronizado, cuja principal pergunta é “o que isto poderia ser?”. A partir das respostas, Rorschach desenvolveu critérios específicos de codificação, com base nas diferenças que observou entre grupos de diferentes classes nosológicas. Trata-se de uma tarefa perceptiva com características objetivas importantes, Rorschach destaca a potencial utilidade do exame para avaliação da estruturação cognitiva. Seus achados, contagens, razões e percentagens, dados quantitativos, permitem inferências de características da personalidade e uma sistemática psicodiagnóstica.

O primeiro esforço de Rorschach caracterizava um percurso em direção à objetividade, obrigatória para o fazer científico da época. No entanto, devido à morte prematura de Rorschach, apenas meses após a publicação de sua monografia, esse trabalho foi interrompido ainda no início. Os anos seguintes foram marcados por uma série de estudiosos que intentaram explorar muito mais aspectos da personalidade, para além da avaliação objetiva da estruturação cognitiva, que constava no manuscrito originário.

Algumas das maiores contribuições tecidas por clínicos de orientação psicanalítica, que passaram a fazer uso do conjunto de manchas e do procedimento de Rorschach com maior enfoque na análise temática das respostas, sentimentos subjacentes, elementos simbólicos, dentre outros. A contribuição da psicanálise para o

método confere às respostas a análise de processos de associação livre, projeção e simbolização. Para esses autores, mais do que uma tarefa cognitiva, o processo de responder ao Rorschach induz à fantasia e à atividade projetiva. Autores como o alemão Klopfer (1946), o americano Schafer (1954, conforme Weiner, 2000), as francesas Trautenberg (1970) e Chabert (1993) foram essenciais na investigação das características projetivas, subjetivas, simbólicas e temáticas do método de Rorschach como investigação profunda da personalidade, conflitos internos e mecanismos de defesa.

São vários os métodos diagnósticos assim denominados projetivos, como o Desenho da Casa, Árvore, Pessoa e Família (HTP-F), o Teste de Apercepção Temática (TAT), Desenho da Figura Humana (DHF), dentre outros (Anzieu, 1978). Essas técnicas, assim como o Rorschach, podem contar com aspectos numéricos, estatísticos, quantitativos, mas possuem sua maior contribuição na integração com a análise qualitativa, projetiva. O termo projeção é utilizado largamente pela tradição psicanalítica; compreende uma operação defensiva em que indivíduo expulsa de si qualidades, sentimentos e desejos que desdenha e recusa de si próprio. Ao expulsar tais elementos, ele os localiza no outro, em pessoas ou coisas (Chabert, 2004).

Considerando a grande diversidade de abordagens do Rorschach, Exner e seus colaboradores (2003) se empenharam na sistematização das variáveis mais válidas e fidedignas de cinco das mais utilizadas abordagens do Rorschach. Foi criado o Sistema Compreensivo (SC), como resposta às críticas metodológicas e conceituais, feitas por estudiosos ao longo dos anos, que questionavam a viabilidade científica das variáveis utilizadas na avaliação de Rorschach, bem como outros problemas epistemológicos no uso do método para psicodiagnóstico.

São formuladas diversas críticas ao método de Rorschach, independente da abordagem utilizada. De fato, todo o processo de avaliação psicológica passa por muitas dificuldades e entraves, particularmente na integração de diferentes vertentes teóricas e metodologias aplicadas. A separação entre a psicometria (mensuração de traços psicológicos quantificáveis, comparação de indivíduos a estatísticas descritivas) e a compreensão dinâmica (interpretação temática subjetiva, investigação da dinâmica de estruturas internas, seus conflitos, formações fantasiosas e mecanismos de defesa)

implica distanciamento e dificuldade de integração entre uma série de dualidades fundamentalmente significativas em psicologia clínica:

Objetivo	Subjetivo
Quantitativo	Qualitativo
Nomotético	Idiográfico
Perceptivo	Projetivo
Descritivo	Interpretativo
Classificativo	Compreensivo

O SC apresenta intensa tentativa de integração entre algumas destas dualidades, em um esforço no sentido da cientificidade e flexibilidade do método como instrumento de investigação da personalidade e construção de hipóteses diagnósticas. No entanto, várias críticas ainda são feitas, em diferentes esferas. A maior parte das críticas feitas ao SC compreende uma das áreas acima (uma sistematização das principais críticas ao sistema pode ser encontrada no Capítulo 3: *Controversy, Criticism and Decisions*, de Exner, 2003). Groth-Marnat (2003) expõe, de maneira simplificada, os quesitos a serem avaliados para verificar a cientificidade e flexibilidade de um método psicodiagnóstico. Estudos mais recentes sobre o SC (Groth-Marnat, 2003; Mihura, Meyer, Dumitrascu & Bombel, 2012; Viglione & Hilsenroth, 2001) tendem a se concentrar na resolução de controvérsias nos seguintes quesitos:

- Orientação teórica

Examinador: compreende os construtos teóricos utilizados para interpretar os índices?

Itens: correspondem de fato à descrição teórica do construto sendo medido?

- Considerações práticas

Examinado: possui as habilidades básicas para completar a tarefa (linguagem, habilidades cognitivas, restrições quanto a sistemas sensoriais etc.)?

Teste: demanda estruturas física e temporal possíveis?

- Padronização

População: há estatísticas normativas específicas (subgrupos, amplas amostragens)?

Instruções: são claras e possíveis para a situação em questão?

- Fidedignidade

Verificar fidedignidade (confiabilidade, consistência) quanto a:

- tempo (teste-reteste),
- construtos (formas alternativas),
- traços (confiabilidade do desempenho) e
- avaliadores (*interscorer* ou *interrater*).

- Validade

Verificar precisão, se o teste realmente mede o que se propõe quanto ao:

- conteúdo (*content e face validity*),
- critério (*concurrent e predictive validity*) e
- construto (sensibilidade e especificidade).

Abordar a validade clínica, a partir de sua utilização no contexto prático.

A maioria desses termos advém da tradição psicométrica, mas passaram por diversas transformações que possibilitam sua aplicação também para técnicas qualitativas contemporâneas. Considerar essas questões auxilia o pesquisador em psicodiagnóstico a buscar, em sua pesquisa, o rigor científico necessário. O Sistema Compreensivo possui vasta literatura acerca de estudos realizados para padronizar o método e verificar validade e fidedignidade de suas variáveis. Esses estudos foram sistematizados na última edição do grande manual técnico do método (Exner, 2003). O acesso a esses estudos pode auxiliar o pesquisador a avaliar se a técnica em questão possui características adequadas para os objetivos de sua pesquisa.

Vários autores têm dado continuidade e contribuições ao trabalho de Exner (Hilsenroth & Segal, 2004; Meyer, Erdberg & Shaffer, 2007; Mihura, Meyer, Dumitrascu & Bombel, 2012; Nascimento, 2010; Viglione 2002; Weiner, 2000, dentre outros) e já oferecem algumas soluções para grande parte dos questionamentos e críticas quanto ao Sistema Compreensivo como método científico. Os dados desta técnica

podem ser, portanto, utilizados em delineamentos de pesquisa qualitativo, quantitativo ou misto, a depender de como se procede a análise dos dados.

O SC pode ser utilizado como técnica de pesquisa em psicodiagnóstico quando um quadro sobre as características estruturais e dinâmicas de personalidade de uma pessoa fornece os dados necessários para os objetivos da pesquisa. Considerando este quadro como algo limitado, circunscrito no tempo e não vinculado a categorias diagnósticas clássicas, um estudo em psicodiagnóstico pode se beneficiar dos dados levantados pelo instrumento. A depender da maneira como se procede a análise dos dados, podem ser tecidas recomendações interventivas, considerações terapêuticas e há forte indicação para psicodiagnóstico e diagnóstico diferencial de aspecto dinâmico.

Limitações relacionadas à administração do Rorschach incluem dificuldades com o treinamento do próprio examinador. Estima-se que é necessário amplo treinamento do examinador para que a aplicação, codificação e interpretação alcancem os parâmetros de cientificidade descritos nas pesquisas realizadas (Exner, 1999; 2003). Além disso, para uso em populações clínicas, se recomenda cuidado para que a aplicação não ocorra durante a crise ou a fase mais aguda de um episódio de sofrimento psíquico. Sem os cuidados iniciais indispensáveis, o examinado não será tão colaborativo e participativo; questões de adequação das considerações práticas do teste estão em jogo. No estudo com pessoas em crise, a administração de um método diagnóstico tão ambíguo e potencialmente mobilizador pode ser impossível e até mesmo danosa para o examinado.

Em suma, o Rorschach é de difícil aplicação por conta de sua complexidade, das frequentes controvérsias existentes, do uso recente de um único sistema, dentre outras dificuldades. Neste capítulo, pretendemos apresentar dados básicos do método, dos procedimentos de administração, coleta, análise e interpretação dos dados. Para maiores explicitações, recomendamos a leitura dos manuais originais de Exner (1999, 2003; Exner & Sendín, 1999) e as leituras adicionais de Weiner (2000) e dos volumes adicionais de Exner (1994, 1999, 2005).

2.1 ADMINISTRAÇÃO

Os procedimentos da técnica são características de como o método pode constituir levantamento de amostra do funcionamento de uma pessoa diante de uma atividade amplamente ambígua. Em uma situação de avaliação, o examinador e o examinado possuem, de fato, atribuições assimétricas, porém, por estarem sentados lado a lado, a assimetria é atenuada pela distribuição menos diretiva do que é usual em procedimentos mais estruturados.

Durante a fase de respostas, por muitos denominada fase de associação livre, ao examinado são apresentadas manchas de tinta fortuitas, não estruturadas, às quais se pergunta: “*o que isto poderia ser?*”. A breve instrução tem por objetivo deixar a tarefa o mais ambígua possível. Caso o examinado faça perguntas sobre o procedimento, o examinador se limita a responder “*como você quiser*”.

Após completada a fase de respostas, há um momento de retomada das respostas dadas, chamada de fase de inquérito. Neste segundo momento, interessa ao examinador inquirir sobre três aspectos da resposta dada: onde foi vista, o que foi visto e o que determinou a resposta. O examinador bem treinado procede com a investigação sobre características das respostas do examinado de modo a levá-lo às suas próprias respostas, o influenciando somente quando estritamente necessário.

2.2 CODIFICAÇÃO

Após a administração, as respostas devem ser codificadas quanto a nove categorias principais: localização (Loc.), Qualidade Evolutiva (DQ), Determinante (Det.), Qualidade Formal (FQ), Par ((2)), Conteúdo (Cont.), Populares (P), Atividade Organizativa (Nota Z) e Códigos Especiais (Cód. Esp.). As seções a seguir buscam sintetizar, descrever sumariamente as categorias de codificação. As tabelas a seguir foram desenvolvidas a partir do material constante no principal manual do SC (Exner, 2003). É tradicional manter a maior parte das siglas na língua inglesa.

2.2.1 LOCALIZAÇÃO (LOC)

Os códigos de localização classificam qual parte da mancha foi considerada na elaboração da resposta.

Tabela 2.1 Codificação de localização.

Símbolo	Definição	Critério
W	Global (Whole)	Toda a mancha foi utilizada na resposta.
D	Detalhe comum	Um detalhe comum da mancha foi utilizado na resposta.
Dd	Detalhe incomum	Um detalhe pouco frequente foi utilizado na resposta.
S	Espaço em branco	Uma parte do espaço em branco da mancha foi utilizada (é codificado apenas em conjunto com um dos outros símbolos: WS, DS ou DdS).

Fonte: Exner, 2003.

2.2.2 QUALIDADE EVOLUTIVA (DEVELOPMENTAL QUALITY, DQ)

Alguns objetos contidos na resposta podem ou não ter demanda específica de forma. Os códigos de qualidade evolutiva implicam uso ou não da demanda de forma em um ou mais objetos da resposta, bem como se existe relação significativa entre esses objetos no contexto da resposta.

Tabela 2.2 Codificação de qualidade evolutiva.

Símbolo	Definição	Critério
+	Sintetizada	Dois ou mais objetos em relação significativa, ao menos um possui demanda de forma.
o	Ordinária	Um ou mais objetos, todos com forma específica, sem relação significativa entre eles.
v	Vaga	Um ou mais objetos, sem qualquer demanda de forma ou relação significativa.
v/+	Vaga sintetizada	Dois ou mais objetos, todos sem demanda de forma, com relação significativa entre eles.

Fonte: Exner, 2003.

2.2.3 DETERMINANTES (DET)

O determinante informa sobre qual característica da mancha foi utilizada na formulação da resposta; isto determina o porquê do examinado ter dado esta resposta. Caso mais de um determinante esteja presente, são inclusos determinantes secundários e este é denominado *Blend* ou determinante misto.

Tabela 2.3 Codificação de determinantes.

Símbolo	Definição	Critério
F	Forma pura	Apenas a forma determina a resposta.
M	Movimento Humano	Explicitação de atividade humana característica (pode ser um percepto humano, animal ou de outro tipo). Todos os movimentos vêm acompanhados de códigos sobrescritos: ^a (ativo), ^p (passivo) ou ^{a-p} (ativo-passivo).
FM	Movimento Animal	Explicitação de atividade animal característica (pode ser um percepto humano, animal ou de outro tipo).
m	Movimento Inanimado	Explicitação de movimento em objetos ou seres inanimados da natureza ou atribuição de tensão.
FC, CF, C Cn	Resposta cromática	A cor é determinante. Nas respostas de cor, de sombreado ou de reflexo, a demanda de forma pode também estar presente, de forma mais ou menos dominante (FC ou CF), ou estar ausente (C). A cor cromática pode vir nomeada (Cn).
FC', C'F, C'	Resposta acromática	A cor preta, cinza ou branca é determinante.
FD	Forma-dimensão	Características de tridimensionalidade determinadas por diferenças no formato do percepto.
FV, VF, V	Vista	Características de tridimensionalidade atribuídas ao sombreado.
FT, TF, T	Textura	Características táteis explícitas são atribuídas ao sombreado.
FY, YF, Y	Sombreado difuso	Características de contraste claro-escuro são atribuídas ao sombreado.
(2)	Pares	Dois perceptos semelhantes simétricos são identificados na resposta.
Fr, rF	Reflexo	Característica de espelho, refletido, são atribuídas ao percepto.

Fonte: Exner, 2003.

2.2.4 QUALIDADE FORMAL (FORMAL QUALITY, FQ)

É a classificação da adequação da forma do percepto aos contornos da mancha. Respostas sem forma não recebem este código.

Tabela 2.4 Codificação de qualidade formal.

Símbolo	Definição	Critério
+	Superelaborada	Características da forma são superenfatizadas na elaboração da resposta.
o	Ordinária	O percepto corresponde aos contornos da mancha ou do detalhe e é muito comum.
u	Incomum	O percepto corresponde aos contornos da mancha ou do detalhe, mas não é muito comum.
-	Menos	O percepto não corresponde aos contornos da mancha ou do detalhe.

Fonte: Exner, 2003.

2.2.5 CONTEÚDO

O conteúdo do percepto é classificado em uma das seguintes categorias. Caso mais de um conteúdo se aplique, codificam-se conteúdos secundários.

Tabela 2.5 Codificação de conteúdo.

Símbolo	Descrição	Critério
H	Humano inteiro	Percepto humano inteiro.
Hd	Humano parcial	Parte do corpo humano, exceto órgãos internos.
(H)	Para-humano inteiro	Percepto para-humano inteiro.
(Hd)	Para-humano parcial	Parte de percepto para-humano.
Hx	Experiência humana	Atribuição de experiência ou sentimento humano.
A	Animal inteiro	Percepto animal inteiro.
Ad	Animal parcial.	Parte do corpo de animal, exceto órgão interno.
(A)	Para-animal inteiro	Percepto para-animal inteiro.
(Ad)	Para-animal parcial	Parte de percepto para-animal.
Bt	Botânica	Plantas, vegetação.
Ls	Paisagem	Percepto de paisagens, exceto vista aérea.
Na	Natureza	Elementos da natureza que não se enquadram em Bt, Cl ou Ls (água, gelo, rochas etc.).
Ge	Geografia	Percepto de mapas ou vista aérea.
Cl	Nuvem	Percepto de nuvem.
Cg	Vestuário	Perceptos de vestuário.
Art	Arte	Percepto de arte.
Ay	Antropológico	Atribuição de característica cultural, antropológica.
An	Anatomia	Percepto de órgão interno.
Xy	Radiografia	Percepto de radiografia, tomografia.
Bl	Sangue	Percepto de sangue.
Sx	Sexo	Percepto de órgão sexual.
Ex	Explosão	Percepto de explosão.
Fi	Fogo	Percepto de fogo ou fumaça.

Fonte: Exner, 2003, continua.

Tabela 2.5 Codificação de conteúdo (continuação).

Fd	Comida	Percepto de comida humana ou animal (própria para a espécie).
Hh	Itens domésticos	Perceptos de itens domésticos.
Sc	Ciência	Perceptos de criações científicas ou tecnológicas.
Id	Idiográfico	Perceptos que não se enquadram em qualquer das outras categorias.

Fonte: Exner, 2003.

2.2.6 PARES, POPULARES e ATIVIDADE ORGANIZATIVA (NOTA Z)

Perceptos identificados em pares (são dois, um casal, um par) recebem o código (2). Respostas de reflexo não recebem par.

Cada mancha possui tipos de respostas muito comuns, de frequência estatisticamente relevante, que são codificadas como Popular, com o símbolo P.

Três tipos de respostas recebem nota de atividade organizativa, ou Nota Z: W que não tenha DQv; D ou Dd com + ou v/+; ou respostas S em que o espaço em branco foi integrado a outras partes da mancha. A nota varia de valores a depender da mancha.

Tabela 2.6 Codificação de Atividade Organizativa.

Símbolo	Descrição	Critério
ZW	Nota Z Global	Respostas globais que não sejam vagas recebem ZW.
ZA	Nota Z Adjacente	Respostas de detalhe em que dois perceptos com relação significativa estão adjacentes (se tocam).
ZD	Nota Z Distante	Respostas de detalhe em que dois perceptos com relação significativa estão distantes.
ZS	Nota S Espaço em branco	Respostas S em que o espaço em branco é integrado ao restante da mancha.

Fonte: Exner, 2003.

2.2.7 CÓDIGOS ESPECIAIS

Respostas com características muito particulares, seja de elaboração mórbida, bizarra ou de deslizes na fala, ou que tenham características específicas são codificadas com um código especial. Seis dos Códigos Especiais são denominados Críticos, indicam

deslizes cognitivos, de leves a mais graves. A depender do grau de bizarria, podem ser de nível 1 ou 2 (exceto ALOG e CONTAM).

Tabela 2.7 Codificação dos Códigos Especiais.

Códigos Especiais Críticos Verbalizações desviantes		
Símbolo	Descrição	Critério
DV	Verbalização desviante	Uso de palavras inadequadas ou inexistentes (neologismos, redundâncias etc.).
DR	Resposta desviante	Respostas que desviam ou se distanciam da tarefa do teste.
Combinações Inapropriadas		
Símbolo	Descrição	Critério
INCOM	Combinação incongruente	Características incongruentes são atribuídas a um percepto.
FABCOM	Combinação fabulada	Características incongruentes são atribuídas na relação entre dois ou mais perceptos.
CONTAM	Contaminação	Duas ou mais impressões foram fusionadas, sobrepostas, formando uma única resposta.
ALOG	Lógica inapropriada	Uso de lógica forçada e incoerente para justificar a resposta
Outros códigos especiais		
Símbolo	Descrição	Critério
PER	Personalizado	Uso de justificativas pessoais para a resposta.
PSV	Perseveração	Repetição da mesma resposta ou mesmo objeto em diferentes respostas.
COP	Cooperação	Resposta de movimento em que há clara cooperação entre dois ou mais perceptos.
AG	Agressão	Resposta de movimento em que há clara agressão entre dois ou mais perceptos.
MOR	Mórbido	Característica mórbida, danificada, negativa atribuída à resposta.
AB	Abstração	Característica abstrata, simbólica, atribuída à resposta.
CP	Projeção de cor	Percepção de cor em prancha acromática.
Representação humana		
Respostas de conteúdo H, (H), Hd, (Hd), com M ou que FM com AG ou COP.		
Símbolo	Descrição	Critério
GHR	Representação humana boa	Perceptos humanos inteiros, ou para-humanos, sem códigos especiais ou FQ-
PHR	Representação humana pobre	Perceptos humanos parciais ou animais com movimento humano, com códigos especiais ou FQ-.

Fonte: Exner, 2003.

2.2.8 SUMÁRIO ESTRUTURAL

Os dados da codificação são organizados em um Sumário Estrutural, o qual tem a função de direcionar a atenção para razões e proporções interpretativas. Existem alguns softwares destinados à elaboração de Sumários Estruturais para o SC, como o RIAP, *Rorschach Interpretation Assistance Program* (Exner, Weiner & PAR Staff, 2004) e o Ror-Scan, *Rorschach Interpretative System*, v.6.05 (Carracena, 2005).

O Sumário se divide em duas partes. A parte superior contém informações numéricas e frequências dos códigos.

Tabela 2.8 Dados do Sumário Estrutural - Primeira Parte.

Atividade organizativa	
Zf	Número de respostas que receberam nota Z.
ZSum	Soma das notas Z.
ZEst	Soma estatisticamente esperada para o número de notas Z.
Zd	Posição da soma das notas Z em relação ao esperado estatisticamente.
Localizações (Loc)	Número de respostas W, D, W+D, Dd e S.
Qualidade evolutiva (DQ)	Número de respostas +, o, v e v/+.
Determinantes	
Determinantes mistos (Blends)	Lista de determinantes mistos.
Determinantes	Frequência cada um dos determinantes.
Qualidade formal	
FQx	Número de respostas +, o, u e -.
MQual	Número de respostas M com +, o, u e -.
W+DQual	Número de respostas W e D com +, o, u e -.
Conteúdo	Frequência de cada um dos conteúdos.
Sequência de localização	Sequência em que aparecem as localizações em cada uma das pranchas.
Códigos Especiais	
Códigos Especiais Críticos	Número de respostas com DV, INCOM, DR, FABCOM, ALOG ou CONTAM.
Soma dos Códigos Especiais Críticos (Sum6)	Frequência de todos os códigos especiais críticos.
Soma Ponderada (WSum6)	Soma Ponderada dos códigos, com consideração pelos valores de cada um dos códigos.
Códigos Especiais Simples	Número de respostas com cada um dos códigos especiais

Fonte: Exner, 2003.

A segunda parte do sumário, a Seção Principal, contém razões, proporções e derivações interpretativas, organizadas em agrupamentos.

Tabela 2.9 Dados do sumário Estrutural - Seção Principal.

Número de Respostas (R)	Número total de respostas
Lambda (L)	F/R-F
Tipo Vivencial (Erlebnistypus, EB)	M:WSumC
WSumC	$(0,5) \times FC + (1,0) \times CF + (1,5) \times C$
Vivência atual (EA)	M+WSumC
Vivência pervasiva(EBPer)	Subtração do maior valor da EB pelo menor.
Experiência base (eb)	FM+m:SumSH
Estimulação vivenciada (es)	FM+m+SumSH
Nota D	EA-es e consulta à tabela (Exner, 2003, Tabela 10.4).
es ajustada (Adjes)	Subtraem-se todos exceto 1m e 1Y da es.
D ajustada (AdjD)	EA-Adjes e consulta à tabela.
Seção Ideação	
Razão ativo:passivo (a:p)	Ma+FMa+ma:Mp+FMp+mp
Razão M ativo:passivo	Ma:Mp
Índice de Intellectualização	2AB+(Art+Ay)
Seção Afetos	
Razão Forma-Cor	FC:CF+C
Razão de constrição	SumC':WSumC
Quociente afetivo (Afr)	Respostas dadas nas VIII+IX+X/Restante de respostas.
Razão de prevalência de forma nas respostas de Cor	FC:CF+C
Seção Mediação	
Forma Apropriada Estendida (XA%)	FQ+, o ou u/R
Forma Apropriada em Áreas Comuns (WDA%)	FQ+, o ou u em W e D/W+D
Forma Distorcida (X-%)	FQ-/R
Forma Convencional (F+%)	FQ+ e o/R
Forma Incomum (Xu%)	FQu/R
Seção Processamento	
Índice de Economia	W:D:Dd
Índice de Ambição	W:M
Eficiência no Processamento (Zd)	Zsum-Zest

Fonte: Exner, 2003, continua.

Tabela 2.9 Dados do sumário Estrutural - Seção Principal, continuação.

Seção Interpessoal	
Interesse Interpessoal (ContH)	$H+Hd+(H)+(Hd)$
Índice de Isolamento (Isolate/R)	$Bt+2Cl+Ge+Ls+2Na/R$
Seção Autopercepção	
SumFr, FD, MOR, An+Xy, SumV	
Proporção Conteúdo Humano	$H:(H)+Hd+(Hd)$
Índice de Egocentrismo	$3x(Fr+rF)+(2)/R$

Fonte: Exner, 2003.

Sucessivas pesquisas também levaram ao desenvolvimento de seis constelações de dados com alto potencial diagnóstico. As constelações, se positivadas, chamam atenção para importantes questões psicopatológicas e terapêuticas.

Tabela 2.10 Codificação das Constelações.

S-CON (Potencial de Suicídio)	PTI (Perceptual-Thinking Index)
Positivo se ≥ 8 pontos (ou ≥ 7 se MOR > 3).	Positivo se ≥ 3 pontos.
1. $FV + VF + V + FD > 2$	1. $XA\% < 0,70$ e $WDA\% < 0,75$
2. Complexas Cor-SH > 0	2. $X-\% > 0,29$
3. $3r + (2)/R < 0,31$ ou $> 0,44$	3. $Nv12 > 2$ e $FAB2 > 0$
4. MOR > 3	4. $R < 17$ e $WSum6 > 12$ ou $R > 17$ e $WSum6 > 16$
5. $Zd > + 3,5$ ou $Zd < - 3,5$	5. $M > 1$ ou $X-\% > 0,40$
6. $es > EA$	
7. $CF + C > FC$	
8. $X+\% < 0,70$	
9. $S > 3$	
10. $P < 3$ ou $P > 8$	
11. H pura < 2	
12. $R < 17$	
DEPI (Índice de Depressão):	CDI (Índice de Inabilidade Social):
Positivo se ≥ 5 pontos.	Positivo se ≥ 4 pontos.
1. $SumV > 0$ ou $FD > 2$	1. $EA < 6$ ou $AdjD < 0$
2. $C-SH Blend > 0$ ou $S > 2$	2. $COP < 2$ e $AG < 2$
3. $3r+(2)/R > 0,44$ e $Fr+rF=0$ ou $3r+(2)/R < 0,33$	3. $WSumC < 2,5$ ou $Afr < 0,46$
4. $Afr < 0,46$ ou $Blends < 4$	4. $p > a + 1$ ou H pura < 2
5. $SumSH > FM+m$ ou $SumC' > 2$	5. $SumT > 1$ ou $Isolate/R > 0,24$ ou $Fd > 0$
6. MOR > 2 ou $2AB+Art+Ay > 3$	
7. COP < 2 ou $Isolate/R > 0,24$	

Fonte: Exner, 2003, continua.

Tabela 2.10 Codificação das Constelações (continuação).

HVI (Índice de Hipervigilância):	OBS (Índice de Estilo Obsessivo):
Positivo se a condição 1 e \geq 4.	
1. SumT=0	a. Dd>3
2. Zf>12	b. Zf>12
3. Zd>3,5	c. Zd>3.0
4. S>3	d. P>7
5. ContH>6	e. FQ+>1
6. (H)+(A)+(Hd)+(Ad)>3	Positivo se \geq 1.
7. H+A:Hd+Ad<4:1	1. Condições a até e são verdadeiras
8. Cg>3	2. 2 ou mais de a até d e FQ+>3
	3. 3 ou mais de a até e com X+%>0,89
	4. FQ+>3 e X+%>0,89

Fonte: Exner, 2003.

2.3 INTERPRETAÇÃO (ANÁLISE DOS DADOS)

Os códigos e Sumário Estrutural são utilizados para nortear ambos tipos de análise: qualitativa e quantitativa.

2.3.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

A análise quantitativa dos dados utiliza comparações com estatísticas descritivas da população normativa adequada. Os manuais do SC possuem tabelas com estatísticas descritivas específicas para indivíduos de 5 a 17 anos, adultos não pacientes, pacientes esquizofrênicos internados, pacientes depressivos internados (dados dos EUA, Exner, 1999, 2003). Além desses, podem ser encontrados dados de adultos não pacientes integrados em uma tabela internacional (Meyer, Erdberg & Shaffer, 2007) e tabelas nacionais estão em fase avançada de desenvolvimento (Nascimento, 2010).

As tabelas dispõem de média, desvio-padrão, mediana, frequência, moda, mínimo e máximo para cada um dos itens do sumário. Pesquisas apontam que existem diferenças na codificação de respostas em diferentes países, particularmente para a qualidade formal, mas essas tendem a não ser estatisticamente significativas (Meyer, Erdberg & Shaffer, 2007; Silva, 2010).

2.3.1.1 COMPARAÇÃO COM DADOS NORMATIVOS

Softwares podem ser utilizados para comparar dados do protocolo com dados normativos e a maneira como serão discutidas as diferenças significativas depende dos objetivos do estudo. Um programa de computador interessante para realizar a análise é o IBM SPSS Statistics for Windows, (Statistical Package for the Social Sciences, International Business Machines Corporation [IBM Corp.], 2010), pois este recurso permite utilizar diferentes índices de significância, os quais dependem dos objetivos do estudo. O pesquisador deverá fazer escolhas quanto aos procedimentos estatísticos por meio da consulta à literatura.

2.3.1.2 ÍNDICES PSICOPATOLÓGICOS

Muitas das pesquisas em psicologia clínica realizadas com o Rorschach fazem uso de indicadores psicopatológicos, organizados em agrupamentos de dados com significância estatística e potencial preditor clínico. Alguns deles possuem relevante fundamentação teórica de psicopatologia e aqueles de maior relevância científica foram incorporados ao SC e são muito úteis na pesquisa e na clínica.

2.3.2 ANÁLISE QUALITATIVA

O principal procedimento qualitativo de análise das variáveis do Rorschach é a interpretação por agrupamentos. Outros procedimentos também foram descritos na literatura e podem ser complementares, como a investigação de material projetivo nas respostas M, FQ-, H e nas superelaborações verbais (Weiner, 2000).

Na interpretação por agrupamento, os dados são qualificados e organizados em seções didaticamente separadas, mas interarticuladas, referentes a instâncias da estrutura da personalidade. Os agrupamentos foram desenvolvidos por Exner (2003) e sua interpretação direciona o olhar do rorschachista para dados e proporções relacionados às diversas funções psíquicas.

A interpretação qualitativa das variáveis dos agrupamentos tem referencial psicanalítico e psicodinâmico, introduzido em síntese por Exner e mais profundamente

elaborado por colaboradores, como Weiner (2000). Variáveis relacionadas a estilos e traços de personalidade de um mesmo componente ou função psicológica são organizadas e integradas em grupos, que se entrelaçam e intercambiam entre si. Algumas variáveis aparecem em mais de um agrupamento. Os oito agrupamentos do SC são: Processamento, Mediação, Ideação (Tríade Cognitiva), Controle, Estresse Situacional, Afetos, Autopercepção e Percepção Interpessoal. Suas variáveis estão listadas na Tabela 2.11.

Tabela 2.11 Agrupamentos do Rorschach relacionados aos componentes psicológicos.

Componente ou função	Variáveis
Processamento	Zf, W, D, Dd, Zd, PSV, DQ+ e DQv.
Mediação	R, Lambda, OBS, XA%, WDA%, X-%, P, X+% e Xu%.
Ideação	EB (introversivo), Lambda, eb, MOR, a:p, Ma:Mp, Intellect., Sum e WSum6.
Controle e tolerância ao estresse	D, AdjD, EA e CDI.
Estresse situacional	D, AdjD, m, SumY e C-SH Blend.
Afetos	DEPI, EB (extratensivo), SumSH, SumC':WSumC, Afr, Intellect., FC:CF+C, Cpura e S.
Autopercepção	OBS, Fr+rF, Ego, FD, SumV, An+Xy, MOR, H:Hd+(H)+(Hd).
Percepção Interpessoal	CDI, HVI, a:p, Fd, SumT, ContH, GHR, PHR, COP, AG, PER, Isolate.

Nota: EB indica estilo somente se: a) $EA > 3,5$ e b) um lado da EB é maior que o outro em ao menos 2 pontos se $EA \leq 10$; ou em mais de 2 pontos se $EA > 10$.

Fonte: Exner, 2003, adaptado.

O agrupamento das variáveis é importante para a clínica e para a pesquisa, já que direciona o olhar em meio à grande quantidade de dados disponíveis no Sumário Estrutural. Além disso, determinadas funções específicas podem ser analisadas independentemente e em profundidade, a depender das características da população em estudo.

2.3.3 ANÁLISE QUANTI/QUALI EM PSICOPATHOLOGIA

Dentre as controvérsias pertinentes ao uso do SC no contexto da avaliação precoce das crises do tipo psicótico, algumas questões devem ser salientadas. Primeiramente, uma pessoa em primeiras crises do tipo psicótico deve passar por

cuidados e acolhimentos iniciais, antes de qualquer tentativa de avaliação mais sistematizada. A crise tem por característica desorganizar não somente o indivíduo, mas os sistemas mais diretamente vinculados a ele. Por isto, a avaliação dentro da intervenção precoce, por mais importante que seja, deve ser sempre secundária em relação ao cuidado e à escuta. Paralelamente, no entanto, parte do cuidado na crise também depende de uma avaliação qualitativamente rica, dado que os procedimentos a serem tomados, o planejamento terapêutico e recomendações específicas dependem em grande parte do psicodiagnóstico. É por isto que um programa de intervenção precoce possui tantos desafios a enfrentar e superar: deve ser flexível o suficiente e bastante sensível para, individualmente, avaliar quais são os momentos para o acolhimento, a avaliação, a pesquisa e o cuidado.

O objetivo do psicodiagnóstico com o Rorschach no SC é a descrição de um quadro, circunscrito no tempo e relativamente estável, da estrutura e funcionamento (dinâmica) da personalidade: integração de dados quantitativos (nomotéticos) e qualitativos (idiográficos). Quando da aplicação destes critérios, a discussão entre o normal e o patológico dentro da interpretação do Rorschach deve encontrar seu fundamento teórico. O SC possui base empírica que precisa encontrar postulados teóricos que o fundamente.

Considerando o uso de critérios nomotéticos quando em vista de uma psicopatologia, Martins (2005) afirma que o critério normativo deve ser qualificado pontualmente, pois é um critério a mais a ser retido entre os outros. Considerado amplamente, um dado normativo é constituído dentro de condições estatísticas, mas é utilizado a partir de sua referência a um terceiro critério, de ordem *ideal*. “O ideal pode ser normativo por constituir o melhor a ser alcançado ou o pior a ser evitado” (Martins, 2005, p. 99). O ideal qualifica a alteridade, quando os critérios estatísticos são essencialmente *lógicos*. Eles são úteis quando dirigem o pensamento do clínico no julgamento realizado, mas são exteriores ao psiquismo do indivíduo avaliado.

Estas considerações têm efeito profundo no uso do SC em culturas fora dos Estados Unidos, onde as estatísticas descritivas originais foram elaboradas. Isso porque, sendo o critério estatístico também utilizado em sua dimensão de ideal, adotam-se normas ideais de um grupo cultural sobre o outro. Estudos realizados sobre a variabilidade dos critérios do SC na aplicação em diferentes grupos étnicos (Meyer,

2002) e em diferentes países (Ritzler & Sciara, 2011) indicam que os dados normativos do SC não apresentam variações significativas. Entretanto, é necessário ir além da simples verificação psicométrica. O uso do critério estatístico é também largamente conhecido como um critério autoritário e narcísico. As diferenças individuais não se apresentam somente nas estruturas, mas também nas atividades humanas, nos projetos e na saúde. Quando aplicado, neste sentido, o conceito de média pode ser um indicador que não substitui o pensamento explicativo que dirige a investigação, o psicodiagnóstico, a pesquisa, a escuta. Um pesquisador desavisado dos questionamentos filosóficos de base pode aproximar a norma da lei e seu estudo adquire uma conotação moral facilmente detectável.

Ao desenvolver sua técnica de psicodiagnóstico, Rorschach sentia que necessitava ir além da *anamnese* sintomática e do agrupamento sindrômico, práticas da investigação psiquiátrica clássica. Ao apresentar as manchas de tinta aos pacientes, ele ansiava acessar um funcionamento interno que, de alguma maneira, estava relacionado aos sintomas apresentados. O obsessivo, por exemplo, com suas ideias fixas e seus rituais rígidos, apresentava muitas cinestésias e poucas cores, em um estilo de vivência introversivo, dominado pelo pensamento e desajeitado para as relações interpessoais.

Rorschach defendeu que sua prova das manchas de tinta não indicaria sobre um indivíduo “**o que** ele experimenta, **mas como ele experimenta**. Internamente conhecemos grande parte das qualidades e das disposições, tanto de natureza associativa como afetiva ou ainda de natureza mista, com as quais o examinado se mantém na vida” (p. 90, sic, grifos do autor). Mais ainda, Rorschach, a partir de seu experimento e, certamente também da influência da psicanálise, entende que “**somente o impulso transforma os ‘momentos’ disposicionais em tendências ativas**” (p. 91, grifos do autor).

Ao longo de seu texto, todas as vezes que ambicionou descrever quais seriam as características normais ou ideais de um indivíduo, descobria a impossibilidade de uma recomendação geral. Questões culturais, étnicas, raciais, relacionadas à profissão e constituição social do indivíduo, demandariam ajustes. O que é problemático para uns muitas vezes possibilitava a qualidade específica de outros. Assim, uma pessoa normal idealizada seria alguém “coartado”, ou seja, desprovido dos recursos de

enfrentamento facilmente evocados por obsessivos, histéricos ou psicóticos e, ainda assim, profundamente afetada pelo sofrimento.

O estudo do método de Rorschach também traz à tona a importância da relação dialética entre adaptação e criatividade. Retomando Martins (2005), com o Rorschach verificamos que “o sujeito não pode se adaptar às custas do seu próprio desejo e desconhecendo seu sofrimento. Daí poder ser até um anormal, guardando-se essa possibilidade (...) quando a criatividade de reinventar a realidade e adaptar-se se torna possível” (p. 120).

CAPÍTULO 3

MATERIAIS E MÉTODOS

*A pura
fantasia e seus coros deixa: com razão
E também inteligência, sentimento e paixão.
Isso é mister frisar: não esqueças a loucura.
(Goethe, 1808/2002, p. 16)*

Este trabalho é exclusivamente documental e teve por objetivo interpretar os protocolos de Rorschach dos clientes atendidos pelo GIPSI a partir do Sistema Compreensivo (Exner, 2003). O método de interpretação do SC integra abordagens quantitativa e qualitativa na compreensão de elementos estruturais e dinâmicos da personalidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. Cópias dos termos de consentimento exigidos pelo comitê de ética e do documento de aprovação se encontram na seção Anexos deste trabalho.

3.1 PARTICIPANTES

Analizamos os dados de Rorschach de uma amostra de 35 indivíduos em primeiras crises do tipo psicótico, em atendimento individual e familiar no GIPSI. São aceitos para atendimento no GIPSI indivíduos em primeiras crises do tipo psicótico encaminhados por profissionais da rede de saúde do DF, mediante Guia de Critérios específica. A partir das informações dos primeiros acolhimentos, o grupo decide, a partir de critérios de inclusão (Costa, 2010b) discutidos em supervisão clínica, se o cliente faz parte de sua população de estudo e atendimento. O GIPSI utiliza como critérios de inclusão a) idade entre 13 e 35 anos em primeira crise caracterizada pela presença de indicadores do tipo psicótico, sem histórico de hospitalização manicomial; b) ausência de causação orgânica detectada para a crise (abuso de drogas, lesões neuronais etc.); c) disponibilidade para atendimento individual e familiar sistêmico,

mediante aceitação do programa do grupo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O Rorschach foi administrado segundo critérios do Sistema Compreensivo, dentro da sistemática psicodiagnóstica padrão do grupo, durante a fase de acolhimento ou quando dos primeiros atendimentos psicoterápicos. Os clientes avaliados estavam em fase não aguda da crise, em sua maioria já avaliados psiquiatricamente e sob psicofarmacoterapia, quando indicado.

3.2 COLETA DE DADOS

Todos os dados foram retirados dos prontuários clínicos, arquivados em local apropriado no Centro de Estudos e Atendimentos Psicológicos (CAEP/UnB), onde o GIPSI realiza suas atividades.

Os protocolos foram codificados e interpretados conforme sistemática do SC, nenhum deles tinha menos de 14 respostas. A codificação foi feita dentro do grupo de supervisão de Rorschach do GIPSI, que contava com a pesquisadora e mais cinco rorschachistas, cada um com mais de 180 horas de treinamento: três estudantes de psicologia e dois psicólogos. As supervisões buscavam consenso quanto à codificação de todas as respostas dos protocolos, segundo literatura específica (Exner, 1999, 2003; Viglione, 2002). 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.

3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu o procedimento metodológico quanti/quali do SC e foi feita em três etapas. Dados dos Sumários Estruturais foram sistematizados e analisados com o *software IBM SPSS Statistics for Windows*, versão 19.0.0 (IBM Corp., 2010). Na primeira etapa, as frequências das variáveis foram comparadas com pontos de corte e referências clínicas retiradas da literatura (Exner, 2003; Weiner, 2000; Viglione & Hilsenroth, 2001). Variáveis relacionadas a estilos e traços de personalidade foram organizadas nos oito agrupamentos do SC, relacionados aos componentes psicológicos:

1. Processamento da Informação;
2. Mediação;
3. Ideação;
4. Controle e tolerância ao estresse;
5. Estresse situacional;
6. Afetos;
7. Autopercepção e
8. Percepção Interpessoal.

A abordagem por agrupamentos é integrada com a compreensão empírica e dinâmica dos dados permite inferir sobre o processo de constituição da personalidade dos indivíduos e da maneira adaptativa com que eles fazem uso de suas defesas.

Na segunda etapa, as médias do GIPSI foram comparadas com as estatísticas descritivas de adultos não pacientes (Exner, 2003, n=600) e de esquizofrênicos internados (Exner, 1999, n=320). As variáveis que mais se diferenciaram das duas estatísticas descritivas foram salientadas como características específicas da clientela do GIPSI e foram discutidas junto a estudos anteriores, particularmente o de Costa, 2011.

Devido a dificuldades com o referencial normativo de Exner, que compreende apenas a população dos Estados Unidos, pesquisadores de outros países empreenderam também estudos normativos do SC. Os resultados geraram estatísticas descritivas específicas de diferentes populações em todo o mundo. Meyer, Erdberg e Shaffer (2007) integraram os estudos normativos de 17 países⁵, em uma amostra de 4.700 sujeitos, na tentativa de elaborar referência normativa internacional para o SC. Um dos 17 países é o Brasil, apresentado pelo estudo de Nascimento (2010), que recolheu protocolos de 409 sujeitos do estado de São Paulo. Nesses estudos, grande número de variáveis importantes apresentam médias discrepantes do referencial normativo de Exner. Por isso, a última etapa da análise deste trabalho foi comparar as médias do GIPSI com essas duas outras estatísticas descritivas: a internacional de Meyer, Erdberg e Shaffer (2007) e a brasileira de Nascimento (2010).

⁵ Os países que colaboraram com esse estudo foram: Japão, Itália, Israel, Argentina, Grécia, Finlândia, Dinamarca, Bélgica, Austrália, Estados Unidos, Espanha, Romênia, Portugal, Peru, Holanda, Brasil e França (ver Meyer, 2007 para descrição detalhada das referências de cada amostra).

A apresentação dos dados, no capítulo de resultados, seguiu o roteiro dos agrupamentos sugerido por Exner (2003) e integrou, em um todo compreensivo, as três etapas de análise, de modo a facilitar a exposição e compreensão dos dados. As discussões aqui tecidas seguiram as considerações empíricas e clínicas que acompanham os estudos utilizados.

CAPÍTULO 4

DADOS E RESULTADOS

*Normality is death.
(Adorno, 1951/2005).*

Os valores de 121 variáveis dos protocolos de 35 clientes do GIPSI são apresentados na Tabela 4.2, em seus valores médios, os desvios-padrão (DP), as frequências, medianas e modas. Uma tabela completa das médias do GIPSI e das estatísticas descritivas de Exner (2003), Meyer, Erdberg & Shaffer (2007) e Nascimento (2010) podem ser encontradas na seção Anexos deste trabalho (Anexo D).

A Tabela 4.1 apresenta os dados demográficos dos clientes do GIPSI: uma distribuição simplificada dos indivíduos avaliados quanto ao sexo, idade e escolaridade.

Tabela 4.1 Dados demográficos dos clientes do GIPSI (n=35).

<i>Sexo</i>	Feminino	40% (14)
	Masculino	60% (21)
<i>Idade</i>	Média	24,44 (DP 6,64)
	Até 25 anos	70,6% (24)
<i>Escolaridade</i>	Fundamental Incompleta	8,6% (3)
	Média Incompleta	11,4% (4)
	Média Completa	14,3% (5)
	Superior Incompleta	62,9% (22)
	Superior Completa	2,9% (1)

Os clientes avaliados neste trabalho foram descritos como pessoas em crise do tipo psicótico. Dado que a psicose é classicamente descrita como manifestações sintomáticas bizarras decorrentes de um transtorno do pensamento, os dados serão apresentados na seguinte ordem de análise: Processamento da Informação, Mediação e Ideação, Controle e Tolerância ao Estresse, Estresse Situacional, Afetos, Autopercepção e Percepção Interpessoal.

Tabela 4.2 Estatísticas descritivas dos clientes do GIPSI (n=35).

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Máximo	Freq.	Mediana	Moda
Escolaridade*	13,53	2,05	7,00	16,00	35,00	15,00	15,00
Idade	24,26	5,04	14,00	45,00	35,00	23,00	25,00
R	23,40	10,11	14,00	57,00	35,00	21,00	17,00
W	7,34	4,33	14,00	20,00	35,00	7,00	5,00
D	9,80	6,05	1,00	29,00	35,00	9,00	12,00
Dd	6,26	6,42	2,00	31,00	34,00	5,00	2,00
S	2,46	1,88	0,00	8,00	31,00	2,00	3,00
DQ+	4,69	3,46	0,00	13,00	32,00	5,00	5,00
DQo	16,11	9,42	0,00	49,00	33,00	14,00	20,00
DQv	2,34	2,85	4,00	10,00	25,00	1,00	1,00
DQv/+	0,23	0,74	0,00	4,00	5,00	0,00	0,00
FQ+	0,14	0,61	0,00	3,00	2,00	0,00	0,00
FQo	7,54	3,01	0,00	15,00	35,00	7,00	7,00
FQu	8,00	4,43	1,00	23,00	35,00	7,00	6,00
FQ-	7,11	6,93	2,00	32,00	35,00	5,00	2,00
FQnone	0,54	1,08	1,00	5,00	11,00	0,00	0,00
M+	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	0,97	1,10	0,00	3,00	18,00	1,00	0,00
Mu	1,14	1,55	0,00	6,00	18,00	1,00	0,00
M-	0,77	1,09	0,00	4,00	16,00	0,00	0,00
Mnone	0,11	0,41	0,00	2,00	3,00	0,00	0,00
M	2,94	2,33	0,00	9,00	30,00	3,00	3,00
FM	2,46	1,83	0,00	6,00	28,00	3,00	0,00
m	1,29	1,12	0,00	4,00	25,00	1,00	1,00
FM+m	3,77	2,04	0,00	8,00	32,00	4,00	5,00
FC	0,94	1,06	0,00	3,00	18,00	1,00	0,00
CF	1,49	1,38	0,00	5,00	24,00	1,00	0,00
C	0,34	0,69	0,00	3,00	9,00	0,00	0,00
Cn	0,09	0,38	0,00	2,00	2,00	0,00	0,00
SumC	2,80	1,98	0,00	8,00	30,00	2,00	2,00
WSumC	2,47	1,72	0,00	7,00	30,00	2,50	0,00
Sum C'	1,57	1,52	0,00	5,00	23,00	1,00	0,00
Sum T	0,20	0,59	0,00	3,00	5,00	0,00	0,00
Sum V	0,46	0,96	0,00	4,00	9,00	0,00	0,00
Sum Y	2,60	3,18	0,00	14,00	24,00	2,00	0,00
Sum SH	4,83	4,74	0,00	22,00	30,00	4,00	1,00
Fr+rF	0,26	0,75	0,00	3,00	5,00	0,00	0,00
FD	0,37	0,70	0,00	3,00	10,00	0,00	0,00
F	11,63	6,74	0,00	40,00	35,00	10,00	8,00
(2)	8,06	5,59	5,00	26,00	35,00	7,00	5,00
3r+(2)/R	0,35	0,17	1,00	0,72	35,00	0,37	0,18
Lambda	1,96	1,55	0,00	22,00	35,00	0,89	0,89
EA	5,36	3,28	0,00	14,50	35,00	4,50	3,00
es	8,49	5,46	0,00	24,00	35,00	8,00	7,00
D Score	-0,97	1,74	0,00	2,00	35,00	0,00	0,00
AdjD	-0,20	1,07	-6,00	3,00	35,00	0,00	0,00
a (active)	2,60	2,24	-3,00	10,00	30,00	2,00	1,00
p (passive)	4,17	2,95	0,00	11,00	31,00	4,00	5,00
Ma	1,14	1,64	0,00	6,00	18,00	1,00	0,00
Mp	1,83	1,77	0,00	8,00	25,00	2,00	0,00
Intellect	2,11	2,77	0,00	11,00	25,00	1,00	0,00

Zf	9,69	4,49	0,00	19,00	35,00	9,00	9,00
Zd	-1,61	3,51	3,00	3,50	35,00	-0,50	-0,50
Blends	2,69	2,51	-13,00	10,00	25,00	3,00	0,00
C-SH Blend	0,43	0,75	0,00	3,00	11,00	0,00	0,00
Afr	0,49	0,16	0,00	1,00	35,00	0,47	0,43
Populars	3,51	1,44	0,25	7,00	35,00	4,00	4,00
XA%	0,69	0,13	0,01	0,94	35,00	0,71	0,57
WDA%	0,75	0,13	0,43	1,00	35,00	0,75	0,86
X+%	0,35	0,13	0,50	0,61	35,00	0,36	0,39
Xu%	0,34	0,13	0,05	0,71	35,00	0,33	0,43
X-%	0,25	0,14	0,12	0,57	35,00	0,25	0,12
Isolate/R	0,14	0,11	0,00	0,47	35,00	0,12	0,00
H	2,37	1,99	0,00	9,00	31,00	2,00	1,00
(H)	0,57	0,96	0,00	4,00	13,00	0,00	0,00
Hd	2,31	2,68	0,00	16,00	31,00	2,00	2,00
(Hd)	0,71	0,90	0,00	3,00	17,00	0,00	0,00
Hx	0,54	1,28	0,00	5,00	8,00	0,00	0,00
ContH	6,51	4,32	0,00	20,00	34,00	6,00	6,00
A	7,57	3,30	0,00	17,00	35,00	7,00	6,00
(A)	0,54	1,02	2,00	5,00	12,00	0,00	0,00
Ad	1,86	2,35	0,00	10,00	24,00	1,00	0,00
(Ad)	0,09	0,29	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00
An	2,00	2,28	0,00	11,00	28,00	2,00	2,00
Art	1,14	1,77	0,00	9,00	20,00	1,00	0,00
Ay	0,29	0,58	0,00	2,00	8,00	0,00	0,00
Bl	0,57	1,08	0,00	5,00	11,00	0,00	0,00
Bt	1,20	0,98	0,00	4,00	26,00	1,00	1,00
Cg	1,54	1,79	0,00	7,00	23,00	1,00	0,00
Cl	0,20	0,48	0,00	2,00	6,00	0,00	0,00
Ex	0,06	0,24	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00
Fi	0,29	0,58	0,00	2,00	8,00	0,00	0,00
Fd	0,31	0,81	0,00	4,00	7,00	0,00	0,00
Ge	0,03	0,17	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00
Hh	0,29	0,68	0,00	3,00	7,00	0,00	0,00
Ls	0,31	0,81	0,00	4,00	7,00	0,00	0,00
Na	0,63	0,92	0,00	3,00	14,00	0,00	0,00
Sc	1,20	1,24	0,00	5,00	25,00	1,00	1,00
Sx	0,74	2,47	0,00	14,00	9,00	0,00	0,00
Xy	0,29	1,24	0,00	7,00	3,00	0,00	0,00
Id	0,54	0,89	0,00	3,00	12,00	0,00	0,00
DV	0,60	1,04	0,00	4,00	12,00	0,00	0,00
INCOM	0,66	0,77	0,00	2,00	17,00	0,00	0,00
DR	0,69	1,61	0,00	7,00	9,00	0,00	0,00
FABCOM	0,56	0,75	0,00	2,00	14,00	0,00	0,00
DV2	0,06	0,24	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00
INC2	0,26	0,51	0,00	2,00	8,00	0,00	0,00
DR2	0,20	0,64	0,00	3,00	4,00	0,00	0,00
FAB2	0,37	0,92	0,00	3,00	6,00	0,00	0,00
ALOG	0,06	0,24	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00
CONTAM	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sum6	3,51	2,71	0,00	8,00	30,00	3,00	1,00
Lvl 2	0,80	1,38	0,00	5,00	13,00	0,00	0,00
WSum6	11,49	10,20	0,00	35,00	29,00	10,00	10,00
AB	0,29	0,97	0,00	5,00	4,00	0,00	0,00

AG	0,40	0,74	0,00	3,00	10,00	0,00	0,00
COP	0,31	0,77	0,00	4,00	8,00	0,00	0,00
CP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
GHR	2,54	2,30	0,00	10,00	31,00	2,00	2,00
PHR	3,77	3,51	0,00	18,00	31,00	3,00	2,00
MOR	1,97	1,95	0,00	6,00	25,00	1,00	0,00
PER	0,86	1,63	0,00	8,00	14,00	0,00	0,00
PSV	0,23	0,50	0,00	2,00	7,00	0,00	0,00
PTI	1,46	1,50	0,00	5,00	22,00**	1,00	0,00
DEPI	4,31	1,22	0,00	7,00	35,00**	4,00	5,00
SCON	4,26	1,50	2,00	8,00	34,00**	4,00	5,00
HVI	1,49	1,54	0,00	5,00	22,00**	1,00	0,00
CDI	3,29	1,11	0,00	5,00	35,00**	4,00	4,00
OBS	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00**	0,00	0,00

*Em anos de estudo. **Frequência de indivíduos que apresentaram ao menos um ponto em cada constelação.

A descrição dos valores das variáveis nos agrupamentos depende da integração dos achados na elaboração de hipóteses, já que é altamente não recomendado julgar uma variável do SC isoladamente (Exner, 2003; Viglione, 2002; Weiner, 2000). Assim, a descrição dos dados neste trabalho busca validar uma hipótese a partir da análise das variáveis de cada agrupamento em conjunto, além de tentar integrar os agrupamentos entre si. A hipótese é, como já foi dito anteriormente, que existem dados nos protocolos dos clientes do GIPSI que descrevem especificidades psicológicas das pessoas em primeiras crises do tipo psicótico, possivelmente consistentes com a Constelação Prodrômica (Costa, 2011).

4.1 PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO

O agrupamento de variáveis *Processamento da Informação* é um dos que compõem a *Tríade Cognitiva*: Processamento da Informação, Mediação e Ideação.

No SC, *Processamento da Informação* compreende os processos mentais envolvidos na apreensão de informações sobre o estímulo. Weiner (2000) sugere que este agrupamento indica como a pessoa dirige sua atenção para o mundo, de que maneira aborda o campo de estímulos e cria imagens sobre ele ou suas partes. Como qualquer função psicológica, o processamento da informação é influenciado por questões afetivas, necessidades psicológicas, desejos e outros fatores. No entanto, a maior parte das pessoas desenvolve hábitos de processamento e, quando confrontados

com as 10 manchas do Rorschach, as respostas acumuladas podem demonstrar um estilo repetido ao longo do protocolo, com características de processamento próprias. Sobre o processamento, por exemplo, uma pessoa conservadora pode optar pelo processo econômico de uma resposta D, mas torná-lo sofisticado ao fragmentar o detalhe campo em vários objetos e os integrar numa resposta DQ+. Caso exista um estilo, considerando as referências normativas, hipóteses são levantadas e os dados são qualificados.

As variáveis do agrupamento Processamento da Informação são: *Zf*, *W*, *D*, *Dd*, *Zd*, *PSV*, *DQ+* e *DQv*.

Os valores de *Zf*, *W* e *D* dos clientes do GIPSI são comparáveis às médias descritivas. O valor de *W* (média=7,34; DP=4,33) é levemente rebaixado se comparado às estatísticas internacionais, mas muito próximo da média nacional e o *D* (média=9,80; DP=6,05) é equiparável à média internacional, mas levemente elevado se comparado à média nacional, o que indica esforço de processamento similar ao descrito na literatura.

O *Zf* é uma medida simples do esforço de processamento, pois indica apenas quantas respostas no protocolo têm alguma sofisticação na integração de diferentes partes do campo de estímulos. Por exemplo, uma nota *ZW* é indício de sofisticação na abordagem dos estímulos, pois uma resposta *W* implica que as várias partes da mancha foram articuladas na elaboração de uma resposta. Com o valor de *D*, no entanto, um tanto aumentado, o indicador *ZW* como sofisticação do processamento pode não ser confiável, já que algumas respostas *W* são econômicas como uma *D*, quando são dadas de maneira rápida, como uma tentativa apressada de terminar logo a tarefa. Respostas desses tipos são frequentes entre os protocolos analisados e indicam uma abordagem do campo muito convencional, econômica.

A média do *Dd* no GIPSI (média=6,26; DP=1,88) é elevada em comparação às três estatísticas. O *Dd* indica que a atenção foi direcionada a uma parcela do estímulo muito pouco utilizada, não convencional. O *Dd* elevado (em Exner, 2003, é elevado se >3) indica processamento atípico, envolve instabilidade no *scanning* do campo e enfoque em detalhes pequenos e incomuns do meio. Um protocolo com muitas respostas *Dd* indica que o indivíduo fixa a atenção em detalhes muito particulares do meio e pode distorcer a apreensão dos dados, recolher informações acessórias e perder de vista a tarefa como um todo.

O ponto de corte $Dd > 3$ para processamento incomum, derivado da amostra de Exner, pode não se adequar a nossa população, já que o valor médio da amostra internacional e da brasileira é superior a 3. No entanto, a média encontrada nos clientes do GIPSI (6,42, DP=1,88) supera em quase um desvio padrão as estatísticas e é superior ainda à de pacientes esquizofrênicos internados, o que indica que esta é uma possível característica específica da nossa clientela. Meyer, Erdberg e Shaffer (2007) sugerem que, quando um indivíduo obtém um escore muito discrepante até mesmo dos valores mais extremos, se podem inferir diferenças específicas dessa pessoa (p. S214).

O Zd é uma estimativa sobre a eficiência da atividade de abordagem durante as operações de processamento. Pode também identificar pessoas fortemente motivadas a processar efetivamente. Pessoas com $Zd < -3,0$ são descritas como hipoincorporadoras, ou seja, elas examinam o campo apressada e desordenadamente, frequentemente podem negligenciar pontos críticos ou pistas sobre o que é mais importante para as outras pessoas. O valor médio do Zd no GIPSI indica leve direcionamento para Zd negativo (Média GIPSI=-1,61, DP=3,57). Trinta e um por cento (31%) dos clientes do GIPSI apresentam $Zd < -3,0$, ou seja, são hipoincorporadores. Também o são 7% (sete por cento) da amostra de Exner, contra 29% (vinte e nove por cento) da amostra internacional e 23% (vinte e três por cento) da amostra brasileira.

A média do PSV no GIPSI é similar às estatísticas normativas e não há grande diferença entre as médias nos diferentes estudos normativos. O PSV indica perseveração, a repetição de uma resposta muito semelhante em um mesmo cartão (o mais frequente) ou a percepção de um mesmo elemento visto anteriormente em cartões diferentes. É um Código Especial muito raro. Exner sugere que, quando $PSV > 2$, podemos inferir a existência de problemas severos no processamento. Vinte por cento (20%) dos clientes do GIPSI possuem $PSV > 0$ e o valor máximo é 2. Isto sugere que parte dos clientes do GIPSI possui alguma dificuldade em mudar o foco de sua atenção. Por exemplo, sete indivíduos apresentaram uma vez em seu protocolo respostas como “é uma borboleta, por causa das asas” e, em seguida, “é um morcego, aqui as asas”, para as pranchas I ou V. Nesses casos, ambas respostas poderiam ser codificadas Wo Fo A P 1,0 e a segunda receberia o PSV. Isto seria consistente com o achado de 31% (trinta e um por cento) de hipoincorporadores, já que o processamento é prejudicado por dificuldades de direcionar a atenção para aspectos relevantes e complexos do campo de estímulos.

A qualidade evolutiva, DQ, indica a qualidade da atividade de processamento, qualifica a resposta que tem forma definida e integrada. As DQ+ indicam integração significativa de objetos com forma definida, é a mais sofisticada forma de análise e síntese. As DQv, ao contrário, envolvem muito pouca análise, nenhuma síntese, reflete uma forma de atividade cognitiva imatura, de processamento difuso e inadaptado. A DQo é o tipo mais frequente, indica uma economia cognitiva que não sacrifica a qualidade do processamento. O valor do DQo no GIPSI é levemente elevado (média=16,11; DP=9,42), o que se coaduna com o achado de D elevado, que também indica economia no processamento. O DQ+ no GIPSI (média=4,62; DP=3,46) é levemente diminuído, mas semelhante à média brasileira e o DQv (média=2,34; DP=2,85) é algo aumentado em comparação a todas as médias normativas. O valor esperado para DQv varia a depender do estilo vivencial, mas, de maneira geral, espera-se $DQv < 3$ em protocolos de adultos. No GIPSI, 31,4% (trinta e um por cento) dos clientes apresenta $DQv \geq 3$, o que indica imaturidade no processamento. Pode-se assumir que os clientes do GIPSI apresentam processamento adequado, mas há um enfoque muito detalhista do meio, em detrimento de uma visão mais global e, por vezes, a atividade de processamento ocorre em nível menos maduro.

4.2 MEDIAÇÃO

Enquanto o *Processamento da Informação* foca a formação de uma imagem mental ou ícone, a *Mediação* refere à maneira como a imagem é identificada ou traduzida. O processo de mediação requer reconciliação entre a imagem que foi apercebida e processos associativos internos para responder à questão feita na aplicação do Rorschach: “O que (em ou com que coisa, representação, sentimento) isto (que foi percebido) poderia ser (traduzido, julgado, formulado, comparado)”?

Como todos os outros agrupamentos, *Mediação* é um módulo com interferências de todas as outras funções psicológicas e suas variáveis referem a uma questão muito ampla. Centralmente, a mediação fala do *teste de realidade*: em que medida e qualidade os perceptos referidos pela pessoa avaliada comensuram com as diferentes qualidades formais da mancha. Sabendo que são simplesmente manchas de tinta, o referencial para a mediação é essencialmente de *convencionalidade*. É claro que os outros índices também fazem uso desse tipo de referencial, mas na avaliação da

mediação no SC, isto ocorre de maneira talvez mais acentuada. Nós utilizamos a Tabela de Qualidade Formal (Exner, 2003, Tabela A), construída a partir de 9.500 protocolos da população dos EUA, incluindo adultos não pacientes, pacientes ambulatoriais e internados. Essa tabela seguiu os seguintes critérios:

- *FQo*: em localizações W ou D, o item deve estar presente em ao menos 2% (dois por cento) dos protocolos. Em localizações Dd, o item deve ter sido identificado em mais do que dois terços das respostas.

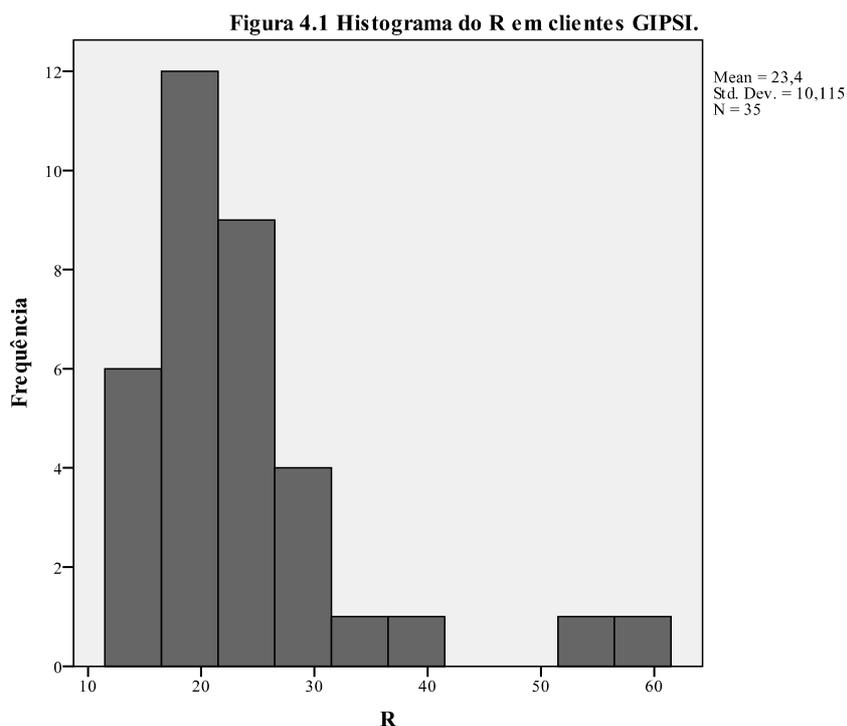
- *FQu*: item presente em menos do que 2% (dois por cento) dos protocolos, julgado unanimemente por três juízes como visto fácil e rapidamente, apropriado aos contornos.

- *FQ-*: item encontrado ao menos quatro vezes na amostra total de protocolos.

Em nossa codificação, respostas com itens que não constam na Tabela de Qualidade Formal de Exner são julgados a partir da extrapolação, seguindo critérios sugeridos por Viglione (2002).

As variáveis do agrupamento *Mediação* são: *R*, *Lambda*, *OBS*, *XA%*, *WDA%*, *X-%*, *P*, *X+%*, *Xu%*.

O número de respostas (R) dos clientes do GIPSI segue uma curva em J, conforme a Figura 4.1. Esse tipo de distribuição, uma curva não normal, apresenta valores discrepantes e um desvio-padrão não confiável. O R é uma variável muito importante, pois influencia o valor de virtualmente todas as outras variáveis. Na amostra de Exner, o valor de R seguiu uma distribuição próxima da normal e apenas alguns índices possuem desvio-padrão não confiável.

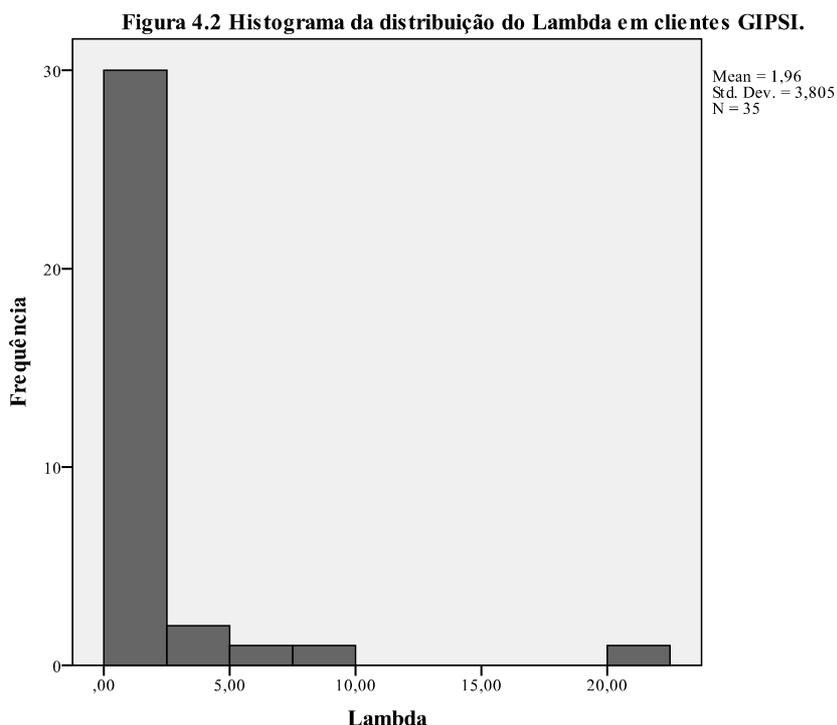


No entanto, as amostras internacionais possuem característica semelhante aos resultados dos clientes do GIPSI. A média de R em nossa amostra (média=23,40; DP=10,11) é similar a todas as estatísticas descritivas, levemente aumentada em comparação à média brasileira e bastante similar aos valores de esquizofrênicos internados. Nascimento (2010) discute a importância da variável R na amostra brasileira. O valor mínimo para R no SC é de 14 e não há restrição para valor máximo. Isso faz com que existam alguns protocolos muito próximos do valor mínimo (dado gerado talvez artificialmente, por conta dos incentivos durante a aplicação) e alguns valores muito superiores, como acima de 40. Na amostra brasileira, talvez por conta da seleção de participantes e da própria natureza da pesquisa (em contexto não clínico, sem devolutiva, aplicações feitas no local de trabalho), o valor de R é baixo, o que pode ter traduzido na redução da complexidade de uma série de outras variáveis.

Na nossa amostra, o valor de R varia muito, (Mediana=21, Moda=17, Máximo=57), mas isso não implica em complexidade semelhante à da amostra de Exner, dado que encontramos EA e FM+m menores e menos *Blends* em nossos clientes. Protocolos com $R > 32$ podem originar aumento nas respostas Dd (Exner, 2003), FM, WSum6 (Viglione & Meyer, 2008) e talvez no X-% e no Xu%, já que as localizações incomuns podem predispor a respostas de qualidade formal também incomum.

Embora a tendência a protocolos mais longos seja também traço de produtividade ou de estados maníacos, dados importantes a serem investigados pelo SC, alguns teóricos do Rorschach defendem o procedimento de otimização da R (R-Optimized ou R-Op, Meyer, Viglione & Mihura, 2007). O R-Op introduz uma instrução diretiva na aplicação e pode modificar em algum grau a natureza da tarefa (Mattlar, 2011), mas reduz as discrepâncias e desvios-padrões em diversas variáveis.

O Lambda (L) também é uma variável muito importante, que influencia a interpretação de várias outras, não só na tríade cognitiva. O L é indicador de complexidade psíquica, é razão das respostas de Forma Pura com as respostas com outros determinantes. Respostas de Forma Pura são muito simples, econômicas e podem representar tentativas de evitar lidar com a complexidade. Quanto mais alto o Lambda, mais respostas de Forma Pura e, portanto, mais simples e econômico é o protocolo. Tradicionalmente, o ponto de corte para o L é 0,99. Valores superiores a 0,99 indicariam estilo evitativo básico de personalidade.



Em nossa amostra, obtivemos curva semelhante a J para a distribuição do L, o que torna o desvio-padrão pouco confiável, conforme a Figura 2. A média de L no GIPSI (1,96, DP=1,55) é superior à estatística de Exner, semelhante à de pacientes

esquizofrênicos internados e apenas um pouco elevado em comparação à estatística internacional e à estatística brasileira.

Para Exner, um estilo vivencial evitativo é adotado para reduzir situações estimulantes para seu nível mais facilmente manejável. De modo geral, o estilo evitativo normalmente requer uma simplificação do campo de estímulos, tarefa em que o indivíduo tende a minimizar a importância e até mesmo ignorar alguns detalhes de seu meio. Esta é uma forma de evitação que pode ser temporária ou representar um modo mais estável de enfrentamento. Na situação de teste, contudo, este pode ser um artifício, resultado de resistência em projetar conteúdos mais pessoais.

Nascimento (2010) sugere que, na população brasileira, seja utilizada nota de corte maior para definir estilo evitativo ($L > 1,14$). Com este referencial, conforme descrito na Tabela 4.3, encontramos 31,4% (trinta e um e por cento) de evitativos no GIPSI ($n=11$), com maior número de evitativos-introversivos (11,4%, onze por cento, $n=4$). Essas pessoas, por conta de um estilo ou por possível postura defensiva durante a avaliação, tendem a exercer grande controle intelectual, evitam processar emoções e atribuir complexidade a seus perceptos. Esse é um estilo super-simplificador e pode ser coerente com a situação de crise, já que, superada a fase aguda, ser econômico e concreto pode protegê-los de nova descompensação. Muito do que se diz do sintoma de concretude entre pacientes psicóticos pode ser explicado pelo uso de um estilo super-simplificador nas interações com o meio, ferramenta importante de proteção que também pode ser uma tentativa imatura de evitar lidar com a complexidade, como a se defender de novas inundações desorganizadoras. Este achado é coerente com a elevação de D, que implica em abordagem econômica do meio. O ônus desse estilo é a diminuição do potencial criativo: expressar mais espontaneamente sua criatividade poderia auxiliar os indivíduos a vivenciar mais abertamente o seu meio e assim desenvolver novos recursos de enfrentamento.

O OBS (Índice de Obsessividade) positivo sinaliza a presença de uma tendência perfeccionista e preocupação exagerada acerca de detalhes. Quando positivado em um protocolo, significa que a pessoa é muito cautelosa na tradução de estímulos, pois se trata de alguém demasiado preocupado em parecer convencional e “normal”. É um índice de positividade muito rara, não encontramos sequer uma positividade em nossa amostra. Não se trata de um traço relevante entre nossos clientes.

Informações sobre o uso adequado da forma em um protocolo são as mais importantes na interpretação da mediação cognitiva. As variáveis XA% e WDA% fornecem informações diretas sobre essa questão: o XA% é a percentagem de todas as respostas de “boa qualidade” (FQ+, o e u) e o WDA% é a percentagem das respostas “boas” dadas às localizações mais óbvias (FQ+, o e u nas W e D). Ao retirar as respostas Dd, mais propensas a conter distorções perceptivas, o WDA%, em conjunto com o XA% e o número de respostas populares, é medida de convencionalidade, indica em qual grau uma pessoa vê as coisas como as outras. Exner usa como ponto de corte XA% entre 0,78 e 0,90 e $WDA\% \geq XA\%$.

O estudo de Nascimento (2010), contudo, encontrou valores muito inferiores para XA% e WDA% na amostra brasileira e propõe uso de pontos de corte mais baixos: $XA\% \geq 0,70$ e $WDA\% \geq 0,75$. Isso também por conta da influência da Tabela de Qualidade Formal na pontuação dessa variável, porquanto esta foi desenvolvida no contexto da população dos EUA. Questões de convencionalidade estão intimamente relacionadas ao contexto cultural em que estão inseridas. Para ser mais fiel ao construto investigado, o SC deve desenvolver tabelas regionais específicas.

Entre os clientes do GIPSI, a maioria possui $WDA\% \geq 0,75$ (51%, cinquenta e um por cento, $n=18$) e $XA\% \geq 0,70$ (51%, cinquenta e um por cento, $n=18$), mas médias no GIPSI são inferiores a todas as estatísticas descritivas (XA% Média=0,69, DP=0,13; WDA% Média=0,76, DP=0,13).

O X+% é a percentagem das respostas de “boa forma” mais óbvias (FQ+ e o), indica a capacidade de perceber o mundo de maneira convencional. Exner sugere que cerca de 70% (setenta por cento) das respostas de um protocolo devem ser “o” ou “+”. Em nossa clientela, encontramos o valor máximo de $X+\%=0,61$ e a média=0,35 (DP=0,13).

O Xu% indica a proporção de respostas FQu, é medida de percepções adequadas, mas muito incomuns sobre o meio. Setenta e sete por cento (77%) dos clientes do GIPSI apresentam $Xu\% \geq 0,22$ ($n=27$, média=0,33, DP=0,13). Isto indica que, embora não estejam muito rebaixados os valores de XA e WDA%, esses são mais influenciados por respostas FQu do que FQo ou FQ+. Nossos clientes tendem a perceber o mundo de maneira muito incomum, são excêntricos e traduzem a realidade percebida em termos além do óbvio. Esta é a característica de pessoas com potencial

criativo, desde que o meio em que elas estejam inseridas seja acolhedor e diverso. Em situações muito conservadoras, pode ser difícil estabelecer comunicação eficiente e algo que é adequado, porém muito raro, pode ser interpretado pelos outros como distorção e bizarrice.

O X-% indica a quantidade de respostas de “má” forma, distorcidas (FQ-/R). Embora se esperem algumas respostas distorcidas em um protocolo, o uso da Tabela de Qualidade Formal de Exner resultou, em seu estudo, um número muito baixo delas: Exner encontrou média de $X\%=0,07$ ($DP=0,05$). Nos estudos internacionais, contudo, os valores para X-% são bem maiores: Meyer, Erdberg e Shaffer (2007) encontraram média= $0,19$ e ($DP=0,11$); Nascimento (2010) encontrou média= $0,22$ ($DP=0,11$). No GIPSI, encontramos X-% médio= $0,25$ ($DP=0,14$).

A grande discrepância entre os achados de Exner e as estatísticas internacionais sugere a necessidade de modificação dos dados interpretativos para X+% como medida de convencionalidade e para X-% como medida de distorção perceptiva. Viglione e Hilsenroth (2001) sugerem que um ponto de corte mais apropriado para interpretação de baixa convencionalidade deve ser aproximadamente $X+\%<0,50$. Nos protocolos do GIPSI, temos 88% (oitenta e oito por cento) com $X+\%<0,50$. Quanto ao X-%, Viglione e Hilsenroth (2001) sugerem que para, ser interpretado como distorção perceptiva, o ponto de corte deve ser próximo de $X-\%>0,25$. Os clientes do GIPSI apresentam X-% médio= $0,25$ com desvio-padrão= $0,14$; $X-\%>0,25$ em 48% (quarenta e oito por cento, $n=17$).

Com melhoras na codificação de FQ-, ou seja, melhores critérios e aprimoramento da Tabela de Qualidade Formal, essas questões interpretativas devem ser ajustadas. Exner fez modificações nas percentagens de qualidade formal para melhorar estes índices. No entanto, os autores citados salientam que, se é verdade que mais de 20% (vinte por cento) das respostas de protocolos de não pacientes são distorcidas (ou seja, têm FQ-), então há um problema com a definição operacional para o construto de distorção perceptiva. Pode-se justificar talvez 5 a 10% (cinco a dez por cento) de distorção, mas não faz sentido denominar de distorcidas a quarta parte de todas as respostas do Rorschach de adultos não pacientes. A definição operacional da FQ- deve ser mais estreita para que este código realmente represente distorção perceptiva.

As respostas Populares (P) envolvem o uso das propriedades mais óbvias das manchas. A frequência com que elas ocorrem oferece informações sobre a capacidade ou inclinação de uma pessoa em dar respostas convencionais, costumeiras, óbvias, em situações onde as pistas sobre o que é esperado são fáceis de identificar. Exner sugere que, caso P esteja entre cinco e sete, a pessoa tem boa inclinação a se comportar de maneira semelhante ao que é socialmente esperado. Se o valor for inferior ao esperado, é provável que o indivíduo. No GIPSI, temos a média de $P=3,59$ ($DP=1,39$), valor inferior a todas as médias descritivas, inclusive de pacientes esquizofrênicos internados. Em 74,2% (setenta e quatro por cento) dos protocolos, encontramos $P<5$, o que indica que, mesmo em situações simples e em que as pistas do que é socialmente esperado são fáceis de identificar, nossos clientes são bastante excêntricos, idiossincráticos e pouco convencionais. Este resultado coaduna-se com o achado de alto número de respostas FQu e uma tal mediação muito excêntrica e pouco convencional pode ser característica específica de nossa clientela.

4.3 IDEACÃO

Exner (2003) descreve a *Ideação* como a forma mais complexa de atividade mental. A ideação é o modo como as traduções dos perceptos formam conceitos, pensamentos. Pelo processo ideativo, um indivíduo organiza os símbolos e conceitos para torná-los significativos. A interpretação das variáveis relacionadas à ideação inclui a descrição dos processos de pensamento deliberado e ideação periférica, da clareza e plausibilidade das formulações lógicas e julgamentos.

As variáveis do agrupamento Ideação são: *EB (introversivo)*, *Lambda*, *eb*, *MOR*, *a:p*, *Ma:Mp*, *Índice de Intelectualização*, *Sum6* e *WSum6*. Além dessas variáveis, discutiremos neste agrupamento o *Índice Percepção-Pensamento* (PTI), que integra variáveis da mediação e ideação relacionadas a transtornos do espectro psicótico.

O EB (Erlebnistypus, Tipo de Vivência) é a proporção $M:WSumC$. Em sua monografia, Rorschach (1921/1967) já salientava a importância da proporção entre as cinestésias e as cores no estilo de vivência ou experiência de um indivíduo perante as manchas de tinta. Ela indica como o indivíduo experimenta o mundo e, se há a definição de um estilo, se ele o apreende de modo mais racional, dedutivo e introspectivo ou

emocional, indutivo e relacional. O EB Introversivo é descrito como tipo vivencial de estilo racional e dedutivo, tende a usar mais a reflexão e a dedução para tomar decisões e solucionar problemas. Diz-se de um indivíduo introversivo quando $M > WSumC$ em pelo menos dois pontos.

O EB extratensivo é o tipo vivencial afetivo e indutivo. É quando $M < WSumC$ em pelo menos dois pontos. O extratensivo tende a usar suas emoções como ferramentas para tomar decisões e aprender sobre o meio, é mais indutivo e faz mais uso de ensaios e erro para solucionar problemas. Se o estilo não é Pervasivo, ou seja, muito rígido, o introversivo pode usar de suas emoções e o extratensivo pode ponderar racionalmente. Quando $M = WSumC$, o estilo é Ambiguo, o indivíduo não tem estilo definido e tende arbitrariamente a vacilar entre um estilo ou outro. Este funcionamento pode ser menos efetivo, já que ele é imprevisível e pode não se beneficiar tanto quanto seria se tivesse um estilo próprio.

Conforme explicitado no agrupamento *Mediação*, casos de Lambda alto são denominados de estilo evitativo, supersimplificação da experiência sobre o meio. As decisões são tomadas a partir do mais concreto e simples e alguns problemas podem ser deixados sem solução. Quando há tendência para a introversão ou extratensividade em indivíduos evitativos, diz-se de um estilo evitativo-introversivo ou evitativo-extratensivo: a pessoa até dispõe de potencial para um ou outro estilo, necessita apenas superar a couraça de concretude e supersimplificação para lidar com a complexidade racional e emocional do meio. Quando o EA (soma dos dois valores do EB) é menor que 2, temos um protocolo Coartado. Esse achado é duvidoso e diz tão somente que os dados encontrados no protocolo estão muito esparsos para assegurar validade na diferenciação de um estilo vivencial (Weiner, 2000).

Entre os clientes do GIPSI, encontramos maioria de introversivos (31,4%, trinta e um por cento, $n=11$) e evitativos (31,4%, trinta e um por cento, $n=11$), conforme a Tabela 4.3. Entre os evitativos, 36% (trinta e seis por cento) são evitativos-introversivos. Dos introversivos, 72% (setenta e dois por cento) são pervasivos, ou seja, demasiado rígidos no estilo racional, sem recursos para usar abordagem mais afetiva e relacional mesmo quando a situação o demanda. De fato, a maioria dos clientes do GIPSI apresentam proporção $M > WSumC$ (54%, cinquenta e quatro por cento, $n=19$).

Uma maioria de pessoas $M > W$ SumC entre as pessoas em primeiras crises do tipo psicótico é coerente com o tipo de sintoma que eles usualmente apresentam. Em introversivos, sofrimento afetivo e problemas interpessoais têm maior impacto nos processos cognitivos. O resultado pode ser uma queixa de dimensão ideativa e perceptiva, como ideias persecutórias, delirantes e alucinações.

Tabela 4.3 Tipos Vivenciais dos clientes do GIPSI

Introversivos	11	31,4%
Pervasivos	8	72,7%
Ambíguais	7	20,0%
Extratensivos	4	11,4%
Pervasivos	1	25,0%
Evitativos ($\Lambda > 1,14$, total)	11	31,4%
Evitativo-extratensivos	2	18,2%
Evitativo-introversivos	4	36,4%
Evitativo-coartados	3	27,3%
Coartados ($EA < 2$, total)	5	14,3%

O fato de serem introversivos ou de possuírem mais recursos cognitivos para enfrentamento do que afetivos não diz da qualidade ou adaptação desses recursos. As respostas de movimento humano dizem do pensamento deliberado, da criatividade e da percepção de si e dos outros.

Complementar ao EB, que indica a proporção de recursos, está o eb (FM+m:SumSH), que indica a quantidade e qualidade de demandas cognitivas e afetivas. O lado direito do eb é a soma dos movimentos não humanos, indicadores de atividade ideativa periférica, produzida por necessidades internas ou demandas cognitivas situacionais, temporárias. O FM é uma das variáveis mais influenciadas pelo uso de medicação psicotrópica. Quando rebaixado, indica que o indivíduo está sob menos influência das pressões internas, como o que ocorre sob o efeito de medicação. Observamos no GIPSI valores de FM (média=2,46; DP=1,83) levemente rebaixados, o que faz com que o lado esquerdo da eb seja algo inferior às estatísticas descritivas. Não é uma diferença significativa, mas pode apontar tanto para o estilo evitativo, pouco complexo, quanto para o efeito do uso da medicação psiquiátrica.

A variável MOR está associada a estados depressivos, quando aparece $MOR > 3$ em um protocolo, isto sinaliza que o pensamento conceitual é marcado por um enquadre pessimista, o indivíduo conceitua seu meio com um sentido de dúvida e desencorajamento. No GIPSI, a média dessa variável é 2 ($DP=1,98$) em comparação à média=0,98 da estatística brasileira. De nossos clientes, 37,1% (trinta e sete por cento, $n=13$) possuem $MOR \geq 3$, o que os faz pontuar um item no Índice de Depressão.

A relação a:p fala da extensão em que uma pessoa tem atitudes e valores rígidos e como isso afeta o processo conceitual. Quando existe muita rigidez, os conceitos ou opiniões tendem a ser mais restritos, o indivíduo pode se tornar ideativamente inflexível e não considerar outros pontos de vista além dos seus. Comumente, o valor de um dos lados da relação a:p não é mais que o dobro do outro. Quando os valores na relação são mais discrepantes, indica que os valores e arranjos ideativos são mais rígidos e difíceis de alterar. Entre os clientes do GIPSI, encontramos 34% (trinta e quatro por cento) de protocolos com um dos lados de a:p maior do que o dobro do outro ($n=12$), o que indica rigidez no pensamento e dificuldades em mudar o foco e considerar conceitos alternativos.

A proporção $Ma:Mp$ oferece indícios sobre o uso da fantasia como processo ideativo defensivo, de distanciamento de uma realidade indesejável ou intolerável. O uso de fantasias ou devaneios diurnos é comum a todas as pessoas e pode trazer alívio psicológico. Em algumas pessoas, contudo, o uso excessivo de fantasia pode torná-las cada vez mais distanciadas da realidade e pode se configurar como um processo ideativo de negação. Exner sugere que, em protocolos com $Mp > Ma$, o indivíduo tende a usar a fantasia de modo mais rotineiro do que o comum. Entre os clientes do GIPSI, 45,7% (quarenta e cinco por cento) têm $Mp > Ma$ e 37,1% (trinta e sete por cento) têm $Mp > Ma+1$. Essas pessoas defensivamente substituem a realidade pela fantasia em situações estressantes; este mecanismo ideativo pode agravar situações de dependência, quando o outro é visto como o referencial para contato com a realidade.

Ainda sobre as respostas M, quanto à qualidade formal, estudos indicam a importância do M- na avaliação de transtorno de pensamento (Kalla *et al.*, 2004; Rorschach, 1921/1967), a qual é, inclusive, uma das variáveis do PTI. No GIPSI, 28% (vinte e oito por cento) possuem $M-=1$ e apenas 17% (dezessete por cento) têm $M->1$. Quando o pensamento deliberado está associado a uma distorção perceptiva, pode se

tratar de um processo alucinatório ou, no caso de Mp-, há a elaboração de fantasia persecutória ou delirante marcada por distorção perceptiva: característica de formulações delirantes. Os sintomas mais frequentemente associados às crises do tipo psicótico são justamente alucinações, delírios ou ideias delirantes, persecutórias, paranóides. Surpreende que sejam menos do que a maioria dos nossos clientes com indicadores neste sentido. Vinte e oito por cento (28%) dos protocolos apresentam $M=1$; 34% (trinta e quatro por cento) dos protocolos têm $Mo>1$ e 31% (trinta e um por cento) têm $Mu>1$, o que indica que, seja lá onde estejam as alucinações dos clientes do GIPSI, não se encontram nos indicadores mais comuns do Rorschach.

Costa (2011) estudou uma amostra anterior de clientes do GIPSI e construiu o que denomina de Constelação Prodrômica, um índice do Rorschach com as características mais particulares de protocolos de pessoas em primeiras crises do tipo psicótico. Ela sugere que, entre as variáveis dessa Constelação, está $Mu>Mo$. Isto indica grande idiosincrasia e baixa convencionalidade nos processos de ideação deliberada, um indicador mais específico das primeiras crises do tipo psicótico do que o M-, o qual talvez denotaria mais comprometimento, característico de um curso psicótico mais cronicado. Encontramos $Mu>Mo$ em apenas 34,2% (trinta e quatro por cento) de nossa amostra, o que indica que esta não é uma característica particular em nosso estudo.

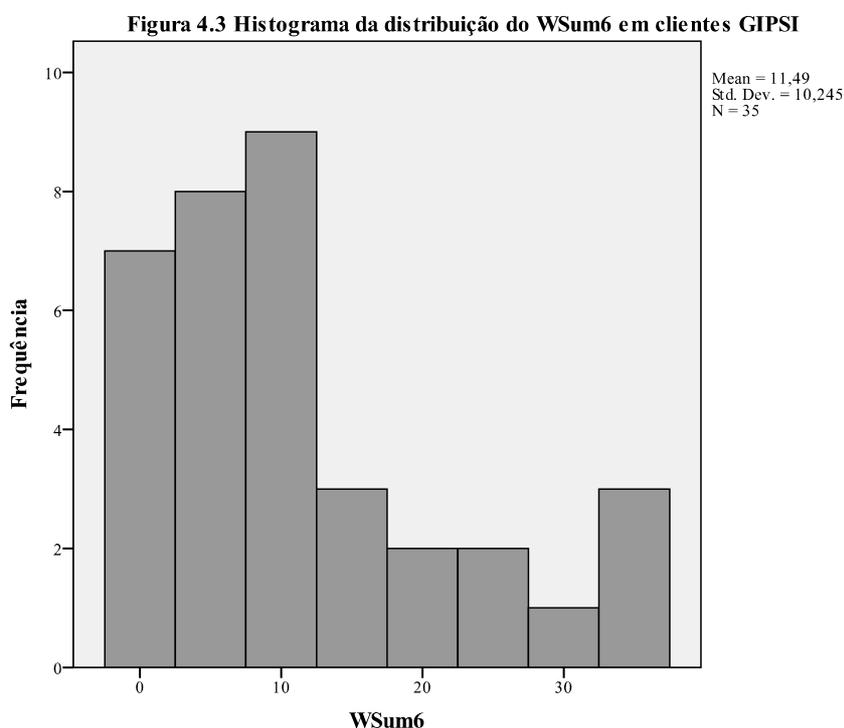
O Índice de Intellectualização ($Intellect.=2AB+Art+Ay$) fala da negação deliberada dos sentimentos, o que requer o uso de algum processo de pensamento incomum para torcer a realidade interna. Exner (2003) usa como exemplo uma pessoa evidentemente triste que diz “estou bem”. Muito de sua realidade interna, triste, foi “retorcida” para que, intencionalmente, as palavras ditas não condissessem com o que de fato ocorre dentro de si. No GIPSI, esta não é uma característica frequente, apenas seis pessoas têm esse índice >4 .

Os seis Códigos Especiais Críticos identificam dificuldades no pensamento conceitual e podem indicar características da clareza ideativa. Viglione (2012) sugere que esses códigos podem ser vistos em um contínuo do mais leve para o mais grave, mas cada um indica um tipo diferente de deslize cognitivo.

DV1 INCOM1 DR1	DV2 FABCOM1 INCOM2 ALOG	DR2 FABCOM2 CONTAM
Leve	Moderado	Severo

É por esta razão que se lhes atribuem diferentes pesos (os leves têm pesos de 1 a 3, os moderados de 2 a 4, os severos 6 ou 7). A soma desses códigos, Sum6, denota o quão frequentemente os deslizos aconteceram e o valor ponderado, WSum6, oferece maior informação sobre a clareza do pensamento e se existe, de fato, um problema ou transtorno. Exner (2003) sugere o valor de WSum6 entre 11 e 17 para indicar problemas de pensamento moderados e >17 para transtorno mais severo. Este último é um desvio-padrão acima dos valores médios da amostra brasileira e todas as médias são muito semelhantes, à exceção dos valores para esquizofrênicos internados (Exner, 1999). Por ser uma das poucas alterações importantes até aqui vistas, parece que esta é uma característica específica da amostra de esquizofrênicos de Exner.

No GIPSI, 57% (cinquenta e sete por cento) têm WSum6<11 (n=20), 20% (vinte por cento) têm WSum6 entre 11 e 17 e o valor médio é levemente superior às médias normativas (Média WSum6 GIPSI=11,82, DP=10,14). O valor máximo é de 35 (abaixo da média para esquizofrênicos internados), a frequência é 29 e a moda é 10. Não se trata de curva normal, a distribuição está apresentada na Figura 4.3.



A Tabela 4.4 descreve, mais detalhadamente, os valores dos Códigos Especiais Críticos dos nossos clientes, quanto à frequência, máximo, média e desvio-padrão (DP).

Tabela 4.4 Valores dos Códigos Especiais Críticos entre clientes do GIPSI.

Códigos	DV1	INCOM1	DR1	DV2	INCOM2	DR2	FABCOM2	ALOG	CONTAM
Média	0,60	0,66	0,69	0,06	0,26	0,20	0,37	0,06	0,00
DP	1,04	0,77	0,75	0,24	0,51	0,64	0,92	0,24	0,00
Frequência	12,00	17,00	9,00	2,00	8,00	4,00	6,00	2,00	0,00
Máximo	4,00	2,00	7,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	0,00

Os Códigos Especiais Críticos mais frequentes em nossa amostra são o DV1 (freq.=12), o INCOM1 (freq.=17) e o DR1 (freq.=9). Respostas DV1 tipicamente envolvem momentos de falhas cognitivas leves, uso distorcido ou idiossincrático da linguagem e conseqüente impedimento de comunicar-se claramente. Exner sugere que valores de até três DV1 não são muito significativos. Dentre os 12 clientes do GIPSI que apresentaram $DV \geq 1$, apenas uma tem $DV1=4$.

O código INCOM1 é o mais frequente entre adultos não pacientes, representa a combinação incomum de detalhes em um único objeto. Não são respostas bizarras, mas denotam uma falha conceitual, ideação um tanto concreta. Como o DV1, valores de $INCOM1 \leq 2$ não são muito significativos; não encontramos valores de $INCOM1 > 2$ em nossos protocolos.

Respostas com DR1 normalmente representam indecisão ou tentativa defensiva de desviar-se da tarefa, refletem um julgamento pobre e podem ilustrar controle insuficiente sobre os impulsos ideativos. É um dos códigos de menor confiabilidade entre codificadores, particularmente em pesquisas clínicas (Viglione, 2012). Isso porque é muito difícil diferenciar esse tipo de resposta, realmente desviante, de comentários usuais, talvez bastante comuns nas avaliações clínicas. Uma vez que o Rorschach faz parte da sistemática diagnóstica do GIPSI, feita na etapa inicial do atendimento e dentro do contexto clínico, as pessoas podem se sentir à vontade para contar sobre seus problemas e fazer outros comentários durante a aplicação do instrumento. Em alguns desses casos, é difícil para o codificador diferenciar comentários de verdadeiras respostas DR. Os grupos de supervisão da nossa pesquisa poderiam contar ou não com a pessoa que fez a aplicação do protocolo e muitas vezes havia dúvida quanto à codificação das DR. Mesmo com essas dificuldades, encontramos número baixo de DR1, apenas 3 protocolos apresentam $DR1 > 2$.

As respostas de nível 2 são consideradas mais bizarras e denotam sérios prejuízos ideativos; contudo, não são respostas muito frequentes entre nossos clientes.

Em nossos protocolos, 37,1% (trinta e sete por cento, n=13) têm ao menos uma resposta de nível 2, 20% (vinte por cento) têm Nível 2>1 e o valor máximo é 5. O número médio de respostas de Nível 2 é 0,80 (DP=1,38), muito abaixo da média para pacientes esquizofrênicos internados e dentro das médias normativas.

O Índice Percepção-Pensamento (Perception-Thinking Index), revisão do SCZI (Índice de Esquizofrenia), contém variáveis do agrupamento *Mediação* ($X_A\% > 0,70$, $WDA\% > 0,75$ e $X-\% > 0,29$ ou $> 0,40$) e do *Ideação* ($WSum6 > 17$ e $M-> 1$). Pessoas com $PTI \geq 3$ têm possibilidade de transtorno de pensamento e deslizes cognitivos próprios de transtornos do espectro psicótico (Exner, 2003).

Em nossa amostra, temos 25% (vinte e cinco por cento) de protocolos com $PTI \geq 3$ (n=9) e 37% (trinta e sete por cento) com $PTI=0$. Dos PTI positivados, 60% (sessenta por cento) têm $PTI=3$. O número médio de pontuações neste índice é 1,46 (DP=1,5). No estudo de Nascimento (2010), 66% (sessenta e seis por cento) têm $PTI=0$ e 11% (onze por cento) têm $PTI \geq 3$. Uma vez que, a esta altura, já revimos todas as variáveis que compõem o PTI, não nos surpreendemos com os valores baixos para esta constelação, considerando que nossa amostra compreende pessoas com diagnósticos do espectro psicótico.

Tabela 4.5 Variáveis do SCZI, Índice de Esquizofrenia.

Positivo se >4 pontos.

1. $X+\% < 0,61$ e $S-\% < 0,41$ ou $X+\% < 0,50$
2. $X-\% > 0,29$
3. $FQ \geq FQ_o + FQ_u$ ou $FQ-> FQ_o + FQ+$
4. Nível 2>1 e $FABCOM2 > 0$
5. $Sum6 > 6$ ou $WSum6 > 17$
6. $M-> 1$ ou $X-\% > 0,40$

Fonte: Exner, 1999.

A estatística descritiva de esquizofrênicos internados que utilizamos neste trabalho foi coletada antes da criação do PTI, por isso conta apenas com as pontuações no SCZI (Índice de Esquizofrenia), atualmente extinto do SC. As variáveis do SCZI estão descritas na Tabela 4.5. A interpretação do índice permitia três hipóteses: a) $SCZI=4$: ponto crítico a partir do qual se pode estabelecer a possibilidade de esquizofrenia, alto número de falso-positivos, mas que pode direcionar o olhar do clínico para outras fontes de informação; b) $SCZI=5$: Exner (1999) considerava muito

consistente a hipótese de esquizofrenia e c) SCZI=6: “certeza quase absoluta de esquizofrenia” (Exner, 1999, p. 48).

No GIPSI, temos informação sobre o SCZI de apenas 27 protocolos. Destes, 60% (sessenta por cento) têm $SCZI \leq 3$, dois protocolos têm $SZCI=5$ e a mesma quantidade tem $SZCI=6$. Na amostra de esquizofrênicos internados (Exner, 1999), 81% (oitenta e um por cento) têm $SCZI \geq 4$, sendo 33% (trinta e três por cento) com $SCZI=6$. Apesar de não podermos usar a hipótese interpretativa do SCZI, já que este índice foi extinto, Exner indicava que o SCZI produzia pequena percentagem de falsos negativos. Viglione (1999) sugere que os maiores problemas diagnósticos do SCZI eram encontrados em estudos com crianças e adolescentes.

Nossos achados parecem apontar que os índices mais usuais do Rorschach (PTI e SCZI) não identificam adequadamente pessoas com primeiras crises do tipo psicótico, embora estudos comprovem a eficácia desses indicadores para transtornos do espectro psicótico (Dao & Prevatt, 2006; Hilsenroth, Eudell-Simons, Defife & Charnas, 2007; Jorgensen, Andersen & Dam, 2000; Klonsky, 2004), inclusive em primeiros episódios psicóticos (Ilonen *et al.*, 1999).

4.4 CONTROLE E TOLERÂNCIA AO ESTRESSE

O controle é um conceito apresentado por Exner (2003) nos seguintes termos: “a capacidade de formar decisões e implementar comportamentos deliberados destinados a lidar com as demandas de uma situação” (p. 231, tradução nossa). As variáveis do Rorschach relacionadas ao controle comparam os recursos psicológicos disponíveis com o tipo de demandas vivenciadas; essa comparação visa estimar a tolerância ao estresse, o risco de impulsividade e a dimensão da direcionalidade intencional do comportamento.

As variáveis deste agrupamento são: *EA*, *D*, *AdjD*, *EA* e *CDI*.

O EA (Experiência Atual) é a soma dos dois lados do EB: $M+WSumC$. Ele infere sobre a quantidade de recursos disponíveis para enfrentamento, tanto afetivos ($WSumC$) quanto ideativos (M). É uma medida simples e não diz da qualidade dos recursos ou se eles estão em aplicação adequada. Complementarmente, o es

(Experiência Estimulada) é a soma dos dois lados do eb, ou seja, calcula o total de estressores cognitivos (FM+m) e afetivos (SumSH).

O valor do EA no GIPSI (Média=5,47, DP=3,26) é um pouco superior ao da média brasileira e algo inferior à estatística internacional. Para Exner, o EA<6 indica limitação dos recursos disponíveis. Como esse é o valor médio das amostras internacionais e também o valor que aparece no GIPSI, inferências sobre o EA a partir do critério de Exner são questionáveis. Poucos recursos podem indicar vulnerabilidade a desorganização quando o estresse aumenta. No entanto, considerando a discrepância entre o valor médio de Exner e o encontrado no estudo brasileiro (média=4,93; DP=3,17), a sugestão de que o EA sempre deve ser ≥ 6 pode não ser adequada à nossa população. Nascimento (2010) sugere que sua amostra foi bastante defensiva (baixo R e Lambda alto), possivelmente por conta da situação de teste. Para a autora, todos foram colaborativos, mas provavelmente tinham suas razões para não mostrarem muito de si mesmos, já que não receberiam devolutiva ou talvez não tivessem certeza de qual seria o uso de seus resultados. A hipótese da autora é que esses indivíduos poderiam apresentar valores de EA (recursos) maiores se não estivessem tão defensivos perante a situação de teste. Algo semelhante poderia ter acontecido no GIPSI, pois se trata de uma população em crise, em momento de recuperação desde o período mais agudo e vários deles sob uso de medicação psicotrópica; no entanto, mesmo sob estas condições, nossa amostra tem valores de EA semelhantes à de adultos não-pacientes brasileiros, em grande parte dos casos até mesmo superiores.

A nota D é a comparação entre EA e o es, ou seja, entre os recursos e as demandas. Quando a nota D é igual a zero, presumimos a existência de um equilíbrio entre recursos e estímulos; a pessoa está funcionando em seu nível normal de tolerância ao estresse. Quando $D < 0$, o indivíduo tem mais demandas do que recursos, está sobrecarregado e seu controle e direcionalidade de comportamentos pode estar comprometido. No GIPSI, a nota D média é negativa (Média=-1, DP=1,76), valor semelhante à estatística brasileira, inferior à estatística internacional. Quarenta e dois por cento (42%) têm $D < 0$ e 25% (vinte e cinco por cento) têm $D < -1$, ou seja, estão sobrecarregados, o que compromete sua capacidade de controle e enfrentamento.

O AdjD (D ajustado) retira o excesso de componentes situacionais do es (Y e m) para estimar se a sobrecarga vivida é crônica ou temporária, relacionada a um

estressor atual. No GIPSI, temos que a média de $AdjD > D$ (Média=-0,21, DP=1,08). De fato, apenas 28% (vinte e oito por cento) dos nossos clientes têm $AdjD < 0$, sendo 8% (oito por cento) < -1 . Na maior parte de nossa amostra, a sobrecarga é situacional e o comprometimento dos recursos é temporário.

O Índice de Déficit Social (CDI, Coping Deficit Index) é a constelação mais controversa para uso na população brasileira. No estudo de Nascimento (2010), 55% (cinquenta e cinco por cento) dos sujeitos positivaram essa constelação. Originalmente, dificuldades relacionadas à inabilidade social poderiam determinar uma baixa no controle dos impulsos. No GIPSI, 51% (cinquenta e um por cento) positivaram esse índice.

4.5 ESTRESSE SITUACIONAL

O estresse situacional pode ser originado de trauma pessoal, perda emocional, conflitos e decisões difíceis. Gera desconforto psicológico e pode se tornar crônico, criar estragos psicológicos devastadores. Conforme dito no agrupamento *Controle e tolerância ao estresse*, o Rorschach conta principalmente com duas variáveis muito pouco estáveis, relacionadas a demanda situacional que afeta a cognição (m) ou o afeto (Y). Retiradas da contagem de D, o D ajustado ($AdjD$) informa sobre como os recursos estariam sem as demandas situacionais.

As variáveis do Rorschach relacionadas ao estresse situacional são D , $AdjD$, m , $SumY$ e $C-SH Blend$.

No agrupamento *Controle e tolerância ao estresse*, apresentamos alguns resultados do GIPSI que também são indicadores de estresse situacional. São 42,9% (quarenta e dois por cento) em vivência de sobrecarga ($D < 0$), mas desconsiderados os estressores situacionais, esse valor diminui para 28,6% (vinte e oito por cento com $AdjD < 0$). Quarenta por cento (40%) dos clientes têm $AdjD > D$ e isso indica que o aumento de demandas está relacionado ao estresse situacional. Como consequência, algumas decisões e comportamentos podem não estar tão organizados como é de costume para eles. Comparando os valores de EA e es, verificamos que 60% (sessenta por cento) da nossa amostra possui $EA < es$ e o que faz mais elevar o es em nossa amostra é o $SumY$. Esta variável indica aumento de estímulo interno do tipo emocional,

com caráter temporário ou situacional. Por ser de ordem emocional, mais sobre essa variável será dito no agrupamento *Afetos*.

Respostas mistas de cor e sombreado (C-SH Blends) informam sobre o grau de confusão emocional de uma pessoa. Estar confuso sobre os sentimentos é bastante comum, mas quando o valor de C-SH>1, fatores situacionais ou crônicos podem criar grande ambivalência emocional. No GIPSI, temos C-SH>1 em apenas três protocolos, o que indica que a ambivalência emocional não é característica de nossa clientela, a vivência de estresse situacional parece estar marcada mais pela elevação de SumY isolado de determinantes de cor.

4.6 AFETOS

O acesso a questões afetivas no Rorschach é mais difícil do que o desejaríamos. O objetivo interpretativo é determinar o papel das emoções na organização psicológica e qual a qualidade de algumas das principais emoções no funcionamento das pessoas.

As variáveis deste agrupamento são *DEPI*, *EB extratensivo*, *SumSH* ($SumC'+SumT+SumV+SumY$), $SumC':WSumC$, *Afr*, *Intellect.*, $FC:CF+C$, *Cpura* e *S*.

O Índice de Depressão (DEPI) indica problema afetivo significativo e potencialmente perturbador. As variáveis desta constelação já foram apresentadas no Capítulo 2 do presente trabalho: o DEPI é um índice composto de 14 variáveis, agrupadas em 7 itens, dos quais, se estiverem 5 pontuados, indica constelação positiva. Entre os itens do DEPI estão questões cognitivas, afetivas e relacionais. Em nossa amostra, 48% (quarenta e oito por cento) têm DEPI positivo. Exner (2003) sugere os valores de DEPI=6 ou 7 para possibilidade de questão depressiva mais grave; quatro clientes do GIPSI têm DEPI=6 e um=7.

A pontuação média dos clientes do GIPSI nessa constelação é 4,31 e as variáveis do DEPI que têm mais pontuação entre nossos clientes são: $COP<2$, $Blends<4$, $SumSH>FM+m$, $Afr<0,46$, $MOR>2$, $S>2$ e Índice de Egocentrismo<0,33. Traduzindo estas variáveis em termos psicológicos, temos que nossos clientes apresentam alguns traços característicos de pessoas com problemas afetivos

depressivos, no que diz respeito à baixa expectativa de cooperação quando em interação com outros; pouca complexidade psicológica, estressores afetivos em maior quantidade do que cognitivos; baixa disposição a ser afetado por um ambiente emocional; pessimismo e autoconceito negativo; grande necessidade de afirmação de autonomia e baixa autoestima. É claro que, isoladas de seu contexto, as variáveis perdem um tanto de sua validade interpretativa.

No entanto, é importante pontuar que pessoas em primeiras crises do tipo psicótico pontuam mais no DEPI do que no PTI, ou seja, têm dificuldades psicológicas mais semelhantes a pessoas com quadro depressivo do que de pessoas com transtorno do espectro psicótico.

Como já foi assinalado no agrupamento *Ideação*, o EB indica os recursos disponíveis para enfrentamento e também o tipo vivencial, o estilo privilegiado para tomada de decisão e solução de problemas.

Entre nossos clientes, os extratensivos são menos numerosos: são 11,4% (onze por cento, $n=4$) extratensivos e, dentre as pessoas com $\Lambda > 1,14$, 18% (dezoito por cento) são evitativo-extratensivos. Talvez por conta de dificuldades interpessoais e afetivas, nossos clientes não desenvolvem um estilo mais relacional; em vez de ser fonte de informações sobre o meio, o outro é visto antes como persecutório e ameaçador, potencialmente invasor, sendo que uma das principais queixas nas primeiras crises é o acentuado retraimento social e o embotamento afetivo.

O *eb*, proporção entre movimentos não humanos e sombreados, é indicador das demandas vividas. O lado esquerdo do *eb* é a soma dos sombreados (SumSH) e reflete os estímulos internos que produzem sofrimento psíquico e dor emocional. No GIPSI, 60% (sessenta por cento) apresentam $\text{SumSH} \geq \text{FM} + m$, o que indica que os estressores vivenciados pelos nossos clientes são mais de natureza afetiva do que cognitiva. Os valores de V e C' são semelhantes às estatísticas descritivas, sendo somente o Y um sombreado com valores elevados: são 51,4% (cinquenta e um por cento) com $\text{SumY} \geq 2$; 22,9% (vinte e dois por cento) com $\text{SumY} > 4$ e o valor médio desta variável no GIPSI é semelhante ao de pacientes esquizofrênicos internados (Média GIPSI=2,68, DP=3,19). Podemos sugerir que nem a constrição afetiva (indicada pela variável SumC') nem a introspecção negativa (variável SumV) são problemas específicos da nossa população. A média de SumT no GIPSI (0,20; DP=0,59) é semelhante à das estatísticas

internacionais, mas inferior ao valor sugerido por Exner para essa variável. Por ter mais implicações relacionais, a variável SumT será detalhada no agrupamento *Percepção Interpessoal*.

Conforme dito no agrupamento *Estresse situacional*, a variável Y sugere sofrimento psíquico temporário, já que é uma das variáveis menos estáveis do Rorschach. O SumY sugere uma angústia difusa, originada da sensação de desamparo, incapacidade e inabilidade para resolver um problema, manifesta como apreensão, ansiedade e tristeza; é muito perturbadora, comumente afeta mais os sentimentos. Contudo, já que nossos clientes são mais introversivos, é possível que eles utilizem a atividade mental como recurso para enfrentar e elaborar uma angústia inominada.

A razão $\text{SumC}' : \text{WSumC}$ se refere à supressão ou constrição das emoções. Exner sugere que, quando $\text{SumC}' > \text{WSumC}$, o indivíduo inibe a descarga afetiva e pode estar sobrecarregado por sentimentos negativos. No GIPSI, encontramos 20,6% (vinte por cento) de protocolos com $\text{SumC}' > \text{WSumC}$.

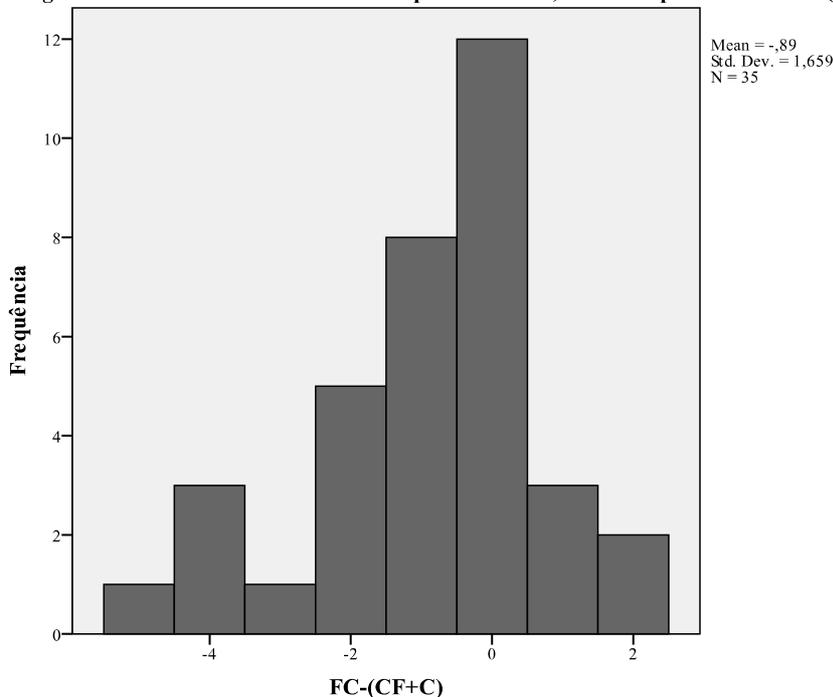
O Quociente Afetivo (Afr) se relaciona ao interesse que uma pessoa tem em experimentar ou ser afetada pelo estímulo emocional. No GIPSI, 45,6% (quarenta e cinco por cento) têm $\text{Afr} < 0,46$; o que sugere que esses indivíduos têm reduzido interesse em processar e se envolver em situações emocionais.

O Índice de Intelectualização (*Intellect.*) já foi apresentado no agrupamento *Ideação*. Quanto a sua influência nas questões afetivas, a intelectualização fala de uma defesa comum, processo em que o impacto emocional das situações é minimizado pelo enfrentamento em nível ideativo e não afetivo. Entre nossos clientes, essa defesa não é muito frequente; apenas seis protocolos têm $\text{Intellect} > 4$, os valores médios são comparáveis às estatísticas descritivas internacionais, mas levemente superiores aos valores encontrados na amostra brasileira.

As respostas de Cor Cromática estão relacionadas à descarga de emoção e à modulação dessa descarga. As FC são correlatas de experiências emocionais mais controladas e moduladas, enquanto as CF e Cpura se referem a formas menos restritas de demonstração afetiva.

A Figura 4.4 indica a prevalência de forma nas respostas de Cor Cromática pela fórmula $FC-(CF+C)$. Nesta figura, valores positivos indicam $FC > CF+C$ e os negativos, $FC < CF+C$.

Figura 4.4 Prevalência da forma nas respostas de Cor, calculada pela fórmula $FC-(CF+C)$



A distribuição é negativa, o que indica que os clientes do GIPSI têm menor modulação afetiva, descargas emocionais mais lábeis. Pessoas com essa tendência expressam seus sentimentos de forma mais óbvia ou intensa. Combinado a dificuldades no teste de realidade ou sob sobrecarga afetiva, esse tipo de traço pode levar à expressão intensa ou inapropriada dos sentimentos. As Cpuras não são muito frequentes ($n=9$), o que indica que a baixa modulação afetiva não é muito grave entre nossos clientes.

As respostas de Espaço (S) representam um senso de individualidade e a necessidade de afirmação de autonomia; esperam-se uma ou duas respostas S em um protocolo, particularmente nas primeiras pranchas. Exner (2003) sugere que, quando o $S > 2$, questões de negativismo, oposicionismo ou mesmo raiva devem ser consideradas. Em nossa amostra, 54,3% (cinquenta e quatro por cento) apresentam $S \geq 2$. O valor de S encontrado por Exner é bem inferior ao apresentado pelos estudos internacionais. De fato, Vilgione (2012) questiona se as respostas S têm mesmo esse valor interpretativo. Entre nossos clientes, a média de S (2,47; DP=1,90) é comparável à estatística internacional, mas levemente aumentada em comparação à média brasileira.

4.7 AUTOPERCEPÇÃO

A noção de autopercepção no SC refere a duas facetas: autoimagem e autoenvolvimento. A autoimagem é constituída das impressões que uma pessoa tem acerca de suas próprias características, em um léxico interno de conceitos básicos sobre si mesma. O arcabouço conceitual que é a autoimagem advém da experiência do indivíduo, as características que uma pessoa atribui a si mesma podem ser embasadas em experiências reais ou em interpretações equivocadas, distorções ou fantasias. Independente de sua base, o arcabouço das características percebidas forma uma representação interna de si, percebida pelo indivíduo.

O autoenvolvimento é decorrente da autoimagem, diz da preocupação que uma pessoa tem consigo própria em comparação à sua preocupação com o mundo externo. Com efeito, autoenvolvimento é o mesmo que autocentramento, mas isso não quer dizer que pessoas autocentradas têm a autoestima elevada. Quando a autoimagem é largamente embasada na fantasia ou em distorções da realidade, um sentido falso de valor pessoal é criado. Assim, o autocentramento e a autoimagem se fundamentam, interligados.

As variáveis do agrupamento Autopercepção são: *OBS*, *Fr+rF*, *Ego*, *FD*, *SumV*, *An+Xy*, *MOR*, $H:Hd+(H)+(Hd)$.

O Índice de Obsessividade (OBS) já foi apresentado no agrupamento *Mediação*. O OBS positivo reflete preocupação com perfeccionismo, em uma operação de controle que mitiga sentimentos de insegurança e pode evitar temidos erros que validam a sensação de inadequação. Não encontramos sequer um protocolo com esse índice positivado.

As respostas de reflexo (*Fr+rF*) indicam um traço do tipo narcisista da personalidade. Se $Fr+rF > 0$, podemos inferir autoenvolvimento exagerado e um sentimento de valia pessoal intensa que tende a dominar as percepções do indivíduo sobre si mesmo. Encontramos esse traço em apenas 14,3% (quatorze por cento) de nossa amostra ($n=5$).

O Índice de Egocentricidade ($Ego=3r+(2)/R$) é uma estimativa da preocupação de alguém sobre si mesmo e possivelmente da sua autoestima. Trata-se de uma variável tridimensional, ou seja, permite interpretação em três dimensões. Os pontos de corte sugeridos por Exner (2003) são 0,33 e 0,45, o que indica nível baixo ($<0,33$), médio ($0,33-0,45$) ou alto ($>0,45$). Pessoas com Ego baixo têm baixa autoestima e pouco envolvimento; pessoas com Ego médio são tão autoenvolvidas quanto as outras; pessoas com Ego alto são muito autoenvolvidas e, se possuem $Fr+rF>0$, têm a si próprios em grande valia. O valor médio da nossa amostra (Média GIPSI=0,35, DP=0,17) é muito semelhante aos das amostras normativas. Isso indica que os pontos de corte de Exner para o Índice de Egocentrismo são provavelmente adequados em diferentes culturas. Exner encontrou Ego médio em 63% (sessenta e três por cento) de sua amostra e apenas 13% (treze por cento) com Ego baixo. No GIPSI, temos uma distribuição quase equivalente das três dimensões: Ego baixo=37,1% (trinta e sete por cento); Ego médio=31,4% (trinta e um por cento) e Ego alto=31,4% (trinta e um por cento). Das cinco pessoas com $Fr+rF>0$, apenas duas têm Ego alto, o que pode indicar que, mesmo quando possuem algum traço narcisista, o que é raro, nossos clientes não têm a autoestima elevada; ao contrário, um terço de nossos clientes tem a autoestima marcadamente diminuída.

As variáveis FD e SumV estão relacionadas à introspecção: a presença de FD normalmente é um indicador positivo, porque sugere que a pessoa tem interesse e disposição para uma autoinspeção. Já o SumV é mais negativo, pois revela que a inclinação para autoinspecionar-se é permeada por emoções negativas, de ruminação da culpa e ansiedade. Setenta e um por cento (71,4%) dos clientes do GIPSI têm FD=0 e 74,3% (setenta e quatro por cento) têm SumV=0; apenas nove de nossos clientes apresentam SumV>0. Esta parece ser uma tendência positiva, já que eles não apresentam introspecção disfórica. No entanto, a baixa incidência de FD pode revelar uma possível dificuldade particularmente com a psicoterapia, pois essas pessoas não são propensas a inspecionarem a si mesmas, podem não se interessar por autoconhecimento.

Respostas de anatomia e de raios-X são muito pouco frequentes entre adultos não pacientes; quando o $An+Xy>1$, é sinal de preocupações com o funcionamento corporal, sentimentos desconcertantes de vulnerabilidade física. Entre os clientes do GIPSI, encontramos 85,7% (oitenta e cinco por cento) com $An+Xy>0$ e 54,3% (cinquenta e quatro por cento) com $An+Xy>1$; a média dessa variável entre nossos

clientes é de 2,74 (DP=4,48). Considerando a alta presença dessa variável na nossa amostra, inferimos que o sentimento de vulnerabilidade física é característica específica de nossa clientela. Muitas vezes, nossos clientes vêm de contextos de cuidado tradicionais, os quais tendem a localizar a crise em uma causalidade orgânica, e a maioria deles está sob psicofarmacoterapia. Nesse sentido, o momento que vivenciam pode ser por eles interpretado como uma situação de doença, algo que faz seus corpos vulneráveis.

Já assinalamos sobre as respostas MOR no agrupamento *Ideação*, mas esse tipo de resposta se relaciona mais com questões de autoimagem. Essa resposta é frequente em protocolos de adultos não pacientes; apenas quando o $MOR > 1$ inferimos que as impressões de autopercepção são negativas ou danificadas. Entre nossos clientes, temos a média $MOR = 2$ (DP=1,98), levemente acima das estatísticas normativas (MOR Média Exner=0,79, DP=0,89; Meyer=1,26, DP=1,46; Nascimento=0,90, DP=1,25); são 48,5% (quarenta e oito por cento) dos protocolos com $MOR > 1$ e 37% (trinta e sete por cento) com $MOR > 2$, o que é indício da presença de elementos negativos, pessimistas e danificados no autoconceito.

A proporção $H:(H)+Hd+(Hd)$ procura descrever em que medida os conceitos sobre o humano, inclusive sobre si próprio, são embasados em visão total, parcial ou fantasiosa. Espera-se que H seja maior que os outros códigos, o que é verdade em 68,6% (sessenta e oito por cento) de nossos protocolos. No entanto, podemos ver aumento particular das respostas Hd (Média GIPSI=2,35, DP=2,71). Isto indica que, em grande parte, a autoimagem de nossos clientes se embasa em visões reais, mas apenas parciais, das dimensões humanas. Mais sobre essas variáveis será explorado no próximo agrupamento, da *Percepção Interpessoal*.

4.8 PERCEPÇÃO INTERPESSOAL

Uma variedade de elementos internos e externos influencia a maneira como uma pessoa percebe os outros. O Rorschach é uma ferramenta algo limitada para avaliar percepções interpessoais, justamente por ser incapaz de verificar os diferentes meios e situações sociais em que um indivíduo está engajado. Por isso, a maior parte dos achados deve ser inferencial, com interpretações mais genéricas do que desejaríamos.

As variáveis relacionadas à percepção interpessoal são *CDI, HVI, a:p, Fd, SumT, ContH, Hpura, GHR, PHR, PER, COP, AG, PER* e *Índice de Isolamento*.

Como foi dito no agrupamento *Controle e Tolerância ao Estresse*, o CDI é um índice muito controverso. Exner (2003) diz que pessoas com CDI positivo têm dificuldades interpessoais importantes, são imaturas e vulneráveis a problemas de enfrentamento. Contudo, considerando que a amostra brasileira tem 55% (cinquenta e cinco por cento) de positividade do CDI, pensamos que não faria sentido descrever como imatura e vulnerável mais do que a metade de uma amostra de adultos não pacientes. No GIPSI, encontramos dificuldade semelhante ao analisarmos o CDI, já que 51% (cinquenta e um por cento) de nossos clientes o têm positivo. De acordo com Nascimento (2010):

A grande frequência de nossos casos com CDI nos faz pensar que o índice precisaria melhor adaptação a nosso meio ou deveria ser melhor estudado, para que possamos fazer conclusões mais definitivas. É possível que esse resultado seja um modo apenas dos sujeitos responderem, sem muito envolvimento. No momento, podemos dizer que, quando CDI é menor ou igual a 3, identifica uma pessoa com poucas ou sem dificuldades para administrar e sustentar suas relações interpessoais, desde que os valores de EA também sejam adequados (p.136).

O Índice de Hipervigilância positivo ($HVI > 3$ com $T=0$) indica uma tendência a ser extremamente cuidadoso e conservador na relação com os outros. Trata-se de um traço de atenção superalerta, antecipatório, uma atitude negativa ou desconfiada para com o ambiente; quando exacerbada, pode se manifestar de modo paranoide. Encontramos cinco casos com HVI positivo no GIPSI, o que indica que as queixas do tipo persecutória ou paranoide, comuns entre nossos clientes, não se referem a um traço de hipervigilância.

A razão *a:p* foi apresentada no agrupamento *Ideação*, referente à questão da flexibilidade nas atitudes e valores. Quanto à Percepção Interpessoal, essa razão dá indício da inclinação do indivíduo a assumir um papel mais passivo nas relações interpessoais. Exner (2003) sugere que, quando $p > a+1$, o indivíduo tende a ser passivo, embora nem sempre submisso; ele evita a tomada de responsabilidade sobre suas decisões, prefere que os outros resolvam seus problemas. No GIPSI, temos 54% (cinquenta e quatro por cento) dos clientes com $p > a$ e 50% (cinquenta por cento) com $p > a+1$. Na estatística descritiva de Exner (2003), aparece $p > a+1$ em 2% (dois por cento) da amostra; em Meyer, Erdberg e Shaffer (2007), isso ocorre em 21% (vinte e um por

cento) da amostra. Um estilo interpessoal mais passivo parece ser característica específica de nossa clientela.

Respostas de comida (F_d) tipicamente sinalizam traço de dependência; pessoas com $F_d > 0$ costumam depender da orientação e suporte dos outros, são bastante ingênuas e esperam que as pessoas sejam tolerantes e ajam em função de suas necessidades. Quando o $F_d > 0$ vem acompanhado de $p > a+1$, é possível afirmar a existência de estilo passivo-dependente de personalidade. Em nossa amostra, encontramos 20% (vinte por cento) de protocolos com $F_d > 1$ ($n=7$); destes, mais da metade tem $p > a+1$ concomitante.

O somatório das respostas de textura ($SumT$) tem algo a ver com a necessidade de proximidade e a abertura de um indivíduo ao contato emocional íntimo com os outros. Exner (2003) sugere que $T=1$ indica tendência razoável ao contato íntimo com as pessoas; os achados $T=0$ e $T>1$ indicariam diminuição ou aumento dessa necessidade. Esse postulado parece não se adequar a outras populações, já que se verifica $T=0$ na maior parte dos protocolos: 57% (cinquenta e sete por cento) na amostra internacional e 70% (setenta por cento) no estudo brasileiro; no GIPSI, encontramos $SumT=0$ em 85,7% (oitenta e cinco por cento) dos protocolos. Viglione (2012) sugere que esta é a variável menos confiável dentre as relacionadas com o afeto interpessoal e ela provavelmente não está relacionada ao construto necessidade de contato interpessoal.

Respostas de conteúdo humano ($ContH=H+(H)+H_d+(H_d)$) são indicadoras de elementos de autopercepção, mas também refletem o interesse geral de uma pessoa acerca de outras pessoas. Um número reduzido desse tipo de conteúdo denota pouco interesse nas pessoas ou até abstinência social. No GIPSI, encontramos média de $ContH=6,62$ ($DP=4,34$), o que é elevado, comparado a todas as outras estatísticas. A média de H_{pura} no GIPSI é semelhante às estatísticas, mesmo um pouco superior ao encontrado na amostra brasileira (H_{pura} média GIPSI=2,44, $DP=1,97$). O que marca a elevação da variável $ContH$ é o número de H_d (média=2,35, $DP=2,71$). Esse achado pode indicar que os clientes do GIPSI têm forte interesse nas pessoas, mas as percebem de maneira parcial; as entendem pouco e são pouco compreendidos por elas.

A Constelação Prodrômica (Costa, 2011) inclui, também, a análise das respostas de conteúdo animal e detalhe animal (A e Ad). Segundo a autora, esse tipo de resposta se encontra em número elevado em grande parte dos sujeitos analisados e deve

ser considerada parte da constelação de caráter prodrômico. Trata-se de um tipo de conteúdo comum em protocolos de adultos não-pacientes, mas uma elevação desse tipo de resposta está relacionada a questões interpessoais vivenciadas de modo regressivo, arcaico (Chabert, 1993). Em nossos clientes, verificamos número médio de respostas semelhante a todas as estatísticas descritivas (A: média=7,57; DP=3,30; Ad: média=1,86; DP=2,35). Não encontramos estudos que sugiram pontos de corte clínicos para esta variável no SC. De nossos clientes, encontramos 17,1% (dezessete por cento) com $A > 10$ e 11,4% (onze por cento) com $Ad > 4$.

A proporção GHR:PHR indica se o histórico interpessoal de uma pessoa é preponderantemente conflituoso ou adaptado. Quando mais as GHR superam as PHR, mais se pode inferir que uma pessoa tem um histórico de relacionamentos eficazes e adaptativos. No GIPSI, encontramos $GHR < PHR$ em 73,5% (setenta e três por cento) dos protocolos, contra 43% (quarenta e três por cento) da amostra internacional e 46% (quarenta e seis por cento) da amostra brasileira. Este é um indicador importante de que a maior parte de nossos clientes possui histórico interpessoal permeado por conflitos, com poucas oportunidades de desenvolver recursos interpessoais saudáveis. Esta característica é coerente com as dificuldades de comunicação, baixa convencionalidade e visão de si e do outro parcial que encontramos em nossa amostra.

Os movimentos cooperativo (COP) e agressivo (AG) refletem elementos sobre as trocas interpessoais: COP indica que as trocas são positivas, construtivas; enquanto AG implica que o indivíduo antecipa tais trocas como agressivas ou competitivas. No GIPSI, as médias e frequências para esses dois códigos são baixas: média COP=0,32 (DP=0,78) e AG=0,41 (DP=0,75), frequência COP=8 e AG=10. Dadas a percepção um tanto parcial das relações interpessoais, a passividade e a grande frequência de interações conflituosas, é possível que nossos clientes não antecipem interações positivas entre as pessoas, podem mesmo se sentir pouco confortáveis em situações interpessoais.

As respostas pessoais (PER) implicam um mecanismo que o indivíduo utiliza para reassegurar a si próprio e afastar possíveis questionamentos de outras pessoas. Esse é um tipo comum de resposta e até uma por protocolo não indica grandes dificuldades. No entanto, quando $PER > 1$, há indício de autoritarismo intelectual e certa rigidez como defesas contra possíveis fraquezas ou defeitos. No GIPSI, 40% (quarenta por cento) dos

clientes apresentaram $PER > 0$ ($n=14$), mas apenas 17,1% (dezessete por cento) têm $PER > 1$ ($n=6$).

O Índice de Isolamento ($Isolate = Bt + 2Cl + Ge + Ls + 2Na/R$) é composto de códigos que geralmente aparecem com pouca frequência. Exner (2003) sugere que, quando o índice recai entre os valores 0,26 e 0,32, o indivíduo tende a ser menos ativo em interações sociais, o que é uma característica comum mesmo em adultos não pacientes; quando $\acute{e} > 0,32$, uma questão importante de isolamento é constatada. No GIPSI, encontramos 88,6% (oitenta e oito por cento) dos clientes com $Isolate < 0,26$, o que indica que nossos clientes não se encontram isolados ou afastados das interações interpessoais. O fato de isolamento social ser um dos sintomas negativos mais frequentes nas primeiras crises do tipo psicótico pode suscitar o questionamento se o critério de isolamento medido pelo Rorschach é o mesmo verificado pela psiquiatria.

CAPÍTULO 5

DISCUSSÃO E INTEGRAÇÃO DOS DADOS

*Nenhum louco é louco para quem aceita as razões dele.
(García Márquez, 1928/2009, p. 55).*

O rótulo “significativo” é, conforme já salientamos, potencialmente enganoso e tem estado sob constantes críticas. Para avaliar a “significância”, o valor de referência deve estimar o tamanho e a dimensão de associação envolvida na análise. Medidas de associação podem incluir o risco clínico relativo àquela medida e seus intervalos de confiança: valores *clínicos* significativos. Qualquer perspectiva de investigação parte de pressupostos que conformam e restringem o significado dos dados e, em consequência, as conclusões que se derivam deles. A metodologia, de maneira geral, é quem faz o significado.

O que afirmamos sobre nossos clientes se pretende válido ou crível apenas na medida de nossos paradigmas, epistemes e determinantes sociais. A perspectiva dinâmica que propusemos é uma das várias tentativas de integração de uma dimensão nomotética (não sem crítica às normas que a fundamentam) e a qualificação dos resultados empíricos, a partir de pressuposições teóricas. Nossa escolha para determinar o que era ou não específico de nossa clientela tem um quê de arbitrária, mas pretende-se ancorada em pressupostos teórico-clínicos. Tomamos criticamente os pontos de corte sugeridos nas literaturas e as derivações são qualificações possíveis.

A primeira discussão que apresentamos é sobre a tríade cognitiva. Sobre o processamento, os valores médios de W e D indicam potencial prático adequado em nossos clientes. No entanto, o valor de Dd aumentado indica um processamento atípico, direcionado a aspectos incomuns do meio. Nossos clientes fixam a atenção em detalhes muito particulares de seu ambiente, podem distorcer a apreensão dos dados ao recolher apenas as informações acessórias. Isto pode estar relacionado ao número elevado de percepções incomuns (Xu%), uma vez nossa clientela dirige a atenção a detalhes do meio que não são percebidos pela maioria da população. Um detalhe incomum é mais suscetível a interpretações diferentes, excêntricas.

Além disso, o Dd elevado pode indicar que, com o enfoque detalhista, o indivíduo perde de vista a tarefa como um todo. A ansiedade persecutória, muito comum entre nossos clientes, pode também ser entendida a partir desse processamento que, por mais detalhista, não engloba a complexidade. Isto deixa uma lacuna cognitiva (Tenenbaum, 1999) que pode ser preenchida por demandas afetivas, particularmente relacionadas a uma angústia difusa e aos sentimentos de vulnerabilidade, inadequação, desamparo e passividade.

O Zd é a comparação da soma dos valores de nota Z do protocolo com a tabela estatística de Exner, *Zest*. Dois fatores, valores médios negativos tanto na amostra internacional quanto na brasileira e quase a terça parte da população internacional com $Zd < -3,0$, indicam que a *Zest* pode ser inadequada à nossa população. Descrever 31% (trinta e um por cento) dos clientes do GIPSI como hipoincorporadores pode ser um exagero. É necessário desenvolver outro referencial para o cálculo de Zd, já que o uso dos critérios originais do SC pode fazer com que nossa população pareça mais adoecida do que ela é (Viglione, 2012).

A variável DQv apresentou valores médios aumentados. Isto indica que a formação de ícones perceptivos é detalhista, mas tem atividade regressiva, menos sofisticada, algo que parece ser próprio dos clientes avaliados.

Sobre a mediação, temos que a questão de convencionalidade é essencialmente cultural, o que põe em xeque a possibilidade de construir um instrumento de avaliação psicológica inteiramente equicultural. Os estudos normativos internacionais encontraram dados muito discrepantes da amostra original de Exner (2003), o suficiente para questionar não somente os pontos de corte sugeridos, mas mesmo os construtos envolvidos com a mediação no Rorschach. A primeira questão levantada é a da variável R, cuja distribuição não-normal tem um efeito negativo no cálculo estatístico de virtualmente todas as porcentagens envolvidas com a mediação. De fato, um protocolo com número alto de respostas terá menor porcentagem de respostas FQo, por conta do aumento de respostas FQu e FQ-.

Villemor-Amaral, Yazigi, Nascimento, Primi e Semer (2006) desenvolveram pesquisa para elaborar um atlas e lista de qualidade formal brasileiros, os quais estão ainda em fase de refinamento. O estudo mostra que algumas respostas que receberiam o código FQu, ou mesmo o FQ- na amostra estadunidense, poderiam

encontrar critério para ser codificadas como FQo na amostra brasileira. Pianowski (2010) compara o estudo estadunidense e o brasileiro e ressalta que, observadas as especificações na elaboração dos atlas, diferenças obtidas nos recortes (que diferenciam entre D e Dd e entre FQo, u ou -) podem estar mais relacionadas aos critérios de construção dos recortes do que por diferenças culturais propriamente ditas.

De maneira geral, observando cada agrupamento como um todo, as 17 amostras que compuseram o estudo internacional integrado de Meyer, Erdberg e Shaffer (2007) não diferem muito. De fato, os autores sugerem que “adultos se parecem muito no SC, não importa qual língua falem, em qual país residam ou qual contexto cultural possuam” (p. S206, tradução nossa). Para esses autores, os estudos futuros devem responder à questão de se, quando e acerca do que diferem, as pequenas variações se devem a características da amostra ou da administração e quais são elas. Considerando todas as amostras inclusas no estudo, a amostra de Exner é a mais discrepante; Meyer, Erdberg e Shaffer (2007) sugerem que o quadro de referência normativa internacional seja preferível em estudos realizados fora dos EUA.

Antes de sua morte, em 2006, Exner não havia nomeado um sucessor para guiar as pesquisas com o SC. A família de Exner anunciou, por fim, que nenhuma mudança deveria ocorrer com o SC e o sistema deveria permanecer tal qual Exner o havia criado. Isto levou à formação de um grupo conhecido como G5, com alguns dos principais pesquisadores envolvidos com o SC (G. Meyer, J. Mihura, P. Erdberg, D. Viglione e R. Erard), para o desenvolvimento de pesquisas para a formação de um novo sistema, que possibilite a adequação das normas estatísticas, procedimentos de aplicação e diretrizes de interpretação para o Rorschach. O *Rorschach Performance Assessment System* (R-PAS, Meyer, Viglione, Mihura, Erard, & Erdberg, 2011) foi desenvolvido pelo G5 com o propósito de sanar os principais problemas do SC.

Um destes problemas é justamente o número de R. Com o procedimento R-Op, conforme já salientado anteriormente, o R-PAS pretende regular o número de R e, com isto, alguns dos valores discrepantes, particularmente com as variáveis da mediação.

De qualquer forma, nossa amostra apresenta a distribuição de R em formato semelhante ao encontrado com a amostra de não-pacientes de Nascimento (2010): um

valor relativamente diminuído, em comparação com a amostra de Exner (2003), o que possivelmente pode ser uma atitude defensiva na situação de aplicação do Rorschach.

Além disto, a variável L também denota uma postura defensiva, evitativa entre nossos clientes. Este estilo evitativo de respostas reduz a complexidade de situações estimulantes a seus componentes mais manejáveis, concretos. Este é um exacerbamento da atividade de controle mental, semelhante ao que Winnicott (1949/1988) descreve como o funcionamento mental como uma coisa em si. Com uma atividade tão restrita e concreta, podemos assumir que a atividade mental substitui um funcionamento mais criativo e, conseqüentemente, as manifestações da pessoa tende a ser menos criativa e arriscada. Outra variável que indica este controle intelectual é o baixo número de *Blends*, o que indica evitação em processar emoções e atribuir complexidade aos perceptos. De fato, o Afr também é diminuído entre nossos clientes, o que sugere que eles não são inclinados a processar material afetivo.

Entre os clientes do GIPSI, encontramos valores médios de X-% semelhantes às estatísticas normativas brasileiras. As respostas com distorção perceptiva são um dos indicadores mais comuns de psicose no Rorschach; no entanto, em nossos clientes, encontramos aumento importante da Xu%, em oposição ao valor médio regular do X-%. As respostas FQu, de acordo com Exner (2003), indicam uma mediação adequada, mas muito pouco convencional. Esta maneira de traduzir os estímulos é comum a pessoas muito excêntricas, individualistas, que percebem o mundo a partir de seus próprios referenciais. Pode ser difícil para elas traduzir, em termos convencionais, o que percebem no mundo. A depender da abertura do ambiente em termos de intersubjetividade, algo que é adequado (uma FQu) pode ser julgado como distorcido (uma FQ-).

Viglione (2012) aponta que, no R-PAS, mais do que um percepto “adequado, mas incomum”, a FQu é codificada como intermediária, localizada entre a FQo e a FQ-. Este construto poderia tornar a diretriz interpretativa do FQu um tanto mais clara, próxima do que Winnicott (1951/1988) denomina de área transicional: entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste de realidade, uma zona de compromisso que não é contestada. A FQu seria uma percepção sim, acurada, mas também saturada de subjetividade. Sobre a questão do teste de realidade, diz Winnicott:

É costume fazer referência ao ‘teste de realidade’ e efetuar uma distinção clara entre apercepção e percepção. Reivindico aqui um estado intermediário entre a inabilidade de um bebê e sua crescente habilidade em reconhecer e aceitar a realidade. Estou, portanto, estudando a substância da ilusão, aquilo que é permitido ao bebê e que, na vida adulta, é inerente à arte e à *religião*. Podemos compartilhar do respeito pela experiência ilusória e, se quisermos, reunir e formar um grupo com base na similaridade de nossas experiências ilusórias. Essa é uma raiz natural do agrupamento entre seres humanos. No entanto, ela se torna a marca distintiva da loucura quando um adulto exige demais da credulidade dos outros, forçando-os a compartilharem de uma ilusão que não é própria deles (1951/1988, p. 391, grifo nosso).

E ainda, sobre a questão entre o normal e o patológico:

Presume-se aqui que a tarefa de aceitação da realidade nunca é completada, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa e que o alívio desta tensão é proporcionado por uma área intermediária de experiência (1951/1988, p. 404).

Desta feita, Winnicott defende que o que é denominado loucura, ou diagnosticado psicose, é a exigência que um indivíduo faz para que seu meio reconheça suas percepções subjetivas como algo objetivo. Percebemos como isto é pertinente aos nossos clientes, que traduzem suas angústias em termos de, por exemplo, uma experiência religiosa patológica: muitas “interpretações delirantes” e “pseudoalucinações” dos clientes do GIPSI têm conteúdo religioso explícito. Em estudo anterior com clientes do GIPSI, Mano (2010) encontrou importante correlação entre os símbolos religiosos e espirituais presentes nos sintomas e dificuldades importantes nas relações familiares, particularmente aquelas com carga afetiva agressiva e com componentes sexuais.

Quando a área transicional não é tolerada e atividade mental é tomada como substituta do cuidado do ambiente, quando este não é confiável, ela serve para proteger o núcleo mais espontâneo da personalidade e funcionar de acordo com o que o meio exige. Juntamente com o enfoque detalhista, que pretende apreender muitas informações sobre o meio, vemos que, nos clientes do GIPSI, o estilo evitativo pode fornecer base para constituição de um falso *self*: submisso, econômico, concreto e óbvio. Mesmo as respostas do tipo PSV podem ser vistas desta maneira. Ao exigir que a pessoa “veja algo” nas manchas do Rorschach, vários de nossos clientes preferem responder uma coisa que eles acreditam ser bastante óbvio e que vai livrá-los de possíveis conflitos ou confrontações afetivas e relacionais. Responder “é um morcego, por causa das asas” e, em seguida, “é um pássaro, por causa das asas”, pode manter a pessoa longe de problemas. Ela cumpre a tarefa, funciona talvez “adequadamente”, mas somente mediante um excessivo controle mental. Isto lhes custa a criatividade, espontaneidade e

o sentimento de ser real. Trata-se do que Winnicott (1951/1988) denomina pseudomaturidade em um ambiente psicótico.

O crescimento excessivo da atividade mental tem a ver com uma maternagem inconstante. O ambiente instável fracassa por ser imprevisível e intrusivo: ele interrompe a continuidade do ser do indivíduo e exige que ele *reaja* e o mantém em posição submissa, dependente. A intrusão (*impingement*) impede a continuidade do ser por pressupor que a necessidade do ambiente é mais importante que as do indivíduo. O pensamento do indivíduo começa a controlar e organizar os cuidados a serem dispensados a seu psique-soma, ao passo que na saúde, isto é uma função do ambiente. Era o ambiente que deveria, no início, se adaptar completamente às necessidades do indivíduo. Inserido em um ambiente intrusivo, a vivência do verdadeiro *self*, manifestado na situação de avaliação como projeções de elementos pessoais, fica protegida em um tipo de funcionamento interno inacessível, secreto.

Este é um funcionamento coerente com a situação de crise e sobrecarga emocional, pode ser adaptativo frente a um meio social potencialmente desorganizador e protetivo contra novas invasões. No entanto, limita expressões mais autênticas e criativas, expondo o indivíduo à sensação de futilidade e diminuição do senso de realidade. A constituição de um falso *self* deste tipo é própria de uma cisão da personalidade, decorrente da vivência de agonias impensáveis, fruto de falhas insuportáveis do ambiente. Winnicott (1967/1994) sugere que, na constituição do falso *self* e sua atitude submissa, o meio ambiente pode continuar a ser um fator adverso, por causa do fracasso do indivíduo em obter suficiente autonomia. A pessoa pode padecer por conta de expectativas patológicas do ambiente.

Concordamos, com Palazzolli *et al.* (1998), que as expectativas patológicas mencionadas por Winnicott, na psicose ou nas crises que atendemos no GIPSI, possivelmente fazem parte de uma relação familiar em que o filho é enredado em um jogo no qual ele só faz parte para satisfazer uma posição ou outra que interessa a seus pais. Ele não é tratado como um indivíduo com suas necessidades próprias, mas como uma extensão do jogo familiar ancestral.

A ideação é uma das áreas com maiores pesquisas em Rorschach de pacientes psicóticos. Entre nossos clientes, encontramos uma maioria de pessoas com mais recursos ideativos do que emocionais para enfrentamento (M>WSumC em 54%,

[cinquenta e quatro por cento]; 31% [trinta e um por cento] de introvertidos e 31% [trinta e um por cento] de evitativos, apenas 11% [onze por cento] de extratensivos). Isto implica que possíveis o sofrimento afetivo e problemas interpessoais têm maior impacto no desempenho cognitivo e podem ter manifestações clínicas de cunho cognitivo. Sintomas do tipo psicótico, mais do que de transtorno cognitivo, podem decorrer de problemas afetivos e relacionais importantes. Winnicott (1983) salienta a possibilidade da existência de núcleos esquizoides em pessoas que, em outros aspectos, são não-psicóticas. É marcada a influência das faltas do ambiente na criação desses núcleos.

O indicador de 45% (quarenta e cinco por cento) dos clientes com Mp>Ma sugere que estas pessoas defensivamente substituem a realidade por fantasias reconfortantes em situações estressantes. Com a sobrecarga afetiva e um estilo mais ideativo, é possível que as fantasias se traduzam em termos de pseudoalucinações e interpretações delirantes, as quais não são, necessariamente, sintomas psicóticos. Na versão IV do manual diagnóstico da APA, estes são considerados sintomas sub-limbiares, ou seja, não são intensos o suficiente para constituírem uma síndrome.

O Índice Percepção-Pensamento do Rorschach (Perceptual-Thinking Index, PTI, Exner, 2003) tem sido descrito como capaz de diferenciar pacientes com transtorno de pensamento de outros tipos de pacientes, mas não foi sensível para identificar nossa população. Este dado se coaduna com o achado de Costa (2011), que sugeriu como primeira variável da constelação prodrômica o PTI negativo.

O PTI não deve ser entendido como uma ferramenta diagnóstica para identificar a esquizofrenia especificamente, mas uma maneira de alertar clinicamente para a possibilidade de transtorno de pensamento e deslizos cognitivos, que seriam próprios de transtornos do espectro psicótico (Hilsenroth, Fowler & Padawer, 1998; Ilonen *et al.*, 1999; Jorgensen, Andersen & Dam, 2000; Netter & Viglione, 1994). De todas as variáveis do Rorschach, M- é a que mais se relaciona a este tipo de transtorno (Gerencer, 2006; Kalla *et al.*, 2004; Rorschach, 1921/1967), indicando que esta variável pode ser um indicador particularmente robusto de transtorno de pensamento em crianças e adolescentes. Não encontramos valores significativos de M- entre nossos clientes e nem tampouco valores elevados de Sum6 ou WSum6, indicadores de transtornos ideativos importantes. De fato, os códigos especiais mais frequentes entre nossos

clientes é o mais comum também em populações de adultos não pacientes (DV1 e INCOM1). Estes achados sugerem que os indicadores mais comuns de psicose no Rorschach, ou seja, aqueles relacionados à cognição, não são sensíveis à nossa população.

Sobre o controle e a tolerância ao estresse, encontramos quantidade adequada de recursos para enfrentamento entre nossos clientes (EA), mas estes estão sujeitos a intensa sobrecarga, notadamente de caráter afetivo e situacional: dos 42% (quarenta e dois por cento) de clientes com $D < 0$, verificamos uma queda para 28% (vinte e oito por cento) quando usamos o $AdjD < 0$; dos 25% (vinte e cinco por cento) com $D < -1$, o $AdjD < -1$ apresenta redução para 8% (oito por cento). Este achado vai ao encontro do fato dessas pessoas estarem vivenciando crise, ou seja, um momento de sofrimento intenso, mas também caracteriza a crise dessas pessoas como algo temporário ou situacional: não temos componentes de cronificação entre nossos clientes. Talvez isso se deva ao fato de ser, de fato, as primeiras crises e o primeiro contato com serviços de saúde mental; nossos clientes são jovens (idade média=24 anos), têm escolaridade média, a maioria deles é estudante de ensino superior. É possível que estes fatores influenciem a quantidade e qualidade dos recursos desenvolvidos. De fato, pode ter ocorrido viés de seleção e história na nossa amostra (Kazdin, 2003), uma vez que os clientes avaliados são atendidos em uma clínica-escola, localizada em uma universidade, à qual a população moradora da periferia tem dificuldades de acesso.

Uma das principais características afetivas de nossos clientes é o aumento da sobrecarga, sinalizado pela elevação de SumY, semelhante a um estudo com pacientes psicótico feito por Gerencer (2006). Esta variável, quando aumentada, indica angústia difusa, sentimentos de incapacidade e inadequação, desamparo; se manifesta clinicamente como tristeza, apreensão e ansiedade. Tem caráter situacional, temporário, está relacionado a humor depressivo, mal estar afetivo.

Em estudos com pessoas em primeiro episódio psicótico (Kalla *et al.*, 2002; 2004), pesquisadores sugerem que as características mais marcantes são os componentes depressivos, associados a um mal estar afetivo geral e menores disfunções ideativas do que seria esperado para esta população. Estes talvez sejam uns dos poucos estudos com primeiras crises com resultados semelhantes ao que encontramos no

GIPSI, já que dificuldades de caráter afetivo e relacional são muito frequentes, enquanto indicadores de “transtorno cognitivo” estão mais ausentes do que se esperaria para pessoas em primeiras crises psicóticas. O contraste entre o achado de um quarto de nossos clientes pontuarem o PTI e quase a metade pontuarem o DEPI implica que pessoas em primeiras crises psicóticas vivenciam um quadro depressivo, mais do que um transtorno cognitivo.

Encontramos também baixa disposição ou inclinação entre os clientes em ser afetados emocionalmente. No entanto, quando se afetam, o envolvimento emocional costuma ser intenso, pouco modulado e potencialmente desorganizador. Existem implicações interpessoais aqui, pois a modulação afetiva é desenvolvida a partir da vivência efetiva dos sentimentos, em relacionamentos emotivos. De acordo com a teoria do amadurecimento de Winnicott (1990), as tendências e potenciais inatos somente se desenvolvem a partir das experiências com o ambiente: e tudo começa em casa. Em famílias de pessoas psicóticas, contudo, a vivência dos afetos pode ser altamente confusa e desestruturante. Segundo Palazzoli *et al.* (1998):

Os modos relacionais dessas famílias de jogadores, afeitas às contorções tático-manipulativas, parecem dominadas por uma advertência principal, que é mais ou menos o seguinte: *quando se trata de afeto, o oportuno é nunca mostrar as coisas como elas são; é melhor mostrar exatamente o contrário* (p. 108, grifos dos autores).

No quesito da autopercepção, nossos clientes tendem a alterações quanto ao autoenvolvimento: 68% (sessenta e oito por cento) têm o Índice de Egocentrismo aumentado ou rebaixado. Além disso, grande parte de nossos clientes tem forte sentimento de vulnerabilidade física. Associado ao sentimento de desamparo e incapacidade, estes fatores contribuem para a hipótese de que estas pessoas constituíram de um falso *self* submisso, característica da cisão da personalidade existente em pessoas que vivenciaram um ambiente frustrante em etapas precoces do desenvolvimento.

Algumas das alterações mais importantes entre nossos clientes se encontram nas questões interpessoais. Temos indicadores de uma posição passiva em mais da metade de nossos clientes. Com um estilo interpessoal passivo, o indivíduo corre o risco de desenvolver relações dependentes. Pode estar regredido ou inibido ao iniciar seus comportamentos, algo bloqueia seu impulso criativo. Em um estudo sobre as psicoses, Varela (2008) sugere que essas pessoas têm um discurso marcado pela apassivação. Suas queixas, seus sintomas: “me filmaram”, “me internaram”, “estão me perseguindo”,

“me mandaram fazer tais e tais coisas” têm como marca que o sujeito da enunciação é objeto no enunciado. Este é um movimento que identificamos também nos protocolos de nossos clientes, outro fator que também se coaduna com a constituição psíquica de uma atitude submissa perante o meio.

Nossos clientes têm forte interesse nas pessoas, nos conteúdos humanos e nas interações, mas têm uma percepção apenas parcial de si e dos outros. A ausência de uma interação mais verdadeira pode ter bloqueado várias oportunidades de desenvolver padrões relacionais mais autênticos, promotores de autonomia e vivências criativas. O baixo valor de GHR e alto de PHR também indica que essas pessoas têm um histórico interpessoal permeado por conflitos, com poucas oportunidades de desenvolver recursos interpessoais adequados. Partindo do falso *self* submisso, a verdadeira vida criativa permanece secreta, um tanto inacessível pelos meios mais comuns. Ao verem os outros de modo apenas parcial, o indivíduo os compreende pouco e é pouco compreendido por eles. A baixa convencionalidade talvez por ser encarada pelo meio como uma exigência, uma reivindicação quando à subjetividade dos perceptos, de um modo que o meio não está inclinado a observar.

Quanto às variáveis A e Ad, indicadas pelo estudo de Costa (2011) como importantes para a constelação prodrômica, não encontramos alterações significativas na nossa amostra. De fato, grande parte dos achados de Costa não foram verificados no presente estudo, em tal ponto que a validação da referida constelação ainda não foi alcançada. Tal fenômeno pode ter a ver com o fato de que as pessoas indicadas para avaliação e atendimento no GIPSI têm personalidades e naturezas muito heterogêneas. Embora sejamos capazes de encontrar uma série de similaridades, também nos vemos diante de diferenças tão grandes que não somos capazes de dizer o que é próprio e imutável quando falamos de primeiras crises do tipo psicótico.

Em suma, consideramos importantes os seguintes achados:

Não encontramos, entre nossos clientes, os indicadores tradicionais de transtorno de pensamento, comuns em estudos com Rorschach de pessoas com sintomas do tipo psicótico. Isso nos faz supor que os sintomas não são simplesmente manifestações diretas de características internas ou de personalidade. Eles exercem sua função em um ambiente. As pessoas avaliadas aqui possuem, em seus protocolos

individuais, tantas sutilezas e particularidades quantas são as diferenças e particularidades de suas próprias histórias de vida e de constituição de subjetividade.

Esta reflexão vai ao encontro do fato de não havermos validado a Constelação Prodrômica. Mais do que oferecer indicadores unívocos confiáveis, o Rorschach se demonstrou um instrumento útil para identificar, entre nossos clientes, algumas tendências, características que eles compartilham e que podem nos auxiliar a entender a natureza do que há em comum entre essas pessoas que entendemos como em “crise do tipo psicótico”, ou em crise psíquica grave.

Ao realizar nossa análise, saltava aos olhos o tanto que nossos clientes, por mais que em crise grave, possuem recursos saudáveis mantidos. Na maioria dos casos, vemos que eles sustentam a atenção a detalhes que consideram importantes, mas que não são percebidos pela maior parte das pessoas; possuem uma percepção bastante particular e potencialmente criativa sobre esses detalhes; dispõem de recursos até mesmo superiores ao comum na população brasileira.

Ao mesmo tempo, encontramos alguns pontos de vulnerabilidade, particularmente afetivas e relacionais. Podemos inferir que se, por um lado, o Xu% aumentado é característico de pessoas excêntricas e criativas, por outro, essa característica pode ser vista pelo meio como a demanda de uma zona de compromisso a partir de percepções saturadas de subjetividade. Caso o ambiente seja incapaz de ceder a sua atividade de intrusão, ele pode ser continuamente um fator adverso e impedir o desenvolvimento rumo à independência. Decorre a formação de um falso *self* para responder às expectativas patológicas do meio e proteger o verdadeiro *self*. A impossibilidade de afirmar-se como um ser perante esse meio invasivo pode ter gerado, em nossos clientes, o que Winnicott (1949/1988) chama de funcionamento mental como coisa em si, além de uma angústia que é difusa e inominada. O indivíduo se porta, conseqüentemente, de maneira passiva e, por mais que esteja interessado no outro, pouco o entende e pouco é entendido por ele.

A grande maioria de dificuldades afetivas e relacionais entre os clientes nos leva a reforçar o questionamento do que seja uma crise do tipo psicóticos. Winnicott (1957/1994) salienta a importância de não equalizarmos alucinações com psicose. Diz ele:

Amiúde me impressiona, como sendo uma dificuldade que não enfrentamos, que às vezes dizemos que um paciente está alucinando e tomamos isso como prova de psicose (p. 33)

Concluimos que as pessoas avaliadas, em primeiras crises do tipo psicótico, têm mais indicadores depressivos do que de transtorno cognitivo.

Por último, constatamos a necessidade de modificarmos o sistema de estudo de Rorschach. Mesmo se utilizarmos o referencial normativo internacional, questões sobre o valor interpretativo de variáveis importantes continuam em aberto, como o X-%, a CDI, a OBS, o S e o SumT, por exemplo. O R-PAS se originou da necessidade de sanar essas e outras dificuldades e é de suma importância rever o presente estudo, se possível, a partir do novo sistema.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

*And you are left holding the baby.
(Winnicott, 1989, p. 25).*

De modo geral, vemos que nossos clientes dispõem de recursos adequados de mediação e ideação, não têm os indicadores tradicionais de *transtorno de pensamento* ou mesmo de *perda do contato com a realidade*. Ao contrário, verificamos que nossos clientes são pessoas com bom potencial criativo, desde que seja concedido espaço potencial para desenvolvimento, o que Winnicott (1951/1988) descreve como área transicional. Esta área de desenvolvimento criativo não deve ser totalmente subjetiva e nem completamente real, compartilhada. É um recurso intermediário, em que a pergunta: “você criou isto ou encontrou?” não é necessária, não é exigida. Para os adultos, esta é a característica da apreciação criativa da arte e da experiência espiritual e religiosa. Para crianças e bebês, ao contrário, muito mais é tolerado antes que possamos dizer: você está louco.

No entanto, nossos clientes têm intensas dificuldades interpessoais. Uma percepção parcial de si e dos outros, poucos recursos interpessoais, devido a um histórico interpessoal altamente conflitivo, baixa convencionalidade, detalhismo, ansiedade e passividade levam o indivíduo a realmente não antecipar interações positivas, pode sentir-se até muito pouco confortável em interações interpessoais. Estas são características do falso *self*, ou seja, das falhas do ambiente.

É importante, portanto, investigar mais aprofundadamente sobre as relações familiares dos clientes, já que podemos afirmar, com Winnicott (1952/1988), que a psicose é uma deficiência do ambiente. Este autor chega a afirmar que a tarefa de profilaxia das psicoses cabe muito mais aos pediatras do que estes estão dispostos a assumir.

A tarefa de aceitação da realidade é infinita e apenas uma área intermediária de experiência pode fornecer alívio à tensão real-ilusório. Ao ambiente cabe fornecer oportunidades de interação que compartilhem do respeito pela experiência ilusória do

indivíduo, com base na similaridade ilusões compartilhadas. O primeiro ambiente em que um indivíduo está inserido é, de fato, o contexto do cuidado materno ou da maternagem, o qual aos poucos se expande para o núcleo familiar, a família extensa, a comunidade próxima e talvez a sociedade mais abrangente e por aí em diante. Winnicott (1982/1964) afirma que não há essa coisa que é um bebê (“*there’s no such a thing as a baby*”): o desenvolvimento de uma pessoa depende, no início, completamente da provisão ambiental. Se um bebê é concebido já com lugar definido em um jogo familiar ou uma conjuntura política, por exemplo, com origem ancestral, as falhas que levam ao desenvolvimento posterior de uma crise ou sofrimento psíquico de qualquer natureza se originam, grandemente, nesse contexto, nesse jogo.

O GIPSI conta com extenso material clínico, originado dos mais de 70 clientes atendidos pelo grupo desde sua criação. Como é de praxe, os prontuários possuem registros e instrumentos individuais e familiares, além de estudos de caso, considerações originadas a partir da supervisão e outros tipos de registros clínicos. Essa enorme quantidade de informações sobre nossos clientes, além dos próprios atendimentos individuais e familiares em constante realização, são inestimável fonte de dados sobre as relações familiares de pessoas em crise do tipo psicótico. Em nossas supervisões clínicas, somos capazes de identificar fenômenos “palazzolianos” a partir dos relatos e hipóteses sistêmicas dos terapeutas familiares. Na prática clínica isso se manifesta clara e constantemente, todavia com características próprias de nossa cultura e clientela, além das especificidades de cada pessoa no encontro clínico. Consideramos de suma importância um estudo que possa integrar o que conhecemos dessas famílias aos achados aqui apresentados.

A aproximação da teoria winnicottiana e palazzoliana na compreensão das primeiras crises do tipo psicótico é talvez algo um tanto novo que foi originado no contexto muito particular da clínica do GIPSI. Muitos estudos (Costa & Carvalho, 2012; Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden, 2006; Gottesman & Shields, 1982; McGorry & Edwards, 2002), salientam a importância do envolvimento da família no cuidado da psicose, mas poucos são os serviços que empreendem, efetivamente, na atenção à família no formato de psicoterapia.

O diagnóstico de transtorno de pensamento requer dados abrangentes de um número de diferentes fontes. A avaliação psicológica desempenha papel importante no

processo de tomada de decisão diagnóstico. O Rorschach tem longo histórico de uso na avaliação de transtorno de pensamento e o PTI é a nova adição às variáveis de transtorno de pensamento já existentes no Rorschach. Em pesquisas com pessoas em primeiro episódio psicótico e suas famílias, autores encontraram indícios de atipia, comportamentos estranhos ou incomuns, possivelmente referentes a psicose, esquizofrenia ou autismo, mas não a positividade do PTI ou aumento nas variáveis de transtorno do pensamento (Addington & Mancuso, 2009; Smith, Baity, Knowles & Hilsenroth, 2001). Eles discutem que, advindo de um possível sentimento de frustração, o julgamento de familiares ou cuidadores dessas pessoas pode exagerar as dificuldades internas delas, enquanto o próprio indivíduo pode diminuir o relato de suas dificuldades, possivelmente para evitar longas hospitalizações ou medicalizações julgadas desnecessárias.

A baixa correlação entre as variáveis do Rorschach e escalas comportamentais indica que diferentes instrumentos medem diferentes construtos, por mais que os nomes sejam os mesmos. As variáveis do Rorschach podem medir diferentes aspectos (por exemplo, inconscientes) dos problemas de pensamento, enquanto escalas comportamentais avaliarão a percepção dos outros em relação a comportamentos, possíveis manifestações externas de pensamentos e fenômenos internos.

Quanto à questão dos sintomas sub-limiar, ou manifestações prodrômicas, “ainda” não sintomáticas, uma nova versão do manual diagnóstico psiquiátrico está para ser lançada em maio de 2013. Durante o início da elaboração do DSM-V, pesquisadores envolvidos com intervenção precoce nas psicoses sugeriram a inclusão de uma síndrome de risco de psicose (*Attenuated Psychosis Syndrome* ou *prodromal risk syndrome*, Maxmen, 2012; Woods *et al.*, 2009). Isto significaria dizer que, o que é atualmente reconhecido como “sub-limiar”, seria elevado ao *status* de sintoma, de fato. O risco em diminuir o limiar para o que é sintomático envolve patologizar processos “normais”.

Os riscos envolvidos com a alta taxa de falsos positivos levaram a APA a remover esta síndrome do DSM-V (APA, 2012; Maxmen, 2012). De acordo com a associação, o diagnóstico de uma síndrome relacionada à psicose com base em sintomas atenuados pode levar a medicalizações e hospitalizações indevidas, além do estigma

social de uma “doença” ainda não estabelecida, já que se reconhece que os pródromos podem *ou não* degridar em uma psicose (Maxmen, 2012).

Embora McGorry e Edwards (2002) sugiram que esta síndrome não necessariamente necessitaria de tratamento medicamentoso ou hospitalar, sendo apenas um indicador importante para a intervenção precoce, verificamos que os argumentos sobre os “riscos da síndrome de risco” (Maxmen, 2012; Frances, 2010) são de importante consideração. De fato, existe uma tendência coercitiva da psiquiatria no uso dos critérios presentes no manual diagnóstico. Mais do que detectar uma síndrome ou uma doença, o psiquiatra faz uso de uma ferramenta com poderoso impacto social e coercitivo; a farmacoterapia e a institucionalização são, sem dúvida, dos mecanismos mais extremos de exclusão social e estigmatização.

Vemos a alarmante ausência de características clássicas relacionadas aos transtornos psicóticos entre os clientes que avaliamos, os quais foram, ao menos inicialmente, diagnosticados como psicóticos e estão, majoritariamente, sob uso de pesadas medicações psiquiátricas. Se, por um lado, nossos clientes possivelmente preenchem os critérios de uma possível síndrome de risco (*i. e.*, são prodrômicos), por outro, não são o que classicamente se chama de “psicóticos”, a priori. Autores argumentam que, de certa forma, a intervenção precoce altera o “destino” da doença, o que faz com que mais de dois terços das pessoas identificadas como prodrômicas não desenvolvam transtornos psicóticos (Maxmen, 2012). Para alguns, esta é uma questão de mau diagnóstico; para outros, é fruto da intervenção intensa que ocorre nos primeiros momentos para prevenir destinos mais cronificados, porquanto já se sabe que o cuidado tradicional da psicose é insuficiente para evitar os efeitos mais negativos da psicose, sejam eles psicológicos ou sociais (McGorry, 2005).

O conceito de pródromos tem seu universo de definição circunscrito à doença mental ou aos serviços de assistência já bem delimitados: sintomas são entendidos como manifestações inespecíficas e os sinais são tratados como signos sindrômicos. Se os pródromos são um período anterior à primeira crise psicótica e também a cada recidiva, então o conceito comporta teor de vulnerabilidade e de pré-psicose. Esta perspectiva leva a uma visão do sofrimento psíquico com causalidade linear e podem determinar, a priori, o adoecimento, como uma espécie de profecia autorrealizadora. Além disso, sem uma problematização do conceito, o uso dele pode provocar uma série de ambiguidades,

já que os assim chamados sinais prodrômicos são sentimentos e manifestações comportamentais muito comuns entre pessoas “não doentes”.

Argumentamos, com Costa e Carvalho (2012), ser necessário problematizar, mais do que as práticas e intervenções, também dos “termos e conceitos que as embasam, assim como seus diversos contextos de significação” (p. 396). A maioria dos estudos é pautada tão somente no teor psicopatológico nosográfico tradicional, sem privilegiar elementos subjetivos, relacionais, familiares, enfim, fenomenológicos da experiência da crise. Entendemos, com nossos resultados, que, mais do que um “adoecimento”, uma pessoa em crise se constitui de várias vivências positivas e carregadas potencialidades saudáveis.

Conclamamos a importância de uma clínica da “experiência genuína da crise psíquica grave” (Costa & Carvalho, 2012, p. 396) e os pródromos talvez como sinais de alerta para possível sofrimento psíquico grave. Sinais estes semiológicos, dado que a experiência de sofrimento é fenômeno com múltiplas possibilidades de significação, por isto salientamos a importância de qualificar o signo anterior à sintomatologia e à síndrome.

Para além das primeiras crises, a própria psicose parece continuar a ser um mistério para a pesquisa e para a clínica. Isto porque, em uma abordagem multidisciplinar, bases epistemológicas e pressupostos teóricos diferentes utilizam-se da mesma palavra: psicose. E isto não quer dizer que estejamos todos falando da mesma coisa, do mesmo fenômeno. Neste trabalho em específico, por tratarmos sobre a intervenção precoce, estamos às voltas com termos essencialmente psiquiátricos, como pródromos, sinais, sintomas ou primeiro episódio. No entanto, estes termos foram aqui utilizados para qualificar fenômenos a partir de um olhar psicológico e psicanalítico. Percebemos, sem a problematização mais fenomenológica do conceito de pródromo, uma falta de continuidade filosófica e epistemológica em nossos pressupostos. De fato, ao avaliarmos os clientes do GIPSI, estamos falando de pessoas em sofrimento psíquico grave, o que não quer dizer que são pessoas com psicose ou “esquizofrenia”. No entanto, são pessoas em primeiras crises do tipo psicótico, ou seja, em algum momento elas foram identificadas como portadoras de características semelhantes a pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas.

A situação de se submeter a uma série de análises e entrevistas pode ensinar muito tanto sobre a vivência da crise quanto sobre como se portar em entrevistas. É experiência frequente que, nesses primeiros encontros, os familiares e o “paciente identificado” venham com um discurso repleto de jargões médicos, uma fala elencadora de sintomas, sinais e síndromes e se distanciem de suas próprias vivências. Pouco estruturado como é o acolhimento que propomos no GIPSI, esperamos que questões afetivas e relacionais emirjam e não somente uma fala organizada que descreva sintomas. Talvez pela característica ainda frágil da recém-adquirida estabilidade pós fase aguda de uma crise psicótica, um estilo mais concreto e evitativo seja preventivo.

No entanto, após tantos encontros com a psicopatologia clássica, coisa com que a família ou o “paciente identificado” talvez nunca tivessem tido contato antes, é provável que eles tenham aprendido sobre como se portar para parecer o mais normal possível. A nosografia mais popularmente conhecida julga comportamentos, portanto, para essas pessoas, é na fala e no comportar-se que alguém será julgado mais ou menos louco. O mesmo pode ocorrer no comportamento durante a aplicação do Rorschach. O que nomeamos criatividade, complexidade, excentricidade e potencial para ver o novo, o inesperado (Xu%, Id, Determinantes variados, Códigos Especiais não severos), pode ser entendido como sinais de loucura, de taxação e, conseqüentemente, de exclusão.

Algo ocorre durante o desenvolvimento que torna o indivíduo (o bebê, a criança, o paciente psicótico) incapaz de tolerar, em sua atividade mental, um tipo muito precoce de fracasso ambiental. Costa e Carvalho (2006) retomam estudos que apontam a centralidade de experiências anômalas subjetivas em estados “prodrômicos”, o transtorno do eu e o transtorno do senso comum. O senso comum é uma marca social, possibilita o estabelecimento de confiança, de pertencimento, da habilidade de ver as coisas “adequadamente”, *i. e.*, tal como os outros. “Quando algum fenômeno não se encaixa no esquema de senso comum, não se questiona o esquema, e sim o fenômeno” (p. 409). Uma dificuldade no senso comum pode se manifestar pelo sentimento de que as regras do mundo (as “regras do jogo”) não fazem sentido.

Resgatando a teoria dos jogos familiares psicóticos, podemos dizer que, para uma pessoa em crise do tipo psicótico, houve um jogo oculto na família, em que ela esteve envolvida por meio de uma promessa feita também às ocultas: de que o filho era aliado, parte de um dos pais (contra o outro, Palazzoli *et al.*, 1998). Desta forma, houve

comprometimento no estabelecimento de uma relação triádica entre pessoas totais, o que é base do conflito edípico e da constituição do complexo de castração e do complexo edípico. Ao contrário, pode ser difícil estabelecer limites entre o que é subjetivo e objetivo, dado que o bebê precisou responder a uma demanda feita pelo meio, intrusiva, e não um movimento natural de sua continuidade de ser (Winnicott, 1949/1988, 1952/1988).

O que se faz sentir numa comunidade humana como desejo de liberdade pode ser sua revolta contra alguma injustiça existente, e desse modo esse desejo pode mostrar-se favorável a um maior desenvolvimento da civilização; pode permanecer compatível com a civilização. Entretanto, pode também originar-se dos remanescentes de sua personalidade original, que ainda não se acha domada pela civilização, e assim nela tornar-se a base da hostilidade à civilização. (Freud, 1930[1929]/1996, p. 102)

Retomamos, neste momento, alguns dos questionamentos iniciais, que nos motivaram a escrever este trabalho. Não chegamos a conclusões suficientes para descrever o que seja próprio da fase prodrômica em termos de traços de personalidade e dinâmica, uma vez que o próprio conceito de pródromo é um construto psiquiátrico – ou seja, médico – e não dispomos da mesma base epistemológica quando falamos dos pródromos a partir da perspectiva psicológica. Embora tenham o mesmo nome, a psicopatologia psiquiátrica e a nossa não são as mesmas. Nisto está, também, que o que denominamos psicose ou “do tipo psicótico” também podem estar sob premissas e pressupostos diferentes: são as mesmas palavras, mas são os mesmos construtos? São os mesmos diagnósticos, mas são as mesmas vivências, as mesmas experiências?

Reconhecemos que qualquer investigação do psiquismo, por mais abrangente, profunda e crítica que se proponha, é limitada e algo distorcida por conta da própria aplicação da teoria e da metodologia, capazes de influenciar e, em alguma medida, determinar elas próprias a natureza do que é investigado (Capra, 1989).

Embora existam similitudes entre nossos clientes, estes têm personalidades singulares e muito heterogêneas, demasiado para validar uma constelação prodrômica, pelo menos em nosso estudo. De fato, verificamos que a própria busca por padrões, indicadores confiáveis, válidos, estáveis, pode ser questionável, considerando que não adotamos apenas a perspectiva mais nomotética na avaliação de nossos clientes.

Vemos a importância de um termo outro, uma abordagem outra, psicológica e fenomenológica, do *sofrimento psíquico grave*. Embora identificadas como pessoas em primeiras crises psicóticas, nossos clientes não manifestam as mesmas características do

que a psiquiatria denomina como próprias da psicose. Pode-se argumentar que estas características ainda não se manifestaram completamente, dado que estão ainda nas primeiras manifestações da psicose. Contudo, quando investigamos a personalidade destas pessoas, chegamos a conclusões que as assemelham com o que é descrito na psicanálise, particularmente winnicottiana, como psicose em termos de deficiências ambientais e não necessariamente psicológicas ou mentais, “internas”.

Por isto, acreditamos que é importante integrar os achados clínicos sobre nossos clientes com o que ocorre nas terapias familiares que oferecemos. A partir de um estudo familiar, seria possível verificar a hipótese do falso *self* submisso e da vida criativa potencial oculta, características de uma cisão de personalidade, a partir de possíveis padrões familiares que caracterizem esta constituição psíquica. Este tipo de investigação poderia dar início ao desenvolvimento de uma teoria de “pródromos” psicológica, consistente com a *psicopathologia* e a postura crítica do GIPSI. Um achado importante da teoria winnicottiana com nossos clientes é que ela também se coaduna com o sugerido pelos terapeutas familiares que desenvolveram a teoria dos jogos psicóticos na família (Winnicott, 1983, 1988, 1990, 1994; Palazzoli *et al.*, 1998).

Com uma abordagem fenomenológica da experiência da crise psíquica grave, consistente com os pressupostos do GIPSI, seria possível adaptar, aperfeiçoar e desenvolver uma referência de intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótico mais específica e eficiente para a população de nossa cidade e em nossa realidade social. Ressaltamos a importância salutar de uma teoria desta natureza para nosso trabalho no GIPSI, na construção de nossa própria perspectiva de intervenção precoce nas crises psíquicas graves, mais do que na psicose, no *sofrimento psíquico grave*. Winnicott (1963-1969/1994) destaca a importância de detectar e diagnosticar bem: “se fôssemos melhores em diagnóstico, pouparíamos a nós mesmos e a nossos pacientes um bocado de tempo e desespero” (p. 182).

Ao mesmo tempo, um achado importante foi a grande frequência de pontuação da constelação DEPI entre nossos clientes. Evitativos, o falso *self* exige um aumento na atividade mental para preencher as lacunas afetivas decorrentes de fracassos do ambiente. Uma vivência depressiva grave pode se manifestar clinicamente de maneira semelhante a uma psicose. Há decorrências importantes para a psicofarmacoterapia destas pessoas, já que a maioria de nossos clientes faz uso de antipsicóticos, mais do

que de antidepressivos. Além disso, o DEPI positivado se associa com um aumento de estressores afetivos de caráter mais situacional, temporário. Este indicador tem um prognóstico positivo, já que se trata de um elemento de sobrecarga afetiva situacional que pode ser demovido da experiência do indivíduo com maior facilidade do que se fosse uma questão mais crônica.

Uma última questão levantada por este estudo é a adequação do Sistema Compreensivo do Rorschach em estudos com a população brasileira. Considerando que não devem ser feitas alterações no SC, as diretrizes interpretativas não poderão ser ajustadas aos achados derivados dos estudos normativos internacionais. Por mais que pesquisadores locais sugiram diferentes pontos de corte, certas variáveis como o SumT, S, X-% e constelações como o CDI e o OBS necessitariam de revisão, por conta das disparidades entre a amostra de Exner (2003) e todos os outros estudos realizados. Uma possibilidade interessante é o estudo das primeiras crises a partir novo sistema, R-PAS. Já estão em andamento pesquisas brasileiras com amostras de não pacientes com o novo sistema (Yazigi & Viglione, 2012) e trocas internacionais são de suma importância. O presente estudo oferece grande fonte de dados sobre uma população muito estudada e ainda pouco compreendida. Estudos posteriores podem integrar os dados aqui apresentados e revisá-los a partir do referencial do novo sistema, de forma a verificar se as correções realizadas se adéquam à nossa população.

*Oh, dear dad,
Can you see me now?
I am myself, like you somehow
I'll ride the wave where it takes me
I'll hold the pain
release me*

*Dear dad,
Can you see me now?
I am myself, like you somehow
I'll wait up in the dark
for you to see me
I'll open up
release me.
(Vedder, 1991)*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acklin, M. W. (1992). Psychodiagnosis of personality structure: Psychotic personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 58, 454-436.
- Addington, J. & Mancuso, E. (2009). Cognitive-behavioral therapy for individuals at high risk of developing psychosis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 879-890.
- Adorno, T. (2005). *Minima Moralia: Reflections on a damaged life*. New York: Verso. (Trabalho original publicado em 1951)
- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, DC: Autor.
- _____. (2012). *DSM-5 Development*. Recuperado em 31 de dezembro de 2012, do American Psychological Association, web site: <http://www.dsm5.org>
- Anzieu, D. (1978). *Os Métodos Projetivos*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Bachelard, G. (1978). *A filosofia do não; O novo espírito científico; A poética do espaço*. São Paulo: Abril Cultural.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox; or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press. (Trabalho original publicado em 1911)
- Cannon, T. D.; Cadenhead, K.; Cornblatt, C.; Woods, S.W.; Addington, J.; Walker, E. *et al.* (2008). Prediction of psychosis in ultra high risk youth: A multi-site longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*, 65, 28-37.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.
- Carlson, C.; Kula, M. & Laurent, C. (1997). Rorschach Revised DEPI and CDI with Inpatient Major Depressives and Borderline Personality Disorder with Major Depression: Validity Issues. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 51-58.
- Carracena, P. F. (2005). ROR-SCAN: Rorschach Interpretative System (Versão 6.05) [Programa de computador]. Edmond, Oklahoma: Autor.

- Chabert, C. (1993). *Psicopatologia no Exame de Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (2004). *Psicanálise e Métodos Projetivos*. São Paulo: Vetor.
- Costa, E. W. K. A. (2011). *Rorschach e Psicose: avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília.
- Costa, I. I. (2003). *Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave: Ensaio acerca da Linguagem Ordinária e a Clínica Familiar da Esquizofrenia*. Brasília: ABRAFIPP.
- _____. (2006). *Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave*. Recuperado em 20 de dezembro de 2012, web site: http://www.awmueller.com/deposito/prevencao_psicoses.pdf
- _____. (2008). Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, 8(1), 94-100.
- _____. (2010a). Crises psíquicas “do tipo psicótico”: distanciando e diferenciando sofrimento psíquico grave de “psicose”. In: Costa, I. I. (Org.). *Da Psicose aos Sofrimentos Psíquicos Graves: Caminhos para uma Abordagem Complexa* (pp. 57-63). Brasília: Kako Editora.
- _____. (2010b). *Manual de Orientação GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo psicótico*. Brasília: Kako Editora.
- Costa, I. I. & Carvalho, N. R. (2012). Dos pródromos da intervenção precoce nas psicoses à fenomenologia das primeiras crises psíquicas graves. In T. C., Viana, G. S. Diniz, L. C. Fortunato & V. Zanello (Orgs.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea* (pp. 393-426). Brasília: Liber Livros.
- Dalgalarondo, P. (2001). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: ArtMed.
- Dao, T. K. & Prevatt, F. (2006). A Psychometric Evaluation of the Rorschach Comprehensive System's Perceptual Thinking Index. *Journal of Personality Assessment*, 86(2), 180-189.

- Exner, J. E. (1994). *The Rorschach – A Comprehensive System: Assessment of Children and Adolescents* (Vol. 3). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- _____. (1999). *Manual de classificação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (2003). *The Rorschach – A Comprehensive System: Basic Principles of Interpretation* (Vol. 1). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- _____. (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.
- Exner, J. E., Weiner, I. B. & PAR Staff (2004). *Rorschach Interpretation Assistance Program (Versão 5)* [Programa de computador]. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, C. H. (1989). *Manuel de Psychiatrie*. Paris: Masson.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- _____. (1978). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Frances, A. J. (2010). *DSM5 'Psychosis Risk Syndrome'-- Far Too Risky*. Recuperado em 31 de dezembro de 2012, do Psychology Today: DSM5 in distress, web site: <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201003/dsm5-psychosis-risk-syndrome-far-too-risky>
- Freud, S. (1996). As neuropsicoses de defesa. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vol. 3, pp. 53-74). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894)
- _____. (1996). A interpretação dos sonhos. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vols. 4 e 5). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- _____. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

- _____. (1996). Neurose e Psicose. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vol. 19, pp. 167-174). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924[1923])
- _____. (1996). A perda da realidade na neurose e na psicose. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vol. 19, pp. 205-212). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1924)
- _____. (1996). A negativa. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vol. 21, pp. 261-269). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1925)
- _____. (1996). O mal-estar na civilização. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vol. 21, pp. 73-150). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1930[1929])
- _____. (1996). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vol. 22, pp. 15-222). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1933[1923])
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: ArtMed.
- Gacono, C. & Meloy, R. (1994). *The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- García Márquez, G. (2009). *Do amor e outros demônios*. Rio de Janeiro: Record. (Trabalho original publicado em 1928).
- Gerencer, T. T. (2006). *A expressão de sintomas psicóticos através do Rorschach*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Goethe, J. W. (2002). *Fausto*. São Paulo: Nova Cultural. (Trabalho original publicado em 1808)
- Gooding, C. D.; Coleman, M. J.; Roberts, S. A.; Shenton, M. E.; Levy, D. L. & Erlenmeyer-Kimling, L. (2010). Thought Disorder in Offspring of Schizophrenic Parents: Findings From the New York High-Risk Project. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 1-9.

- Gonçalves-Pereira, M.; Xavier, M.; Neves, A.; Barahona-Correa, B.; Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 1-8.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York : W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Gottesman, I. I. & Shiels, J. (Eds.) (1982). *Schizophrenia: the epigenetic puzzle*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Heyman, I. & Murray, R. M. (1992). Schizophrenia and neurodevelopment. *J. R. Coll. Physicians London*, 26, 143-146.
- Hilsenroth, M.; Eudell-Simons, 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. J., Fowler, C. J. & Padawer, J. R. (1998). The Rorschach Schizophrenia Index (SCZI): An examination of reliability, validity, and diagnostic efficiency. *Journal of Personality Assessment*, 70, 514-534.
- Hilsenroth, M. & Segal, D. (Eds.). (2004). Personality Assessment. In M. Hersen (Editor-in-Chief) *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (volume 2). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Ilonen, T.; Taiminen, T.; Karlsson, H.; Lauerma, H.; Leinonen, K.-M.; Wallenius, E. *et al.* (1999). Diagnostic Efficiency of the Rorschach Schizophrenia and Depression Indices in Identifying First-Episode and Severe Depression. *Psychiatry Research*, 87, 183-192.
- International Business Machines Corporation. (2010). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 19.0) [Programa de computador]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jorgensen, K.; Andersen, T. J. & Dam, H. (2000). Diagnostic Efficiency of the Rorschach Depression Index and the Schizophrenia Index: A Review. *Journal of Personality Assessment*, 7(3), 258-280.
- Kalla, O.; Wahlström, J.; Aaltonen, J.; Holma, J.; Tuimala, P. & Mattlar, C.-E. (2002). Cognitive Deficits in Patients with First-Episode Psychosis as Identified by

- Exner's Schizophrenia Index in Finland and Spain. *Journal Rorschachiana: Journal of the International Society for the Rorschach*, 25(1), 175-194.
- Kalla, O.; Wahlström, J.; Aaltonen, J.; Holma, J.; Tuimala, P. & Mattlar, C.-E. (2004). Rorschach Characteristics and Comparison of First-Episode Psychotic Patients in Finland and Spain. *Journal Rorschachiana: Journal of the International Society for the Rorschach*, 26(1), 63-84.
- Kaplan H. I. & Sadock, B. J. (1984). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research Design in Clinical Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kendler, K. S. & Diehl, S. R. (1993) The genetics of schizophrenia: a current genetic-epidemiologic perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 261-285.
- Klonsky, D. E. (2004). Performance of Personality Assessment Inventory and Rorschach Indices of Schizophrenia in a Public Psychiatric Hospital. *Psychological Services*, 1(2), 107-100.
- Klopfer, B. (1946). *The Rorschach Technique: A Manual for a Projective Method of Personality Diagnosis*, Yonkers-on-Hudson: World Book Co.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia Praecox and Paraphrenias*. Edinburgh: E. & S. Livingstone.
- L'Heureux, S. & Nicole, L. (2005). Réflexions cliniques sur le premier épisode psychotique: vers une intervention spécifique de plus en plus précoce. *PSN*, 3(1), s42-s52.
- Little, M. I. (1992). Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott. Rio de Janeiro: Imago.
- Malla, A. & Payne, J. (2005). First-Episode Psychosis: Psychopathology, Quality of Life, and Functional Outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 650-671.
- Martins, F. (2003). *Psicopatologia II – Semiologia clínica*. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia.
- _____. (2005). *Psicopatologia I – Prolegômenos*. Belo Horizonte: PUC Minas.

- Mattlar, C.-E. (2011). The Issue of An Evolutionary Development of the Rorschach Comprehensive System (RCS) versus a Revolutionary Change (R-PAS). Recuperado em 6 de setembro de 2012, do Rorschach Training Programs, web site: <http://www.rorschachtraining.com/the-issue-of-an-evolutionary-development-of-the-roshach-comprehensive-system-rs-versus-a-revolutionary-changer-pas/>
- Maxmen, A. (2012). *Psychosis risk syndrome excluded from DSM-5*. Recuperado em 31 de dezembro de 2012, do Nature International Weekly Journal of Science, web site: <http://www.nature.com/news/psychosis-risk-syndrome-excluded-from-dsm-5-1.10610>
- McGorry, P. D. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187, s120-s124.
- McGorry, P. D. & Edwards, J. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. Londres: Martin Dunitz.
- Merejkowski, D. (1945). *O Romance de Leonardo da Vinci (a ressurreição dos Deuses)*. São Paulo: Globo.
- 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., Erdberg, P. & Shaffer, T. W. (2007). Toward International Normative Reference Data for the Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), S201-S216.
- Meyer, G. J.; Viglione, D. J.; Mihura, J. L. (2007). Rorschach Administration Guidelines to Optimize R. Recuperado em 6 de setembro de 2012, do Department of Psychology, University of Toledo, web site: <http://psychology.utoledo.edu/images/users/16/R-Optimized%20Administration%20Guidelines.pdf>
- 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.; Meyer, G. J.; Dumitrascu, N.; Bombel, G. (2012). The Validity of Individual Rorschach Variables: Systematic Reviews and Meta-Analyses of the Comprehensive System. *Psychological Bulletin*, Aug 27, sem página especificada.
- Mohammadi, M.-R. & Akhondzadeh, S. (2001). Schizophrenia: Etiology and pharmacotherapy. *IDrugs*, 4(10), 1167-1172.
- Morel, B. A. (1860). *Traité des maladies mentales*. Paris: L. Martinet.
- Nascimento, R. S. G. F. (2010). Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nelson, B.; Yuen, K. & Yung, A. R. (2010). Ultra high risk (UHR) for psychosis criteria: Are there different levels of risk for transition to psychosis? *Schizophrenia Research*, 125, 62-68.
- Netter, B. & Viglione, D.J. (1994). An empirical study of malingering schizophrenia on the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 62, 45-57.
- O'Callaghan, E.; Turner, N.; Renwick, L.; Jackson, D.; Sutton, M.; Foley, S. D.. McWilliams, S.; Behan, C.; Fetherstone, A. & Kinsella, A. (2010). First episode psychosis and the trail to secondary care: help-seeking and health-system delays. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.*, 45(3), 381-91.
- Oda, A. M. G. R., Dalgalarrrondo, P. (2005). História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12(3), 983-1010.
- Ota, M.; Obu, S.; Sato, N. & Asada, T. (2011). Neuroimaging study in subjects at high risk of psychosis revealed by the Rorschach test and first-episode schizophrenia. *Acta Neuropsychiatrica*, 23, 125-131.
- Palazolli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1998). *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summus.
- Pereira, M. E. C. (2000). Bleuler e a invenção da esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(1), 158-63.
- Pianowski, G. (2010). *Evidências de validade da localização e Qualidade formal do Rorschach pelo Sistema compreensivo no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco, Itatiba.

- Piccinini, W. J. e Oda, A. M. G. R. (2006). História da Psiquiatria: A Loucura e os Legisladores. *Psychiatry online Brasil*, 11(3). Recuperado em 10 de dezembro de 2011, web site: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>
- Pine, F. (1998). The four psychologies of psychoanalysis and their place in clinical work. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 571-596.
- Preti, A. & Cella, M. (2010). Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: A review of treatment effectiveness. *Schizophrenia Research*, 123, 30-36.
- Ritzler, B. & Sciara, A. (2011). *Rorschach Comprehensive system International Norms: cautionary Notes*. Rorschach Training. Recuperado em 6 de abril de 2012, do Rorschach Training Programs, web site: <http://www.rorschachtraining.com/rorschach-comprehensive-system-international-norms-cautionary-notes/>
- Rorschach, H. (1967). *Psicodiagnóstico*. São Paulo: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1921).
- Silva, D. R. (2010). *Cor e produção de respostas ao Rorschach: abordagem desenvolvimental*. Comunicação Oral no III Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo.
- Silva, H. C. S. R.; Costa, I. I. & Costa, E. W. K. A. (2011). *Avaliação precoce das primeiras crises do tipo psicótico pelo método de Rorschach*. Comunicação Oral no VII Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, Salvador.
- Simanke, R. T. (2009). *Formação da teoria freudiana das psicoses*. São Paulo: Loyola.
- Smith, S. R.; Baity, M. R; Knowles, E. S. & Hilsenroth, M. J. (2001). Assessment of Disordered Thinking in Children and Adolescents: the Rorschach Perceptual-Thinking Index. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 447-463.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *The American Psychologist*, 15, 113-118.
- _____. (1979). The lying truths of psychiatry. *Journal of Libertarian Studies*, 3(2), 121-139.
- Tenenbaum, D. (1999). *Investigando psicanaliticamente as psicoses*. Rio de Janeiro: Sette Letras.
- Traubenberg, N. R. (1970). *A prática do Rorschach*. São Paulo: Cultrix.

- Varella, M. R. D. (2008). *Narcisismo e apassivação*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Vedder, E. (1991). *Release me. Ten* [Audio CD]. New York: Epic Records.
- Viglione, D.J. (1999). A review of recent research addressing the utility of the Rorschach. *Journal of Psychological Assessment, 11*, 251-265.
- Viglione, D. J. (2002). *Rorschach coding solutions: A reference guide for the Comprehensive System*. San Diego: Donald J. Viglione.
- Viglione, D. J. (2012). *O R-PAS e Avanços no Método de Rorschach Sistema Compreensivo*. Conferência apresentada no VI Congresso da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos, Brasília.
- Viglione, D. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). The Rorschach: Facts, Fictions, and Future. *Journal of Psychological Assessment, 13*(4), 452-471.
- Viglione, D. J. & Meyer, G. J. (2008). An overview of Rorschach psychometrics for forensic practice. In: Gacono, C. B.; Evans, F. B.; Kaser-Boyd, N. & Gacono, L. A. (Eds.). *Handbook of Forensic Rorschach Psychology* (pp. 21-53). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Viglione, D. J.; Perry, W. & Meyer, G. (2003). Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index Incorporating the Human Representational Variable. *Journal of Personality Assessment, 81*(1), 149–156.
- Villemor-Amaral, A. E.; Yazigi, L.; Nascimento, R. S. G. F. ; Primi, R. ; Semer, N. L. (2006). Elaboração do atlas e lista de qualidade formal do Rorschach no Sistema Compreensivo para uma amostra brasileira – comunicação preliminar. In N. A. Silva Neto e D. M. do Amparo. (Orgs.). *Métodos Projetivos. Instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura* (pp.70-75). São Paulo: Vetor.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da Interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Whye, J. (2004). *Phrenology and the origins of Victorian Scientific Naturalism*. Burlington: Ashgate.
- Winnicott, D. W. (1988). A mente e sua relação com o psique-soma. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 409-425). Rio de Janeiro: F. Alves. (Trabalho original publicado em 1949)

- _____. (1988). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 389-408). Rio de Janeiro: F. Alves. (Trabalho original publicado em 1951)
- _____. (1988). Psicose e cuidados maternos. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 375-387). Rio de Janeiro: F. Alves. (Trabalho original publicado em 1952)
- _____. (1994). Alucinação e desalucinação. In: Winnicott, C; Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 33-35). Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1957)
- _____. (1983). A capacidade para estar só. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1958)
- _____. (1983). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1959-1964)
- _____. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1960)
- _____. (1994). O medo do colapso. In C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis, *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 70-76). Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1963)
- _____. (1994). Sobre o uso de um objeto. In C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis, *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 170-191). Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1963-1969)
- _____. (1982). Mais idéias sobre o bebê como pessoa. In D. Winnicott, *A criança e seu mundo* (pp. 95-103). Rio de Janeiro: Guanabara Koogans. (Trabalho original publicado em 1964)
- _____. (1994). A psicologia da Loucura: Uma Contribuição da Psicanálise. In C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis, *Explorações Psicanalíticas: D. W.*

Winnicott (pp. 94-101). Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1965a)

_____. (1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis, *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 102-105). Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1965b)

_____. (1994). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis, *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 151-156). Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1967)

_____. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: ArtMed.

_____. (1989). *Holding and Interpretation: Fragment of an analysis*. London: Karnac Books.

_____. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Woods, S. W.; Addington, J.; Cadenhead, K. S.; Cannon, T. D.; Cornblatt, B. A.; Heinssen, R.; Perkins, D. O.; Seidman, L. J.; Tsuang, M. T.; Walker, E. F. & McGlashan, T. H. (2009). Validity of the Prodromal Risk Syndrome for First Psychosis: Findings From the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 894-908.

Wright, I. & Woodruff, P. (1995). Aetiology of schizophrenia. Review of theories and their clinical and therapeutic implications. *CNS Drugs*, 3:126-144.

Yazigi, L. & Gazire, P. (2002). Avaliação cognitiva e Rorschach. *Psico-USP*, 7(1), 109-112.

Yazigi, L. & Viglione, D. (2012). *Pesquisas com amostras clínicas e não clínicas com o Rorschach Performance Assessment System, R-PAS, no Brasil*. Recuperado em 30 de dezembro de 2012, Centro de Documentação e Informação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (CDi/FAPESP), web site: <http://www.bv.fapesp.br/pt/projetos-de-pesquisa/53107/pesquisas-amostras-clinicas-clinicas-rorschach/>

- Yung, A. R. & McGorry, P. D. (1996). The Prodromal Phase of First-Episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.
- Yung, A. R.; Philips, L. J.; Yuen, H. P. & McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 131-142.

ANEXOS

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente consentimento se refere ao convite feito a você(s) (cliente/familiar/es), para participar(em) de um processo de pesquisa e atendimentos psicológicos intitulado “Estruturação de uma proposta de atenção às primeiras crises psíquicas graves a partir do modelo internacional de intervenção precoce nas psicoses”.

Eu sou _____, Psiquiatra – Psicólogo (a) – Professor (a) – Aluno (a) do *Curso de Psicologia da Universidade de Brasília*, participante do **Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses**, sob a coordenação do *Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa* do *Departamento de Psicologia Clínica*.

O objetivo principal deste programa é detalhar sua(s) avaliação(ões) psicológica(s) com vistas ao melhor encaminhamento de seu acompanhamento. **No entanto, você(s) é (são) livre(s) para aceitar participar ou não.** Se você(s) aceitar(em), realizaremos algumas entrevistas pessoais, poderão se aplicados testes psicológicos, entraremos em contato com seu(s) médico(s) ou profissionais envolvidos, estudaremos seu prontuário e conversaremos com os familiares, quando poderemos anotar informações, gravar ou filmar entrevistas. **Todas as informações serão mantidas sob o mais absoluto anonimato, sigilo e confidencialidade.** No caso de gravações, o material poderá ser destruído após a sua utilização e, caso haja interesse científico/acadêmico em utilização de imagens, esta será precedida de uma autorização específica. Se você(s) tiver(em) alguma dificuldade ou desistir(em) de continuar em nosso processo, você(s) deverá(ão) nos informar com antecedência para que possamos tomar as providências necessárias.

Estamos disponíveis também para esclarecer suas dúvidas no momento em que desejar(em). **Acrescentamos que nosso Grupo conta com um Telefone de Emergência a que você(s) poderá(ao) fazer uso a qualquer momento, como vai identificado abaixo.** Com este consentimento, você(s) declara(m) também que recebeu(ram) não só as informações acima, como está(ão) informado(s) sobre todos os detalhes do Grupo recebidas através do folder “Orientações sobre o GIPSI”, com os quais afirma concordar.

Obrigado pela sua atenção e eventual participação.

CONTATOS:

Pesquisador(es): _____
_____. Contato(s): _____.

Coordenador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, telefone: 3107.6954 Ramal 615, e-mail ilen@unb.br.

Telefones Institucionais: CAEP: 3107.6891/ 3273.8894 (Fone/Fax); Telefone de Crise do GIPSI: 9655.2266; Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, E-mail: cep_ih@unb.br.

CONFIRMO ESTE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E LIVREMENTE CONCEDIDO

Nome completo: _____

() Cliente () Pai/Mãe ou Responsável () Outro (por procuração): _____

Endereço Completo: _____

Telefone (s) para contato (s): _____

Brasília/DF. ____/____/20__.

Assinatura: _____

Anexo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente consentimento se refere ao convite feito a você(s) (cliente/familiar/es), para participar(em) do processo de pesquisa e atendimentos psicológicos intitulado “Estruturação de uma proposta de atenção às primeiras crises psíquicas graves a partir do modelo internacional de intervenção precoce nas psicoses”.

Eu sou Hayanna Carvalho S. R. Silva, aluna do mestrado em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, participante do **Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico**, sob a coordenação do *Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa* do Departamento de Psicologia Clínica.

O objetivo principal deste programa é detalhar sua(s) avaliação(ões) psicológica(s) com vistas ao melhor encaminhamento de seu acompanhamento à época da vivência mais aguda da crise. ***Agora, passado o período de crise vivenciado quando da avaliação realizada, você poderá novamente rever se deseja aceitar participar ou não.*** Caso aceite, todas as informações colhidas durante a época das avaliações serão ***mantidas sob o mais absoluto anonimato, sigilo e confidencialidade.*** Não será utilizado qualquer documento ou registro escrito que contenha informações que possam porventura identificá-lo(as). Caso tenham sido feitas gravações de áudio, o material foi destruído logo após a sua utilização. Você é livre para consentir que seus dados globais sejam ou não utilizados nesta pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos tomados ou qualquer outro aspecto da pesquisa ou da coleta de dados, pode perguntar agora ou a qualquer momento, diretamente com os pesquisadores cujos contatos seguem abaixo. ***Acreditamos que nosso Grupo conta com um Telefone de Emergência que você(s) poderá(ão) entrar em contato a qualquer momento, como também vai identificado abaixo.***

Sua assinatura abaixo confirma que você(s) concorda(m) em participar da pesquisa e também que está(ão) informado(s) sobre todos os detalhes do Grupo recebidas através do folder “Orientações sobre o GIPSI”, com os quais afirmou concordar à época dos atendimentos. Obrigada pela sua atenção e eventual participação.

Assinatura da Pesquisadora: _____.

CONFIRMO ESTE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E LIVREMENTE CONCEDIDO

Nome completo: _____

() Cliente () Pai/Mãe ou Responsável () Outro (por procuração): _____

Endereço Completo: _____

Telefone (s) para contato (s): _____

Brasília/DF. ____/____/20__.

Assinatura: _____

CONTATOS:

Pesquisadora: Hayanna Carvalho S. R. Silva, E-mail: hayannacarvalho@gmail.com.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, telefone: 3107.6954 Ramal 615, e-mail ilen@unb.br.

Telefones Institucionais: CAEP: 3107.6891/ 3273.8894 (Fone/Fax); Telefone de Crise do GIPSI: 9655.2266;

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, E-mail: cep_ih@unb.br.

Anexo C



Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: RORSCHACH E SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: INVESTIGAÇÃO PSICODINÂMICA DAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA

Número do projeto: 11-12/2011

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado “RORSCHACH E SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: INVESTIGAÇÃO PSICODINÂMICA DAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA”.

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (itens VII.13 letra “d” e IX.2 letra “c” da Resolução CNS 196/96).

Brasília, 29 de agosto de 2012.

Debora Diniz
Coordenadora Geral – CEP/IH

Anexo D

Tabela D Estatísticas descritivas dos clientes do GIPSI (n=35), adultos não pacientes dos EUA (Exner, 2003, n=600), pacientes esquizofrênicos internados nos EUA (Exner, 1999, n=320), adultos não pacientes de 17 países (Meyer, Erdberg & Shaffer, 2007, n=4.700), adultos não pacientes brasileiros (Nascimento, 2010, n=409).

Variáveis	GIPSI	DP	Exner	DP	Schz.*	DP*	Meyer	DP	Nasc.**	DP**
R	23,40	10,26	22,32	4,40	23,40	8,66	22,31	7,90	19,64	5,82
W	7,34	4,33	8,28	2,36	9,79	5,11	9,08	4,54	7,25	3,71
D	9,80	6,05	12,88	3,77	9,79	6,47	9,89	5,81	8,78	4,28
Dd	6,26	6,42	1,16	1,67	4,86	5,04	3,33	3,37	3,61	2,93
S	2,46	1,88	1,57	1,28	2,77	2,49	2,49	2,15	1,76	1,65
DQ+	4,69	3,46	7,36	2,23	6,93	4,32	6,24	3,54	4,59	2,83
DQo	16,11	9,42	13,58	3,67	14,87	7,80	14,68	6,74	13,54	5,33
DQv	2,34	2,85	0,98	1,26	1,43	1,74	1,09	1,50	1,16	1,61
DQv/+	0,23	0,74	0,39	0,61	0,21	0,45	0,29	0,67	0,35	0,74
FQ+	0,14	0,61	0,71	0,88	0,07	0,31	0,21	0,68	0,11	0,37
FQo	7,54	3,01	16,44	3,34	8,92	3,39	11,11	3,74	9,11	3,12
FQu	8,00	4,43	3,49	2,03	3,89	3,17	6,20	3,93	5,75	3,14
FQ-	7,11	6,93	1,56	1,20	8,95	5,32	4,43	3,23	4,39	2,55
FQnone	0,54	1,08	0,11	0,37	0,61	0,95	0,33	0,71	0,28	0,71
M+	0,00	0,00	0,44	0,68	0,05	0,29	0,12	0,43	0,05	0,23
Mo	0,97	1,10	3,57	1,84	2,40	1,96	2,26	1,66	1,63	1,36
Mu	1,14	1,55	0,21	0,51	1,06	1,17	0,69	0,99	0,57	0,81
M-	0,77	1,09	0,07	0,27	2,42	2,26	0,63	1,05	0,47	0,86
Mnone	0,11	0,41	0,01	0,08	0,07	0,25	0,03	0,20	0,02	0,21
M	2,94	2,33	4,30	1,95	6,00	4,33	3,73	2,66	2,73	2,24
FM	2,46	1,83	3,74	1,31	2,41	2,43	3,37	2,18	3,50	2,25
m	1,29	1,12	1,28	0,99	1,18	1,17	1,50	1,54	1,39	1,34
FM+m	3,77	2,04	5,01	1,70	3,59	2,92	4,87	2,89	4,89	2,74
FC	0,94	1,06	3,56	1,88	1,54	1,60	1,91	1,70	1,34	1,43
CF	1,49	1,38	2,41	1,31	1,24	1,38	1,65	1,55	1,05	1,21
C	0,34	0,69	0,12	0,37	0,42	0,72	0,34	0,66	0,31	0,69
Cn	0,09	0,38	0,01	0,08	0,06	0,29	0,02	0,14	0,00	0,00
SumC	2,80	1,98	6,09	2,44	3,25	2,61	3,91	2,53	2,71	2,07
WSumC	2,47	1,72	4,36	1,78	2,63	2,23	3,11	2,17	2,19	1,81
Sum C'	1,57	1,52	1,49	1,16	1,50	1,57	1,75	1,71	1,18	1,40
Sum T	0,20	0,59	0,95	0,61	0,46	0,99	0,65	0,91	0,41	0,76
Sum V	0,46	0,96	0,28	0,61	0,60	1,20	0,52	0,92	0,37	0,75
Sum Y	2,60	3,18	0,61	0,96	2,12	2,62	1,34	1,63	1,65	1,96
Sum SH	4,83	4,74	3,32	2,09	4,68	4,51	4,29	3,48	3,62	3,23
Fr+rF	0,26	0,75	0,11	0,43	0,17	0,48	0,41	0,88	0,46	0,83
FD	0,37	0,70	1,18	0,94	0,60	1,08	1,02	1,19	0,61	0,92
F	11,63	6,74	7,95	2,83	10,46	6,42	8,92	5,34	8,12	4,48
(2)	8,06	5,59	8,52	2,18	8,53	4,90	7,04	3,83	5,86	3,23

3r+(2)/R	0,35	0,17	0,40	0,09	0,38	0,18	0,38	0,16	0,37	0,17
Lambda	1,96	1,55	0,60	0,31	1,57	3,47	0,86	0,95	0,98	1,11
EA	5,36	3,28	8,66	2,38	8,63	5,39	6,84	3,76	4,93	3,17
es	8,49	5,46	8,34	2,99	8,27	5,99	9,09	5,04	8,51	4,68
D Score	-0,97	1,74	-0,03	0,97	0,14	1,58	-0,68	1,48	-1,06	1,51
AdjD	-0,20	1,07	0,15	0,82	0,69	1,45	-0,20	1,23	-0,53	1,15
a (active)	2,60	2,24	6,44	2,23	5,51	3,94	4,96	3,08	3,79	2,68
p (passive)	4,17	2,95	2,90	1,64	4,25	3,28	3,73	2,65	3,86	2,56
Ma	1,14	1,64	2,90	1,57	3,38	2,76	2,09	1,83	1,22	1,39
Mp	1,83	1,77	1,42	1,03	2,75	2,54	1,67	1,61	1,54	1,59
Intellect	2,11	2,77	1,57	1,48	1,32	1,88	2,35	2,57	1,90	2,68
Zf	9,69	4,49	11,84	2,78	-	-	12,50	4,92	9,90	4,03
Zd	-1,61	3,51	0,57	2,98	1,33	4,93	-0,67	4,72	-0,66	4,30
Blends	2,69	2,51	5,15	2,08	4,28	3,97	4,01	2,97	3,01	2,60
C-SH Bl	0,43	0,75	0,45	0,68	0,67	1,26	0,60	0,92	0,36	0,67
Afr	0,49	0,16	0,67	0,16	0,52	0,20	0,53	0,20	0,55	0,23
Populars	3,51	1,44	6,58	1,39	4,67	2,08	5,36	1,84	4,38	1,75
XA%	0,69	0,13	92,00	6,00	-	-	79,00	11,00	76,00	12,00
WDA%	0,75	0,13	94,00	6,00	-	-	82,00	11,00	80,00	12,00
X+%	0,35	0,13	77,00	9,00	40,00	11,00	52,00	13,00	48,00	0,13
Xu%	0,34	0,13	15,00	7,00	42,00	20,00	27,00	11,00	29,00	11,00
X-%	0,25	0,14	7,00	5,00	37,00	14,00	19,00	11,00	22,00	11,00
Isolate/R	0,14	0,11	0,19	0,09	0,15	0,13	0,20	0,14	0,22	0,16
H	2,37	1,99	3,21	1,71	3,17	2,44	2,43	1,89	1,92	1,59
(H)	0,57	0,96	1,22	1,02	1,60	1,45	1,22	1,24	0,81	0,99
Hd	2,31	2,68	0,84	1,02	1,88	2,18	1,52	1,71	1,29	1,49
(Hd)	0,71	0,90	0,21	0,50	0,77	0,98	0,64	0,92	0,50	0,81
Hx	0,54	1,28	0,03	0,23	0,14	0,49	0,41	0,98	0,39	1,17
ContH	6,51	4,32	5,49	1,75	7,41	4,19	5,83	3,51	4,90	3,31
A	7,57	3,30	7,96	2,25	8,21	3,53	7,71	3,18	7,74	2,89
(A)	0,54	1,02	0,27	0,54	0,53	0,85	0,42	0,73	0,30	0,56
Ad	1,86	2,35	2,30	1,20	2,03	1,88	2,41	1,97	1,77	1,55
(Ad)	0,09	0,29	0,10	0,34	0,27	0,62	0,16	0,45	0,10	0,33
An	2,00	2,28	0,54	0,77	0,98	1,49	1,16	1,42	1,15	1,44
Art	1,14	1,77	0,90	0,91	0,73	1,41	1,22	1,45	1,01	1,22
Ay	0,29	0,58	0,35	0,52	0,21	0,48	0,52	0,87	0,28	0,64
Bl	0,57	1,08	0,20	0,46	0,32	0,79	0,25	0,55	0,17	0,56
Bt	1,20	0,98	2,37	1,32	0,82	1,04	1,41	1,44	1,37	1,36
Cg	1,54	1,79	1,41	1,09	1,83	1,88	1,89	1,77	1,19	1,35
Cl	0,20	0,48	0,14	0,38	0,26	0,66	0,18	0,46	0,28	0,59
Ex	0,06	0,24	0,20	0,40	0,26	0,59	0,19	0,48	0,14	0,42
Fi	0,29	0,58	0,56	0,77	0,11	0,33	0,50	0,80	0,33	0,65
Fd	0,31	0,81	0,21	0,47	0,32	0,67	0,33	0,66	0,30	0,59
Ge	0,03	0,17	0,05	0,24	0,18	0,53	0,26	0,62	0,21	0,53
Hh	0,29	0,68	0,99	0,90	0,38	0,93	0,84	1,03	0,55	0,82
Ls	0,31	0,81	0,86	0,79	0,44	0,85	0,87	1,12	0,72	0,93

Na	0,63	0,92	0,36	0,63	0,72	1,00	0,75	1,11	0,73	1,04
Sc	1,20	1,24	1,12	1,15	0,49	0,69	1,11	1,35	0,85	1,20
Sx	0,74	2,47	0,11	0,47	1,36	2,16	0,47	0,94	0,26	0,72
Xy	0,29	1,24	0,05	0,24	0,16	0,45	0,19	0,52	0,22	0,56
Id	0,54	0,89	1,36	1,32	2,56	2,33	0,89	1,21	0,81	1,00
DV	0,60	1,04	0,59	0,78	0,78	1,18	0,65	0,99	0,77	1,81
INCOM	0,66	0,77	0,56	0,78	1,53	1,44	0,73	0,97	0,52	0,79
DR	0,69	1,61	0,39	0,69	0,97	1,49	0,49	0,96	0,50	0,99
FABCOM	0,56	0,75	0,27	0,52	0,72	1,07	0,45	0,76	0,33	0,67
DV2	0,06	0,24	0,00	0,06	0,28	0,57	0,01	0,14	0,04	0,21
INC2	0,26	0,51	0,02	0,13	1,17	1,68	0,10	0,33	0,12	0,40
DR2	0,20	0,64	0,01	0,11	1,90	2,80	0,06	0,31	0,04	0,34
FAB2	0,37	0,92	0,03	0,16	1,83	2,04	0,08	0,31	0,05	0,21
ALOG	0,06	0,24	0,04	0,20	0,93	1,40	0,16	0,46	0,27	0,63
CONTAM	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,41	0,02	0,15	0,03	0,28
Sum6	3,51	2,71	1,91	1,47	5,07	3,23	2,75	2,39	2,66	2,61
Lvl 2	0,80	1,38	0,06	0,25	5,18	4,92	0,25	0,62	0,25	0,70
WSum6	11,49	10,20	4,48	4,08	44,69	35,40	7,63	7,75	7,31	8,92
AB	0,29	0,97	0,16	0,43	0,19	0,45	0,32	0,82	0,31	1,04
AG	0,40	0,74	1,11	1,15	1,26	1,85	0,54	0,86	0,29	0,63
COP	0,31	0,77	2,00	1,38	0,81	1,03	1,07	1,18	0,68	0,91
CP	0,00	0,00	0,01	0,09	0,04	0,19	0,02	0,15	0,03	0,16
GHR	2,54	2,30	4,93	1,78	-	-	3,70	2,18	2,78	1,87
PHR	3,77	3,51	1,53	1,46	-	-	2,86	2,52	2,30	2,22
MOR	1,97	1,95	0,79	0,89	1,47	1,71	1,26	1,43	0,90	1,25
PER	0,86	1,63	0,92	0,91	1,22	1,97	0,75	1,12	0,45	0,84
PSV	0,23	0,50	0,07	0,25	0,13	0,37	0,23	0,56	0,24	0,56

Nota: *Dados da amostra de Exner, 1999. **Dados da amostra de Nascimento, 2010.