



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

**Rorschach e Psicose:
avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave**

Elisa Walleska Krüger Alves da Costa

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília

2011



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

**Rorschach e Psicose:
avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave**

Elisa Walleska Krüger Alves da Costa

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

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília

2011



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

**Rorschach e Psicose:
avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave**

Elisa Walleska Krüger Alves da Costa

Banca Examinadora

Brasília, 16 de maio de 2011

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

Profa. Dra. Ana Cristina Resende
(Membro Externo - Pontifícia Universidade Católica / GO)

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri
(Membro - PsiCC/PCL/IP/UnB)

Profa. Dra. Liana Fortunato
(Suplente - PsiCC/PCL/IP/UnB)

*“Se eu falo com Deus, sou considerado religioso.
Se Deus fala comigo, sou considerado louco.”*

Thomas Szasz

Dedicatória

*Às pessoas que fizeram parte do banco de dados deste trabalho.
Por terem confiado seus segredos, sonhos e temores
em prol da evolução da ciência.
Eles são a razão de tanto estudo.*

*Ao T. e ao J.:
seus olhares falaram mais do que mil palavras.*

*E ao meu pai Sálvio Pessoa Alves da Costa, inspiração primeira,
grande incentivador, pensador, pesquisador incansável e revisor,
além de grande exemplo de vida.
Com todo o meu amor.*

Agradecimentos

Pessoais

Acima de tudo, agradeço a Deus por ter me possibilitado tudo até hoje.

Depois Dele, seria inviável afirmar que a autoria dessa Dissertação pertence só a mim e a meu orientador. Quem já produziu uma, sabe: são necessárias diversas ajudas, inúmeros apoios, dezenas de incentivos para que se chegue ao fim. Este foi um trabalho, literalmente, Sistêmico! Portanto, façamos as honras...

À minha mãe Janete Krüger (*in memoriam*) por ter sido um exemplo de disciplina, coragem, força, persistência e determinação. Sua ausência também tem me ensinado muito.

Aos meus demais cuidadores, pois sem eles eu não estaria aqui: avós, tios, irmãos. Em especial, a meu primo-irmão Boanerges Costa, grande amigo de todas as horas e à minha madrastra Nelma Costa, a pessoa mais doce que já conheci.

A meus filhos, Rafael, Túlasi, Morgana e Carlos. E a meu neto, Gustavo - por nunca terem admitido a possibilidade de eu desistir e por serem o motivo de eu seguir em frente pela vida afora. Eles são meus grandes amores e motivo de todo orgulho do mundo. São minha primeira e melhor obra.

À minha irmã de coração, Arminda Moura, que me abrigou, acolheu, incentivou e por fim, rendeu-se também à psicologia. A ciência só tem a ganhar com ela. E eu jamais teria conseguido sem ela.

E à mãe e irmã adotivas, respectivamente, Jurema e Diana de Medeiros por sempre me empurrarem para a frente, com muito humor.

Às minhas amigas: Ana Cláudia Azank - sócia de consultório e parceira ideológica; Lara Oliveira - colega, companheira e grande amiga de longa data; Liliane Domingues - parceira de paixão pelo Rorschach e professora das mais gabaritadas; Márcia Favaron - que me fez rir nos momentos mais improváveis; Mônica Evangelista - primeira amiga no Cerrado, irmã de coração, companheira de desventuras mil e companhia para inúmeros bons momentos também. À Suênia de Medeiros, pelos inúmeros bons conselhos, risadas e estímulos acadêmicos e vivenciais. Elas valem ouro e me carregaram, várias vezes, quando achei que não conseguiria mais. E ao amigo Guillermo Calderón, sempre me incentivando a ir em frente, um carinho especial.

À Lidya Martins, minha psicoterapeuta. Sem ela, seria inviável...

Ao amigo Marconni Sobreira, cujos talentos de economista foram indispensáveis para a confecção das planilhas e gráficos.

Aos irmãos da igreja Sara Nossa Terra, pelas inúmeras orações.

À Gérson Bonani: que Deus lhe dê em dobro tudo o que fez por mim.

Acadêmicos

Ao CNPq, financiador deste projeto e grande incentivador da ciência no Brasil.

Ao meu orientador, Ileno Izídio da Costa, professor, colega, amigo e ser humano incomparável: por ter sido extremamente presente, didático e apoiador. Correspondeu e superou minhas expectativas quanto ao que seria uma orientação de mestrado. Ele me ensinou muito, incentivou demais e me impressionou diversas vezes. Um homem forte, brilhante e valioso. Ele é o melhor parceiro de trabalho que já tive. Viajar com ele pelo mundo da psicose tem sido uma das experiências mais marcantes e recompensadoras da minha vida. Espero que essa parceria dure muito e renda vários outros projetos. A ele, um lugar especial em minha trajetória, sempre, junto com toda a minha admiração.

A meu mestre Balsem Pinelli, pela infinita paciência, generosidade no compartilhamento do saber, firmeza na orientação e por ter me iniciado e acompanhado na trilha do Rorschach.

À professora Maria Izabel Tafuri e ao professor Francisco Martins por terem me iniciado nos meandros da pós-graduação.

À Hayanna Carvalho. Uma das mulheres mais inteligentes e capazes que conheço. Aluna, amiga, irmã, colega, monitora, pesquisadora, estagiária... Essa dissertação não existiria sem ela.

À minhas estagiárias e monitoras: Ananda Yamasaki e Juliana Leão, elas fizeram boa parte do trabalho pesado, com brilhantismo e competência. Aos auxiliares de pesquisa Luciana Leite e Marcus Fonseca, pelo precioso trabalho de revisão de dados.

Às colegas de pós-graduação: Elisa Alves, Cleuser Osser, Samita Vaz, Beatriz Montenegro, Patrícia Ribeiro e Madge Porto: brilhantes cientistas desta Universidade.

A todos os supervisores, professores e colegas, pelas inúmeras contribuições.

A meus primeiros alunos, da disciplina Rorschach Avançado, do 1º semestre de 2010*, que tanto me ensinaram.

À toda equipe administrativa da UnB e CAEP, em especial à Maria, Soemes, Cristiano, Eline, Jhenne, Soraya e Lívia, profissionais indispensáveis na organização deste trabalho.

À memória de Rafael Salermo, companheiro de Rorschach e que de uma forma peculiar me ajudou a perceber que era nesse caminho que eu queria ficar.

A toda equipe do Hospital São Vicente de Paula, onde trabalhei com Rorschach, por 3 anos durante meus estágios de graduação. Lá eu obtive boa parte do conhecimento para este trabalho e descobri a minha vocação.

Portanto, com essa ajuda toda, meu mestrado foi uma trilha suave e enriquecedora.

** Alexandre Ariel, Amanda Mota, Ana Rosa de Sousa, Bianca Soll, Carolina França, Denise Langsch, Diogo Zelinschi, Eliane Barros, Evelyn Viana, Felipe Xavier Brasil, Fernanda Truite, Hugo Ala, Joana Cavalcanti, Josely Gomes, Laís Macedo, Laura Rodrigues, Lillian Niederauer, Luciana Leite, Marcus Fonseca, Mayarê Baldini, Natália Lourenço, Rafael Assis, Rafaela Frade, Renata Cambraia, Rhavenna Aragao, Ricardo Nogueira, Rodrigo Miranda, Samara Pereira, Stephanie Sabarense, Tales Agra.*

Minha trajetória pela “loucura”.

Sou, segundo a psiquiatria moderna, hipomaníaca: trabalho demais, faço diversas coisas ao mesmo tempo, leio cerca de quatro livros por semana, falo idiomas exóticos, já morei em vários países, tive três profissões diferentes. Tenho três empregos e dificuldade de terminar as tarefas que inicio. Aliás, se “melhor” avaliada, eu poderia vir a ser medicada com Ritalina e diagnosticada com TDAH. Além disso, pareço ser obsessiva-compulsiva. Detalhista, perfeccionista, entro de cabeça em tudo o que faço. E faço com paixão. Seria o caso de uma medicação para controle de impulsos? Porém, algumas vezes me canso e fico dias em casa, assistindo filmes e ouvindo música clássica. Já chegaram a me dizer que, nessas ocasiões, eu deveria tomar antidepressivos. Um dia, entretanto, eu entrei em um hospital psiquiátrico e conheci o que chamam de psicose. Eram anos de terapia tentando me conhecer, me adaptar e ser normal. A psicose me ajudou a livrar-me destes rótulos. Percebi que sou várias. Aprendi a transformar minha hipomania em trabalho construtivo, a melancolia em reflexão, os traços obsessivos-compulsivos em força motriz para acabar bem aquilo que inicio. Da inconstância floresceu a criatividade. Aprendi com a “loucura” que não devo dar ouvidos a quem me diz que é estranho estudar às 4 da manhã e que rock pesado não se escuta lendo Freud. Troquei de religião, mudei de relacionamento. Fui ficando cada dia mais leve e mais feliz. Passei a ignorar, solenemente, regras inúteis que têm como simples objetivo agradar quem as cria. Descobri, enfim, uma classe de pessoas que olho com bastante estranheza: são algumas pessoas reprimidas, cheias de preconceito, com baixa criatividade, pouca energia e sem capacidade de inovar: eles se chamam de NORMAIS. Acho que tenho medo delas. A psicose pode ser libertadora.

SUMÁRIO

• EPÍGRAFE I	i
• DEDICATÓRIA	ii
• AGRADECIMENTOS	iii
• EPÍGRAFE II	vi
• LISTA DE TABELAS	ix
• LISTA DE FIGURAS	x
• LISTA DE ANEXOS	xi
• RESUMO	xii
• ABSTRACT	xiii
• INTRODUÇÃO	1
• EPÍGRAFE III	5
• CAP 1 – PSICOSE & NORMALIDADE: DICOTOMIA OU GRADAÇÕES?	6
1.1 - Os primórdios da “loucura”	6
1.2 - Os conceitos e suas evoluções	10
1.3 - O normal, o saudável e o ideal	17
1.4 - Nosografia	19
1.5 - Nossa concepção	20
• CAP 2 - PSICODIAGNÓSTICO PELO MÉTODO DE RORSCHACH	26
2.1 - A trajetória do psicodiagnóstico	25
2.2 - O psicodiagnóstico pelo método de Hermann Rorschach	28
2.3 - Aspectos analisados pelo método de Rorschach	31
• CAP 3 - MÉTODOS, TÉCNICAS & FORMAS	33
3.1 - Critérios	33
3.2 - Ferramentas	33
3.3 - Participantes	33
Coleta de Dados	34
Procedimento de análise dos dados	35

Itens do Rorschach e Constelações.....	36
Variáveis.....	38
• CAP 4 - DADOS & RESULTADOS.....	43
4.1 - Comparação de variáveis com a tabela de não Pacientes.....	49
4.2 - Resultados gerais das constelações PTI, DEPI e CDI.....	53
4.2.1 - Comparação dos dados de pti do grupo com a tabela de esquizofrênicos internados.....	59
4.2.2 - Comparação dos dados de DEPI do grupo com a tabela de pacientes depressivos internados.....	67
4.2.3 - Comparação dos dados de CDI do grupo, com a tabela de pacientes depressivos internados.....	78
• CAP 5 - DISCUTINDO OS DADOS.....	83
Critérios do Rorschach.....	83
5.1 - Nossos achados.....	84
A Constelação Prodrômica.....	94
5.2 - Psicose: doença ou reação?.....	96
• CAP 6 - CONCLUSÕES & INSIGHTS.....	99
• EPÍGRAFE III.....	103
• REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
• ANEXOS.....	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tabela pródromos GIPSI.....	24
Tabela 2. Os componentes do Método de Rorschach.....	32
Tabela 3. Tabela pródromos apresentados.....	44
Tabela 4. Médias GIPSI.....	47
Tabela 5. Resultados sujeitos GIPSI X Constelações.....	54
Tabela 6. Comparação de sujeitos do GIPSI com dados normativos de pacientes esquizofrênicos internados.....	60
Tabela 7. Comparação de sujeitos do GIPSI com dados normativos de pacientes depressivos internados.....	68
Tabela 8. Dados normativos para não pacientes (nacional).....	79
Tabela 9. Dados normativos para não pacientes (internacional).....	81
Tabela 10. Distribuição da Frequência do Perceptual Thinking Index (PTI)*.....	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ilustração de Galileu Galilei.....	12
Figura 2. Quantidade global de pródromos apresentados pelos sujeitos.....	46
Figura 3. Variáveis GHR e PHR.....	52
Figura 4. Percentual de constelações positivas pelo grupo de sujeitos.....	53
Figura 5. Distribuição de sujeitos do GIPSI X PTI.....	56
Figura 6. Distribuição de sujeitos do GIPSI X CDI.....	57
Figura 7 - Distribuição de sujeitos do GIPSI X DEPI.....	58
Figura 8. Distribuição de X-% entre os sujeitos do GIPSI em comparação a pacientes esquizofrênicos internados.....	62
Figura 9. Distribuição de EA entre os sujeitos do GIPSI.....	63
Figura 10 - Distribuição de Lambda entre os sujeitos do GIPSI.....	64
Figura 11. Valores de WSum6 dos sujeitos do GIPSI, em comparação com as médias esperadas para pacientes esquizofrênicos internados.....	65
Figura 12. Índices XA% e WDA% dos sujeitos do GIPSI em comparação aos índices esperados em pacientes esquizofrênicos internados.....	66
Figura 13 - Comparativo de EA (recursos) e Adj.es (demandas) dos sujeitos do GIPSI.....	70
Figura 14. Nota D ajustada de sujeitos do GIPSI.....	71
Figura 15. Valores de conteúdo FD e Vista dos sujeitos do GIPSI.....	72
Figura 16. Variável Afr. dos sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados.....	73
Figura 17. Variável “S” dos sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados.....	74
Figura 18. Valores de WSumC dos sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados.....	75
Figura 19. Total de determinantes de Sombreado e Valores de MOR de sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados.....	76
Figura 20. Percentuais de COP / AG / T / H de sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados.....	77
Figura 21. A Constelação Prodrômica.....	94

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
Anexo B. Modelo de Ficha Encaminhamento GIPSI	113
Anexo C. Autorização pesquisa	115
Anexo D. Tabela pródromos x variáveis	116

RESUMO

Objetivamos verificar a existência de um padrão de variáveis em sujeitos com sofrimento psíquico grave, por meio de avaliação com o Método de Rorschach. Os sujeitos haviam sido previamente diagnosticados como possíveis psicóticos e foram encaminhados ao Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica - GIPSI / CAEP / IP / UnB. As variáveis encontradas foram comparadas aos dados normativos mais recentes do Método de Rorschach (Sistema Compreensivo, Exner - dados nacionais e internacionais); e com o questionário de pródromos utilizado pelo grupo. Foi observado um conjunto de variáveis que compuseram uma constelação prodrômica - ou seja, preditiva de sofrimento psíquico grave. Também foi observada a discrepância entre os dados individuais dos Sumários Estruturais com os dados de comparação, que indicaram que os sujeitos analisados não apresentavam quadros psicóticos e sim de sofrimento psíquico grave. Foi possível, ainda, traçar um perfil específico dos sujeitos do GIPSI.

Palavras-chave: *Rorschach, sofrimento psíquico grave, crise do tipo psicótico, psicodiagnóstico.*

ABSTRACT

We aim to search about the possibility of a “standard variables” in subjects with severe psychic suffering through psychological assessment with Rorschach Method. Such subjects had been diagnosed as being probably psychotic patients who were undergoing psychotherapy within the Group for Early Intervention in First Crisis of Psychotic Type – GIPSI / CAEP / IP / UNB. Variables were compared to recent normative data of Rorschach Method (in Exner’s Comprehensive System, national and international data); with the prodrome questionnaire used by the Group. A group of variables that might have predictive features for psychotic-type crisis have been identified. Such variables compose a prodromal constellation for Rorschach Method. Discrepancies between individual data of Structural Summaries and normative data have been found, what seems to indicate that the analyzed subjects had not presented psychotic features, but severe psychic suffering. A specific profile about GIPSI’s clients has been developed.

Keywords: Rorschach, severe psychic suffering, crisis of the psychotic type, psychodiagnosis.

INTRODUÇÃO

As pessoas avaliadas neste estudo possuíam diagnóstico anterior de psicose, a maioria, com suspeita de esquizofrenia, que é uma das formas de psicose considerada a mais severa. Esta dissertação trata do sofrimento psíquico grave (Costa, 2003) e das primeiras crises do tipo psicótico. Aborda ainda o tema da saúde mental, que envolve aspectos sociais e psicológicos.

Costa (2006, p. 9) propõe a utilização da expressão “sofrimento psíquico grave” para designar:

...não só tudo aquilo que está sob o domínio da definição de psicose, mas para apontar alguns desafios filosóficos: a) buscar superar a classificação nosográfica, empiricista, categorial e sintomatológica das classificações psiquiátricas, que, por si só, se pretendem ateóricas (o que é um equívoco); b) apontar mais para fenômenos existenciais, fenomenológicos, de cunho interno, relacional e dinâmico, que falam da angústia humana, das contradições da estruturação psíquica, do sofrimento (psíquico, afetivo, emocional, relacional), para além do sintoma e c) tentar resgatar, portanto, a dimensão ‘normal’, ‘natural’, ‘inerente’ de qualquer sofrimento humano, inclusive daqueles tidos como psicóticos. Neste sentido, o qualificativo ‘grave’ se refere tão somente à intensidade do sofrimento e não a uma classificação específica, buscando resgatar a dimensão contígua de todo sofrimento humano, de um extremo (‘suportável’) a outro (‘desorganizado’).

A expressão “crise do tipo psicótico” é utilizada no GIPSI para referir-se à fase onde os pródromos apresentam-se, caracterizando dois aspectos fundamentais:

- a) vivência intensa, típica de fase existencial mas divergindo do padrão pessoal, podendo ou não evoluir para desorganização maior da atividade psíquica;
- b) fase específica em que os potenciais de retorno às atividades - de forma menos sofrida - ainda encontram-se preservados (não sendo psicótica a priori).

A palavra “pródromo” possui origem grega e significa: aquilo que antecede um evento. São considerados os sinais iniciais (e não sintomas estabelecidos) e que podem indicar uma fase “pré-psicótica” ou de piora do sofrimento psíquico. Pode, ou não, evoluir para uma psicose (Carvalho e Costa, em Costa 2010, p. 5). Nestes casos, a intervenção precoce em crises do tipo psicóticos reduz e previne os efeitos psicológicos e sociais. A reincidência é mais baixa quando sujeitos recebem este tipo

de atenção, conforme demonstram os estudos já realizados nesta área. (Keshavan, 1992).

Os sujeitos encaminhados ao grupo foram avaliados antes do início do processo terapêutico e após terem superado a fase aguda de sua crise.

A “loucura” é um assunto polêmico e tem sido discutido, em diversos âmbitos (científico, religioso, social) há séculos. Tendo gerado muita controvérsia, vem se mostrando um campo vasto para a pesquisa e o desenvolvimento de estudos cada vez mais aprofundados. Só recentemente, com o crescimento dos movimentos que defendem os direitos humanos, e a proposta de reforma psiquiátrica, a saúde mental passou a ser discutida de forma mais criteriosa. Não faz muito tempo, as pessoas que apresentavam sinais e sintomas de esquizofrenia, por exemplo, poderiam ser consideradas possuídas por espíritos malignos ou serem tratadas com banhos gelados e eletrochoques.

Nas últimas décadas a reforma psiquiátrica vem ganhando força e destaque ao redor do mundo (Amarante, 1994). Todos os envolvidos neste movimento vêm desenvolvendo estudos e trabalhos que embasam suas posições ideológicas, científicas e/ou filosóficas. As políticas públicas têm demandado aportes teóricos da academia, que possam embasar as tomadas de decisão que impactam a sociedade.

É necessário um novo olhar nesta direção. Porém, um olhar que traga, efetivamente, respostas e esclarecimento ao sofrimento psíquico grave de 20% da população que sofre, não apenas com suas dificuldades psíquicas, mas também, com o descaso político e o preconceito social.

Investimentos técnico-científicos trazem não apenas elevação do padrão das pesquisas acadêmicas, mas também podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida desta população, à medida em que podem prover suporte para políticas sociais. Contribuem para a diminuição do sofrimento humano, decréscimo do uso do sistema de saúde (leitos e medicações) e, conseqüentemente, economia de recursos financeiros e de pessoal envolvido no cuidado com os usuários deste sistema.

De acordo com o último atlas da Organização Mundial da Saúde (World Health Atlas, 2005), a esquizofrenia é uma severa doença mental que afeta cerca de vinte e quatro milhões de pessoas em todo o mundo, cuja incidência costuma ocorrer no grupo da população que vai entre 15 e 35 anos.

A despeito de possuir tendência à cronicidade, trata-se de uma desordem tratável, sendo o manejo mais efetivo quando iniciado nos estágios iniciais de sua manifestação. De acordo com a OMS, mais de 50% das pessoas com este perfil não recebem cuidados apropriados. 90% das pessoas consideradas esquizofrênicas encontram-se em países em desenvolvimento. Os cuidados adequados com estas

peças podem ser fornecidas pela comunidade, serviços ambulatoriais e família ou amigos. Existem intervenções efetivas (farmacológicas e psicossociais). Os custos atuais com o atendimento de pessoas com quadros crônicos chega a a US\$ 2.000 por mês. Quanto mais precoce é o seu atendimento, menor as chances de ocorrer cronificação e do tratamento ser efetivo. Programas piloto em sendo desenvolvidos em diversos países.

Um das iniciativas neste sentido foi a criação, em 1990, da IEPA (*Internacional Early Psychosis Association*) na Austrália à qual, o grupo onde esta pesquisa, foi realizada. A IEPA realiza conferências mundiais e estimula a produção de trabalhos e pesquisas científicas nesta área, fornecendo contribuições significativas à formação de grupos de atendimento e para a atualização de profissionais da área.

Foi nesta direção que este trabalho se desenvolveu, dentro da Universidade de Brasília, onde funciona no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), clínica-escola de psicologia da UnB e que abriga o GIPSI (Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo psicótico). O grupo é formado por profissionais, pesquisadores e estudantes das áreas de saúde, sociais e humanas: psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, acompanhantes terapêuticos, antropólogos, advogados, sociólogos e outros. A equipe multidisciplinar busca construir uma nova concepção e atuação sobre os sofrimentos psíquicos graves, tradicionalmente conhecidos como transtornos psicóticos. O objetivo primordial é atuar precocemente no acolhimento e atendimento a pessoas e famílias em *primeiras crises do tipo psicótico*, desenvolvendo, em consonância com os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade) e da Lei de Saúde Mental Brasileira (Lei 10.216/01) uma clínica ampliada que ofereça uma intervenção diferenciada buscando favorecer o melhor suporte possível no momento da crise. Trata-se de proposta pioneira e inovadora no Brasil uma vez que o grupo atua numa relação ética entre clínica e pesquisa, oferecendo uma atuação diferenciada no sofrimento psíquico, com aprimoramento freqüente de procedimentos, constante incentivo ao estudo e à pesquisa na área. São adotados os princípios da reforma psiquiátrica brasileira contribuindo para modificar o sistema de tratamento clínico da chamada "doença mental". Objetiva-se eliminar gradualmente a internação como forma única de tratamento e de exclusão social e busca-se lutar por uma rede de serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS; Centros de Convivência e Cultura Assistidos; Cooperativas de Trabalho Protegido - economia solidária; Oficinas de Geração de Renda e Residências Terapêuticas de Atenção Psicossocial). Com isso, visa-se a integração das pessoas que sofrem à sua própria

comunidade, descentralizando e territorializando o atendimento em saúde mental (Manual GIPSI, 2010).

Para o desenvolvimento deste trabalho, especificamente, objetivamos avaliar através do Método de Rorschach (Sistema Compreensivo - Exner), vinte e oito clientes do GIPSI que haviam sido diagnosticados anteriormente como psicóticos e que apresentavam quadros característicos das primeiras crises deste tipo. A escolha pelo Sistema compreensivo deveu-se ao fato de ser a linha de pesquisa que conta com maior aporte em estudos mundiais.

Este trabalho realizou a análise dos resultados do grupo e chegou a um padrão de variáveis que caracterizam sofrimento psíquico grave, mas não psicose, e que referem-se à pródromos apresentados durante as crises do tipo psicótico. Este conjunto de variáveis formou uma constelação, que passa a ser utilizada como critério de inclusão no GIPSI, uma vez que demonstrou maior fidedignidade do que o simples preenchimento da ficha de encaminhamento.

Assim, ensejamos que este seja o início de um novo processo de avaliação de pessoas em sofrimento psíquico grave. Lançar um olhar mais qualitativo e humanizado a quem utiliza os serviços de saúde mental é indispensável no momento evolutivo da ciência psicológica.

Vale ressaltar que O GIPSI atua primordialmente com terapia familiar, individual e acompanhamento psicossocial. Para nosso grupo, o envolvimento da família é indispensável uma vez que compreende o indivíduo dentro do sistema em que foi gerado. Diversos autores, tais como Winnicott (2005), Palazzoli (1998), McGorry (2002), Szasz (1961) e Costa (2003), atrelam o desenvolvimento de crises do tipo psicótico à um funcionamento familiar peculiar.

A principal motivação para este trabalho foi o período de estágio de graduação no Hospital São Vicente de Paula (DF) onde as breves avaliações realizadas por residentes em psiquiatria deram lugar à avaliação detalhada pelo Método de Rorschach. A partir deste trabalho, diagnósticos foram revistos pela equipe clínica, medicamentos substituídos e evoluções foram sendo notadas. A diminuição do sofrimento era percebida e o processo terapêutico dava-se de forma planejada e precisa. Desta forma, a presente pesquisa deu continuidade a este trabalho, agora num contexto mais favorável à esta prática.

Ao longo deste trabalho, analisaremos a questão da normalidade *versus* patologia; abordaremos a questão da psicose e do sofrimento psíquico grave; o uso do psicodiagnóstico e as variáveis do Rorschach .

LOUCO

Junqueira Freire

Não, não é louco. O espírito somente
É que quebrou-lhe um elo da matéria.
Pensa melhor que vós, pensa mais livre,
Aproxima-se mais à essência etérea.

Achou pequeno o cérebro que o tinha:
Suas idéias não cabiam nele;
Seu corpo é que lutou contra sua alma,
E nessa luta foi vencido aquele.

Foi uma repulsão de dois contrários;
Foi um duelo, na verdade insano:
Foi um choque de agentes poderosos:
Foi o divino a combater com o humano.

Agora está mais livre. Algum atilho
Soltou-se-lhe do nó da inteligência;
Quebrou-se o anel dessa prisão de carne,
Entrou agora em sua própria essência.

Agora é mais espírito que corpo:
Agora é mais um ente lá de cima;
É mais, é mais que um homem vão de barro:
É um anjo de Deus, que Deus anima.

Agora, sim - o espírito mais livre
Pode subir às regiões supremas:
Pode, ao descer, anunciar aos homens
As palavras de Deus, também eternas.

E vós, almas terrenas, que a matéria
Ou sufocou ou reduziu a pouco,
Não lhe entendeis, por isso, as frases santas,
E zombando o chamais, portanto: - um louco!

Não, não é louco. O espírito somente
É que quebrou-lhe um elo da matéria.
Pensa melhor que vós, pensa mais livre,
aproxima-se mais à essência etérea.

CAPÍTULO 1

PSICOSE & NORMALIDADE: DICOTOMIA OU GRADAÇÕES?

Se atirmos ao chão um cristal, ele se parte, mas não em pedaços ao acaso. Ele se quebra, segundo linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora fossem invisíveis, estavam predeterminados pela estrutura do cristal. Os doentes mentais são estruturas partidas e fissuradas do mesmo tipo.

(Freud, 1976, p.77)

Temida pela maior parte da população, a psicose é considerada por alguns, como a grande vilã da saúde mental.

Conforme vemos na epígrafe acima, Freud considerava a psicose um destino inexorável para aqueles que trariam, em sua estrutura de personalidade, um potencial ponto de cisão. Porém, se assim fosse, não veríamos casos onde as crises do tipo psicóticos regridem e, em alguns casos - a despeito de modificarem o sujeito - não deixam traços perenes de sua ocorrência.

O senso comum e a história atribuem à psicose o rótulo de loucura. Ao se perguntar a um leigo o que é “loucura”, ele, provavelmente, relatará a maioria dos sintomas psicóticos tais como ouvir vozes ou ter delírios. Além disso, comportamentos não convencionais ou imprevisíveis, costumam ser referidos como “loucura”, comportamentos estes que são freqüentemente reprimidos sob pena de levarem seu autor a um descrédito generalizado. Essa é uma das facetas mais cruéis da psicose: a despeito de nenhum ser humano poder ser definido integralmente apenas por uma de suas características, o fato de alguém ser considerado “psicótico” faz com que a sociedade deixe de considerar boa parte de seus direitos, desejos e sofrimentos, levando-o a uma invisibilidade social por vezes irremediável.

1.1 - OS PRIMÓRDIOS DA LOUCURA

Desde a Grécia antiga, quando se iniciaram os primeiros devaneios filosóficos, a psicose mereceu a atenção e o temor de pensadores, cientistas, clérigos e médicos. Seu conceito foi sendo alterado ao longo dos séculos. Ora vista como doença física, ora como problema espiritual, já foi motivo de diversos tratados e tratamentos.

Em seu livro *Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave*, base teórica deste trabalho, Costa (2003) traça um breve panorama da história da loucura.

Hipócrates (460-357 a.C.) foi um dos primeiros a tentar descrever a loucura no contexto da tradição naturalista grega, afirmando que o cérebro seria o intérprete da consciência. Buscou traduzir as diversas formas de distúrbios mentais como “humores”, introduzindo uma teoria sistemática das causas físicas da loucura e postulando um sistema de classificação da “doença” em quatro categorias: mania, melancolia, epilepsia e deterioração mental, as quais deveriam ser tratadas basicamente com descanso, banho e dietas. Para o filósofo, o conceito de loucura está, ainda, vinculado ao físico; a uma necessidade de classificação; à idéia de deterioração; à necessidade de ser tratada; a uma “sistematização séria” do assunto; e a uma busca de diferentes explicações e teorias sobre o tema, a despeito de dois mil anos nos separarem dos estudos iniciais, ainda é com base nesses conceitos que tentamos “tratar” as doenças mentais. Não é incomum que observemos, entre as famílias, conselhos baseados neste tipo de abordagem. Uma das famílias atendidas pelo nosso grupo afirmava que o filho - que apresentava a demanda - necessitava descansar e estudar menos pois, segundo eles, teria sido o excesso de estudos que o teria deixado “maníaco”. Para eles, caso o filho não seguisse essas recomendações, poderia vir a ter crises epiléticas (a despeito de jamais ter apresentado qualquer indício de sofrer desta doença).

Já Platão (407-347 a.C.) partiu da “abordagem empírica” de Hipócrates para descrever a alma humana como consistindo de duas partes: a racional e a irracional. Segundo o filósofo, a loucura ocorria quando a alma irracional era separada da alma racional, tendo sido o primeiro a criar uma teoria claramente dualista em vários aspectos: matéria e espírito, corpo e mente, religioso e racional que vemos, de certa forma, perdurar até os dias de hoje. Boa parte da população, ainda nos dias de hoje, afirma dentro de nossos consultórios psicológicos que as crises do tipo psicótico seriam “problemas espirituais”. Muito esforço terapêutico é necessário, nestes casos, para convencer os familiares a - ao menos - conduzirem paralelamente o tratamento psicológico / psiquiátrico com os “tratamentos espirituais”.

Aristóteles (384-322 a.C.), a despeito de não ter abordado profundamente a questão da loucura, afirmava que esta deveria ser compreendida dentro de uma base orgânica e naturalista que também prevalece até os dias atuais. Inúmeras pesquisas têm aflorado no sentido de buscar as causas orgânicas da loucura. Exames diagnósticos, cada vez mais sofisticados, proliferam no meio científico. Pesquisas genéticas afirmam ter encontrado o “gene da esquizofrenia” e assim por diante.

Cícero (106-143 a.C.), conhecido pensador romano, ao contrário de Hipócrates, acreditava que as desordens mentais eram causadas por uma “negligência da razão” e que “os distúrbios da alma são as causas da loucura”, aconselhando a busca da “cura” através da participação na filosofia. Vemos, em Cícero, os primórdios da base filosófica da psicologia. Tratar a alma, suas aflições, subjetividades e angústias, tem sido o objetivo de nossa ciência até nos dias atuais.

Galeno (103-200 d.C.), médico romano, muitos séculos depois de Hipócrates, via uma forte ligação entre a fisiologia e o “misticismo”. Acreditava que substâncias químicas influenciavam os humores, causando alterações comportamentais, visão esta que também influencia, nos dias atuais, a visão da medicina acerca das “doenças mentais”. Ainda é comum ouvir - principalmente entre pessoas de determinados padrões culturais que determinado indivíduo “surtou” devido a problemas hormonais. A própria medicina também desenvolve pesquisas nesta área, buscando identificar e tentar corrigir problemas como Tensão Pré Menstrual, Andropausa, Menopausa, Crises Puerperais. Porém, acreditamos que o problema não resida em se realizar este tipo de esforço científico, antes, cremos que a busca de uma única causa - com conseqüente único tratamento - seja ineficaz para lidar com o que denominamos de sofrimento psíquico grave.

Com o avanço do Cristianismo a loucura volta a ser tratada como problema espiritual (Mano, 2010). Observamos que tal tendência retorna na contemporaneidade, abrigada, principalmente, pela teologia das igrejas evangélicas, com ênfase especial para as denominações pentecostais e neo-pentecostais: igrejas surgidas a partir das igrejas protestantes tradicionais, cujos ritos incluem cerimônias de “libertação” que visam a expulsão de espíritos demoníacos dos corpos de seus seguidores que possuem comportamento bastante similar ao de “psicóticos”.

No subseqüente período da Renascença, a medicina, influenciada por Descartes (1596-1650), passa a afirmar que o corpo e a alma se comunicavam diretamente sendo também influenciadas por causas espirituais e orgânicas, deixando o tema ainda mais confuso de ser analisado e abordado.

Até o final do século XVIII os “loucos” ainda eram isolados da sociedade em grandes hospitais ou deixados a vagar, juntamente com criminosos, desempregados e dissidentes políticos. Nos idos de 1745 a 1826, Philippe Pinel consolida a necessidade de tratamento médico da loucura. Define-a como domínio daqueles que eram treinados para lidar com distúrbios físicos, uma vez que o mesmo defendia a etiologia orgânica de tais distúrbios. Lamentavelmente, a despeito de seu interesse pela saúde mental (ou seria doença mental?), o trabalho de Pinel viu-se reduzido à criação e manutenção de depósitos humanos onde os “doentes” recebiam altas doses

de medicação, ficavam isolados do restante da sociedade e tinham seus direitos usurpados; na maioria das vezes, para sempre.

Durante o século XIX, em especial a psiquiatria alemã, fortemente influenciada pelas ciências biológicas dominou o campo das desordens mentais severas. Deste período resultaram as classificações das doenças mentais, o modelo de medicina de internação e a diferenciação das doenças com base no esquema de *origem - curso - resultado*.

Emil Kraepelin (1857-1926), um dos mais influentes psiquiatras do século XX, deu prosseguimento a esses sistemas classificatórios com maior detalhamento e sistematização, tendo sido o criador do termo *dementia praecox*, predecessor do termo “esquizofrenia”. O sistema kraepeliniano é seguidor da assunção de que as causas da loucura estariam arraigadas em “órgãos defeituosos, hereditariedade, mudanças metabólicas ou secreções internas” (em Costa, 2003, p. 63). A partir daí, iniciam-se esforços - cada vez maiores - da comunidade científica, para categorizar, classificar, diagnosticar e subdividir o sofrimento psíquico humano.

Eugen Bleuler (1857-1939) introduziu o conceito de esquizofrenia em 1911, considerando a experiência passada do paciente em acréscimo ao modelo kraepeliniano o que, longe de esclarecer e enriquecer o estudos desses casos, trouxe ainda mais confusão ao cenário científico da época. Segundo ele (citado por Szasz em Costa, 2003, p. 96):

...designamos pelo termo “*dementia praecox*” ou esquizofrenia um grupo de psicoses cujo curso é, por vezes, crônico, outras vezes marcado por ataques intermitentes, e que podemos sustar ou fazer retroceder em qualquer estágio, mas que não permite uma total *restitutio ad integrum*. A doença é caracterizada por um tipo específico de alteração do pensamento.

Percebe-se o reducionismo utilizado para a criação deste conceito. Como se, meramente as alterações de pensamento fossem a causa e força motriz do que denominam “esquizofrenia”. Bleuler, com isto, despreza toda a gama restante de características afetivas, relacionais e ideacionais dos sujeitos ditos psicóticos.

Outros autores tais como Jaspers (1973) e Kaplan (1997) seguem a linha de associar dificuldades de pensamento e ideação com fatores orgânicos, tratando a esquizofrenia como uma doença de curso dificilmente manejável e com prognóstico de cronicidade.

1.2 - OS CONCEITOS E SUAS EVOLUÇÕES

O termo psicose foi usado pela primeira vez em 1845 por Von Feuchtersleben (Costa, 2003) significando doença mental, nome médico da “loucura alienada”, mas com sentido diferente do atual pois na época tentava-se caracterizar a psicose, novamente, como uma doença espiritual.

Por questões de afiliação filosófico-científica abandonaremos, a partir deste ponto, a linhagem psiquiátrica tradicional de estudo da psicose. O percurso histórico desta área sofreu diversas segmentações que seriam impossíveis retratarmos aqui. Assim, passaremos a abordar os autores nos quais baseamos este trabalho e que representam uma corrente de pensamento contemporânea na área da saúde mental.

O termos “loucura”, “psicose” e “esquizofrenia” são muito imprecisos no que tange a uma descrição detalhada de seus fenômenos. Campbell (1986), em seu *Dicionário de Psiquiatria*, afirma que o resultado do uso conflitante (do termo) ocorre por não existir uma definição única e aceitável do que é a psicose e cita, pelo menos, setenta definições diferentes.

Para este autor, a psicose difere dos outros distúrbios quanto à: gravidade (sendo mais intensos e desintegradores); grau de retraimento (menos apto a relacionar-se com o objeto); afetividade (alterações quantitativas e qualitativas dos afetos); intelecto (perturbações do pensamento e do discernimento); regressão (retorno a níveis primitivos de funcionamento).

Com o avanço dos estudos na área de direitos humanos, correndo em paralelo ao movimento mundial de reforma psiquiátrica e ao avanço da psicologia, vemos surgir novas formas de abordar velhos conceitos. Novos e grandes nomes surgem no panorama dos estudos acerca do tema, tais como McGorry (2002), Szasz (1970), Fulford (2006), Boyle (1997) etc. Seria impossível, realizar aqui, um apanhado completo dos novos conceitos e visões. Citaremos apenas alguns dos mais relevantes autores e suas novas idéias acerca da “psicose” e da esquizofrenia”.

Nesta direção, Barham e Hayward (em Bentall, 1997) tratam a esquizofrenia como um processo de vida, influenciável, de diversas formas, por uma série de fatores biográficos e sociais e não apenas de causação orgânica ou mental.

Para Boyle (1997), o conceito de esquizofrenia e as tendências classificatórias psiquiátricas visando diagnósticos, estão atreladas à necessidade de “cientificizar” a psiquiatria. Uma vez que as “doenças mentais” não estão localizadas em partes específicas do corpo humano, nem apresentam um padrão universal, a medicina tentaria padronizar as características ditas psicóticas com o intuito de delimitar melhor um campo de estudo para esta especialidade.

Szasz (1970), crítico dos termos doença mental e esquizofrenia, afirma que é impossível manter uma definição única do que seja loucura ou psicose. Para ele, a psiquiatria tenta estudar algo intangível uma vez que propõe, basicamente, ser a esquizofrenia algo orgânico. Para ele, “doenças” físicas deveriam ser do campo da neurologia e se não o são, não poderiam ser chamadas de “doença”. Ele afirma que o conjunto de sinais e sintomas que são classicamente associados à quadros esquizofrênicos são inespecíficos, difíceis de mensurar e que constituem, também, traços de personalidade, hábitos de vida com função adaptativa, e características de diversos outros “distúrbios”, não podendo atuar como prova da existência de tal patologia. O autor afirma que a sociedade, desde tempos remotos, tenta patologizar comportamentos que se desviam das normas sociais.

É fácil compreender este raciocínio: se alguém afirma ouvir vozes que ordenam que tome esta ou aquela atitude, tal sujeito pode vir a ser, facilmente, diagnosticado como “esquizofrênico”, porém, se tal situação dá-se em um meio religioso, por exemplo, este comportamento pode vir a ser considerado absolutamente normal. Desta forma, comportamentos não adaptados às regras sociais deveriam ser tomados apenas como um traço de personalidade oposto às normas e não como uma doença mental ser tratada. Neste livro, Szasz compara a “criação” da esquizofrenia pelos psiquiatras à Santa Inquisição, onde os comportamentos não aceitos, social e religiosamente, eram classificados em grau de periculosidade e punidos severamente com o intuito de adequar os demais às normas vigentes à época.

Desnecessário afirmar que nos dias atuais a Santa Inquisição é vista como um genocídio arbitrariamente praticado por uma instituição de poder da época. Inúmeras figuras ilustres e outras menos famosas foram sacrificadas nos Tribunais do Santo Ofício. A instalação desses tribunais era muito comum na Europa.

Diz Oliveira Marques (1972):

...a Inquisição surge como uma instituição muito complexa, com objetivos ideológicos, econômicos e sociais, consciente e inconscientemente expressos. A sua atividade, rigor e coerência variavam consoante a época (p. 393).

O condenado era muitas vezes responsabilizado por pestes, terremotos, doenças e miséria social, sendo entregue às autoridades do Estado, para que fosse punido. As penas variavam desde confisco de bens e perda de liberdade, até a pena de morte, muitas vezes na fogueira, método que se tornou famoso, embora existissem outras formas de aplicar a pena. O delator que apontava o "herege" para a comunidade, muitas vezes garantia sua fé e status perante a sociedade.

A utilização de fogueiras como maneira de o braço secular aplicar a pena de morte aos condenados que lhes eram entregues pela Inquisição é o método mais famoso de aplicação da pena capital, embora existissem outros. Seu significado era basicamente religioso - dada a religiosidade que estava impregnada na população daquela época, inclusive entre os monarcas e senhores feudais -, uma vez que o fogo simbolizava a purificação, configurando a idéia de desobediência a Deus (pecado) e ilustrando a imagem do Inferno.

É fácil traçar um paralelo entre estes eventos e remeter-nos ao século passado onde os chamados “doentes mentais” eram tratados apenas com eletrochoques, banhos gelados, sanguessugas e medicações pesadas, e excluídos da sociedade, perdendo seus bens e seus direitos, ficando anos a fio isolados em verdadeiras prisões onde vinham a morrer a após muitos anos de encarceramento.



Fig. 1 - Galileu Galilei, renomado cientista, diante do Tribunal do Santo Ofício, pintura do século XIX de Joseph-Nicolas Robert-Fleury.

Hoje sabemos que a Santa Inquisição atendeu a interesses diversos que não os puramente fundamentados em dogmas religiosos. Vale ressaltar que o atual movimento da reforma psiquiátrica no mundo, busca resgatar o respeito aos direitos humanos pois também percebe o grande número de atrocidades que foram e são, até os dias atuais, cometidas contra indivíduos que não conformam seu comportamento ao que é socialmente esperado. Figuras ilustres tais como o artista plástico Van Gogh, o matemático John Forbes Nash - Nobel de Economia, o bailarino russo Vaslav Nijinsky, o escritor americano Jack Kerouac (On the Road), o jogador de futebol

americano Lionel Aldridge e o músico Syd Barret (um dos fundadores do grupo Pink Floyd) são apenas alguns poucos exemplos de genialidade que poderiam ter sido desperdiçados pela sociedade caso não tivessem recebido um tratamento adequado.

AS TEORIAS INICIAIS E AS CONTEMPORÂNEAS

Existem diversas linhas teóricas acerca deste tema. Não desejando estender-nos acerca de etiologia, traçaremos apenas uma breve linha entre o pensamento teórico dos principais autores escolhidos, demonstrando, assim, um pouco de seu pensamento a respeito do tema.

Foi necessário escolher uma afiliação compatível com o trabalho desenvolvido. Assim, a partir das teorias freudianas, fomos nos distanciando de autores mais psiquiátricos para caminharmos junto ao pensamento contemporâneo dos autores que baseiam o trabalho do GIPSI.

Esta linha teórica inicia-se com Freud (1924) que fala acerca da diferença entre neurose e psicose. No primeiro caso, o ego - em sua dependência da realidade - suprime um fragmento do id; ao passo que na psicose, o ego - a serviço do id - se afasta de um fragmento da realidade (p. 229). Para Freud, na psicose a perda da realidade estaria necessariamente presente, enquanto que na neurose esta poderia ser evitada. Ele afirma que poderia-se esperar duas etapas na psicose; uma, arrastando o ego para longe da realidade e outra; tentaria reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo com a realidade, às custas do *id*.

Desta forma, tanto a neurose como a psicose seriam manifestações de rebeldia do *id* contra a realidade externa; de sua indisposição ou de sua incapacidade de adaptar-se às exigências do mundo externo (Freud, 1924/1976d, p. 231). Assim, na neurose, uma parte da realidade é evitada por um certo tipo de fuga, ao passo que na psicose, esta fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento e na neurose, a obediência inicial é sucedida por uma tentativa adiada de fuga.

Em ambos os casos (neurose e psicose) há um fracasso na segunda etapa. Ou seja: a neurose não repudia a realidade, somente não toma conhecimento dela, já a psicose a rejeita e tenta substituí-la. Na neurose a pulsão recalcada é incapaz de conseguir um substituto completo e a realidade não pode ser remodelada em formas satisfatórias. Já na psicose, a ênfase incide sobre a etapa de substituição da realidade. Vale ressaltar que de acordo com a teoria psicanalítica o mundo externo governa o ego através das percepções atuais e presentes - sempre renováveis e; mediante o armazenamento das lembranças e percepções anteriores. Ou seja, o ego cria um novo mundo, interno e externo, construídos de acordo com os impulsos do *id* e

o motivo dessa dissociação seria alguma frustração importante de um desejo, por parte da realidade, que parece intolerável. Ou seja a psicose nada mais seria que um mecanismo de defesa.

Para Winnicott (1975), a psicose não deve ser atribuída a uma reação ao sofrimento associado com o complexo de Édipo, nem a uma regressão a um ponto de fixação, nem estaria ligada especificamente a uma posição no processo de desenvolvimento individual instintivo. Em vez disso, pode ser postulado que a tendência de um evento psicótico é parte da comunicação do paciente, a comunicação que o analista pode entender da mesma maneira que é entendido o sintoma histérico. A regressão representaria a esperança de que os indivíduos psicóticos possam reviver certos aspectos do ambiente que falharam originalmente, mas revivê-lo de modo que em vez de falhar no seu papel de desenvolver e amadurecer a tendência herdada, obtenham êxito.

Nesta direção, Barham e Hayward (1997) defendem que o desenvolvimento de uma pessoa que tornou-se psicótica deve ser visto mais como um processo de vida que depende de uma variedade de influências biográficas e sociais de diversos tipos mais do que um processo de “adoecimento”. Tal idéia já foi discutida por Winnicott (1964) ao afirmar que a compreensão da psicose se origina em uma etapa em que o ser humano depende verdadeiramente da provisão ambiental mais do que em fatores biológicos.

De acordo com o pensamento de Wynne (in Costa, 2003, p. 77) os motivos pelos quais a terapia familiar rejeita o conceito de doença são: a) doença é algo visto como uma categoria reducionista e estática que limita ao invés de estimular uma ligação terapêutica e à exploração de opções. A doença seria então, parte de um paradigma médico-biológico que contrasta com a orientação básica da teoria familiar de funcionamento humano através do contexto relacional, transacional e ecossistêmico; b) a atenção à doença tem sido vista como patologizante, não delegando poder, negligenciando a saúde, os recursos do sujeito e as soluções possíveis; c) o conceito de doença propõe um modelo causal ineficiente; d) o conceito de doença é estigmatizante fazendo com que o sujeito que a tem torne-se, no caso da psicose, por exemplo, o bode expiatório da família, aumentando também, as dificuldades de que receba apoio. Ao associarmos “doença mental” como doença do cérebro (conforme o modelo biomédico) legitimamos o poder de psiquiatras para tratarem comportamentos divergentes da norma como patologias a serem curadas e não compreendidas dentro de seu contexto.

É importante frisar que na estruturação da angústia do sujeito que será chamado ou diagnosticado como psicótico, como em qualquer pessoa, a linguagem

exerce papel fundamental; e que, no contexto familiar, estruturante do sentido de ser, a linguagem é manifesta no fenômeno da comunicação interacional (Costa, 2003, p. 241).

De acordo com Martins (2005), pessoas com estrutura psicótica possuem dificuldades de comunicação. O significado essencial da linguagem é pensar, constituir e dizer o mundo. Ela permite que não nos isolemos na ilha que somos (Martins, 2005).

A irrupção da psicose mostra como o comunicar pode ser radicalmente alterado por intermédio de um narcisismo que implode o eu em muitos *eus* (esquizofrenia) ou num narcisismo inflativo que constitui um eu onipotente e grandioso (paranóia). Já no autismo há um fechamento e esvaziamento do eu, tanto quanto em seu correlato, a catatonia, em que esse fechamento se dá pelo recurso à paralização da atividade egóica em processo. Em todos, a fissura constituidora do modo de funcionamento do sujeito, está em íntima relação com o comunicar” (p. 128).

Jackson (2007) em seu trabalho *The clinician's illusion and benign psychosis* desenvolve o conceito de “ilusão da clínica” e considera suas implicações na visão da esquizofrenia e da psicose. Particularmente, sugere que as perspectivas clínicas e teóricas se restringem a focar nas desordens e disfunções mais do que apoiarem-se numa abordagem empírica de estudo dos delírios e alucinações. Em contrapartida, afirma que uma conceitualização totalmente dimensional do processo psicótico, engloba estados psicóticos benignos e convida à consideração de modelos teóricos além dos domínios clínicos.

Para Ghisolfi (em Costa 2010, p. 34), há algumas situações que sugerem síndromes psicóticas (como quadro principal ou concomitante):

- *Surgimento mais ou menos súbito de evidentes perturbações da sensopercepção (alucinações de qualquer tipo), particularmente quando acompanhadas de alterações do conteúdo do pensamento (idéias delirantes) e do curso do pensamento (incoerência na organização das idéias), com desorientação no espaço e no tempo, em relação à outras pessoas e quanto à própria pessoa.*
- *Desconfiança exagerada, isolacionismo, marcado desinteresse pelas atividades sociais, hostilidade e agressividade.*

Humor triste acentuado, insônia, idéias e tentativas de suicídio, descuido da higiene pessoal, emagrecimento, idéias de ruína e auto-acusação.

- *Humor eufórico, insônia, excitação ou agitação psicomotora, idéias ou planos grandiosos, loquacidade extrema.*
- *Marcado alheamento quanto ao mundo externo, com nítido predomínio do mundo interno; embotamento afetivo, conduta bizarra ou estranha.*

Costa (2010) salienta que:

...nesta definição encontramos uma profusão de termos ou qualificativos absolutamente imprecisos ou generalistas, tais como “*situações que sugerem uma síndrome psicótica (como quadro principal ou concomitante)*”, surgimento “*mais ou menos*” súbito, desconfiança “*exagerada*”, “*marcado*” desinteresse, humor triste “*acentuado*”, loquacidade “*extrema*”, “*nítido predomínio do mundo interno*” (?), “*embotamento*” afetivo e conduta “*bizarra ou extrema*”.

Como precisar tais qualidades ou quantidades? É possível perceber as imprecisões que permeiam todas as tentativas de classificação, definição ou compreensão do que costuma se chamar psicose. Poucos esforços parecem ser feitos no sentido de compreender o sujeito e seu sofrimento ao passo que as tentativas de classificar sintomas, traços e características merecem destaque no cenário científico. Os delírios e alucinações possuem apenas valor diagnóstico, muitas vezes atuando como ponto decisório para se dar ou não o veredicto de esquizofrenia. Porém, pouquíssimas vezes esses delírios e alucinações são ouvidos, interpretados pelo profissional e elaborados em conjunto com o sujeito. É nesse sentido que entendemos a evolução do(s) conceito(s) de psicose. A proposta de nosso grupo é realizar avaliações aprofundadas e individualizadas para seus clientes. Com isso, ensejamos aliar a teoria à prática, sendo o objetivo maior, o bem-estar desses sujeitos e não apenas sua mera classificação.

1.3 - O NORMAL, O SAUDÁVEL E O IDEAL

“É que Narciso acha feio o que não é espelho”

Caetano Veloso

As características humanas devem ser consideradas dentro do tempo, do espaço e do contexto sócio cultural. Desta forma, é necessário compreender que para cada realidade, diversos tipos de comportamento podem surgir, de acordo com as características individuais de cada um e de suas habilidades em lidar com esta ou aquela situação.

Porém, o ideal de pessoa, amplamente preconizado em nossa sociedade, tem encontrado auxílio em conhecimentos científicos que se valem da matemática psicométrica para standardizar a vida humana. Segundo Martins (2005), questões de ordem ética e moral vêm sendo confundidas com investigação científica.

Vivemos hoje numa sociedade que prega eterna juventude, sucesso absoluto em todas as áreas da vida (financeira, sexual, afetiva, profissional, etc.) e com ideais praticamente inalcançáveis (Bauman, 2001). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) os níveis de suicídio, em países de primeiro mundo, elevam-se a cada dia, principalmente entre a população mais jovem. Na teoria, estas pessoas possuem juventude, recursos materiais e sociais. O que as leva ao auto-extermínio? Alguns pesquisadores vêm aventando a possibilidade de tratar-se de falta de habilidade emocional. Acostumados a uma vida de facilidades e calma, desorganizam-se frente a qualquer obstáculo um pouco mais significativo e não conseguem superá-lo pois não foram treinados para isso como o são as pessoas acostumadas a enfrentar toda a sorte de problemas desde tenra idade. Seriam idênticos os kamikazes japoneses, os jovens suicidas americanos e os terroristas?

A tristeza, a melancolia, o sentimento de fracasso têm sido cada vez mais medicados. O Rivotril¹ é hoje, segundo a Organização Mundial da Saúde, o remédio mais vendido do mundo. O luto por morte de parentes foi, durante séculos, respeitado e aceito. Hoje, a obrigação dos enlutados é superar a perda o mais rápido possível sob o risco de se ver internado numa clínica para doentes mentais, diagnosticado como depressivo e pesadamente medicado até que assuma o comportamento esperado pela sociedade. Já as pessoas mais ativas têm sido medicadas contra TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) e os homens, mesmo fora da meia

¹ Um dos nomes comerciais do Clonazepan, medicação ansiolítica da classe dos benzodiazepínicos.

idade, têm lançado mão, cada vez mais de estimulantes sexuais em busca de um desempenho cada vez mais “perfeito”.

Além disto, ao adotar padrões de avaliação baseadas em aspectos externos tais como comportamento, adaptabilidade e produtividade, ignora-se a subjetividade do sujeito. Quem de nós nunca ouviu falar de uma pessoa “normal”, que “tinha tudo”, era “bem sucedida” mas que sofreu de um surto repentino, cometeu homicídio ou suicídio? Só então lembramos de que por trás do externo há o interno com toda uma gama de singularidades que necessita ser ouvida.

Assim, o “homem mediano”, bem adaptado às exigências sociais e sem alterações significativas, é um padrão a ser seguido (Bauman, 2001). Entretanto, há uma enorme variabilidade possível de se encontrar na espécie humana. É sabido que a população europeia, por exemplo, é mais retraída em relação aos afetos, ao menos, inicialmente. Como então seria possível adotar como norma tal comportamento no Brasil? Muitas técnicas de avaliação psiquiátrica são importadas de e para outras culturas. Certamente poderia se esperar que um paquistanês pobre, por exemplo, sobrevivente das lutas de seu país, possua um nível de estresse muito mais elevado que o de um americano médio. E o que dizer dos múltiplos casamentos realizados, legalmente, com meninas de 9 a 11 anos em países orientais? Seria, então, boa parte da população acometida por pedofilia? Ou deveriam os ocidentais passar a adotar tal prática?

O discurso ocidental sobre saúde mental, introduz componentes centrais desta cultura, incluindo uma teoria da natureza humana, a definição de personalidade, um senso de tempo e de memória, e uma fonte de autoridade moral. Nada disso é universal. (Summerfield, D., em Watters, 2010, p. 42).

Para Martins (2005), as disciplinas clínicas, quaisquer que sejam, exigem a qualificação das diferenças. Não se deve confundir a clínica com epidemiologia ou com recenseamento. Valores médios não devem substituir um pensamento explicativo que é o que dirige a investigação. De acordo com o pensamento do autor, a norma precisa ser relativizada (p. 105).

Pasian (2000) - pesquisadora de Rorschach - citando Gadey (1990), diz que:

...comparações entre dados encontrados em pesquisas e as normas vigentes, devem ser acompanhadas da admissão da variabilidade ou da evolução destas mesmas normas - em função de múltiplos e diferentes fatores para a

constituição dos grupos de pessoas testadas - assim como devem ser consideradas as épocas e o contexto sociocultural que os acompanham.” E completa que ao se analisar um protocolo individual, deve-se “considerar que os dados normativos não fornecem mais do que tendências gerais ou centrais de uma dada população; eles não fornecem, contudo, os protótipos de respostas *normais* que seriam as únicas boas respostas. De certa forma, uma resposta de Rorschach pode não ser *normal* mas pode ser freqüente e portanto, se tornará normativa para aquela dada situação (p.34).

A insistência na cobrança de comportamentos cada vez mais uniformes pode, também, levar a crises emocionais. Impossibilitados de atuar sua subjetividade e sendo obrigado a adaptar-se às normas sociais, o sujeito, muitas vezes, deixa de utilizar mecanismos pessoais (como, por exemplo, a fantasia criativa) para forçar-se a encarar a realidade. Sem os recursos necessários, é fácil depreender que tal tentativa será inútil e levará à sensação de frustração e incapacidade. No afã de “normalizar-se”, sua vida libidinal é tolhida e o indivíduo se vê entre sua natureza pulsional e os interditos impostos. Martins (2005) afirma que a tarefa analítica seria, então, “amansar” a violência praticada contra esta vida pulsional, em nome da civilização. A “cura” só pode ser alcançada ao se identificar uma solução para experienciar seus desejos em consonância com as exigências. Esta busca por normalidade não pode ser encarada sob enfoque científico pois o que a sustém é a moralidade.

1.4 - NOSOGRAFIA

Com o objetivo de sermos concisos e para fins de revisão da literatura, listaremos, brevemente, as classificações tradicionais acerca da psicose, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000).

Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos

Esta seção do DSM-IV engloba os transtornos que têm os sintomas psicóticos como sua característica definidora. Psicótico é entendido aqui como a perda dos limites de si mesmo e da avaliação da realidade. Como característica desta sintomatologia, podem existir, portanto, alucinações, idéias delirantes, transtornos do

pensamento, linguagem desorganizada, comportamento desorganizado ou catatônico, entre outros. O manual os classifica como:

- **Esquizofrenia.**
- Transtorno esquizofreniforme.
- Transtorno esquizoafetivo.
- Transtorno delirante.

- **Transtorno psicótico breve.**
- Transtorno psicótico compartilhado (*folie à deux*).
- Transtorno psicótico devido a enfermidade médica.
- Transtorno psicótico induzido por substâncias.
- Transtorno psicótico não especificado.

Foi possível observar, na grande maioria dos casos avaliados, a divergência com esta classificação adotada, a despeito de muitas hipóteses de esquizofrenia terem sido levantadas pelos profissionais que realizaram os encaminhamentos. Estes achados são avaliados no capítulo 5.

1.5 - NOSSA CONCEPÇÃO

A intervenção precoce, em saúde mental, desempenha papel importante uma vez que possui o intuito de contribuir para prevenir, retardar ou mesmo evitar que um quadro psicótico se manifeste ou se instale em definitivo. Para que seja viável, é necessário que se observe a existência ou não, de pródromos.

O GIPSI utiliza este conceito, que é originado do idioma grego, e que significa “aquilo que antecede um evento” (Carvalho e Costa, em Costa e cols. 2010). Trata-se dos sinais iniciais, ainda não caracterizados como sintomas, que o sujeito manifesta e que podem indicar uma fase chamada de “pré-psicótica” ou antecedente da piora do sofrimento psíquico grave e que pode (ou não) evoluir para uma psicose propriamente dita.

Os indivíduos podem transitar dentro e fora de períodos de sintomas, ambos de tipos não específicos e de psicose atenuada (McGorry & Jackson, 2009):

Ambos os tipos podem anteceder a psicose e um ou outro ocorrer predominantemente. Sintomas reativos podem ocorrer em resposta aos

pródromos e sintomas psicóticos, e as mudanças comportamentais podem ocorrer em resposta a qualquer um desses sintomas (p. 10).

Porém, sua existência - caso não sejam seguidos de sintomas (positivos ou negativos) - não caracteriza uma psicose como classicamente conhecemos, antes, podem indicar a necessidade de atenção diferenciada para o sofrimento psíquico apresentado. O termo pode ser utilizado tanto para o período que antecede a primeira crise, quanto para crises subseqüentes.

Para realização do processo de acolhimento no GIPSI, consideramos alguns aspectos relevantes: natureza e duração do distúrbio de comportamento; humor e funcionamento cognitivo do paciente; presença de delírios e alucinações; possível relação dos sintomas com um evento estressante importante; eventos importantes na vida atual; elementos de estresse do ambiente. Pessoas que não recebem a atenção necessária, costumam apresentar recuperação mais lenta e incompleta, resistência ao tratamento; pior prognóstico; risco aumentado de depressão e suicídio; interferência no desenvolvimento psicológico e social; enfraquecimento das relações interpessoais ou perda dos apoios familiares e sociais; desestruturação das atividades parentais do paciente; estresse e aumento dos problemas psicológicos na família do paciente; desestruturação das atividades escolares e profissionais, desemprego; uso abusivo de substâncias; atividades ilegais; hospitalização desnecessária; maiores custos do tratamento (Keshavan, 1992).

Assim, os chamados “pródromos” tratam de uma fase de transtorno não psicótico e que, se devidamente reconhecida pode ser interrompida. Desta forma é possível impedir a progressão de um quadro pré-psicótico ou facilitar o tratamento nos casos em que o conjunto de sinais e sintomas já encontra-se instalado. A intervenção precoce visa prevenir e reduzir recaídas e hospitalizações.

Pessoas que apresentam pródromos podem vir a apresentar mudanças em sua autopercepção e alterações de comportamento, assim que aparecem os sinais e sintomas iniciais. Alterações subjetivas de suas vivências, tais como: alteração do discurso, comportamento bizarro, isolamento social, deterioração do funcionamento social, deterioração do trato pessoal e higiene, embotamento afetivo ou afeto inadequado, crenças e pensamentos fantasiosos ou mágicos, percepção incomum das experiências e falta de iniciativa, interesse ou energia (McGorry e Edwards, 2002).

Vale ressaltar que - sendo os pródromos uma fase inicial e não determinista para a instalação de quadros do tipo psicótico - o percentual de pessoas que apresentam pródromos mas não chegam a desenvolver psicoses é significativo (Keshavan, 1992).

Alguns pródromos podem ser agravados por circunstâncias do contexto no qual o sujeito encontra-se inserido como é o caso de delírios religiosos, mania de perseguição, isolamento social, embotamento afetivo, inércia etc. Os indícios de psicose também podem ser interpretados como crise adolescente, estresse passageiro, tentativa de “chamar a atenção” e preguiça. Desta forma, pode haver uma certa demora em buscar ajuda especializada. Além disso, o preconceito que atinge a esquizofrenia (que é vista como sinônimo de “loucura”) pode levar à evitação dos serviços de saúde mental. Na maioria das cidades brasileiras temos, ainda, um outro problema a ser enfrentado por esta população: a falta de estrutura, treinamento e equipe adequada ao atendimento deste tipo de sujeito. Sem falar do sem-número de municípios que sequer conta com atendimento especializado em saúde mental. Outros fatores agravantes que pode interferir na busca por auxílio são: uso de substâncias psicoativas, déficits intelectuais, transtornos de personalidade e outras co-morbidades que podem confundir ou mascarar o verdadeiro problema.

Na ocorrência de um primeiro episódio, o curso da doença ainda é indefinido e necessita de atenção imediata. A intervenção precoce em casos de pródromos - que podem ser preditivos de uma possível psicose - deve levar em conta o tempo e o tipo de prevenção a ser realizado para cada um desses sujeitos.

A intervenção precoce também pretende diminuir incapacidades - a longo prazo - e também, reduzir custos (de sofrimento, econômicos, de medicação e de internações) que geralmente ocorrem em quadros de psicose já instalada. As vantagens deste tipo de intervenção são: menor morbidade; recuperação mais rápida; melhor prognóstico; preservação das capacidades psicossociais; preservação dos apoios familiares e sociais; menor necessidade de hospitalização (McGorry e Edwards, 2002).

Para Costa (2006) a definição de intervenção precoce diz respeito às:

...ações terapêuticas (medicamentosas, psicológicas e relacionais) imediatas, em primeiras crises de sofrimento psíquico grave, utilizadas o mais cedo possível com o objetivo de diminuir os efeitos deletérios dos processos condicionantes, particularmente nos casos em que se detectam sinais ou sintomas de altos níveis de angústia, sejam eles de estrutura neurótica ou psicótica. (p. 78)

... paradigma da intervenção precoce oferece algo de novo a formar de cuidar daqueles que se encontram em crises independente de sua gravidade quando de fato pode-se acolher o sujeito em sofrimento, em sua inteireza, buscando preservar ou restabelecer suas relações no mundo. (Costa, 2010, p. 16).

As descrições de dificuldades com as experiências subjetivas merecem pouco espaço na literatura psiquiátrica e podem ser extremamente úteis para identificar indivíduos em risco de psicose iminente. O despreparo acadêmico, das equipes de saúde mental, podem fazer com que essa população seja erroneamente diagnosticada com outro tipo de transtorno - o que irá gerar um desgaste muito maior para o sujeito, seu círculo de relações e para a sociedade. O senso comum também exerce papel importante na classificação e estigmatização das psicoses. Ele também está presente nas equipes multiprofissionais que - exercendo extensivas jornadas de trabalho e sem o devido preparo técnico - rapidamente reúnem alguns poucos sinais ou sintomas e traçam o diagnóstico de esquizofrenia (o qual o perseguirá por toda a vida, provavelmente).

O sinal pertence à semiologia médica, ou seja, é investigado e descoberto pelo clínico. Assim, o sinal implica uma objetivação exterior àquele a quem pertence. O sinal designa algo. O sintoma por outro lado pertence à ordem da experiência fenomenal do paciente, é a realidade aparente de uma enfermidade. Ambos podem ser assinalados pelo paciente, porém, o sinal apresenta características estáveis de um signo indicial (Martins, 2005).

As alterações mais comumente encontradas em sujeitos com este tipo de quadro, estão relacionadas a uma “perda do óbvio” ou “crise de bom senso” - dificuldade em perceber o que é adequado ou conveniente, de constatar o que é socialmente aceitável, das conseqüências dos atos, um estranhamento àquilo que parece - à maioria da população - básico e cotidiano.

Para Parker e cols. (1999), a coletânea de signos, sinais e sintomas é quase tão confusa quanto as listas de classificações de transtornos (que ramificam-se e demembram-se, buscando abarcar cada vez mais categorias). Temos então inúmeros sinais, signos, sintomas ligados a uma série de classificações que mescladas em progressão aritmética, resultam num sem-número de patologias diferentes que tentam dar conta de toda a subjetividade do sofrimento psíquico grave dos seres humanos.

(cont. na próx. pág.)

Os pródromos, sinais e sintomas (negativos e positivos - termos utilizados pela psiquiatria para classificar o tipo de sinal e sintoma) utilizados na ficha de encaminhamento do GIPSI, foram elaborados através do trabalho de autores (Keshavan, 1992) que embasam a teoria utilizada e dos critérios diagnósticos tradicionais:

Tabela 1 - Pródromos da ficha do Gipsi

Abstração reduzida	Fadiga / Perda de energia
Agressividade, comportamento disruptivo	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente
Alterações da percepção	Humor Depressivo
Ambivalência e transtorno de volição	Idéias suicidas
Anergia	Impulsividade
Angústia	Mudanças bruscas nos afetos
Anormalidades na fala	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos
Apatia	Perda de interesse
Apetite reduzido	Perda de peso
Atenção / concentração reduzida	Perda do senso do eu e do mundo
Bloqueio do pensamento	Preocupação Excessiva
Crise agressiva	Queixas somáticas
Culpa	Raiva / Irritabilidade
Delírios	Retraimento social
Desconfiança	Sensibilidade interpessoal aumentada
Desmotivação	Sonolência
Discurso desorganizado	Transtornos do pensamento
Distúrbios do Sono	Escassez de pensamento

É indispensável realizar uma análise crítica quando nos deparamos com uma lista deste tipo. Se refletirmos um pouco, perceberemos que, em alguns momentos de nossas vidas, apresentamos uma parte dos sintomas aqui relatados. “Concentração reduzida”, por exemplo, pode ser indicativo de uma série de dificuldades que não exatamente, psicose. Mesmo que esteja aliada a outros fatores, como o delírio e o retraimento social, podemos estar diante de um quadro neurótico, com vivência de forte angústia e sentimentos de rejeição - que o levam a isolar-se socialmente e onde o sujeito encontra alívio na religião, por exemplo. Caso seja avaliado apressadamente, tais “sintomas” podem, facilmente, evoluir para um diagnóstico apressado de transtorno delirante.

Outro fator importante a ser considerado é que a abordagem sistêmica adotada pelo GIPSI, prevê o atendimento familiar. Segundo Winnicott (2005) e Palazzoli (1998), a família desempenha papel importante no desenvolvimento de quadros deste tipo. Assim, um “diagnóstico” não deve ser feito analisando-se apenas os signos,

sinais ou sintomas apresentados pelo sujeito, desconsiderando-se o contexto no qual encontra-se inserido.

Fulford (2006), utiliza o termo “vítima da esquizofrenia” para caracterizar as pessoas estigmatizadas pela “doença”. Ele cita Davis (1998) que reproduz a fala de um desses sujeitos:

a esquizofrenia encheu a minha vida de perigos. Estou convencido de que tenho esquizofrenia e estou seguro de que terei que tomar medicação para o resto de minha vida. Tenho 42 anos, nunca me casei ou tive filhos. Não tenho amor em minha vida. Não tenho parentes, exceto meus pais. Estou convencido de que envelhecerei sozinho.

Para McGorry e colaboradores (2009) a intervenção precoce, quando são observados pródromos, é o melhor caminho a ser trilhado quando visa-se o bem estar a curto, médio e longo prazo, deste tipo de população.

CAPÍTULO 2

PSICODIAGNÓSTICO PELO MÉTODO DE RORSCHACH

“E o que EU poderia ser?”

(resposta de um cliente à pergunta tradicional diante das lâminas de Rorschach: “O que isso poderia ser?”)

2.1 - A TRAJETÓRIA DO PSICODIAGNÓSTICO

As avaliações psicodiagnósticas foram introduzidas por Witmer (1896) e criadas sob a tradição da psicologia acadêmica e da tradição médica. Sua paternidade é atribuída a Galton - que iniciou o estudo das diferenças individuais; a Cattell - criador dos primeiros testes mentais e a Binet, que propôs a utilização de exames psicológicos como coadjuvantes da avaliação pedagógica. Mantiveram-se ligadas ao modelo médico até o início do século passado, ganhando força com o desenvolvimento da psicométrie, da biologia e da divisão dos transtornos psiquiátricos em orgânicos e funcionais (ênfase nas classificações nosológicas).

O processo psicodiagnóstico parte de perguntas específicas, cujas respostas prováveis se estruturam na forma de hipóteses que serão confirmadas ou não através das etapas posteriores do processo. No psicodiagnóstico, há a utilização de testes projetivos e/ou psicométricos, dinâmicas e entrevistas, para avaliar o sujeito de forma sistemática, científica e orientada para a resolução de problemas.

O emprego de técnicas psicodiagnósticas pode ser útil por facilitar a comunicação do psicólogo com pacientes mais resistentes, com dificuldades para conversar espontaneamente sobre sua vida, já que o caráter lúdico de algumas tarefas propostas, favorecem uma interação menos controlada racionalmente (Arzeno, 1991).

Este tipo de esforço permite a análise e síntese do funcionamento humano e de seus processos psíquicos a luz do conhecimento da psicologia. Seu objetivo primordial de investigação deve ser o de beneficiar as pessoas envolvidas no processo, promovendo a saúde e o desenvolvimento psíquico dos indivíduos e da sociedade como um todo (Noronha et al., 2003).

O psicodiagnóstico visa identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, com um foco na existência de dificuldades e recursos psicológicos disponíveis, sempre orientado para a resolução de problemas do sujeito.

Porém, os instrumentos tradicionalmente utilizados para a realização de psicodiagnósticos visam, em sua maioria, a construção de um quadro classificatório de sinais e sintomas (Sauri, 2001), além de terem como principal entrave ao acesso ao inconsciente do indivíduo, o seu discurso, muitas vezes imbricado pela deseabilidade social e pela sua própria psicopatologia.

Em muitos casos, os profissionais envolvidos na avaliação de sujeitos do tipo psicótico, tendem a utilizar seu discurso (por vezes desconexo e aparentemente ilógico) e seu comportamento (por vezes bizarro e incompreensível) para alinhar o diagnóstico que o marcará por toda sua vida, trazendo mais danos que benefícios. Para Szasz (1970), a ênfase dada às dificuldades encontradas por estes sujeitos, podem tornar-se parte de sua identidade social, colaborando para uma cronificação / manutenção do quadro sintomatológico.

Conforme ressaltado por Costa (2003), a psiquiatria moderna ainda encontra-se concentrada em tentar estabelecer causas, conjunto de sintomas e estratégias de tratamento farmacológico para a Esquizofrenia, que é sem dúvida, um dos grandes monstros incompreensíveis da ciência. Ou seja, ainda olha a doença e não o indivíduo, enfatizando a doença mental e não a saúde mental.

Além disso, os registros clínicos (questionários, fichas clínicas, prontuários, etc.) também contêm, prioritariamente, dados acerca das deficiências psíquicas destes sujeitos, em detrimento de seu potencial saudável. Para Jackson (2007), a perspectiva clínica e teórica do psicólogo podem conduzir o foco para as desordens e disfunções do sujeito, o que pode fazer com que suas características saudáveis e funcionais sejam deixadas de lado em detrimento do espectro psicopatológico. Tal postura também pode fazer com que o psicólogo perca de vista a eventualidade de determinados comportamentos (ex.: ter sentido bichos andando dentro de sua cabeça, após uma queda) bem como de eventuais adequações culturais dos mesmos (ex: dizer que o Espírito Santo falou com ele, pode ser considerado “normal” se o indivíduo pertence a determinadas religiões).

Um dos casos atendidos por nossa equipe, evidencia bem esse tipo de rotina: cliente (sexo feminino, 30 anos, vítima de violência doméstica e casada com um usuário de drogas) após ser espancada, pede por socorro e não obtém ajuda dos vizinhos, já acostumados às rotineiras contendas entre o casal. Esta, decide subir ao telhado da casa para pedir ajuda. Ao chegarem, os bombeiros têm dificuldade em retirá-la pois está muito agitada e gritando que o marido tentara matá-la. O marido, impassível, nega tudo. É encaminhada ao hospital psiquiátrico pois os bombeiros interpretam seu comportamento como tentativa de suicídio. No hospital, recusa a alimentação por ter gastrite e temer que a comida agrave seu problema. Refere-se à

refeição como “um veneno” para seu estômago. Os sintomas relatados e conjugados (mania de perseguição, tentativa de suicídio, agitação psicomotora e paranóia) são suficientes para que seja internada por quase um ano, medicada e impregnada por Haloperidol. A avaliação feita posteriormente, por nossa equipe, aponta leve quadro depressivo com traços de dependência emocional. Hoje, a cliente leva uma vida normal, sem medicação e faz psicoterapia.

Slade (em Bentall, 1997) descreve técnicas cognitivas-comportamentais para lidar com fatores tais como alucinações e delírios sem a necessidade de classificá-las dentro desta ou daquela psicopatologia. Para o autor, o foco são as deficiências relacionais e ideacionais a serem fortalecidas e/ou desenvolvidas e não sua simples medicalização - que mais silenciaria o sintoma do que o solucionaria.

2.2 - O PSICODIAGNÓSTICO PELO MÉTODO DE HERMANN RORSCHACH

Conforme mencionado pelos autores anteriormente citados, pode-se perceber que os instrumentos de psicodiagnóstico, privilegiam, na maior parte das vezes, o levantamento das limitações e dificuldades dos pacientes psiquiátricos. O uso do Método de Rorschach vai na contra mão deste processo pois fornece um panorama bastante completo da psicodinâmica pessoal. Aponta suas principais dificuldades e potenciais de cada sujeito em particular. Além disso, a análise quali-quantitativa presta-se a um aprofundamento destas questões: considerar o comportamento do sujeito, seu gestual, pausas e resistências, é utilizar um rico universo de análise, mais do que simplesmente ater-se à análise estatística dos dados encontrados.

Atualmente, a técnica consiste em um jogo de dez pranchas com uma mancha de tinta, desestruturada, ambígua, sem forma específica. O sujeito deve dizer o que elas lhe parecem e explicar os fatores que influenciaram sua percepção, sendo que por não saber o que ou como esta sendo avaliado, é minimizado o impacto de intenções de simulação ou controle racional (Anzieu, 1986; Exner, 2003).

Um dos principais trabalhos de sistematização do Rorschach enquanto ferramenta diagnóstica na contemporaneidade foi feito por John Exner, psiquiatra norte-americano, responsável pela compilação e fundamentação metodológica de cinco sistemas de interpretação do Rorschach (Beck, Klopfer, Rappaport-Schafer, Hertz e Piotrowski), desenvolvendo o Sistema Compreensivo (Exner, 2003). Neste complexo trabalho, Exner e seus colaboradores realizaram estudos normativos de validação das diferentes variáveis do método, bem como as distintas proporções, razões e derivações do psicograma e dos agrupamentos interpretativos. O método de Rorschach no Sistema Compreensivo é uma ferramenta científica que proporciona uma gama complexa de componentes psicológicos em ato (Weiner, 2000), com

acesso às características menos submetidas ao controle deliberado. O instrumento permite avaliar estruturas inconscientes, traços obscurecidos e com menor influência dos termos de desejabilidade social, simulações e fingimentos (Exner & Sendín, 1999), a partir da amostra comportamental frente a uma tarefa pouco estruturada e deveras estimuladora afetiva e cognitivamente. A codificação das respostas, e a derivação dos escores sobre estes componentes providencia informações a partir das quais são geradas descrições acerca da psicologia do indivíduo, tanto em termos de estrutura quanto em relação ao funcionamento (Exner, 2003, p. 26). A forma como foi desenvolvida a estratégia de interpretação das variáveis permite ao Sistema Compreensivo a abordagem dos dados a partir de, no mínimo, duas perspectivas integradas. A primeira é de avaliar os dados objetivos com princípios fundamentais de medida, codificáveis em relação aos itens, normatizados a partir de largos estudos estatísticos transculturais. As medidas apresentam significativa validade empírica e fidedignidade, demandando todavia extenso treinamento por parte dos examinadores. Cada variável e suas respectivas constelações e agrupamentos possuem características complexas de sensibilidade e especificidade significativas. Estes escores possuem características objetivas e psicométricas, e referem aos componentes nomotéticos da personalidade, os quais podem ser comparados às grandes tabelas normativas internacionais ou desenvolvidas localmente (Viglione & Hilsenroth, 2001; Meyer, 2004; Hilsenroth & Charnas, 2007).

A segunda perspectiva inclui modelos de avaliação qualitativa dos itens que remontem às particularidades e idiosincrasias do sujeito, considerado em sua complexidade e unicidade. São avaliadas conforme um fundamento teórico de psicologia da personalidade, com análise qualitativa de sequência, do discurso e das elaborações verbais e outros comportamentos (Weiner, 2000).

A integração das duas perspectivas confere ao Método de Rorschach, pelo Sistema Compreensivo, uma amplitude e complexidade significativa de dados acerca da personalidade, com uma influência relativamente diminuída de aspectos de sugestibilidade e outras manipulações deliberadas. É um dos instrumentos mais recomendados para avaliações psicológicas em que se demanda profundidade, alta eficácia e validade por parte do teste. O Rorschach, além de nos fornecer uma grande segurança nos resultados, em seus dados, índices de fidedignidade, confiabilidade e validade psicométricas, é ainda um dos métodos mais respeitados nos meio acadêmico e jurídico, no mundo.

A forma de aplicação do Método de Rorschach e a potencialidade do material clínico que se torna acessível, são próprios de instrumentos estruturados sobre uma natureza dupla: estatística e projetiva. Sendo assim, este tipo de recurso

destaca-se por ir além do mero reconhecimento de traços isolados. Permite alcançar pontos bastante particulares da estrutura e da dinâmica de cada sujeito. Oferece uma configuração diversa de outras técnicas, pois não busca simplesmente categorizar a pessoa a partir de um grupo de outros indivíduos que estatisticamente representam suas características mais salientes. Antes, define o modo único pelo qual este sujeito se organiza psiquicamente, evidenciando como os traços encontrados se reúnem na determinação de condições afetivas, volitivas e comportamentais (Bishop, Martin, Constanza & Lane, 2000).

Além disso, sua importância também se liga ao fato de que pode ser aplicado concomitantemente à utilização de fármacos por parte do cliente. Os tratamentos medicamentosos, especialmente quando o indivíduo se estabiliza razoavelmente, apresentam uma influência limitada sobre a maioria dos indicadores do Método de Rorschach. Em grande parte das vezes, o diagnóstico também não demonstra exercer influência na avaliação, que pode ser realizada pelo Método de Rorschach mesmo em pacientes com sintomas do tipo psicótico, desde que não estejam em franca crise aguda.

Weiner & Exner (2001) realizaram estudos onde afirmam que o Rorschach é uma ferramenta eficaz para auxiliar os processos terapêuticos de curto e médio e prazo. Acklin (1992) cita o trabalho exploratório de Bychowski (1953) e Frosch (1964), que exploraram o que eles chamaram de “psicóticos latentes”, estudando os “caracteres psicóticos”, defendendo a noção de dois tipos de desordens de pensamento: primárias e secundárias. Já Jonhston and Holzman (1986, 1993) desenvolveram o TDI (Thought Disorder Index) onde algumas categorias são avaliadas em vários níveis para que se pudesse observar as diversas instâncias das desordens de pensamento. Kleiger (1999) também estudou, aprofundadamente, as desordens do pensamento com o Rorschach e aponta algumas variáveis que devem ser consideradas quando da análise de protocolos deste tipo.

Para Cunha (2000), “a maioria dos autores que defendem o uso das técnicas projetivas, o faz visando a exploração de aspectos dinâmicos da personalidade, que adquirem significado sob a ótica de um referencial teórico ao qual há difícil acesso pela via psicométrica” (p. 341). É o caso do Método de Rorschach.

Desde Portuondo (1976), o estudo das psicopatologias através do método de Rorschach vem ganhando relevância e especificidades. Este autor traça em sua obra, uma análise das principais características do que seriam, à época, as maiores síndromes psiquiátricas. De lá para cá, muitos avanços vem sendo realizados nesta área.

Avanços significativos tem ocorrido no Brasil. Para citar apenas alguns dos trabalhos mais relevantes nesta área: Pasion (2000) - publica *O psicodiagnóstico de Rorschach em adultos - atlas, normas e reflexões*. Outra pesquisa que figura dentre as mais significativas já realizadas no Brasil é o trabalho de Villemor-Amaral & Nascimento (2003) que publicaram as Notas sobre Estudos Brasileiros, base nacional de dados com N=200 e utilizada em conjunto com a obra de Exner (2003). Este estudo foi seguido pelos estudos de Nascimento (2010) que utilizou uma amostra de 409 sujeitos. Inúmeros outros trabalhos - mais segmentados (sobre aspectos suicidas, de violência sexual, psicopatia e outros) vêm sendo desenvolvidos dentro e fora do país, fazendo com que o Método de Rorschach seja, hoje, uma das ferramentas psicológicas estudadas em maior profundidade no mundo.

2.3 - ASPECTOS ANALISADOS PELO MÉTODO DE RORSCHACH

As respostas produzidas pela pessoa avaliada são transformadas em códigos que, por sua vez, compõem as variáveis, as quais são organizadas em agrupamentos que permitem a compreensão da dinâmica e da estrutura psíquica. O Sistema Compreensivo utiliza a estratégia de interpretação de variáveis reunidas em oito agrupamentos, a saber: processamento da informação, mediação cognitiva, ideação, afetividade, autopercepção, percepção interpessoal, controle e tolerância ao estresse e estresse situacional. Os agrupamentos do processamento da informação, mediação cognitiva e ideação estão reunidos numa tríade cognitiva que analisa, respectivamente, como o indivíduo incorpora a informação procedente do exterior, como a identifica ou traduz para outros códigos e como elabora novos conceitos a partir dela. Além disso, este sistema também agrupa diversas variáveis para compor seis constelações (conjunto de variáveis combinadas): S-CON (potencial suicida), OBS (estilo obsessivo), HVI (hipervigilância), CDI (inabilidade social), PTI (distorções da percepção e do pensamento) e DEPI (índice de depressão) que figuram como itens dos oito agrupamentos. Para este estudo, foram consideradas as constelações positivas e também as que têm possibilidade de positivar (de acordo com a observação de determinadas variáveis; por exemplo, sujeitos com muitas respostas "S" tendem a dar menos respostas "P" e estas podem ser rebaixadas numa próxima avaliação, caso não haja uma intervenção psicoterapêutica adequada).

TABELA 2 - Os componentes do Método de Rorschach: agrupamentos e variáveis (*versão 2003 de Basic foundations and principles of interpretation - 4th edition.*)*

PROCESSAMENTO INFORMAÇÃO	MEDIAÇÃO COGNITIVA
EB	<i>Lambda (em itálico: já citados)</i>
Lambda	OBS
OBS	Populares
HVI	FQs (WDA%, XA%, X-%, S-, Xu%, X+%, FQnone)
Zf	
W : D : Dd	
W : M	
Análise das DQ (Loc. & Seq.)	
Zd	
PSV	
IDEAÇÃO	AUTOPERCEPÇÃO
<i>EB e EBPer</i>	<i>OBS e HVI</i>
<i>Lambda</i>	Reflexos & 3r + (2) /R
Lado esquerdo de "eb"	FD e Vista
<i>OBS e HVI</i>	Humano/para-humano (global & detalhe)
Ma:Mp e a:p	An + Xy e MOR
2AB + (Art+Ay) - intel.	
MOR	
WSum6 e Sum6	
MQual	
PERCEPÇÃO INTERPESSOAL	AFETOS
<i>CDI / HVI</i>	DEPI / CDI
<i>a : p</i>	EB extra e EBPer / L
Fd / T	Lado direito de "eb"
<i>H</i>	FC : CF + C e C Pura, CP
PER / COP / AG	Afr / Int.
Isol. & GHR / PHR	CP
M + (2)	S
	Blends
	Cor + SH e Sum C': WSumC
ESTRESSE SITUACIONAL	CONTROLE E TOLERÂNCIA AO ESTRESSE
EB / EA e M- ou MQnone / CPura	EB / EA
eb / es / Adj. es	eb / es / Adj. es
D / Adj. D	D / Adj. D
(3r + (2) / R)	Lambda / CDI
Blends	

* Martins, I., 2007.

CAPÍTULO 3

MÉTODOS, TÉCNICAS & FORMAS

Este trabalho foi desenvolvido com os usuários do GIPSI, que são encaminhados ao serviço por psiquiatras, psicólogos, instituições e outros profissionais (terapeutas ocupacionais, enfermeiros, professores, etc.) para atendimento psicológico individual e familiar, após terem apresentado a(s) primeira(s) crises do tipo psicótico. Estes sujeitos encontravam-se em crise do tipo psicótico (após terem superado sua fase aguda) e foram encaminhados ao Grupo para a intervenção precoce possível.

3.1: Critérios: foram realizadas entrevistas iniciais para triagem dos casos e verificação dos critérios de inclusão no grupo (ver folha de pródromos do GIPSI no Anexo). É realizada uma ou mais entrevistas de acolhimento – de acordo com a demanda por suporte apresentada durante as sessões – e então o caso é discutido com a equipe durante as reuniões semanais de supervisão. A permanência no GIPSI é condicionada à: aceitação do caso como sendo de “primeiras crises do tipo psicótico” que o sujeito apresente a maioria dos pródromos; e que o sujeito aceite terapia individual e familiar, concordando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Pesquisa (financiada pelo CNPq), aceitando assim, a aplicação dos instrumentos utilizados, conforme previamente aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Humanidades da UnB (Anexo).

3.2: Ferramentas: Dentre as diversas ferramentas utilizadas para intervenção, o Método de Rorschach foi utilizado com a finalidade de verificar os pródromos e de levantar o potencial saudável de cada indivíduo, visando o planejamento terapêutico para integralização dos prontuários dos clientes. Assim, a eleição do Método de Rorschach para realizarmos este estudo, baseou-se na possibilidade, que tal ferramenta oferece, de observarmos o ser humano psicodinamicamente e não apenas listando sinais e sintomas. A busca de uma classificação dicotômica entre normal x patológico não explica o sofrimento psíquico grave nem busca entender suas nuances e características peculiares.

O estudo acerca de indicadores do tipo psicótico, no Rorschach, teve seu início na obra de seu criador (Psicodiagnóstico, 1942), quando ele afirmava ser difícil prever, por meio das variáveis de seu Método, surtos deste tipo. (p. 121). Contudo, os estudiosos que deram continuidade a sua obra, puderam observar, empiricamente, o

comportamento uniforme de alguns dados, ao longo das inúmeras pesquisas realizadas.

A escolha de utilização das tabelas, com dados da população americana (Exner, 2003), deveu-se ao fato de não existirem tabelas comparativas com dados nacionais para estas populações específicas (pacientes esquizofrênicos internados e pacientes depressivos). A comparação com as médias nacionais (Nascimento, 2010) e internacionais (essa última, realizada em 17 países - Meyer, 2007) foi feita apenas para o grupo de não pacientes, pois fornecem, apenas, dados da população comum em geral. A escolha destes dados específicos (nacionais e internacionais) deveu-se ao fato de tratarem-se dos dados mais recentes aos quais tivemos acesso.

Após aplicação do Método, foram realizadas entrevistas devolutivas com o sujeito, o psicoterapeuta individual e os psicoterapeutas de família, com a entrega de laudos para cada um dos profissionais envolvidos no processo terapêutico.

Os achados do Sumário Estrutural do Rorschach foram comparados com duas Tabelas de Referência do Sistema Compreensivo (clientes esquizofrênicos internados e adultos não-clientes), e com o Questionário de Pródromos do GIPSI (modelo anexo).

3.3: Participantes: a ficha de encaminhamento dos participantes do GIPSI foi elaborada, originalmente, utilizando-se a lista de pródromos e dos sinais e sintomas de psicose e a presença de pródromos é o critério para inclusão no grupo. Os vinte e oito sujeitos possuíam idades entre 15 e 57 anos e apresentavam as primeiras crises do tipo psicótico - ou seja, não apresentavam cronificação. A amostra, que já haviama ultrapassado a fase aguda da última crise, foram selecionados a partir de janeiro de 2010.

Coleta de dados

Os clientes considerados aptos para a avaliação, foram contatados por telefone pelo estagiário escalado, para realizar o agendamento de data e horário.

Logo em seguida, no encontro previsto, os participantes foram informados sobre o procedimento e foram esclarecidos acerca de quaisquer dúvidas remanescentes.

Na etapa seguinte cada um dos sujeitos foi submetido à avaliação com o Método de Rorschach. A classificação e correção dos protocolos obtidos desenvolveram-se através do Sistema Compreensivo (Exner & Sendin, 1999; Exner, 2003) utilizando-se, também, o software ROR-SCAN – “Rorschach Interpretive System” (V. 6.05 – Caracena, 2005) para conferência dos cálculos do Sumário Estrutural. A fase de correção dos protocolos, por sua vez, desenvolveu-se a partir de

três classificações independentes: a) de um aluno-pesquisador a quem fora atribuída a tarefa de contato e avaliação do paciente; b) outra, de julgamento cego por dois alunos-pesquisadores.

Os alunos-pesquisadores são membros do corpo discente da graduação em Psicologia da Universidade de Brasília e foram selecionados através de um treinamento prévio em disciplinas acerca da técnica, com uma carga mínima de 350 horas de formação no método de Rorschach. Além disso, durante o andamento da pesquisa este grupo contava com reuniões de supervisões semanais com, ao menos, duas horas de duração, ligadas ao conteúdo deste estudo.

Procedimento de análise dos dados

1 - Após o processo de aplicação, codificação, interpretação, digitação e conferência dos dados via software, foi realizado o julgamento por outros dois alunos-pesquisadores. Depois, cada caso foi discutido em supervisão com a responsável pela pesquisa, para elaboração dos laudos.

2 - Os achados foram comparados com a ficha de encaminhamento do GIPSI (ver seção: tabela de pródromos - Anexo) para verificação da similaridade entre os pródromos relatados e as variáveis do Rorschach.

3 - A comparação com as tabelas normativas do Sistema Compreensivo do Rorschach foi realizada com: tabela para adultos não-pacientes e pacientes esquizofrênicos internados. Na comparação com as tabelas de Rorschach, para o Sistema Compreensivo, foram avaliados: similaridade do sumário estrutural do sujeito com o que era demonstrado nas tabelas de:

- Não pacientes;
- Pacientes esquizofrênicos internados;
- Pacientes depressivos

As discrepâncias (para mais ou para menos) foram analisadas, quantitativamente, via software ROR-SCAN.

A escolha pela comparação dos dados coletados com a tabela de pacientes depressivos, deu-se devido ao grande número de variáveis encontradas que refletiam este tipo de traço.

Dentro do Sistema Compreensivo, foram analisadas as Constelações PTI, CDI e DEPI pois demonstraram alto índice de positividade entre os os sujeitos analisados.

4 - Posteriormente, foi realizado um levantamento dos recursos saudáveis e funcionais desses sujeitos, os quais constavam do laudo psicodiagnóstico fornecido aos três psicólogos responsáveis por cada um dos casos (dois psicoterapeutas familiares e um individual).

Durante as entrevistas devolutivas, foram apontados os pródromos confirmados pela pesquisa e salientados os recursos saudáveis de cada sujeito. Com isso, a equipe de aplicadores e psicoterapeutas pôde traçar uma estratégia de atendimento de cada um dos casos, considerando suas principais dificuldades e valendo-se de seus recursos saudáveis.

Para o desenvolvimento deste trabalho, utilizamos a bibliografia clássica do Sistema Compreensivo².

ITENS DO RORSCHACH

Os itens do Método de Rorschach foram selecionados após observação do conjunto de dados discrepantes, dos Sumários Estruturais Individuais, em relação aos dados normativos. Foram selecionadas três constelações e algumas variáveis isoladas. Abaixo, breve descrição do que trata cada uma delas.

Um dos itens mais importantes a serem observados é o valor de R (número de respostas) o qual aponta capacidades produtivas dos indivíduos. Os valores referentes a R permitem compreender a dimensão que determinadas limitações mediacionais terão sobre o ajustamento das pessoas. Aponta condições de risco que podem ser características de uma pessoa com limitações intelectuais, mais insegura, desconfiada, inibida nos contatos, defensiva ou simplesmente menos produtiva. Além disso, essa baixa produtividade pode estar vinculada ao rebaixamento da motivação por parte do sujeito, componente frequentemente observado em quadros depressivos (Exner & Sendin, 1999).

CONSTELAÇÕES

PTI (índice de distorção de percepção e pensamento): identifica o risco de possíveis dificuldades de estabilidade da organização psíquica. Nesta constelação, revisão da antiga SCZI, duas importantes atividades psicológicas são avaliadas: o teste de realidade e a clareza ideacional. Composta por cinco itens, necessita de três ou mais marcações para ser positivada. É o principal índice a ser analisado quando se fala em psicose pois reflete o grau de distorção da realidade dos sujeitos analisados.

² Exner, J. E. & Sendin, C. (1999); Exner, J. E. (1999); Exner, J. E. (2003); Exner, J. E. (2005); Weiner, I. B. (2000).

PTI (Perceptual-Thinking Index)

- $XA\% < 0,70$ e $WDA\% < 0,75$
- $X-\% > 0,29$
- $Nvl2 > 2$ e $FAB2 > 0$
- $R < 17$ e $WSum6 > 12$
OU $R > 17$ e $WSum6 > 16$
- $M- > 1$ **ou** $X-\% > 0,40$

Sum PTI

Constelação DEPI (índice de depressão): pode indicar um transtorno afetivo ou, no mínimo, dificuldades relevantes nesta área. É composta por sete condições, nas quais figuram uma série de variáveis afetivas, sendo que a identificação de cinco dessas condições como verdadeiras é suficiente para assinalar DEPI como positiva. Nestes casos, há uma real possibilidade de depressão ou outro transtorno afetivo devido à organização psicológica que demonstra sinais de vulnerabilidade (Exner & Sendin, 1999). Um estudo realizado por Ilonen (1999) e colaboradores, utilizou a análise da antiga constelação SCZI e da constelação DEPI para avaliar pacientes em primeiras crises do tipo psicótico, encontrando uma alta fidedignidade em seus achados.

DEPI (Índice de Depressão)

- $(FV + VF + V > 0)$ ou $(FD > 2)$
- $(Complexas\ Cor-SH > 0)$ ou $(S > 2)$
- $(3r + (2)/R > 0,44$ e $Fr + rF = 0)$
ou $(3r + (2)/R < 0,33)$
- $(Afr < 0,46)$
ou $(Complexas < 4)$
- $(Sum\ SH > FM + m)$
ou $(Sum\ C' > 2)$
- $(MOR > 2)$
ou $(2xAB + (Art + Ay) > 3)$
- $(COP < 2)$
ou $Isolamento/R > 0,24$

Marcar positivo se 5 ou mais condições forem verdadeiras:

CDI (índice de déficit relacional): constelação que indica as habilidades sociais de relacionamento interpessoal e interação com os demais. Aborda diversas variáveis, tais como os recursos disponíveis para enfrentamento de situações, capacidade de cooperação ou agressão latente, níveis e qualidade da afetividade, postura passiva / ativa nas relações, necessidade de proximidade pessoal e forma de conceber os demais humanos ao seu redor. Avalia ainda o grau de isolamento do indivíduo e seu grau de dependência emocional. Possui 5 condições, sendo que, caso ao menos 4 destas sejam verdadeiras, a escala é considerada positiva. Tal ocorrência

revela dificuldades no manejo de variadas situações, com problemas na capacidade de controle e consequentes comportamentos similares aos manifestados em situações de sobrecarga. Nestes casos, a organização da personalidade é mais imatura e as pessoas se tornam vulneráveis, correndo sério risco de desorganização diante de situações mais complexas (Exner & Sendin, 1999; Exner, 2003). Stredny & Ball (2005), analisaram a utilidade do CDI como meio de identificar Depressão Maior e Dificuldades Sociais em crianças e adolescentes.

CDI (Índice de Inabilidade Social)

- (EA < 6) ou (AdjD < 0)
- (COP < 2) e (AG < 2)
- WSumC < 2,5 ou Afr < 0,46
- (passivos > ativos + 1)
ou (H pura < 2)
- (Soma T > 1)
ou (Isolamento/R > 0,24)
ou (Comida > 0)

Marcar positivo se 4 ou 5 condições forem verdadeiras:

VARIÁVEIS

As variáveis que compõem essas constelações e algumas outras, identificadas por nós, como relevantes para este grupo estudado:

EA: trata do número de recursos disponíveis do sujeito com os quais o sujeito conta para iniciar condutas deliberadas. A média para adultos encontra-se entre 7 e 11, sendo que valores abaixo desta podem indicar maiores dificuldades para tomar decisões e colocá-las em prática (Exner & Sendin, 1999; Exner, 2003).

Lambda (L): refere-se à abertura para a experiência e nos fala da forma como, normalmente, as pessoas lidam com a complexidade das situações cotidianas. Valores acima da média denotam uma pessoa supersimplificadora, que utiliza bastante controle intelectual, resistindo a processar emoções e absorver a complexidade dos eventos. No outro extremo, um Lambda rebaixado fala-nos de um indivíduo que não simplifica suas percepções em grau adequado, podendo ser mais facilmente invadido pela estimulação emocional (Exner & Sendin, 1999; Weiner, 2000).

XA% e WDA% (forma apropriada estendida e forma apropriada em áreas comuns): indicam a proporção com que a mediação tem implicado em respostas ajustadas às diversas situações. A razão para ambos os cálculos é que nenhum, tomado isoladamente, fornece informações suficientes sobre o uso apropriado da

forma, mas comumente são satisfatórios quando analisados em conjunto (Exner, 2003).

O índice X-% (forma distorcida): traz as respostas mais afastadas do habitual, incluindo percepções muito particulares ou incomuns e outras, claramente distorcidas. Funciona como medida do afastamento do que é convencional e da adequação à realidade.

As FQu (respostas de qualidade formal incomum): traduzem uma elaboração pouco comum, mas que ainda encontra adequação perceptiva. São formas de produção mais subjetivas e personalizadas, que diferem das respostas mais frequentes da população; porém, nestes casos, não há desvios na formulação dos julgamentos.

As FQ- (respostas de qualidade formal menos): refletem deslizes mediacionais significativos, traduzem um contato com a realidade empobrecido e baseado em distorções (Exner, 2003), com prejuízos significativos nas suas elaborações.

As respostas de localização “S” (uso do espaço em branco): indicam busca por independência e individualização, sendo que o seu aumento para acima de 2 é problemático, por delinear um aumento de traços de negativismo, oposicionismo e presença de sentimentos perturbadores, como a raiva (Exner, 2003).

Relação a:p (proporção ativo:passivo): é outro tipo de indicador capaz de traduzir uma flexibilidade ideativa limitada. Uma diferença de, pelo menos, quatro pontos entre eles sugere rigidez cognitiva, com tendência ao pensamento dogmático e grande relutância para reavaliar e mudar suas próprias atitudes ou valores (Exner & Sendin, 1999).

MOR (conteúdo mórbido): está associado a atribuições desagradáveis que o indivíduo acrescenta ao estímulo, marcando um tom pessimista sobre sua ideação. Quando maior que 2, este indicador determina uma situação conflituosa na qual o sujeito demonstra possuir um pensamento fortemente disfórico, impregnado de preconceitos negativos em relação ao seu futuro e que favorece o surgimento de estados depressivos (Exner & Sendin, 1999).

Índice de Intelectualização [2AB+(Art+Ay)]: trata do esforço do sujeito para tentar neutralizar o efeito que as emoções produzem, utilizando-se de processos cognitivos como estratégia de defesa.

Escores Sum6 (soma dos códigos especiais críticos) e WSum6 (soma ponderada dos códigos especiais críticos): Podem ser entendidos como responsáveis pela tradução numérica da gravidade dos lapsos, deslizes ou falhas lógicas no curso da ideação por parte de cada sujeito (Exner, 2003).

O **"eb" (experiência base - FM+m)**: composto por indicadores que fazem referência à estimulação não deliberadamente iniciada e, assim, seu aumento, acima dos recursos do sujeito, provoca sensação de sobrecarga, predispondo-o a perdas de controle (Exner & Sendin, 1999). O ideal é que o lado esquerdo do eb (dado por FM+m) seja o maior da relação, ou corre-se o risco de um aumento de tensão dada pelo contato com sentimentos ansiogênicos, dolorosos e invasivos.

O **"es" (estimulação sentida)**: índice bruto sobre a experiência de estimulação interna vivida pelo sujeito. Possui uma função muito útil de alerta, já que chama a atenção para a exigência de ações deliberadas diante da presença de sinais de estresse. Assim, a ausência de "es" não é tomada como positiva, já que falta, para a pessoa, sensibilidade acerca de suas próprias necessidades ou há extrema fragilidade para assumí-las. Por outro lado, seu aumento para acima de 6 também sugere dificuldades, já que demarca a existência de queixas diversas, como insônia, falta de concentração, desconforto emocional, solidão e autodesvalorização, entre outros (Exner, 1999; Exner & Sendin, 1999).

Nota D: a relação entre EA e "es" é utilizada para comparar a medida dos recursos que o sujeito tem disponíveis para manejar situações de sobrecarga, com o nível de demandas que demonstra estar vivenciando e, desta forma, esta é uma estratégia usada para verificar dificuldades de tolerar estresse. Relaciona-se com a tolerância ao estresse atual, com os elementos de controle que a pessoa dispõe para lidar com tais eventos e pode determinar também os níveis de sobrecarga de um indivíduo. Quando o resultado é negativo, tem-se uma situação problemática, que demarca sobrecarga e maior dificuldade de autocontrole diante de situações tensas (Exner & Sendin, 1999).

Adj. D (nota D corrigida ou nota D ajustada): uma excelente variável acerca da capacidade do indivíduo para manter o controle e a direção das condutas em condições habituais, enquanto a nota D faz a mesma análise, mas considerando as condições atuais da pessoa. O resultado obtido então, quando menor que zero, possui implicações de uma sobrecarga de estresse persistente que compromete a capacidade de mobilização e organização de condutas adequadas para minimizar o impacto deste estado (Weiner, 2000).

"m" (movimento inanimado): representa um tipo de atividade cognitiva não deliberada, que implica em sentimentos de perda de controle que podem facilmente alterar ou corromper o curso do pensamento deliberado.

SumY (soma de sombreado difuso): este indicador encontra-se relacionado com as reações do indivíduo diante de situações externas que lhe criam mal-estar e tensão, demarcando o impacto de tais eventos sobre aspectos emocionais do

indivíduo, enquanto “m” aponta o impacto da sobrecarga situacional sobre o funcionamento cognitivo (Exner & Sendin, 1999).

SumT (soma de sombreado textura): variável relacionada com a necessidade de proximidade e contato emocional, sendo que o seu aumento também pode assinalar um desconforto psíquico determinado pelo impacto de uma perda afetiva recente (Exner & Sendin, 1999).

Determinantes mistos (blend): Os mistos, compostos por determinantes de cor cromática e sombreados, traduzem conflitos e ambivalência afetiva por parte do sujeito, este potencialmente determinante de estresse situacional. As respostas compostas por determinantes mistos com movimentos inanimados e/ou sombreado difuso, por sua vez, assinalam um aumento da complexidade psicológica dada por conta de uma sobrecarga situacionalmente determinada (Exner, 2003).

Relação SumC':WSumC (proporção de constrição): compara o grau de constrição afetiva com o nível de processamento das emoções deliberadas que o indivíduo costuma utilizar. O ideal é que o lado esquerdo (SumC') apresente-se muito menor em relação ao direito (SumC), sendo que a situação contrária aponta para problemas de ordem afetiva, visto que a pessoa interioriza excessivamente suas emoções, fator que aumenta sua tensão interna (Exner & Sendin, 1999).

Afr (quociente afetivo): calculado através da divisão do número de respostas dadas aos três últimos cartões (VIII, IX e X), pelo número de respostas dadas aos sete primeiros cartões. O resultado derivado desta conta fornece dados sobre a responsividade do indivíduo aos estímulos emocionais, ou seja, em que medida o sujeito processa mais ativamente, quando diante de situações afetivamente intensas. Valores abaixo do padrão indicam que o sujeito é menos interessado na estimulação emocional, demonstrando preferência por não estar envolvido em situações emocionalmente intensas (Exner & Sendin, 1999; Exner, 2003).

Respostas de conteúdo humano [H, Hd, (H) e (Hd)]: são particularmente reveladoras quanto à autopercepção, à afetividade e às relações pessoais. Quando encontradas em pequenas quantidades revelam pouco interesse no relacionamento interpessoal com possível isolamento social.

Códigos GHR (Good Human Response) e PHR (Poor Human Response): referem-se à qualidade de cada uma das respostas humanas ou de tipo humano dadas em um protocolo e aludem ao modo como as pessoas percebem e interagem com os outros. De modo mais específico, a presença de GHR supõe que o examinando possui uma tendência a estabelecer boas interações, enquanto PHR relaciona-se com comportamentos interpessoais inadaptados ou ineficazes (Exner, 2003).

Conteúdos Animais: revelam maior dificuldade de projeção do indivíduo e maior isolamento social. São respostas mais regredidas e primitivas que falam sobre os impulsos básicos.

Soma dos determinantes de Forma-Reflexo e Reflexo-Forma (Fr+rF): assinala a existência de componentes narcisistas, que trazem consigo uma tendência do sujeito a superestimar sua valia pessoal.

Índice de Egocentrismo $[3r+(2)/R]$: este índice é entendido como uma estimativa da autopreocupação da pessoa, medindo o seu nível de autocentramento, ou seja, o quanto cada indivíduo retorna sua atenção para si mesmo.

FD (Determinante Forma-Dimensão): do mesmo modo que a variável anterior, também alude aos processos introspectivos, de auto-análise e inspeção pessoal.

SumV (soma de sombreado vista): também está associada à autopercepção. Neste caso, relaciona-se com processos de auto-inspeção ou, dito de outra forma, ao uso da introspecção, este, porém, associado a matizes de autocritica negativa, um sinal de baixa autoestima (Exner & Sendin, 1999).

As respostas **Fd** (conteúdo de alimentos) demarcam condutas de dependência, com indivíduos caracterizados por certa ingenuidade nas relações interpessoais.

Códigos COP (cooperação) e AG (agressão): COP supõe uma atribuição de atitudes cooperativas nas relações, com tendência ao estabelecimento de vínculos positivos, enquanto AG representa uma maior tendência a atribuir atitudes hostis em relação aos demais, com uma reação defensiva baseada na mesma postura.

Índice de Isolamento: é calculado através da soma bruta de cinco categorias de conteúdo, sendo que botânica, geografia e paisagem possuem peso 1, enquanto nuvem e natureza possuem peso 2. O resultado obtido informa acerca do isolamento ou retraimento social, sendo que valores acima de 0,26 demonstram uma tendência a ser menos ativo nas interações sociais do que seria esperado (Exner, 1999; Exner & Sendin, 1999; Exner, 2003).

W:M (índice de aspiração): relação onde as variáveis relacionam-se com o esforço ou a motivação atuantes durante o processamento da informação. W representa a ambição intelectual do indivíduo e M representa as capacidades criadoras do sujeito. A relação ideal esperada é de 2:1, sendo que o aumento de W para além desta proporção nos fala de um sujeito com elevado nível de aspirações, acima de suas capacidades atuais. Já o aumento de M caracteriza indivíduos conservadores, que se propõem metas inferiores aos recursos que possui (Exner & Sendin, 1999).

CAPÍTULO 4

DADOS & RESULTADOS

“O homem de bom senso jamais comete uma loucura de pouca importância.”
Goethe

Os dados demonstraram um padrão de variáveis alteradas na maioria do grupo. Esse achado corrobora nossa hipótese da existência de um conjunto de indicadores - em forma de uma constelação - que é prodrômica, ou seja, reflete a tendência que o indivíduo apresenta a ter crises do tipo psicótico quando em situação de sofrimento psíquico grave. Essa conclusão foi possível ao se comparar os sumários estruturais com as tabelas de não pacientes.

A principal constelação do Método de Rorschach, segundo o Sistema Compreensivo, indicador de esquizofrenia, é: **PTI \geq 3** e a análise de cada uma de suas variáveis é apresentada com base na tabela de pacientes esquizofrênicos internados (Exner, 2003).

Também foi possível perceber um grande número de marcações positivas nas constelações **DEPI (se \geq 5)** e **CDI (se \geq 4)** e que apontam para quadros de sofrimento psíquico grave, porém, sem traços de psicose. A análise de DEPI foi realizada com base na tabela para pacientes depressivos internados. Já a análise de CDI também foi efetuada mediante comparação com a tabela de pacientes depressivos internados uma vez que estudos apontam (Exner, 2003) que a constelação CDI é um subproduto da investigação que conduziu à revisão da constelação DEPI.

As tabelas normativas utilizadas para comparação de resultados foram:

PEI - Pacientes esquizofrênicos internados (Exner, 2003)

PDI - Pacientes depressivos internados (Exner, 2003)

NP - Não pacientes (Nascimento, 2010 e Meyer, 2007)

Os resultados encontrados apontam, ainda, para um baixo índice de concordância entre as hipóteses de esquizofrenia (levantadas pelos profissionais que realizaram o encaminhamento ao Gipsi) e os sumários estruturais do Método de Rorschach. Tampouco foram encontrados traços significativos que indicassem a existência de quadros de psicose, na grande maioria dos protocolos analisados. Foi observado que, a despeito dos diagnósticos iniciais terem baseado-se nos critérios apontados na ficha de encaminhamento, os sumários estruturais, mesmo sendo fiéis

às demandas apontadas, não constituíam critérios suficientes para os diagnósticos recebidos.

As fichas de pródromos, utilizadas pelo Gipsi, são compostas dos itens abaixo, nas quantidades apontadas para cada sujeito:

Tabela 3. Pródromos apresentados pelos sujeitos														
PRÓDROMOS / SUJEITOS	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D1	D2
Abstração reduzida								1				1		
Agressividade, cpto disruptivo		1		1						1				1
Alterações da percepção														
Ambivalencia e transtorno de volicao										1			1	
Anergia			1	1		1		1				1		
Angústia					1		1	1			1	1		1
Anormalidades na fala					1	1								
Apatia			1			1		1			1		1	1
Apetite reduzido						1					1			
Atenção / concentração reduzida					1	1		1				1	1	1
Bloqueio do pensamento						1								
Crise agressiva		1		1		1				1				1
Culpa								1				1		1
Delírios														
Desconfiança		1		1	1	1		1						
Desmotivação				1		1		1			1	1		1
Discurso desorganizado														
Distúrbios do Sono	1				1	1		1	1	1	1	1		1
Escassez de pensamento														
Fadiga / Perda de energia	1		1	1				1						1
Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		1				1								
Humor Depressivo	1		1			1	1	1		1	1	1		1
Idéias suicidas							1			1				
Impulsividade		1				1			1			1	1	
Mudanças bruscas nos afetos		1	1	1		1			1	1		1		
Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos			1	1		1		1				1		
Perda de interesse			1			1	1	1			1			1
Perda de peso						1	1					1		
Perda do senso do eu e do mundo			1											
Preocupação Excessiva		1		1				1			1	1		
Queixas somáticas			1					1						1
Raiva / Irritabilidade		1		1		1			1	1		1		1
Retraimento social			1	1		1		1	1	1			1	

Tabela 3. Pródromos apresentados pelos sujeitos														
PRÓDROMOS / SUJEITOS	D3	D4	E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	F4	G1	G2	G3	G4
Abstração reduzida	1	1				1	1	1						
Agressividade, cpto disruptivo						1	1		1			1		
Alterações da percepção														
Ambivalencia e transtorno de volicao								1			1		1	
Anergia	1	1			1			1	1		1			
Angústia	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1
Anormalidades na fala												1	1	
Apatia		1		1			1	1	1				1	
Apetite reduzido	1										1		1	1
Atenção / concentração reduzida		1					1	1	1		1		1	1
Bloqueio do pensamento											1		1	
Crise agressiva											1	1	1	
Culpa	1	1	1		1		1	1	1		1		1	1
Delírios														
Desconfiança		1				1		1	1	1		1	1	
Desmotivação		1					1	1	1		1		1	
Discurso desorganizado														
Distúrbios do Sono	1	1	1				1	1	1		1	1	1	
Escassez de pensamento					1								1	
Fadiga / Perda de energia	1	1			1		1	1	1		1	1	1	1
Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente				1	1				1				1	
Humor Depressivo							1	1	1	1	1		1	
Idéias suicidas							1		1		1			
Impulsividade						1		1			1	1		
Mudanças bruscas nos afetos	1	1	1				1	1	1	1		1		
Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos												1		
Perda de interesse	1	1					1	1	1		1	1	1	
Perda de peso									1		1			1
Perda do senso do eu e do mundo											1	1		
Preocupação Excessiva	1	1	1		1		1	1	1	1	1		1	1
Queixas somáticas	1		1				1	1			1		1	
Raiva / Irritabilidade		1	1			1	1	1	1	1		1	1	
Retraimento social						1		1	1	1	1		1	1
Sensibilidade interpessoal aumentada	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sonolência	1	1					1						1	
Transtornos do pensamento														
TOTAL PRÓDROMOS	13	16	6	4	8	8	18	20	20	7	21	14	23	9

Fig. 2 - Quantidade global de pródromos apresentados pelos sujeitos do GIPSI.

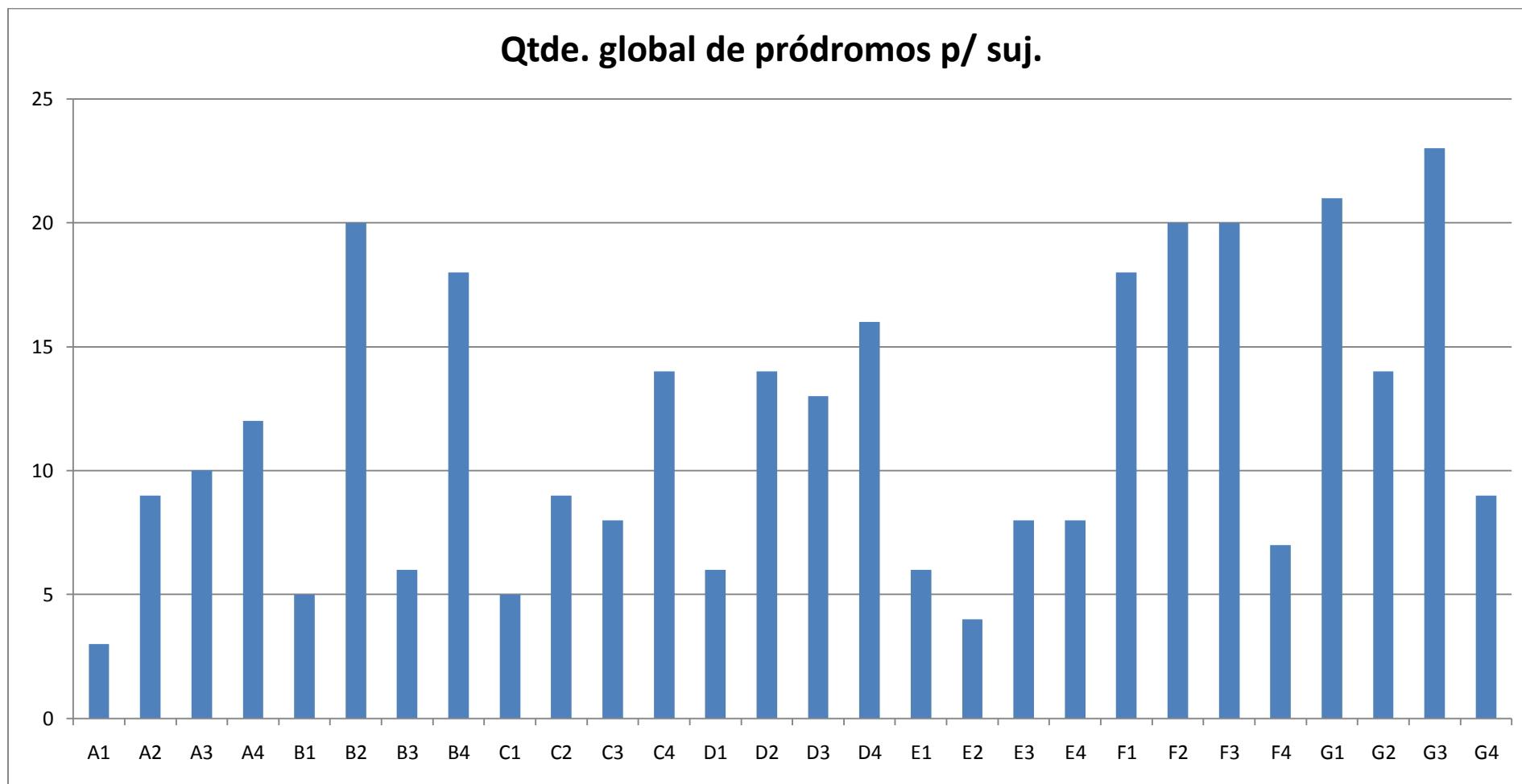


Tabela 4 - Médias Gispi																	
VARIÁVEL	MIN	MÉD.	MAX	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D1	D2
Age	15,00	27,07	51,00	33,00	22,00	24,00	32,00	21,00	18,00	25,00	34,00	20,00	15,00	19,00	25,00	51,00	40,00
R	14,00	26,07	57,00	23,00	41,00	40,00	57,00	25,00	17,00	22,00	20,00	14,00	14,00	19,00	30,00	27,00	16,00
Lambda	0,39	2,44	22,00	0,64	1,16	0,54	2,35	0,39	0,89	22,00	0,67	1,00	1,00	1,11	1,00	0,59	0,78
XA%	0,49	0,69	0,90	0,61	0,68	0,57	0,49	0,68	0,82	0,59	0,90	0,64	0,64	0,84	0,80	0,67	0,75
WDA%	0,50	0,72	0,88	0,65	0,76	0,74	0,50	0,79	0,88	0,67	0,86	0,58	0,62	0,87	0,88	0,70	0,67
X-%	0,10	0,28	0,51	0,17	0,29	0,42	0,51	0,28	0,18	0,41	0,10	0,36	0,29	0,11	0,20	0,33	0,25
Nivel 2	0,00	0,79	4,00	3,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	4,00	1,00
Sum6	0,00	4,14	11,00	10,00	3,00	7,00	3,00	2,00	0,00	0,00	11,00	10,00	2,00	0,00	0,00	9,00	1,00
Wsum6	0,00	9,29	45,00	45,00	8,00	15,00	10,00	5,00	0,00	0,00	6,00	3,00	1,00	0,00	0,00	30,00	7,00
EA	0,00	5,50	11,50	10,50	11,50	11,00	4,00	6,00	5,00	0,00	5,00	5,00	1,50	2,50	6,50	4,50	4,00
es	0,00	8,93	21,00	10,00	8,00	21,00	11,00	15,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	10,00	16,00	8,00
Adj. es	0,00	7,29	15,00	9,00	8,00	13,00	6,00	11,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	7,00	15,00	7,00
Nota D	-4,00	-1,07	1,00	0,00	1,00	-3,00	-2,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	-1,00	-4,00	-1,00
Adj. D	-4,00	-0,50	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	0,00	-4,00	-1,00
FM+m	0,00	4,50	11,00	5,00	7,00	8,00	1,00	5,00	4,00	0,00	6,00	2,00	2,00	5,00	4,00	11,00	3,00
m	0,00	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	0,00	3,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2,00	1,00
SumV	0,00	0,57	3,00	0,00	1,00	1,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00
SumY	0,00	2,00	8,00	2,00	0,00	8,00	6,00	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	4,00	1,00	2,00
SumC'	0,00	1,64	4,00	3,00	0,00	4,00	3,00	4,00	2,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	2,00
SumT	0,00	0,29	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Sum SH	0,00	4,50	13,00	5,00	1,00	13,00	10,00	10,00	2,00	0,00	1,00	1,00	3,00	1,00	6,00	5,00	5,00
MOR	0,00	2,64	6,00	4,00	3,00	6,00	6,00	4,00	0,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	3,00	2,00	3,00
Cor-SH	0,00	0,43	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00
COP	0,00	0,29	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00
AG	0,00	0,93	4,00	2,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	4,00	0,00
Afr	0,29	0,52	1,00	0,53	0,52	1,00	0,68	0,39	0,31	0,29	0,43	0,75	0,56	0,46	0,67	0,42	0,33
WSumC	0,00	2,57	8,50	8,50	1,50	4,00	4,00	4,00	1,00	0,00	3,00	1,00	1,50	0,50	4,50	0,50	2,00
Fd	0,00	0,36	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
H	0,00	1,64	9,00	2,00	9,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	2,00	2,00	2,00	0,00
Par - 2	1,00	8,29	23,00	9,00	17,00	5,00	23,00	10,00	5,00	4,00	10,00	3,00	1,00	7,00	7,00	11,00	4,00
Cg	0,00	1,07	4,00	1,00	4,00	3,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	3,00	0,00
GHR	0,00	2,07	8,00	2,00	8,00	1,00	2,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	0,00	2,00	2,00	1,00	0,00
PHR	0,00	3,64	10,00	7,00	3,00	10,00	3,00	5,00	1,00	2,00	2,00	3,00	0,00	3,00	1,00	8,00	3,00
Isolate	0,04	0,21	0,53	0,13	0,15	0,28	0,04	0,16	0,24	0,09	0,05	0,07	0,43	0,53	0,20	0,19	0,38
ego	0,07	0,39	0,68	0,39	0,41	0,35	0,40	0,40	0,47	0,18	0,50	0,43	0,07	0,68	0,53	0,41	0,25
FrrfF	0,00	0,71	3,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	3,00	0,00	0,00
a	0,00	3,50	14,00	4,00	6,00	5,00	0,00	3,00	2,00	0,00	0,00	4,00	2,00	3,00	3,00	14,00	3,00
p	0,00	3,86	11,00	3,00	11,00	10,00	1,00	4,00	5,00	0,00	8,00	2,00	0,00	4,00	3,00	1,00	2,00
Intelec.	0,00	2,64	8,00	7,00	2,00	2,00	6,00	8,00	0,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Blends	0,00	2,71	8,00	4,00	0,00	8,00	0,00	6,00	2,00	0,00	0,00	3,00	0,00	2,00	6,00	4,00	3,00
Pop	1,00	3,93	7,00	4,00	4,00	2,00	1,00	4,00	7,00	5,00	4,00	4,00	2,00	5,00	5,00	4,00	4,00
FD	0,00	0,29	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
M	0,00	2,93	10,00	2,00	10,00	7,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	2,00	4,00	2,00
Ma	0,00	1,21	4,00	0,00	3,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Mp	0,00	1,71	7,00	2,00	7,00	4,00	0,00	2,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
M+	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	0,00	1,14	6,00	0,00	6,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Mu	0,00	0,86	3,00	0,00	3,00	3,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
M-	0,00	0,79	4,00	0,00	1,00	4,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00
Mnone	0,00	0,14	2,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-%	0,00	0,24	1,00	0,00	0,80	0,12	0,14	0,43	0,33	0,33	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	1,00	0,00
Zf	3,00	10,86	18,00	6,00	14,00	18,00	3,00	16,00	9,00	16,00	4,00	9,00	9,00	14,00	11,00	17,00	6,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	-13,00	-1,36	3,50	3,50	-4,50	-5,00	3,00	-1,00	-0,50	-13,00	3,00	-1,50	1,50	-7,50	0,00	1,00	2,00
H+Hd+(H)+(Hd)	0,00	4,64	11,00	5,00	11,00	10,00	5,00	4,00	6,00	3,00	2,00	5,00	0,00	3,00	3,00	5,00	3,00
A	5,00	8,93	15,00	8,00	13,00	12,00	7,00	6,00	6,00	13,00	8,00	5,00	7,00	9,00	11,00	15,00	5,00
Ad	0,00	3,14	10,00	3,00	9,00	5,00	10,00	0,00	1,00	0,00	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	1,00
(A)	0,00	0,29	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
(Ad)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	2,00	7,57	16,00	5,00	7,00	11,00	3,00	16,00	6,00	10,00	2,00	9,00	10,00	10,00	6,00	6,00	5,00
D	3,00	11,07	29,00	12,00	22,00	12,00	29,00	3,00	10,00	8,00	12,00	3,00	3,00	6,00	11,00	17,00	7,00
Dd	1,00	7,43	25,00	6,00	12,00	17,00	25,00	6,00	1,00	4,00	6,00	2,00	1,00	3,00	13,00	4,00	4,00
S	0,00	3,07	7,00	1,00	3,00	6,00	7,00	4,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	0,00	3,00	5,00	2,00
DQ+	0,00	5,50	11,00	4,00	9,00	8,00	0,00	7,00	3,00	2,00	1,00	5,00	10,00	8,00	7,00	11,00	2,00
DQo	0,00	17,93	49,00	14,00	30,00	32,00	49,00	12,00	12,00	20,00	19,00	8,00	0,00	8,00	20,00	16,00	11,00
DQv	0,00	2,29	8,00	4,00	2,00	0,00	8,00	5,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	2,00	2,00	0,00	3,00
DQw+	0,00	0,36	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00
FQ+	0,00	0,07	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
FQo	3,00	7,86	13,00	9,00	13,00	7,00	5,00	8,00	10,00	9,00	10,00	5,00	3,00	9,00	8,00	8,00	6,00
FQu	4,00	9,43	23,00	5,00	15,00	16,00	23,00	9,00	4,00	4,00	8,00	4,00	6,00	7,00	16,00	9,00	6,00
FQ-	2,00	8,07	29,00	4,00	12,00	17,00	29,00	7,00	3,00	9,00	2,00	5,00	4,00	2,00	6,00	9,00	4,00
FQnone	0,00	0,64	5,00	5,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 4 - Médias Gispi																	
VARIÁVEL	MIN	MÉD.	MAX	D3	D4	E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	F4	G1	G2	G3	G4
Age	18,00	31,29	52,00	29,00	52,00	24,00	43,00	49,00	25,00	22,00	36,00	19,00	18,00	25,00	25,00	26,00	45,00
R	15,00	21,07	33,00	17,00	23,00	17,00	24,00	20,00	17,00	24,00	18,00	15,00	17,00	27,00	33,00	18,00	25,00
Lambda	0,05	1,49	7,50	1,43	0,44	0,89	0,60	0,05	0,89	0,71	1,00	2,75	7,50	0,50	0,57	2,60	0,92
XA%	0,63	0,78	0,96	0,82	0,96	0,88	0,67	0,90	0,82	0,67	0,83	0,73	0,65	0,63	0,85	0,72	0,76
WDA%	0,65	0,82	0,94	0,92	0,94	0,93	0,71	0,93	0,80	0,71	0,85	0,77	0,65	0,71	0,91	0,81	0,83
X-%	0,72	0,27	0,50	0,18	0,40	0,12	0,33	0,50	0,12	0,33	0,17	0,27	0,35	0,30	0,15	0,28	0,24
Nível 2	0,00	0,43	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00
Sum6	0,00	3,79	18,00	2,00	1,00	1,00	7,00	2,00	0,00	18,00	2,00	3,00	1,00	4,00	6,00	3,00	3,00
Wsum6	0,00	7,07	19,00	5,00	7,00	3,00	19,00	5,00	0,00	7,00	5,00	13,00	7,00	14,00	2,00	2,00	10,00
EA	1,00	3,61	9,00	1,00	4,50	3,50	2,00	4,00	3,00	2,00	6,00	2,00	1,00	6,50	9,00	2,00	4,00
es	2,00	10,00	19,00	6,00	16,00	6,00	18,00	19,00	8,00	17,00	6,00	2,00	2,00	14,00	13,00	2,00	11,00
Adj. es	2,00	6,86	11,00	5,00	10,00	6,00	11,00	8,00	6,00	10,00	5,00	2,00	2,00	8,00	11,00	2,00	10,00
Nota D	-6,00	-1,93	0,00	-1,00	-4,00	0,00	-6,00	-5,00	-1,00	-5,00	0,00	0,00	0,00	-2,00	-1,00	0,00	-2,00
Adj. D	-3,00	-0,79	1,00	-1,00	-2,00	0,00	-3,00	1,00	-1,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-2,00
FM+m	0,00	4,43	9,00	3,00	7,00	5,00	9,00	5,00	4,00	8,00	2,00	1,00	0,00	6,00	5,00	2,00	5,00
m	0,00	1,36	4,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00	0,00
SumV	0,00	0,43	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00
SumY	0,00	3,36	12,00	2,00	6,00	0,00	7,00	12,00	1,00	7,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	0,00	2,00
SumC'	0,00	1,43	3,00	0,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	3,00	0,00	2,00
SumT	0,00	0,43	2,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
Sum SH	0,00	5,57	14,00	3,00	9,00	1,00	9,00	14,00	4,00	9,00	4,00	1,00	2,00	8,00	8,00	0,00	6,00
MOR	0,00	1,07	5,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	5,00	2,00	0,00	4,00
Cor-SH	0,00	0,57	2,00	0,00	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00
COP	0,00	0,14	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
AG	0,00	0,43	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
Afr	0,31	0,43	0,71	0,42	0,35	0,55	0,71	0,43	0,31	0,71	0,38	0,36	0,31	0,35	0,43	0,38	0,39
WSumC	0,00	1,54	5,50	0,00	1,50	1,50	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	0,00	5,50	3,00	0,00	1,00
Fd	0,00	0,07	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
H	0,00	1,57	4,00	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	3,00	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00
Par - 2	0,00	6,50	13,00	5,00	8,00	3,00	11,00	6,00	3,00	0,00	11,00	3,00	4,00	11,00	8,00	5,00	13,00
Cg	0,00	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	1,00	1,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
GHR	0,00	1,93	4,00	2,00	3,00	1,00	0,00	4,00	2,00	0,00	4,00	3,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00
PHR	0,00	3,50	7,00	0,00	2,00	1,00	7,00	3,00	0,00	7,00	5,00	3,00	2,00	7,00	6,00	3,00	3,00
Isolate	0,00	0,18	0,61	0,00	0,61	0,24	0,21	0,15	0,47	0,21	0,06	0,00	0,12	0,15	0,12	0,06	0,08
ego	0,18	0,36	0,61	0,29	0,35	0,18	0,46	0,45	0,18	0,50	0,61	0,20	0,24	0,41	0,33	0,28	0,52
Fri/rF	0,00	0,14	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
a	1,00	1,93	4,00	1,00	4,00	4,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	4,00	1,00	1,00
p	0,00	4,57	9,00	3,00	6,00	3,00	9,00	4,00	3,00	8,00	5,00	2,00	0,00	4,00	7,00	3,00	7,00
Intelec.	0,00	2,00	9,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,00	9,00	2,00	0,00	6,00
Blends	0,00	2,93	6,00	0,00	4,00	1,00	6,00	5,00	2,00	6,00	4,00	0,00	1,00	5,00	4,00	0,00	3,00
Pop	3,00	4,21	6,00	4,00	6,00	5,00	5,00	4,00	3,00	5,00	5,00	4,00	5,00	3,00	3,00	3,00	4,00
FD	0,00	0,36	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
M	0,00	2,07	6,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	6,00	2,00	3,00
Ma	0,00	0,79	4,00	1,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00
Mp	0,00	1,29	3,00	0,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	2,00	0,00	1,00	2,00	2,00	2,00
M+	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	0,00	0,93	3,00	1,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	3,00
Mu	0,00	0,71	2,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00
M-	0,00	0,43	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00
Mnone	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-%	0,00	0,08	0,37	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,12	0,12	0,00	0,00	0,17	0,37	0,00	0,20	0,00
Zf	5,00	10,36	18,00	9,00	8,00	8,00	13,00	9,00	10,00	13,00	9,00	10,00	10,00	15,00	18,00	8,00	5,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	-9,50	-0,89	3,00	-2,50	1,50	0,00	-1,50	-1,50	0,50	-1,50	3,00	-1,00	-9,50	0,00	-5,00	2,00	3,00
H+Hd+(H)+(Hd)	2,00	4,79	10,00	2,00	5,00	2,00	5,00	6,00	2,00	5,00	8,00	7,00	2,00	4,00	10,00	5,00	4,00
A	4,00	8,93	15,00	9,00	10,00	6,00	14,00	6,00	4,00	15,00	5,00	5,00	10,00	7,00	12,00	9,00	13,00
Ad	0,00	1,50	3,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	3,00
(A)	0,00	0,07	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(Ad)	0,00	0,14	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	1,00	7,00	16,00	7,00	3,00	5,00	6,00	3,00	11,00	6,00	5,00	8,00	9,00	16,00	11,00	7,00	1,00
D	4,00	9,79	17,00	6,00	13,00	9,00	15,00	11,00	4,00	15,00	8,00	5,00	8,00	5,00	12,00	9,00	17,00
Dd	0,00	4,29	10,00	4,00	7,00	3,00	3,00	6,00	2,00	3,00	5,00	2,00	0,00	6,00	10,00	2,00	7,00
S	0,00	2,21	4,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	4,00	3,00	3,00	0,00
DQ+	1,00	5,00	9,00	3,00	7,00	5,00	8,00	8,00	2,00	7,00	5,00	3,00	1,00	5,00	9,00	2,00	5,00
DQo	10,00	14,86	24,00	14,00	13,00	11,00	16,00	10,00	13,00	17,00	13,00	12,00	16,00	13,00	24,00	16,00	20,00
DQv	0,00	1,07	7,00	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,00	0,00	0,00	0,00
DQv+	0,00	0,14	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
FQ+	0,00	0,21	3,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FQo	6,00	9,50	15,00	10,00	15,00	6,00	7,00	11,00	7,00	10,00	9,00	6,00	9,00	8,00	13,00	10,00	12,00
FQu	2,00	6,64	15,00	4,00	7,00	9,00	6,00	7,00	7,00	6,00	6,00	5,00	2,00	9,00	15,00	3,00	7,00
FQ-	1,00	4,43	8,00	3,00	1,00	2,00	8,00	1,00	2,00	8,00	3,00	4,00	6,00	8,00	5,00	5,00	6,00
FQnone	0,00	0,14	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

4.1 - COMPARAÇÃO DE VARIÁVEIS COM A TABELA DE NÃO PACIENTES

Estas variáveis são de extrema importância para a análise do sofrimento psíquico grave. Por sua exclusão nas demais constelações, mereceram uma avaliação à parte.

NP - Como era de se esperar, para o caso de pessoas que buscam os serviços de saúde mental, há desvios significativos - nos valores de referência da população brasileira - para o grupo analisado. Uma vez que as variáveis mais importantes para a avaliação de suspeita de psicose já foram estudadas, realizamos aqui a análise de alguns outros itens:

- movimento do tipo humano com qualidade formal incomum X ordinária - **Mu X Mo**.
- conteúdos animais - **A e Ad**
- qualidade de resposta humana - **GHR / PHR**
- qualidade formal incomum - **FQu**

Movimento do tipo humano com qualidade formal incomum - **Mu**: em 46,4% do grupo foram encontradas este tipo de respostas em quantidades tendendo à elevação (média nacional = 0,57, dp = 0,81 e média internacional = 0,69, dp = 0,99) e como reflexo, foi verificado o rebaixamento do nível de respostas **Mo** (46,4%).

A análise das respostas de conteúdos animal - **A e Ad**, revelou que conteúdos animais puros encontram-se em elevação acima da média 39,3% dos casos Já as respostas de detalhe animal, mostraram-se tendendo à elevação em 35,7%. As demais variações (A) e (Ad) não demonstraram alterações significativas.

As respostas **GHR** (good human response) foram observadas em 46,4% dos sujeitos com valores rebaixados, de 0 a 1 (Meyer, 2007). Já as **PHR** (poor human response) foram verificadas 32,1% das vezes, tendendo à elevação.

Respostas com qualidade formal incomum - **FQu** - foram vistas, em sua maioria, com tendência à elevação: 32,1%.

Estas variáveis foram observadas ao se analisarem os sumários estruturais individuais e suas médias em comparação com os dados normativos. Passamos, então, a tratá-los com um conjunto de dados à parte, que compuseram uma constelação a que chamamos de “prodrômica”.

O QUE CONCLUÍMOS

Uma vez que tais sujeitos não apresentaram, ainda, quadros psicóticos estabelecidos - mas encontram-se em crise do tipo psicótico com sofrimento psíquico grave - é possível notar alterações similares às que são referidas como pródromos.

As variáveis abaixo formam a constelação prodrômica.

1. Constelação PTI	≤ 2	() Se sim, marcar abaixo:
2. Constelação DEPI	≥ 5	()
3. Constelação CDI	≥ 4	()
4. Mu > Mo		()
5. A & Ad ↑		()
6. GHR < PHR		()
7. FQu↑		()

Considerar válido caso os itens 1 a 3 sejam positivos e ao menos dois dos itens de 4 a 7 sejam marcados.

A constelação PTI - que possui o maior conjunto de variáveis indicativos de distorções da realidade (e por isso é referida como um indicativo de psicose) apareceu negativada (≤ 2) na maior parte dos casos (ver dados anteriores). Ou seja, não tratam-se de sujeitos psicóticos crônicos.

A constelação DEPI aparece positivada na maioria dos casos (57,1%) e indica forte sofrimento afetivo / emocional, compatível com a crise e demandas apresentadas por estes sujeitos.

Já a constelação CDI é positivada em boa parte dos casos (46,14%) - de acordo com os dados internacionais - e indica uma inabilidade no enfrentamento das situações cotidianas e dificuldade no relacionamento interpessoal / social. Este fator pode contribuir em maior ou menor medida para o agravamento dos sentimentos disfóricos apresentados na constelação de CDI e até contribuir para um possível aumento na pontuação de PTI (Exner, 2003).

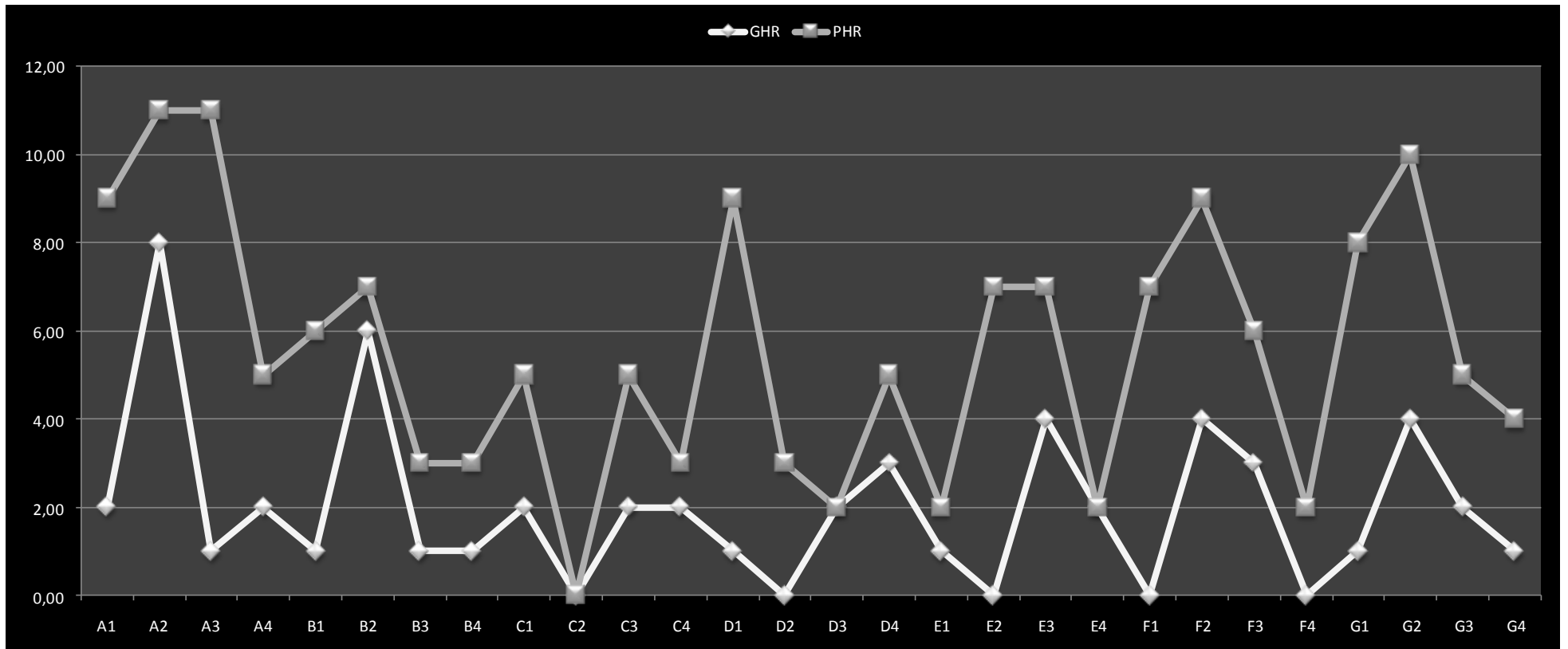
Os Movimentos Humanos de Forma Incomum (Mu) em maior número que os Movimentos Humanos de Forma Ordinária (Mo) foram observados em grande quantidade dos sumários analisados. Eles apontam para uma percepção peculiar e pouco comum. Este fator interfere nas relações com o meio.

O aumento das respostas de conteúdo animal (A e Ad) em detrimento das respostas de conteúdo humano geral apontam a uma possibilidade de menor interesse nas relações o que explicaria o isolamento social demonstrado por esses sujeitos.

As respostas de Qualidade Formal Incomum (FQu) aparecem em percentuais mais elevados do que o esperado para a população de não pacientes - tanto na comparação dos dados nacionais quanto com os internacionais. Isso reforça o dados de Mu elevado e fala de uma percepção peculiar da realidade, sem chegar a distorcê-la da forma como ocorre nos processos psicóticos.

Assim, traçamos um padrão de variáveis que se apresentam alteradas na grande maioria dos sujeitos avaliados no Gipsi e que falam da situação de sofrimento psíquico grave vivida por eles durante suas crises do tipo psicótico.

Figura 3 - Variáveis GHR e PHR



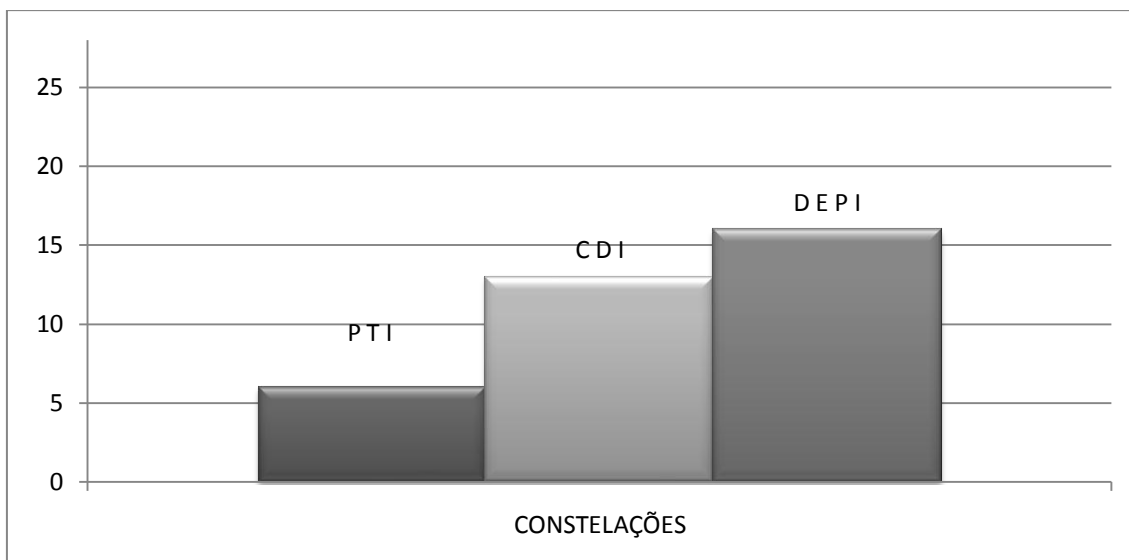
4.2 - RESULTADOS GERAIS DAS CONSTELAÇÕES PTI, DEPI E CDI

A positividade da constelação PTI (=3) é esperada em 8% dos casos e para a marcação de quatro índices positivos (no caso dos dados nacionais) o percentual esperado gira em torno de 3%. No caso de nossa amostra, observamos 6% de pessoas com PTI positivo (≥ 3). Para os dados internacionais, espera-se um valor médio de 0,59 pontos, enquanto que a média nacional gira em torno de 0,69.

Já a constelação CDI apresentou positividade (≥ 4) em 46,4% dos casos quando o esperado, de acordo com as normas internacionais são valores em torno de 2,90 itens e em termos nacionais, 3,47.

No caso da constelação DEPI, foram 57,1% contra os 20% esperados da média nacional. Em termos de itens, o esperado no Brasil é 3,41 e internacionalmente, 3,80.

Fig 4 - Percentual de constelações positivas pelo grupo de sujeitos



N = 28

PTI = 21,4 %
CDI = 46,4 %
DEPI = 57,1 %

Tabela 5 - Resultados dos sujeitos do Gipsi quanto à positividade das constelações														
VARIÁVEL	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D1	D2
Lambda	0,64	1,16	0,54	2,35	0,39	0,89	22,00	0,67	1,00	1,00	1,11	1,00	0,59	0,78
P T I														
Pos ≥ 3	2,00	0,00	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00
XA%	0,61	0,68	0,57	0,49	0,68	0,82	0,59	0,90	0,64	0,64	0,84	0,80	0,67	0,75
WDA%	0,65	0,76	0,74	0,50	0,79	0,88	0,67	0,86	0,58	0,62	0,87	0,88	0,70	0,67
X-%	0,17	0,29	0,42	0,51	0,28	0,18	0,41	0,10	0,36	0,29	0,11	0,20	0,33	0,25
Nível 2	3,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	4,00	1,00
Sum6	10,00	3,00	7,00	3,00	2,00	0,00	0,00	11,00	10,00	2,00	0,00	0,00	9,00	1,00
Wsum6	45,00	8,00	15,00	10,00	5,00	0,00	0,00	6,00	3,00	1,00	0,00	0,00	30,00	7,00
M-	0,00	1,00	4,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00
M	2,00	10,00	7,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	2,00	4,00	2,00
R	23,00	41,00	40,00	57,00	25,00	17,00	22,00	20,00	14,00	14,00	19,00	30,00	27,00	16,00
C D I														
Pos ≥ 4	1,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	5,00	3,00	5,00	3,00	2,00	2,00	5,00
EA ↑	10,50	11,50	11,00	4,00	6,00	5,00	0,00	5,00	5,00	1,50	2,50	6,50	4,50	4,00
Nota D	0,00	1,00	-3,00	-2,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	-1,00	-4,00	-1,00
Adj. D	0,00	1,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	0,00	-4,00	-1,00
WSumC	8,50	1,50	4,00	4,00	4,00	1,00	0,00	3,00	1,00	1,50	0,50	4,50	0,50	2,00
COP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00
AG	2,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	4,00	0,00
Afr ↓	0,53	0,52	1,00	0,68	0,39	0,31	0,29	0,43	0,75	0,56	0,46	0,67	0,42	0,33
a	4,00	6,00	5,00	0,00	3,00	2,00	0,00	0,00	4,00	2,00	3,00	3,00	14,00	3,00
p	3,00	11,00	10,00	1,00	4,00	5,00	0,00	8,00	2,00	0,00	4,00	3,00	1,00	2,00
H	2,00	9,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	2,00	2,00	2,00	0,00
SumT	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Fd	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
Isolate	0,13	0,15	0,28	0,04	0,16	0,24	0,09	0,05	0,07	0,43	0,53	0,20	0,19	0,38
D E P I														
Pos ≥ 5	6,00	5,00	5,00	5,00	6,00	2,00	5,00	4,00	5,00	5,00	2,00	4,00	5,00	5,00
SumV	0,00	1,00	1,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00
FD	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cor-SH	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00
S	1,00	3,00	6,00	7,00	4,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	0,00	3,00	5,00	2,00
ego	0,39	0,41	0,35	0,40	0,40	0,47	0,18	0,50	0,43	0,07	0,68	0,53	0,41	0,25
Afr ↓	0,53	0,52	1,00	0,68	0,39	0,31	0,29	0,43	0,75	0,56	0,46	0,67	0,42	0,33
Blends	4,00	0,00	8,00	0,00	6,00	2,00	0,00	0,00	3,00	0,00	2,00	6,00	4,00	3,00
SumC'	3,00	0,00	4,00	3,00	4,00	2,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	2,00
Sum SH	5,00	1,00	13,00	10,00	10,00	2,00	0,00	1,00	1,00	3,00	1,00	6,00	5,00	5,00
FM+m	5,00	7,00	8,00	1,00	5,00	4,00	0,00	6,00	2,00	2,00	5,00	4,00	11,00	3,00
MOR	4,00	3,00	6,00	6,00	4,00	0,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	3,00	2,00	3,00
FrrF	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	3,00	0,00	0,00
Intelec.	7,00	2,00	2,00	6,00	8,00	0,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	1,00
COP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00
Isolate	0,13	0,15	0,28	0,04	0,16	0,24	0,09	0,05	0,07	0,43	0,53	0,20	0,19	0,38
es ↓	10,00	8,00	21,00	11,00	15,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	10,00	16,00	8,00
Adj. es	9,00	8,00	13,00	6,00	11,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	7,00	15,00	7,00
m	1,00	1,00	2,00	0,00	3,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2,00	1,00
SumY	2,00	0,00	8,00	6,00	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	4,00	1,00	2,00
Demais variáveis														
GHR	2,00	8,00	1,00	2,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	0,00	2,00	2,00	1,00	0,00
PHR	7,00	3,00	10,00	3,00	5,00	1,00	2,00	2,00	3,00	0,00	3,00	1,00	8,00	3,00
Mo	0,00	6,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Mu	0,00	3,00	3,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
FQu	5,00	15,00	16,00	23,00	9,00	4,00	4,00	8,00	4,00	6,00	7,00	16,00	9,00	6,00
A	8,00	13,00	12,00	7,00	6,00	6,00	13,00	8,00	5,00	7,00	9,00	11,00	15,00	5,00
Ad	3,00	9,00	5,00	10,00	0,00	1,00	0,00	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	1,00

Tabela 5 (cont.) - Resultados dos sujeitos do Gipsi quanto à positividade das constelações														
VARIÁVEL	D3	D4	E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	F4	G1	G2	G3	G4
Lambda	1,43	0,44	0,89	0,60	0,05	0,89	0,71	1,00	2,75	7,50	0,50	0,57	2,60	0,92
P T I														
Pos ≥ 3	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	0,00
XA%	0,82	0,96	0,88	0,67	0,90	0,82	0,67	0,83	0,73	0,65	0,63	0,85	0,72	0,76
WDA%	0,92	0,94	0,93	0,71	0,93	0,80	0,71	0,85	0,77	0,65	0,71	0,91	0,81	0,83
X-%	0,18	0,40	0,12	0,33	0,50	0,12	0,33	0,17	0,27	0,35	0,30	0,15	0,28	0,24
Nível 2	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00
Sum6	2,00	1,00	1,00	7,00	2,00	0,00	18,00	2,00	3,00	1,00	4,00	6,00	3,00	3,00
Wsum6	5,00	7,00	3,00	19,00	5,00	0,00	7,00	5,00	13,00	7,00	14,00	2,00	2,00	10,00
M-	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00
M	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	6,00	2,00	3,00
R	17,00	23,00	17,00	24,00	20,00	17,00	24,00	18,00	15,00	17,00	27,00	33,00	18,00	25,00
C D I														
Pos ≥ 4	4,00	5,00	4,00	3,00	3,00	5,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00
EA ↑	1,00	4,50	3,50	2,00	4,00	3,00	2,00	6,00	2,00	1,00	6,50	9,00	2,00	4,00
Nota D	-1,00	-4,00	0,00	-6,00	-5,00	-1,00	-5,00	0,00	0,00	0,00	-2,00	-1,00	0,00	-2,00
Adj. D	-1,00	-2,00	0,00	-3,00	1,00	-1,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-2,00
WSumC	0,00	1,50	1,50	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	0,00	5,50	3,00	0,00	1,00
COP	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
AG	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
Afr ↓	0,42	0,35	0,55	0,71	0,43	0,31	0,71	0,38	0,36	0,31	0,35	0,43	0,38	0,39
a	1,00	4,00	4,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	4,00	1,00	1,00
p	3,00	6,00	3,00	9,00	4,00	n	8,00	5,00	2,00	0,00	4,00	7,00	3,00	7,00
H	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	3,00	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00
SumT	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
Fd	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
Isolate	0,00	0,61	0,24	0,21	0,15	0,47	0,21	0,06	0,00	0,12	0,15	0,12	0,06	0,08
D E P I														
Pos ≥ 5	3,00	4,00	3,00	4,00	5,00	5,00	5,00	4,00	3,00	4,00	6,00	5,00	4,00	7,00
SumV	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00
FD	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
Cor-SH	0,00	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00
S	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	4,00	3,00	3,00	0,00
ego	0,29	0,35	0,18	0,46	0,45	0,18	0,50	0,61	0,20	0,24	0,41	0,33	0,28	0,52
Afr ↓	0,42	0,35	0,55	0,71	0,43	0,31	0,71	0,38	0,36	0,31	0,35	0,43	0,38	0,39
Blends	0,00	4,00	1,00	6,00	5,00	2,00	6,00	4,00	0,00	1,00	5,00	4,00	0,00	3,00
SumC'	0,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	3,00	0,00	2,00
Sum SH	3,00	9,00	1,00	9,00	14,00	4,00	9,00	4,00	1,00	2,00	8,00	8,00	0,00	6,00
FM+m	3,00	7,00	5,00	9,00	5,00	4,00	8,00	2,00	1,00	0,00	6,00	5,00	2,00	5,00
MOR	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	5,00	2,00	0,00	4,00
Fr/rF	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
Intelec.	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,00	9,00	2,00	0,00	6,00
COP	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
Isolate	0,00	0,61	0,24	0,21	0,15	0,47	0,21	0,06	0,00	0,12	0,15	0,12	0,06	0,08
es ↓	6,00	16,00	6,00	18,00	19,00	8,00	17,00	6,00	2,00	2,00	14,00	13,00	2,00	11,00
Adj. es	5,00	10,00	6,00	11,00	8,00	6,00	10,00	5,00	2,00	2,00	8,00	11,00	2,00	10,00
m	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00	0,00
SumY	2,00	6,00	0,00	7,00	12,00	1,00	7,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	0,00	2,00
Demais variáveis														
GHR	2,00	3,00	1,00	0,00	4,00	2,00	0,00	4,00	3,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00
PHR	0,00	2,00	1,00	7,00	3,00	0,00	7,00	5,00	3,00	2,00	7,00	6,00	3,00	3,00
Mo	1,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	3,00
Mu	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00
FQu	4,00	7,00	9,00	6,00	7,00	7,00	6,00	6,00	5,00	2,00	9,00	15,00	3,00	7,00
A	9,00	10,00	6,00	14,00	6,00	4,00	15,00	5,00	5,00	10,00	7,00	12,00	9,00	13,00
Ad	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	3,00

Fig. 5 - Sujeitos do GIPSI e marcações na constelação de PTI

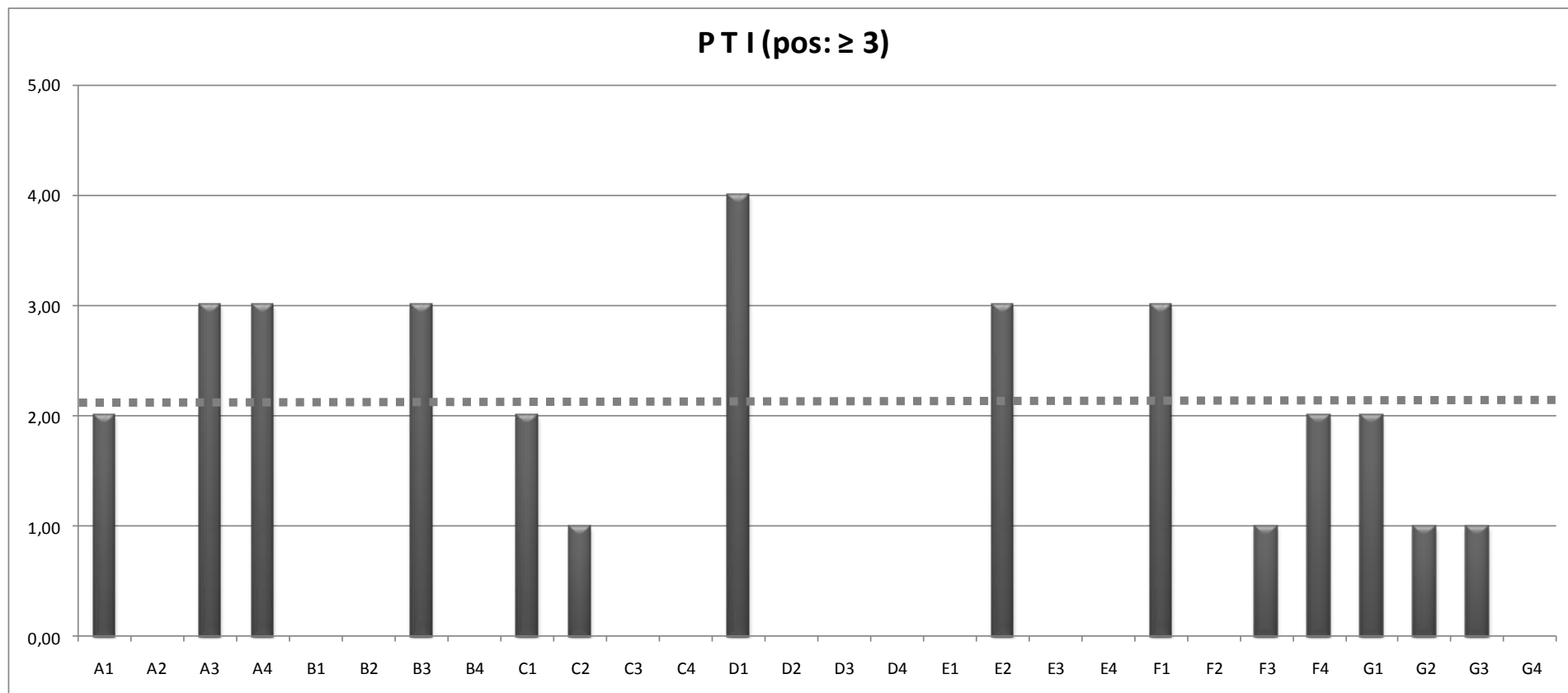


Fig. 6 - Sujeitos do GIPSI e marcações na constelação de CDI

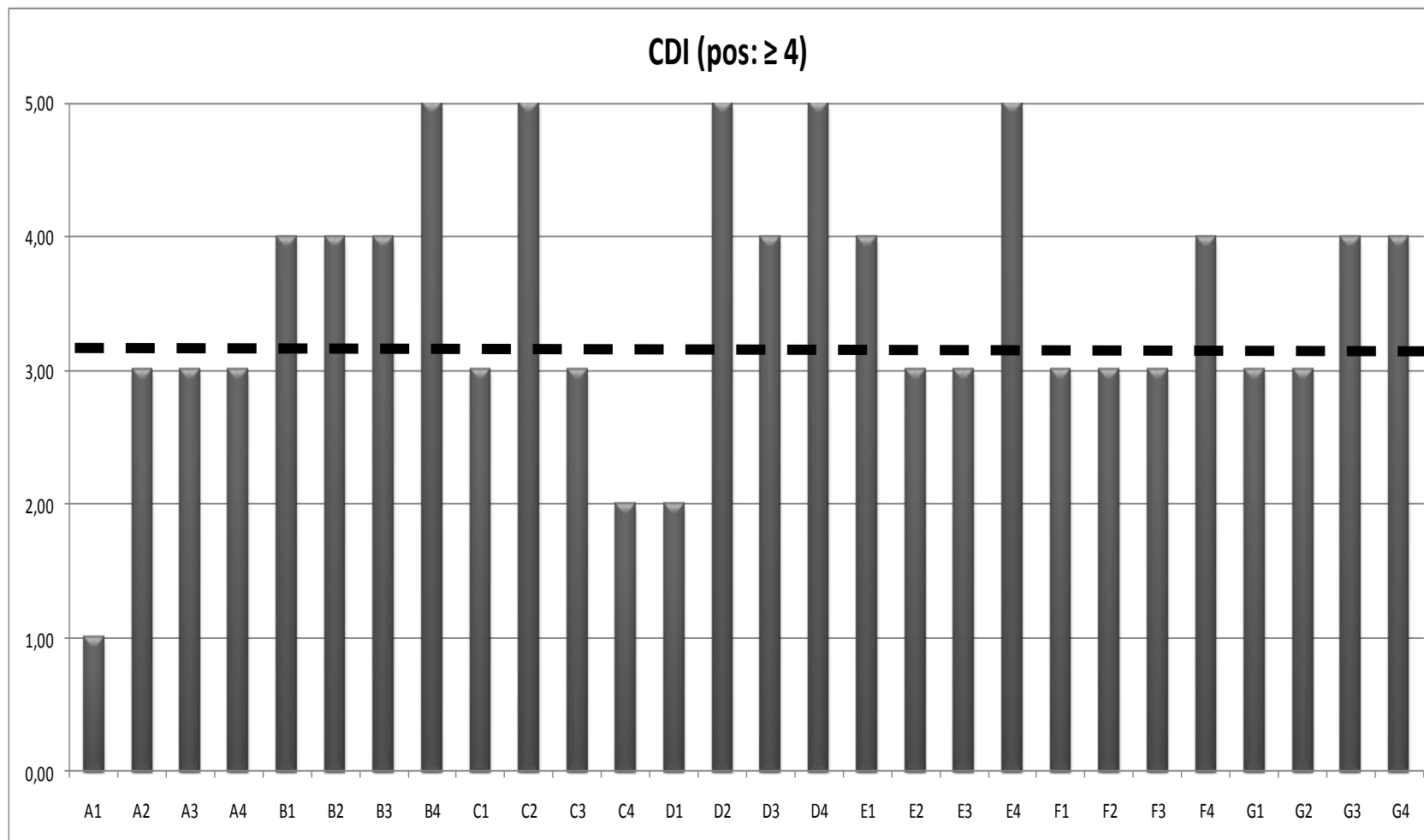
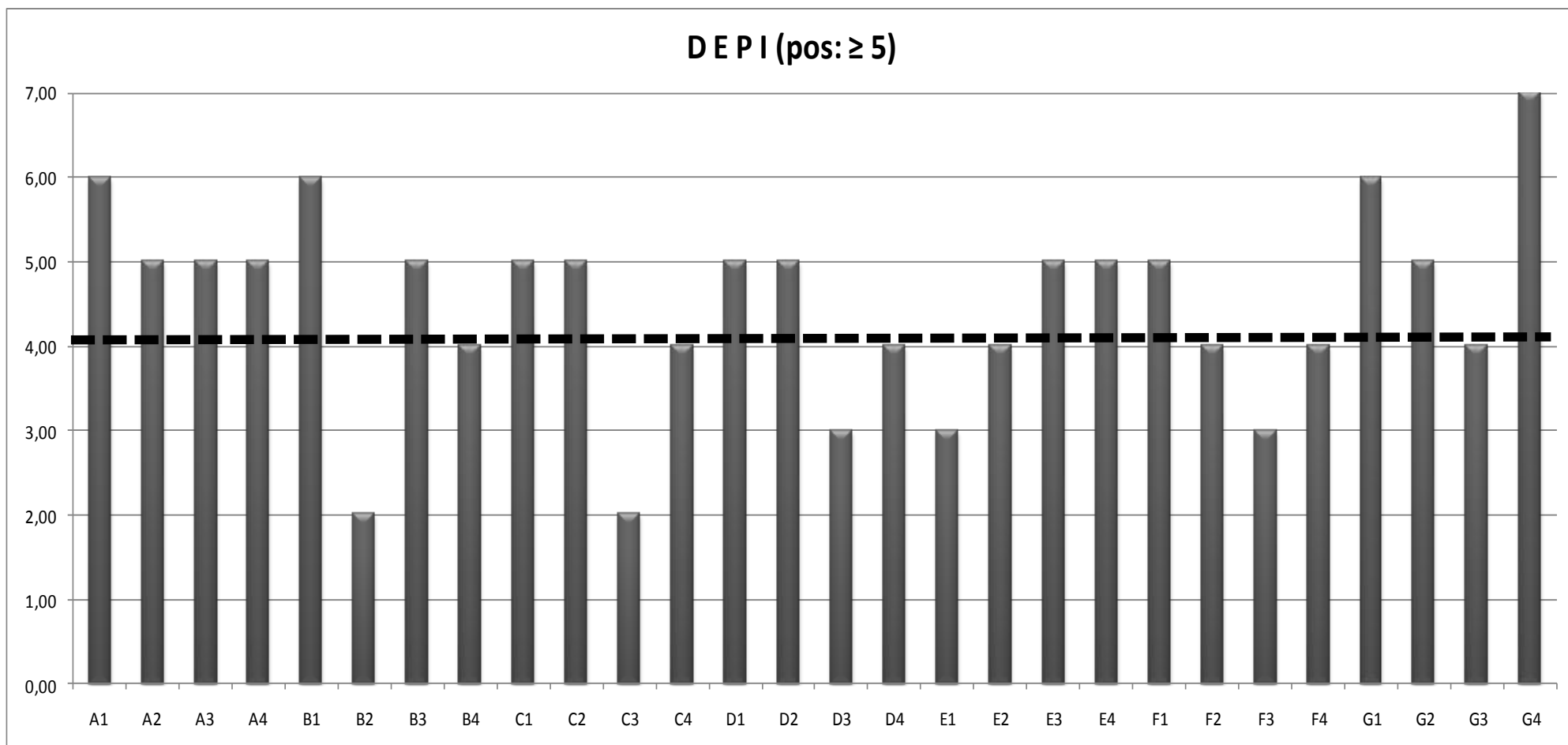


Fig. 7 - Sujeitos do GIPSI e marcações na constelação de DEPI



4.2.1 - COMPARAÇÃO DOS DADOS DE PTI DO GRUPO COM A TABELA DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS INTERNADOS (Exner, 1999).

PEI - A comparação da tabela com os protocolos dos sujeitos, foi feita considerando-se as variáveis da constelação de PTI.

Sobre a constelação PTI, vale ressaltar que a despeito da presença de algumas variáveis alteradas em um protocolo, são necessárias ao menos três delas para que ela seja positivada (ver tabela de constelações).

A primeira variável analisada em PTI é **R** (número de respostas). Pelos dados normativos pode-se esperar uma média de vinte e três respostas, sendo o mínimo, quatorze. Na constelação PTI, R deve ser maior que 16,00. Em nossa amostra, apenas 7,1% apresentaram 14,00 respostas e 3,6% apresentaram 15,00 respostas. Neste aspecto, vinte e três protocolos encontraram-se dentro do esperado.

Para **Lambda**, aceita-se como valor médio, nestes casos, 1,57. Utilizando-se o desvio padrão, observa-se que o afastamento da média, para mais, ocorre a partir de 5,04 e neste caso, tivemos apenas 7,1% com os valores atípicos de 7,50 e 22,00, respectivamente. Entretanto, vale salientar que 42,9% apresentaram Lambda acima de 1,00 o que os coloca na faixa do **estilo evitativo**.

No caso das variáveis **XA%** e **WDA%** (Meyer, 2007) foram encontrados dados discrepantes em 35,7% dos protocolos, com valores inferiores a 0,70 e 0,75, respectivamente. Este fato é compreendido ao se notar a elevação de **X-%** para valores mais altos que 0,29 em 32,1% dos sujeitos.

Códigos especiais de nível dois (**Lvl.2**) foram encontrados em apenas 7,1% dos casos. Já **R<17 & WSum6>12** foi encontrado em 3,6% e **R>16 & WSum6>17** também ocorreu em 3,6%.

M->1 e **X-%>40** foram encontrados em apenas 14,3% dos casos.

Tabela 6 - PEI / Resultados dos sujeitos em comparação com as estatísticas descritivas de pacientes esquizofrênicos internados

VARIÁVEL	DP	MIN	MÉD.	MAX	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D1	D2
Age	17,72	19,00	28,80	49,00	33,00	22,00	24,00	32,00	21,00	18,00	25,00	34,00	20,00	15,00	19,00	25,00	51,00	40,00
Educ.	4,92	7,00	11,72	19,00	15,00	13,00	17,00	15,00	13,00	10,00	13,00	15,00	12,00	10,00	11,00	13,00	15,00	8,00
R	8,66	14,00	23,44	45,00	23,00	41,00	40,00	57,00	25,00	17,00	22,00	20,00	14,00	14,00	19,00	30,00	27,00	16,00
Lambda	3,47	0,05	1,57	29,00	0,64	1,16	0,54	2,35	0,39	0,89	22,00	0,67	1,00	1,00	1,11	1,00	0,59	0,78
XA%*	0,18	0,00	0,70	0,99	0,61	0,68	0,57	0,49	0,68	0,82	0,59	0,90	0,64	0,64	0,84	0,80	0,67	0,75
WDA%*	0,16	0,00	0,75	0,89	0,65	0,76	0,74	0,50	0,79	0,88	0,67	0,86	0,58	0,62	0,87	0,88	0,70	0,67
X-%	0,14	0,00	0,37	0,72	0,17	0,29	0,42	0,51	0,28	0,18	0,41	0,10	0,36	0,29	0,11	0,20	0,33	0,25
Nivel 2	[4,92]	0,00	5,18	25,00	3,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	4,00	1,00
Sum6	3,23	0,00	5,07	15,00	10,00	3,00	7,00	3,00	2,00	0,00	0,00	11,00	10,00	2,00	0,00	0,00	9,00	1,00
Wsum6	35,40	0,00	44,69	173,00	45,00	8,00	15,00	10,00	5,00	0,00	0,00	6,00	3,00	1,00	0,00	0,00	30,00	7,00
M-	[2,46]	0,00	2,42	10,00	0,00	1,00	4,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00
EA ↑	5,39	2,00	8,63	24,00	10,50	11,50	11,00	4,00	6,00	5,00	0,00	5,00	5,00	1,50	2,50	6,50	4,50	4,00
es ↓	5,99	3,00	8,27	28,00	10,00	8,00	21,00	11,00	15,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	10,00	16,00	8,00
Adj. es	5,87	2,00	6,27	26,00	9,00	8,00	13,00	6,00	11,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	7,00	15,00	7,00
Nota D	1,58	-7,00	0,14	4,00	0,00	1,00	-3,00	-2,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	-1,00	-4,00	-1,00
Adj. D	1,45	-4,00	0,69	4,00	0,00	1,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	0,00	-4,00	-1,00
FM+m	2,92	0,00	3,59	15,00	5,00	7,00	8,00	1,00	5,00	4,00	0,00	6,00	2,00	2,00	5,00	4,00	11,00	3,00
m	1,17	0,00	1,18	5,00	1,00	1,00	2,00	0,00	3,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2,00	1,00
SumV	[1,20]	0,00	0,60	7,00	0,00	1,00	1,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00
SumY	[2,62]	0,00	2,12	9,00	2,00	0,00	8,00	6,00	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	4,00	1,00	2,00
SumC'	[1,57]	0,00	1,50	6,00	3,00	0,00	4,00	3,00	4,00	2,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	2,00
SumT	[0,99]	0,00	0,46	7,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Sum SH	4,51	0,00	3,39	23,00	5,00	1,00	13,00	10,00	10,00	2,00	0,00	1,00	1,00	3,00	1,00	6,00	5,00	5,00
MOR	[1,71]	0,00	1,47	7,00	4,00	3,00	6,00	6,00	4,00	0,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	3,00	2,00	3,00
Cor-SH	[1,26]	0,00	0,67	7,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00
COP	1,03	0,00	0,81	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00
AG	1,85	0,00	1,26	9,00	2,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	4,00	0,00
Afr ↓	0,20	0,18	0,52	1,25	0,53	0,52	1,00	0,68	0,39	0,31	0,29	0,43	0,75	0,56	0,46	0,67	0,42	0,33
WSumC	2,23	0,00	2,63	10,50	8,50	1,50	4,00	4,00	4,00	1,00	0,00	3,00	1,00	1,50	0,50	4,50	0,50	2,00
Fd	[0,67]	0,00	0,32	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
H	2,44	0,00	3,17	9,00	2,00	9,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	2,00	2,00	2,00	0,00
Pares - 2	4,90	0,00	8,53	29,00	9,00	17,00	5,00	23,00	10,00	5,00	4,00	10,00	3,00	1,00	7,00	7,00	11,00	4,00
Cg	1,88	0,00	1,83	9,00	1,00	4,00	3,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	3,00	0,00
GHR		0,00	2,00		2,00	8,00	1,00	2,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	0,00	2,00	2,00	1,00	0,00
PHR		0,00	5,00		7,00	3,00	10,00	3,00	5,00	1,00	2,00	2,00	3,00	0,00	3,00	1,00	8,00	3,00
Isolate	0,13	0,00	0,15	0,54	0,13	0,15	0,28	0,04	0,16	0,24	0,09	0,05	0,07	0,43	0,53	0,20	0,19	0,38
ego	0,18	0,10	0,38	0,75	0,39	0,41	0,35	0,40	0,40	0,47	0,18	0,50	0,43	0,07	0,68	0,53	0,41	0,25
FrirF	[0,48]	0,00	0,17	2,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	3,00	0,00	0,00
a	3,94	0,00	5,51	16,00	4,00	6,00	5,00	0,00	3,00	2,00	0,00	0,00	4,00	2,00	3,00	3,00	14,00	3,00
p	3,28	0,00	4,25	14,00	3,00	11,00	10,00	1,00	4,00	5,00	0,00	8,00	2,00	0,00	4,00	3,00	1,00	2,00
Intelec.	1,88	0,00	1,32	8,00	7,00	2,00	2,00	6,00	8,00	0,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Blends	3,97	0,00	4,28	19,00	4,00	0,00	8,00	0,00	6,00	2,00	0,00	0,00	3,00	0,00	2,00	6,00	4,00	3,00
Pop	2,08	1,00	4,67	10,00	4,00	4,00	2,00	1,00	4,00	7,00	5,00	4,00	4,00	2,00	5,00	5,00	4,00	4,00
FD	[1,08]	0,00	0,60	6,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
M	4,33	0,00	6,00	16,00	2,00	10,00	7,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	2,00	4,00	2,00
Ma	2,76	0,00	3,38	10,00	0,00	3,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Mp	2,54	0,00	2,75	9,00	2,00	7,00	4,00	0,00	2,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
M+	0,29	0,00	0,05	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	1,96	0,00	2,40	7,00	0,00	6,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Mu	1,17	0,00	1,06	5,00	0,00	3,00	3,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
Mnone	0,25	0,00	0,07	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-%	[0,22]	0,00	0,20	0,83	0,00	0,80	0,12	0,14	0,43	0,33	0,33	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	1,00	0,00
Zf	5,21	2,00	12,00	26,00	6,00	14,00	18,00	3,00	16,00	9,00	16,00	4,00	9,00	9,00	14,00	11,00	17,00	6,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	4,93	-11,50	1,33	13,50	3,50	-4,50	-5,00	3,00	-1,00	-0,50	-13,00	3,00	-1,50	1,50	-7,50	0,00	1,00	2,00
H+Hd+(H)+(Hd)	4,19	0,00	7,41	21,00	5,00	11,00	10,00	5,00	4,00	6,00	3,00	2,00	5,00	0,00	3,00	3,00	5,00	3,00
A	3,53	3,00	8,21	27,00	8,00	13,00	12,00	7,00	6,00	6,00	13,00	8,00	5,00	7,00	9,00	11,00	15,00	5,00
Ad	[1,88]	0,00	2,03	10,00	3,00	9,00	5,00	10,00	0,00	1,00	0,00	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	1,00
(A)	[0,85]	0,00	0,53	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
(Ad)	[0,62]	0,00	0,27	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	5,11	0,00	8,79	22,00	5,00	7,00	11,00	3,00	16,00	6,00	10,00	2,00	9,00	10,00	10,00	6,00	6,00	5,00
D	6,47	0,00	9,79	32,00	12,00	22,00	12,00	29,00	3,00	10,00	8,00	12,00	3,00	3,00	6,00	11,00	17,00	7,00
Dd	[5,04]	0,00	4,86	21,00	6,00	12,00	17,00	25,00	6,00	1,00	4,00	6,00	2,00	1,00	3,00	13,00	4,00	4,00
S	[2,49]	0,00	2,77	10,00	1,00	3,00	6,00	7,00	4,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	0,00	3,00	5,00	2,00
DQ+	4,32	0,00	6,93	20,00	4,00	9,00	8,00	0,00	7,00	3,00	2,00	1,00	5,00	10,00	8,00	7,00	11,00	2,00
DQo	7,80	3,00	14,87	42,00	14,00	30,00	32,00	49,00	12,00	12,00	20,00	19,00	8,00	0,00	8,00	20,00	16,00	11,00
DQv	[1,74]	0,00	1,43	8,00	4,00	2,00	0,00	8,00	5,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	2,00	2,00	0,00	3,00
DQv+	[0,45]	0,00	0,21	2,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00
FQ+	0,31	0,00	0,07	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
FQo	3,39	2,00	8,92	18,00	9,00	13,00	7,00	5,00	8,00	10,00	9,00	10,00	5,00	3,00	9,00	8,00	8,00	6,00

Tabela 6 (cont.) - PEI / Resultados dos sujeitos em comparação com as estatísticas descritivas de pacientes esquizofrênicos internados																		
VARIÁVEL	DP	MIN	MÉD.	MAX	D3	D4	E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	F4	G1	G2	G3	G4
Age	17,72	19,00	28,80	49,00	29,00	52,00	24,00	43,00	49,00	25,00	22,00	36,00	19,00	18,00	25,00	25,00	26,00	45,00
Educ.	4,92	7,00	11,72	19,00	12,00	11,00	13,00	11,00	17,00	12,00	11,00	19,00	13,00	11,00	15,00	13,00	11,00	13,00
R	8,66	14,00	23,44	45,00	17,00	23,00	17,00	24,00	20,00	17,00	24,00	18,00	15,00	17,00	27,00	33,00	18,00	25,00
Lambda	3,47	0,05	1,57	29,00	1,43	0,44	0,89	0,60	0,05	0,89	0,71	1,00	2,75	7,50	0,50	0,57	2,60	0,92
XA% *	0,18	0,00	0,70	0,99	0,82	0,96	0,88	0,67	0,90	0,82	0,67	0,83	0,73	0,65	0,63	0,85	0,72	0,76
WDA% *	0,16	0,00	0,75	0,89	0,92	0,94	0,93	0,71	0,93	0,80	0,71	0,85	0,77	0,65	0,71	0,91	0,81	0,83
X-%	0,14	0,00	0,37	0,72	0,18	0,40	0,12	0,33	0,50	0,12	0,33	0,17	0,27	0,35	0,30	0,15	0,28	0,24
Nivel 2	[4,92]	0,00	5,18	25,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00
Sum6	3,23	0,00	5,07	15,00	2,00	1,00	1,00	7,00	2,00	0,00	18,00	2,00	3,00	1,00	4,00	6,00	3,00	3,00
Wsum6	35,40	0,00	44,69	173,00	5,00	7,00	3,00	19,00	5,00	0,00	7,00	5,00	13,00	7,00	14,00	2,00	2,00	10,00
M-	[2,46]	0,00	2,42	10,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00
EA ↑	5,39	2,00	8,63	24,00	1,00	4,50	3,50	2,00	4,00	3,00	2,00	6,00	2,00	1,00	6,50	9,00	2,00	4,00
es ↓	5,99	3,00	8,27	28,00	6,00	16,00	6,00	18,00	19,00	8,00	17,00	6,00	2,00	2,00	14,00	13,00	2,00	11,00
Adj. es	5,87	2,00	6,27	26,00	5,00	10,00	6,00	11,00	8,00	6,00	10,00	5,00	2,00	2,00	8,00	11,00	2,00	10,00
Nota D	1,58	-7,00	0,14	4,00	-1,00	-4,00	0,00	-6,00	-5,00	-1,00	-5,00	0,00	0,00	0,00	-2,00	-1,00	0,00	-2,00
Adj. D	1,45	-4,00	0,69	4,00	-1,00	-2,00	0,00	-3,00	1,00	-1,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-2,00
FM+m	2,92	0,00	3,59	15,00	3,00	7,00	5,00	9,00	5,00	4,00	8,00	2,00	1,00	0,00	6,00	5,00	2,00	5,00
m	1,17	0,00	1,18	5,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00	0,00
SumV	[1,20]	0,00	0,60	7,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00
SumY	[2,62]	0,00	2,12	9,00	2,00	6,00	0,00	7,00	12,00	1,00	7,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	0,00	2,00
SumC'	[1,57]	0,00	1,50	6,00	0,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	3,00	0,00	2,00
SumT	[0,99]	0,00	0,46	7,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
Sum SH	4,51	0,00	3,39	23,00	3,00	9,00	1,00	9,00	14,00	4,00	9,00	4,00	1,00	2,00	8,00	8,00	0,00	6,00
MOR	[1,71]	0,00	1,47	7,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	5,00	2,00	0,00	4,00
Cor-SH	[1,26]	0,00	0,67	7,00	0,00	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00
COP	1,03	0,00	0,81	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
AG	1,85	0,00	1,26	9,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
Afr ↓	0,20	0,18	0,52	1,25	0,42	0,35	0,55	0,71	0,43	0,31	0,71	0,38	0,36	0,31	0,35	0,43	0,38	0,39
WSumC	2,23	0,00	2,63	10,50	0,00	1,50	1,50	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	0,00	5,50	3,00	0,00	1,00
Fd	[0,67]	0,00	0,32	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
H	2,44	0,00	3,17	9,00	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	3,00	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00
Pares - 2	4,90	0,00	8,53	29,00	5,00	8,00	3,00	11,00	6,00	3,00	0,00	11,00	3,00	4,00	11,00	8,00	5,00	13,00
Cg	1,88	0,00	1,83	9,00	1,00	2,00	3,00	1,00	1,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
GHR		0,00	2,00		2,00	3,00	1,00	0,00	4,00	2,00	0,00	4,00	3,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00
PHR		0,00	5,00		0,00	2,00	1,00	7,00	3,00	0,00	7,00	5,00	3,00	2,00	7,00	6,00	3,00	3,00
Isolate	0,13	0,00	0,15	0,54	0,00	0,61	0,24	0,21	0,15	0,47	0,21	0,06	0,00	0,12	0,15	0,12	0,06	0,08
ego	0,18	0,10	0,38	0,75	0,29	0,35	0,18	0,46	0,45	0,18	0,50	0,61	0,20	0,24	0,41	0,33	0,28	0,52
Fr/rF	[0,48]	0,00	0,17	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
a	3,94	0,00	5,51	16,00	1,00	4,00	4,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	4,00	1,00	1,00
p	3,28	0,00	4,25	14,00	3,00	6,00	3,00	9,00	4,00	3,00	8,00	5,00	2,00	0,00	4,00	7,00	3,00	7,00
Intelec.	1,88	0,00	1,32	8,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,00	9,00	2,00	0,00	6,00
Blends	3,97	0,00	4,28	19,00	0,00	4,00	1,00	6,00	5,00	2,00	6,00	4,00	0,00	1,00	5,00	4,00	0,00	3,00
Pop	2,08	1,00	4,67	10,00	4,00	6,00	5,00	5,00	4,00	3,00	5,00	5,00	4,00	5,00	3,00	3,00	3,00	4,00
FD	[1,08]	0,00	0,60	6,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
M	4,33	0,00	6,00	16,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	6,00	2,00	3,00
Ma	2,76	0,00	3,38	10,00	1,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00
Mp	2,54	0,00	2,75	9,00	0,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	2,00	0,00	1,00	2,00	2,00	2,00
M+	0,29	0,00	0,05	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	1,96	0,00	2,40	7,00	1,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	3,00
Mu	1,17	0,00	1,06	5,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00
Mnone	0,25	0,00	0,07	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-%	[0,22]	0,00	0,20	0,83	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,12	0,12	0,00	0,00	0,17	0,37	0,00	0,20	0,00
Zf	5,21	2,00	12,00	26,00	9,00	8,00	8,00	13,00	9,00	10,00	13,00	9,00	10,00	10,00	15,00	18,00	8,00	5,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	4,93	-11,50	1,33	13,50	-2,50	1,50	0,00	-1,50	-1,50	0,50	-1,50	3,00	-1,00	-9,50	0,00	-5,00	2,00	3,00
H+Hd+(H)+(Hd)	4,19	0,00	7,41	21,00	2,00	5,00	2,00	5,00	6,00	2,00	5,00	8,00	7,00	2,00	4,00	10,00	5,00	4,00
A	3,53	3,00	8,21	27,00	9,00	10,00	6,00	14,00	6,00	4,00	15,00	5,00	5,00	10,00	7,00	12,00	9,00	13,00
Ad	[1,88]	0,00	2,03	10,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	3,00
(A)	[0,85]	0,00	0,53	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(Ad)	[0,62]	0,00	0,27	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	5,11	0,00	8,79	22,00	7,00	3,00	5,00	6,00	3,00	11,00	6,00	5,00	8,00	9,00	16,00	11,00	7,00	1,00
D	6,47	0,00	9,79	32,00	6,00	13,00	9,00	15,00	11,00	4,00	15,00	8,00	5,00	8,00	5,00	12,00	9,00	17,00
Dd	[5,04]	0,00	4,86	21,00	4,00	7,00	3,00	3,00	6,00	2,00	3,00	5,00	2,00	0,00	6,00	10,00	2,00	7,00
S	[2,49]	0,00	2,77	10,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	4,00	3,00	3,00	0,00
DQ+	4,32	0,00	6,93	20,00	3,00	7,00	5,00	8,00	8,00	2,00	7,00	5,00	3,00	1,00	5,00	9,00	2,00	5,00
DQo	7,80	3,00	14,87	42,00	14,00	13,00	11,00	16,00	10,00	13,00	17,00	13,00	12,00	16,00	13,00	24,00	16,00	20,00
DQv	[1,74]	0,00	1,43	8,00	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,00	0,00	0,00	0,00
DQw+	[0,45]	0,00	0,21	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
FQ+	0,31	0,00	0,07	2,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FQo	3,39	2,00	8,92	18,00	10,00	15,00	6,00	7,00	11,00	7,00	10,00	9,00	6,00	9,00	8,00	13,00	10,00	12,00
FQu	3,17	0,00																

Figura 8. Distribuição de X-% entre os sujeitos do GIPSI em comparação a pacientes esquizofrênicos internados.

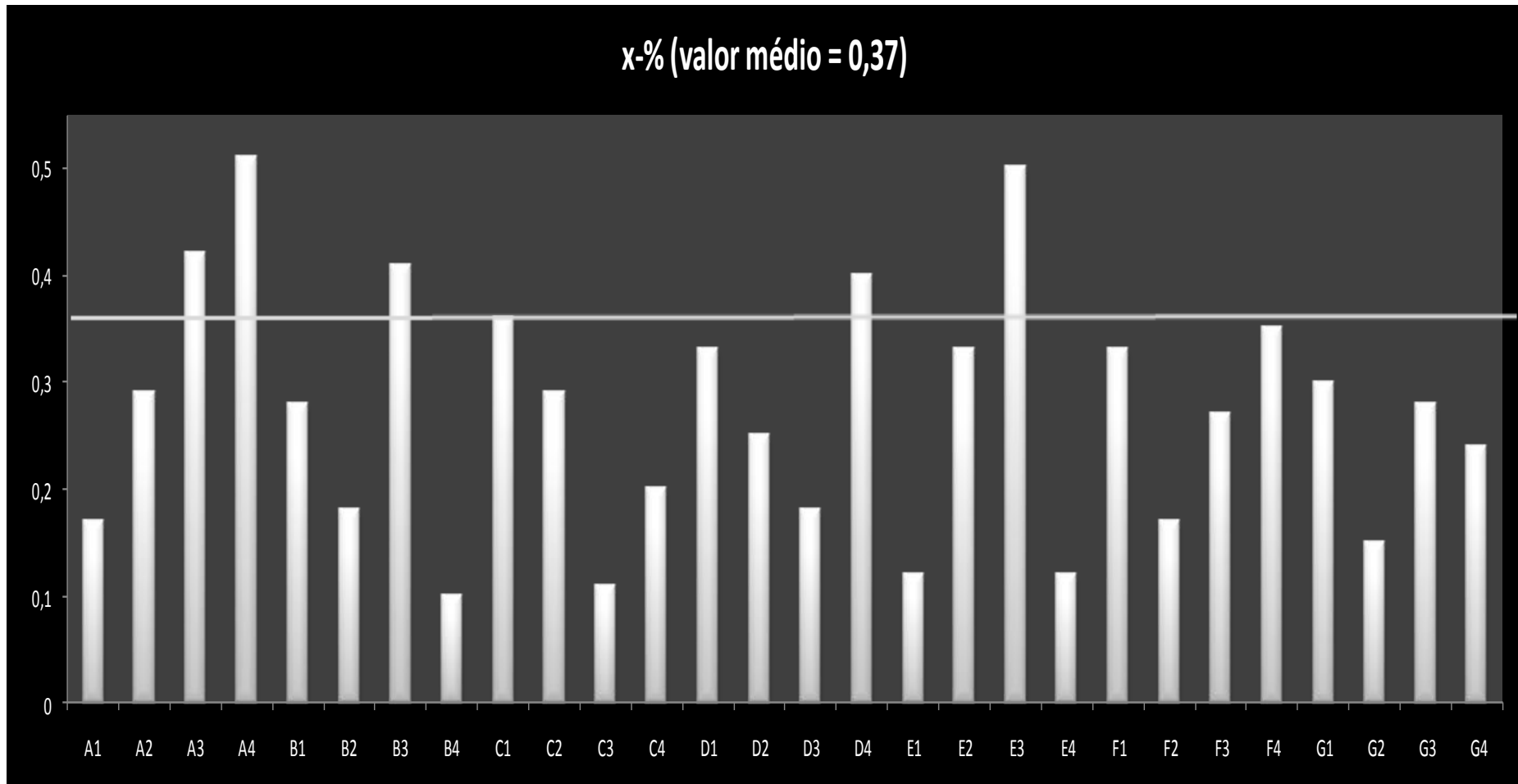


Figura 9. Distribuição de EA entre os sujeitos do GIPSI.

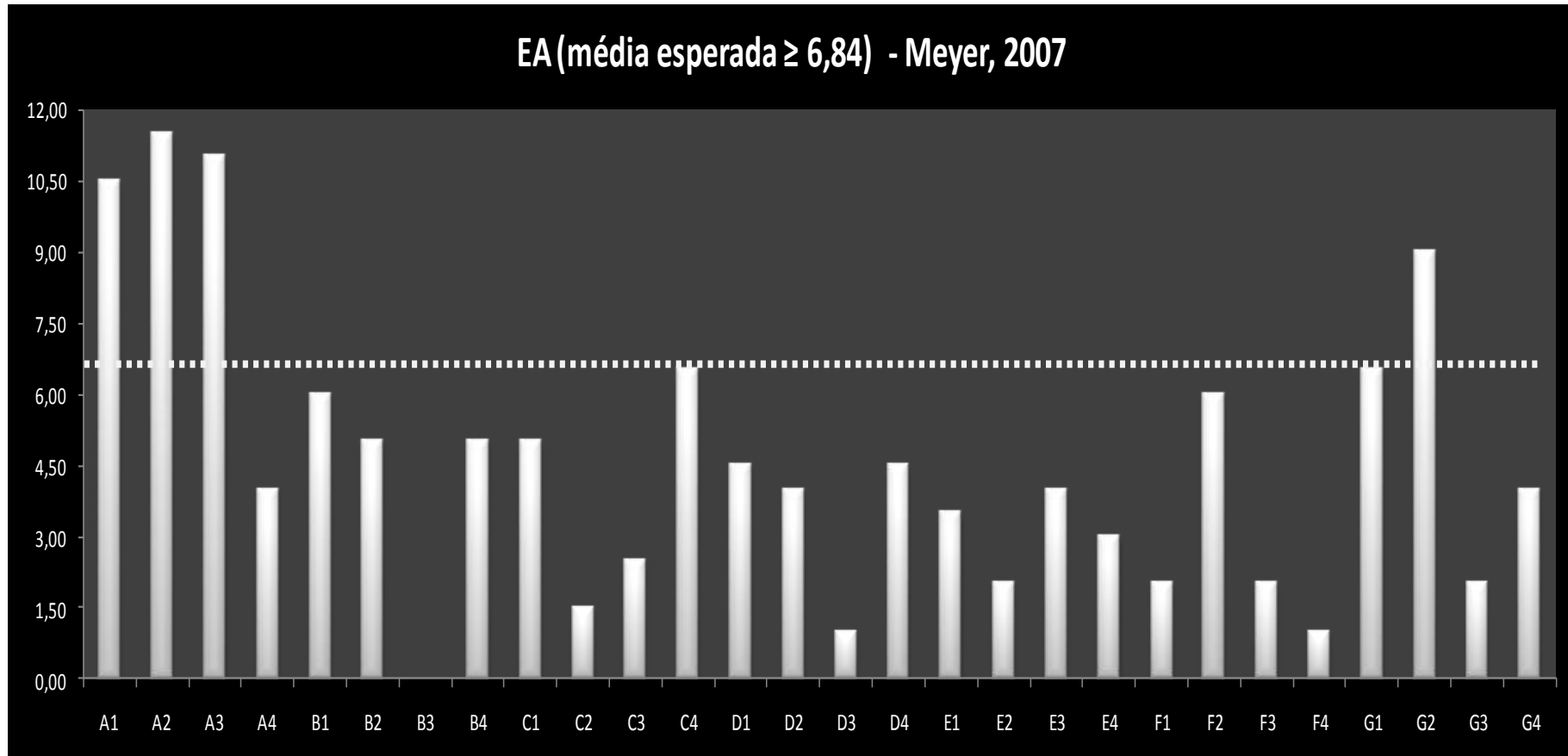


Figura 10 - Distribuição de Lambda entre os sujeitos do GIPSI

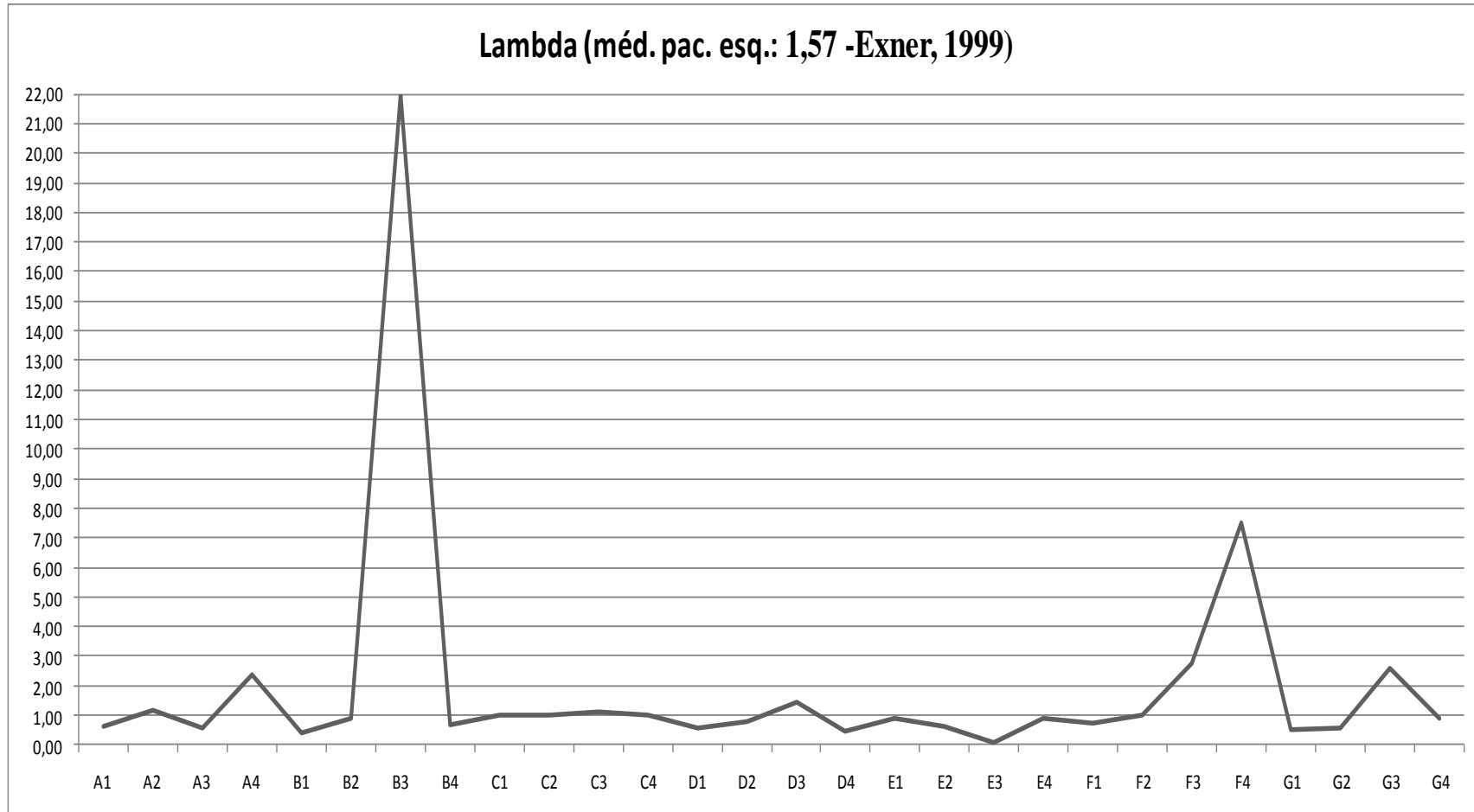


Figura 11. Valores de WSum6 dos sujeitos do GIPSI, em comparação com as médias esperadas para pacientes esquizofrênicos internados (Exner, 1999)

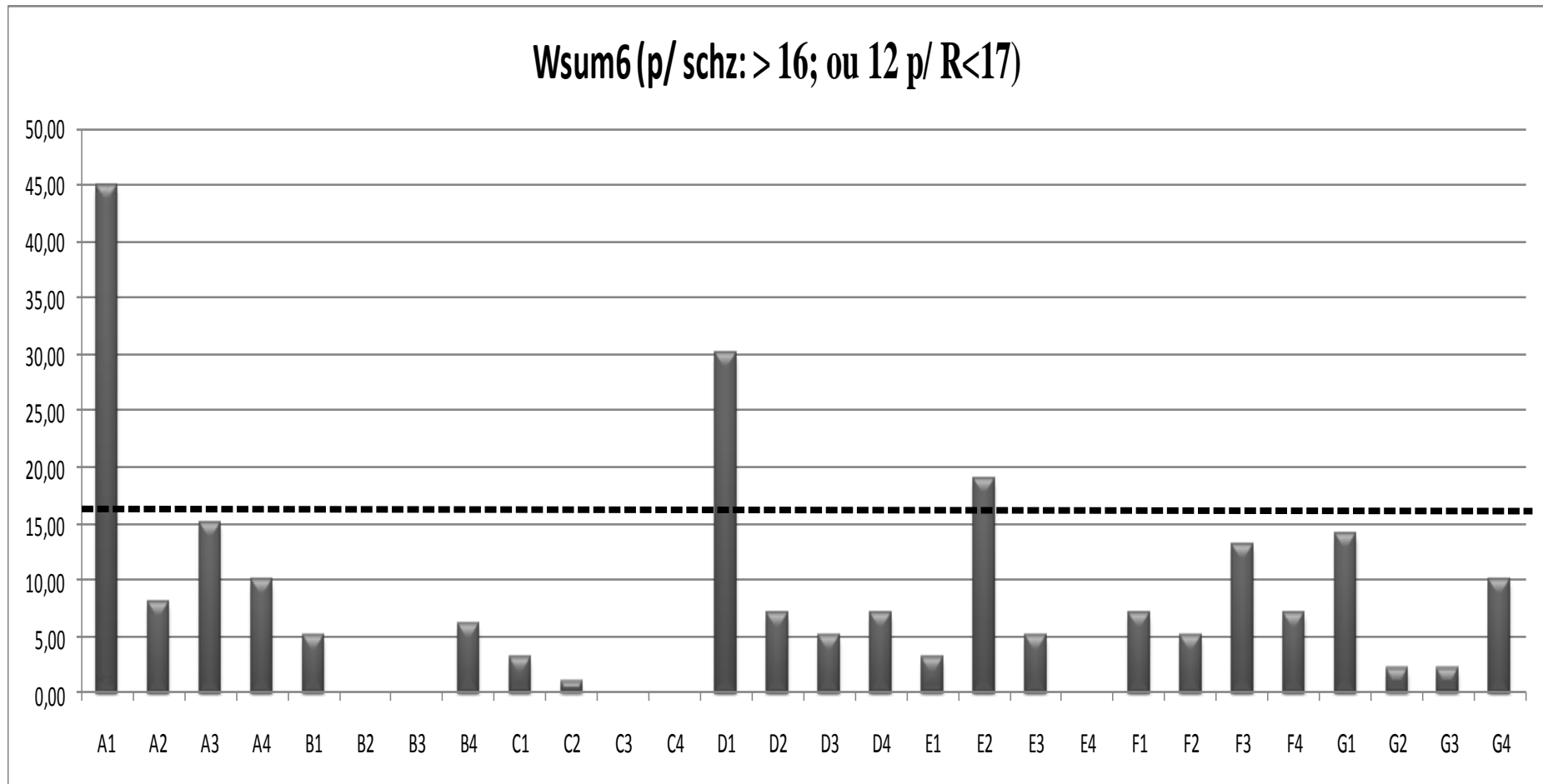
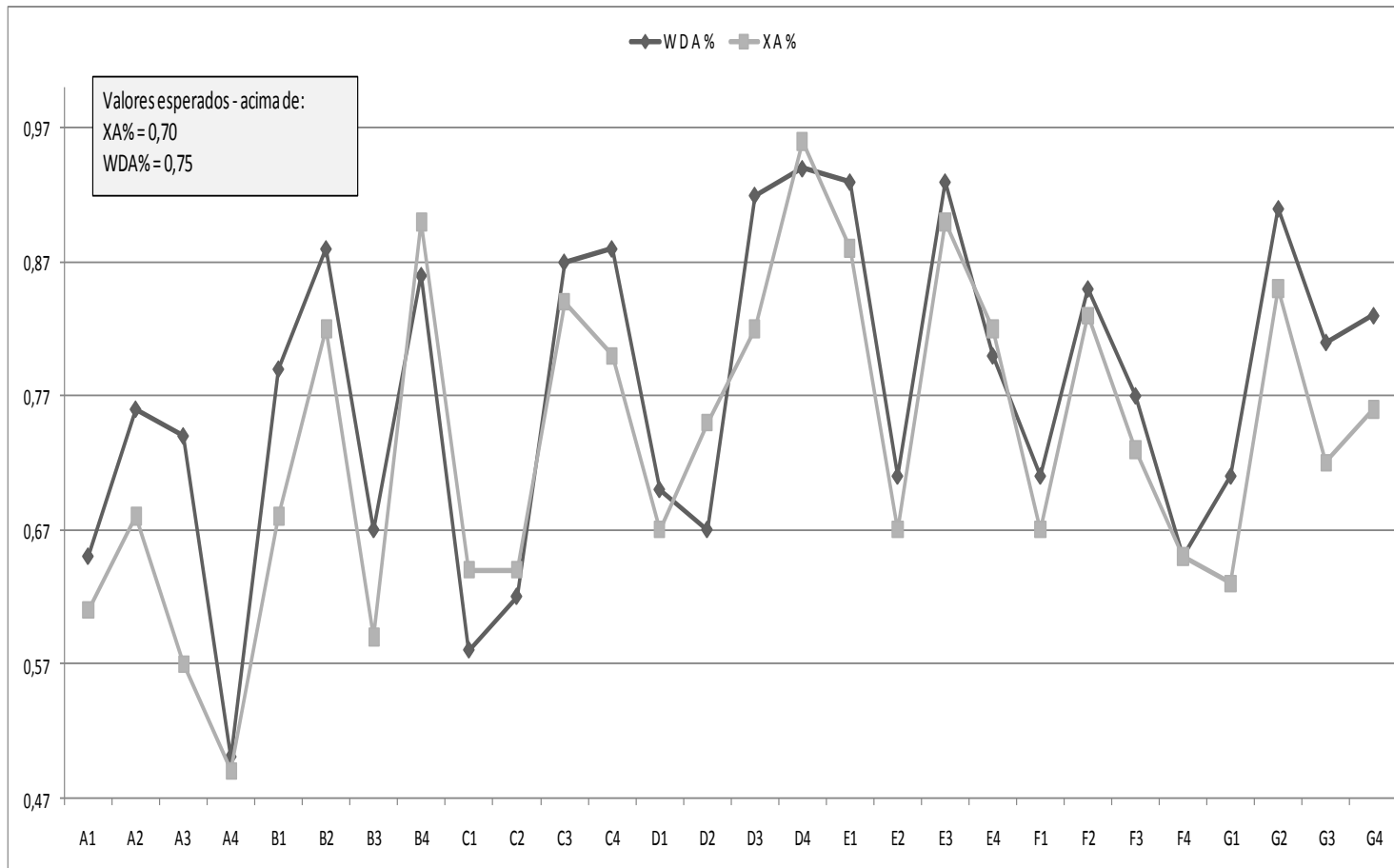


Figura 12. Índices XA% e WDA% dos sujeitos do GIPSI em comparação aos índices esperados em pacientes esquizofrênicos internados.



4.2.2 - COMPARAÇÃO DOS DADOS DEPI DO GRUPO COM A TABELA DE PACIENTES DEPRESSIVOS INTERNADOS.

PDI - A opção pela análise desta tabela de referência e pela análise da constelação DEPI originou-se do fato de boa parte dos sujeitos analisados apresentarem as variáveis componentes desta constelação, indicando sofrimento afetivo significativo.

Sum **V** e **FD**: dos 28 indivíduos avaliados, 35,7% apresentaram respostas de Vista (=1); destes, 10,7% apresentaram respostas de Vista com valores acima dos esperados para esta população (valores encontrados de 2 ou 3). No caso das respostas **FD**, 32,1% apresentaram-nas.

Respostas mistas envolvendo determinantes de cor associadas a respostas de sombreado (**SumC + SH**) foram encontradas em 39,3% dos sujeitos. Para marcar este item também é possível a opção **S>2**, que foi identificada em 50,0% dos casos.

O Índice de Egocentrismo (**Ego**) maior que 0,44 que deve ser associado às respostas de reflexo (**Fr+rF**) em valores iguais a zero, foi observado em 17,9% dos casos. Outra possibilidade para este mesmo item é o Índice de Egocentrismo (**Ego**) menor que 0,33 que foi encontrado em 32,1% dos casos.

O Índice de Afetividade (**Afr.**) mais baixo que 0,46, obteve 60,7% de ocorrências. Este item também pode ser positivado pela presença de Respostas **Blend** (mistas) em número menor que quatro, que foram vistas em 57,1% dos protocolos.

As respostas de sombreado (**SH**) em número maior que respostas (**FM+m**) de soma de movimento animal com movimento inanimado, totalizaram 50,0%. Outra possibilidade para este mesmo item é que (**Sum C'**) a soma de respostas de cor acromática - tenha valores maiores que dois, o que ocorreu em 28,6% das situações.

O Código Especial de Morbidez (**MOR**) em valores acima de dois foi encontrado em 35,7% das vezes, sendo que outra alternativa à posituação deste item, é o Índice de Intelectualização (**Intel.**) em valores superiores a três, o que foi observado em 25,0% dos casos.

Tabela 7 - PDI / Resultados dos sujeitos em comparação com as estatísticas descritivas de pacientes depressivos internados (Exner, 2003)																		
VARIÁVEL	DP	MIN	MÉD.	MAX	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D1	D2
Age	13,81	18,00	37,59	66,00	33,00	22,00	24,00	32,00	21,00	18,00	25,00	34,00	20,00	15,00	19,00	25,00	51,00	40,00
Educ.	5,53	8,00	11,92	20,00	15,00	13,00	17,00	15,00	13,00	10,00	13,00	15,00	12,00	10,00	11,00	13,00	15,00	8,00
R	8,52	14,00	22,70	41,00	23,00	41,00	40,00	57,00	25,00	17,00	22,00	20,00	14,00	14,00	19,00	30,00	27,00	16,00
Lambda	1,68	0,08	0,94	15,00	0,64	1,16	0,54	2,35	0,39	0,89	22,00	0,67	1,00	1,00	1,11	1,00	0,59	0,78
XA%		0,00	0,64		0,61	0,68	0,57	0,49	0,68	0,82	0,59	0,90	0,64	0,64	0,84	0,80	0,67	0,75
WDA%		0,00	0,69		0,65	0,76	0,74	0,50	0,79	0,88	0,67	0,86	0,58	0,62	0,87	0,88	0,70	0,67
X-%	0,10	0,00	0,20	0,44	0,17	0,29	0,42	0,51	0,28	0,18	0,41	0,10	0,36	0,29	0,11	0,20	0,33	0,25
Nivel 2	[2,18]	0,00	1,41	7,00	3,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	4,00	1,00
Sum6	2,20	1,00	3,40	9,00	10,00	3,00	7,00	3,00	2,00	0,00	0,00	11,00	10,00	2,00	0,00	0,00	9,00	1,00
Wsum6	13,68	2,00	18,20	55,00	45,00	8,00	15,00	10,00	5,00	0,00	0,00	6,00	3,00	1,00	0,00	0,00	30,00	7,00
M-	[0,81]	0,00	0,58	4,00	0,00	1,00	4,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00
EA	3,56	2,00	7,03	18,00	10,50	11,50	11,00	4,00	6,00	5,00	0,00	5,00	5,00	1,50	2,50	6,50	4,50	4,00
es	5,48	1,00	10,73	27,00	10,00	8,00	21,00	11,00	15,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	10,00	16,00	8,00
Adj. es	5,27	0,00	8,00	25,00	9,00	8,00	13,00	6,00	11,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	7,00	15,00	7,00
Nota D	1,72	-6,00	-1,22	3,00	0,00	1,00	-3,00	-2,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	-1,00	-4,00	-1,00
Adj. D	1,52	-6,00	-0,57	3,00	0,00	1,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	0,00	-4,00	-1,00
FM+m	3,62	0,00	4,81	15,00	5,00	7,00	8,00	1,00	5,00	4,00	0,00	6,00	2,00	2,00	5,00	4,00	11,00	3,00
m	1,89	0,00	0,69	11,00	1,00	1,00	2,00	0,00	3,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2,00	1,00
SumV	[1,23]	0,00	0,60	7,00	0,00	1,00	1,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00
SumY	[1,40]	0,00	2,12	9,00	2,00	0,00	8,00	6,00	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	4,00	1,00	2,00
SumC'	[1,79]	0,00	1,50	6,00	3,00	0,00	4,00	3,00	4,00	2,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	2,00
SumT	[1,35]	0,00	0,46	7,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Sum SH	3,72	0,00	3,39	23,00	5,00	1,00	13,00	10,00	10,00	2,00	0,00	1,00	1,00	3,00	1,00	6,00	5,00	5,00
MOR	[1,87]	0,00	1,56	8,00	4,00	3,00	6,00	6,00	4,00	0,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	3,00	2,00	3,00
Cor-SH	[1,13]	0,00	0,95	5,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00
COP	0,83	0,00	0,72	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00
AG	0,93	0,00	0,56	4,00	2,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	4,00	0,00
Afr	0,16	0,16	0,47	1,00	0,53	0,52	1,00	0,68	0,39	0,31	0,29	0,43	0,75	0,56	0,46	0,67	0,42	0,33
WSumC	2,15	0,00	3,45	9,00	8,50	1,50	4,00	4,00	4,00	1,00	0,00	3,00	1,00	1,50	0,50	4,50	0,50	2,00
Fd	0,64	0,00	0,37	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
H	1,45	0,00	2,05	7,00	2,00	9,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	2,00	2,00	2,00	0,00
Par - 2	3,94	1,00	7,01	21,00	9,00	17,00	5,00	23,00	10,00	5,00	4,00	10,00	3,00	1,00	7,00	7,00	11,00	4,00
Cg	1,47	0,00	1,80	8,00	1,00	4,00	3,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	3,00	0,00
GHR		0,00	5,00		2,00	8,00	1,00	2,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	0,00	2,00	2,00	1,00	0,00
PHR		0,00	2,00		7,00	3,00	10,00	3,00	5,00	1,00	2,00	2,00	3,00	0,00	3,00	1,00	8,00	3,00
Isolate	0,12	0,00	0,17	0,53	0,13	0,15	0,28	0,04	0,16	0,24	0,09	0,05	0,07	0,43	0,53	0,20	0,19	0,38
ego	0,15	0,06	0,33	0,67	0,39	0,41	0,35	0,40	0,40	0,47	0,18	0,50	0,43	0,07	0,68	0,53	0,41	0,25
Frrf	[0,36]	0,00	0,17	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	3,00	0,00	0,00
a	3,19	0,00	4,79	14,00	4,00	6,00	5,00	0,00	3,00	2,00	0,00	0,00	4,00	2,00	3,00	3,00	14,00	3,00
p	2,53	0,00	3,66	11,00	3,00	11,00	10,00	1,00	4,00	5,00	0,00	8,00	2,00	0,00	4,00	3,00	1,00	2,00
Intelec.	2,10	0,00	2,39	10,00	7,00	2,00	2,00	6,00	8,00	0,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Blends	3,17	0,00	4,50	15,00	4,00	0,00	8,00	0,00	6,00	2,00	0,00	0,00	3,00	0,00	2,00	6,00	4,00	3,00
Pop	1,90	2,00	5,22	10,00	4,00	4,00	2,00	1,00	4,00	7,00	5,00	4,00	4,00	2,00	5,00	5,00	4,00	4,00
FD	[1,03]	0,00	0,60	6,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
M	2,17	0,00	3,57	9,00	2,00	10,00	7,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	2,00	4,00	2,00
Ma	1,68	0,00	1,94	7,00	0,00	3,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Mp	1,41	0,00	1,67	6,00	2,00	7,00	4,00	0,00	2,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
M+	0,18	0,00	0,02	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	1,46	0,00	2,25	6,00	0,00	6,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Mu	0,95	0,00	0,64	5,00	0,00	3,00	3,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
Mnone	[0,27]	0,00	0,08	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-%	0,12	0,00	0,21	1,00	0,00	0,80	0,12	0,14	0,43	0,33	0,33	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	1,00	0,00
Zf	4,31	1,00	11,38	25,00	6,00	14,00	18,00	3,00	16,00	9,00	16,00	4,00	9,00	9,00	14,00	11,00	17,00	6,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	4,90	-12,50	-0,53	13,00	3,50	-4,50	-5,00	3,00	-1,00	-0,50	-13,00	3,00	-1,50	1,50	-7,50	0,00	1,00	2,00
H+Hd+(H)+(Hd)	2,92	1,00	5,21	15,00	5,00	11,00	10,00	5,00	4,00	6,00	3,00	2,00	5,00	0,00	3,00	3,00	5,00	3,00
A	3,28	3,00	7,57	17,00	8,00	13,00	12,00	7,00	6,00	6,00	13,00	8,00	5,00	7,00	9,00	11,00	15,00	5,00
Ad	[2,69]	0,00	2,03	10,00	3,00	9,00	5,00	10,00	0,00	1,00	0,00	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	1,00
(A)	[0,97]	0,00	0,48	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00
(Ad)	[0,43]	0,00	0,20	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	4,13	0,00	8,48	18,00	5,00	7,00	11,00	3,00	16,00	6,00	10,00	2,00	9,00	10,00	10,00	6,00	6,00	5,00
D	6,01	1,00	9,94	30,00	12,00	22,00	12,00	29,00	3,00	10,00	8,00	12,00	3,00	3,00	6,00	11,00	17,00	7,00
Dd	[5,25]	0,00	4,28	21,00	6,00	12,00	17,00	25,00	6,00	1,00	4,00	6,00	2,00	1,00	3,00	13,00	4,00	4,00
S	[2,30]	0,00	2,51	10,00	1,00	3,00	6,00	7,00	4,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	0,00	3,00	5,00	2,00
DQ+	3,33	0,00	5,96	18,00	4,00	9,00	8,00	0,00	7,00	3,00	2,00	1,00	5,00	10,00	8,00	7,00	11,00	2,00
DQo	7,86	4,00	13,99	46,00	14,00	30,00	32,00	49,00	12,00	12,00	20,00	19,00	8,00	0,00	8,00	20,00	16,00	11,00
DQv	[1,97]	0,00	2,46	8,00	4,00	2,00	0,00	8,00	5,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	2,00	2,00	0,00	3,00
DQv+	[0,63]	0,00	0,29	3,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00
FQ+	0,24	0,00	0,04	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
FQo	4,28	4,00	11,76	28,00	9,00	13,00	7,00	5,00	8,00	10,00	9,00	10,00	5,00	3,00	9,00	8,00	8,00	6,00
FQu	3,24	1,00	5,20	14,														

Tabela 7 (cont.) - PDI / Resultados dos sujeitos em comparação com as estatísticas descritivas de pacientes depressivos internados (Exner, 2003)																		
VARIÁVEL	DP	MIN	MÉD.	MAX	D3	D4	E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	F4	G1	G2	G3	G4
Age	13,81	18,00	37,59	66,00	29,00	52,00	24,00	43,00	49,00	25,00	22,00	36,00	19,00	18,00	25,00	25,00	26,00	45,00
Educ.	5,53	8,00	11,92	20,00	12,00	11,00	13,00	11,00	17,00	12,00	11,00	19,00	13,00	11,00	15,00	13,00	11,00	13,00
R	8,52	14,00	22,70	41,00	17,00	23,00	17,00	24,00	20,00	17,00	24,00	18,00	15,00	17,00	27,00	33,00	18,00	25,00
Lambda	1,68	0,08	0,94	15,00	1,43	0,44	0,89	0,60	0,05	0,89	0,71	1,00	2,75	7,50	0,50	0,57	2,60	0,92
XA%		0,00	0,64		0,82	0,96	0,88	0,67	0,90	0,82	0,67	0,83	0,73	0,65	0,63	0,85	0,72	0,76
WDA%		0,00	0,69		0,92	0,94	0,93	0,71	0,93	0,80	0,71	0,85	0,77	0,65	0,71	0,91	0,81	0,83
X-%	0,10	0,00	0,20	0,44	0,18	0,40	0,12	0,33	0,50	0,12	0,33	0,17	0,27	0,35	0,30	0,15	0,28	0,24
Nivel 2	[2,18]	0,00	1,41	7,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00
Sum6	2,20	1,00	3,40	9,00	2,00	1,00	1,00	7,00	2,00	0,00	18,00	2,00	3,00	1,00	4,00	6,00	3,00	3,00
Wsum6	13,68	2,00	18,20	55,00	5,00	7,00	3,00	19,00	5,00	0,00	7,00	5,00	13,00	7,00	14,00	2,00	2,00	10,00
M-	[0,81]	0,00	0,58	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00
EA	3,56	2,00	7,03	18,00	1,00	4,50	3,50	2,00	4,00	3,00	2,00	6,00	2,00	1,00	6,50	9,00	2,00	4,00
es	5,48	1,00	10,73	27,00	6,00	16,00	6,00	18,00	19,00	8,00	17,00	6,00	2,00	2,00	14,00	13,00	2,00	11,00
Adj_es	5,27	0,00	8,00	25,00	5,00	10,00	6,00	11,00	8,00	6,00	10,00	5,00	2,00	2,00	8,00	11,00	2,00	10,00
Nota D	1,72	-6,00	-1,22	3,00	-1,00	-4,00	0,00	-6,00	-5,00	-1,00	-5,00	0,00	0,00	0,00	-2,00	-1,00	0,00	-2,00
Adj_D	1,52	-6,00	-0,57	3,00	-1,00	-2,00	0,00	-3,00	1,00	-1,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-2,00
FM+m	3,62	0,00	4,81	15,00	3,00	7,00	5,00	9,00	5,00	4,00	8,00	2,00	1,00	0,00	6,00	5,00	2,00	5,00
m	1,89	0,00	0,69	11,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00	0,00
SumV	[1,23]	0,00	0,60	7,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00
SumY	[1,40]	0,00	2,12	9,00	2,00	6,00	0,00	7,00	12,00	1,00	7,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	0,00	2,00
SumC'	[1,79]	0,00	1,50	6,00	0,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	3,00	0,00	2,00
SumT	[1,35]	0,00	0,46	7,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
Sum SH	3,72	0,00	3,39	23,00	3,00	9,00	1,00	9,00	14,00	4,00	9,00	4,00	1,00	2,00	8,00	8,00	0,00	6,00
MOR	[1,87]	0,00	1,56	8,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	5,00	2,00	0,00	4,00
Cor-SH	[1,13]	0,00	0,95	5,00	0,00	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00
COP	0,83	0,00	0,72	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
AG	0,93	0,00	0,56	4,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
Afr	0,16	0,16	0,47	1,00	0,42	0,35	0,55	0,71	0,43	0,31	0,71	0,38	0,36	0,31	0,35	0,43	0,38	0,39
WSumC	2,15	0,00	3,45	9,00	0,00	1,50	1,50	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	0,00	5,50	3,00	0,00	1,00
Fd	0,64	0,00	0,37	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
H	1,45	0,00	2,05	7,00	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	3,00	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00
Par -2	3,94	1,00	7,01	21,00	5,00	8,00	3,00	11,00	6,00	3,00	0,00	11,00	3,00	4,00	11,00	8,00	5,00	13,00
Cg	1,47	0,00	1,80	8,00	1,00	2,00	3,00	1,00	1,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
GHR		0,00	5,00		2,00	3,00	1,00	0,00	4,00	2,00	0,00	4,00	3,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00
PHR		0,00	2,00		0,00	2,00	1,00	7,00	3,00	0,00	7,00	5,00	3,00	2,00	7,00	6,00	3,00	3,00
Isolate	0,12	0,00	0,17	0,53	0,00	0,61	0,24	0,21	0,15	0,47	0,21	0,06	0,00	0,12	0,15	0,12	0,06	0,08
ego	0,15	0,06	0,33	0,67	0,29	0,35	0,18	0,46	0,45	0,18	0,50	0,61	0,20	0,24	0,41	0,33	0,28	0,52
Frr/F	[0,36]	0,00	0,17	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
a	3,19	0,00	4,79	14,00	1,00	4,00	4,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	4,00	1,00	1,00
p	2,53	0,00	3,66	11,00	3,00	6,00	3,00	9,00	4,00	3,00	8,00	5,00	2,00	0,00	4,00	7,00	3,00	7,00
Intelec.	2,10	0,00	2,39	10,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,00	9,00	2,00	0,00	6,00
Blends	3,17	0,00	4,50	15,00	0,00	4,00	1,00	6,00	5,00	2,00	6,00	4,00	0,00	1,00	5,00	4,00	0,00	3,00
Pop	1,90	2,00	5,22	10,00	4,00	6,00	5,00	5,00	4,00	3,00	5,00	5,00	4,00	5,00	3,00	3,00	3,00	4,00
FD	[1,03]	0,00	0,60	6,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
M	2,17	0,00	3,57	9,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	6,00	2,00	3,00
Ma	1,68	0,00	1,94	7,00	1,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00
Mp	1,41	0,00	1,67	6,00	0,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	2,00	0,00	1,00	2,00	2,00	2,00
M+	0,18	0,00	0,02	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	1,46	0,00	2,25	6,00	1,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	3,00
Mu	0,95	0,00	0,64	5,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00
Mnone	[0,27]	0,00	0,08	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-%	0,12	0,00	0,21	1,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,12	0,12	0,00	0,00	0,17	0,37	0,00	0,20	0,00
Zf	4,31	1,00	11,38	25,00	9,00	8,00	8,00	13,00	9,00	10,00	13,00	9,00	10,00	10,00	15,00	18,00	8,00	5,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	4,90	-12,50	-0,53	13,00	-2,50	1,50	0,00	-1,50	-1,50	0,50	-1,50	3,00	-1,00	-9,50	0,00	-5,00	2,00	3,00
H+Hd+(H)+(Hd)	2,92	1,00	5,21	15,00	2,00	5,00	2,00	5,00	6,00	2,00	5,00	8,00	7,00	2,00	4,00	10,00	5,00	4,00
A	3,28	3,00	7,57	17,00	9,00	10,00	6,00	14,00	6,00	4,00	15,00	5,00	5,00	10,00	7,00	12,00	9,00	13,00
Ad	[2,69]	0,00	2,03	10,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	3,00
(A)	[0,97]	0,00	0,48	5,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(Ad)	[0,43]	0,00	0,20	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	4,13	0,00	8,48	18,00	7,00	3,00	5,00	6,00	3,00	11,00	6,00	5,00	8,00	9,00	16,00	11,00	7,00	1,00
D	6,01	1,00	9,94	30,00	6,00	13,00	9,00	15,00	11,00	4,00	15,00	8,00	5,00	8,00	5,00	12,00	9,00	17,00
Dd	[5,25]	0,00	4,28	21,00	4,00	7,00	3,00	3,00	6,00	2,00	3,00	5,00	2,00	0,00	6,00	10,00	2,00	7,00
S	[2,30]	0,00	2,51	10,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	4,00	3,00	3,00	0,00
DQ+	3,33	0,00	5,96	18,00	3,00	7,00	5,00	8,00	8,00	2,00	7,00	5,00	3,00	1,00	5,00	9,00	2,00	5,00
DQo	7,86	4,00	13,99	46,00	14,00	13,00	11,00	16,00	10,00	13,00	17,00	13,00	12,00	16,00	13,00	24,00	16,00	20,00
DQv	[1,97]	0,00	2,46	8,00	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,00	0,00	0,00	0,00
DQw+	[0,63]	0,00	0,29	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
FQ+	0,24	0,00	0,04	3,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FQo	4,28	4,00	11,76	28,00	10,00	15,00	6,00	7,00	11,00	7,00	10,00	9,00	6,00	9,00	8,00	13,00	10,00	12,00
FQu	3,24	1,00	5,20	14,00	4,00													

Figura 13 - Comparativo de EA (recursos) e Adj.es (demandas) dos sujeitos do GIPSI

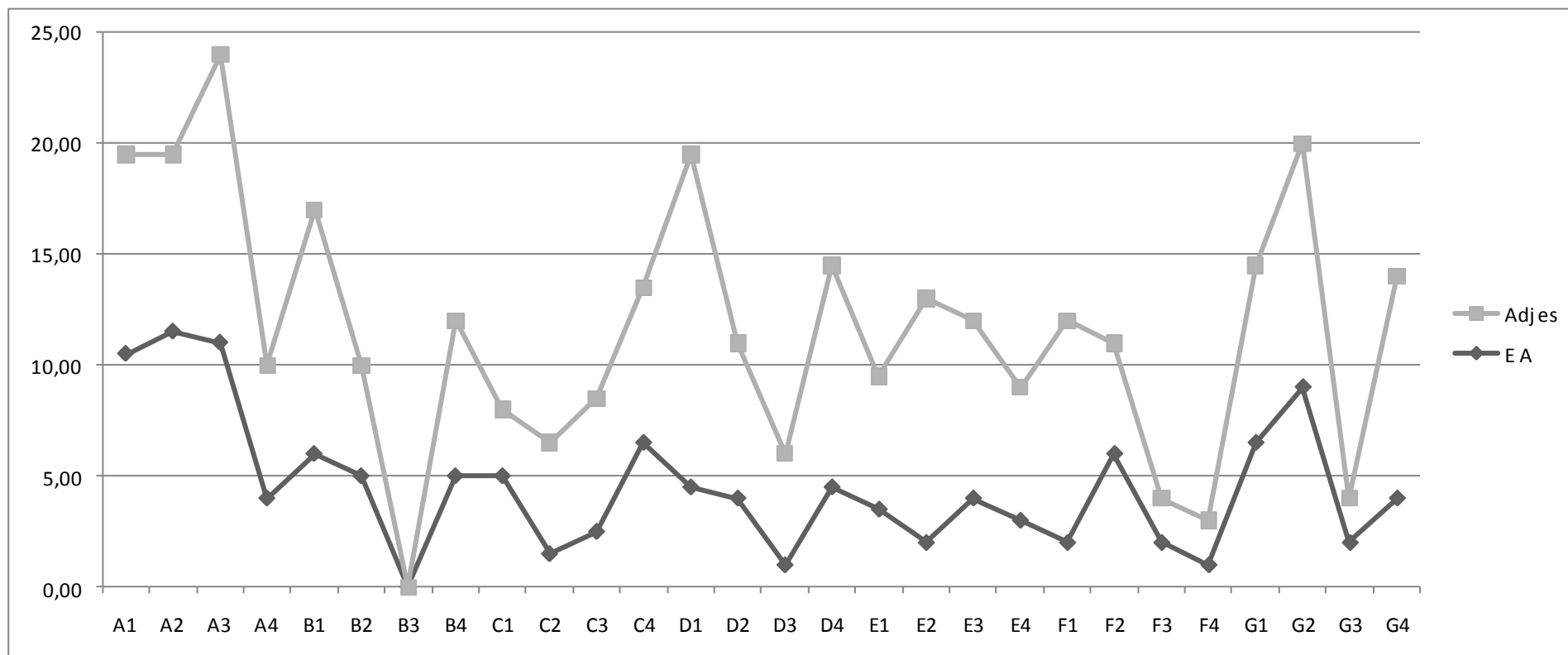


Figura 14. Nota D ajustada de sujeitos do GIPSI

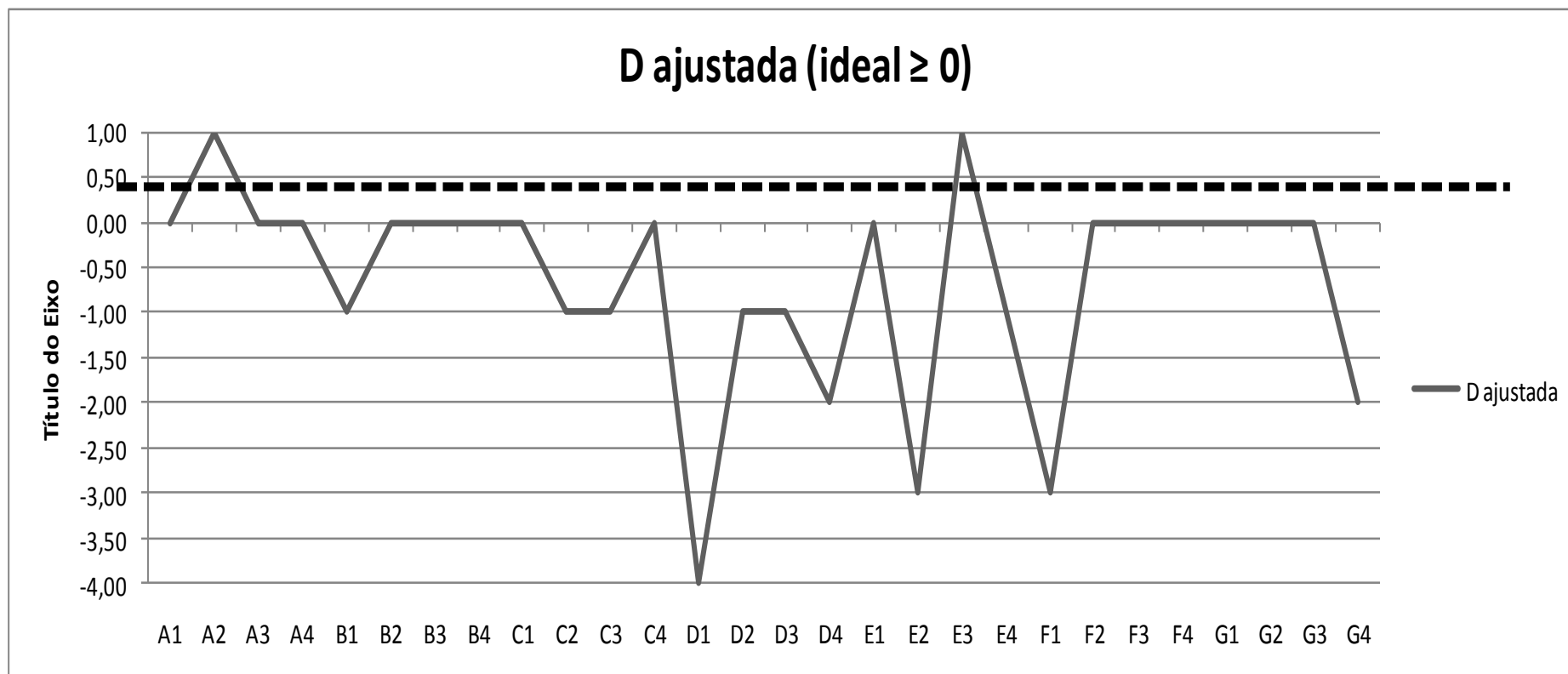


Figura 15. Valores de conteúdo FD e Vista dos sujeitos do GIPSI

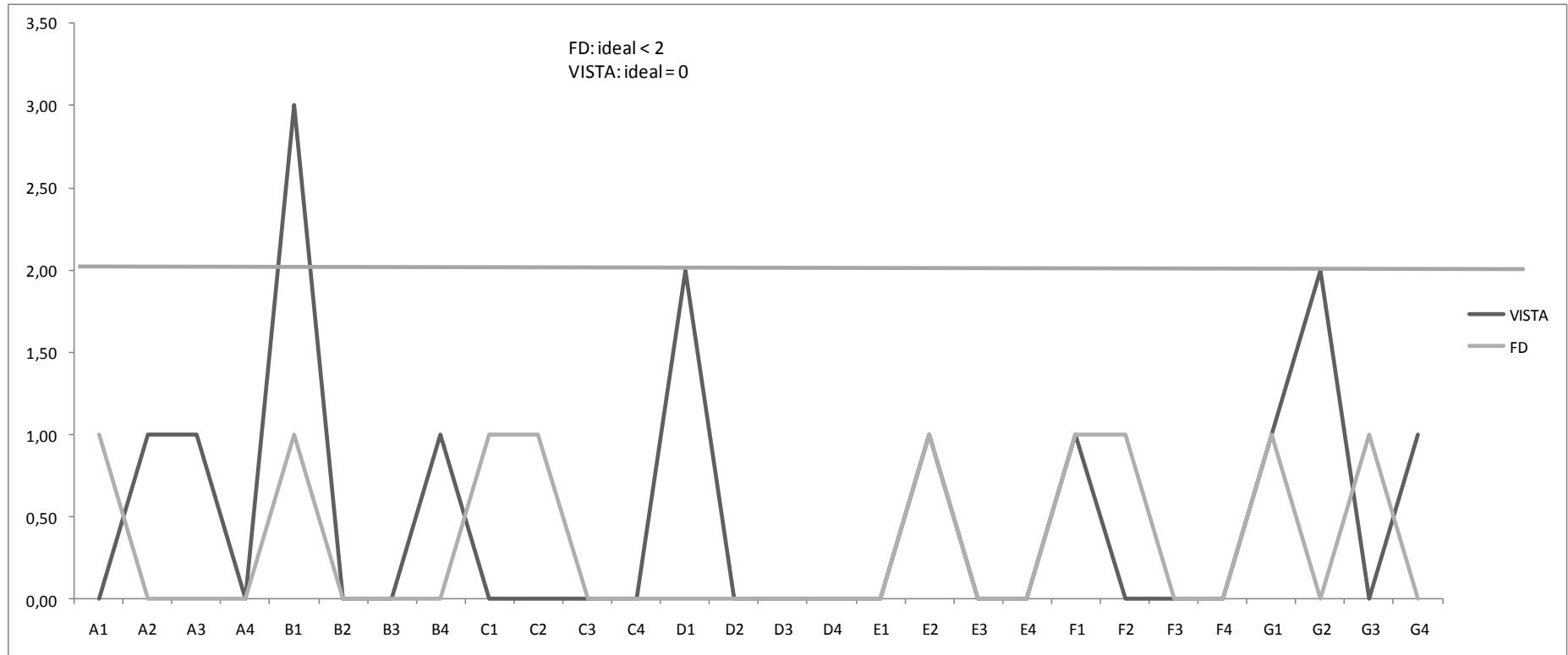


Figura 16. Variável Afr. dos sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados.

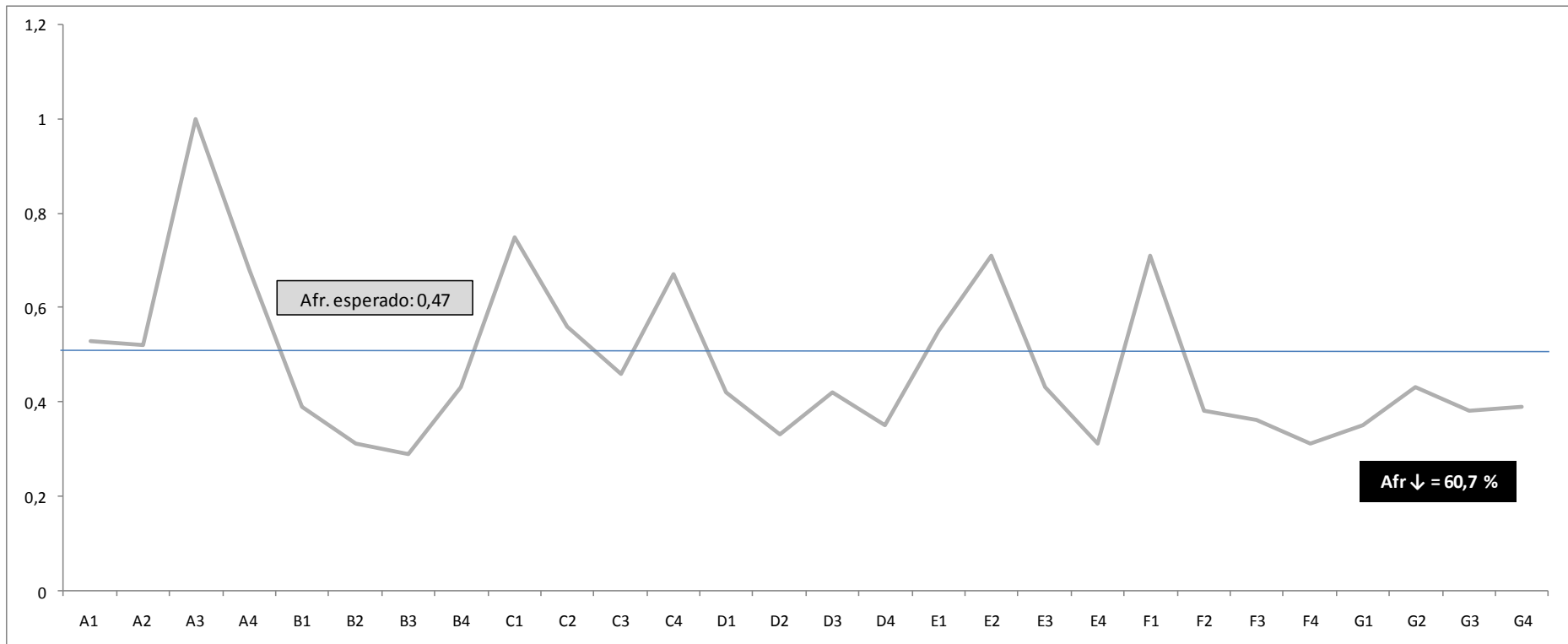


Figura 17. Variável “S” dos sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados.

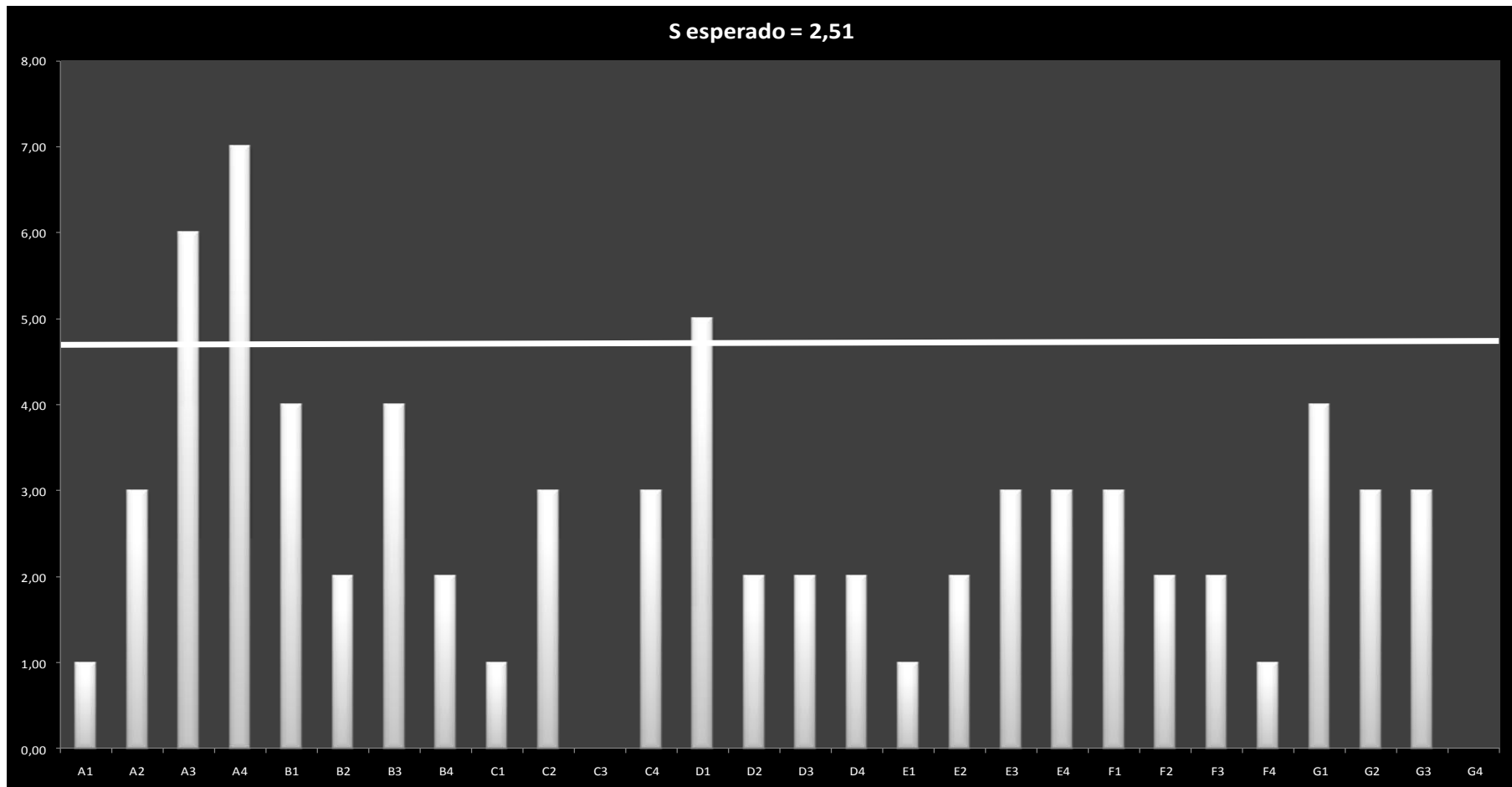


Figura 18. Valores de WSumC dos sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados.

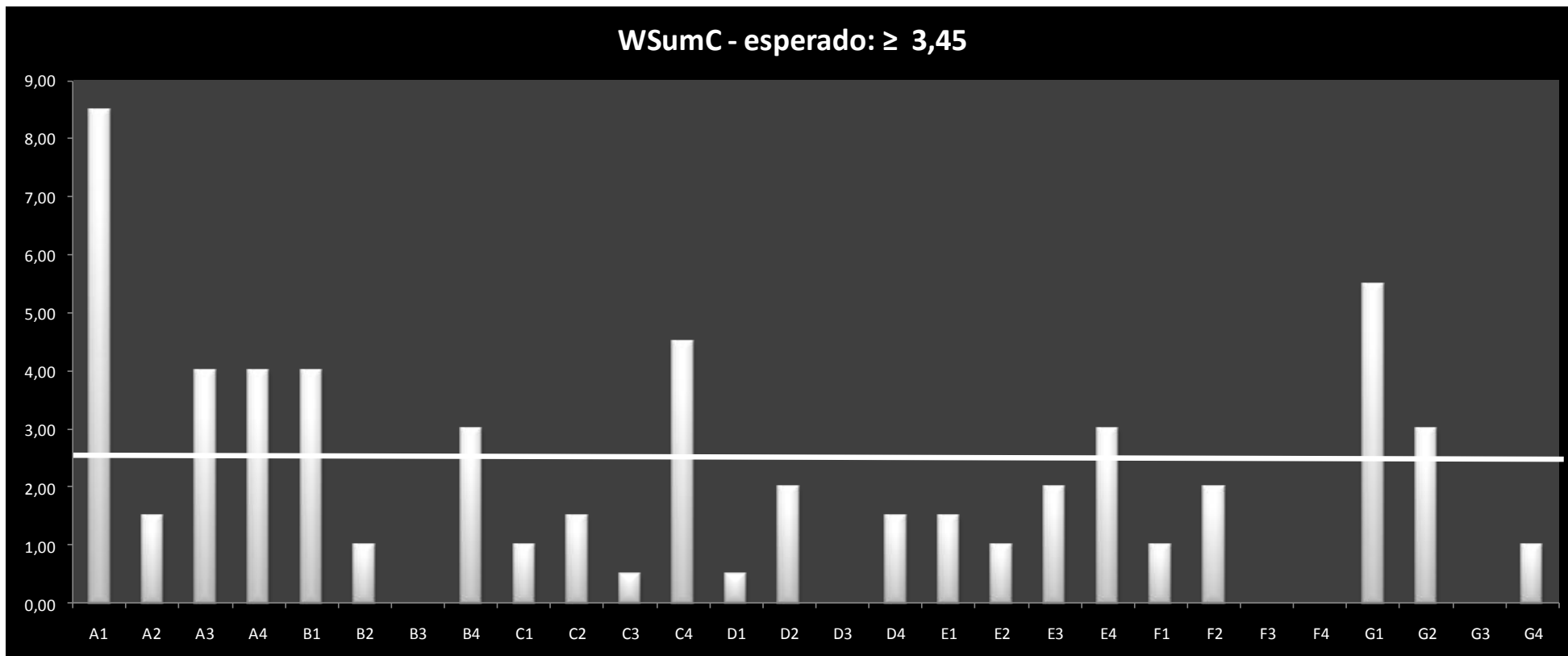


Figura 19. Total de determinantes de Sombreado e Valores de MOR de sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados.

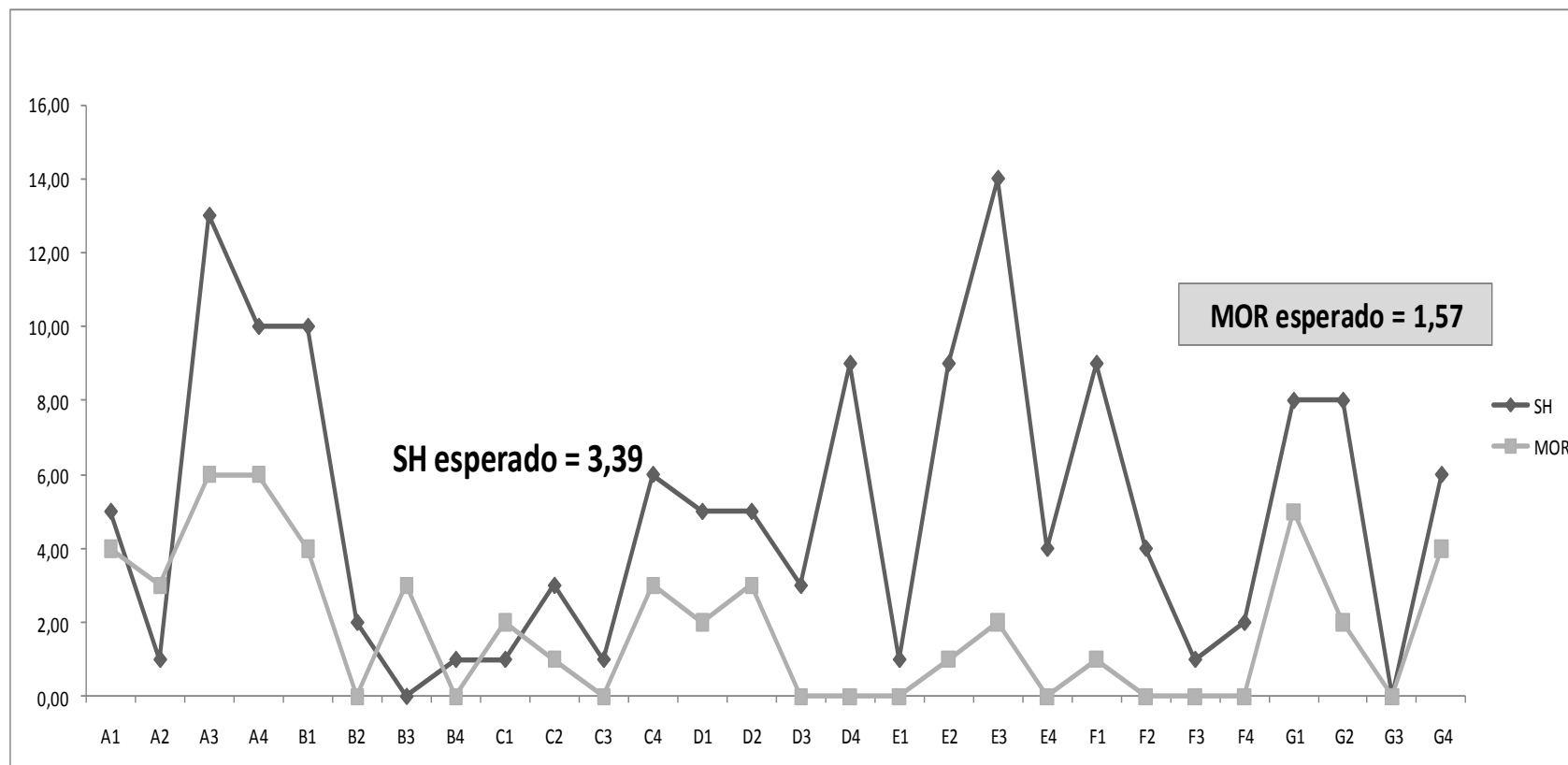
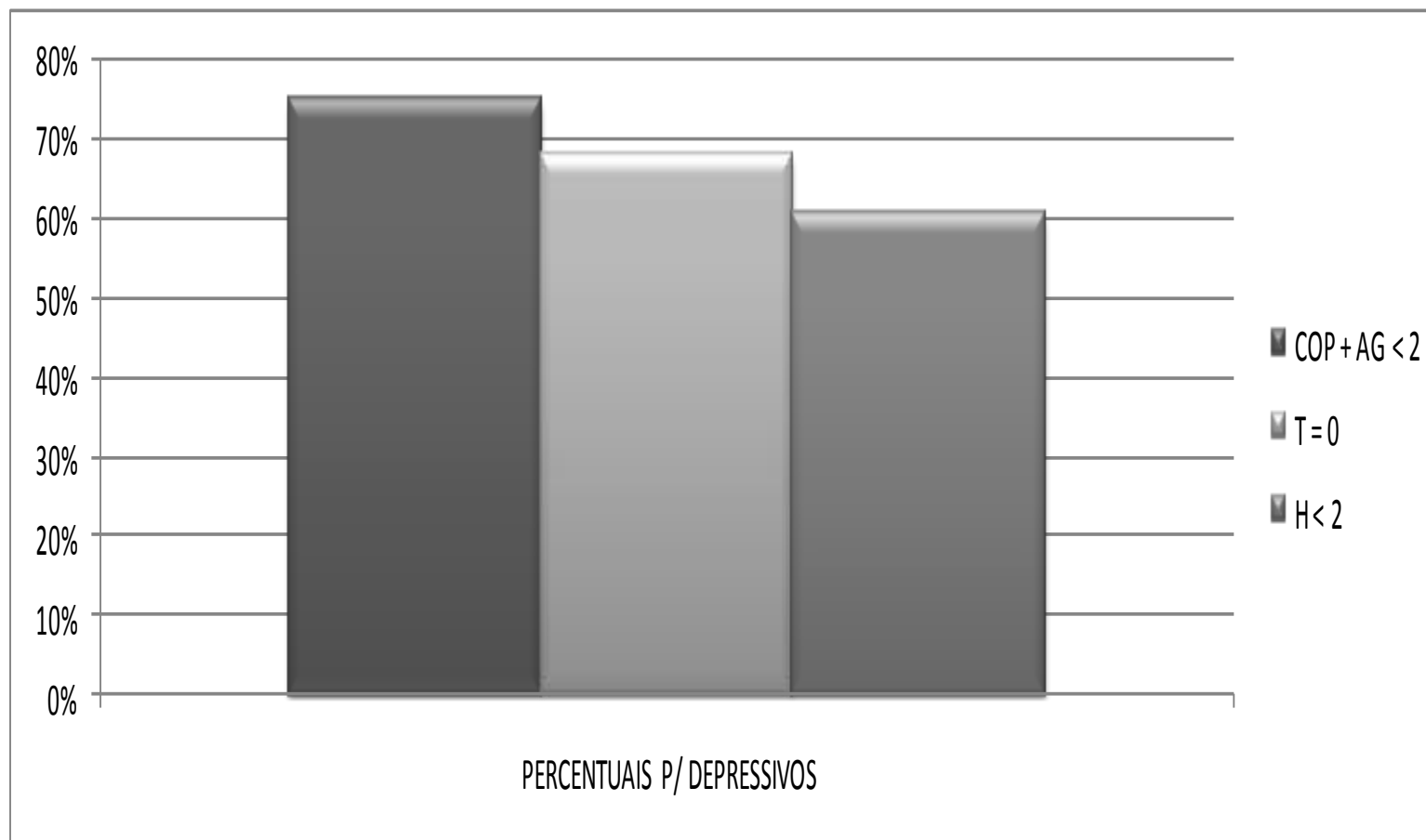


Figura 20. Percentuais de COP / AG / T / H de sujeitos do GIPSI comparadas com a média esperada em pacientes depressivos internados



4.2.3 - COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS DA CONSTELAÇÃO CDI, DO GRUPO, COM A TABELA DE PACIENTES DEPRESSIVOS INTERNADOS.

CDI - a análise da constelação CDI é relevante uma vez que apenas 4% de não pacientes adultos apresentam valores de 4 ou 5 variáveis positivadas. Este valor passa para 20 a 25% entre os esquizofrênicos. Os maiores percentuais foram encontrados entre: transtornos de caráter (69%); pessoas com histórico de abuso de álcool e outras drogas (74%) e distúrbios de personalidade (88%) (Exner, 2003).

Elegemos a comparação com os dados internacionais para o CDI pois os dados brasileiros referem-se a uma amostra com forte desvio em relação à normas internacionais que são utilizadas para a maioria das demais comparações deste estudo.

Com relação aos itens desta constelação, durante a avaliação foram encontrados valores de **EA**, abaixo de 6 para 71,4% dos sujeitos, sendo que em 67,9%, este EA é composto por $M \leq 2$. Já os valores de Adj. D (critério 2 para marcação do item) abaixo de zero, foi observado 39,3% das vezes.

A soma de cores (**WSumC**) menor que 2,5 foi encontrada em 67,9% dos casos, e como segunda opção para marcação do item, **Afr** (afetividade) abaixo de 0,46 - foram identificados em 60,7% dos protocolos.

COP (cooperação) abaixo de dois pontos e **AG** (agressividade) também abaixo de dois foram encontrados em 75% dos casos.

A relação **p>a+1** (passivos maiores que ativos mais um) teve 46,4% de ocorrências - este item também poderia ser marcado com a presença de **H** (respostas humanas puras) em número menor que dois, o que ocorreu em 60,7% dos casos (60,7%).

A ocorrência de determinantes do tipo textura (**T**) sendo igual zero foi observada em dezenove pessoas (67,9%). A outra alternativa para este item é o índice de isolamento (**Isol.**) ser maior do que 0,24%, fato observado para apenas seis registros (21,4%). Outra variável que poderia positivar este item, é **Fd** (comida) que precisaria ser encontrada em valores acima de um o que também foi visto em seis casos (21,4%).

Tabela 8 - NP / Resultados dos sujeitos em comparação com as estatísticas descritivas de não pacientes (estudos brasileiros - estatística descritiva p/ 409 suj.)

VARIÁVEL	DP	MIN	MED.	MAX	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D1	D2
Age	32,73	10,44	17,00	64,00	33,00	22,00	24,00	32,00	21,00	18,00	25,00	34,00	20,00	15,00	19,00	25,00	51,00	40,00
R	19,64	5,82	14,00	50,00	23,00	41,00	40,00	57,00	25,00	17,00	22,00	20,00	14,00	14,00	19,00	30,00	27,00	16,00
Lambda	0,98	1,11	0,00	8,00	0,64	1,16	0,54	2,35	0,39	0,89	22,00	0,67	1,00	1,00	1,11	1,00	0,59	0,78
XA%	0,76	0,12	0,29	1,00	0,61	0,68	0,57	0,49	0,68	0,82	0,59	0,90	0,64	0,64	0,84	0,80	0,67	0,75
WDA%	0,80	0,12	0,38	1,00	0,65	0,76	0,74	0,50	0,79	0,88	0,67	0,86	0,58	0,62	0,87	0,88	0,70	0,67
X-%	0,22	0,11	0,00	0,62	0,17	0,29	0,42	0,51	0,28	0,18	0,41	0,10	0,36	0,29	0,11	0,20	0,33	0,25
Nivel 2	0,25	0,70	0,00	7,00	3,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	4,00	1,00
Sum6	2,66	2,61	0,00	17,00	10,00	3,00	7,00	3,00	2,00	0,00	0,00	11,00	10,00	2,00	0,00	0,00	9,00	1,00
Wsum6	7,31	8,92	0,00	85,00	45,00	8,00	15,00	10,00	5,00	0,00	0,00	6,00	3,00	1,00	0,00	0,00	30,00	7,00
EA	4,93	3,17	0,00	23,50	10,50	11,50	11,00	4,00	6,00	5,00	0,00	5,00	5,00	1,50	2,50	6,50	4,50	4,00
es	8,51	4,68	0,00	28,00	10,00	8,00	21,00	11,00	15,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	10,00	16,00	8,00
Adj. es					9,00	8,00	13,00	6,00	11,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	7,00	15,00	7,00
Nota D	-1,06	1,51	-8,00	4,00	0,00	1,00	-3,00	-2,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	-1,00	-4,00	-1,00
Adj. D	0,00	1,25	-6,00	6,00	0,00	1,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	0,00	-4,00	-1,00
FM+m	4,89	2,74	0,00	15,00	5,00	7,00	8,00	1,00	5,00	4,00	0,00	6,00	2,00	2,00	5,00	4,00	11,00	3,00
m	1,39	1,34	0,00	8,00	1,00	1,00	2,00	0,00	3,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2,00	1,00
SumV	0,37	0,75	0,00	5,00	0,00	1,00	1,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00
SumY	1,65	1,96	0,00	13,00	2,00	0,00	8,00	6,00	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	4,00	1,00	2,00
SumC'	1,18	1,40	0,00	8,00	3,00	0,00	4,00	3,00	4,00	2,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	2,00
SumT	0,41	0,76	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Sum SH	3,62	3,23	0,00	19,00	5,00	1,00	13,00	10,00	10,00	2,00	0,00	1,00	1,00	3,00	1,00	6,00	5,00	5,00
MOR	0,90	1,25	0,00	8,00	4,00	3,00	6,00	6,00	4,00	0,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	3,00	2,00	3,00
Cor-SH	0,36	0,67	0,00	4,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00
COP	0,68	0,91	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00
AG	0,29	0,63	0,00	4,00	2,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	4,00	0,00
Afr	0,55	0,23	0,20	1,75	0,53	0,52	1,00	0,68	0,39	0,31	0,29	0,43	0,75	0,56	0,46	0,67	0,42	0,33
WSumC	2,19	1,81	0,00	11,50	8,50	1,50	4,00	4,00	4,00	1,00	0,00	3,00	1,00	1,50	0,50	4,50	0,50	2,00
Fd	0,30	0,59	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
H	1,92	1,59	0,00	9,00	2,00	9,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	2,00	2,00	2,00	0,00
Par - 2	5,86	3,23	0,00	19,00	9,00	17,00	5,00	23,00	10,00	5,00	4,00	10,00	3,00	1,00	7,00	7,00	11,00	4,00
Cg	1,19	1,35	0,00	7,00	1,00	4,00	3,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	3,00	0,00
GHR	2,78	1,87	0,00	10,00	2,00	8,00	1,00	2,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	0,00	2,00	2,00	1,00	0,00
PHR	2,30	2,22	0,00	15,00	7,00	3,00	10,00	3,00	5,00	1,00	2,00	2,00	3,00	0,00	3,00	1,00	8,00	3,00
Isolate	0,22	0,16	0,00	0,86	0,13	0,15	0,28	0,04	0,16	0,24	0,09	0,05	0,07	0,43	0,53	0,20	0,19	0,38
ego	0,37	0,17	0,00	1,31	0,39	0,41	0,35	0,40	0,40	0,47	0,18	0,50	0,43	0,07	0,68	0,53	0,41	0,25
Fr/rF	0,46	0,83	0,00	5,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	3,00	0,00	0,00
a	3,79	2,68	0,00	18,00	4,00	6,00	5,00	0,00	3,00	2,00	0,00	0,00	4,00	2,00	3,00	3,00	14,00	3,00
p	3,86	2,56	0,00	16,00	3,00	11,00	10,00	1,00	4,00	5,00	0,00	8,00	2,00	0,00	4,00	3,00	1,00	2,00
Intelec.	1,90	2,68	0,00	26,00	7,00	2,00	2,00	6,00	8,00	0,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Blends	3,01	2,60	0,00	16,00	4,00	0,00	8,00	0,00	6,00	2,00	0,00	0,00	3,00	0,00	2,00	6,00	4,00	3,00
Pop	4,38	1,75	0,00	9,00	4,00	4,00	2,00	1,00	4,00	7,00	5,00	4,00	4,00	2,00	5,00	5,00	4,00	4,00
FD	0,61	0,92	0,00	5,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
M	2,73	2,24	0,00	16,00	2,00	10,00	7,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	2,00	4,00	2,00
Ma	1,22	1,39	0,00	12,00	0,00	3,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Mp	1,54	1,59	0,00	13,00	2,00	7,00	4,00	0,00	2,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
M+	0,05	0,23	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	1,63	1,36	0,00	8,00	0,00	6,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Mu	0,57	0,81	0,00	5,00	0,00	3,00	3,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
M-	0,47	0,86	0,00	5,00	0,00	1,00	4,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00
Mnone	0,02	0,21	0,00	4,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-	0,59	0,87	0,00	5,00	0,00	0,80	0,12	0,14	0,43	0,33	0,33	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	1,00	0,00
Zf	9,90	4,03	1,00	27,00	6,00	14,00	18,00	3,00	16,00	9,00	16,00	4,00	9,00	9,00	14,00	11,00	17,00	6,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	-0,60	4,3	-19,00	13,00	3,50	-4,50	-5,00	3,00	-1,00	-0,50	-13,00	3,00	-1,50	1,50	-7,50	0,00	1,00	2,00
H+Hd+(H)+(Hd)	4,90	3,31	0,00	26,00	5,00	11,00	10,00	5,00	4,00	6,00	3,00	2,00	5,00	0,00	3,00	3,00	5,00	3,00
A	7,74	2,89	2,00	17,00	8,00	13,00	12,00	7,00	6,00	6,00	13,00	8,00	5,00	7,00	9,00	11,00	15,00	5,00
Ad	1,77	1,55	0,00	9,00	3,00	9,00	5,00	10,00	0,00	1,00	0,00	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	1,00
(A)	0,30	0,56	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
(Ad)	0,10	0,33	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	7,25	3,71	0,00	24,00	5,00	7,00	11,00	3,00	16,00	6,00	10,00	2,00	9,00	10,00	10,00	6,00	6,00	5,00
D	8,78	4,28	0,00	27,00	12,00	22,00	12,00	29,00	3,00	10,00	8,00	12,00	3,00	3,00	6,00	11,00	17,00	7,00
Dd	3,61	2,93	0,00	19,00	6,00	12,00	17,00	25,00	6,00	1,00	4,00	6,00	2,00	1,00	3,00	13,00	4,00	4,00
S	1,76	1,65	0,00	10,00	1,00	3,00	6,00	7,00	4,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	0,00	3,00	5,00	2,00
DQ+	4,59	2,83	0,00	15,00	4,00	9,00	8,00	0,00	7,00	3,00	2,00	1,00	5,00	10,00	8,00	7,00	11,00	2,00
DQo	13,54	5,33	4,00	41,00	14,00	30,00	32,00	49,00	12,00	12,00	20,00	19,00	8,00	0,00	8,00	20,00	16,00	11,00
DQv	1,16	1,61	0,00	12,00	4,00	2,00	0,00	8,00	5,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	2,00	2,00	0,00	3,00
DQv/+	0,35	0,74	0,00	6,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00
FQ+	0,11	0,37	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
FQo	9,11	3,12	2,00	23,00	9,00	13,00	7,00	5,00	8,00	10,00	9,00	10,00	5,00	3,00	9,00	8,00	8,00	6,00
FQu	5,75	3,14	1,00	22,00	5,00	15,00	16,00	23,00	9,00	4,00	4,00	8,00	4,00	6,00	7,00	16,00	9,00	6,00
FQ-	4																	

Tabela 8 (cont.) - NP / Resultados dos sujeitos em comparação com as estatísticas descritivas de não pacientes (estudos brasileiros - estatística descritiva p/ 409 suj.)

VARIÁVEL	DP	MIN	MED.	MAX	D3	D4	E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	F4	G1	G2	G3	G4
Age	32,73	10,44	17,00	64,00	29,00	52,00	24,00	43,00	49,00	25,00	22,00	36,00	19,00	18,00	25,00	25,00	26,00	45,00
R	19,64	5,82	14,00	50,00	17,00	23,00	17,00	24,00	20,00	17,00	24,00	18,00	15,00	17,00	27,00	33,00	18,00	25,00
Lambda	0,98	1,11	0,00	8,00	1,43	0,44	0,89	0,60	0,05	0,89	0,71	1,00	2,75	7,50	0,50	0,57	2,60	0,92
XA%	0,76	0,12	0,29	1,00	0,82	0,96	0,88	0,67	0,90	0,82	0,67	0,83	0,73	0,65	0,63	0,85	0,72	0,76
WDA%	0,80	0,12	0,38	1,00	0,92	0,94	0,93	0,71	0,93	0,80	0,71	0,85	0,77	0,65	0,71	0,91	0,81	0,83
X-%	0,22	0,11	0,00	0,62	0,18	0,40	0,12	0,33	0,50	0,12	0,33	0,17	0,27	0,35	0,30	0,15	0,28	0,24
Nivel 2	0,25	0,70	0,00	7,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00
Sum6	2,66	2,61	0,00	17,00	2,00	1,00	1,00	7,00	2,00	0,00	18,00	2,00	3,00	1,00	4,00	6,00	3,00	3,00
Wsum6	7,31	8,92	0,00	85,00	5,00	7,00	3,00	19,00	5,00	0,00	7,00	5,00	13,00	7,00	14,00	2,00	2,00	10,00
EA	4,93	3,17	0,00	23,50	1,00	4,50	3,50	2,00	4,00	3,00	2,00	6,00	2,00	1,00	6,50	9,00	2,00	4,00
es	8,51	4,68	0,00	28,00	6,00	16,00	6,00	18,00	19,00	8,00	17,00	6,00	2,00	2,00	14,00	13,00	2,00	11,00
Adj. es					5,00	10,00	6,00	11,00	8,00	6,00	10,00	5,00	2,00	2,00	8,00	11,00	2,00	10,00
Nota D	-1,06	1,51	-8,00	4,00	-1,00	-4,00	0,00	-6,00	-5,00	-1,00	-5,00	0,00	0,00	0,00	-2,00	-1,00	0,00	-2,00
Adj. D	0,00	1,25	-6,00	6,00	-1,00	-2,00	0,00	-3,00	1,00	-1,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-2,00
FM+m	4,89	2,74	0,00	15,00	3,00	7,00	5,00	9,00	5,00	4,00	8,00	2,00	1,00	0,00	6,00	5,00	2,00	5,00
m	1,39	1,34	0,00	8,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00	0,00
SumV	0,37	0,75	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00
SumY	1,65	1,96	0,00	13,00	2,00	6,00	0,00	7,00	12,00	1,00	7,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	0,00	2,00
SumC'	1,18	1,40	0,00	8,00	0,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	3,00	0,00	2,00
SumT	0,41	0,76	0,00	4,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
Sum SH	3,62	3,23	0,00	19,00	3,00	9,00	1,00	9,00	14,00	4,00	9,00	4,00	1,00	2,00	8,00	8,00	0,00	6,00
MOR	0,90	1,25	0,00	8,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	5,00	2,00	0,00	4,00
Cor-SH	0,36	0,67	0,00	4,00	0,00	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00
COP	0,68	0,91	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
AG	0,29	0,63	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
Afr	0,55	0,23	0,20	1,75	0,42	0,35	0,55	0,71	0,43	0,31	0,71	0,38	0,36	0,31	0,35	0,43	0,38	0,39
WSumC	2,19	1,81	0,00	11,50	0,00	1,50	1,50	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	0,00	5,50	3,00	0,00	1,00
Fd	0,30	0,59	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
H	1,92	1,59	0,00	9,00	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	3,00	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00
Par - 2	5,86	3,23	0,00	19,00	5,00	8,00	3,00	11,00	6,00	3,00	0,00	11,00	3,00	4,00	11,00	8,00	5,00	13,00
Cg	1,19	1,35	0,00	7,00	1,00	2,00	3,00	1,00	1,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
GHR	2,78	1,87	0,00	10,00	2,00	3,00	1,00	0,00	4,00	2,00	0,00	4,00	3,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00
PHR	2,30	2,22	0,00	15,00	0,00	2,00	1,00	7,00	3,00	0,00	7,00	5,00	3,00	2,00	7,00	6,00	3,00	3,00
Isolate	0,22	0,16	0,00	0,86	0,00	0,61	0,24	0,21	0,15	0,47	0,21	0,06	0,00	0,12	0,15	0,12	0,06	0,08
ego	0,37	0,17	0,00	1,31	0,29	0,35	0,18	0,46	0,45	0,18	0,50	0,61	0,20	0,24	0,41	0,33	0,28	0,52
Fr/rF	0,46	0,83	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
a	3,79	2,68	0,00	18,00	1,00	4,00	4,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	4,00	1,00	1,00
p	3,86	2,56	0,00	16,00	3,00	6,00	3,00	9,00	4,00	3,00	8,00	5,00	2,00	0,00	4,00	7,00	3,00	7,00
Intelec.	1,90	2,68	0,00	26,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,00	9,00	2,00	0,00	6,00
Blends	3,01	2,60	0,00	16,00	0,00	4,00	1,00	6,00	5,00	2,00	6,00	4,00	0,00	1,00	5,00	4,00	0,00	3,00
Pop	4,38	1,75	0,00	9,00	4,00	6,00	5,00	5,00	4,00	3,00	5,00	5,00	4,00	5,00	3,00	3,00	3,00	4,00
FD	0,61	0,92	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
M	2,73	2,24	0,00	16,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	6,00	2,00	3,00
Ma	1,22	1,39	0,00	12,00	1,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00
Mp	1,54	1,59	0,00	13,00	0,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	2,00	0,00	1,00	2,00	2,00	2,00
M+	0,05	0,23	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	1,63	1,36	0,00	8,00	1,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	3,00
Mu	0,57	0,81	0,00	5,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00
M-	0,47	0,86	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00
Mnone	0,02	0,21	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-	0,59	0,87	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,12	0,12	0,00	0,00	0,17	0,37	0,00	0,20	0,00
Zf	9,90	4,03	1,00	27,00	9,00	8,00	8,00	13,00	9,00	10,00	13,00	9,00	10,00	10,00	15,00	18,00	8,00	5,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	-0,60	4,3	-19,00	13,00	-2,50	1,50	0,00	-1,50	-1,50	0,50	-1,50	3,00	-1,00	-9,50	0,00	-5,00	2,00	3,00
H+Hd+(H)+(Hd)	4,90	3,31	0,00	26,00	2,00	5,00	2,00	5,00	6,00	2,00	5,00	8,00	7,00	2,00	4,00	10,00	5,00	4,00
A	7,74	2,89	2,00	17,00	9,00	10,00	6,00	14,00	6,00	4,00	15,00	5,00	5,00	10,00	7,00	12,00	9,00	13,00
Ad	1,77	1,55	0,00	9,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	3,00
(A)	0,30	0,56	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(Ad)	0,10	0,33	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	7,25	3,71	0,00	24,00	7,00	3,00	5,00	6,00	3,00	11,00	6,00	5,00	8,00	9,00	16,00	11,00	7,00	1,00
D	8,78	4,28	0,00	27,00	6,00	13,00	9,00	15,00	11,00	4,00	15,00	8,00	5,00	8,00	5,00	12,00	9,00	17,00
Dd	3,61	2,93	0,00	19,00	4,00	7,00	3,00	3,00	6,00	2,00	3,00	5,00	2,00	0,00	6,00	10,00	2,00	7,00
S	1,76	1,65	0,00	10,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	4,00	3,00	3,00	0,00
DQ+	4,59	2,83	0,00	15,00	3,00	7,00	5,00	8,00	8,00	2,00	7,00	5,00	3,00	1,00	5,00	9,00	2,00	5,00
DQo	13,54	5,33	4,00	41,00	14,00	13,00	11,00	16,00	10,00	13,00	17,00	13,00	12,00	16,00	13,00	24,00	16,00	20,00
DQv	1,16	1,61	0,00	12,00	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,00	0,00	0,00	0,00
DQv/+	0,35	0,74	0,00	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
FQ+	0,11	0,37	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FQo	9,11	3,12	2,00	23,00	10,00	15,00	6,00	7,00	11,00	7,00	10,00	9,00	6,00	9,00	8,00	13,00	10,00	12,00
FQu	5,75	3,14	1,00	22,00	4,00	7,00	9,00	6,00	7,00	7,00	6,00	6,00	5,00	2,00	9,00	15,00	3,00	7,00
FQ-	4,39	2,55																

Tabela 9 - NP / Resultados dos sujeitos em comparação com as estatísticas descritivas de não pacientes (estudos em 17 países)

VARIÁVEL	MÉD.	DP	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D1	D2
Age	36,45	11,71	33,00	22,00	24,00	32,00	21,00	18,00	25,00	34,00	20,00	15,00	19,00	25,00	51,00	40,00
R	22,31	7,9	23,00	41,00	40,00	57,00	25,00	17,00	22,00	20,00	14,00	14,00	19,00	30,00	27,00	16,00
Lambda	0,86	0,95	0,64	1,16	0,54	2,35	0,39	0,89	22,00	0,67	1,00	1,00	1,11	1,00	0,59	0,78
XA%	0,79	0,11	0,61	0,68	0,57	0,49	0,68	0,82	0,59	0,90	0,64	0,64	0,84	0,80	0,67	0,75
WDA%	0,82	0,11	0,65	0,76	0,74	0,50	0,79	0,88	0,67	0,86	0,58	0,62	0,87	0,88	0,70	0,67
X-%	0,19	0,11	0,17	0,29	0,42	0,51	0,28	0,18	0,41	0,10	0,36	0,29	0,11	0,20	0,33	0,25
Nivel 2	0,25	0,62	3,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	4,00	1,00
Sum6	2,75	2,39	10,00	3,00	7,00	3,00	2,00	0,00	0,00	11,00	10,00	2,00	0,00	0,00	9,00	1,00
Wsum6	7,63	7,75	45,00	8,00	15,00	10,00	5,00	0,00	0,00	6,00	3,00	1,00	0,00	0,00	30,00	7,00
EA	6,84	3,76	10,50	11,50	11,00	4,00	6,00	5,00	0,00	5,00	5,00	1,50	2,50	6,50	4,50	4,00
es	9,09	5,04	10,00	8,00	21,00	11,00	15,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	10,00	16,00	8,00
Adj. es			9,00	8,00	13,00	6,00	11,00	5,00	0,00	7,00	3,00	5,00	6,00	7,00	15,00	7,00
Nota D	-0,68	1,48	0,00	1,00	-3,00	-2,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	-1,00	-4,00	-1,00
Adj. D	-0,20	1,23	0,00	1,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	-1,00	0,00	-4,00	-1,00
FM+m	4,87	2,89	5,00	7,00	8,00	1,00	5,00	4,00	0,00	6,00	2,00	2,00	5,00	4,00	11,00	3,00
m	1,50	1,54	1,00	1,00	2,00	0,00	3,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2,00	1,00
SumV	0,52	0,92	0,00	1,00	1,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00
SumY	1,34	1,63	2,00	0,00	8,00	6,00	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	4,00	1,00	2,00
SumC'	1,75	1,71	3,00	0,00	4,00	3,00	4,00	2,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	2,00
SumT	0,65	0,91	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Sum SH	4,29	3,48	5,00	1,00	13,00	10,00	10,00	2,00	0,00	1,00	1,00	3,00	1,00	6,00	5,00	5,00
MOR	1,26	1,43	4,00	3,00	6,00	6,00	4,00	0,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	3,00	2,00	3,00
Cor-SH	0,60	0,92	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00
COP	1,07	1,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00
AG	0,54	0,86	2,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	4,00	0,00
Afr	0,53	0,20	0,53	0,52	1,00	0,68	0,39	0,31	0,29	0,43	0,75	0,56	0,46	0,67	0,42	0,33
WSumC	3,11	2,17	8,50	1,50	4,00	4,00	4,00	1,00	0,00	3,00	1,00	1,50	0,50	4,50	0,50	2,00
Fd	0,33	0,66	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
H	2,43	1,89	2,00	9,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	2,00	2,00	2,00	0,00
Par - 2	7,04	3,83	9,00	17,00	5,00	23,00	10,00	5,00	4,00	10,00	3,00	1,00	7,00	7,00	11,00	4,00
Cg	1,89	1,77	1,00	4,00	3,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	3,00	0,00
GHR	3,70	2,18	2,00	8,00	1,00	2,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	0,00	2,00	2,00	1,00	0,00
PHR	2,86	2,52	7,00	3,00	10,00	3,00	5,00	1,00	2,00	2,00	3,00	0,00	3,00	1,00	8,00	3,00
Isolate	0,20	0,14	0,13	0,15	0,28	0,04	0,16	0,24	0,09	0,05	0,07	0,43	0,53	0,20	0,19	0,38
ego	0,38	0,16	0,39	0,41	0,35	0,40	0,40	0,47	0,18	0,50	0,43	0,07	0,68	0,53	0,41	0,25
Fr/rF	0,41	0,88	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	3,00	0,00	0,00
a	4,96	3,08	4,00	6,00	5,00	0,00	3,00	2,00	0,00	0,00	4,00	2,00	3,00	3,00	14,00	3,00
p	3,73	2,65	3,00	11,00	10,00	1,00	4,00	5,00	0,00	8,00	2,00	0,00	4,00	3,00	1,00	2,00
Intelec.	2,35	2,57	7,00	2,00	2,00	6,00	8,00	0,00	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Blends	4,01	2,97	4,00	0,00	8,00	0,00	6,00	2,00	0,00	0,00	3,00	0,00	2,00	6,00	4,00	3,00
Pop	5,36	1,84	4,00	4,00	2,00	1,00	4,00	7,00	5,00	4,00	4,00	2,00	5,00	5,00	4,00	4,00
FD	1,02	1,19	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
M	3,73	2,66	2,00	10,00	7,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	4,00	0,00	2,00	2,00	4,00	2,00
Ma	2,09	1,83	0,00	3,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	4,00	1,00
Mp	1,67	1,61	2,00	7,00	4,00	0,00	2,00	3,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00
M+	0,12	0,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	2,26	1,66	0,00	6,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Mu	0,69	0,99	0,00	3,00	3,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
M-	0,63	1,05	0,00	1,00	4,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00
Mnone	0,03	0,2	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-	0,87	1,15	0,00	0,80	0,12	0,14	0,43	0,33	0,33	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	1,00	0,00
Zf	12,50	4,92	6,00	14,00	18,00	3,00	16,00	9,00	16,00	4,00	9,00	9,00	14,00	11,00	17,00	6,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	-0,67	4,72	3,50	-4,50	-5,00	3,00	-1,00	-0,50	-13,00	3,00	-1,50	1,50	-7,50	0,00	1,00	2,00
H+Hd+(H)+(Hd)	5,83	3,51	5,00	11,00	10,00	5,00	4,00	6,00	3,00	2,00	5,00	0,00	3,00	3,00	5,00	3,00
A	7,71	3,18	8,00	13,00	12,00	7,00	6,00	6,00	13,00	8,00	5,00	7,00	9,00	11,00	15,00	5,00
Ad	2,41	1,97	3,00	9,00	5,00	10,00	0,00	1,00	0,00	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	1,00
(A)	0,42	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
(Ad)	0,16	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	7,25	3,71	5,00	7,00	11,00	3,00	16,00	6,00	10,00	2,00	9,00	10,00	10,00	6,00	6,00	5,00
D	9,89	5,81	12,00	22,00	12,00	29,00	3,00	10,00	8,00	12,00	3,00	3,00	6,00	11,00	17,00	7,00
Dd	3,33	3,37	6,00	12,00	17,00	25,00	6,00	1,00	4,00	6,00	2,00	1,00	3,00	13,00	4,00	4,00
S	2,49	2,15	1,00	3,00	6,00	7,00	4,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	0,00	3,00	5,00	2,00
DQ+	6,24	3,54	4,00	9,00	8,00	0,00	7,00	3,00	2,00	1,00	5,00	10,00	8,00	7,00	11,00	2,00
DQo	14,68	6,74	14,00	30,00	32,00	49,00	12,00	12,00	20,00	19,00	8,00	0,00	8,00	20,00	16,00	11,00
DQv	1,09	1,5	4,00	2,00	0,00	8,00	5,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	2,00	2,00	0,00	3,00
DQv/+	0,29	0,67	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00
FQ+	0,21	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
FQo	11,11	3,74	9,00	13,00	7,00	5,00	8,00	10,00	9,00	10,00	5,00	3,00	9,00	8,00	8,00	6,00
FQu	6,20	3,93	5,00	15,00	16,00	23,00	9,00	4,00	4,00	8,00	4,00	6,00	7,00	16,00	9,00	6,00
FQ-	4,43	3,23	4,00	12,00	17,00	29,00	7,00	3,00	9,00	2,00	5,00	4,00	2,00	6,00	9,00	4,00
FQnone	0,33	0,71	5,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 9 (cont.) - NP / Resultados dos sujeitos em comparação com as estatísticas descritivas de não pacientes (estudos em 17 países)

VARIÁVEL	MÉD.	DP	D3	D4	E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	F4	G1	G2	G3	G4
Age	36,45	11,71	29,00	52,00	24,00	43,00	49,00	25,00	22,00	36,00	19,00	18,00	25,00	25,00	26,00	45,00
R	22,31	7,9	17,00	23,00	17,00	24,00	20,00	17,00	24,00	18,00	15,00	17,00	27,00	33,00	18,00	25,00
Lambda	0,86	0,95	1,43	0,44	0,89	0,60	0,05	0,89	0,71	1,00	2,75	7,50	0,50	0,57	2,60	0,92
XA%	0,79	0,11	0,82	0,96	0,88	0,67	0,90	0,82	0,67	0,83	0,73	0,65	0,63	0,85	0,72	0,76
WDA%	0,82	0,11	0,92	0,94	0,93	0,71	0,93	0,80	0,71	0,85	0,77	0,65	0,71	0,91	0,81	0,83
X-%	0,19	0,11	0,18	0,40	0,12	0,33	0,50	0,12	0,33	0,17	0,27	0,35	0,30	0,15	0,28	0,24
Nivel 2	0,25	0,62	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00
Sum6	2,75	2,39	2,00	1,00	1,00	7,00	2,00	0,00	18,00	2,00	3,00	1,00	4,00	6,00	3,00	3,00
Wsum6	7,63	7,75	5,00	7,00	3,00	19,00	5,00	0,00	7,00	5,00	13,00	7,00	14,00	2,00	2,00	10,00
EA	6,84	3,76	1,00	4,50	3,50	2,00	4,00	3,00	2,00	6,00	2,00	1,00	6,50	9,00	2,00	4,00
es	9,09	5,04	6,00	16,00	6,00	18,00	19,00	8,00	17,00	6,00	2,00	2,00	14,00	13,00	2,00	11,00
Adj. es			5,00	10,00	6,00	11,00	8,00	6,00	10,00	5,00	2,00	2,00	8,00	11,00	2,00	10,00
Nota D	-0,68	1,48	-1,00	-4,00	0,00	-6,00	-5,00	-1,00	-5,00	0,00	0,00	0,00	-2,00	-1,00	0,00	-2,00
Adj. D	-0,20	1,23	-1,00	-2,00	0,00	-3,00	1,00	-1,00	-3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-2,00
FM+m	4,87	2,89	3,00	7,00	5,00	9,00	5,00	4,00	8,00	2,00	1,00	0,00	6,00	5,00	2,00	5,00
m	1,50	1,54	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00	0,00
SumV	0,52	0,92	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00
SumY	1,34	1,63	2,00	6,00	0,00	7,00	12,00	1,00	7,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	0,00	2,00
SumC'	1,75	1,71	0,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	3,00	0,00	2,00
SumT	0,65	0,91	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
Sum SH	4,29	3,48	3,00	9,00	1,00	9,00	14,00	4,00	9,00	4,00	1,00	2,00	8,00	8,00	0,00	6,00
MOR	1,26	1,43	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	5,00	2,00	0,00	4,00
Cor-SH	0,60	0,92	0,00	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00
COP	1,07	1,18	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
AG	0,54	0,86	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
Afr	0,53	0,20	0,42	0,35	0,55	0,71	0,43	0,31	0,71	0,38	0,36	0,31	0,35	0,43	0,38	0,39
WSumC	3,11	2,17	0,00	1,50	1,50	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	0,00	5,50	3,00	0,00	1,00
Fd	0,33	0,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
H	2,43	1,89	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	3,00	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00
Par - 2	7,04	3,83	5,00	8,00	3,00	11,00	6,00	3,00	0,00	11,00	3,00	4,00	11,00	8,00	5,00	13,00
Cg	1,89	1,77	1,00	2,00	3,00	1,00	1,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
GHR	3,70	2,18	2,00	3,00	1,00	0,00	4,00	2,00	0,00	4,00	3,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00
PHR	2,86	2,52	0,00	2,00	1,00	7,00	3,00	0,00	7,00	5,00	3,00	2,00	7,00	6,00	3,00	3,00
Isolate	0,20	0,14	0,00	0,61	0,24	0,21	0,15	0,47	0,21	0,06	0,00	0,12	0,15	0,12	0,06	0,08
ego	0,38	0,16	0,29	0,35	0,18	0,46	0,45	0,18	0,50	0,61	0,20	0,24	0,41	0,33	0,28	0,52
Fr/rF	0,41	0,88	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
a	4,96	3,08	1,00	4,00	4,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	4,00	1,00	1,00
p	3,73	2,65	3,00	6,00	3,00	9,00	4,00	3,00	8,00	5,00	2,00	0,00	4,00	7,00	3,00	7,00
Intelec.	2,35	2,57	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,00	9,00	2,00	0,00	6,00
Blends	4,01	2,97	0,00	4,00	1,00	6,00	5,00	2,00	6,00	4,00	0,00	1,00	5,00	4,00	0,00	3,00
Pop	5,36	1,84	4,00	6,00	5,00	5,00	4,00	3,00	5,00	5,00	4,00	5,00	3,00	3,00	3,00	4,00
FD	1,02	1,19	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
M	3,73	2,66	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	0,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	6,00	2,00	3,00
Ma	2,09	1,83	1,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	4,00	0,00	1,00
Mp	1,67	1,61	0,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	3,00	2,00	0,00	1,00	2,00	2,00	2,00
M+	0,12	0,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mo	2,26	1,66	1,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,00	3,00
Mu	0,69	0,99	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00
M-	0,63	1,05	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00
Mnone	0,03	0,2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S-	0,87	1,15	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,12	0,12	0,00	0,00	0,17	0,37	0,00	0,20	0,00
Zf	12,50	4,92	9,00	8,00	8,00	13,00	9,00	10,00	13,00	9,00	10,00	10,00	15,00	18,00	8,00	5,00
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	-0,67	4,72	-2,50	1,50	0,00	-1,50	-1,50	0,50	-1,50	3,00	-1,00	-9,50	0,00	-5,00	2,00	3,00
H+Hd+(H)+(Hd)	5,83	3,51	2,00	5,00	2,00	5,00	6,00	2,00	5,00	8,00	7,00	2,00	4,00	10,00	5,00	4,00
A	7,71	3,18	9,00	10,00	6,00	14,00	6,00	4,00	15,00	5,00	5,00	10,00	7,00	12,00	9,00	13,00
Ad	2,41	1,97	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	3,00
(A)	0,42	0,73	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(Ad)	0,16	0,45	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
W	7,25	3,71	7,00	3,00	5,00	6,00	3,00	11,00	6,00	5,00	8,00	9,00	16,00	11,00	7,00	1,00
D	9,89	5,81	6,00	13,00	9,00	15,00	11,00	4,00	15,00	8,00	5,00	8,00	5,00	12,00	9,00	17,00
Dd	3,33	3,37	4,00	7,00	3,00	3,00	6,00	2,00	3,00	5,00	2,00	0,00	6,00	10,00	2,00	7,00
S	2,49	2,15	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	4,00	3,00	3,00	0,00
DQ+	6,24	3,54	3,00	7,00	5,00	8,00	8,00	2,00	7,00	5,00	3,00	1,00	5,00	9,00	2,00	5,00
DQo	14,68	6,74	14,00	13,00	11,00	16,00	10,00	13,00	17,00	13,00	12,00	16,00	13,00	24,00	16,00	20,00
DQv	1,09	1,5	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,00	0,00	0,00	0,00
DQv/+	0,29	0,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
FQ+	0,21	0,68	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FQo	11,11	3,74	10,00	15,00	6,00	7,00	11,00	7,00	10,00	9,00	6,00	9,00	8,00	13,00	10,00	12,00
FQu	6,20	3,93	4,00	7,00	9,00	6,00	7,00	7,00	6,00	6,00	5,00	2,00	9,00	15,00	3,00	7,00
FQ-	4,43	3,23	3,00	1,00	2,00	8,00	1,00	2,00	8,00	3,00	4,00	6,00	8,00	5,00	5,00	6,00
FQnone	0,33	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CAPÍTULO 5

DISCUTINDO OS DADOS

“A pior das loucuras é, sem dúvida, pretender ser sensato num mundo de doidos.”
Erasmus de Rotterdam

“Quanto mais elevado é o espírito mais ele sofre.”
Arthur Schopenhauer

CRITÉRIOS DO RORSCHACH

Weiner e Exner (1991) estabeleceram alguns critérios para que os indivíduos tenham uma vida adaptativa e funcional a partir de características gerais de personalidade. Esses critérios envolvem:

- ser capaz de lidar com situações estressantes ($D > 0$; $AdjD > 0$; $EA > 7$; $CDI < 3$);
- ter um estilo eficiente de enfrentar as diversas situações da vida, estar aberto às experiências da vida e lidar com elas de modo convencional (EB introversivo ou extratensivo sem EBPer, $Zd > -3.0$; $\Lambda \leq 0.99$; $X+\% > 70$; $X-\% < 20$, $S- = 0$);
- lidar com os afetos de modo que possa expressar-se com controle flexível e não apresentar dificuldades emocionais (soma de sombreado $< FM+m$; $DEPI < 5$; $Afr > .50$, $CF+C < FC+1$);
- ser capaz de uma adequada avaliação pessoal ($Fr+rF=0$; $3r+(2)/R > .33$ e $< .43$; $FD < 2$);
- sentir-se confortável nas relações interpessoais ($p < a+1$; $T=1$; $H \text{ puro} > 2$; $H > (H)+Hd+(Hd)$).

Os autores também afirmam que em grupos submetidos à psicoterapia, houve melhora com relação a características afetivas, com menor predisposição a vivências depressivas ($DEPI < 4$), angústia (Soma SH $< FM+m$), melhor capacidade para expressar as emoções de forma controlada ($FC > CF+C$) e melhor envolvimento em situações emocionais ($AFR > .50$), (Exner, 1992). Também encontraram em ambos os grupos indivíduos com melhor habilidade para processar as informações ($Zd > -3.0$) e a perceber a realidade de maneira mais esperada pelo grupo ($X+\%$ adequado).

5.1 - NOSSOS ACHADOS

Em nosso trabalho, optamos por analisar os dados que demonstraram discordância (para mais ou para menos) dos dados normativos. Assim, alguns itens tais como as constelações OBS e HVI, e variáveis como Z_d / Z_f , não serão discutidos por encontrarem-se dentro dos parâmetros esperados.

a) PTI: os resultados encontrados não revelam quadros de psicose estabelecidos. Antes, demonstram uma coletânea de indicativos que demonstram que a grande maioria dos sujeitos analisados encontra-se em sofrimento psíquico grave. Não é possível afirmar que tais indivíduos jamais venham a desenvolver quadros compatíveis com o diagnóstico citado, entretanto, esse não parece ser o caso até o presente momento. De acordo com o que foi abordado na discussão teórica sobre psicose e normalidade, a existência de pródromos pode ser apenas uma possibilidade indicativa de processo *do tipo psicótico*. Uma vez que os sujeitos analisados passaram, a partir da avaliação realizada, pela intervenção precoce - é possível afirmar que há forte probabilidade de que as crises sejam revertidas sem o desenvolvimento de quadros crônicos.

Conforme retratado nos resultados, a posituação da constelação de PTI (=3) é comumente esperada em 8% dos casos e no caso de quatro variáveis marcadas, o percentual esperado é de 3% para quatro índices positivos (no caso dos dados nacionais). No caso de nossa amostra, observamos 6% de pessoas com PTI positivo (≥ 3). Para os dados internacionais, espera-se um valor médio de 0,59 pontos, enquanto que a média nacional gira em torno de 0,69. Sabemos que valores mais altos são indicativos de distúrbios mais sérios da percepção e do pensamento. Isso nos leva a concluir que um percentual mínimo de sujeitos de nosso grupo possui tendências à psicose em contrapartida à grande maioria que não apresenta as variáveis típicas deste tipo de quadro.

De acordo com Nascimento (2010), seus resultados variam de 0 a 5 e Exner (2003) sugere que o ponto que diferencia a presença de distúrbios seja $PTI > 3$, valores encontrados, mais comumente em amostras de esquizofrênicos, enquanto que a população de não pacientes apresenta, com grande frequência, resultados de 0 e 1.

Dao e Prevatt (2006) investigaram as evidências de confiabilidade e validade do PTI entre uma população de adultos internados. Os dados de 107 pacientes preencheram os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2000) com os critérios para transtornos do espectro esquizofrênico (TEE) ou transtornos do humor (TH), sem características psicóticas. Os resultados

demonstraram a consistência interna do PTI. Além disso, o PTI foi um índice eficaz em diferenciar pacientes TEE, de pacientes diagnosticados com TH.

Outros estudos, tais como o de Charnas (2007) apontam índices similares às demais pesquisas citadas:

TABELA 10
Distribuição da Frequência do Perceptual-Thinking Index (PTI)³
(*Não-pacientes, Bipolares e psicóticos*)

ESCORE TOTAL			
	<i>Não-Pacientes (n = 40)</i>	<i>Bipolares (n = 32)</i>	<i>Psicóticos (n = 33)</i>
PTI = 0	85%	12%	12%
PTI ≤ 1	15%	88%	88%
PTI ≤ 2	8%	50%	82%
PTI ≤ 3	3%	34%	76%
PTI ≤ 4	0%	22%	61%
PTI = 5	0%	9%	33%

CRITÉRIO POR VARIÁVEL			
	<i>(n = 40)</i>	<i>(n = 32)</i>	<i>(n = 33)</i>
1) XA% < .70 e WDA% < .75	3%	47%	76%
2) X-% >.29	5%	44%	70%
3) Level 2 Special Scores > 2 e FAB2 > 0	0%	9%	52%
4) R < 17 e WSUM6 > 12 ou R > 16 e WSUM6 > 17	15%	50%	88%
5) M- >1 OR X-% > .40	5%	53%	55%

³ Charnas, J.W., De Fife, J. A., Eudell-Simmons, E.M. & Hilsenroth, M. J. (2007).

Em relação aos itens da constelação prodrômica, foi possível perceber que:

R - o número de respostas apresentados, em sua grande maioria (vinte e três casos) encontra-se dentro do esperado para não-pacientes. Apenas alguns casos apresentaram rebaixamento destes valores o que pode indicar certa resistência à tarefa ou limitação. Entretanto, é possível afirmar, a partir deste dado, que o grupo de sujeitos do GIPSI não se equivale aos percentuais encontrados em pacientes esquizofrênicos internados (Exner, 2003).

Já no caso de Lambda, um dado interessante é percebido. Apesar de apenas poucos casos terem números elevados (muito acima de 1,00: 7,00 / 22,00 / 13,00, por ex.), uma boa proporção encontra-se dentro do esperado, revelando pouca resistência à tarefa e também um estilo adequado de funcionamento, sem evitar demais os estímulos nem deixar-se inundar por eles. Entretanto, um percentual significativo (42,9%) apresentou índices acima de 1,00 revelando um predomínio do estilo evitativo por parte deste grupo de sujeitos. Esta característica será novamente abordada ao tratarmos dos tipos vivenciais (EB).

Já no caso das variáveis XA% e WDA%, a maioria encontra-se dentro das médias esperadas, com conseqüente adequação de Xu% e X-%. Apenas dez protocolos apresentaram distorções destes valores. Estes dados revelam uma adequação, da maioria dos sujeitos, aos aspectos de qualidades formais e localizações, refletindo uma adaptação ao campo de estímulos sem distorções significativas da realidade o que seria esperado no caso de pacientes esquizofrênicos internados, por exemplo (Exner, 2003).

Os códigos especiais de nível dois apresentaram as maiores discrepâncias em relação à população de esquizofrênicos. Pouquíssimas respostas deste tipo foram encontradas no grupo analisado, corroborando os dados comentados acima que um perfil de maior adequação à realidade. Pacientes esquizofrênicos costumam apresentar índices elevados neste item uma vez que sua percepção da realidade costuma ser bastante distorcida, com predomínio do uso da fantasia, delírio, discurso desorganizado e lógicas inadequadas. Os índices WSum6 e Sum 6 (que mensuram a quantidade total de códigos especiais e a soma de seus valores) também apresentaram valores abaixo do esperado para pacientes esquizofrênicos, reforçando a idéia de adequação do grupo, ao campo de estímulos.

Respostas que incluíam movimento humano com qualidade formal distorcida (M-) foram observadas em apenas quatro casos indicando ausência de dificuldades no processo de pensamento da maioria dos indivíduos analisados. M- elevado (mais de 1) indicaria desorientação e levantaria a possibilidade de traços psicóticos

significativos uma vez que revela distorções dos perceptos humanos mais projetivos (os movimentos).

b) CDI: segundo Exner (2003), a constelação CDI é uma espécie de subproduto da revisão da constelação DEPI. Esta última não teria sido efetiva em identificar diversos casos de desordens afetivas. Ao analisar os índices de CDI é possível observar uma porcentagem substancial de sujeitos (com diversos diagnósticos psiquiátricos diferentes) que a positivaram fazendo com que mereça uma atenção específica.

Esta constelação apresentou positividade em 46,4% dos casos (CDI=4). O esperado, de acordo com as normas internacionais, são marcações em torno de 2,90 itens e em termos nacionais, 3,47.

Quando positiva (>3), CDI indica que o indivíduo possui dificuldades para enfrentar as demandas do meio social, o que acarreta um déficit relacional. CDI apresenta dois fatores que falam da dificuldade de enfrentamento - o índice **EA < 6**, o que indica poucos recursos para lidar com as demandas do dia-a-dia sendo composto ela soma dos valores do EB (movimentos do tipo humano que indicam motivação e afetos, representados por respostas de cor) e a **Nota D Ajustada**, que quando menor que zero, indica pouca capacidade para lidar com os disparadores internos de tensão.

EA < 6 existe em 71,4% dos sujeitos do grupo analisado o que reflete um baixíssimo nível de recursos para lidar com as demandas geradas pelos disparadores internos de tensão e pelo estresse situacional - "es". Assim, em situações de sobrecarga (interna ou externa) essas pessoas, possivelmente, desorganizam-se devido a seus déficits de enfrentamento. Em dezenove 67,9% dos casos este EA é composto por $M \leq 2$ o que indica uma predominância dos afetos em detrimento do pensamento. Novamente, quando percebemos que parte destes movimentos humanos, além de existirem em baixa quantidade, possuem qualidade formal menos, infere-se que seus recursos de pensamento, além de escassos, são distorcidos. Os valores de Adj. D (critério 2 para marcação do item) abaixo de zero, foram notados em 39,3% dos sujeitos, reforçando a baixa capacidade de lidar com os disparadores internos de tensão. Vale ressaltar que momentos de crise não são - por si só - motivos para desorganização. A maioria das pessoas passa por diversas crises na vida sem que estas façam eclodir surtos disfuncionais, entretanto, o próprio conceito de resiliência afirma que as crises são melhor superadas por aquelas pessoas com mais recursos internos.

Sujeitos com poucas respostas **COP** (cooperação) costumam não buscar ou não perceber a cooperação entre as pessoas, o que pode dificultar a buscar por ajuda

e a interação com os demais. Se aliado à **AG** (agressividade) menor que dois revela uma tendência à pouca assertividade e dificuldade na tomada de decisões. Este perfil foi visto em 75% dos casos. Se associarmos este dado com as demais descobertas dos protocolos, é possível notar claramente um isolamento social motivado - não por embotamento afetivo ou delírio persecutório (exemplos de algumas das características psicóticas) mas por uma inabilidade social marcante. Vale ressaltar que esses dados, quando encontrados concomitantemente podem gerar uma espécie de causalidade retroalimentada: tem-se poucos recursos e por isso evita-se interações sociais e vice-versa.

WSumC menor que 2,5 ou **Afr.** < 0,46 revelam uma afetividade mais embotada ou constricta, com dificuldade na demonstração e percepção dos afetos. A soma de cores (**WSumC**) menor que 2,5 foi encontrada em 67,9% dos casos ou, como segunda opção para marcação do item, **Afr** (afetividade) abaixo de 0,46 foram identificados 60,7%. Isso realça os dados encontrados até o momento, apontando para uma constrição emocional maior do que o encontrado na maioria das pessoas.

“**p**” (movimentos passivos) em maior quantidade que os “**a**” (movimentos ativos) revelam tendência à passividade e dificuldade de tomar decisões ou em assumir a responsabilidade por sua própria vida e obteve 46,4% de ocorrências no grupo. Este item também é marcado pela presença de respostas de conteúdo humano puro - **H** - que, quando em baixa quantidade (ocorrido em 60,7% do grupo), revelam desinteresse nas interações sociais ou dificuldade em estabelecer vínculos com as pessoas. Trata-se de mais um dado que reforça o isolamento social e emocional dos indivíduos pesquisados.

Já a soma das respostas de **Textura**, quando atingem um valor maior que um, indicam grande necessidade de contato e proximidade com os demais, além do que seria comumente esperado. Caso haja, ao invés de $T > 0$, um **Índice de Isolamento** maior do que 0,24, é possível notar um indivíduo mais retraído nos contatos sociais, o que foi observado em apenas 21,4% dos casos. Isso demonstra que a despeito de estarem mais retraídos emocionalmente e evitativos de relações mais próximas, estes indivíduos ainda se encontram e razoável contato com a sociedade. Tal fato é um indicador de prognóstico favorável uma vez que a psicose, propriamente dita, costuma ter como uma de suas características principais, um isolamento cada vez maior por parte dos indivíduos. Entretanto, cabe ressaltar que a maioria do grupo (67,9%) apresentou $T = 0$ o que é mais um indicativo de atitudes evitativas ao contato interpessoal. Já a presença de respostas com conteúdo alimentar (**Fd**) indicam imaturidade e certa dependência emocional e a ausência delas, na maioria do grupo estudado, é um bom prognóstico no que tange à busca de independência. Este tipo de

indicador foi encontrado em apenas 21,4% dos casos o que denota uma maior tendência à autonomia, no grupo avaliado.

c) DEPI: de acordo com Nascimento (2006) quando surge positiva (ou seja, = 5), indica que a pessoa apresenta muitas características comuns aos deprimidos ou trata-se de uma pessoa com maior predisposição a uma séria perturbação do estado de humor. Quando DEPI > 5, geralmente refere-se a uma grave depressão.

No caso da constelação DEPI, foram 57,1% contra os 20% esperados da média nacional. Em termos de quantidade de itens, o esperado no Brasil é 3,41 e internacionalmente, 3,80. É possível afirmar, através destes dados que componentes afetivos disfóricos estão maciçamente presentes nas crises atendidas pelo GIPSI.

Esta constelação apresenta inicialmente as variáveis **SumV** (soma de respostas de determinante Sombreado Vista) ou **FD** (respostas baseadas na Forma Dimensão) e indicam uma tendência à introspecção. No caso das respostas V essa introspecção se faz de forma mais dolorosa e é comum em pessoas com auto-estima rebaixada. Já as respostas FD, quando encontradas no total de uma, são favoráveis ao processo psicoterapêutico pois favorecem o *insight*. D 28 indivíduos avaliados, 35,7% deles apresentaram respostas de Vista (=1); destes, 10,7% apresentaram respostas de Vista com valores acima dos esperados para esta população (valores encontrados de 2 ou 3). No caso das respostas FD, 32,1% apresentaram-nas o que nos faz perceber um perfil de introspecção maior, com tendência ao negativismo (ver FV). Estas variáveis podem ser alvo de manejo clínico visando a busca e o desenvolvimento de “insights” e elevação da auto-estima para que essa tendência a um auto-exame freqüente se faça de forma menos dolorosa.

Respostas de determinante cor misturadas com determinante sombreado são significativas para um perfil de ambivalência onde sentimentos positivos e negativos alternam-se provocando confusão nas emoções. Representaram 39,3% da população estudada e indicam fortes sentimentos disfóricos presentes. Outra variável deste item são as respostas de espaço em branco (**S**) quando encontradas em valores maiores que três, denotam um caráter mais opositivo às regras e normas sociais e indicam pontos de vista contrários aos comumente esperados. Comum em pessoas desafiadoras, foram identificadas em 50% da população alvo desta pesquisa. Lembremos que comportamentos opositivos e desafiadores podem figurar entre os comportamentos classificáveis como “bizarros” e “inadequados” de pessoas com diagnóstico de psicose, porém, é importante salientar que este mesmo traço de personalidade é mais presente durante a fase de adolescência e início da idade adulta

- onde os jovens buscam diferenciar-se dos demais, buscando sua individualidade. “S” é um índice muito comum entre artistas - que tendem a ser não-convencionais - e em pessoas criativas. Se bem manejado pode tornar-se uma mola propulsora para o processo de superação da crise, uma vez que não trata-se de um oposicionismo esvaziado e sim, de um movimento de auto-afirmação (Gacono, 1994). O comportamento disruptivo, típico de crises, se traduz em comportamentos incomuns e pode estar sendo mantido por índices deste tipo. Transformar esta força motriz em recurso criativo pode ser um degrau para a superação de suas limitações.

O *Ego Impairment Index* com valores acima de 0,44 e respostas de reflexo (Fr/rF) maiores que um costumam indicar sujeitos mais autocentrados e que não consideram suficientemente os demais. Tal comportamento costuma causar problemas de ordem social e relacional. O Índice de Egocentrismo (**Ego**) maior que 0,44 que deve ser associado às respostas de reflexo (**Fr+rF**) em valores iguais a zero, foi observado em apenas 17,9% dos indivíduos. Outra possibilidade para este mesmo item é o Índice de Egocentrismo (**Ego**) menor que 0,33 que foi encontrado 32,1% dos casos. Desta forma é possível perceber um rebaixamento na auto-estima destes sujeitos, composta por baixa auto-referencia, introspecção disfórica (MOR e FV) e poucos traços narcisistas.

Afr. < 0,46 apresentou 60,7% dos indivíduos o que indica um rebaixamento dos afetos e evitação deste tipo de estímulo (relembrando que este índice é calculado pela quantidade de respostas às três últimas lâminas - e as mais coloridas, em comparação com as demais respostas). Para este mesmo índice, temos a variável - respostas mistas (*blend*) - que sugerem bom nível cognitivo. Quando encontradas em baixa quantidade podem revelar um sujeito menos apto intelectualmente ou com um universo cultural e experiencial mais restrito que o da maioria das pessoas. Esse foi o caso de 57,1% dos indivíduos analisados o que denota, por um lado, certa limitação e por outro, capacidade de ampliação deste universo mediante um processo psico-educacional, por exemplo.

Em protocolos onde é encontrado SH>FM+m (sombreados em maior quantidade que os movimentos animais e inanimados) ou SumC'(soma de cores acromáticas) pode-se afirmar, respectivamente que: no caso de SH>FM+m, têm-se um estresse situacional maior que as demandas internas. Em casos assim, há um prognóstico favorável, quando é possível manejar tais contextos, exteriores ao sujeito, visando a diminuição da sobrecarga. E no caso de SumC'>2, observa-se uma constrição afetiva típica da repressão de sentimentos o que pode levar a grande sofrimento psíquico e emocional. As respostas de sombreado (**SH**) em número maior que respostas (**FM+m**) totalizaram 50,0%, e a soma de respostas de cor acromática -

com valores maiores que dois, ocorreu em apenas oito situações (28,6%). Este dados nos revelam um perfil bastante disfórico em termos de emoções, não pelo percentual encontrado e sim, pela quantidade e qualidade das respostas apresentadas. A metade de sujeitos com respostas de sombreado, em número superior à FM+m nos falam de uma sobrecarga mais situacional que interna. Desta forma, fica claro que as teorias que apontam os fatores relacionais familiares como fonte de estresse e desorganização, encontram aqui um aporte. As respostas de cor acromática em números maiores que dois, que por sua vez foram encontradas em baixa quantidade, traduzem sintomas psicossomáticos, depressivos e em alguns casos, podem revelar traços obsessivos.

As respostas de conteúdo mórbido (**MOR**) revelam uma auto-imagem negativa e repleta de traços disfóricos. Isto pode fazer com que o sujeito aparente pessimismo e apatia. Já o Índice de Intelectualização refere-se ao grau com que o indivíduo racionaliza suas percepções. Ao racionalizar suas experiências e sentimentos, evita-se entrar em contato com sentimentos disfóricos ou desconfortáveis, adiando sua resolução. O Código Especial de Morbidez (**MOR**) em valores acima de dois foi encontrado em 35,7% dos casos, sendo que outra alternativa à positivação deste item, o Índice de Intelectualização (**Intel.**) em valores superiores a três, foi observado em 25,0%. Pode-se perceber então, uma tendência à formação de auto-imagem negativa e a um tom pessimista. Esta tendência, quando não ocorre próxima de ventos de luto (perdas em geral) pode ser associada a pouca validação de suas características, em tenra idade. Isso pode explicar a baixa auto-estima associada e a tendência ao isolamento emocional e social uma vez que o sujeito não experimenta sentimentos de aceitação e mais valia nas situações carregadas de emoção.

Os conteúdos de vestuário (Cg), por sua vez, indicam uma dificuldade em revelar-se, prevalecendo a tendência à ocultar-se nas interações com os demais. Este índice também está relacionado a traços paranóides: medo de ter seus pensamentos compartilhados pelos outros e de ser invadido em sua intimidade. A ocorrência foi baixa nesta pesquisa (apenas cinco casos) mas é preciso levar em consideração que esta tendência pode estar em suspenso já que o momento de crise é um momento de revelação e comunicação dos sentimentos e pensamentos reprimidos.

Foram observadas tendências à inabilidade interpessoal, introspecção e isolamento social. Estes fatores parecem estar relacionados na maioria dos casos. A tendência à introspecção (FD e FV) pode levar a um isolamento social e vice-versa. O mesmo ocorre com a inabilidade interpessoal que pode ser uma das causas ou efeitos do isolamento social (H e COP baixos). Não foram observadas tendências paranóicas

ou persecutórias relevantes ou embotamento afetivo (rebaixamento) que justificasse tal quadro.

d) Demais variáveis alteradas:

- movimento do tipo humano com qualidade formal incomum X ordinária - **Mu X Mo.**
- conteúdos animais - **A e Ad**
- qualidade de resposta humana - **GHR / PHR**
- qualidade formal incomum - **FQu**

As respostas de movimento humano (M) revelam o grau de motivação dos indivíduos e são consideradas as mais projetivas uma vez que não há movimento real, presente nas manchas de tinta. Quando abaixo de cinco, indicam dificuldades nesta área. Movimento do tipo humano com qualidade formal incomum - **Mu**: 46,4% do grupo apresentou este tipo de respostas em quantidades tendendo à elevação (média nacional = 0,57, dp = 0,81 e média internacional = 0,69, dp = 0,99) e como reflexo, foi verificado o rebaixamento do nível de respostas **Mo** (46,4%). Este dado nos revela uma tendência a um uso incomum da projeção o que pode levar a dificuldades de ajustamento. Vale lembrar que M conta como indicador de recursos para EA e se não possui boa qualidade formal pode dificultar o enfrentamento das demandas por partes do indivíduo.

A análise das respostas de conteúdos animal - **A e Ad**, revelou que conteúdos animais puros encontram-se em elevação acima da média em 39,3% dos casos. Já as respostas de detalhe animal, mostraram-se tendendo à elevação em 35,7%. Este dado é compatível com a tendência à evitação das relações interpessoais apresentada anteriormente. As respostas de conteúdo animal também estão mais ligadas a características regressivas e libidinais (Chabert, 1993).

As respostas do tipo humanas de pior qualidade (PHR) indicam a percepção distorcida deste tipo de conteúdo e foram verificadas nove vezes (32,1%), tendendo à elevação. **Já as** respostas **GHR** (good human response) foram observadas treze vezes (46,4%) em valores rebaixados, de 0 a 1. Este dado é compatível com as distorções já percebidas em variáveis anteriormente estudadas revelando as dificuldades relacionais destes indivíduos.

Respostas com qualidade formal incomum - **FQu** - foram vistas, em sua maioria, com tendência à elevação: nove casos (32,1%) e reforçam a tendência, já

percebida em outras variáveis analisadas, à uma percepção incomum do campo de estímulos. Quando um sujeito apresenta mais respostas de qualidade formal incomum (FQu), fica claro sua percepção original da realidade, porém, não chegando a distorcê-la como ocorre nos protocolos de pacientes esquizofrênicos internados.

Amparo (2002) aponta que:

a visão em imagens permite visualizar diferentes formas de realização no Rorschach. Essas diferentes formas, quando tomamos um vocabulário da arte, podem ser aproximadas da idéia de estilos. Por exemplo, na pintura temos o caso de Picasso, que no mesmo espaço de um quadro esboça diferentes momentos sucessivos da imagem de uma pessoa, vista de frente e de perfil e a transforma em uma imagem criativa. Ou Francis Bacon, que deformando as imagens dissolve a forma humana. Ou ainda, como ressalta Yazige (1998), El Greco, um pintor esquizo-racional, que com seu talento foi capaz de ultrapassar seu próprio estilo e de transmitir sua sensibilidade, sua sensualidade e sua fineza de sentimentos por intermédio da sua arte. El Greco encontra formas de sair do seu isolamento e de se fazer comunicar. Os artistas são o contraponto criativo, jogam com o espaço e o tempo de forma diferente do esquizofrênico. Esse jogo é criativo e não fonte de naufrágio do sentimento de realidade. Somos confrontados, na particularidade dos protocolos de Rorschach que apresentamos, com produções que caracterizam modos diferentes de realização. São estilos de visão, em imagens, que poderiam ser colocados em oposição mas que, no entanto, pertencem a uma mesma estrutura de base.

Ou seja, determinadas avaliações - conforme afirmamos no início deste trabalho - se realizadas de forma superficial e apressada, podem transformar um sujeito criativo, mais retraído, com pontos de vista peculiares mas mal adaptado, em um “psicótico diagnosticado” em potencial.

A CONSTELAÇÃO PRODRÔMICA

Foi possível observar, na maioria dos sujeitos avaliados, a presença de alguns indicativos de sofrimento psíquico grave que formam um conjunto de variáveis do Rorschach (constelação) de caráter prodrômico:

Figura 20 - A Constelação Prodrômica

1. Constelação PTI	≤ 2	() Se sim, marcar abaixo:
2. Constelação DEPI	≥ 5	()
3. Constelação CDI	≥ 4	()
4. $\text{Mu} > \text{Mo}$		()
5. $A \ \& \ \text{Ad} \uparrow$		()
6. $\text{GHR} < \text{PHR}$		()
7. $\text{FQu} \uparrow$		()

Considerar válido caso os itens 1 a 3 sejam positivos e ao menos 2 dos itens de 4 a 7 sejam marcados.

A ausência de PTI indica ausência de traços psicóticos e é fundamental para que se descarte um quadro de esquizofrenia já instalada e cronicada ou com forte tendência.

A marcação da constelação DEPI, por outro lado, indica, conforme já foi pontuado anteriormente, a presença de afetos disfóricos, baixa auto-estima, afetividade rebaixada, dificuldade nas relações interpessoais e baixa motivação, por vezes, aliada à forte nível de estresse.

Já a constelação CDI, indica uma significativa inabilidade social, dificuldades severas de enfrentamento das demandas, estilo evitativo de estímulos e baixa motivação.

Os índices $\text{Mu} > \text{Mo}$ e FQu , respectivamente, indicam uma aproximação mais pessoal do campo de estímulos e da ideação. Este fator tanto pode trazer dificuldades de ajustamento dos indivíduos como pode ser um traço útil de criatividade a ser utilizada para a superação das crises.

A presença de $A \ \& \ \text{Ad} \uparrow$ e de $\text{GHR} < \text{PHR}$ são variáveis ligadas às dificuldades nos relacionamentos pessoais e muito presentes em sujeitos com este perfil.

É importante salientar que estes indicadores referem-se a uma população muito específica, necessitando, também, de mais dados que a comprovem.

Assim, foi possível estabelecer uma ligação entre os pródromos apresentados pela maioria dos sujeitos em sofrimento psíquico grave que vivenciam crises do tipo psicótico, com as variáveis acima relatadas.

Ausência de distorção significativa da realidade (PTI neg.) mas com uma percepção muito peculiar. Fortes sentimentos disfóricos demonstrados pelos traços fortemente depressivos, compostos de baixa auto-estima, isolamento social, poucos recursos pessoais. Inabilidade social marcante, dificuldade de enfrentamento e caráter opositivo, porém, mais passivo.

Este conjunto de variáveis é fiel ao que a literatura aponta como sinais iniciais de um possível quadro psicótico.

Ao compararmos os pródromos apresentados pelos sujeitos com as variáveis de cada um, observamos uma grande similaridade entre os pródromos atribuídos aos sujeitos e variáveis do sumário estrutural (ver tabela da sessão Anexos). Entretanto, nem a lista de pródromos e nem os dados dos Sumários estruturais apontam quadros psicóticos. Uma possibilidade, para que esses sujeitos tenham sido, erroneamente, diagnosticados como psicóticos, é que possa ter ocorrido uma análise rápida da lista de sinais e sintomas que foram agrupados num eixo diagnóstico, por similaridade.

Vale ressaltar que pela característica projetiva do método, existe pouca possibilidade de manipulação dos dados (Weiner, 2000). Deve-se considerar, também, que o preenchimento da ficha de pródromos nem sempre foi realizada mediante uma detalhada anamnese. Em alguns casos os dados foram fornecidos por parentes dos sujeitos o que pode aumentar, ainda mais, a distorção dos sintomas. Assim, propusemos a utilização do Método de Rorschach como ferramenta de admissão de novos sujeitos no GIPSI uma vez que demonstrou fornecer dados fidedignos e confiáveis para uma avaliação das demandas.

Segundo nossa linha teórica, a melhor medida para lidar com as crises do tipo psicótica é a intervenção precoce e para que esta seja efetiva, é vital que se conheça, detalhada e precisamente, a natureza do sofrimento psíquico grave vivenciado pelo sujeito em questão. Isso pôde ser possível com a utilização do Método de Rorschach no processo de acolhimentos dos sujeitos do GIPSI.

Como não objetivamos realizar estudos detalhados de casos e sim uma análise global do grupo, não nos ativemo-nos a cada perfil em particular, porém, a observação dos protocolos permite-nos observar a existência de apenas três (03) casos mais severos.

Pretendemos dar continuidade ao presente estudo.

5.2 - PSICOSE: DOENÇA OU REAÇÃO?

Conforme os resultados encontrados, é possível notar que os sujeitos do GIPSI possuem um perfil que aponta para grandes dificuldades sociais e relacionais, baixos recursos de enfrentamento das demandas cotidianas, características opostas e desafiadoras, isolamento social, imaturidade emocional, baixa motivação, auto estima rebaixada, disforia e elevado índice de estresse.

Tais dificuldades podem ter sido confundidas, por ocasião do diagnóstico inicial, com os sintomas do tipo psicótico. Podem ainda - se não receberem tratamento adequado - repetir os episódios de crise até um ponto de cronificação destas características.

Desta forma, o Método de Rorschach permitiu decodificar os pródromos apresentados. Por exemplo: um sujeito que apresente apatia, anedonia e sonolência pode ser descrito como um sujeito $M\downarrow$, $EA\downarrow$, $p>a$, $SH>3$ ou $DEPI = 5$, por exemplo (Exner, 2003). Estas variáveis não estão relacionadas à constelação PTI (indicativa de distúrbios perceptivos severos). Ou seja, a despeito do sujeito apresentar algumas características comportamentais que podem levar a um diagnóstico de psicose, pode tratar-se, na verdade, de um caso de melancolia típica, sem traços do tipo psicótico.

Culpa, delírios e desconfiança geral podem indicar, respectivamente, baixa auto-estima, retraimento social e caráter peculiar (místico por exemplo) e não estarem relacionados, obrigatoriamente, a um quadro de psicose. Esta análise mais aprofundada é vital para que seja feita a intervenção precoce. Ainda não é possível afirmar se um quadro prodromático SEMPRE irá cronificar sem o tratamento adequado porém é possível presumir, com grande segurança, que fatores outros podem interferir no curso da sintomatologia e interromperem o processo (Keshavan, 1992).

Para Winnicott (1983) a psicose seria uma "doença de deficiência do ambiente", o que não deve ser compreendido como a simples existência de eventos traumáticos mais graves ou situações adversas na primeira infância. De fato, ele refere-se a um falso self e inscreve na patologia deste, um grande espectro de transtornos, dentre eles, a psicose. Portanto, o sintoma poderia ser sinal de um transtorno pertencente à família e não simplesmente ao sujeito em questão e denunciaria dificuldades em negociar as passagens dos ciclos de vida daquela família (Costa, 2010).

Crianças e adolescentes psicóticos, que anteriormente ostentavam a pecha de “bodes expiatórios” costumam ser os denunciadores de situações familiares não explicitadas. Muitas vezes, a crise psicótica tem a função de comunicar o incomunicável, através de uma linguagem, nem sempre falada que diz do profundo sentimento de angústia daquele sujeito. A grande maioria dessas crianças e adolescentes - ao contrário do que se apregoa - não demonstra ausência de afetos ou incapacidade de formar vínculos, antes, possuem uma sensibilidade exacerbada que - atacada pelos estressores externos cria um mecanismo de defesa, no qual a negativa em aceitar vínculos também exerce um fator protetivo à mais ameaças percebidas.

Palazzoli (1998), traçou um perfil do que chama de “jogos psicóticos da família”, que ocorrem por ocasião do uso de artimanhas sutis, mentiras disfarçadas, falsidades, manipulações, seduções, promessas e enganos, em que os verdadeiros propósitos destas ações estão escondidos ou disfarçados, e nunca admitidos e, quando revelados, negados. Para estes pesquisadores, a hipótese da conduta psicótica do indivíduo está intimamente ligada a este jogo. Portanto, para além dos sintomas evidentes ou características familiares, o que envolve a psicose é um padrão relacional que seria construído em parceria e com a participação efetiva de todos os atores (Costa, 2008). Este jogo, dividido em seis etapas (impasse do casal; enredamento do filho no jogo do casal; surgimento de comportamentos inusitados no filho; reviravolta do suposto aliado; explosão da psicose e o uso de estratégias baseadas no sintoma) culmina com a instalação do quadro psicótico - propriamente dito - no filho do casal.

O que foi observado, nos diversos casos analisados, encaixa-se perfeitamente na teoria descrita acima: filhos de famílias “palazzolianas”, com poucos recursos internos que podem ser devidos a problemas na fase de maturação, impedidos de lidar adequadamente com as demandas mais significativas da vida, bem como, incapazes de estabelecer vínculos sociais adequados.

A este respeito, a obra de Winnicott (1978) também traz diversas contribuições. Para ele, a questão do indivíduo como um ser diferenciado de seus pais é importante no estudo da adolescência e da psicose. O adolescente é, muitas vezes, visto como um ser isolado. A preservação deste distanciamento seria parte da busca de formação de sua identidade adulta, ao mesmo tempo que exerceria a função de comunicar o desejo de não violação do self.

Para Winnicott (2005) é possível dividir a desordem mental em psicose e psiconeurose. Ele alerta que não se deve concluir apressadamente que as pessoas psiconeuróticas sejam, necessariamente, menos difíceis de lidar do que os psicóticos. Ressalta ainda que é necessário muito cuidado ao se utilizar estes termos. Ser

considerado um doente mental, por exemplo, pode querer dizer que somos insuportáveis ao convívio com os demais. Não há nenhuma dúvida que certas pessoas psiconeuróticas podem tornar muito difícil convivência com elas. No entanto, geralmente não são pessoas cuja “loucura” pode ser atestada. Os de estrutura psicótica, porém, podem ser de mais fácil convívio até que desenvolvam maiores dificuldades mais tarde. A “psiconeurose” também pode levar a gravidade, sem dúvida. Além disso, Winnicott afirma que a psicose é melhor atendida por equipes multiprofissionais uma vez que existe um campo de ação amplo para sua atuação (assistentes sociais, por exemplo) que podem intervir no ambiente familiar e social almejando ajustes necessários à melhoria da qualidade de vida destes sujeitos.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES & INSIGHTS

“... nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição. Já a infelicidade é muito menos difícil de se experimentar. O sofrimento nos ameaça de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução que nem mesmo pode dispensar a dor e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens.”
(Freud, 1974, XXI, p. 95)

Os dados apontaram para heterogeneidade dos perfis analisados e ausência de critérios suficientes para o estabelecimento de suspeita de traços do tipo psicótico, significativos, na maioria dos sujeitos.

Foi observada a existência de uma série de traços indicativos de sofrimento psíquico grave que podem ou não, evoluir para um quadro de maior gravidade, devido à falta de recursos internos que esses indivíduos apresentam - caso os sujeitos não recebam atendimento adequado.

Apontam ainda que houve, anteriormente, uma desconsideração dos aspectos saudáveis e/ou funcionais desses sujeitos, em favor da observação de sinais e sintomas patologizantes que classificaram estas pessoas como psicóticas.

Esse estudo evidenciou uma porta de pesquisa importante no campo da saúde mental, que é a possibilidade de consolidação de uma constelação prodrômica para crises do tipo psicótico.

Os achados desta pesquisa indicaram:

- a) sujeitos com recursos funcionais e/ou saudáveis ainda preservados
- b) presença de alguns fatores desencadeantes de sofrimento psíquico grave e que podem ser alvo de atenção psicoterapêutica;
- c) existência de fatores externos ao sujeitos (tais como dinâmica familiar, estresse laboral, dificuldades sócio demográficas) e que influenciam, de maneira contundente, o comportamento e a subjetividade destas pessoas

(medido pelas variáveis do Rorschach x dados sócio demográficos x falas da entrevista de acolhimento)

Os dados encontrados discordam das teorias tradicionais que afirmam que a existência de um padrão comportamental, emocional e psíquico em sujeitos do tipo psicótico, seria irreversível. O GIPSI vem acompanhando esses sujeitos e seus familiares, com atendimentos médios de um ano e obtido reduções significativas nos sintomas apresentados e diminuindo a possibilidade de recaídas, através da exploração dos aspectos ainda saudáveis e funcionais destes indivíduos.

São eles: afetividade adequada aos padrões esperados no Brasil (dados normativos do Rorschach); baixo índice de agressividade; percepções peculiares mas sem graves distorções que possam comprometer o funcionamento adequado - mais que isso, oferecendo possibilidade de desenvolvimento de seus potenciais criativos; bom nível de cooperação; ausência de traços obsessivos ou hipervigilantes (paranóia); baixo índice de ideação suicida.

Diante de quadros desta natureza é possível traçar um planejamento individualizado e adequado para cada sujeito, visando, não apenas silenciar o seu sintoma, mas oferecendo a possibilidade de, a partir de seu potencial individual, superar a crise e desenvolver-se adequadamente.

Muito se ouve falar em normalidade, média e adequação quando se trata de avaliações psicológicas; porém, é importante ressaltar, que tais afirmações somente podem ser feitas ao se comparar os dados obtidos por meio de pesquisa científica com outros de mesma natureza. De acordo com Martins (2005, p. 87) “questões de ordem ética e moral são confundidas com a investigação científica.”. O que muitas vezes poderia ser considerado “normal” se levássemos em conta o contexto no qual está inserido o sujeito (como o exemplo da pessoa que ouve vozes em sua igreja) pode ser facilmente mal interpretado como delírio, caso tal contexto seja desprezado.

Além disso, os encaminhamentos feitos ao nosso grupo, foram realizados por profissionais de diversos campos, experientes em avaliação (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais) o que nos dá segurança quanto aos quadros, aparentemente disfuncionais, dessas pessoas. O que nosso estudo sugere, entretanto é que o sofrimento psíquico grave tem sido confundido com esquizofrenia - na maioria dos casos.

Os critérios de triagem, acolhimento e atendimento do grupo são bem estabelecidos, obedecendo às normas de avaliação psicodiagnóstica e podem contribuir com os demais profissionais ligados ao atendimentos destas famílias, fornecendo dados confiáveis que embasem um tratamento adequado e eficaz.

É possível observar que, na maioria das avaliações tradicionais, estas são realizadas ignorando-se dados “normais” e “medianos” dos sujeitos. São privilegiados os dados disfuncionais, reduzindo-se a pessoa em questão, apenas ao conjunto de dificuldades que esta apresenta. Tem sido observado, na prática clínica do GIPSI, que a consideração destes mesmos recursos saudáveis/funcionais, tem servido de base para o fortalecimento psíquico destes sujeitos o que promove uma recuperação mais rápida das crises, com posterior diminuição do risco de recidivas e economia, sobretudo, do sofrimento humano.

Analisando os dados encontrados e considerando os autores escolhidos como base teórica deste trabalho, acreditamos que novas formas de avaliação sejam imprescindíveis na questão da psicose. Nossos dados demonstraram, empiricamente, que a classificação nosográfica, classicamente utilizada nas avaliações de sujeitos em sofrimento psíquico, podem enviesar a natureza deste sofrimento, patologizando de forma incorreta, certos traços de personalidade que - se considerarmos o contexto no qual estão inseridos - são plenamente adaptativos, ao contrário do que se afirma comumente. Alguns trabalhos inovadores vem sendo desenvolvidos nesta área, à exemplo de Neubeck, 2008 que defende uma análise muito criteriosa de sinais, sintomas e pródromos antes que um diagnóstico de psicose seja dado.

Os dados encontrados demonstram, ainda que em pequena escala, a impossibilidade de uniformização do que tradicionalmente se classifica como psicose.

Considerando-se: a gravidade do sofrimento expresso por esses sujeitos; os elevados gastos financeiros envolvidos no que se chama de “tratamento da esquizofrenia”; o impacto social (micro e macro) que tais quadros exercem e; o longo curso do acompanhamento destes casos, parece-nos vital realizar avaliações mais acuradas e que considerem os inúmeros fatores envolvidos em cada caso. Uma das iniciativas geradas a partir deste trabalho foi o início da aplicação individual do método de Rorschach, em todos os membros da família do sujeito acompanhado. Pretendemos, com isso, analisar e traçar um perfil familiar à luz da teoria Winnicottiana e de Palazzoli. Deixamos aqui nossa sugestão para a continuidade destes estudos.

Os dados encontrados são similares aos encontrados em avaliações tradicionais que demandam mais de seis meses de trabalho psicoterapêutico individual. O uso de uma ferramenta eficiente de avaliação propicia economia do sofrimento emocional do sujeito, diminuição de gastos financeiros com medicação, consultas médicas e atendimento psicológico. Além do mais, tem-se acesso rápido e preciso aos recursos e demandas de cada sujeito, o que facilita o estabelecimento de um plano terapêutico individualizado para cada cliente.

É preciso um novo olhar à questão do sofrimento psíquico grave. A reforma psiquiátrica pretende novas abordagens - que não a manicomial - para lidar com o que denominam de “psicoses”. Uma mudança na direção deste olhar, evitando a exclusão e tentando incluir e compreender, é vital para o processo. Segundo Rabinovitch (2001):

À exclusão corresponderá a reclusão, que localiza o estranho e fixa a sua errância. Temos que velar a cicatriz do exílio e localizar o estranho no exterior de nós, nos asilos; essa necessidade contém o desejo não-sabido de construir um interior para o que está aberto aos quatro ventos. Porque os loucos são externados em seu confinamento fora, nós os internamos; é a nossa única maneira de reconhecer, no louco, o estranho ou o excluído que é o outro para cada um de nós, no clarão súbito de uma liberdade que nós lhe invejamos porque ela nos ofusca.

Enquanto a sociedade cobrar uma padronização de comportamentos e subjetividades, fabricaremos loucos.

Enquanto não aceitarmos que o sofrimento é inerente aos humanos e que sua expressão necessita de escuta e não de silêncio, será necessário criar classificações cada vez mais complexas e que dêem conta de tudo o que habita o interior dos sujeitos. Enquanto não percebermos que o “diferente” é que faz a diferença, criando mudanças, alterando padrões e inovando, teremos uma sociedade cada vez mais adoecida e sofredora.

Não necessitamos de mais manicômios ou mais hospitais psiquiátricos. Precisamos capacitar os verdadeiros incapacitados: os profissionais de saúde que lidam com o humano. É também necessário discutir, debater, estudar, levantar questões quanto ao normal e ao patológico antes que a nossa sociedade se transforme numa grande Casa Verde do livro O Alienista, de Machado de Assis.

Como nos disse S., um cliente do GIPSI: “louco é alguém que não concorda.”

“Ora, o Senhor disse a Abrão: sai da tua terra, da tua parentela e da casa de teu pai, para a terra que eu te mostrarei. E te farei uma grande nação, e abençoar-te-ei e engrandecerei o teu nome; e tu serás uma bênção.”

(Gn. 12 - 1, 2)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acklin, M. W. (1992). Psychodiagnosis of personality structure: psychotic personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 58 (3), 454-463.
- Almeida, J. F. (2004). *Bíblia Sagrada*. (37ª. Edição). São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Amparo, D.M. (2002). *A simbolização na esquizofrenia. Um estudo fenômeno-estrutural com o método de Rorschach*. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- APA. (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. 4a. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Arzeno, M. E.G. (1991). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bauman, Z. (2001). *A sociedade individualizada*. São Paulo: Jorge Zahar Editor.
- Bentall, R. P. (1997). *Reconstructing schizophrenia*. London: Routledge.
- Bishop, J, Martin, A., Constanza, S., & Lane, R. C. (2000) Suicide Signs on the Rorschach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30 (3) : 289-305.
- Boyle, M. (1997). *Schizophrenia - a scientific delusion?* London: Routledge.
- Campbell, R. J. (1986). *Dicionário de Psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave*. Brasília: Abrafipp

Costa, I. I. (2003). Notícia: VI Conferência Internacional Sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia – “Ética, Linguagem e Sofrimento”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (1) : 101-102.

Costa, I. I. (2006). *Adolescência e primeira crise psicótica. Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave*. Disponível em www.fundamentalpsychopathology.org.

Costa, I. I. (2008). Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 8 (1) : 94-100.

Costa, I. I. e cols. (2010). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves*. Brasília: Kaco Editora.

Chabert, C. (1993). *A Psicopatologia no Exame de Rorschach*. São Paulo: Vetor Editora.

Cunha, J. A. et al. (2000) *Psicodiagnóstico*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

Dao, T. K., e 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., & Sendín, C. (1999). *Manual de Interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Exner, J. E. (1999). *Manual de Classificação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: a comprehensive system. Basic Foundations and Principles of Interpretation*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Exner, J. E. (2005). *The Rorschach: a comprehensive system. Advanced Interpretation*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Exner, J.E., Jr.; Andronikof-Sanglade, A. (1992). Rorschach changes following brief and short-term therapy. *Journal of Personality Assessment*, 59 : 59-71.

Fulford, K. W. M., Chung, M. C., & Graham, G. (2006). *Reconceiving schizophrenia*. London: Oxford.

Freud, S. (1924/1976). *A perda da realidade na neurose e na psicose*. Em Edição Standard das obras completas de Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (2007). *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. III). In Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. (1923-1940). Neurose e Psicose (1924). Rio de Janeiro: Imago.

Gacono, C. B. e Meloy, J. R. (1994). *The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Hilsenroth, M. J. & Charnas, J. W. (2007). *Training Manual for Rorschach Interrater Reliability*. Unpublished Manuscript, The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, NY.

Hilsenroth, M. J., DeFife, J. A., Eudell-Simmons, E. M. & Charnas, J. W. (2007). The Rorschach Perceptual-Thinking Index (PTI): an examination of reliability, validity, and diagnostic efficiency. *International Journal of Testing*, 7(3) : 269–291.

Holzman, P., et al. (1993). The Thought Disorder Index: a reliability study. *Psychological Assessment*: Vol. 5, No. 3, 336-342.

Ilonen, T., Taiminen, T., Karlsson, H., Lauerma, H., Leinonen, K-M., Wallenius, E., Tuimala, P., et. al. (1999). Diagnostic efficiency of the Rorschach schizophrenia and depression indices in identifying first-episode schizophrenia and severe depression. *Psychiatry Research*, 87 : 183-192.

Jackson, M. (2007). *The clinician's illusion and benign psychosis*. In Chung, M. C., Fulford, K.W.M. & Graham, G. *Reconceiving schizophrenia*. (p. 235-254). London: Oxford University Press.

Jaspers, K. (1973). *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Jonhston, H., Holzman, P. (1986). Scoring manual for the Thought Disorder Index. *Schizophrenia Bulletin*: vol. 12, no. 3.

- Kaplan, H. I. (1997). *Compêndio de psiquiatria*. 7ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Keshavan, M. S. e Schooler, N. R. (1992). First-Episode Studies in Schizophrenia: Criteria and Characterization. *Schizophrenia Bulletin* 18 (3): 491-513.
- Kleiger, J. H., (1999). *Disordered thinking and the Rorschach: theory, research, and differential diagnosis*. New Jersey: The Analytic Press Inc.
- Mano, R. P. (2010). *O sofrimento psíquico grave no contexto da religião protestante pentecostal e neo-pentecostal: repercussões da religião na formação das crises do tipo psicótico*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto de Psicologia. UnB, Brasília, DF.
- Manual de orientação do GIPSI (2010). Brasília: Kaco Editora.
- Martins, F. (2005). *Psicopatologia I – Prolegômenos*. Belo Horizonte: PUC Minas.
- Martins, L. D. (2007). *Sofrimento psíquico grave e risco suicida: uma análise pelo método de Rorschach*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto de Psicologia. UnB, Brasília, DF.
- McGorry, P. D. & Edwards, J. (2002). *Intervenção precoce nas psicoses*. São Paulo: Janssen-Cilag.
- McGorry, P., Mihalopoulos, C., Harris, M., Henry, L., Harrigan, S. (2009). Is Early Intervention in Psychosis Cost-Effective Over the Long Term? *Schizophrenia Bulletin*, 35 (5) : 909–918.
- Meyer, G. J. (2004). *The reliability and validity of the Rorschach and TAT compared to other psychological and medical procedures: An analysis of systematically gathered evidence*. In: M. Hilsenroth and D. Segal (eds.) *Personality assessment*. Volume 2 in M. Harsen (Ed.-in-chief), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (p. 315-342). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Meyer, G. J.; Erdberg, P.; Shaffer, T. W. (2007). Toward International Normative Reference Data for the Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 89 (S1), S201–S216.

Nascimento, R. S. G. F. (2006). Estudo Normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para São Paulo: resultados dos índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-CON. *Avaliação Psicológica*, 5 (1) : 87-97.

Nascimento, R. S. G. F. (2007). Rorschach Comprehensive System data for a sample of 409 adult nonpatients From Brazil, *Journal of Personality Assessment*,89:1,S35 — S41.

Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach - Teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Neubeck, A. K. (2008). The prodromal phase of what? Dissertação de mestrado não publicada. Department of Medical and Health Sciences. Linköping University. Sweden.

Noronha, A. P. P., Vendramini, C. M. M., Cangucu, C., Souza, C. V. R., Cobero, C., Paula, L.M., et. al. (2003). Propriedades Psicométricas Apresentadas em Manuais de Testes de Inteligência. *Psicologia em Estudo*, 8 (1) : 93-99.

Oliveira-Marques, A. H. (1972). *História de Portugal - Tomo I*. Lisboa: Editora Presença.

Palazzoli, M. S. et al. (1998). Os jogos psicóticos na família. São Paulo: Summus.

Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., Mclaughlin, T. & Stowell-Smith, M. (1999). *Deconstructing psychopathology*. London: Sage Publications.

Pasian, S. R. (2000). *O psicodiagnóstico de Rorschach em adultos. Atlas, normas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pasian, S. R. (2010). *Avanços do Rorschach no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Portuondo, J. A. (1976). *El psicodiagnóstico de Rorschach en la psicologia clinica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Rabinovitch, S. (2001). *A forclusão: presos do lado de fora*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.

Rorschach, H. (1963). *Psicodiagnóstico*. Tradução de Marie Sophie de Villemor Amaral. São Paulo: Mestre Jou.

Sauri, J. J. (2001). *O que é diagnosticar em psiquiatria*. São Paulo: Escuta.

Schafer, R. (1954) *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing – Theory and application*. Oxford, England: Grune & Stratton.

Smith, S. R., Knowles, E. S. & Baity, M. R. (2001). Assessment of Disordered Thinking in Children and Adolescents: The Rorschach Perceptual–Thinking Index. *Journal of Personality Assessment*, 77 (3) : 447–463.

Stredny, R. V. & Ball, J. D. (2005). The Utility of the Rorschach Coping Deficit Index as a Measure of Depression and Social Skills Deficits in Children and Adolescents. *Assessment*, 12 (3) : 295-302.

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Hoeber.

Szasz, T. (1970). *The manufacture of madness*. London: University Press.

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

Villemor-Amaral, A. E. V., Silva Neto, A. C. P., & Nascimento, R. S. G. F. (2003). *O Método de Rorschach no Sistema Compreensivo. Notas sobre estudos brasileiros – 1*. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.

Watters, E. (2010). *Crazy like us: the globalization of the american psyche*. New York: Free Press.

Weiner, I. B. (1966). *Psychodiagnosis of schizophrenia*. New York: Wiley.

Weiner, I.B. & Exner, J.E., Jr. (1991) *Rorschach Changes in Long-Term and Short-Term Psychotherapy*. *Journal of Personality Assessment*, 56 (3) : 453-465.

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

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1983). *O Ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise. Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual*: São Paulo. Martins Fontes.

World Health Organization. (2005). *World Health Atlas*. Geneve: World Health Organization.

ANEXOS

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.

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. ____/____/200__.

Assinatura: _____

CONTATOS:

Pesquisador (es) / Profissional (ais): _____

Telefone (s): _____

Prof. Responsável: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Telefone(s): 307.2625 Ramal 615 / 9981.3287

Telefone (s) Institucional (ais): CAEP – 307.2625 Ramal 614 – 273.8894 (Fone/Fax) – Telefone de Crise do GIPSI: (61) 9655.2266 - Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro, ICC - Centro Mezanino, Departamento de Serviço Social, Sala B1 432 – Telefone: (61) 3307-2370



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB / INSTITUTO DE
PSICOLOGIA - IP
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA - PCL
**GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS
PRIMEIRAS CRISES
DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI**

CRITÉRIOS E GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CLIENTES

1. Identificação do Cliente

Nome: _____
RG: _____ Expedidor: _____ CPF: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Filiação: Pai: _____
Mãe: _____
Sexo: _____ Data Nasc: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____
Estado Civil: _____ Escolaridade: _____ Ocupação: _____
Fones: Res () _____ Cel () _____ Trab () _____
E-mail: _____ Renda: _____
Etnia: () Branca () Amarela () Negra () Parda () Indígena () Não declarou
Orientação Religiosa: () Ateu () Evangélico () Budista () Espírita () Católico () Judeu
() Muçumano () Outra: _____ () Não declarou
Portador de Necessidade Especial? () Não () Sim: _____

2. Cliente em primeira crise?

() Sim () Não
() Primeira crise sem internação () Primeira crise com internação
() Primeira internação, porém não é primeira crise. Se não primeira, enumerar qual é a crise (2ª, 3ª, etc) e as internações correspondentes:

() Está fazendo uso de medicação
Qual (is)? _____

Médico/Psiquiatra responsável: _____
Fones para contato: _____

3. Apresentação de pródromos (* Se presentes deverão estar combinados para a indicação)

() Angústia () Idéias suicidas () Retraimento social () Raiva/Irritabilidade
() Culpa () Desmotivação () Humor depressivo () Desconfiança
() Anergia () Sonolência () Distúrbios do sono () Perda de peso
() Apatia () Perplexidade () Perda de interesse () Queixas somáticas
() Crise agressiva () Impulsividade () Appetite reduzida () Abstração reduzida
() Fadiga/perda de energia () Pensamentos/ações obsessivo-compulsivos
() Bloqueio do pensamento () Perda do senso do eu, dos outros ou do mundo
() Preocupação excessiva () Atenção/concentração reduzida
() Escassez de pensamento () Agressividade/Comportamento disruptivo
() Anormalidades na fala () Mudanças bruscas nos afetos
() Sensibilidade interpessoal aumentada
() Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente
() Ambivalência e transtorno de volição (como inércia, negativismo ou letargia).

4. Apresentação de sinais e sintomas (psicose/esquizofrenia)**a) Positivos**

- Delírios Alucinações Discurso desorganizado Catatonia
 Comportamento desorganizado Mania de perseguição
 Alterações da percepção (cores e sons excessivamente vívidos ou alterados em qualidade, e aspectos irrelevantes de coisas comuns mais importantes que o objeto ou situação em si)
Transtornos do pensamento (distorções profundas e características no pensamento; pensamentos, sentimentos e atitudes mais íntimos conhecidos ou compartilhados por outras pessoas; pensamento vago, elíptico, e obscuro, discurso às vezes incompreensível; pausas e interpolações na sequência do pensamento)
 Linguagem repetitiva, estereotipado ou confusa

b) Negativos

- Embotamento afetivo (afeto embotado ou inapropriado) Falta de interesse geral
 Isolamento social Déficits cognitivos Alogia (empobrecimento do pensamento, pobreza de fala, pobreza de conteúdo)
 Abulia (incapacidade de iniciar e persistir em atividades dirigidas a um objetivo prejudicando as atividades diárias: escola, trabalho, higiene, relações afetivas)
 Comportamento bizarro: comportamento seriamente comprometido, ou insidioso, com o desenvolvimento gradual de idéias e atitudes estranhas

5. Caracterização (sucinta) da crise (Data, tempo de duração, características etc)

6. Critérios de exclusão

- Drogas Outras causas orgânicas Indisponibilidade da família
 Cliente sem condições de estabelecimento de vínculo Cliente não aceita tratamento
 Outro: _____

7. Composição Familiar (se houver necessidade, anexar folha adicional com todos os dados)

Ordem	Nome	Parentesco	Idade	Observações

Horários disponíveis:

8. Encaminhamento

Encaminho, para avaliação do GIPSI, o(a) cliente acima identificado, visto por mim em ____/____/____. Brasília/DF., ____ de _____ de _____.

Profissional (Nome completo): _____

Assinatura / Número do Registro Profissional



ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: Estruturação de uma proposta de atenção às primeiras crises psíquicas graves a partir do modelo internacional de intervenção precoce nas psicoses

Pesquisador Responsável: Ileno Izídio da Costa

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 “Estruturação de uma proposta de atenção às primeiras crises psíquicas graves a partir do modelo internacional de intervenção precoce nas psicoses”, analisado na Reunião Ordinária de 30 de julho de 2009.

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 31 de julho de 2009.

Profa. Dra. Debora Diniz
Coordenadora do CEP/IH

PRÓDROMOS	A1	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	A2	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	A3	VARIÁVEIS
Abstração reduzida	33,00	Age	Abstração reduzida	22,00	Age	Abstração reduzida	24,00	Age
Agressividade, cpto disruptivo	15,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	13,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	17,00	Educ.
Alterações da percepção	23,00	R	Alterações da percepção	41,00	R	Alterações da percepção	40,00	R
Ambivalência e transtorno de volicao	0,64	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	1,16	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	0,54	Lambda
Anergia	0,61	XA%*	Anergia	0,68	XA%*	Anergia	0,57	XA%*
Angústia	0,65	WDA%*	Angústia	0,76	WDA%*	Angústia	0,74	WDA%*
Anormalidades na fala	0,17	X-%	Anormalidades na fala	0,29	X-%	Anormalidades na fala	0,42	X-%
Apatia	3,00	Nível 2	Apatia	0,00	Nível 2	Apatia	1,00	Nível 2
Apetite reduzido	10,00	Sum6	Apetite reduzido	3,00	Sum6	Apetite reduzido	7,00	Sum6
Atenção / concentração reduzida	45,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	8,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	15,00	Wsum6
Bloqueio do pensamento	0,00	M-	Bloqueio do pensamento	1,00	M-	Bloqueio do pensamento	4,00	M-
Crise agressiva	10,50	EA ↑	Crise agressiva	11,50	EA ↑	Crise agressiva	11,00	EA ↑
Culpa	10,00	es ↓	Culpa	8,00	es ↓	Culpa	21,00	es ↓
Delírios	9,00	Adj. es	Delírios	8,00	Adj. es	Delírios	13,00	Adj. es
Desconfiança	0,00	Nota D	Desconfiança	1,00	Nota D	Desconfiança	-3,00	Nota D
Desmotivação	0,00	Adj. D	Desmotivação	1,00	Adj. D	Desmotivação	0,00	Adj. D
Discurso desorganizado	5,00	FM+m	Discurso desorganizado	7,00	FM+m	Discurso desorganizado	8,00	FM+m
Distúrbios do Sono	1,00	m	Distúrbios do Sono	1,00	m	Distúrbios do Sono	2,00	m
Escassez de pensamento	0,00	SumV	Escassez de pensamento	1,00	SumV	Escassez de pensamento	1,00	SumV
Fadiga / Perda de energia	2,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	0,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	8,00	SumY
Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	3,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	0,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	4,00	SumC'
Humor Depressivo	0,00	SumT	Humor Depressivo	0,00	SumT	Humor Depressivo	0,00	SumT
Idéias suicidas	5,00	Sum SH	Idéias suicidas	1,00	Sum SH	Idéias suicidas	13,00	Sum SH
Impulsividade	4,00	MOR	Impulsividade	3,00	MOR	Impulsividade	6,00	MOR
Mudanças bruscas nos afetos	1,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	0,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	1,00	Cor-SH
Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	0,00	COP
Perda de interesse	2,00	AG	Perda de interesse	1,00	AG	Perda de interesse	1,00	AG
Perda de peso	0,53	Afr ↓	Perda de peso	0,52	Afr ↓	Perda de peso	1,00	Afr ↓
Perda do senso do eu e do mundo	8,50	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo	1,50	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo	4,00	WSumC
Preocupação Excessiva	0,00	Fd	Preocupação Excessiva	0,00	Fd	Preocupação Excessiva	0,00	Fd
Queixas somáticas	2,00	H	Queixas somáticas	9,00	H	Queixas somáticas	0,00	H
Raiva / Irritabilidade	9,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	17,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	5,00	Pares - 2
Retraimento social	1,00	Cg	Retraimento social	4,00	Cg	Retraimento social	3,00	Cg
Sensibilidade interpessoal aumentada	2,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	8,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	1,00	GHR
Sonolência	7,00	PHR	Sonolência	3,00	PHR	Sonolência	10,00	PHR
Transtornos do pensamento	0,13	Isolate	Transtornos do pensamento	0,15	Isolate	Transtornos do pensamento	0,28	Isolate
	0,39	ego		0,41	ego		0,35	ego
TOTAL PRÓDROMOS	3	0,00	Fr/rF	9	0,00	Fr/rF	10	3,00
	4,00	a		6,00	a		5,00	a
	3,00	p		11,00	p		10,00	p
	7,00	Intelec.		2,00	Intelec.		2,00	Intelec.
	4,00	Blends		0,00	Blends		8,00	Blends
	4,00	Pop		4,00	Pop		2,00	Pop
	1,00	FD		0,00	FD		0,00	FD
	2,00	M		10,00	M		7,00	M
	0,00	Ma		3,00	Ma		3,00	Ma
	2,00	Mp		7,00	Mp		4,00	Mp
	0,00	M+		0,00	M+		0,00	M+
	0,00	Mo		6,00	Mo		0,00	Mo
	0,00	Mu		3,00	Mu		3,00	Mu
	2,00	Mnone		0,00	Mnone		0,00	Mnone
	0,00	S-%		0,80	S-%		0,12	S-%
	6,00	Zf		14,00	Zf		18,00	Zf
	3,50	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)		-4,50	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)		-5,00	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)
	5,00	H+Hd+(H)+(Hd)		11,00	H+Hd+(H)+(Hd)		10,00	H+Hd+(H)+(Hd)
	8,00	A		13,00	A		12,00	A
	3,00	Ad		9,00	Ad		5,00	Ad
	0,00	(A)		0,00	(A)		0,00	(A)
	0,00	(Ad)		0,00	(Ad)		0,00	(Ad)
	5,00	W		7,00	W		11,00	W
	12,00	D		22,00	D		12,00	D
	6,00	Dd		12,00	Dd		17,00	Dd
	1,00	S		3,00	S		6,00	S
	4,00	DQ+		9,00	DQ+		8,00	DQ+
	14,00	DQo		30,00	DQo		32,00	DQo
	4,00	DQv		2,00	DQv		0,00	DQv
	1,00	DQv+		0,00	DQv+		0,00	DQv+
	0,00	FQ+		0,00	FQ+		0,00	FQ+
	9,00	FQo		13,00	FQo		7,00	FQo
	5,00	FQu		15,00	FQu		16,00	FQu
	4,00	FQ-		12,00	FQ-		17,00	FQ-
	5,00	FQnone		1,00	FQnone		0,00	FQnone

PRÓDROMOS	A4	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	B1	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	B2	VARIÁVEIS			
Abstração reduzida		32,00	Age	Abstração reduzida		21,00	Age	Abstração reduzida		18,00	Age
Agressividade, cpto disruptivo	1	15,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo		13,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo		10,00	Educ.
Alterações da percepção		57,00	R	Alterações da percepção		25,00	R	Alterações da percepção		17,00	R
Ambivalência e transtorno de volicao		2,35	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao		0,39	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao		0,89	Lambda
Anergia	1	0,49	XA%*	Anergia		0,68	XA%*	Anergia	1	0,82	XA%*
Angústia		0,50	WDA%*	Angústia	1	0,79	WDA%*	Angústia		0,88	WDA%*
Anormalidades na fala		0,51	X-%	Anormalidades na fala	1	0,28	X-%	Anormalidades na fala	1	0,18	X-%
Apatia		1,00	Nível 2	Apatia		0,00	Nível 2	Apatia	1	0,00	Nível 2
Apetite reduzido		3,00	Sum6	Apetite reduzido		2,00	Sum6	Apetite reduzido	1	0,00	Sum6
Atenção / concentração reduzida		10,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	1	5,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	1	0,00	Wsum6
Bloqueio do pensamento		0,00	M-	Bloqueio do pensamento		1,00	M-	Bloqueio do pensamento	1	1,00	M-
Crise agressiva	1	4,00	EA ↑	Crise agressiva		6,00	EA ↑	Crise agressiva	1	5,00	EA ↑
Culpa		11,00	es ↓	Culpa		15,00	es ↓	Culpa		5,00	es ↓
Delirios		6,00	Adj. es	Delirios		11,00	Adj. es	Delirios		5,00	Adj. es
Desconfiança	1	-2,00	Nota D	Desconfiança	1	-3,00	Nota D	Desconfiança	1	0,00	Nota D
Desmotivação	1	0,00	Adj. D	Desmotivação		-1,00	Adj. D	Desmotivação	1	0,00	Adj. D
Discurso desorganizado		1,00	FM+m	Discurso desorganizado		5,00	FM+m	Discurso desorganizado		4,00	FM+m
Distúrbios do Sono		0,00	m	Distúrbios do Sono	1	3,00	m	Distúrbios do Sono	1	1,00	m
Escassez de pensamento		0,00	SumV	Escassez de pensamento	1	3,00	SumV	Escassez de pensamento		0,00	SumV
Fadiga / Perda de energia	1	6,00	SumY	Fadiga / Perda de energia		3,00	SumY	Fadiga / Perda de energia		0,00	SumY
Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		3,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		4,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	1	2,00	SumC'
Humor Depressivo		1,00	SumT	Humor Depressivo		0,00	SumT	Humor Depressivo	1	0,00	SumT
Idéias suicidas		10,00	Sum SH	Idéias suicidas		10,00	Sum SH	Idéias suicidas		2,00	Sum SH
Impulsividade		6,00	MOR	Impulsividade		4,00	MOR	Impulsividade	1	0,00	MOR
Mudanças bruscas nos afetos	1	0,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos		2,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	1	0,00	Cor-SH
Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	1	0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	1	0,00	COP
Perda de interesse		0,00	AG	Perda de interesse		2,00	AG	Perda de interesse	1	0,00	AG
Perda de peso		0,68	Afr. ↓	Perda de peso		0,39	Afr. ↓	Perda de peso	1	0,31	Afr. ↓
Perda do senso do eu e do mundo		4,00	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo		4,00	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo		1,00	WSumC
Preocupação Excessiva	1	0,00	Fd	Preocupação Excessiva		1,00	Fd	Preocupação Excessiva		0,00	Fd
Queixas somáticas		1,00	H	Queixas somáticas		1,00	H	Queixas somáticas		1,00	H
Raiva / Irritabilidade	1	23,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade		10,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	1	5,00	Pares - 2
Retraimento social	1	1,00	Cg	Retraimento social		0,00	Cg	Retraimento social	1	0,00	Cg
Sensibilidade interpessoal aumentada	1	2,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada		1,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada		6,00	GHR
Sonolência		3,00	PHR	Sonolência		5,00	PHR	Sonolência	1	1,00	PHR
Transtornos do pensamento		0,04	Isolate	Transtornos do pensamento		0,16	Isolate	Transtornos do pensamento		0,24	Isolate
		0,40	ego			0,40	ego			0,47	ego
TOTAL PRÓDROMOS	12	0,00	Fr/rF	TOTAL PRÓDROMOS	5	0,00	Fr/rF	TOTAL PRÓDROMOS	20	1,00	Fr/rF
		0,00	a			3,00	a			2,00	a
		1,00	p			4,00	p			5,00	p
		6,00	Intelec.			8,00	Intelec.			0,00	Intelec.
		0,00	Blends			6,00	Blends			2,00	Blends
		1,00	Pop			4,00	Pop			7,00	Pop
		0,00	FD			1,00	FD			0,00	FD
		0,00	M			2,00	M			4,00	M
		0,00	Ma			0,00	Ma			1,00	Ma
		0,00	Mp			2,00	Mp			3,00	Mp
		0,00	M+			0,00	M+			0,00	M+
		0,00	Mo			0,00	Mo			3,00	Mo
		0,00	Mu			1,00	Mu			0,00	Mu
		0,00	Mnone			0,00	Mnone			0,00	Mnone
		0,14	S-%			0,43	S-%			0,33	S-%
		3,00	Zf			16,00	Zf			9,00	Zf
		3,00	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)			-1,00	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)			-0,50	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)
		5,00	H+Hd+(H)+(Hd)			4,00	H+Hd+(H)+(Hd)			6,00	H+Hd+(H)+(Hd)
		7,00	A			6,00	A			6,00	A
		10,00	Ad			0,00	Ad			1,00	Ad
		0,00	(A)			1,00	(A)			0,00	(A)
		0,00	(Ad)			0,00	(Ad)			0,00	(Ad)
		3,00	W			16,00	W			6,00	W
		29,00	D			3,00	D			10,00	D
		25,00	Dd			6,00	Dd			1,00	Dd
		7,00	S			4,00	S			2,00	S
		0,00	DQ+			7,00	DQ+			3,00	DQ+
		49,00	DQo			12,00	DQo			12,00	DQo
		8,00	DQv			5,00	DQv			1,00	DQv
		0,00	DQv/+			1,00	DQv/+			1,00	DQv/+
		0,00	FQ+			0,00	FQ+			0,00	FQ+
		5,00	FQo			8,00	FQo			10,00	FQo
		23,00	FQu			9,00	FQu			4,00	FQu
		29,00	FQ-			7,00	FQ-			3,00	FQ-
		0,00	FQnone			1,00	FQnone			0,00	FQnone

PRÓDROMOS	B3	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	B4	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	C1	VARIÁVEIS
Abstração reduzida	25,00	Age	Abstração reduzida	1 34,00	Age	Abstração reduzida	20,00	Age
Agressividade, cpto disruptivo	13,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	15,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	12,00	Educ.
Alterações da percepção	22,00	R	Alterações da percepção	20,00	R	Alterações da percepção	14,00	R
Ambivalência e transtorno de volicao	22,00	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	0,67	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	1,00	Lambda
Anergia	0,59	XA%*	Anergia	1 0,90	XA%*	Anergia	0,64	XA%*
Angústia	1 0,67	WDA%*	Angústia	1 0,86	WDA%*	Angústia	0,58	WDA%*
Anormalidades na fala	0,41	X-%	Anormalidades na fala	0,10	X-%	Anormalidades na fala	0,36	X-%
Apatia	0,00	Nível 2	Apatia	1 0,00	Nível 2	Apatia	0,00	Nível 2
Apetite reduzido	0,00	Sum6	Apetite reduzido	11,00	Sum6	Apetite reduzido	10,00	Sum6
Atenção / concentração reduzida	0,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	1 6,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	3,00	Wsum6
Bloqueio do pensamento	0,00	M-	Bloqueio do pensamento	0,00	M-	Bloqueio do pensamento	1,00	M-
Crise agressiva	0,00	EA ↑	Crise agressiva	5,00	EA ↑	Crise agressiva	5,00	EA ↑
Culpa	0,00	es ↓	Culpa	1 7,00	es ↓	Culpa	3,00	es ↓
Delírios	0,00	Adj. es	Delírios	7,00	Adj. es	Delírios	3,00	Adj. es
Desconfiança	0,00	Nota D	Desconfiança	1 0,00	Nota D	Desconfiança	0,00	Nota D
Desmotivação	0,00	Adj. D	Desmotivação	1 0,00	Adj. D	Desmotivação	0,00	Adj. D
Discurso desorganizado	0,00	FM+m	Discurso desorganizado	6,00	FM+m	Discurso desorganizado	2,00	FM+m
Distúrbios do Sono	0,00	m	Distúrbios do Sono	1 1,00	m	Distúrbios do Sono	1 1,00	m
Escassez de pensamento	0,00	SumV	Escassez de pensamento	1,00	SumV	Escassez de pensamento	0,00	SumV
Fadiga / Perda de energia	0,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	1 0,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	1,00	SumY
Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	0,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	0,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	0,00	SumC'
Humor Depressivo	1 0,00	SumT	Humor Depressivo	1 0,00	SumT	Humor Depressivo	0,00	SumT
Idéias suicidas	1 0,00	Sum SH	Idéias suicidas	1,00	Sum SH	Idéias suicidas	1,00	Sum SH
Impulsividade	3,00	MOR	Impulsividade	0,00	MOR	Impulsividade	1 2,00	MOR
Mudanças bruscas nos afetos	0,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	0,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	1 0,00	Cor-SH
Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	1 0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	1,00	COP
Perda de interesse	1 0,00	AG	Perda de interesse	1 0,00	AG	Perda de interesse	1,00	AG
Perda de peso	1 0,29	Afr ↓	Perda de peso	0,43	Afr ↓	Perda de peso	0,75	Afr ↓
Perda do senso do eu e do mundo	0,00	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo	3,00	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo	1,00	WSumC
Preocupação Excessiva	0,00	Fd	Preocupação Excessiva	1 1,00	Fd	Preocupação Excessiva	0,00	Fd
Queixas somáticas	1,00	H	Queixas somáticas	1 0,00	H	Queixas somáticas	2,00	H
Raiva / Irritabilidade	4,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	10,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	1 3,00	Pares - 2
Retraimento social	0,00	Cg	Retraimento social	1 1,00	Cg	Retraimento social	1 1,00	Cg
Sensibilidade interpessoal aumentada	1,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	1 1,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	2,00	GHR
Sonolência	1 2,00	PHR	Sonolência	1 2,00	PHR	Sonolência	3,00	PHR
Transtornos do pensamento	0,09	Isolate	Transtornos do pensamento	0,05	Isolate	Transtornos do pensamento	0,07	Isolate
	0,18	ego		0,50	ego		0,43	ego
TOTAL PRÓDROMOS	6	0,00	Frr/F	18	0,00	Frr/F	5	1,00
	0,00	a		0,00	a		4,00	a
	0,00	p		8,00	p		2,00	p
	0,00	Intelec.		2,00	Intelec.		1,00	Intelec.
	0,00	Blends		0,00	Blends		3,00	Blends
	5,00	Pop		4,00	Pop		4,00	Pop
	0,00	FD		0,00	FD		1,00	FD
	0,00	M		2,00	M		4,00	M
	0,00	Ma		0,00	Ma		3,00	Ma
	0,00	Mp		2,00	Mp		1,00	Mp
	0,00	M+		0,00	M+		0,00	M+
	0,00	Mo		0,00	Mo		2,00	Mo
	0,00	Mu		2,00	Mu		1,00	Mu
	0,00	Mnone		0,00	Mnone		0,00	Mnone
	0,33	S-%		0,00	S-%		0,00	S-%
	16,00	Zf		4,00	Zf		9,00	Zf
	-13,00	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)		3,00	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)		-1,50	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)
	3,00	H+Hd+(H)+(Hd)		2,00	H+Hd+(H)+(Hd)		5,00	H+Hd+(H)+(Hd)
	13,00	A		8,00	A		5,00	A
	0,00	Ad		5,00	Ad		1,00	Ad
	0,00	(A)		0,00	(A)		0,00	(A)
	0,00	(Ad)		0,00	(Ad)		0,00	(Ad)
	10,00	W		2,00	W		9,00	W
	8,00	D		12,00	D		3,00	D
	4,00	Dd		6,00	Dd		2,00	Dd
	4,00	S		2,00	S		1,00	S
	2,00	DQ+		1,00	DQ+		5,00	DQ+
	20,00	DQo		19,00	DQo		8,00	DQo
	0,00	DQv		0,00	DQv		1,00	DQv
	0,00	DQv+		0,00	DQv+		0,00	DQv+
	0,00	FQ+		0,00	FQ+		0,00	FQ+
	9,00	FQo		10,00	FQo		5,00	FQo
	4,00	FQu		8,00	FQu		4,00	FQu
	9,00	FQ-		2,00	FQ-		5,00	FQ-
	0,00	FQnone		0,00	FQnone		0,00	FQnone

PRÓDROMOS	C2	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	C3	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	C4	VARIÁVEIS
Abstração reduzida		15,00	Abstração reduzida		19,00	Abstração reduzida	1	25,00
Agressividade, cpto disruptivo	1	10,00	Agressividade, cpto disruptivo		11,00	Agressividade, cpto disruptivo		13,00
Alterações da percepção		14,00	Alterações da percepção		19,00	Alterações da percepção		30,00
Ambivalência e transtorno de volicao	1	1,00	Ambivalência e transtorno de volicao		1,11	Ambivalência e transtorno de volicao		1,00
Anergia		0,64	Anergia		0,84	Anergia	1	0,80
Angústia		0,62	Angústia	1	0,87	Angústia	1	0,88
Anormalidades na fala		0,29	Anormalidades na fala		0,11	Anormalidades na fala		0,20
Apatia		1,00	Apatia	1	0,00	Apatia		0,00
Apetite reduzido		2,00	Apetite reduzido	1	0,00	Apetite reduzido		0,00
Atenção / concentração reduzida		1,00	Atenção / concentração reduzida		0,00	Atenção / concentração reduzida	1	0,00
Bloqueio do pensamento		0,00	Bloqueio do pensamento		1,00	Bloqueio do pensamento		0,00
Crise agressiva	1	1,50	Crise agressiva		2,50	Crise agressiva		6,50
Culpa		5,00	Culpa		6,00	Culpa	1	10,00
Delírios		5,00	Delírios		6,00	Delírios		7,00
Desconfiança		-1,00	Desconfiança		-1,00	Desconfiança		-1,00
Desmotivação		-1,00	Desmotivação	1	-1,00	Desmotivação	1	0,00
Discurso desorganizado		2,00	Discurso desorganizado		5,00	Discurso desorganizado		4,00
Distúrbios do Sono	1	0,00	Distúrbios do Sono	1	0,00	Distúrbios do Sono	1	1,00
Escassez de pensamento		0,00	Escassez de pensamento		0,00	Escassez de pensamento		0,00
Fadiga / Perda de energia		0,00	Fadiga / Perda de energia		1,00	Fadiga / Perda de energia		4,00
Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		3,00	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		0,00	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		1,00
Humor Depressivo	1	0,00	Humor Depressivo	1	0,00	Humor Depressivo	1	1,00
Idéias suicidas	1	3,00	Idéias suicidas		1,00	Idéias suicidas		6,00
Impulsividade		1,00	Impulsividade		0,00	Impulsividade	1	3,00
Mudanças bruscas nos afetos	1	0,00	Mudanças bruscas nos afetos		0,00	Mudanças bruscas nos afetos	1	1,00
Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		1,00	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	1	0,00
Perda de interesse		0,00	Perda de interesse	1	2,00	Perda de interesse		0,00
Perda de peso		0,56	Perda de peso		0,46	Perda de peso	1	0,67
Perda do senso do eu e do mundo		1,50	Perda do senso do eu e do mundo		0,50	Perda do senso do eu e do mundo		4,50
Preocupação Excessiva		0,00	Preocupação Excessiva	1	1,00	Preocupação Excessiva	1	1,00
Queixas somáticas		0,00	Queixas somáticas		2,00	Queixas somáticas		2,00
Raiva / Irritabilidade	1	1,00	Raiva / Irritabilidade		7,00	Raiva / Irritabilidade	1	7,00
Retraimento social	1	0,00	Retraimento social		0,00	Retraimento social		1,00
Sensibilidade interpessoal aumentada		0,00	Sensibilidade interpessoal aumentada		2,00	Sensibilidade interpessoal aumentada		2,00
Sonolência		0,00	Sonolência		3,00	Sonolência		1,00
Transtornos do pensamento		0,43	Transtornos do pensamento		0,53	Transtornos do pensamento		0,20
		0,07			0,68			0,53
TOTAL PRÓDROMOS	9	0,00	TOTAL PRÓDROMOS	8	2,00	TOTAL PRÓDROMOS	14	3,00
		2,00			3,00			3,00
		0,00			4,00			3,00
		2,00			1,00			1,00
		0,00			2,00			6,00
		2,00			5,00			5,00
		1,00			0,00			0,00
		0,00			2,00			2,00
		0,00			1,00			1,00
		0,00			1,00			1,00
		0,00			0,00			0,00
		0,00			1,00			1,00
		0,00			0,00			0,00
		0,25			0,00			0,00
		9,00			14,00			11,00
		1,50			-7,50			0,00
		0,00			3,00			3,00
		7,00			9,00			11,00
		1,00			1,00			4,00
		1,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00
		10,00			10,00			6,00
		3,00			6,00			11,00
		1,00			3,00			13,00
		3,00			0,00			3,00
		10,00			8,00			7,00
		0,00			8,00			20,00
		4,00			2,00			2,00
		0,00			1,00			1,00
		0,00			0,00			0,00
		3,00			9,00			8,00
		6,00			7,00			16,00
		4,00			2,00			6,00
		1,00			1,00			0,00

PRÓDROMOS	D1	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	D2	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	D3	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS
Abstração reduzida	51,00	Age	Abstração reduzida	40,00	Age	Abstração reduzida	29,00	Age	Abstração reduzida
Agressividade, cpto disruptivo	15,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	8,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	12,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo
Alterações da percepção	27,00	R	Alterações da percepção	16,00	R	Alterações da percepção	17,00	R	Alterações da percepção
Ambivalência e transtorno de volicao	0,59	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	0,78	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	1,43	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao
Anergia	0,67	XA%*	Anergia	0,75	XA%*	Anergia	0,82	XA%*	Anergia
Angústia	0,70	WDA%*	Angústia	0,67	WDA%*	Angústia	0,92	WDA%*	Angústia
Anormalidades na fala	0,33	X-%	Anormalidades na fala	0,25	X-%	Anormalidades na fala	0,18	X-%	Anormalidades na fala
Apatia	4,00	Nível 2	Apatia	1,00	Nível 2	Apatia	0,00	Nível 2	Apatia
Apetite reduzido	9,00	Sum6	Apetite reduzido	1,00	Sum6	Apetite reduzido	2,00	Sum6	Apetite reduzido
Atenção / concentração reduzida	30,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	7,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	5,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida
Bloqueio do pensamento	2,00	M-	Bloqueio do pensamento	0,00	M-	Bloqueio do pensamento	0,00	M-	Bloqueio do pensamento
Crise agressiva	4,50	EA ↑	Crise agressiva	4,00	EA ↑	Crise agressiva	1,00	EA ↑	Crise agressiva
Culpa	16,00	es ↓	Culpa	8,00	es ↓	Culpa	6,00	es ↓	Culpa
Delírios	15,00	Adj. es	Delírios	7,00	Adj. es	Delírios	5,00	Adj. es	Delírios
Desconfiança	-4,00	Nota D	Desconfiança	-1,00	Nota D	Desconfiança	-1,00	Nota D	Desconfiança
Desmotivação	-4,00	Adj. D	Desmotivação	-1,00	Adj. D	Desmotivação	-1,00	Adj. D	Desmotivação
Discurso desorganizado	11,00	FM+m	Discurso desorganizado	3,00	FM+m	Discurso desorganizado	3,00	FM+m	Discurso desorganizado
Distúrbios do Sono	2,00	m	Distúrbios do Sono	1,00	m	Distúrbios do Sono	0,00	m	Distúrbios do Sono
Escassez de pensamento	2,00	SumV	Escassez de pensamento	0,00	SumV	Escassez de pensamento	0,00	SumV	Escassez de pensamento
Fadiga / Perda de energia	1,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	2,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	2,00	SumY	Fadiga / Perda de energia
Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	1,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	2,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	0,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente
Humor Depressivo	1,00	SumT	Humor Depressivo	1,00	SumT	Humor Depressivo	1,00	SumT	Humor Depressivo
Idéias suicidas	5,00	Sum SH	Idéias suicidas	5,00	Sum SH	Idéias suicidas	3,00	Sum SH	Idéias suicidas
Impulsividade	2,00	MOR	Impulsividade	3,00	MOR	Impulsividade	0,00	MOR	Impulsividade
Mudanças bruscas nos afetos	1,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	0,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	0,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos
Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	1,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	1,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos
Perda de interesse	4,00	AG	Perda de interesse	0,00	AG	Perda de interesse	0,00	AG	Perda de interesse
Perda de peso	0,42	Afr ↓	Perda de peso	0,33	Afr ↓	Perda de peso	0,42	Afr ↓	Perda de peso
Perda do senso do eu e do mundo	0,50	WsumC	Perda do senso do eu e do mundo	2,00	WsumC	Perda do senso do eu e do mundo	0,00	WsumC	Perda do senso do eu e do mundo
Preocupação Excessiva	0,00	Fd	Preocupação Excessiva	1,00	Fd	Preocupação Excessiva	0,00	Fd	Preocupação Excessiva
Queixas somáticas	2,00	H	Queixas somáticas	0,00	H	Queixas somáticas	0,00	H	Queixas somáticas
Raiva / Irritabilidade	11,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	4,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	5,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade
Retraimento social	3,00	Cg	Retraimento social	0,00	Cg	Retraimento social	1,00	Cg	Retraimento social
Sensibilidade interpessoal aumentada	1,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	0,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	2,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada
Sonolência	8,00	PHR	Sonolência	3,00	PHR	Sonolência	0,00	PHR	Sonolência
Transtornos do pensamento	0,19	Isolate	Transtornos do pensamento	0,38	Isolate	Transtornos do pensamento	0,00	Isolate	Transtornos do pensamento
	0,41	ego		0,25	ego		0,29	ego	
TOTAL PRÓDROMOS	6	0,00	Fr/rF	14	0,00	Fr/rF	13	0,00	Fr/rF
	14,00	a		3,00	a		1,00	a	
	1,00	p		2,00	p		3,00	p	
	4,00	Intelec.		1,00	Intelec.		1,00	Intelec.	
	4,00	Blends		3,00	Blends		0,00	Blends	
	4,00	Pop		4,00	Pop		4,00	Pop	
	0,00	FD		0,00	FD		0,00	FD	
	4,00	M		2,00	M		1,00	M	
	4,00	Ma		1,00	Ma		1,00	Ma	
	0,00	Mp		1,00	Mp		0,00	Mp	
	0,00	M+		0,00	M+		0,00	M+	
	2,00	Mo		1,00	Mo		1,00	Mo	
	0,00	Mu		1,00	Mu		0,00	Mu	
	0,00	Mnone		0,00	Mnone		0,00	Mnone	
	1,00	S-%		0,00	S-%		0,00	S-%	
	17,00	Zf		6,00	Zf		9,00	Zf	
	1,00	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)		2,00	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)		-2,50	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)	
	5,00	H+Hd+(H)+(Hd)		3,00	H+Hd+(H)+(Hd)		2,00	H+Hd+(H)+(Hd)	
	15,00	A		5,00	A		9,00	A	
	3,00	Ad		1,00	Ad		3,00	Ad	
	1,00	(A)		1,00	(A)		0,00	(A)	
	0,00	(Ad)		0,00	(Ad)		0,00	(Ad)	
	6,00	W		5,00	W		7,00	W	
	17,00	D		7,00	D		6,00	D	
	4,00	Dd		4,00	Dd		4,00	Dd	
	5,00	S		2,00	S		2,00	S	
	11,00	DQ+		2,00	DQ+		3,00	DQ+	
	16,00	DQo		11,00	DQo		14,00	DQo	
	0,00	DQv		3,00	DQv		0,00	DQv	
	0,00	DQv/+		0,00	DQv/+		0,00	DQv/+	
	1,00	FQ+		0,00	FQ+		0,00	FQ+	
	8,00	FQo		6,00	FQo		10,00	FQo	
	9,00	FQu		6,00	FQu		4,00	FQu	
	9,00	FQ-		4,00	FQ-		3,00	FQ-	
	0,00	FQnone		0,00	FQnone		0,00	FQnone	

D4	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	E1	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	E2	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	E3				
1	52,00	Age	Abstração reduzida	24,00	Age	Abstração reduzida	43,00	Age	Abstração reduzida	49,00			
	11,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	13,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	11,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	17,00			
	23,00	R	Alterações da percepção	17,00	R	Alterações da percepção	24,00	R	Alterações da percepção	20,00			
	0,44	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	0,89	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	0,60	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	0,05			
1	0,96	XA%*	Anergia	0,88	XA%*	Anergia	0,67	XA%*	Anergia	1	0,90		
1	0,94	WDA%*	Angústia	0,93	WDA%*	Angústia	1	0,71	WDA%*	1	0,93		
	0,40	X-%	Anormalidades na fala	0,12	X-%	Anormalidades na fala	0,33	X-%	Anormalidades na fala	0,50			
1	1,00	Nível 2	Apatia	0,00	Nível 2	Apatia	1	1,00	Nível 2	0,00			
	1,00	Sum6	Apetite reduzido	1,00	Sum6	Apetite reduzido	7,00	Sum6	Apetite reduzido	2,00			
1	7,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	3,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	19,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	5,00			
	0,00	M-	Bloqueio do pensamento	0,00	M-	Bloqueio do pensamento	1,00	M-	Bloqueio do pensamento	0,00			
	4,50	EA ↑	Crise agressiva	3,50	EA ↑	Crise agressiva	2,00	EA ↑	Crise agressiva	4,00			
1	16,00	es ↓	Culpa	6,00	es ↓	Culpa	18,00	es ↓	Culpa	1	19,00		
	10,00	Adj. es	Delírios	6,00	Adj. es	Delírios	11,00	Adj. es	Delírios	8,00			
1	-4,00	Nota D	Desconfiança	0,00	Nota D	Desconfiança	-6,00	Nota D	Desconfiança	-5,00			
1	-2,00	Adj. D	Desmotivação	0,00	Adj. D	Desmotivação	-3,00	Adj. D	Desmotivação	1,00			
	7,00	FM+m	Discurso desorganizado	5,00	FM+m	Discurso desorganizado	9,00	FM+m	Discurso desorganizado	5,00			
1	2,00	m	Distúrbios do Sono	1	1,00	m	Distúrbios do Sono	2,00	m	Distúrbios do Sono	1,00		
	0,00	SumV	Escassez de pensamento	0,00	SumV	Escassez de pensamento	1,00	SumV	Escassez de pensamento	1	0,00		
1	6,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	0,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	7,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	1	12,00		
	1,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	1,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	1	1,00	SumC'	1	2,00		
	2,00	SumT	Humor Depressivo	0,00	SumT	Humor Depressivo	0,00	SumT	Humor Depressivo	0,00			
	9,00	Sum SH	Idéias suicidas	1,00	Sum SH	Idéias suicidas	9,00	Sum SH	Idéias suicidas	14,00			
	0,00	MOR	Impulsividade	0,00	MOR	Impulsividade	1,00	MOR	Impulsividade	2,00			
1	1,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	1	0,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	2,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	1,00		
	0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	1,00			
1	0,00	AG	Perda de interesse	0,00	AG	Perda de interesse	2,00	AG	Perda de interesse	0,00			
	0,35	Afr ↓	Perda de peso	0,55	Afr ↓	Perda de peso	0,71	Afr ↓	Perda de peso	0,43			
	1,50	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo	1,50	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo	1,00	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo	2,00			
1	0,00	Fd	Preocupação Excessiva	1	0,00	Fd	Preocupação Excessiva	0,00	Fd	Preocupação Excessiva	1	0,00	
	3,00	H	Queixas somáticas	1	1,00	H	Queixas somáticas	0,00	H	Queixas somáticas	2,00		
1	8,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	1	3,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	11,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	6,00		
	2,00	Cg	Retraimento social	3,00	Cg	Retraimento social	1,00	Cg	Retraimento social	1,00			
1	3,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	1,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	1	0,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	1	4,00	
1	2,00	PHR	Sonolência	1,00	PHR	Sonolência	7,00	PHR	Sonolência	3,00			
	0,61	Isolate	Transtornos do pensamento	0,24	Isolate	Transtornos do pensamento	0,21	Isolate	Transtornos do pensamento	0,15			
	0,35	ego		0,18	ego		0,46	ego		0,45			
16	0,00	Fri/rF	TOTAL PRÓDROMOS	6	0,00	Fri/rF	TOTAL PRÓDROMOS	4	0,00	Fri/rF	TOTAL PRÓDROMOS	8	1,00
	4,00	a		4,00	a		1,00	a		3,00			
	6,00	p		3,00	p		9,00	p		4,00			
	0,00	Intelec.		0,00	Intelec.		1,00	Intelec.		4,00			
	4,00	Blends		1,00	Blends		6,00	Blends		5,00			
	6,00	Pop		5,00	Pop		5,00	Pop		4,00			
	0,00	FD		0,00	FD		1,00	FD		0,00			
	3,00	M		2,00	M		1,00	M		2,00			
	1,00	Ma		2,00	Ma		0,00	Ma		0,00			
	2,00	Mp		0,00	Mp		1,00	Mp		2,00			
	0,00	M+		0,00	M+		0,00	M+		0,00			
	3,00	Mo		0,00	Mo		0,00	Mo		1,00			
	0,00	Mu		2,00	Mu		0,00	Mu		1,00			
	0,00	Mnone		0,00	Mnone		0,00	Mnone		0,00			
	0,00	S-%		0,00	S-%		0,12	S-%		0,00			
	8,00	Zf		8,00	Zf		13,00	Zf		9,00			
	1,50	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)		0,00	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)		-1,50	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)		-1,50			
	5,00	H+Hd+(H)+(Hd)		2,00	H+Hd+(H)+(Hd)		5,00	H+Hd+(H)+(Hd)		6,00			
	10,00	A		6,00	A		14,00	A		6,00			
	3,00	Ad		1,00	Ad		2,00	Ad		1,00			
	0,00	(A)		0,00	(A)		1,00	(A)		0,00			
	0,00	(Ad)		0,00	(Ad)		1,00	(Ad)		0,00			
	3,00	W		5,00	W		6,00	W		3,00			
	13,00	D		9,00	D		15,00	D		11,00			
	7,00	Dd		3,00	Dd		3,00	Dd		6,00			
	2,00	S		1,00	S		2,00	S		3,00			
	7,00	DQ+		5,00	DQ+		8,00	DQ+		8,00			
	13,00	DQo		11,00	DQo		16,00	DQo		10,00			
	3,00	DQv		1,00	DQv		0,00	DQv		2,00			
	0,00	DQv/+		0,00	DQv/+		0,00	DQv/+		0,00			
	0,00	FQ+		0,00	FQ+		3,00	FQ+		0,00			
	15,00	FQo		6,00	FQo		7,00	FQo		11,00			
	7,00	FQu		9,00	FQu		6,00	FQu		7,00			
	1,00	FQ-		2,00	FQ-		8,00	FQ-		1,00			
	0,00	FQnone		0,00	FQnone		0,00	FQnone		1,00			

VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	E4	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	F1	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	F2	VARIÁVEIS			
Age	Abstração reduzida	1	25,00	Age	Abstração reduzida	1	22,00	Age	Abstração reduzida	1	36,00	Age
Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	1	12,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo	1	11,00	Educ.	Agressividade, cpto disruptivo		19,00	Educ.
R	Alterações da percepção		17,00	R	Alterações da percepção		24,00	R	Alterações da percepção		18,00	R
Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao		0,89	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao		0,71	Lambda	Ambivalência e transtorno de volicao	1	1,00	Lambda
XA%*	Anergia		0,82	XA%*	Anergia		0,67	XA%*	Anergia	1	0,83	XA%*
WDA%*	Angústia	1	0,80	WDA%*	Angústia	1	0,71	WDA%*	Angústia	1	0,85	WDA%*
X-%	Anormalidades na fala		0,12	X-%	Anormalidades na fala		0,33	X-%	Anormalidades na fala		0,17	X-%
Nível 2	Apatia		0,00	Nível 2	Apatia	1	1,00	Nível 2	Apatia	1	0,00	Nível 2
Sum6	Apetite reduzido		0,00	Sum6	Apetite reduzido		18,00	Sum6	Apetite reduzido		2,00	Sum6
Wsum6	Atenção / concentração reduzida		0,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	1	7,00	Wsum6	Atenção / concentração reduzida	1	5,00	Wsum6
M-	Bloqueio do pensamento		0,00	M-	Bloqueio do pensamento		1,00	M-	Bloqueio do pensamento		0,00	M-
EA ↑	Crise agressiva		3,00	EA ↑	Crise agressiva		2,00	EA ↑	Crise agressiva		6,00	EA ↑
es ↓	Culpa		8,00	es ↓	Culpa	1	17,00	es ↓	Culpa	1	6,00	es ↓
Adj. es	Delírios		6,00	Adj. es	Delírios		10,00	Adj. es	Delírios		5,00	Adj. es
Nota D	Desconfiança	1	-1,00	Nota D	Desconfiança		-5,00	Nota D	Desconfiança	1	0,00	Nota D
Adj. D	Desmotivação		-1,00	Adj. D	Desmotivação	1	-3,00	Adj. D	Desmotivação	1	0,00	Adj. D
FM+m	Discurso desorganizado		4,00	FM+m	Discurso desorganizado		8,00	FM+m	Discurso desorganizado		2,00	FM+m
m	Distúrbios do Sono		3,00	m	Distúrbios do Sono	1	2,00	m	Distúrbios do Sono	1	2,00	m
SumV	Escassez de pensamento		0,00	SumV	Escassez de pensamento		1,00	SumV	Escassez de pensamento		0,00	SumV
SumY	Fadiga / Perda de energia		1,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	1	7,00	SumY	Fadiga / Perda de energia	1	1,00	SumY
SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		3,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		1,00	SumC'	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		2,00	SumC'
SumT	Humor Depressivo		0,00	SumT	Humor Depressivo	1	0,00	SumT	Humor Depressivo	1	1,00	SumT
Sum SH	Idéias suicidas		4,00	Sum SH	Idéias suicidas	1	9,00	Sum SH	Idéias suicidas		4,00	Sum SH
MOR	Impulsividade	1	0,00	MOR	Impulsividade		1,00	MOR	Impulsividade	1	0,00	MOR
Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos		0,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	1	1,00	Cor-SH	Mudanças bruscas nos afetos	1	0,00	Cor-SH
COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00	COP	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00	COP
AG	Perda de interesse		0,00	AG	Perda de interesse	1	2,00	AG	Perda de interesse	1	0,00	AG
Afr ↓	Perda de peso		0,31	Afr ↓	Perda de peso		0,71	Afr ↓	Perda de peso		0,38	Afr ↓
WSumC	Perda do senso do eu e do mundo		3,00	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo		1,00	WSumC	Perda do senso do eu e do mundo		2,00	WSumC
Fd	Preocupação Excessiva		0,00	Fd	Preocupação Excessiva	1	0,00	Fd	Preocupação Excessiva	1	0,00	Fd
H	Queixas somáticas		0,00	H	Queixas somáticas	1	0,00	H	Queixas somáticas	1	1,00	H
Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	1	3,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	1	0,00	Pares - 2	Raiva / Irritabilidade	1	11,00	Pares - 2
Cg	Retraimento social	1	0,00	Cg	Retraimento social		1,00	Cg	Retraimento social	1	4,00	Cg
GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	1	2,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	1	0,00	GHR	Sensibilidade interpessoal aumentada	1	4,00	GHR
PHR	Sonolência		0,00	PHR	Sonolência	1	7,00	PHR	Sonolência		5,00	PHR
Isolate	Transtornos do pensamento		0,47	Isolate	Transtornos do pensamento		0,21	Isolate	Transtornos do pensamento		0,06	Isolate
ego			0,18	ego			0,50	ego			0,61	ego
Fr/rF	TOTAL PRÓDROMOS	8	0,00	Fr/rF	TOTAL PRÓDROMOS	18	0,00	Fr/rF	TOTAL PRÓDROMOS	20	0,00	Fr/rF
a			1,00	a			1,00	a			1,00	a
p			3,00	p			8,00	p			5,00	p
Intelec.			1,00	Intelec.			1,00	Intelec.			1,00	Intelec.
Blends			2,00	Blends			6,00	Blends			4,00	Blends
Pop			3,00	Pop			5,00	Pop			5,00	Pop
FD			0,00	FD			1,00	FD			1,00	FD
M			0,00	M			1,00	M			4,00	M
Ma			0,00	Ma			0,00	Ma			1,00	Ma
Mp			0,00	Mp			1,00	Mp			3,00	Mp
M+			0,00	M+			0,00	M+			0,00	M+
Mo			0,00	Mo			0,00	Mo			2,00	Mo
Mu			0,00	Mu			0,00	Mu			2,00	Mu
Mnone			0,00	Mnone			0,00	Mnone			0,00	Mnone
S-%			0,12	S-%			0,12	S-%			0,00	S-%
Zf			10,00	Zf			13,00	Zf			9,00	Zf
Zd (-3,5 / 0 / +3,5)			0,50	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)			-1,50	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)			3,00	Zd (-3,5 / 0 / +3,5)
H+Hd+(H)+(Hd)			2,00	H+Hd+(H)+(Hd)			5,00	H+Hd+(H)+(Hd)			8,00	H+Hd+(H)+(Hd)
A			4,00	A			15,00	A			5,00	A
Ad			1,00	Ad			2,00	Ad			2,00	Ad
(A)			0,00	(A)			0,00	(A)			0,00	(A)
(Ad)			0,00	(Ad)			1,00	(Ad)			0,00	(Ad)
W			11,00	W			6,00	W			5,00	W
D			4,00	D			15,00	D			8,00	D
Dd			2,00	Dd			3,00	Dd			5,00	Dd
S			3,00	S			3,00	S			2,00	S
DQ+			2,00	DQ+			7,00	DQ+			5,00	DQ+
DQo			13,00	DQo			17,00	DQo			13,00	DQo
DQv			2,00	DQv			0,00	DQv			0,00	DQv
DQv/+			0,00	DQv/+			0,00	DQv/+			0,00	DQv/+
FQ+			0,00	FQ+			0,00	FQ+			0,00	FQ+
FQo			7,00	FQo			10,00	FQo			9,00	FQo
FQu			7,00	FQu			6,00	FQu			6,00	FQu
FQ-			2,00	FQ-			8,00	FQ-			3,00	FQ-
FQnone			1,00	FQnone			0,00	FQnone			0,00	FQnone

PRÓDROMOS	F3	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	F4	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	G1	VARIÁVEIS
Abstração reduzida		19,00	Abstração reduzida		18,00	Abstração reduzida		25,00
Agressividade, cpto disruptivo	1	13,00	Agressividade, cpto disruptivo		11,00	Agressividade, cpto disruptivo		15,00
Alterações da percepção		15,00	Alterações da percepção		17,00	Alterações da percepção		27,00
Ambivalência e transtorno de volicao		2,75	Ambivalência e transtorno de volicao		7,50	Ambivalência e transtorno de volicao	1	0,50
Anergia	1	0,73	Anergia		0,65	Anergia	1	0,63
Angústia	1	0,77	Angústia		0,65	Angústia	1	0,71
Anormalidades na fala		0,27	Anormalidades na fala		0,35	Anormalidades na fala		0,30
Apatia	1	1,00	Apatia		1,00	Apatia		1,00
Apetite reduzido		3,00	Apetite reduzido		1,00	Apetite reduzido	1	4,00
Atenção / concentração reduzida	1	13,00	Atenção / concentração reduzida		7,00	Atenção / concentração reduzida	1	14,00
Bloqueio do pensamento		0,00	Bloqueio do pensamento		0,00	Bloqueio do pensamento	1	0,00
Crise agressiva		2,00	Crise agressiva		1,00	Crise agressiva	1	6,50
Culpa	1	2,00	Culpa		2,00	Culpa	1	14,00
Delírios		2,00	Delírios		2,00	Delírios		8,00
Desconfiança	1	0,00	Desconfiança	1	0,00	Desconfiança		-2,00
Desmotivação	1	0,00	Desmotivação		0,00	Desmotivação	1	0,00
Discurso desorganizado		1,00	Discurso desorganizado		0,00	Discurso desorganizado		6,00
Distúrbios do Sono	1	1,00	Distúrbios do Sono		0,00	Distúrbios do Sono	1	4,00
Escassez de pensamento		0,00	Escassez de pensamento		0,00	Escassez de pensamento		1,00
Fadiga / Perda de energia	1	1,00	Fadiga / Perda de energia		1,00	Fadiga / Perda de energia	1	4,00
Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	1	0,00	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		1,00	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		3,00
Humor Depressivo	1	0,00	Humor Depressivo	1	1,00	Humor Depressivo	1	0,00
Idéias suicidas	1	1,00	Idéias suicidas		2,00	Idéias suicidas	1	8,00
Impulsividade		0,00	Impulsividade		0,00	Impulsividade	1	5,00
Mudanças bruscas nos afetos	1	0,00	Mudanças bruscas nos afetos	1	0,00	Mudanças bruscas nos afetos		2,00
Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00
Perda de interesse	1	0,00	Perda de interesse		0,00	Perda de interesse	1	2,00
Perda de peso	1	0,36	Perda de peso		0,31	Perda de peso	1	0,35
Perda do senso do eu e do mundo		0,00	Perda do senso do eu e do mundo		0,00	Perda do senso do eu e do mundo	1	5,50
Preocupação Excessiva	1	0,00	Preocupação Excessiva	1	0,00	Preocupação Excessiva	1	1,00
Queixas somáticas		3,00	Queixas somáticas		1,00	Queixas somáticas	1	1,00
Raiva / Irritabilidade	1	3,00	Raiva / Irritabilidade	1	4,00	Raiva / Irritabilidade		11,00
Retraimento social	1	0,00	Retraimento social	1	0,00	Retraimento social	1	0,00
Sensibilidade interpessoal aumentada	1	3,00	Sensibilidade interpessoal aumentada	1	0,00	Sensibilidade interpessoal aumentada	1	1,00
Sonolência		3,00	Sonolência		2,00	Sonolência		7,00
Transtornos do pensamento		0,00	Transtornos do pensamento		0,12	Transtornos do pensamento		0,15
		0,20			0,24			0,41
TOTAL PRÓDROMOS	20	0,00	TOTAL PRÓDROMOS	7	0,00	TOTAL PRÓDROMOS	21	0,00
		1,00			1,00			3,00
		2,00			0,00			4,00
		2,00			0,00			9,00
		0,00			1,00			5,00
		4,00			5,00			3,00
		0,00			0,00			1,00
		2,00			1,00			1,00
		0,00			1,00			0,00
		2,00			0,00			1,00
		0,00			0,00			0,00
		0,00			1,00			0,00
		2,00			0,00			1,00
		0,00			0,00			0,00
		10,00			10,00			15,00
		-1,00			-9,50			0,00
		7,00			2,00			4,00
		5,00			10,00			7,00
		0,00			2,00			0,00
		0,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00
		8,00			9,00			16,00
		5,00			8,00			5,00
		2,00			0,00			6,00
		2,00			1,00			4,00
		3,00			1,00			5,00
		12,00			16,00			13,00
		0,00			0,00			7,00
		0,00			0,00			2,00
		0,00			0,00			0,00
		6,00			9,00			8,00
		5,00			2,00			9,00
		4,00			6,00			8,00
		0,00			0,00			0,00

PRÓDROMOS	G2	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	G3	VARIÁVEIS	PRÓDROMOS	G4	VARIÁVEIS
Abstração reduzida		25,00	Abstração reduzida		26,00	Abstração reduzida		45,00
Agressividade, cpto disruptivo	1	13,00	Agressividade, cpto disruptivo		11,00	Agressividade, cpto disruptivo		13,00
Alterações da percepção		33,00	Alterações da percepção		18,00	Alterações da percepção		25,00
Ambivalência e transtorno de volicao		0,57	Ambivalência e transtorno de volicao	1	2,60	Ambivalência e transtorno de volicao		0,92
Anergia		0,85	Anergia		0,72	Anergia		0,76
Angústia	1	0,91	Angústia	1	0,81	Angústia	1	0,83
Anormalidades na fala	1	0,15	Anormalidades na fala	1	0,28	Anormalidades na fala		0,24
Apatia		0,00	Apatia	1	0,00	Apatia		0,00
Apetite reduzido		6,00	Apetite reduzido	1	3,00	Apetite reduzido	1	3,00
Atenção / concentração reduzida		2,00	Atenção / concentração reduzida	1	2,00	Atenção / concentração reduzida	1	10,00
Bloqueio do pensamento		2,00	Bloqueio do pensamento	1	2,00	Bloqueio do pensamento		0,00
Crise agressiva	1	9,00	Crise agressiva	1	2,00	Crise agressiva		4,00
Culpa		13,00	Culpa	1	2,00	Culpa	1	11,00
Delírios		11,00	Delírios		2,00	Delírios		10,00
Desconfiança	1	-1,00	Desconfiança	1	0,00	Desconfiança		-2,00
Desmotivação		0,00	Desmotivação	1	0,00	Desmotivação		-2,00
Discurso desorganizado		5,00	Discurso desorganizado		2,00	Discurso desorganizado		5,00
Distúrbios do Sono	1	0,00	Distúrbios do Sono	1	1,00	Distúrbios do Sono		0,00
Escassez de pensamento		2,00	Escassez de pensamento	1	0,00	Escassez de pensamento		1,00
Fadiga / Perda de energia	1	3,00	Fadiga / Perda de energia	1	0,00	Fadiga / Perda de energia	1	2,00
Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		3,00	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente	1	0,00	Humor caracteristicamente superficial, crítico ou incongruente		2,00
Humor Depressivo		0,00	Humor Depressivo	1	0,00	Humor Depressivo		1,00
Idéias suicidas		8,00	Idéias suicidas		0,00	Idéias suicidas		6,00
Impulsividade	1	2,00	Impulsividade		0,00	Impulsividade		4,00
Mudanças bruscas nos afetos	1	0,00	Mudanças bruscas nos afetos		0,00	Mudanças bruscas nos afetos		1,00
Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos	1	1,00	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00	Pensamentos / ações obsessivo-compulsivos		0,00
Perda de interesse	1	0,00	Perda de interesse	1	0,00	Perda de interesse		0,00
Perda de peso		0,43	Perda de peso		0,38	Perda de peso	1	0,39
Perda do senso do eu e do mundo	1	3,00	Perda do senso do eu e do mundo		0,00	Perda do senso do eu e do mundo		1,00
Preocupação Excessiva		0,00	Preocupação Excessiva	1	0,00	Preocupação Excessiva	1	0,00
Queixas somáticas		4,00	Queixas somáticas	1	3,00	Queixas somáticas		3,00
Raiva / Irritabilidade	1	8,00	Raiva / Irritabilidade	1	5,00	Raiva / Irritabilidade		13,00
Retraimento social		1,00	Retraimento social	1	0,00	Retraimento social	1	0,00
Sensibilidade interpessoal aumentada	1	4,00	Sensibilidade interpessoal aumentada	1	2,00	Sensibilidade interpessoal aumentada	1	1,00
Sonolência		6,00	Sonolência	1	3,00	Sonolência		3,00
Transtornos do pensamento		0,12	Transtornos do pensamento		0,06	Transtornos do pensamento		0,08
		0,33			0,28			0,52
TOTAL PRÓDROMOS	14	1,00	TOTAL PRÓDROMOS	23	0,00	TOTAL PRÓDROMOS	9	0,00
		4,00			1,00			1,00
		7,00			3,00			7,00
		2,00			0,00			6,00
		4,00			0,00			3,00
		3,00			3,00			4,00
		0,00			1,00			0,00
		6,00			2,00			3,00
		4,00			0,00			1,00
		2,00			2,00			2,00
		0,00			0,00			0,00
		2,00			0,00			3,00
		2,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00
		0,00			0,20			0,00
		18,00			8,00			5,00
		-5,00			2,00			3,00
		10,00			5,00			4,00
		12,00			9,00			13,00
		1,00			0,00			3,00
		0,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00
		11,00			7,00			1,00
		12,00			9,00			17,00
		10,00			2,00			7,00
		3,00			3,00			0,00
		9,00			2,00			5,00
		24,00			16,00			20,00
		0,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00
		13,00			10,00			12,00
		15,00			3,00			7,00
		5,00			5,00			6,00
		0,00			0,00			0,00