



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

**TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E ESQUIZOFRENIA:
uma investigação diagnóstica**

MARCELLO DE ABREU FARIA

Brasília (DF)

2016

MARCELLO DE ABREU FARIA

**TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E ESQUIZOFRENIA:
uma investigação diagnóstica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de Brasília, como requisito para o Doutorado em Ciências Aplicadas em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Moraes Ferreira

Brasília (DF)

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tese submetida à banca examinadora abaixo especificada em 05/12/2016,
visando à obtenção do título de doutor em Ciências Aplicadas em Saúde.

Profa. Dra. Vania Moraes Ferreira
Universidade de Brasília
Presidente

Prof. Dr. Raphael Boechat Barros
Universidade de Brasília
Membro interno

Profa. Dra. Euthymia Brandão de Almeida Prado
Universidade de São Paulo
Membro externo

Profa. Dra. Marta Helena de Freitas
Universidade Católica de Brasília
Membro externo

Prof. Dr. Gabriel Graça de Oliveira
Universidade de Brasília
Membro interno

Prof. Dr. David Duarte Lima
Universidade de Brasília
Membro suplente

Em continuidade ao Mestrado... Dedico este estudo aos pesquisadores sérios da Psicologia e da Psiquiatria que, por ideais comuns e incomuns, lutam com afinco para diminuir, senão contribuir na eliminação das dores de seus pacientes.

Agradecimentos

A Deus, pela vida e pela contínua oportunidade de sublimar experiências;

Aos meus pais, pelo amor inextinguível;

Aos demais familiares, pelos genuínos laços de amizade;

Aos pacientes deste estudo, pela coragem de enfrentar processos complexos de suas vidas e por me confiar a oportunidade de avaliá-los;

A Dra. Vania Ferreira (Orientadora), pelo profissionalismo na condução do processo e pela coragem de investir num tema complexo, ainda com fortes incertezas no Brasil.

A Dra. Sonia Hueb, pelas contribuições científicas que enriqueceram esta pesquisa.

À Dra. Ester Giraldi Dias, por disponibilizar os núcleos da Mansão Vida – Clínica de Internação Psiquiátrica – à realização desta pesquisa;

A Irene Lage de Britto, pela formatação e pela revisão desta tese, que facilitaram a compreensão do trabalho.

Aos pesquisadores citados neste estudo, bem como aos outros anônimos: pela incansável dedicação em prol do avanço científico e da melhora de seus pacientes;

Ao corpo docente e discente da Universidade de Brasília: pela participação e pela seriedade na condução do programa de doutorado;

Por fim, não desejando esquecer ninguém – porque considero a gratidão um sentimento que deixa rastros luminosos no caminho de cada um em seu curso ascensional –, agradeço àqueles que o meu inconsciente preserva.

RESUMO

O presente trabalho objetivou investigar a prevalência do Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) em pacientes diagnosticados com esquizofrenia, com base no Método de Rorschach, na abordagem Klopfer. Para isso, indicadores ou sintomas psicológicos que caracterizam o diagnóstico diferencial de pacientes esquizofrênicos e múltiplos – termo pelo qual são conhecidos os portadores de TDI – foram registrados. Diferenças clínicas específicas, em termos dos indicadores que caracterizam esses pacientes, foram analisadas, e o enquadramento dos dados obtidos com o Método de Rorschach de pacientes diagnosticados como esquizofrênicos com característica paranoide, no âmbito do TDI, foi verificado. A coleta de dados foi feita nos Centros de Convivência e Atenção Psicossocial (Mansão Vida). Trata-se de uma pesquisa clínica-qualitativa, estudo descritivo, não-controlado. Dez pacientes esquizofrênicos adultos, de ambos os sexos, tiveram seu perfil clínico investigado. Todos os pacientes foram convidados mediante “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Por meio da análise dos resultados, averiguou-se se os pacientes diagnosticados como esquizofrênicos apresentaram sintomas indicadores ou clínicos característicos de pacientes múltiplos. Neste último caso, sugeriu-se a chamada falha diagnóstica. Em complemento, foi verificado se os sintomas apresentados pelos pacientes esquizofrênicos não se enquadravam em nenhum dos quadros clínicos estudados. A conclusão foi de que dois pacientes apresentaram sintomas diferenciais aos da esquizofrenia, sendo que um deles demonstrou sintomas da multiplicidade. Por fim, propôs-se a criação de um protocolo multidisciplinar para evitar falhas diagnósticas em relação às síndromes examinadas.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Transtorno Dissociativo de Identidade, Falha Diagnóstica, Rorschach, Trauma.

ABSTRACT

The aim of this research is to contribute to the investigation of the prevalence of the Dissociative Identity Disorder (DID) in patients diagnosed with schizophrenia based on the Rorschach Method in Klopfer's approach. For this, indicators or psychological symptoms that characterize the differential diagnosis of patients with schizophrenia and DID were studied. Specific clinical differences in terms of the indicators that characterize these patients were analyzed, and the classification of data obtained with the Rorschach Method of patients diagnosed as schizophrenic with paranoid characteristics under the DID was observed. The data collection was made in Mansão Vida. It is a clinical-qualitative research, descriptive study, not-controlled. Ten adult patients with schizophrenia of both sexes had their clinical profile examined. All patients were invited by the free and informed consent form. In order to conclude the study, the results were analyzed and it was investigated whether patients diagnosed with schizophrenia showed indicators or clinical symptoms of *multiple* patients – the term by which DID carriers are known. In the latter case, it was suggested the misdiagnosis. In addition, it was found that the symptoms presented by schizophrenic patients did not fit in any of the medical conditions studied. The conclusion was that two patients presented different symptoms from those of squizophrenia, and one of them showed symptoms of multiplicity. Finally, the creation of a multidisciplinary protocol was proposed in order to avoid misdiagnosis regarding the examined syndromes.

Keywords: Schizophrenia, Dissociative identity disorder, Misdiagnosis, Rorschach, Trauma.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 PRESSUPOSTOS DO DIAGNÓSTICO E SEMIOLOGIA MÉDICA	14
1.1. 1 Diagnóstico: aspectos propedêuticos	15
1.1. 2 Diagnóstico psiquiátrico: considerações	16
1.1. 3 Diagnóstico psicológico: considerações	19
1.2 QUADRO GERAL DA ESQUIZOFRENIA	21
1.2. 1 Etiologia, características e dinâmica do transtorno	22
1.2. 2 Sinais e sintomas	28
1.2. 3 Diagnóstico	30
1.2. 4 Epidemiologia	35
1.2. 5 Tratamento	37
1.2. 6 Considerações	39
1.3 QUADRO GERAL DO TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE	40
1.3. 1 Etiologia, características e dinâmica do transtorno	41
1.3. 2 Sinais e sintomas	49
1.3. 3 Diagnóstico	53
1.3. 4 Epidemiologia	60
1.3. 5 Tratamento	62
1.3. 6 Considerações	64
2. OBJETIVOS	65
2.1 Objetivo Geral	65
2.2 Objetivos Específicos	65
3. MATERIAL E MÉTODO	66
3.1 Delineamento	66
3.2 Sujeitos da pesquisa	67
3.3 Instrumentos de coleta de dados	68
3.3. 1 Entrevista clínica	68
3.3. 2 Teste de Rorschach	69

3.4 Procedimentos	71
3.5 Questão ética	71
3.6 Pontos fortes e fracos da pesquisa (limites metodológicos)	71
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
4.1 Elementos da anamnese – aspectos relevantes	72
4.2 Indicadores da esquizofrenia e do TDI no Rorschach e critérios Diagnósticos	74
4.3 Psicogramas de Rorschach	77
4.4 Experiências traumáticas dos pacientes – aspectos proeminentes	88
4.5 Informações condensadas e articulações	96
5. CONCLUSÃO	102
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
Anexos	114
Apêndices	280

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Manifestações psicóticas em adolescentes	36
Tabela 2 – Relação entre portadores de TDI e sintomas totais	51
Quadro 1 – Agrupamento sintomatológico do TDI	52
Tabela 3 – Elementos da anamnese – aspectos relevantes	73
Tabela 4 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach	75
Tabela 5 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P1	78
Tabela 6 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P2	79
Tabela 7 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P3	80
Tabela 8 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P4	81
Tabela 9 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P5	82
Tabela 10 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P6	83
Tabela 11 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P7	84
Tabela 12 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P8	85
Tabela 13 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P9	86
Tabela 14 – Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P10	87
Tabela 15 – Resultados condensados	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica da psicopatologia

17

1. INTRODUÇÃO ¹

O diagnóstico é constituído de ideias fundamentais para o desenvolvimento do trabalho médico, as quais são baseadas em fenômenos que ocorrem com a pessoa e que são agrupados e classificados conforme especificidades. Porém, como tais agrupamentos se dão por traços ou sinais que guardam alguma semelhança entre si, muitas vezes patologias podem ser confundidas em seu diagnóstico. Isso ocorre com a esquizofrenia e com o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), por exemplo, cujos sinais têm alguma semelhança.

Historicamente, as desordens dissociativas têm sido confundidas com a esquizofrenia, inclusive em seus aspectos conceituais. Isso porque os sintomas de primeira ordem descritos por Schneider – inserção do pensamento, percepção delirante, alucinações auditivas, dentre outros – não são patognomônicos da esquizofrenia, mas também característicos do TDI, anteriormente denominado “personalidade múltipla”.

Se, no caso da esquizofrenia, falta consenso científico no tocante a suas bases etiológicas, no caso do TDI, o diagnóstico só ocorre, em média, seis a oito anos após o surgimento dos sintomas, sem contar o negativismo que ainda envolve esse transtorno, inclusive levando a crenças de que suas causas são iatrogênicas (Huỳnh, Ngamini Ngui, Kairouz, Lesage, & Fleury, 2016). Ou seja, em relação a essas patologias, há grandes incertezas, apesar do reconhecido avanço da tríade ciência-tecnologia-fenomenologia. Para Spiegel et al. (2011), pacientes que apresentam transtornos dissociativos são frequentemente diagnosticados como psicóticos. Tais pacientes sofrem com a chamada iatrogenia devido aos anos de falhas diagnósticas.

Como exemplo da dificuldade do complexo processo diagnóstico relacionado com o espectro esquizofrênico, cita-se um experimento descrito por Oliver Sacks, em seu livro “A mente assombrada”, de 2012. Oito pseudopacientes sem histórico de patologia mental procuraram hospitais distintos dos Estados Unidos, com a queixa única de ouvir vozes, um dos sintomas dessa patologia. Exceto um –

¹ O pesquisador atua profissionalmente com pacientes psicóticos e é estudioso da personalidade múltipla há quase duas décadas. Publicou o livro “Impacto do Trauma e Dissociação da Consciência na Personalidade Múltipla” em 2013, que já se encontra na 2ª edição. O livro tem embasamento científico.

classificado como portador de psicose maníaco depressiva, síndrome conhecida como transtorno afetivo bipolar nos dias atuais –, os demais foram diagnosticados como esquizofrênicos pelos especialistas e medicados com neurolépticos.

Já quanto ao TDI, a noção de “janela de diagnosticabilidades” vem sendo aplicada a ele, devido a seus sintomas encobertos e à dissimulação dos pacientes para encobri-lo. Suspeita-se que há uma apresentação polissintomática (David, 1994; Dorahy et al., 2014). Alguns exemplos de sua representação são encontrados nas telas de cinema e TV: em 1957, a atriz norte-americana Joanne Woodward interpretou uma personagem com personalidade múltipla no filme “As três faces de Eva”.

Mas a questão desta pesquisa é o diagnóstico dessas patologias que, se equivocado, faz com que pacientes com TDI sejam diagnosticados com esquizofrenia. Ou seja, esta pesquisa se prende ao diagnóstico diferencial dessas patologias, considerando, principalmente, que um diagnóstico inadequado conduz a um tratamento igualmente inadequado, impossibilitando ou dificultando o controle da patologia.

Nesse contexto, tem-se o seguinte problema de pesquisa: diante da complexidade que envolve os respectivos diagnósticos, como se pode identificar o TDI em pacientes diagnosticados com esquizofrenia?

O tema desta pesquisa é relevante, porque tem como foco uma questão bastante atual e ainda sem perspectiva de solução, que é a existência de pacientes com diagnósticos indevidos, causados por semelhanças entre os respectivos sinais e sintomas.

Histórica e conceitualmente, há confusões diagnósticas entre as psicoses e as desordens dissociativas e, nesse sentido, este estudo pode contribuir não só para destacar o problema, entre tantos outros para os quais a medicina ainda busca solução, como para esclarecer diferenças clínicas essenciais entre a esquizofrenia e o TDI. Complementarmente, trata da necessidade de maior cautela no processo do diagnóstico diferencial, uma vez que os transtornos mentais em geral também devem ter caráter inter e multidisciplinar.

É importante realçar que, no Brasil, embora as últimas décadas tenham sido caracterizadas por uma expansão significativa da psiquiatria e da psicologia, sendo

marcante a aplicação de princípios e técnicas em áreas específicas, a esquizofrenia, quando associada ao contexto da multiplicidade, parece ainda carecer de estudos mais aprofundados.

Em resumo, considera-se que, conforme Resende e Argimon (2011, p. 422), “mesmo que as investigações tenham objetivos modestos, parciais ou focalizem apenas uma pequena parte das necessidades da área, tais pesquisas ainda são relevantes e necessárias”.

1.1. PRESSUPOSTOS DO DIAGNÓSTICO E SEMIOLOGIA MÉDICA

Os dados necessários à construção das histórias clínica, psiquiátrica e psicológica do paciente são obtidos por meio de entrevistas entre os respectivos profissionais e o paciente, nas quais são expostas as queixas e as razões da busca de ajuda profissional.

Por sua vez, médicos e psicólogos desenvolvem suas atividades de investigação com base em sinais e sintomas indicativos e sugestivos de doenças ou transtornos. Sinais podem ser percebidos por outra pessoa, são objetivos e passíveis de constatação por meio de sensopercepção direta e da inspeção clínica. Já sintomas são alterações no estado da saúde em relação à normalidade. Representam os relatos e as queixas que o paciente leva ao médico. Os sintomas dependem da interpretação do médico ou do psicólogo sobre aquilo que o paciente lhe traz como queixa (Banzato, 2000; Silveira, 2005).

O sintoma é considerado uma “evidência indutiva”, relativamente concreta, de uma enfermidade. Ele tem traços característicos, tanto visto isoladamente, como associado a outros, os quais vão representar uma manifestação, um fenômeno ou um conjunto de fenômenos que leva à identificação daquilo que não está bem ou que é patológico no indivíduo. Mas essa situação reflete, nesse momento, um estágio inicial do conhecimento nosológico (limitação da experiência), quando a etiopatogenia ainda não foi identificada, já que sua elucidação “pressupõe a descrição de um quadro clínico com seu curso habitual” (Banzato, 2000, p. 4).

Uma breve descrição da relação entre sintomas e diagnóstico pode auxiliar a compreensão, no contexto deste trabalho, do que ele inclui de elementos objetivos e de subjetivos, além do conhecimento do profissional.

1.1.1. Diagnóstico: aspectos propedêuticos

O paciente é definido como o portador provável ou efetivo de uma doença, um caso clínico que merece, do profissional de saúde, o interesse que a doença trouxer com ele (Silveira, 2005). Essa doença é identificada por meio de um conjunto de sintomas que devem ser investigados minuciosamente.

Em medicina, diagnóstico é a parte do atendimento médico, voltada à identificação de uma eventual doença. “No exercício do ato médico é que se constrói a elaboração do diagnóstico médico [...] a comunidade científica tem como filosofia aceitar os instrumentos de diagnóstico que foram validados pelo método científico” (Gonçalves, 2011, p. 1).

No contexto do diagnóstico se insere a semiologia, ciência dos signos que não se restringe à medicina, mas é um campo vasto de estudo da linguagem, da música e de outras áreas. Na medicina, a semiologia médica é entendida como o estudo dos sinais e dos sintomas das doenças em geral, os quais possibilitam ao médico identificar as alterações físicas e mentais que estão ocorrendo com o paciente. Também permite que os fenômenos observados sejam ordenados e que se formule o diagnóstico da doença e o respectivo tratamento. O signo é o elemento nuclear da semiologia, um tipo de sinal especial, sempre provido de significação. A semiologia médica trata particularmente dos signos que indicam a existência de sofrimento, transtornos e patologias (Dalgalarrodo, 2008).

Enquanto a semiologia aborda o estudo e a descrição dos sinais e sintomas, a nosologia se refere à ordenação e à classificação das doenças. “Nosologia é a disciplina médica cujo objetivo é realizar uma descrição completa da doença para diferenciá-las e classificá-las.” Ela se centra na noção de enfermidade e visa estudar sua história, a relação entre saúde e enfermidades e outros, principalmente ajudando a fixar a distinção entre uma pessoa saudável e uma enferma e identificando as diferenças. As funções essenciais da nosologia são: descrever as

enfermidades – para gerar conhecimentos sobre elas; diferenciá-las entre si – com uma concreta identificação; classificá-las – conforme os respectivos vínculos, resultantes da análise de seus processos (Definición, 2015, p. 2).

O diagnóstico inclui a semiologia e a nosologia e é organizado por meio do levantamento de hipóteses formuladas e fundamentadas no conhecimento teórico e prático do profissional. As hipóteses são testadas até o momento em que esse profissional médico tenha condições de fechar uma conclusão clínica, confirmando ou rejeitando as hipóteses. O diagnóstico médico inclui dois pontos da lógica, a análise e a síntese, para os quais o histórico clínico, o exame físico e os exames complementares, entre outros, são importantes (Gonçalves, 2011).

Em termos amplos, são três tipos de diagnóstico: o diagnóstico diferencial – usado para identificar doenças, feito por processo de eliminação; o diagnóstico provisório – utilizado em situações de dúvidas, quando o paciente apresenta critérios para uma patologia, mas não há dados suficientes para confirmá-los; o diagnóstico etiológico – quando identifica a causa de uma doença (Gonçalves, 2011).

À luz dos conhecimentos atuais, o diagnóstico psiquiátrico, “é uma informação essencial para um primeiro direcionamento do raciocínio clínico na escolha do tratamento mais apropriado, incluindo-se as psicoterapias” (Cordioli, 2008).

1.1.2. Diagnóstico psiquiátrico: considerações

O diagnóstico diz respeito ao reconhecimento do todo (a doença) através de suas partes (o que é apresentado ao médico); *dia* = separação dos componentes; *gnosis* = reconhecimento.

A identificação de uma doença ou de um transtorno é a finalidade do processo diagnóstico. A identificação do diagnóstico é um dos postulados que o modelo médico impõe à psiquiatria e, desde a década de 50, o problema de sua elaboração progrediu muito cientificamente. Estabelecer um diagnóstico psiquiátrico é a única forma de conhecer as causas ou as hipóteses explicativas, os mecanismos, a evolução da doença e a melhor forma de determinar uma conduta terapêutica e preventiva, se possível (Abreu et al., 2006, p. 17, 18).

Duas questões são fundamentalmente envolvidas no diagnóstico: a confiabilidade e a validade. No diagnóstico psiquiátrico, outra questão importante é que diferentes línguas e culturas nomeiem os fenômenos da mesma forma, para que

haja confiabilidade, ou seja, a qualidade da classificação seja tal que qualquer avaliador diferente chegue ao mesmo diagnóstico. E que esse apresente resultados consistentes em circunstâncias variadas, por exemplo, como o passar do tempo (Abreu et al., 2006).

Em relação aos transtornos psiquiátricos, o diagnóstico minucioso do estado mental de um paciente

corresponde, provavelmente, a uma das mais subjetivas tarefas com as quais um médico pode se deparar. Embora, nos grandes centros, seja muitas vezes possível delegar esta função a um especialista (o psiquiatra), em diversas circunstâncias caberá ao não-especialista a realização do referido exame. Queixas psiquiátricas são comuns na prática clínica e a adequada realização do exame psíquico será peça fundamental no processo de raciocínio diagnóstico, bem como na decisão de encaminhar ou não o paciente para atendimento especializado (Sanches et al., 2005, p. 18).

Sims (1988) explica que a psicopatologia estuda, sistematicamente, o comportamento, a cognição e a experiência fora do padrão de normalidade. É o estudo dos produtos da mente (que apresenta transtorno mental) e engloba as psicopatologias *explicativas* – quando há supostas explicações, conforme conceitos teóricos – e a psicopatologia *descritiva* – que descreve e categoriza com precisão as experiências anormais, de acordo com o informado pelo paciente e com a observação de seu comportamento (figura 1).

Figura 1: Representação gráfica da psicopatologia



Fonte: Sims, 1988

Os sintomas são agregados com base em padrões específicos, a partir dos quais se podem citar diferentes doenças mentais ou psiquiátricas. Os métodos mais precisos de diagnóstico ou uma definição da natureza do problema continuam sendo muito relevantes. Porém, para que a nosologia psiquiátrica possa ser melhorada,

uma observação acurada dos fenômenos com os quais o profissional se confronta deve ser sistematicamente feita (Sims, 1988). No âmbito da psiquiatria, a nosologia se refere ao conjunto de transtornos mentais ou transtornos identificados como tais.

Sobre a agregação dos sintomas em padrões, Dalgarrondo (2008) esclarece: há aspectos e fenômenos encontrados em todos os seres humanos, significando que determinado grupo de fenômenos (notórios e comuns) integra uma categoria tão ampla que não há classificação; aspectos e fenômenos encontrados em algumas pessoas, mas não em todas, os quais são de maior interesse para a classificação diagnóstica, “onde se situam a maior parte dos sinais, sintomas e transtornos mentais”; aspectos e fenômenos encontrados apenas em um ser humano em particular, os quais, embora interessem compreender, são muito restritos e de difícil classificação e agrupamento, interessando mais, talvez, por seus aspectos antropológicos, existenciais e estéticos do que taxionômicos.

Na psiquiatria, o processo de diagnóstico

engloba diversas fases componentes de uma avaliação psiquiátrica. Esta, classicamente, compreende dados de identificação da pessoa avaliada, sua queixa e duração, a história pregressa do quadro atual, os antecedentes pessoais (que compreendem a biografia do paciente), os antecedentes familiares, o exame físico, o exame mental e exames complementares. A análise destes dados em conjunto possibilita o estabelecimento de uma ou mais hipóteses diagnósticas. Habitualmente, estes dados estão organizados em seções no prontuário do paciente, de forma a permitir um registro livre do apurado, sem o perigo do esquecimento de aspectos fundamentais para o diagnóstico (Almeida, Dratcu & Laranjeira, 2010, p. 44).

No diagnóstico psiquiátrico, deve-se combinar o exame dos doentes com duas atitudes opostas: ater-se à individualidade do paciente e examiná-lo visando a alvos definidos. Jaspers reconhecia que “quem examina não pode estar preso (só) a questionários pré-fabricados, ainda que algumas perguntas fixas facilitem o exame” (Almeida, Laranjeira & Dratcu, 2010, p. 45).

O diagnóstico psicopatológico corresponde à totalidade dos dados clínicos momentâneos (exame psíquico) e evolutivos (anamnese, história dos sintomas e evolução do transtorno). Essa totalidade clínica detectada é avaliada e interpretada por meio do conhecimento teórico e científico e da habilidade clínica e intuitiva (Dalgarrondo, 2008).

1.1.3. Diagnóstico psicológico: considerações

Avaliação psicológica é um procedimento clínico que inclui um conjunto organizado de princípios teóricos, de métodos e de técnicas de investigação. Esses conjuntos se referem tanto à personalidade do indivíduo como a suas funções cognitivas. A seleção das estratégias e dos instrumentos a serem utilizados é feita conforme o referencial teórico, o objetivo da avaliação (clínico, profissional, educacional, forense ou outro) e sua finalidade (diagnóstico, indicação de tratamento e/ou prevenção) (Araújo, 2007).

A concepção do processo de psicodiagnóstico é relativamente nova, uma vez que, anteriormente, ele era considerado “uma situação em que o psicólogo aplica um teste em alguém e, nesses termos, fazia o acompanhamento.” Era um processo “a partir de fora”. O profissional atendia, com isso, a uma demanda solicitada por outro profissional – psiquiatra, psicanalista ou outro –, sendo seu contato com o paciente apenas o do momento da avaliação (Ocampo, Arzeno & Piccolo, 2005, p. 6). Atualmente,

o psicodiagnóstico é um processo que envolve quatro etapas. A primeira vai do contato inicial à primeira entrevista com o paciente; a segunda é a fase de aplicação dos testes e técnicas projetivas; a terceira é o encerramento do processo, com a devolução oral ao paciente (e/ou aos pais); e a quarta consiste na elaboração do informe escrito (laudo) para o solicitante (Ocampo, Arzeno & Piccolo, 2005, p. 8).

Essas autoras definem o psicodiagnóstico como uma prática clínica delimitada em relação ao objetivo, ao tempo e à definição de papéis, numa abordagem distinta da referente ao processo analítico. Por meio do psicodiagnóstico, deve-se obter uma compreensão completa e profunda da personalidade do paciente, identificando-se os elementos constitutivos, os patológicos e os adaptativos. O processo inclui elementos presentes no diagnóstico atual e elementos do prognóstico e é, geralmente, indicado para esclarecer diagnósticos, fazer encaminhamentos ou tratamentos.

Arzeno (2003) divide as etapas do psicodiagnóstico em sete fases: 1) solicitação da consulta pelo cliente e primeiro encontro pessoal com o profissional; 2) realização de entrevistas, buscando-se identificar as razões concretas da consulta e os sentimentos expressos pelo paciente ou pela família, bem como suas

expectativas e ideias referentes à doença e à perspectiva de cura; 3) momento no qual se reflete sobre o material coletado e se analisam as hipóteses iniciais, as quais vão servir de base para o planejamento dos passos seguintes e da escolha dos instrumentos diagnósticos; 4) realização da estratégia diagnóstica planejada, com entrevistas, aplicação de testes e das técnicas selecionadas; 5) análise e integração dos dados levantados nas etapas anteriores, exigindo do profissional um domínio teórico-metodológico e grande capacidade analítica, com a finalidade de identificar recorrências e convergências entre os dados, além dos aspectos mais relevantes contido no material; 6) devolução da informação ao paciente, por meio de entrevistas separadas, ele e a família; 7) elaboração do laudo psicológico, contendo as conclusões diagnósticas, um prognóstico e as recomendações terapêuticas adequadas ao caso.

Araújo (2007), em uma revisão da literatura, referiu-se a críticas feitas ao psicodiagnóstico, no que diz respeito ao uso de extensas baterias de testes e ao tempo gasto com eles. A autora distingue duas situações nesse sentido: alguns casos requerem um estudo mais aprofundado, visando-se obter um diagnóstico diferencial; um profissional com grande experiência clínica e um bom domínio teórico e técnico pode utilizar procedimentos mais simplificados, explorando, por exemplo, recursos da entrevista clínica diagnóstica.

Sabe-se que essa crítica em relação aos testes psicológicos [...] é consequência também das mudanças ocorridas nas demandas de intervenção [...] na atualidade, em razão de novos processos de subjetivação e de questões sociais e políticas que interferem diretamente na qualidade de vida e saúde da população e exigem de nossas teorias e práticas constantes revisões e atualizações. No âmbito da Psicologia Clínica isso resultou numa enorme expansão de abordagens teóricas – psicanalíticas, fenomenológico-existenciais, cognitivas, comportamentais, sistêmicas, corporais etc.; no desenvolvimento de novas modalidades de intervenção – grupal, familiar, comunitária; e na atuação em outros *settings* – instituições públicas e privadas, hospitais, unidades de saúde etc. (Araújo, 2007, p.4).

Entre os recursos mais utilizados no psicodiagnóstico, são citados em termos gerais: entrevista e observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos de investigação clínica (Ocampo, Arzeno & Piccolo, 2005), a depender das necessidades de maior esclarecimento.

1.2. QUADRO GERAL DA ESQUIZOFRENIA

Eventos traumáticos podem ocorrer em qualquer fase da vida. Além dos chamados fatores hereditários, o desenvolvimento da esquizofrenia pode estar vinculado a traumas ocorridos no pretérito. A gravidade, a duração e a proximidade da exposição de um indivíduo a um evento traumático contribuem para a probabilidade do surgimento de transtornos psicóticos. Nesse caso, os indivíduos também apresentam pontuações em medições da suscetibilidade à hipnose e à capacidade dissociativa, como no Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI). A dissociação patológica é um transtorno crônico, grave e debilitante para os funcionamentos social e psicológico do indivíduo (Dell, 2002). Indivíduos com esses indicadores experimentam lacunas de memória (*gaps*) para a história pessoal, tanto remota quanto recente.

Apesar de mais de cem anos de estudos acerca da esquizofrenia na infância e adolescência, muitas dúvidas persistem neste campo do saber. A inter-relação com outras áreas do conhecimento tem permitido diálogos mais precisos com possibilidades de maior compreensão da doença e de seu impacto na pessoa e na sociedade (Gonçalves, Werner & Neves, 2007, p. 1).

Kraepelin, em 1898, classificou os transtornos mentais baseando-se em um modelo médico, com o objetivo de delinear doenças que tinham etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns identificados. Inicialmente, os primeiros subtipos clássicos demência paranóide, hebefrenia e catatonia eram descritos como patologias isoladas. Mas Kraepelin as reuniu, chamando-as de demência precoce, porque surgiam no início da vida e, na grande maioria das vezes, causava problemas psíquicos. As causas eram internas, e seus sintomas “incluíam alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos.” A demência precoce foi diferenciada do transtorno maníaco-depressivo e da paranoia a partir de critérios sintomáticos e de seu curso, tendo Kraepelin distinguido três formas desse transtorno: hebefrênica, catatônica e paranoide (Silva, 2006, p. 1-2).

Em 1911, enfocando a desorganização mental envolvida no processo psicótico, Bleuler fez uma nova leitura da demência precoce e criou o termo *Schizophrenia* que passou a substituir a expressão “demência precoce” na literatura. *Schizophrenia* indica a presença de uma ruptura entre pensamento, emoção e

comportamento nos indivíduos afetados. Etimologicamente, *schizo* vem do grego e significa divisão, e *phrenia* significa mente (Silva, 2006). Para Blasi (2011), com esse termo, Bleuler distinguiu a esquizofrenia da demência precoce principalmente pelos sintomas primários, os quatro “As”: Associação alterada (dissociação), Afetividade inadequada, Ambivalência e Autismo. Os secundários seriam: delírio e alucinações substanciais, associados à dinâmica relativa ao processo dissociativo.

Com este ato, simples que fosse, Bleuler defendeu, ainda que em parte, uma multidão de homens do diagnóstico de demência precoce, [...] da lavagem cerebral por Kraepelin e de todo seu sofrimento indizível. [...] A passagem do conceito de demência precoce para a esquizofrenia é, seguramente, um evento fundamental. Essa mudança paradigmática, na verdade, por implicar a necessidade de sintomas fundamentais biogênicos (*zerfahrenheit*), introduz a dimensão psicodinâmica de natureza freudiana para explicar a psicopatologia delirante alucinatória, acessória e reativa que reveste, de maneira global, a personalidade do paciente e insere, pela primeira vez, o problema da causalidade psíquica na psicose (Blasi, 2011, p. 15, 19).

Após a distinção de Bleuler, em 1911, a esquizofrenia passou a ser definida como um tipo de sofrimento psíquico grave e a integrar o grupo das psicoses, junto com a paranoia, os transtornos esquizofreniforme e esquizoafetivo. Pelo DSM-5 (2014), é um transtorno severo.

1.2.1. Etiologia, características e dinâmica do transtorno

Muitas vezes, a etiologia da esquizofrenia e a precisão diagnóstica desse transtorno ainda revelam características de incipiência científica por sua complexidade (Cordeiro, Silva & Vallada, 2012; Fagerberg, Söderman, Gustavsson, Agartz & Jönsson, 2016).

A esquizofrenia tem sido apresentada como uma síndrome prevalente na maioria das desordens mentais, com *status* de transtorno psiquiátrico desafiador e muito grave (Howell, 2011; Mok, Webb, Appleby & Pedersen, 2016). É um distúrbio psicótico que se caracteriza pela dissociação das funções psíquicas. “Sua definição é complexa, e os fenômenos de maior relevância são os distúrbios de relacionamento e de afeto, a desorganização do pensamento e o impedimento para delimitar a realidade e a fantasia” (Gonçalves, Werner & Neves, 2007, p. 28).

A esquizofrenia é uma severa doença neurobiológica com fatores genéticos e ambientais desempenhando um papel na fisiopatologia. Diversas regiões cerebrais têm sido implicadas no processo da doença e estão conectadas em complexos circuitos neuronais. Nos níveis molecular e celular, a conectividade afetada entre essas regiões, envolvendo mielinização

disfuncional dos axônios neuronais, bem como as alterações no nível sináptico e metabolismo energético levando a distúrbios na plasticidade sináptica, são os maiores achados em estudos *post-mortem*. Estudos de microarranjos investigando a expressão gênica contribuíram para os achados de alterações em vias complexas em regiões cerebrais relevantes na esquizofrenia. Além disso, estudos utilizando microdissecação e captura a *laser* permitiram a investigação da expressão gênica em grupos específicos de neurônios (Schmitt, Reich-Erkelenz, Gebicke-Härter & Falkai, 2013, p. 10).

Já dados de vários estudos demonstram que a exclusividade do fator genético não determina o desenvolvimento da esquizofrenia (Cordeiro, Silva & Vallada, 2012). Ao mesmo tempo, Schmitt, Reich-Erkelenz, Gebicke-Härter e Falkai (2013, p. 10) ressaltam que, nos estudos *post-mortem*, deve-se levar em conta que “confusos efeitos de medicação, qualidade de RNAm, bem como capacidade de mecanismos regenerativos neuroplásticos do cérebro em indivíduos com história de vida de esquizofrenia, podem influenciar o complexo padrão de alterações no nível molecular”.

Em sua diversidade, a síndrome esquizofrênica compreende variadas manifestações psicopatológicas do pensamento, da percepção, da emoção e do comportamento (Oliveira, Facina & Siqueira Júnior, 2012), além de apresentar frequentes recorrências e incapacitação progressiva (Cordeiro, Silva & Vallada, 2012). Pacientes esquizofrênicos demonstram déficits cognitivos acentuados, os quais começam a se manifestar ainda na infância ou na adolescência, sendo percebidos antes mesmo dos sintomas psicóticos (Vohringer et al., 2013).

Apesar das dificuldades, um número crescente de pesquisadores tem defendido a ideia de que o déficit neurocognitivo é uma característica diagnóstica essencial da esquizofrenia e não simplesmente resultado de sintomas psicóticos, que também englobam processos patológicos de dissociação da consciência (Barch & Keefe, 2010).

Conforme o DSM-5 (2014, p. 87), o espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos incluem esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípica. “Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento e discurso desorganizados, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.”

Quanto à identificação da esquizofrenia em crianças, pelo DSM-5 (2014), delírios e alucinações infantis “podem ser menos elaborados e as alucinações

visuais podem ser mais comuns.” Esses distúrbios não devem ser associados à “esquizofrenia sem a devida diferenciação com outros transtornos psiquiátricos da infância” (Gonçalves, Werner & Neves, 2007, p. 29).

Como aspectos negativos, associados frequentemente à redução da capacidade intelectual geral e à função executiva, citam-se: embotamento afetivo – expressão emocional reduzida ou restrita; afasia ou pobreza de discurso – comprometimento da fluência e da produção verbal; associabilidade – menor interesse, motivação ou vontade de estar com outras pessoas; anedonia – habilidade reduzida de sentir prazer em atividades que usualmente seriam prazerosas; avolição – prejuízo na habilidade de iniciar um comportamento direcionado a uma meta e de persistir nele (Elis, Caponigro & Kring, 2013).

Em termos biológicos, sobressaem-se os déficits somatossensoriais adquiridos ao longo da vida que, normalmente, resultam em percepções distorcidas que acabam por gerar “vácuos sensoriais”. O cérebro tenta solucionar esses vácuos criando experiências novas ou buscando memórias em outros domínios mentais, na tentativa de preencher esse vazio e gerando, muitas vezes, alucinações (Postmes et al., 2013).

Segundo esses pesquisadores, apesar dos desafios ainda observados no terreno do espectro esquizofrênico, várias deficiências relacionadas à integração multissensorial foram demonstradas, como: sensações olfativas anormais, sensações táteis aberrantes, disfunções auditivas e/ou visuais. Essas deficiências sensoriais podem estar relacionadas com o desenvolvimento de dois componentes essenciais: a sensação de presença diminuída e a hiperreflexividade. A primeira refere-se à condição em que o paciente não se sente vivo ou presente no mundo; normalmente se apresenta como a sensação de que o corpo está se dissolvendo ou se despedaçando – percepção distorcida, ou ainda como uma profunda crise de identidade. Na segunda, ações automáticas como pensar, sentir e mover-se precisam ser controladas mecanicamente pelo indivíduo, que passa a viver num estado de monitoramento quase constante.

Outros fatores podem estar relacionados ao desenvolvimento da esquizofrenia, inclusive, afetando o desenvolvimento neurológico dos indivíduos, como o estresse e os traumas. Em relação aos eventos estressores, podem ser citados os relacionados aos contextos intrafamiliares, de natureza específica, tais

como: perdas de entes queridos (Zavaschi et al., 2002), separação permanente dos pais por motivos diversos ou divórcio, agressões físicas intermitentes etc. No tocante aos fatores traumáticos, cita-se a negligência emocional, o abandono, o desamparo e a rejeição na infância, associados ao surgimento de sintomas psicóticos ou repercussões nocivas na fase adulta. A extensão dos danos decorrentes desses fatores varia de acordo com a vulnerabilidade de cada paciente, uma vez que os traumas podem se referir a um único acontecimento externo, como abuso sexual ou estupro, ou a um acúmulo deles (Kumar, Castellani, Maiti, O'reilly & Singh, 2013).

Algumas teorias etiológicas tentam explicar as causas da esquizofrenia, baseadas no consenso de que há desorganização da personalidade e interação de variáveis culturais, psicológicas, biológicas e genéticas (Silva, 2006):

1) teoria genética – a esquizofrenia é uma desordem hereditária. Há uma relação clara entre o risco de surgimento da esquizofrenia e o grau de parentesco com uma pessoa com esquizofrenia. Vários genes podem estar envolvidos no surgimento da esquizofrenia, apesar de não haver, ainda, esclarecimentos suficientes quanto aos genes envolvidos e quanto à forma de transmissão. Esses genes contribuiriam, juntamente com fatores ambientais, para que a doença surgisse. Mas não significa que ela só possa ocorrer de forma genética. Por um lado, afirma-se que as chances de um indivíduo portar essa doença aumentam se já houver um caso na família. Por outro, comprova-se que mesmo com ausência de histórico familiar, a doença pode ocorrer;

2) teoria neuroquímica – resulta de uma hiperatividade dopaminérgica. Hipóteses bioquímicas explicam a gênese da esquizofrenia, que é causada, principalmente, “por alterações bioquímicas e estruturais do cérebro, com uma disfunção dopaminérgica e alterações em outros neurotransmissores, em algumas zonas cerebrais”. As anomalias controlam a produção de dopamina nos pontos de contato entre os neurônios (fenda sináptica). Entre as hipóteses bioquímicas, estão:

- a dopaminérgica: baseada na observação de que certas drogas podem estimular a neurotransmissão da dopamina. A anfetamina, por exemplo, em doses altas e repetidas, pode causar psicose tóxica com características muito semelhantes às da esquizofrenia paranóide ativa.

A semelhança é tão grande, que pode levar a erros diagnósticos, caso o psiquiatra ignore que o paciente tenha ingerido anfetamina. Sabe-se que essa droga atua nos terminais dopaminérgicos aumentando a liberação de DA, além de impedir sua inativação na fenda sináptica, por inibir o mecanismo neuronal de recaptção existente na membrana pré-sináptica. Assim, é possível que os sintomas esquizofreniformes – grande agitação psicomotora, alucinações auditivas, e idéias delirantes do tipo persecutório – sejam devidos ao excesso de atividade dopaminérgica determinado pela anfetamina. Com efeito, essas manifestações cedem rapidamente após a administração de neurolépticos bloqueadores dos receptores dopaminérgicos, sobretudo do tipo D2, ricamente distribuídos nos gânglios da base e áreas mesolímbicas. Além disso, alguns pacientes parkinsonianos tratados com L-DOPA, que aumenta a formação de DA, desenvolvem sintomas psicóticos semelhantes. Sabe-se ainda que o efeito antipsicótico de drogas como a clorpromazina e o haloperidol deve-se a ação dessas drogas em bloquear a atividade dopaminérgica (Silva, 2006, p.5).

- distúrbio do neurodesenvolvimento: evidências científicas reformularam a patogênese da esquizofrenia, com base em processos relacionados com o desenvolvimento cerebral. Ocorrências precoces na vida intrauterina ou logo após o nascimento podem ser importantes na etiologia de alguns casos de esquizofrenia, porque interferem no desenvolvimento normal de determinadas estruturas cerebrais e tornam o indivíduo vulnerável ao surgimento tardio de sintomas da doença. A má nutrição do feto, com redução no suprimento de oxigênio, de iodo, de glicose e de ferro, pode prejudicar o desenvolvimento do sistema nervoso central. Também as condições da mãe (diabetes, doença pulmonar crônica, anemia e inanição) nos três primeiros meses de gestação podem causar má nutrição ao feto e aumentar o risco de desenvolvimento da esquizofrenia;

- alterações estruturais: sinais consistentes de atrofia cerebral, alargamento dos ventrículos cerebrais (principalmente em cornos posteriores) e aumento considerável de sulcos corticais foram observados em pacientes esquizofrênicos crônicos e agudos. Também aspectos relacionados ao peso e ao tamanho do cérebro, mais leves e menores do que em indivíduos sem a patologia, foram encontrados em portadores de esquizofrenia;

3) teorias psicológicas, que tentam explicar a esquizofrenia com base em relacionamentos familiares patológicos e padrões aberrantes de comunicação interpessoal. Depois, bases biológicas da doença passaram a ser investigadas junto com aspectos psicossociais da doença.

Duas frentes em particular têm demonstrado, de forma convincente, que, se fatores psicossociais não estão primariamente relacionados com a etiologia da doença, certamente influenciam a forma de aparecimento e o curso dos sintomas esquizofrênicos. Uma destas correntes diz respeito ao ambiente familiar de pacientes esquizofrênicos com o conceito de

emoção expressa [...] a segunda corrente relaciona-se com o estudo da influência de eventos estressores psicossociais no curso da doença (Silva, 2006, p. 6).

Na perspectiva da teoria genética, Barnett, Heron, Goldman, Jones e Xu (2009) explicam que entre os genes mais investigados em estudos sobre a vulnerabilidade de indivíduos à esquizofrenia estão os que codificam as proteínas do sistema dopaminérgico. Isso por causa do importante papel das vias centrais de dopamina na patofisiologia da desordem esquizofrênica. Dessa forma, os genes relacionados com o sistema dopaminérgico são alvo potencial de investigações nesse sentido. Embora polimorfismos em genes transportadores de dopamina e receptores venham sendo investigados amplamente como fatores de risco para surgimento da esquizofrenia, resultados conclusivos não têm sido verificados. Mas candidatas possíveis a investigações nessa área são as enzimas que metabolizam a dopamina, como a catecol-O-metiltransferase (COMT). O gene que codifica essa enzima é candidato provável a uma associação com esquizofrenia, devido a sua contribuição para o aumento do catabolismo pré-frontal e diminuição da função do córtex pré-frontal. Essa contribuição, por sua vez, é causada pela mudança de valina para metionina no códon 158/108, conforme observado na maioria dos estudos que enfocaram um *Single Nucleotide Polymorphism* (SNP) particular.

Em uma abordagem fenomenológica da esquizofrenia, foi formulado o conceito do Sistema do Falso *Self*, o qual se situa cada vez mais no corpo e atua exteriormente em contraposição ao *Self* Verdadeiro, que se situa na mente invisível e fica resguardado. “Esse processo tenderia a perpetuar-se e a aumentar a distância de si-para-si e para-os-outros, tendo como limite a esquizoidia” (Laing, 1978).

Indivíduos em condição esquizofrênica procuram resguardar o *self* interior das pressões sociais externas causadoras de dor e de desconforto. Porém, tal interiorização resulta em ansiedade progressiva e desvinculação da realidade, podendo ocasionar dissociações. Essas oportunizam a posição psicótica na qual o corpo é sentido como um objeto no meio de outros objetos no mundo e não como um indivíduo integral.

A diversidade de aspectos clínicos envolvidos na esquizofrenia se transforma em desafio para a identificação da doença na idade adulta. Na infância, outros aspectos dificultam mais a precisão diagnóstica. Isso devido à “dificuldade da criança em descrever sintomas psíquicos complexos, e a linha tênue que há entre as

experiências infanto-juvenis normais e os sintomas psicopatológicos, além da raridade de seu encontro em crianças menores de 12 anos.” Atualmente, a *American Psychiatry Association* não classifica à parte a esquizofrenia de início da infância; para essa, mantêm-se os critérios da esquizofrenia no adulto (Gonçalves, Werner & Neves, 2007, p. 29).

Freud contribuiu para o estudo sobre a esquizofrenia, comparando essa patologia à antítese estabelecida entre ego e objeto. Em sua suposição, após a repressão, a libido retirada não procura novo objeto, refugiando-se no ego. Em outras palavras, as catexias objetais são abandonadas e volta-se a uma condição primitiva de narcisismo, de ausência de objeto. Freud se referiu ao discurso do esquizofrênico, explicando que suas modificações se referem a uma especial atenção a esse aspecto, tornando-o afetada. Na esquizofrenia, as palavras estão sujeitas ao processo psíquico primário, ou seja, a um processo igual ao que interpreta as imagens oníricas dos pensamentos oníricos latentes (Freud, 1915/1996).

1.2.2. Sinais e sintomas

Em termos psiquiátricos, a esquizofrenia, com seus sinais e sintomas diversificados, também constitui um transtorno de difícil nosologia, devido a sua característica de apresentação clínica heterogênea, o que gera confusões diagnósticas (Razzouk, Shirakawa & Mari, 2000). Smoller (2013) explica que

os mecanismos patogênicos de transtornos psiquiátricos são pouco conhecidos, assim como os limites de diagnóstico são difíceis de definir. Fatores de risco genéticos são importantes na causa de todos os principais transtornos psiquiátricos, e estratégias genéticas são amplamente utilizadas para avaliar potenciais sobreposições. A revisão iminente das classificações psiquiátricas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID) revigorou debate sobre a validade dos limites de diagnóstico. Com o aumento da disponibilidade de grandes quantidades de dados de genótipos do genoma de vários transtornos psiquiátricos, causa compartilhada pode agora ser examinada em um nível molecular (Smoller, 2013, p. 2).

Nesse contexto, “os aspectos mais característicos da esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e de fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição” (Silva, 2006, p. 265). Nos esquizofrênicos, as alucinações são precedidas de eventos traumáticos, que geram perturbações sem controle (Menezes Júnior & Moreira-Almeida, 2009).

Aos primeiros sinais da doença, na adolescência ou no início da idade adulta, os familiares e as pessoas próximas percebem que algo não está bem com o indivíduo, mas não conseguem identificar o quê. O comportamento é alterado, marcado pelo isolamento, por atitudes bizarras, por agressividade, por insônia, por inversão do sono/vigília, alucinações auditivas, discurso incoerente, excessivas preocupações religiosas, entre outros (Afonso, 2002).

Para Vallada Filho e Busatto Filho (1996), os sintomas da esquizofrenia surgem, com mais frequência, de forma sutil, insidiosa, embora ela possa surgir de forma brusca. Sintomas pouco específicos da doença – perda de energia, iniciativa, interesse, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene – podem emergir e se manterem por algumas semanas ou meses, até aparecerem sintomas mais característicos da patologia.

Bressan e Daltio (2012), corroborando autores clássicos como Bleuler e Kraepelin, também dividem os sintomas clássicos da esquizofrenia em positivos e negativos: os primeiros se referem ao excesso ou à distorção das funções normais, e os segundos dizem respeito à diminuição ou à perda de funções normais.

Os sintomas positivos incluem distorções ou exageros do pensamento inferencial (delírios), da percepção (alucinações), da linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e do monitoramento comportamental (comportamento amplamente desorganizado ou catatônico). Os sintomas negativos incluem restrições na amplitude e intensidade da expressão emocional (embotamento do afeto), na fluência e produtividade do pensamento (alogia) e na iniciação de comportamentos dirigidos a um objetivo (avolição). Além destas dimensões psicopatológicas, existem outras dimensões bastante importantes tais como os déficits cognitivos (prejuízos de atenção, memória e funções executivas) e os sintomas depressivos-ansiosos (Bressan & Daltio, 2012, p. 4).

Afonso (2002) esclarece que os sintomas positivos são mais visíveis na fase aguda da doença; são as perturbações muito “foras do normal”, como as adicionadas às funções psíquico-orgânicas do indivíduo. Os sintomas negativos resultam da diminuição ou da perda da capacidade mental e acompanham o curso da doença, expressando-se num déficit do nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais.

Sobre a existência de sintomas patognomônicos da esquizofrenia, Bressan e Daltio (2012) afirmam que essa é uma doença “de apresentação complexa e heterogênea”, na qual se tentam identificar *clusters* ou subtipos específicos que possam caracterizá-la. Porém, nenhum sinal ou sintoma pode ser considerado

patognomônico. Os sintomas de primeira linha, citados por Kurt Schneider, são característicos do quadro de esquizofrenia, embora não completamente específicos.

Os sintomas considerados de “primeira ordem de Schneider” foram descritos na década de 30. Ele procurou descrever sintomas que tivessem valor prático para o diagnóstico da esquizofrenia e que ainda hoje têm utilização clínica, sendo considerados particularmente característicos da esquizofrenia. Entre estes sintomas, trata de um fenômeno comum da esquizofrenia a perda da ‘consciência do eu’. Inclui os delírios que expressam uma perda de controle sobre a mente ou o corpo, crença de que os pensamentos foram retirados por alguma força externa (“extração de pensamentos”), crença de que pensamentos estranhos foram colocados em sua mente (“inserção de pensamentos”) ou que seu corpo ou ações estão sendo manipulados por alguma força externa (“delírios de controle”). Certos tipos de alucinações auditivas (duas ou mais vozes conversando entre si ou comentando os pensamentos ou o comportamento da pessoa) também estão incluídos na lista de sintomas de primeira ordem de Schneider (Bressan & Daltio, 2012, p. 8).

Esses são sintomas positivos (já referidos) que possuem duas dimensões distintas, as quais podem estar associadas a correlações subjacentes: uma dita psicótica, que inclui delírios e alucinações, e uma desorganizada, que apresenta discurso e comportamento desorganizados ou bizarros. Porém, estudos recentes mostram que a desorganização do pensamento e do comportamento é uma dimensão independente dos delírios e das alucinações; ela deve ser classificada separadamente (Bressan & Daltio, 2012).

Como visto, o quadro de sinais e de sintomas da esquizofrenia é vasto e, principalmente, sem consenso quanto a um diagnóstico preciso.

1.2.3. Diagnóstico

O diagnóstico da esquizofrenia continua controverso, diante de argumentos contrários de que não há evidências empíricas para suporte dele (o diagnóstico) e de que muitos casos parecem confirmar a existência da condição esquizofrênica (Spanos, 1994).

Os efeitos sociais da esquizofrenia são devastadores, mas mesmo assim, a natureza do processo da doença permanece obscura. Na verdade, não estamos sequer com a certeza de que há um processo patológico único. O diagnóstico é feito, em parte, pela presença de determinados sintomas psicológicos e em parte por exclusão de outras síndromes e processos de doença. Assim, alucinações que não são devidas a uma perturbação afetiva primária e para as quais não há uma causa orgânica podem muito bem ser descritas como esquizofrenia. O uso de critérios mais rigorosos, como a presença dos sintomas de primeira ordem de Schneider (alucinações auditivas, delírios de interferência, pensamentos alienantes e percepções delirantes, entre outros) pode aumentar a confiança no diagnóstico, embora restrinja a definição da esquizofrenia a um grupo de doenças menor do que aquele no qual ela vem sendo considerada usualmente, entretanto, sem melhora da previsão de resultados (Crow, 1980, p.66).

Em resumo, mesmo com os grandes avanços da ciência e da medicina, a esquizofrenia permanece misteriosa (Chan et al., 2016). Na ausência de marcadores neurobiológicos consistentes, o diagnóstico da esquizofrenia ainda depende de apreciação subjetiva quanto à presença de um conjunto de sinais e sintomas – tomando-se por base os critérios do DSM-5 e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) – ou, ainda, quanto a possibilidades de tratamento. A identificação de uma fisiopatologia, associada a parâmetros biológicos inequivocamente destacáveis, para diagnosticar com precisão ou avaliar o curso e o tratamento dessa patologia continua sendo um desafio (Schmitt, Reich-Erkelenz, Gebicke-Härter & Falkai, 2013).

Almeida (2004) explica que vivências alucinatórias não necessariamente implicam um diagnóstico patológico de esquizofrenia. Marzanski e Bratton (2002), citando Jackson, Fulford e Brett, quanto às epistemologias religiosas orientais, assinalam que a função de estados místicos, dentro do movimento mais amplo de desenvolvimento e crescimento espiritual, é um “exercício fecundo”. Isso porque, nesse particular, com base na fenomenologia, ele reflete uma filosofia da experiência, e na ideologia platônica, reflete a existência de dois mundos: das ideias e da matéria. O que realmente importa é o compartilhamento de significados para o mundo e como ele é percebido.

Em relação aos aspectos místicos ou transpessoais, pacientes esquizofrênicos apresentam questões associadas à fenomenologia das vivências, geralmente com vinculações negativas de cunho religioso ou profano. Sims (1988, p. 42) afirma que “a fenomenologia da experiência religiosa se assemelha muito à de um transtorno mental e a outros sintomas de problemas psiquiátricos”. Para Marek e Mark (2002), em ambos os estados místicos e psicóticos, há alterações radicais na estrutura da experiência.

O DSM-5 (2014) indica os seguintes critérios diagnósticos para identificação da esquizofrenia e de seu curso:

a) Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios.
2. Alucinações.

3. Discurso desorganizado.
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

b) Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).

c) Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).

d) Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.

e) A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

f) Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Silva (2006) lembra que, junto com o conceito de esquizofrenia introduzido por Bleuler, veio também a distinção de seus subtipos, aspectos que podem auxiliar o diagnóstico.

Diversos avanços, incluindo: a definição objetiva e uniformização dos sintomas e critérios diagnósticos para esquizofrenia; o advento das drogas antipsicóticas e a caracterização de seus mecanismos de ação e padrões de respostas e a identificação de anormalidades biológicas na doença têm em conjunto, tornado possível o surgimento de classificações mais precisas de subtipos esquizofrênicos, que levam em conta, características de curso, resposta a tratamento, prognóstico e substrato patogênico. Dentre estas, a dicotomização da esquizofrenia em subtipos I e II ou positivo/negativo proposta por Crow (1980) é talvez a classificação mais conhecida. Segundo ele, os dois tipos podem refletir dois processos patológicos etiológica e prognosticamente distintos. Os principais sintomas da síndrome positiva (ou tipo I) são alucinações e delírios e da síndrome negativa (ou tipo II) são o embotamento afetivo e a pobreza do discurso (Silva, 2006, p. 264).

Apesar de o DSM-5 não ter especificado subtipos da esquizofrenia – em verdade, ele os abandonou por considerar que apresentam pouca validade e as diferenças quanto ao curso da doença ou resposta ao tratamento não são alteradas (Araújo & Lotufo Neto, 2014, p. 75) – é importante que o profissional identifique em qual deles o paciente se encontra. Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde, CID-10 (1993) – Classificação regida pelo Brasil –, há vários subtipos para a esquizofrenia, conforme descritos por Zuanazzi e Ribeiro (2016, p. 74-75):

- Paranoide: “marcada pela presença de delírios de perseguição, vozes alucinatórias que ameaçam o paciente ou lhe dão ordens, alucinações olfativas ou gustativas, além de sensações sexuais ou corporais”. O subtipo paranoide é objeto de investigação nesta pesquisa;
- Hebefrênica: “caracterizada por mudanças afetivas proeminentes, comportamentos irresponsáveis e imprevisíveis. O afeto é superficial e acompanhado por risadas ou sorrisos, caretas, maneirismos e brincadeiras voltadas para si, sem contexto pertinente. Usualmente os primeiros sintomas são manifestados por volta dos 15 aos 25 anos”;
- Catatônico: “marcado por perturbações psicomotoras que podem se alterar entre extremos como hipercinesia e estupor ou rigidez e negativismo”;
- Indiferenciado: “diagnosticado quando os comportamentos do paciente não se adequam a nenhum dos subtipos anteriormente relatados ou então não há predominância de comportamentos que justifiquem outro tipo de classificação”;
- Residual: “Diagnosticada em casos que houve progressão clara de um estágio inicial para um estágio mais tardio onde os sintomas negativos são predominantes”;

- Simples: “Caracterizada pelo empobrecimento social, embotamento afetivo, inatividade e falta de objetivos para vida. Nesse subtipo os delírios e alucinações são ausentes ou não evidentes”;
- “Os subtipos ‘outra esquizofrenia’ e ‘não especificada’ são utilizados quando não há comportamentos claros que definam alguma das categorias previamente apresentadas (OMS, 1993)”.

Fatores estressores e traumáticos combinados, como a cegueira e distúrbios da percepção visual, também podem levar a confusões diagnósticas relacionadas com o espectro esquizofrênico, principalmente quando associadas aos contextos alucinatorios. É o caso da Síndrome de Charles Bonnet, descrita em 1760, cujos critérios diagnósticos ainda apresentam controvérsias. Os portadores dessa síndrome parecem não apresentar distúrbios cognitivos, nem psiquiátricos, nem alterações sistêmicas. Suas alucinações são compreendidas como irreais pelos próprios pacientes, sem odores, sem sons e sem sensações táteis (Cortizo, Rosa, Soriano, Takada & Nitrini, 2005; Sacks, 2012).

Os “médicos da loucura” dispensam pouca atenção às experiências de vida dos pacientes, tendendo a desconsiderar o ponto de vista alheio, admitindo em grande parte que as vivências dos esquizofrênicos são irreais e inverídicas, fato que também contribui para as falhas diagnósticas (Laing, 1978).

Para auxiliar o diagnóstico da esquizofrenia em relação aos aspectos psicológicos, especificamente na avaliação clínica, estudos científicos relacionam o Teste de Rorschach ao espectro esquizofrênico. Resende e Argimon (2011, p. 429), por ex., registraram que o psicodiagnóstico com esse teste vem se mostrando eficiente para descrição psicológica da esquizofrenia. Porém, também criticam esse teste em relação a alguns sinais típicos: “a presença das variáveis contaminação e confabulação, além da alta frequência da forma de má qualidade e baixa frequência das respostas populares, são as mais frequentemente citadas como características da esquizofrenia, embora não sejam exclusivas desse transtorno”.

1.2.4. Epidemiologia

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a esquizofrenia e o transtorno esquizoafetivo são a quinta causa mais comum de incapacidade. No Brasil, 75.000 casos de esquizofrenia surgem a cada ano (Oliveira, Facina & Siqueira Júnior, 2012). Cronicamente, a presença dos transtornos do espectro esquizofrênico que, por si só, constitui um importante problema de saúde pública e que também parece confundir especialistas, afeta mais de 1% da população mundial (Dai et al., 2014).

A esquizofrenia representa um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, causando grande sofrimento aos pacientes e familiares (Zanetti & Galera, 2007). Frequentes hospitalizações, o progressivo comprometimento neurocognitivo e o profundo impacto na vida das pessoas atingidas e de suas famílias geram um encargo financeiro acumulado dos sistemas sociais e de saúde na Europa de cerca de € 35.229.000.000 ao ano (Schmitt, Reich-Erkelenz, Gebicke-Härter & Falkai, 2013).

A esquizofrenia é a mais importante forma de psicose, afetando 1% da população. Manifesta-se, na maioria dos casos, em adolescentes e adultos jovens completamente de forma imprevisível (Dalgarrondo, 2008). A maioria dos sujeitos afetados (> 80%) é incapaz de manter uma vida profissional autossustentável, e sua expectativa de vida é reduzida 10 anos em média (Mari & Leitão, 2000; Schmitt, Reich-Erkelenz, Gebicke-Härter & Falkai, 2013).

Estudos epidemiológicos comprovaram que pacientes que possuem parentes em primeiro grau com esquizofrenia têm um risco aumentado de desenvolver a doença, com taxas variáveis. A concordância para casos de esquizofrenia em gêmeos idênticos é em torno de 50% e para gêmeos dizigóticos é em torno de 12%, ou seja, percentual muito maior do que o 1% de risco da população geral. Os mesmos estudos destacam a participação do elemento ambiental na expressão da esquizofrenia, aspecto que em gêmeos monozigóticos teoricamente pode representar 100% de influência (Silva, 2006). Há concordância de que em gêmeos monozigóticos a doença ocorre em 48%, significativamente mais do que em gêmeos dizigóticos, 17%. “Os estudos indicam a presença de múltiplos genes responsáveis pela esquizofrenia e suas variações” (Mari & Leitão, 2000).

Se um dos pais sofrer de esquizofrenia, a prevalência da patologia nos descendentes diretos é de 12%. Se ambos os pais forem atingidos, a prevalência aumenta para 40% (Kaplan & Sadock, 1990). Outros resultados mostraram que cerca de 81% dos pacientes com esquizofrenia não têm nenhum familiar em primeiro grau com a doença e que em torno de 91% não têm nenhum familiar afetado. Sendo assim, a causalidade genética não fica comprovada (Afonso, 2002).

Gonçalves, Werner e Neves (2007), investigando a procura por atendimento médico psiquiátrico entre adolescentes de 11 a 17 anos, devido a fenômenos psicóticos, verificaram que 58,3% foram encaminhados por familiares, 25% pela escola e 16,7% pelo médico pediatra. A média de tempo desde o acompanhamento dos fenômenos até a confirmação diagnóstica foi de 8,1 meses. Em relação aos fatores de risco de esquizofrenia nesses casos, 75% dos pacientes tinham histórico familiar de doença psiquiátrica; 33,3% tinham passado de intercorrências perinatais e 8,3% não apresentaram nenhum desses fatores.

Da tabela 1, constam os sinais e sintomas mais frequentes relatados pelos encaminhadores. Os autores observaram maior riqueza de fenômenos no sexo masculino que feminino. Além das manifestações do quadro, o fracasso escolar foi observado em 66,6%.

Tabela 1: **Manifestações psicóticas em adolescentes**

Manifestações Apresentadas	N Número de Pacientes	% (Percentual)
Alucinações auditivas	12	100
Pensamento desorganizado	12	100
Retraimento social	11	91,6
Embotamento afetivo	9	75
Alucinações visuais	7	58,3
Déficits de atenção	6	50
Queixas hipocondríacas	5	41,6
Incoordenação motora	5	41,6
Maneirismos	3	25

Fonte: Gonçalves, Werner e Neves, 2007

Sobre os sintomas, alucinações e delírios são muito observados no curso da esquizofrenia: alucinações visuais em 15%, auditivas em 50% e táteis em 5% em todos os sujeitos. Delírios ocorrem em mais de 90% deles (Pull, 2005).

Sobre o curso da doença, variável, após cinco anos de acompanhamento, em torno de 16% podem apresentar remissão completa após o primeiro surto; 32% evoluem com mais de um episódio psicótico, mas sem déficits entre as crises; 9% evoluem com mais de um episódio psicótico e sem remissão completa, e 43% evoluem com mais de um episódio psicótico e progressão dos déficits em cada episódio (Bressan & Daltio, 2012).

Quanto ao funcionamento social dos esquizofrênicos, estudos concluíram que 24% deles demonstraram incapacidade grave, e o restante, incapacidade moderada leve ou sem incapacidade para ressocializar-se (Bressan & Daltio, 2012).

1.2.5. Tratamento

Mencionar a incurabilidade da esquizofrenia não significa afirmar a inexistência de uma causa única para o transtorno, nem a ausência de um fator etiológico específico, que poderá vir com novas descobertas ao longo do tempo. A história científica está repleta de exemplos de rejeição a novas descobertas e percepções. Mesmo os maiores intelectos foram constrangidos pelo fator contextual denominado *zeitgeist*, clima intelectual de uma época ou o espírito do tempo. A concordância e a aplicação de uma descoberta podem ser limitadas pelo padrão dominante de pensamento de uma região, de uma cultura ou de uma época. Porém, uma ideia muito nova para ser aceita num dado período pode sê-lo prontamente, uma geração ou um século posterior. Em suma, a mudança vagarosa parece ser a norma da evolução científica (Schultz & Schultz, 1992).

Na atualidade, a compreensão e o tratamento da esquizofrenia englobam aspectos de natureza diversificada e abrangente que convergem entre si, tais como: aspectos biológicos e medicamentosos, aspectos psicoterápicos e psicossociais, aspectos transpessoais. Tal convegência necessita de uma abordagem multidisciplinar para o transtorno, devendo levar em conta o controle e a prevenção de fatores estressores, além dos sintomas clássicos. Dessa forma, embora ainda enigmática em sua essência, a esquizofrenia parece ser de gênese multifatorial

(Gottschalk, Sarnyai, Guest, Harris & Bahn, 2013), tendo por base elementos genéticos e ambientais, associados a um aumento no risco de desenvolver o transtorno (Silva, 2006).

O método do “eletrochoque”, popularizado como ECT, também apresenta resultados positivos no tratamento da esquizofrenia. “Originalmente desenvolvida para o tratamento da esquizofrenia, a eletroconvulsoterapia (ECT) é o único tratamento biológico do século XIX que segue sendo empregado amplamente nos dias atuais” (Moser, Lobato, & Belmonte-de-Abreu, 2005).

No que se refere ao tratamento farmacológico, considera-se que os antipsicóticos são eficazes no alívio dos sintomas da esquizofrenia (Johann & Vaz, 2006). Os antipsicóticos típicos inibem muito os receptores da dopamina das vias dopaminérgicas, e seu efeito é uma forte demonstração de que há alterações bioquímicas na patogenia da doença. Se houver mais sintomas depressivos, a opção pode ser pelos novos neurolépticos, mais indicados para pacientes que não respondem aos antipsicóticos convencionais ou que sofrem efeitos colaterais indesejáveis (Amato, Beasley, Hahn, & Vernon, 2016; Shirakawa, 2000).

Em termos medicamentosos, apesar do avanço tecnológico da ciência e da introdução da terapia com fármacos antipsicóticos para a esquizofrenia,

os resultados clínicos ainda não são satisfatórios. Existe uma elevada percentagem de pacientes que são refratários ao tratamento, e a evolução da doença é desfavorável em muitos dos indivíduos afetados. Além disso, a etiologia da esquizofrenia continua desconhecida e, apesar da existência de várias teorias, ainda não existe um consenso (Aguilar et al., 2010, p. 54).

É indiscutível a eficácia dos antipsicóticos na profilaxia de novos episódios agudos em doentes esquizofrênicos, embora o uso unilateral da medicação, bem como de qualquer outro fator terapêutico isolado, não parece efetivo e capaz de melhorar a inserção dos usuários nas comunidades (Scherer & Scherer, 2001).

Há várias abordagens terapêuticas sobre o tratamento do paciente esquizofrênico. Geralmente, a indicação é de tratamento interdisciplinar, envolvendo acompanhamento médico (com fármacos), terapia ocupacional (individual ou grupal), intervenção familiar, psicoterapia, psicopedagogia e musicoterapia. Esse tratamento pode auxiliar bastante o tratamento dos sintomas e possibilitar que os doentes tenham melhor qualidade de vida e de produtividade. O melhor momento para iniciar esse tratamento da esquizofrenia é imediatamente após o surgimento

dos primeiros sintomas. Se mesmo assim, a sintomatologia psicótica se mantiver, o prognóstico do tratamento não é muito favorável. Os principais objetivos da psicoterapia no tratamento da esquizofrenia são (Bruscato, 1998, p. 37, 38):

1. Interromper a perda da capacidade mental, preservando o contato com a realidade;
2. Restaurar a capacidade de cuidar de si e de administrar sua vida, e manter o máximo de autonomia para promover o melhor ajustamento pessoal, psicológico e social possível;
3. Diminuir o isolamento;
4. Reconhecer e reduzir a natureza ameaçadora dos eventos da vida, para os quais existe uma sensibilidade particular;
5. Conscientizar o portador sobre a realidade de seus recursos e limitações, tanto ajudando a descobrir e realizar seu potencial, quanto ajudando na aceitação de suas limitações;
6. Aumentar suas defesas diante de situações estressantes, liberando recursos que, eventualmente, estejam obstruídos pela psicose e desenvolver fontes alternativas para a solução de seus problemas;
7. Recuperar e promover a autoestima, a autoimagem e a autoconfiança, proporcionando contínuo progresso;
8. Estimular a independência, os cuidados consigo mesmo em questões de higiene e capacitar o paciente para as atividades da vida diária.

Se, por um lado, a medicação neuroléptica contribui para a redução dos sintomas psicóticos, por outro, o apoio psicoterápico e o treinamento de estratégias psicossociais de manejo e enfrentamento às situações adversas auxiliam o paciente no processo de adaptação ao ambiente e enfrentamento de situações estressoras.

1.2.6. Considerações

Face à alienação imposta aos pacientes, quase sempre afastados do convívio social, a esquizofrenia se destaca entre os transtornos psicóticos profundos. Pela diversidade de sintomas, que também pode levar a falhas diagnósticas, esse transtorno é complexo em sua investigação e responde pelo desalinhamento do eu e pela falta da associação de ideias. Há formas desordenadas de pensar, distúrbios no curso e no conteúdo do pensamento, na percepção, na linguagem, na psicomotricidade e na vida afetiva.

Na perspectiva do objetivo deste trabalho, Moskowitz (2011) lembra que há 100 anos, a construção da esquizofrenia foi infundida com conceitos dissociativos, já que Bleuler defendia uma base orgânica para a desordem, reconhecendo seus sintomas significativamente relacionados com a vida dos pacientes. Ele justificou a mudança do nome da doença, em grande parte, com base na "divisão" das diferentes funções psíquicas como seu ponto central.

De acordo com o DSM-5 (2014, p. 296, 297), a esquizofrenia pode ser confundida com o Transtorno Dissociativo de Identidade ou

outros transtornos psicóticos. As vozes que se comunicam internamente e personificadas do transtorno dissociativo de identidade, especialmente de uma criança... podem ser tomadas equivocadamente por alucinações psicóticas. Experiências dissociativas de fragmentação de identidade e possessão, e a perda percebida do controle sobre pensamentos, sentimentos e atos, podem ser confundidas com sinais de distúrbio do pensamento formal, como inserção e remoção de pensamentos. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade também podem relatar alucinações visuais, táteis, olfatórias, gustatórias e somáticas, geralmente relacionadas a fatores pós-traumáticos e dissociativos, com *flashbacks* parciais. Vivenciam esses sintomas como causados por identidades alternativas, não têm explicações delirantes para os fenômenos e com frequência descrevem os sintomas de uma maneira personificada... Vozes persecutórias e depreciativas no transtorno dissociativo de identidade associado a sintomas depressivos podem ser diagnosticadas equivocadamente como depressão maior com características psicóticas. Mudanças de identidade caóticas e intrusões agudas que perturbam processos do pensamento podem ser diferenciadas do transtorno psicótico breve pela predominância de sintomas dissociativos e amnésia no episódio, e a avaliação diagnóstica depois de cedida a crise pode ajudar a confirmar o diagnóstico.

A divisão ou dissociação também é a base de outros transtornos como o Transtorno Dissociativo de Identidade.

1.3. QUADRO GERAL DO TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE

O Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), tanto quanto diversas desordens dissociativas, passou por difíceis processos de aceitação. Quando não tinha sua existência negada, ele era classificado como pertencente ao subgrupo de transtornos exóticos e extremamente raros. Conforme Putnam (1991), esses transtornos estavam entre as primeiras condições psiquiátricas cientificamente investigadas pela medicina psiquiátrica no século XIX. No entanto, no início do século XX, esse trabalho pioneiro foi esquecido, em parte, pela hipótese defendida por Breuer e Freud (apud Kluft, 2000, p. 271), de que

a divisão da consciência, marcante nos casos clássicos sob forma de 'dupla consciência', está presente em grau rudimentar em toda histeria, e que uma tendência para essa dissociação e o surgimento de estados anormais de consciência [...] é o fenômeno básico dessa neurose.

Mas nos anos 70 e 80, o interesse científico por essa desordem voltou, com estudos de caso mais objetivos e investigações mais sofisticadas, havendo conscientização e aceitação dele a partir de então. Sua prevalência, o impacto do abuso infantil, o transtorno de estresse pós-traumático e a importância de estresse psicossocial como causas subjacentes ao transtorno dissociativo levou a sua

validação, e ele se tornou “um diagnóstico oficial da Associação Americana de Psiquiatria em 1980” (Hacking, 1995, p.17). Isso, em parte, devido a sua sintomatologia diversificada e a sua forte comorbidade.

Em 1994, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) cunhou a expressão Transtorno Dissociativo de Identidade em substituição ao Distúrbio de Personalidade Múltipla, vigente até o DSM-III (David, 1994). No DSM-5 (2014), o TDI passou por extensa revisão. O critério A passou a incluir o que pode ser descrito em algumas culturas como experiência de possessão, além da presença de sintomas neurológicos funcionais. Foram apresentados critérios diagnósticos e características do transtorno.

Nesse contexto, o TDI, antes considerado raridade e curiosidade, passou a ser diagnosticado com frequência crescente. Conhecido também como “distúrbio de personalidade múltipla”, “transtorno de múltiplas personalidades” e, popularmente, como “dupla personalidade”, o TDI é tido como caso paradigmático que “ilumina” questões básicas da memória, de fatos e da ficção sobre o conhecimento, a ciência e a identidade (Hacking, 1995). A razão é que ele envolve objetivamente a percepção, que “constitui um dos elementos essenciais de sua análise e [...] pode ser importante para indicar as possibilidades de controle racional que um indivíduo tem sobre os afetos e as emoções”, além de promover a “compreensão da dinâmica emocional e das habilidades cognitivas dos múltiplos” (Faria, 2008, p. 4).

De modo geral, nas classificações internacionais de doenças mentais, o TDI se inclui entre os Transtornos Históricos ou Histriônicos, juntamente com a amnésia psicogênica, a personalidade histriônica, a fuga psicogênica, a despersonalização (ou desrealização), a síndrome de Ganser e os transtornos de somatização (somatoforme), conversivo, doloroso e o dismórfico. O TDI é visto, atualmente, como o nível mais extremo de dissociação e descrito como um estresse pós-traumático dissociativo psicopatológico crônico (Braun, 1990).

1.3.1. Etiologia, características e dinâmica do transtorno

O TDI é um tipo de transtorno dissociativo caracterizado por dois ou mais estados de personalidade que se apresentam de modo alternado, os quais são chamados de alter, autoestados ou identidades (Spiegel, 2015).

O termo "dissociação" pode ser compreendido de diversas formas, gerando interpretações variadas conforme o contexto. "Não há definição única, simples e coerente capaz de obter o consenso dos pesquisadores da área" (Negro Júnior, Palladino-Negro & Louzã, 1999, p. 2).

Trata-se de um processo que pode estar presente em distúrbios de personalidade, de estresses pós-traumático e esquizóides, além de várias outras situações clínicas, geralmente mascaradas por ansiedade ou por depressão.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) descreve processos dissociativos como problemas relacionados à falta de coordenação das funções integradas da consciência, identidade, memória e percepção do ambiente. Essas alterações podem também levar a funções sensitivas e motoras peculiares. Portanto, percebe-se a dissociação como a divisão da identidade devido a falhas integrativas do indivíduo (Van der Hart, 2012). Para a OMS, transtornos dissociativos ou conversivos se caracterizam pela perda parcial ou completa da normal integração entre a memória, a consciência de identidade, a sensação imediata e o controle dos movimentos corporais (OMS, 1993).

Dissociação ou desagregação envolve dois ou mais processos mentais não associados ou integrados. Com base nas distintas acepções da palavra,

Cardeña (1994) agrupou experiências dissociativas em um domínio da dissociação [...]. Sob o ponto de vista do estudo da personalidade e do campo da psicologia clínica, o domínio pode ser abrangido sob três perspectivas diferentes: 1) para caracterizar módulos mentais semi-independentes ou sistemas cognitivos não acessados conscientemente e/ou não integrados dentro da memória, identidade e volição (conscientes) do indivíduo; 2) como representação de alterações da consciência do indivíduo, em situações em que certos aspectos do Eu e do ambiente se desconectam; 3) como um mecanismo de defesa associado a fenômenos variados, tais como amnésia psicológica, eliminação de sofrimento físico ou emocional, e não integração crônica da personalidade (Negro Júnior, Palladino-Negro e Louzã, 1999, p. 2).

No que se refere ao distúrbio propriamente, o TDI ou personalidade múltipla é de origem psicorreativa, geralmente súbito e transitório, significando um quadro que surge como reação a alguma vivência traumática. É caracterizado por perturbações das funções integrativas da identidade, memória e consciência (Putnam, 1989; Ross, 1989). O transtorno engloba a incapacidade de lembrar informações pessoais importantes, eventos diários e eventos traumáticos ou estressantes, os quais não seriam normalmente esquecidos (Dell & O'neil, 2009; Faria, 2013; Schreiber, 1973; Spiegel, 2015; Spira & Yalom, 1996).

Vários autores vêm tentando estabelecer graduações sutis nos conceitos de transtornos, chamando-as de variantes atípicas, alterações do estado de ego, co-presenças, isomorfismo ou fragmentos. Idade, gênero, história do desenvolvimento, experiências prévias com trabalhos mentais e de saúde e experiências subjetivas influenciam a expressão dos sintomas durante entrevistas (David, 1994).

Kluft (1984) se refere a um modelo de etiologia do TDI, no qual quatro fatores devem estar presentes no indivíduo para que ele o desenvolva esse transtorno:

1) predisposição à dissociação, por ele possuir um elevado grau de hipnotibilidade;

2) capacidades adaptativas sobrecarregadas de eventos traumáticos, fazendo com que o organismo se dissocie como mecanismo de defesa;

3) combinação dos substratos psicológicos que funciona como fornecedora de material para a formação de personalidades suplentes específicas, influenciando a constância do self, a separação das estruturas cognitivas e a dissociação;

4) ausência de carinho, de calma e de experiências restauradoras que não permitem à criança se recuperar de traumas; falhas significativas de proteção à criança contra traumas adicionais fazem com que esses se repitam mais vezes.

Braun (1990) sugere outro modelo de explicação para o desenvolvimento do TDI. Esse modelo se baseia em etapas do desenvolvimento do transtorno:

1) predisposição ou capacidade biopsicológica para dissociar quando há exposição da criança a um ambiente em que houve abuso imprevisível por parte dos pais ou de outros cuidadores repetidamente;

2) precipitação ou grave evento traumático indica o primeiro surgimento de dissociação como um mecanismo de fuga ou de enfrentamento;

3) perpetuação ou resultado de contínuos fenômenos abusivos, representada por dissociações subseqüentes e pela separação das memórias. Ao longo do tempo, o paciente começa a experimentar histórias de vida distintas para cada conjunto de memórias.

Explicações etiológicas sobre o TDI centram-se em questões traumáticas como o principal desencadeador da dissociação anormal da consciência. A presença da dissociação como processo defensivo indica, claramente, que abuso mental,

físico ou sexual pode ter ocorrido num período pretérito da vida de uma pessoa (Putnam, 1989; Ross, 1989).

A dupla trauma/dissociação é peculiar ao TDI (Putnam, 1989; Ross, 1989; Steinberg, 1994), e perturbações dissociativas estão associadas diretamente a fatores traumáticos. Essencialmente, não há TDI sem a presença de traumas reais, graves, intermitentes e recorrentes. Tais traumas desencadeiam processos dissociativos, patológicos em graus diversificados e, em consequência, a emergência de estados alterados de consciência.

Uchitel (2004, p. 151) explica a inter-relação da dupla trauma/dissociação, quando diz que “o trauma não é assimilado e integrado ao resto dos conteúdos psíquicos. Seu impacto insuportável cinde ou fragmenta o ego, isola o acontecimento e impede de encontrar, pela representação, uma metabolização mais saudável”.

Spiegel (2015, p. 2) explica que a causa “esmagadora” do TDI “é quase invariavelmente um trauma de infância.”

Estudos norte-americanos mostraram que 97 a 98% dos adultos com Transtorno Dissociativo de Identidade relataram abuso durante a infância e que tal abuso pode ser documentado em 85% dos adultos e 95% das crianças e adolescentes com outras formas de transtornos dissociativos. Embora estes dados estabeleçam o abuso infantil como grande causa entre pacientes norte-americanos (em algumas culturas, as consequências de uma guerra ou um desastre podem ter um maior papel), eles não significam que todos os pacientes sofreram abuso ou que todos os abusos relatados realmente ocorreram (Spiegel, 2015, p. 3).

Em termos de violência externa, cita-se o abuso infantil, físico ou psíquico como fator etiológico determinante do desencadeamento do TDI, relacionado com a dissociação patológica da consciência, que também pode estar associada à base etiológica da esquizofrenia (Hacking, 1995; Haddock, 2001; Putnam, 1989; Rich, 2005; Ross, 1989).

O TDI pode ser resultado de algum desequilíbrio que afeta a personalidade, como os traumas. Indivíduos com TDI relatam, com muita frequência, experiências de severo abuso físico e sexual, especialmente na infância (Putnam, 1989).

As crianças não nascem com um senso de uma identidade unificada; ele desenvolve a partir de muitas fontes e experiências. Em crianças afetadas emocionalmente, muitas partes do que deveriam ter sido integradas permanecem separadas. O abuso crônico e grave (físico, sexual, ou emocional) e negligência durante a infância são frequentemente relatados e documentados em pacientes com transtorno dissociativo de identidade (nos EUA, Canadá e Europa, cerca de 90% dos pacientes). Alguns pacientes não foram abusados, mas sofreram

uma importante perda precoce (como a morte de um dos pais), doença médica grave, ou outros eventos altamente estressantes (Spiegel, 2015, p. 4).

Mas por outro lado, nem sempre processos traumáticos resultam em TDI. Existem patologias (fuga dissociativa, amnésia dissociativa, personalidade *borderline* e outras) cujo fator dissociativo está presente sem que, necessariamente, o diagnóstico do TDI ou da psicose seja efetivado.

A dissociação patológica – mecanismo que pode desencadear o surgimento de múltiplas personalidades – tem sido considerada um modo consistente de prever alucinações auditivas em uma gama de transtornos. Na forma severa, é tida como um mecanismo de sobrevivência psicológica, uma defesa mobilizada pelo sujeito desprotegido para resistir à invasão da dor e de traumas reais (Moskowitz, 2011).

O quadro do TDI é caracterizado pela existência, numa mesma pessoa, de duas ou mais personalidades distintas e separadas. Segundo a teoria psicanalítica, que também tenta explicar o fenômeno em sua abordagem, outras personalidades emergem quando o indivíduo se sente incapaz de superar uma situação estressora, se vê em circunstâncias específicas e altamente exigentes em termos emocionais ou na presença de sintomas severos de depressão, raiva acentuada ou estimulação sexual. O indivíduo permite, então, de forma inconsciente, que outra identidade lide com a situação de ansiedade vivenciada. A transição é súbita e dramática, acontecendo em questão de segundos. Sinais de mudanças de estado incluem transe hipnótico, piscares de olhos e alterações na postura (Gentile, Dillon & Gillig, 2013; Lakshmanan, Meier, Meier & Lakshmanan, 2010). Porém,

nem todos os indivíduos com TDI são tão óbvios. Às vezes, a mudança para outras personalidades é muito sutil e só pode ser detectada por quem conhece a pessoa muito bem. Por causa de barreiras amnésicas, o indivíduo pode não ter consciência da presença de outras personalidades, tanto que pode até, por exemplo, encontrar artigos entre seus pertences que parecem ser de outra pessoa. O indivíduo com TDI pode sentir que há algo de terrivelmente errado com ele, mas não tem ideia da multiplicidade. Essa condição pode ser escondida por longos períodos de tempo e apenas mostrar-se em situações estressantes, como problemas com o trabalho ou relacionamentos, entre outros (Lowenstein, 1991, p. 7).

Geralmente, há uma identidade primária, portadora do nome correto do indivíduo, a qual costuma ser passiva, dependente, culpada e depressiva. As outras contrastam com a identidade primária, apresentando hostilidade, participação ativa e controle dos outros. Segundo a teoria estrutural da dissociação, as partes dissociadas da identidade podem ser classificadas em dois tipos principais: uma

aparentemente normal da identidade (ANI), também conhecida como personalidade *host*, que tende a funcionar primariamente no cotidiano e a evitar lembranças traumáticas; outra emocional da identidade (EI), que ficou aprisionada no período do trauma e revive, cronicamente, as experiências dolorosas, engajada em defesas individuais como luta, fuga ou colapso. A divisão da identidade em apenas uma ANI e uma EI, cada qual com suas próprias perspectivas, é chamada de Dissociação Primária de Identidade. Na Dissociação Secundária, há um ANI, porém há mais de um EI. Há, ainda, a chamada Dissociação Terciária de Identidade, que envolve mais de um ANI e também mais de um EI. Essa é comum no TDI, na medida em que a personalidade original se fragmenta, tentando manter o próprio funcionamento, enquanto evita memórias traumáticas (Van der Hart, 2012).

O TDI envolve subsistemas de perspectivas discrepantes – partes dissociadas da identidade, personalidades alternativas ou estados alterados de consciência –, tendo barreiras psicobiológicas limitantes. Cada personalidade pode ser vivenciada como se tivesse uma história pessoal distinta e própria, autoimagem e identidade própria, inclusive nomes diferentes; cada uma determina comportamentos, atitudes e sentimentos diferentes. O número de personalidades varia de 2 a 100, sendo que metade dos casos relatados na literatura se refere a indivíduos com 10 ou menos. Elas podem atuar como mecanismos automáticos de sobrevivência, mantendo memórias traumáticas distintas. Não é incomum haver sintomas somáticos associados, incluindo dores de cabeça, convulsões, distúrbios gastrointestinais e urinários (Gentile, Dillon & Gillig, 2013).

Como geralmente o TDI é reflexo de um fracasso psíquico na integração de vários aspectos da identidade, da memória e da consciência, quando o indivíduo expressa uma determinada personalidade, há amnésia em relação à outra (Ross, 1989). Nesse sentido, Baucum (2006) esclarece que vários graus de amnésia podem ser encontrados, algumas vezes em uma só personalidade, outras vezes, em todas elas.

Indivíduos com TDI experienciam falhas de memória frequente perante a história pessoal, tanto remota quanto recente. As evidências da amnésia podem ser relatadas por pessoas que testemunharam o comportamento. As múltiplas personalidades podem representar tanto identidades criadas subjetivamente para atender desejos encobertos do indivíduo, como entidades sobrenaturais,

possessivas, vulgares, etc. (Faria, 2013; Ross, 1989). Pode ocorrer de cada fase de desenvolvimento ou experiência traumática gerar uma identidade diferente (Spiegel, 2015).

Fike (1990) cita os tipos mais comuns de personalidades *alters* e os caracteriza, destacando que o paciente com TDI acredita em cada uma como entidade separada e real. Cada personalidade deve ser reconhecida e respeitada pelo que é, a fim de se desenvolver a visão do paciente como um todo. São os tipos mais comuns, segundo esse autor:

- personalidade criança e adolescente: é o tipo mais comum de *alter* e muitas vezes o primeiro descoberto em uma terapia. Surge para suportar o abuso que a personalidade original não tolera ou para lidar com sentimentos inaceitáveis pela personalidade original;

- personalidade protetiva ou socorrista: é criada para salvar a personalidade original ou outras de condições intoleráveis. Pode emergir defendendo a original de trapaças, de fingimento ou de fugas. *Alter* de proteção pode ser de qualquer idade, é mais corajoso que a personalidade original. As personalidades mais fracas sentem vergonha em relação à protetora;

- personalidade perseguidora: modelada pelo *alter* abusador, podendo seu comportamento variar de muitas formas. Os pacientes relatam insultos por meio de mensagens ouvidas em suas cabeças, culpando o paciente pelo abuso, condenando, ameaçando prejudicá-lo e dizendo-lhe que ele necessita morrer por sucumbir ao agressor. O paciente pode se automutilar e, até, tentar suicídio;

- personalidade perpetradora: modelada pelo abusador, como a perseguidora. Mas ao contrário dessa, dirige o comportamento abusivo para dentro, para ferir as outras personalidades. Independente de seu comportamento ser inaceitável, essa personalidade é importante para a sobrevivência da criança abusada;

- personalidade autodestruidora: tida como fragmento com propósito específico, diferente de *alters* completos. Embora *alters* suicidas estejam presentes na maioria dos pacientes com TDI, a personalidade autodestruidora é diferente, porque é criada com o único propósito de destruir o corpo do indivíduo para não divulgar segredos do culto. Geralmente é gerada pelo abuso ou tortura;

- personalidade auxiliar com autonomia interna: tipo que, quando existe, pode ser muito útil à terapia. É conhecida também como personalidade observadora ou assessora e representa a parte racional do sistema (de *alters*), tendo suas emoções controladas ou não tendo emoções. É capaz de assistir as outras personalidades, relatar o que estão fazendo e como estão reagindo a determinadas situações;

- personalidade sexo oposto frente à preferência sexual: comum a indivíduos com TDI que têm preferência sexual oposta à da personalidade original. Esse tipo geralmente é criado para expressar sentimentos ou comportamentos que, no entender da personalidade original, são inaceitáveis. Também pode ser criada para desempenhar um papel exigido pelo abusador durante a experiência de abuso;

- personalidade vingadora: detém a raiva do abuso sofrido na infância e pode tentar vingar-se ou buscar vingança contra o agressor. Expressa a raiva de todo o sistema e pode ser muito hostil e negativa;

- personalidade de raça/etnia diferente: geralmente originada diante de qualidades estereotipadas ou imaginárias de raça, decorrentes de experiências desagradáveis. Esse *alter* pode até falar um idioma diferente do da personalidade original que, inclusive, pode não conhecer a língua na qual se expressa esse *alter*;

- personalidade mais velha: muitas vezes criada para representar o papel de carinho, de paternidade, servindo de protetora. No entanto, às vezes, a idade pode ser relativa de modo a assumir a identificação do abusador ou podendo assumir qualquer dos outros papéis mais hostis;

- personalidade não-humana: embora possa parecer inacreditável, é comum em pacientes com TDI. São dois tipos de *alters* não-humanos mais comuns: de animais e mitológicos. Exemplificando, respectivamente: uma jovem mulher que iria latir como um cachorro sempre que se sentir ameaçada e não quiser responder a perguntas, e um deus mitológico, que se apresenta como todo-poderoso e onisciente. O papel desse *alter* é proteger o corpo.

Conforme Spiegel (2015), nesse quadro de personalidades, algumas parecem conhecer e interagir com outros indivíduos em um mundo interior elaborado, e algumas podem interagir mais que outras.

1.3.2. Sinais e sintomas

Fora a presença de outras personalidades, por causa da escassez de critérios apontados no DSM-III, os clínicos não desenvolveram um meio de distinguir o TDI de outras síndromes. Embora o diagnóstico requeira a identificação das distintas personalidades ou *alters*, o TDI envolve uma constelação de outros sinais e sintomas não específicos (polissintomatologia). O TDI – cujos portadores também são conhecidos como pacientes múltiplos ou portadores da multiplicidade –, então, é um transtorno mental de sintomatologia diversificada e com comorbidade (David, 1994).

Pacientes múltiplos manifestam sinais e sintomas como: *blackouts*, esquecimentos, flutuações de hábitos e conhecimentos, lembranças fragmentadas, experiências crônicas de equívocos de identidade, presenças das *alters*, alterações no controle do corpo, transe involuntário, possessões, regressão espontânea de idade, anestesia somática e várias outras (Loewenstein, 1991; Van der Hart, 2012).

Spiegel (2015, p. 12) se refere aos sinais e sintomas do TDI em momentos diferentes: quando da “posse” das personalidades múltiplas, o falar e o agir de forma diferente, como se o indivíduo fosse outra pessoa. “A nova identidade pode ser de outra pessoa (muitas vezes alguém que morreu, talvez de forma dramática) ou de um espírito sobrenatural (um demônio ou um deus), que pode exigir punição para ações passadas.” Quando da “não posse”, as diferentes identidades nem sempre são muito evidentes para observadores. Os pacientes podem ter pensamentos repentinos, impulsos e emoções que parecem não lhes pertencer. Eles podem se manifestar como fluxos de pensamento confuso ou como vozes. Também há depressão, ansiedade (suores, pulso acelerado, palpitações), fobias, ataques de pânico, cefaleias ou dores em outras partes do corpo e nível instável das funções que passam de altamente efetivas a inoperantes. Há lapsos e distorções na percepção do tempo, amnésia dissociativa, disfunção sexual, transtornos alimentares, estresse pós-traumático, preocupações ou tentativas de suicídio e possível uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Outros sintomas podem ser: despersonalização, quanto a sentir-se irreal, abstraído de si mesmo e desconectado do processo físico e mental do “eu”; desrealização, que se refere à percepção de familiares como se fossem estranhos

ou irrealis; o indivíduo se sente espectador ou observador de sua vida e se enxerga como se estivesse assistindo a um filme. Algumas manifestações podem ser notadas por observadores: atitudes, opiniões e preferências (por exemplo, em matéria de alimentos, roupas ou interesses) podem mudar de repente e, em seguida, voltar. Além desses, há: alterações na voz, alucinações auditivas e padrão da escrita (Gentile, Dillon & Gillig, 2013; Spiegel, 2015).

Sobre os sintomas do TDI, segundo o DSM-5 (2014, p. 291), “a fragmentação da identidade pode variar entre culturas (p. ex., apresentações na forma de possessões) e circunstâncias.” Com isso, os indivíduos podem sofrer descontinuidades na identidade e na memória, as quais podem não ser tão evidentes aos outros ou podem ficar ocultas.

Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade sofrem: a) intrusões recorrentes inexplicáveis em seu funcionamento consciente e no senso de identidade própria (p. ex., vozes; ações e falas dissociadas; pensamentos, emoções e impulsos intrusivos), b) alterações do senso de identidade própria (p. ex., atitudes, preferências, e sentir como se o corpo ou as ações não lhes pertencessem), c) mudanças bizarras da percepção (p. ex., despersonalização ou desrealização, como sentir-se distanciado do próprio corpo enquanto se corta) e d) sintomas neurológicos funcionais intermitentes. O estresse, muitas vezes, produz exacerbação transitória dos sintomas dissociativos, o que os torna mais evidentes (DSM-5, 2014, p. 292).

Kluft (1991) reuniu dados de vários estudos clínicos para demonstrar o nível dos sintomas que compõem o conjunto polissintomático de pacientes com TDI. Os dados representam a porcentagem de pacientes que apresentam sintomas psicológicos, psiquiátricos ou clínicos concomitantes (tabela 2):

Tabela 2: **Relação entre portadores de TDI e sintomas totais**

Sintomas totais	Perc. pacientes
Ansiedade-psicobiológica	100%
Fobia	60%
Ataques de pânico	55%
Obsessão-compulsão	35%
Afetivos-depressivo	90%
Sintomas dissociativos e amnésias	57-100%
Fugas	48-60%
Despersonalização	38%
Todos os sintomas somatoformes	90%
Conversão	60%
Disfunções sexuais	60-84%
Tentativas de suicídio	60-68%
Automutilação	34%
Abuso de substâncias psicoativas	40-45%
Transtornos alimentares	16-40%
Perturbação do sono	65%
Sintomas sugestivos de esquizofrenia	35-73%
Sintomas de estresse pós-traumático	70-85%
Traços de transtorno de personalidade borderline	70%

Fonte: Kluft (1991)

Pode haver distúrbios em que a característica predominante é um sintoma dissociativo, mas ele não preenche os critérios para um diagnóstico de TDI. Os sinais evidentes clássicos do TDI podem ser vistos com comutação ou diferenças entre as personalidades *alters*. Conforme o DSM-5 (2014, p. 293), também “convulsões não epiléticas e outros sintomas conversivos são proeminentes em algumas apresentações do transtorno dissociativo de identidade, especialmente em contextos não ocidentais.”

Nesse quadro amplo de sinais e sintomas, Loewenstein (1991) agrupou da seguinte maneira, de forma ampla, grande parte dos sintomas do TDI, conforme a natureza (quadro 1):

Quadro 1: Agrupamento sintomatológico do TDI

1- Sintomas processo	Relacionam-se com as emersões, características e interações entre as alters. Refletem o âmago da personalidade múltipla. São eles: atributos e presenças das alters, sintomas de primeira ordem – inserção do pensamento, percepção delirante (referindo-se ao corpo), alucinações auditivas (ouvir vozes) –, uso da linguagem geralmente na 1ª pessoa do plural, alterações no controle executivo do corpo (<i>switching</i>).
2- Sintomas amnésicos	Relacionam-se com inabilidades para recordar informações pessoais relevantes. São eles: <i>blackouts</i> (<i>time loss</i>), olvidar comportamentos, fugas, possessões, mudanças inexplicáveis nos relacionamentos, flutuações em hábitos e conhecimentos, lembranças fragmentárias no histórico de vida, experiências crônicas de equívocos de identidade, microdissociações.
3- Sintomas auto-hipnóticos	Pacientes múltiplos comumente manifestam fenômenos de transe de forma natural e genuína. São eles: transe espontâneo, regressão espontânea de idade, anestesia voluntária (perda ou diminuição da sensibilidade), experiências extracorpóreas, alterações oculares.
4- Sintomas PTSS (<i>Post Traumatic Stress Symptoms</i>)	98% dos pacientes múltiplos reportam históricos de traumas infantis severos e reincidentes. São eles: trauma psicológico, imagens intrusivas, revivificação, <i>flashbacks</i> , pesadelos, acionamentos (<i>triggers</i>), pânico, ansiedades, entorpecimento, <i>detachment</i> (desligamento, separação).
5- Sintomas somatoformes	Abrangem distúrbios nos quais os pacientes relacionam sintomas físicos, mas negam apresentar problemas psiquiátricos. São eles: sintomas de conversão, dor somatoforme, transtorno de somatização, memória somática (evento traumático recordado de modo sensorio, sem a consciência do paciente sobre a origem do sintoma).
6- Sintomas da afetividade	Sintomas afetivos aparentes podem refletir processos traumáticos severos. São eles: humor deprimido, alterações no humor, pensamentos suicidas ou tentativas de automutilação, culpa, desamparo, desesperança.

Fonte: Adaptado de Loewenstein (1991) pelo pesquisador

Fenomenologicamente, os sintomas da TDI podem ser subdivididos em negativos ou positivos. Os negativos são aqueles que provocam perdas funcionais, como amnésia, paralisia, afonia e perdas de habilidades em geral. Os positivos são os intrusivos, como *flashbacks* e vozes. Também são descritos como psicofomes: alucinações auditivas, amnésia e sensação de inserção de pensamentos externos, ou seja, não oriundos da mente do indivíduo; e somatoformes: tics, anestesia e sensações físicas relacionadas a traumas passados (Van der Hart, 2012).

O transtorno dissociativo de identidade está associado a experiências devastadoras, eventos traumáticos e/ou abuso ocorrido na infância. O transtorno pleno pode se manifestar pela primeira vez em praticamente qualquer idade (desde a primeira infância até a idade adulta avançada). A dissociação em crianças pode gerar problemas de memória, concentração, apego e jogos traumáticos (DSM-5, 2014, p. 294).

No TDI, quando a experiência dissociativa é acionada, os pensamentos, as memórias e as percepções do paciente são prejudicados, podendo ocasionar falhas diagnósticas pela interpretação equivocada dos fatos observados (Okano, 2015; Moskowitz, 2011).

Os estados de identidade podem ou não ter co-consciência ou consciência recíproca, também dificultando o diagnóstico da desordem (Lakshmanan, Meier, Meier & Lakshmanan, 2010).

O transtorno pode começar em qualquer idade, da infância à vida adulta, e permanecer não diagnosticado por muitos anos (Lowenstein, 1991; Spiegel, 2015).

1.3.3. Diagnóstico

O diagnóstico do TDI percorre caminhos que vão desde o ceticismo de profissionais de saúde quanto a sua existência, até métodos específicos de obtenção de informações dos portadores desse transtorno.

O diagnóstico do TDI geralmente não é feito antes da idade adulta, ou seja, muito depois de os traumas terem gerado o transtorno, apesar do consenso de o abuso contínuo extremo, físico ou sexual, ocorrido na tenra idade, ser sua causa mais comum (Lewis, Yeager, Swica, Pincus & Lewis, 1997).

Inicialmente, autores como Yu et al. (2010) questionam se transtornos dissociativos, principalmente os de identidade, ocorrem naturalmente ou são iatrogênicos. Profissionais da saúde mental canadenses explicam que eles podem ser involuntariamente causados por “praticantes”, e psiquiatras norte-americanos são céticos quanto a tais transtornos.

Freud e Breuer (1923/1996) se referiram ao TDI com dados que confirmam os respectivos critérios diagnósticos atuais. Segundo eles, em um mesmo indivíduo, é possível haver agrupamentos mentais relativamente independentes entre si, sem um saber do outro, os quais podem atuar de forma alternada. Casos desses, que

aparecem espontânea e ocasionalmente, são descritos como exemplos de *double consciense*.

Putnam (1989) encontrou, nos resultados de suas pesquisas, um tempo médio de seis anos e oito meses para um portador desse transtorno ter seu diagnóstico estabelecido corretamente. Para Gentile, Dillon e Gillig (2013), apesar de ocorrer em várias etapas da vida, o diagnóstico costuma ser efetivado na terceira ou quarta década de vida dos pacientes.

O diagnóstico exige conhecimento de questões específicas da dissociação (Dorahy et al., 2014). Longas entrevistas, hipnose ou entrevistas facilitadas por medicamentos (benzodiazepínicos, por ex.) podem ser utilizadas. Também pode-se solicitar que o paciente elabore um diário entre as visitas, o que contribui para incentivar a mudança de identidade durante a avaliação e para se mapear as diferentes identidades e suas inter-relações (Spiegel, 2015).

O diagnóstico do TDI é realizado verificando-se os seguintes fatores: ruptura da identidade, caracterizada pela presença de duas ou mais identidades ou estados de personalidade distintos, descrita em algumas culturas como experiências de possessão; lacunas recorrentes na recordação de eventos cotidianos ou incapacidade de lembrar informações pessoais (não explicadas por esquecimento normal); prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras esferas importantes da vida. Em crianças, os sintomas não são atribuídos a amigos imaginários ou outras fantasias lúdicas, nem aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra a condição médica (DSM-5, 2014). “Os sintomas dissociativos podem potencialmente perturbar todas as áreas do funcionamento psicológico” (DSM-5, 2014, p. 291).

O TDI pode ser diferenciado de fingimento e de várias desordens, entre outros, pela evidência de diferentes estilos de escrita, além de documentos que relatem amnésia; pelas mudanças na voz, no comportamento e pelas observações dos membros da família. Para ser fingimento, os indivíduos deveriam ter planejado precocemente as situações e dados, sendo possível distinguir o TDI da simulação e de outros distúrbios. O TDI partilha componentes semelhantes aos encontrados na esquizofrenia, no transtorno afetivo bipolar, no transtorno de personalidade *borderline* e em outras síndromes. Porém, incorpora características próprias, como

alterações próprias de voz e do padrão da escrita, além de amnésias (Lewis, Yeager, Swica, Pincus & Lewis, 1997).

Além de ouvir vozes, os pacientes com transtorno dissociativo de identidade podem ter alucinações visuais, táteis, olfativas e gustativas. Por isso, os pacientes podem ser diagnosticados com um transtorno psicótico. No entanto, estes sintomas alucinatórios se diferem das alucinações típicas de perturbações psicóticas tais como a esquizofrenia. Pacientes com transtorno de identidade dissociativa experienciam estes sintomas como provenientes de uma identidade alternada. Depressão, ansiedade, abuso de substâncias, auto-mutilação e comportamento suicida são comuns, como é a disfunção sexual. A mudança de identidades e as barreiras amnésicas entre elas frequentemente resultam em vidas caóticas. Geralmente, os pacientes tentam minimizar seus sintomas e os efeitos que têm sobre os outros (Spiegel, 2015).

Além desses sintomas citados, comportamentos, reclamações e histórias do paciente com TDI podem fornecer mais informações, podendo levar o médico a suspeitar desse transtorno. Uma anamnese cuidadosa e a observação aos pacientes podem acrescentar outros sinais e sintomas (Braun, 1990), como:

- falha de tratamento prévio;
- três ou mais diagnósticos psiquiátricos ou médicos anteriores;
- sintomas psiquiátricos e somáticos simultâneos – fortes dores de cabeça, ansiedade, dor no peito/palpitações, flutuações no limiar de dor, tonturas, náuseas, problemas gastrointestinais, irregularidades menstruais e ginecológicas, medo de depressão, alterações de humor, reações imprevisíveis a medicamentos (como necessidade súbita de insulina);
- memórias de corpo – queixas somáticas inexplicáveis, quando o corpo quer aliviar a dor física da experiência abusiva (como entorpecimento das mãos cujos pulsos foram amarrados durante os episódios de abuso infantil; sensação de choque em paciente que foi forçado a sexo oral quando criança);
- distorção de tempo ou lapsos;
- inconsistências no comportamento físico – mudanças na expressão facial, mudança do lado direito para o canhoto ou vice-versa, diferenças substanciais na roupa usada na primeira visita e nas demais, diferenças no estilo de cabelo e maquiagem facial nas diferentes visitas;
- descoberta de produções, objetos ou texto manuscrito na posse de um *alter* que a personalidade original não explica ou reconhece;

- o uso de "nós" em sentido coletivo;
- história familiar de transtornos dissociativos (há evidências de que o TDI é transgeracional).

Além disso, deve haver outros cuidados por parte do médico no diagnóstico. Para desencorajar o pensamento estereotipado sobre o TDI, já que há doentes que passam grande parte da vida na apresentação clássica do transtorno, Kluft (1991) descreve alguns tipos mais comuns de apresentação desse transtorno, o que pode contribuir para a visão diagnóstica:

1) TDI clássico: comportamento manifesto correspondente aos critérios diagnósticos para transtorno em base contínua por meses, anos ou até a vida toda.

2) Formas variantes: pacientes que apresentam os sintomas clássicos do TDI, mas suas manifestações são intermitentes ou com características únicas, dificultando o diagnóstico:

- TDI forma de possessão: quando os *alters* mais evidentes agem como demônios, casos encontrados mais comumente em culturas nas quais a religião ou rituais se referem a demônios. Esse tipo é geralmente confundido com psicose;

- TDI pós-traumático: os sintomas não aparecem até que o paciente experimente um evento grave contemporâneo, como uma grande perda, estupro, combate ou traumatismo craniano que cause amnésia orgânica;

- TDI extremamente complexo ou polifragmentado: quando há uma variedade de personalidades *alters* tão grande que a transição de uma para outra é difícil de distinguir em relação a seus contornos;

- TDI epocal ou sequencial: quando uma personalidade *alter* emerge e assume a situação por um longo período de tempo, antes de a próxima assumir por mais outro longo período. Enquanto um *alter* emerge, os outros são silentes;

- TDI isomórfico: quando vários *alters* semelhantes assumem o controle como um grupo ou tentam se passar por um. Os únicos sinais ostensivos são: desnível de memória e inconsistências na personalidade;

- TDI latente: os *alters* geralmente são inativos, e sua emergência pode ser desencadeada por fatores que representam, simbolicamente, um evento traumático;

- TDI co-consciente: quando uma personalidade *alter* sabe da outra, de modo a não haver demonstração de perda de memória ou intervalos de tempo;

- TDI mediúcnica/reencarnação: quando os *alters* são experienciados e se comunicam com o paciente como se essas qualidades fossem sobrenaturais.

3) TDI atípico: é quando pacientes raramente são diagnosticados.

- TDI privado: no qual as personalidades *alters* têm ciência uma das outras e são conscientemente adaptadas para passar por uma só.

4) TDI secreto: relacionado com o TDI atípico. Nesse caso, o anfitrião não tem conhecimento dos *alters*, que só surgem quando ele está sozinho. Pode-se suspeitar isso em um paciente que não pode explicar seu tempo privado;

- TDI com companheirismo imaginário ostensivo: o paciente tem uma versão adulta do companheiro imaginário que é amigável e solidário com outro *host*, mas não sabe que esse *host* assume controle executivo e não há outra a se apresentar.

5) TDI encoberto: forma mais característica de pacientes com esse transtorno. Os *alters* disputam o controle e a influência sem assumir controle executivo total. Os pacientes sentem como se suas vidas estivessem fora de controle e suas ações fossem impostas por um poder invisível, em vez de realizadas por sua vontade própria;

- TDI passivo ou dominado: o paciente é dominado por uma personalidade *alter* que raramente emerge. Se ele não tem conhecimento disso, vai se sentir como vítima de influências que forçam o comportamento em uma direção não escolhida;

- TDI somatomórfico: tipo muito comum. Dor ou desconforto são experimentados por um *alter* e é sentido fisicamente pelo *host*, que não tem memória do trauma. Deve-se suspeitar desse tipo de TDI quando não houver explicação fisiológica aparente para alguma dor reclamada pelo paciente;

- TDI fenocópia: uma das mais importantes formas encobertas. Ocorre quando as interações dos *alters* com influências sobre o *host* e sobre os outros criam fenômenos similares a manifestações de outros transtornos mentais;

- TDI sintoma órfão: relacionado com todos os tipos de TDI encobertos. Sentimentos inexplicáveis e espontâneos, sensações, ações e imagens traumáticas intrusas se manifestam no *host* que não compreende o que está acontecendo. Eles

foram desencadeados por um estímulo contemporâneo, mas estão relacionadas com traumas da infância.

6) Apresentações diversas do TDI:

- TDI domínio interrompido: mais comum em pacientes que têm um grande número de *alters*. A mudança é tão rápida e frequente que o paciente parece esquecido. Muitos desse tipo são diagnosticados como transtorno afetivo, psicose, síndrome mental orgânica ou desordem de apreensão;

- TDI *ad hoc*: é raro. Uma personalidade auxiliar cria vários *alters* que funcionam de forma breve e, em seguida, deixam de existir. Isso pode ser suspeitado se o histórico do paciente sugerir TDI ou apresentar recorrentes fugas;

- TDI modular: incomum. Nesse tipo, funções autônomas do ego geralmente se dividem, e personalidades diferentes são reconfiguradas. O *alter* pode ter um sentimento vago e nunca ser visto exatamente da mesma forma outra vez;

- TDI “quase jogo”: é quando o paciente tenta negar o diagnóstico de TDI. Um *alter* age fora, quando sabe dos outros, e informa ao médico que fingiu ter TDI, explicando que voluntariamente gerou esse comportamento;

- TDI falso positivo: tipo comum nas décadas de 70 e 80, mas incomum agora. É quando um paciente adota o comportamento típico de filme amplamente divulgado, numa tentativa de convencer o clínico sobre a presença de TDI em si.

O DSM-5 (2014) se refere ao diagnóstico diferencial do TDI, esclarecendo que o TDI pode ser distinguido:

- de outro transtorno dissociativo especificado, porque sua essência é a divisão da identidade, com fragmentação recorrente do funcionamento consciente e no senso de si mesmo;

- do transtorno depressivo maior, porque seus portadores são, com frequência, deprimidos, e seus sintomas podem parecer que satisfazem os critérios de um episódio depressivo maior;

- do transtorno bipolar, porque o humor elevado ou deprimido do portador do TDI pode ser exibido em conjunto com identidades específicas, de maneira que um ou outro humor pode predominar por um período longo ou mudar em minutos;

- do transtorno de estresse pós-traumático, porque apesar dos sintomas comuns, no TDI, há sintomas que não se manifestam no transtorno de estresse pós-traumático (como amnésias para muitos eventos cotidianos e outros);
- do transtorno psicótico, porque há predominância de sintomas dissociativos e amnésia no episódio;
- do transtorno induzido por substância se a substância for etiologicalmente relacionada à perturbação;
- do transtorno de personalidade, porque no TDI, há variação longitudinal no estilo da personalidade do indivíduo, devido à inconsistência entre identidades;
- do transtorno conversivo, porque, nesse caso, não há fragmentação da identidade caracterizada por dois ou mais *alters*;
- do transtorno convulsivo, porque em casos de TDI em que há convulsão, a pontuação de dissociação é muito alta, diferente do transtorno convulsivo;
- do transtorno factício e simulação, porque nesse caso, não são informadas características sutis do TDI, sendo os sintomas relatados de forma exagerada.

Em resumo, os fatores que podem auxiliar o diagnóstico de TDI são representados por uma sintomatologia

claramente dissociativa, com súbitas mudanças nos estados de identidade, a persistência e a consistência de comportamentos e posturas específicas de cada identidade ao longo do tempo, evidências de comportamento dissociativo anterior ao quadro clínico ou jurídico (p.ex., relatos de familiares ou colegas de trabalho), amnésia reversível e altos escores em medições de dissociação e suscetibilidade à hipnose, em indivíduos que não têm os quadros característicos de um outro transtorno mental (DSM-IV-TR, 2003, p. 506).

O DSM-5 (2014) cita os seguintes elementos para o diagnóstico do TDI: desrealização inclusa no nome e nas estruturas; fuga dissociativa para especificar a amnésia dissociativa; mudança de sintomas para justificar a ruptura.

Como diagnóstico, pode-se utilizar, de modo auxiliar, o Método Rorschach que, segundo Yazigi e Hisatugo (2014),

é um instrumento que avalia dados da personalidade, por meio de um procedimento padrão para aplicação, codificação e interpretação de seus resultados... A avaliação do sujeito se dá por meio de uma tarefa perceptiva... Os estímulos pouco estruturados característicos das pranchas do Rorschach podem mobilizar conteúdos projetivos. Estes conteúdos refletem aspectos subjetivos, idiossincráticos do sujeito. A idiossincrasia se faz presente face à ambigüidade decorrente do estímulo. A reação do sujeito perante os estímulos

desestruturados é influenciada pela sua capacidade para lidar com situações adversas, de flexibilidade cognitiva e de adaptação (Yazigi & Hisatugo, 2014, p.158-159).

Em muitos relatórios citados na literatura, não há nenhuma constatação de causa do TDI fora da área do trauma (Lewis, Yeager, Swica, Pincus & Lewis, 1997). Em termos gerais, pode-se dizer que o diagnóstico dos pacientes portadores desse transtorno ainda é feito por exclusão.

A epidemiologia do TDI é vasta e diversificada em relação à sintomatologia complexa.

1.3.4. Epidemiologia

Estudos epidemiológicos realizados há mais de 20 anos mostraram que desordens dissociativas têm sido subdiagnosticadas em grande parte dos países onde esses estudos foram realizados. Profissionais acreditam que o TDI tem sido subdiagnosticado, porque há equívocos. Por exemplo: a presença de mais de um estado dissociado da personalidade é considerado delírio; a comunicação de uma identidade com outra é interpretada como alucinação auditiva e confundida com transtornos psicóticos; mudanças dos estados de identidade são vistas como flutuações cíclicas do humor e diagnosticadas como transtorno bipolar (Yu et al., 2010; DSM-5, 2014). Com essas falhas diagnósticas frequentes, a prevalência do TDI pode sofrer diminuição significativa. Por isso, urge a aplicação de métodos mais apropriados de triagem e de diagnóstico (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006).

Contrariamente, há profissionais que se preocupam com a possibilidade de o TDI ser excessivamente diagnosticado em relação a outros transtornos mentais, devido ao interesse dos meios de comunicação por esse transtorno e pela natureza sugestível dos indivíduos (Gil, 1990; Haddock, 2001).

A prevalência etiológica do TDI está relacionada diretamente a traumas severos ocorridos desde a infância. A causa típica mais proeminente vincula-se a abusos sexuais e emocionais intermitentes (Hacking, 1995; Haddock, 2001; Putnam, 1989; Rich, 2005; Ross, 1989).

Yu et al. (2010), numa revisão da literatura, explicam que a prevalência do TDI pode variar conforme o continente nos quais os dados são recolhidos, segundo as medidas de mensuração e os controles selecionados.

Estudos iniciais relacionando trauma ao TDI foram realizados na China – que tem muito menos pesquisa sobre o tema do que na América do Norte e a Europa – recentemente, buscando estabelecer uma prevalência mais precisa desse transtorno em pacientes psiquiátricos internados. Foi utilizada uma metodologia rigorosa de pesquisa, e os resultados mostraram a presença da dissociação patológica, inclusive TDI. Os casos não foram atribuídos a contaminações sociocognitivas nem a influências iatrogênicas e foram mais frequentes em sub-amostras entre as mais traumatizadas da população chinesa (Yu et al., 2010).

Um estudo epidemiológico realizado na Turquia mostrou a prevalência do TDI em, aproximadamente, 4% dos pacientes ambulatoriais, sendo que apenas 25% já haviam recebido o diagnóstico anteriormente. Nos Estados Unidos, a prevalência desse transtorno aparece mais elevada em populações carentes dos centros urbanos (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006).

Já em uma pesquisa referida por Spiegel (2015), feita em uma pequena comunidade dos Estados Unidos, a prevalência do TDI pelo prazo de 12 meses foi verificada em 1,5% dos portadores do sexo masculino e do feminino.

Talbot (1998) se refere aos casos notificados e, entre esses, 75% a 90% são de mulheres. Ele se refere a essa incidência, explicando:

Isso é mais provável devido à maneira diferente com que homens e mulheres respondem aos traumas emocionais. As mulheres tendem a agir de maneira prejudicial contra si mesmas e a encontrar seu caminho em tratamento, após automutilação ou tentativas de suicídio. A automutilação diz respeito a cortes superficiais, sem intenção de suicídio, queimando a pele com um cigarro ou batendo a cabeça contra uma parede. Os homens, por outro lado, são mais propensos a responder psicologicamente, cometendo crimes violentos contra os outros e acabando no sistema de justiça criminal (Talbot, 1998, p. 42).

Kluft (1991) apresentou o resultado de uma pesquisa no qual, entre adultos, 20% dos casos de TDI resistem à identificação do distúrbio; 50% sofrem períodos de quiescência dos sintomas que duram, por vezes, um ano ou mais; apenas 6% exibem sintomas da desordem.

Lewis, Yeager, Swica, Pincus e Lewis (1997) referem que os casos diagnosticados estão mais distribuídos entre pessoas do sexo feminino, e a maioria dos pacientes apresentam estados ora agressivos, ora protetores.

Steele (1989) afirma que, apesar de ter sido considerada rara há tempos atrás, a incidência do TDI tem aumentado bastante desde 1980. Ele ocorre em 1,2% da população psiquiátrica geral, sendo tão comum como a esquizofrenia.

Na correlação entre o TDI e causas, a prevalência de abusos físicos fica próxima a 40% e a de abusos sexuais, em torno de 42% (Lakshmanan, Meier, Meier e Lakshmanan, 2010).

1.3.5. Tratamento

A psicoterapia – principalmente a Terapia Cognitivo-Comportamental – tem sido a forma terapêutica mais utilizada para tratamento da TDI (Lakshmanan, Meier, Meier & Lakshmanan, 2010).

A primeira prioridade da psicoterapia é estabilizar pacientes e garantir a segurança, antes de avaliar as experiências traumáticas e explorar as identidades e as razões problemáticas para dissociações. Alguns pacientes se beneficiam de internação, durante a qual são prestados apoio e acompanhamento contínuos e memórias dolorosas são abordadas. Hipnose pode ajudar com o acesso às identidades, facilitando a comunicação entre elas, interpretando-as e estabilizando o quadro. Técnicas de exposição podem ser usadas para dessensibilizar gradualmente pacientes em relação às memórias traumáticas. Como as razões para dissociações são abordadas e trabalhadas, a terapia pode se mover em direção à reconexão, integração e reabilitação do paciente quanto aos eus alternados, a suas relações e ao funcionamento social. Algumas integrações podem ocorrer espontaneamente durante o tratamento. A integração pode ser incentivada através da negociação com o paciente. A unificação das identidades pode ser facilitada pela sugestão hipnótica e pela imaginação guiada. Os pacientes que foram traumatizados, particularmente durante a infância, podem manter a expectativa de novos abusos durante a terapia e desenvolver reações de transferência complexas para o terapeuta. Discutir a compreensão desses sentimentos é um componente importante para a psicoterapia eficaz (Spiegel, 2015, p. 12).

No tratamento psicológico do TDI, a abordagem mais comum considera os sintomas, visando assegurar não só a integridade do indivíduo, como reconectá-lo às múltiplas identidades, com o que ele tende a melhorar. Esse processo é conhecido como integração. A integração dos estados de identidade é a abordagem mais desejável do tratamento de TDI (Kluft, 2000; Spiegel, 2015).

Mas existem outros tipos de tratamento respeitados que não dependem da integração das identidades separadas. Essa integração pode não ser adequada a

todos os casos, embora possa auxiliar o indivíduo a processar e a expressar, com segurança, suas memórias dolorosas, restaurando sua funcionalidade (Kluft, 2000).

Drogas são amplamente utilizadas para ajudar a controlar os sintomas de depressão, ansiedade, impulsividade e abuso de substâncias, mas não para aliviar a dissociação per se. [...] Para os pacientes que não podem ou não se esforçam para a integração, o tratamento visa facilitar a cooperação e a colaboração entre as identidades para reduzir os sintomas (Spiegel, 2015, p. 12).

Até o momento, nenhum tratamento farmacológico para a eliminação ou redução da TDI foi descoberto. Há indicações de que antipsicóticos atípicos (ou de segunda geração) podem estabilizar o humor, moderar a ansiedade e sintomas intrusivos. Antagonistas opioides, como a naltrexona, mostram-se promissores no tratamento de diversos de seus sintomas, podendo reduzir índices de autoagressão. Antidepressivos e ansiolíticos também são prescritos para o tratamento de comorbidades, porém não aliviam a dissociação em si (Brand, Loewenstein, & Spiegel, 2014; Gentile, Dillon & Gillig, 2013).

Percebe-se a pouca efetividade de um medicamento capaz de tratar o TDI de forma vantajosa e duradoura. Isso porque, em parte, é grande o espectro sintomático do transtorno e há pouco conhecimento relativo à eletrofisiologia da desordem. Em algumas situações, o uso da medicação é ineficiente ou passível de risco, como por exemplo, quando não há suporte e apoio ante o contexto das múltiplas personalidades. Então, nesse caso, o uso pode ser feito à revelia do paciente, de acordo com a vontade de algumas personalidades alternativas (*alters*). Nem sempre uma determinada personalidade mostra-se colaborativa em relação à outra, podendo esconder remédios, alterar dosagens, provocar tragédias irreversíveis, entre outras (Zimerman, 1999).

De toda essa descrição, dois pontos se destacaram no que se refere diretamente aos objetivos deste trabalho: o TDI partilha componentes semelhantes aos encontrados na esquizofrenia (Lewis, Yeager, Swica, Pincus & Lewis, 1997); o TDI não tem nada a ver com a esquizofrenia, a despeito dos equívocos em sentido contrário (Baucum, 2006).

1.3.6. Considerações

No que diz respeito diretamente ao objetivo deste trabalho, verifica-se que, no TDI, como explica Moskovitz (2011, p. 349), a personalidade “perde sua união; em diferentes momentos, distintos *alters* parecem representar a personalidade. Um conjunto de complexos *alters* domina a personalidade durante um tempo, enquanto outros grupos de unidades constituem a ‘cisão’ da personalidade primeira que parece impotente em parte ou completamente”.

2. OBJETIVOS

2.1 Ojetivo Geral:

Investigar, com base no Método de Rorschach e nos elementos anamnésicos, a prevalência da personalidade múltipla em pacientes diagnosticados com esquizofrenia.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar o diagnóstico em relação à semiologia e à nosologia;
- Descrever a esquizofrenia em seu contexto etiológico, epidemiológico, de diagnóstico e de tratamento;
- Descrever o Transtorno Dissociativo de Identidade em seu contexto etiológico, epidemiológico, de diagnóstico e de tratamento;
- Identificar, por meio de uma pesquisa clínico-qualitativa, a existência de pacientes portadores do Transtorno Dissociativo de Identidade, mas diagnosticados como esquizofrênicos.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Delineamento

Investigação denominada série de casos, que requer um número mínimo de dez pacientes para a sistematização. Trata-se de um estudo descritivo, não-controlado (Pereira, 2013) e clínico-qualitativo, uma vez que o enfoque são sintomas e sinais clínicos da esquizofrenia e do TDI. É ainda um estudo exploratório, investigativo, no qual há sempre o envolvimento de questões práticas, éticas e epistemológicas, também relacionadas com o histórico de vida dos pacientes já que os problemas se relacionam com a evolução humana e refletem a natureza e a validade do conhecimento. Nesse particular, mesmo conhecendo um pouco mais profundamente as condições psíquicas dos indivíduos analisados, como resultado natural de um processo complexo de avaliação psicológica, não faz parte dos objetivos desta pesquisa a ingerência no contexto clínico de cada um deles.

A abordagem do estudo foi qualitativa/quantitativa, respectivamente, na medida em que os conteúdos dos indicadores constituíram o foco da investigação, servindo de parâmetro na avaliação do transtorno focado e que esses indicadores serviram para mensurar as principais características do fenômeno estudado, segundo o objetivo proposto.

A seleção da abordagem está relacionada à explicação de que ela deve ser determinada por três pontos: “pela natureza do objeto, pela forma como o sujeito do conhecimento pode aproximar-se desse objeto e pelo conceito de verdade que cada esfera do conhecimento define para si próprio” (Turato, 2003, p. 195). No caso deste estudo, esses pontos são, respectivamente: sintomas psicológicos e psiquiátricos envolvidos na esquizofrenia e no TDI, método de Rorschach, interpretação dos resultados conforme os critérios das patologias enfocadas, principalmente o DSM-5, e CID-10. Destacam-se os critérios desses últimos por se tratarem de classificações oficiais, e a pesquisa ser destinada ao uso clínico.

A pesquisa qualitativa implica uma abordagem interpretativa e naturalística do assunto, significando que os pesquisadores devem estudar o fenômeno em seu *setting* natural (pesquisa de campo), para melhor dar sentido ou interpretá-lo quanto às significações que as pessoas associam a ele. Com a abordagem qualitativa,

busca-se alcançar “as significações ou os sentidos dos comportamentos, das práticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos” (pacientes da amostra) (Turato, 2003, p. 195).

Já a abordagem quantitativa tem caráter complementar à qualitativa, na medida em que pode “contribuir para o rigor da validade e dar compreensão sobre achados anteriormente quantificados, passando-se a elaborar conceitos e pressupostos novos [...] ou para compreender como a questão se distribui” na amostra estudada. “A abordagem quantitativa pode começar aonde chegou uma boa abordagem qualitativa” (Turato, 2013, p. 155).

3.2. Sujeitos da pesquisa

Dez pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia – feito por psiquiatras que acompanharam os pacientes anteriormente e corroborados pelos especialistas da instituição –, com características paranóides (CID-10, F.20.0), sendo cinco homens e cinco mulheres, participaram do estudo. Todos tinham acompanhamento psiquiátrico regular, faziam uso de medicação contínua para tratamento da patologia, não apresentavam problemas de visão e tinham como comorbidade maior o fator ansiedade. Os participantes foram selecionados na forma de livre escolha pelo pesquisador. Seus nomes, entre outros selecionados, foram apresentados pela coordenadora da instituição Centro de Convivência e Atenção Psicossocial (Mansão Vida), Distrito Federal, onde eles se encontravam internados em núcleos. Essas pessoas atenderam aos seguintes critérios de inclusão: registro em prontuário de internação na Instituição; maioridade (21 anos); diagnóstico de esquizofrenia há, pelo menos, cinco anos; concordância sobre a participação no estudo e consentimento livre e esclarecido assinado pelos respectivos responsáveis.

Nas pesquisas em que seres humanos são os alvos do estudo, é impossível, por razões práticas, abordar todos os sujeitos que compõem o grupo de interesse do pesquisador, salvo quando o recorte do objeto de estudo compreenda comunidades numericamente tão restritas que o pesquisador tem condições temporais de conhecer cada um e condições intelectuais de apreender todos em seu trabalho (Turato, 2003, p. 351).

A escolha da modalidade paranoide nos pacientes esquizofrênicos, especificada na CID-10, se justifica pelo fato de ela apresentar, como características essenciais, a presença de três fatores que as colocam em sintonia com o contexto

do TDI: (1) idéias delirantes relativamente estáveis; (2) alucinações, particularmente auditivas; (3) perturbação das percepções. Complementarmente, com base na prática clínica do pesquisador, evidências sugerem que o prognóstico para a modalidade em foco pode ser consideravelmente melhor do que para outros subtipos do espectro esquizofrênico.

3.3. Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados no *setting* do Centro de Convivência e Atenção Psicossocial (Mansão Vida) (DF). A clínica (como *setting*) é um aspecto chave por se situar no encontro entre o fundamento e a aplicação da ciência com relação ao homem. Por isso, o espaço clínico pode ser considerado um espaço científico, inclusive por possibilitar a emergência da sensibilidade ao ambíguo, ao duplo sentido e ao hipercomplexo. A clínica é um espaço particular de conhecimento semelhante a um laboratório, no qual hipóteses são construídas e testadas a todo momento (Barbier, 1985).

Os instrumentos de coleta utilizados foram:

3.3.1. Entrevista clínica

Foram feitas entrevistas individuais semiestruturadas – elaborada pelo pesquisador – em duas partes: a primeira voltada para a identificação do paciente, motivo da internação, histórico atual, histórico pessoal e familiar (Carretoni Filho & Prebianchi, 1999); a segunda orientada para possíveis contextos dissociativos experienciados. Para tal, foram inseridos elementos selecionados da Escala de Experiências Dissociativas (DES) de Putnam (1992), adaptados ao tipo de pesquisa.

A entrevista é um importante instrumento para conhecimento do sujeito. É um instrumento importante de conhecimento interpessoal, porque facilita a apreensão de elementos que podem contribuir para a identificação do fenômeno pesquisado, além de auxiliar a construção do perfil do entrevistado (Turato, 2003).

3.3.2. Teste de Rorschach

A opção por este método se deve a sua vasta utilização no Brasil e pelo pesquisador, em sua prática clínica, além dos resultados observados em termos de nível de satisfação.

O Método de Rorschach é um processo de avaliação da personalidade, que também avalia déficits neurocognitivos. Trata-se de um instrumento *golden standard* da Psicologia para avaliação diagnóstica. O teste consiste em apresentar ao indivíduo 10 cartões com manchas de tinta (desenhos abstratos), e o examinando é solicitado a verbalizar o que cada um dos 10 cartões lhe sugere. Cabe ao examinando a tarefa de organizar, estruturar e verbalizar suas percepções frente a cada cartão recebido do examinador. Enfim, o Rorschach “consiste em interpretar formas fortuitas, isto é, figuras formadas ao acaso; as figuras são simétricas com diferenças sutis entre uma metade e a outra” (Rorschach, 1967, p. 15).

Nesta pesquisa, foi utilizada a abordagem de B. Klopfer, validada por Vaz (1997), além do atlas de Augras (2004). É um método fidedigno e revelador, que esclarece componentes profundos do comportamento humano, principalmente, em virtude de o sujeito não ter consciência do que está sendo medido quando submetido ao teste.

No estudo das alucinações, o Método de Rorschach tem sido um instrumento singular de avaliação psicológica para diagnóstico diferencial, uma vez que permite significativa correlação entre a percepção da cor e da forma. A cor reflete um mundo que emerge da subjetividade e que se configura e se projeta através da forma. A forma, por sua vez, refere-se ao ponto de vista objetivo da percepção e constitui um dos elementos essenciais da análise, sendo importante porque indica as possibilidades de controle racional que um indivíduo tem sobre as emoções e os afetos.

Em termos de avaliação psicológica, com base no Método de Rorschach, pacientes traumatizados fornecem significativo índice de conteúdos desta natureza em suas respectivas respostas ao teste, tais como: sangue, ansiedade, morbidez, movimento agressivo, sexo e/ou anatomia (Fortes, Scheffer & Kapczinski, 2007). O Rorschach também fornece indicadores sobre os fenômenos dissociativos – que devido a suas associações com os aspectos traumáticos representa um dos grandes

desafios da psiquiatria – e transtornos mentais associados, entre outros aspectos relativos à dinâmica da personalidade.

Moore, Viglione, Rosenfarb, Patterson e Mausbach (2013, p. 255) explicam a adequabilidade do Método de Rorschach para a avaliação da esquizofrenia. Segundo os autores, “ele pode avaliar níveis de produtividade, precisão, diferenciação e integração envolvidos no conjunto das respostas”. Em relação a alguns sintomas:

- desordem do pensamento: a utilização do Rorschach pode contribuir para definir essa desordem. “Como uma tarefa de resolução de problemas de comportamento com base no desempenho, o Rorschach tem demonstrado ser uma medida válida e confiável de avaliação do transtorno de pensamento de pessoas com esquizofrenia”;

- complexidade psicológica: com a interpretação das respostas do Rorschach, pode-se demonstrar o declínio causado pela esquizofrenia, a redução da capacidade de raciocinar e de se comunicar, bem como que elementos anteriores ao avanço da doença foram perdidos.

No geral, o resultado da complexidade dá suporte indireto à conclusão de que indivíduos com capacidade e motivação para codificar, integrar e organizar estímulos visuais complexos devem apresentar resultados mais positivos, no que diz respeito ao seu funcionamento cotidiano e social (Moore, Rosenfarb, Viglione, Patterson & Mausbach, 2013, p. 256);

- representações interpessoais: com o Rorschach, são avaliadas as estruturas cognitivas pelo acesso a dimensões das representações, às formas distorcidas, à agressividade das respostas e outros. O esquema interpessoal de representações mentais contribui para se compreender como o paciente olha o outro. Teoricamente, a avaliação do esquema interpessoal tem relação com a expressão externa do comportamento social do indivíduo. Esquemas interpessoais pobres e distorcidos produzem representações igualmente equivocadas.

Há pesquisadores dedicados ao aprofundamento do espectro esquizofrênico e, até o momento, não há registros, na literatura científica, sobre falha diagnóstica envolvendo o Método de Rorschach, no que tange especificamente à esquizofrenia e ao TDI.

3.4. Procedimento

Os sujeitos foram avaliados individualmente, em tempo livre, e a duração estimada foi de quatro horas por paciente. O tempo para conclusão da tarefa variou para mais ou para menos, conforme as condições do sujeito avaliado.

A sequência do processo de avaliação dos participantes foi feita na seguinte ordem: (1) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa, pelo paciente e/ou responsável legal; (2) anamnese e entrevista clínica semiestruturada; (3) aplicação do teste de Rorschach, abordagem de B. Klopfer.

Todos os protocolos foram codificados pelo pesquisador. Uma psicóloga, treinada na correção do Método, Sistema Klopfer, também analisou os citados protocolos para que a análise fosse realizada da forma mais fidedigna. Não houve discordância entre os profissionais, o que afastou a necessidade de um terceiro avaliador.

3.5. Questão ética

A proposta desta pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. O estudo recebeu voto favorável a sua realização, conforme Parecer nº 421.122.

Princípios éticos relativos à pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive aqueles que dizem respeito ao sigilo dos pacientes, foram obedecidos em todos os momentos.

3.6. Pontos fortes e fracos da pesquisa (limites metodológicos)

Neste ponto, vale realçar que um dos pontos fortes desta pesquisa refere-se a uma questão real, polêmica e complexa que é a precisão diagnóstica, principalmente em situações nas quais a etiologia dos transtornos não se encontram devidamente identificadas. Como ponto fraco, podemos pensar que um número maior de pacientes deva ser analisado para que uma técnica estatística específica possa ser utilizada objetivando alcançar uma estabilidade mínima.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com foco no objetivo do trabalho – investigar a prevalência do TDI em pacientes diagnosticados com esquizofrenia –, os resultados foram obtidos nos dados das entrevistas clínicas e nas questões evidenciadas pelo Método de Rorschach. Mas a observação do pesquisador não se fechou em relação à presença de sintomas associados a experiências religiosas, a estados místicos, a transtornos mentais e a condições psicóticas, eventualmente relatados pelos pacientes durante a coleta de dados. Isso porque, mesmo o “interesse da pesquisa sendo pelas significações dos fenômenos da saúde, que consiste no conhecimento e interpretação como alvos da preocupação do pesquisador [...]” (Turato, 2003, p. 267), observações naquele sentido podem contribuir para a compreensão de dados que necessitem de mais esclarecimento e para a solução de dúvidas relativas a aspectos diferenciais.

No que diz respeito à esquizofrenia, o esclarecimento pode, por ex., estar no fato de “a fenomenologia da experiência religiosa se assemelhar muito à de um transtorno mental e a outros sintomas de problemas psiquiátricos” (Sims, 1988, p. 42); já quanto ao TDI, principalmente ao *alter* encoberto, o esclarecimento pode vir em relação a pacientes sentirem como se suas vidas estivessem fora de controle, e suas ações fossem impostas por um poder invisível (Kluft, 1991).

Com base nos elementos anamnésicos oriundos das entrevistas clínicas e nos resultados do Método de Rorschach, são apresentados: resultados da pesquisa, considerando os indicadores que caracterizam o diagnóstico diferencial de pacientes esquizofrênicos e de pacientes múltiplos; psicogramas-Rorschach de pacientes esquizofrênicos no possível domínio do TDI e diferenças entre os indicadores que caracterizam um e outro quadro clínico aqui investigado; discrepâncias observadas em resultados que possam sugerir falha diagnóstica.

4.1. Elementos da Anamnese – aspectos relevantes

A tabela 3 apresenta, em dois grupos – (A) Elementos Não Dissociativos e (B) Elementos Dissociativos –, os aspectos relevantes identificados nas entrevistas

clínicas semiestruturadas individuais com pacientes esquizofrênicos, bem como suas totalizações e percentuais específicos.

Tabela 3: Elementos da Anamnese – Aspectos Relevantes

Grupo “A”	Pacientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores Não Dissociativos										
1- Alucinações (auditivas, visuais ou olfativas).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2- Baixo rendimento escolar ao longo dos anos.	X	X	X			X	X	X	X	
3- Curso ou conteúdo do pensamento prejudicados.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4- Delírios de: controle, grandeza, perseguição, culpa, pecado ou somático.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5- Dificuldades interpessoais com as figuras Parentais e/ou com membros do núcleo familiar.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6- Esquiva de contatos sociais.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7- Falta de controle das emoções e dos impulsos na maioria das ocasiões adversas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8- Ideação suicida c/possibilidade de conversão em ato.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9- Núcleo familiar disfuncional.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10- Escuta de vozes (*)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11- Relações afetivas instáveis.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12- Uso de SPA's, lícitas e/ou ilícitas em alguma etapa da vida.	X	X	X			X	X	X	X	X
Quantidade de indicadores do Grupo ‘A’:	12	12	12	10	10	12	12	12	12	11
Percentuais obtidos no Grupo ‘A’:	100%	100%	100%	83%	83%	100%	100%	100%	100%	91%
Grupo “B”	Pacientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores Dissociativos										
1- Às vezes, sentimento de que seu corpo não lhe pertence.	X			X	X	X	X	X		
2- Surpresa diante de roupas que não se lembra ter vestido.					X					
3- É comum não se reconhecer ao espelho.			X	X	X					
4- Em algumas ocasiões, sentimento de que se está fora do corpo, observando-se como se fosse outra pessoa ou sentindo que as pessoas, as coisas e o mundo ao redor não são reais.		X		X	X				X	X
5- Já se viu num lugar e não sabe como chegou lá.					X					
6- Muitas vezes não percepção da passagem do tempo ou falta compreensão por que o tempo transcorre tão rapidamente.				X	X					X
7- Percepção de objetos novos entre seus pertences e não se recorda de tê-los comprado.					X					
8- Pessoas desconhecidas chamam você por outro nome ou dizem que já o encontrou antes.				X	X					
Quantidade de indicadores do Grupo ‘B’:	01	01	01	05	08	01	01	01	01	02
Percentuais obtidos no Grupo ‘B’:	12%	12%	12%	62%	100%	12%	12%	12%	12%	25%
Total de indicadores dos grupos A+B	13	13	13	15	18	13	13	13	13	13
% geral dos indicadores observados ‘A’+‘B’:	65%	65%	65%	75%	90%	65%	65%	65%	65%	65%

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Nota. Os elementos do Grupo “B” foram adaptados de Putnam (1992); 90% ou mais desses elementos/indicadores são verificados nos contextos de pacientes múltiplos (Putnam, 1989; Ross, 1989).

(*) Todos os pacientes, exceto o de número 5, disseram que as vozes ouvidas são provenientes de fora da cabeça. O paciente 5 disse que as vozes ouvidas são oriundas de dentro da sua cabeça.

Pelos resultados observados na tabela acima, todos os pacientes apresentam significativa similaridade de resultados em relação aos fatores do Grupo “A”, classificados como elementos anamnésicos não dissociativos. Ou seja: o conjunto de pacientes obteve percentuais equivalentes ($\geq 80\%$) nesse primeiro agrupamento, fato que inclui todos entre as características diagnósticas da esquizofrenia e do TDI, cujos quadros clínicos apresentam indicadores semelhantes. Não houve a mesma semelhança nos resultados em relação aos pacientes do Grupo “B”, categorizados como elementos anamnésicos dissociativos. Nesse segundo agrupamento, houve discrepância em relação aos resultados dos pacientes 4 e 5, que demonstraram sintomas dissociativos mais acentuados do que os outros oito, principalmente o 5.

Em relação ao total geral de indicadores e aos respectivos percentuais, também o paciente 5 apresenta a maior discrepância do conjunto de fatores observados, principalmente no que se refere aos indicadores do Grupo “B”. O paciente 4 demonstra dessemelhança de características em relação aos três primeiros (pacientes 1, 2 e 3) e aos cinco últimos (pacientes 6, 7, 8, 9 e 10). Porém, suas diferenças são discretas. Tais resultados, sugestivos da diversidade de sinais e sintomas que envolvem os dois tipos de transtorno abordados nesta pesquisa, realçam a necessidade de investigações mais aprofundadas em relação aos pacientes em foco, para fins de diagnóstico diferencial.

4.2. Indicadores da esquizofrenia e do TDI no Rorschach e critérios diagnósticos

Com base no Método de Rorschach, apresentam-se, na tabela 4, os mesmos sinais típicos que caracterizam a síndrome esquizofrênica e o TDI. No TDI, a correlação de tais sinais com esse transtorno é fruto de observações da prática clínica do pesquisador e que não há, até o momento, comprovações científicas nesse sentido no cenário nacional. Em seguida, também de acordo com a experiência clínica do pesquisador relacionada com o TDI, são descritos os critérios utilizados no âmbito desta pesquisa, para fins de diagnóstico diferencial dos transtornos investigados.

Tabela 4: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.
3- Ideias de referência ou de autorreferência.
4- Número de respostas populares muito baixos.
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).
Indicadores secundários (não obrigatórios)
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.
2- Críticas ao examinador.
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).
8- Presença de Cor Nomeada.
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (às vezes sexuais e bizarros).
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.
11- Presença de respostas de posição (PO).
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue" numa prancha preta ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação forma e cor (FC) ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Em conformidade com o apresentado na tabela 4, os sete primeiros indicadores, principais ou indispensáveis, obrigatoriamente devem estar presentes nos psicogramas de Rorschach de quaisquer pacientes esquizofrênicos (Resende & Argimon, 2011, Vaz, 1997). Também são encontrados em pacientes múltiplos, objeto de tratamento na prática clínica do pesquisador. Os demais, denominados indicadores secundários, também precisam ser identificados nos protocolos desses pacientes, porém não de forma tão rigorosa em termos quantitativos (Vaz, 1997).

Para que um paciente seja diagnosticado portador do transtorno psicótico da esquizofrenia, além de 100% dos indicadores obrigatórios (principais ou indispensáveis) citados, estima-se, neste trabalho, um percentual aproximado de 60% dos sinais típicos secundários para se estabelecer o diagnóstico diferencial dos quadros clínicos enfocados.

Essa estimativa baseou-se nos seguintes critérios: primeiro, em resultados de estudos referenciados por Vaz (1997), os quais constataram a presença de sinais típicos da esquizofrenia, ora semelhantes, ora diferentes, em pacientes submetidos ao Rorschach, sem distinção entre principais e secundários. Pelas referências de Vaz, Del Roncal (1940) encontrou doze sinais; Piotrowsky (1945), três; Bochner e Halpner (1945), três, e Klopfer et al. (1956), um. Desse total de 19 sinais, 13 ou 59,1% se encontram na tabela 4, entre os 22 observados pelo pesquisador em sua prática clínica, distribuídos também entre principais e secundários (respectivamente: 1, 2, 3, 5 e 7; 1, 4, 6, 8, 10, 11, 13 e 15). Segundo, tomou-se como referência 60% (59,1% dos primários e secundários constantes da tabela 4 arredondados) para aplicar apenas aos sinais secundários, como forma de prover os resultados da pesquisa empírica de maior margem de segurança. Considerou-se, então, que um mínimo de 60% de sinais típicos secundários deveriam ser encontrados nos referidos psicogramas, para se fechar o diagnóstico da esquizofrenia e do TDI.

Desta forma, para fins de diagnóstico diferencial nesta pesquisa, consideram-se os seguintes critérios para um paciente ser enquadrado no espectro da esquizofrenia, com base na Técnica de Rorschach e na entrevista clínica semiestruturada:

(1) percentual $\geq 80\%$ dos indicadores não dissociativos da tabela 3;

(2) percentual $\geq 10\%$ e $\leq 50\%$ do total de indicadores dissociativos da tabela 3;

(3) percentual $\leq 70\%$ do total geral de indicadores da tabela 3;

(4) 100% dos sinais típicos obrigatórios (principais ou indispensáveis) da tabela 4;

(5) percentual $\geq 60\%$ dos sinais típicos secundários da tabela 4 (9 indicadores ou mais);

(6) percentual $\geq 72\%$ (16 indicadores ou mais) do total (22) de sinais especificados da tabela 4.

Na experiência clínica do pesquisador, os critérios do Rorschach relativos ao TDI e à esquizofrenia são semelhantes, o que requer maior atenção dos profissionais, no sentido de evitar falhas diagnósticas. No entanto, um pormenor de fundamental importância pode corroborar o diagnóstico diferencial entre essas síndromes: o fator dissociativo, destacado nos retângulos das listas de enumeração dos critérios diagnósticos. Pacientes esquizofrênicos apresentam sintomas dissociativos, porém, em nível menor quando comparados a pacientes múltiplos

(Dell, 2002; Haddock, 2001; Putnam, 1989; Ross, 1989, Ross, 2004, Steinberg, 1994).

Neste estudo, para um paciente passar do espectro da esquizofrenia para o do TDI com uma margem de segurança significativa para fins de diagnóstico diferencial, atestou-se a existência dos seguintes critérios:

- (1) percentual $\geq 80\%$ dos indicadores não dissociativos da tabela 3;
- (2) percentual $\geq 85\%$ do total de indicadores dissociativos da tabela 3;
- (3) percentual $\geq 85\%$ do total geral de indicadores da tabela 3;
- (4) ocorrência de fenômenos dissociativos durante a aplicação do Rorschach;
- (5) 100% dos sinais típicos obrigatórios (principais ou indispensáveis) da tabela 4;
- (6) percentual $\geq 60\%$ dos sinais típicos secundários da tabela 4 (9 indicadores ou mais);
- (7) percentual $\geq 72\%$ (16 indicadores ou mais) do total (22) de sinais especificados da tabela 4.

Logicamente, não sendo possível o enquadramento de um paciente em nenhum dos dois quadros clínicos mencionados, sugere-se que ele seja portador de um transtorno com outra classificação nosológica.

4.3. Psicogramas de Rorschach

Tendo como foco os sinais típicos da esquizofrenia e do TDI, definidos na tabela 4, são apresentados, na forma tabular, os resultados dos psicogramas-Rorschach de cada um dos pacientes pesquisados.

Em seguida, são apresentados contextos de experiências traumáticas dos pacientes avaliados e faz-se um paralelo entre os resultados deste tópico com as informações contidas na tabela 3, para verificar a existência de falhas diagnósticas ou para confirmar se os diagnósticos diferenciais, previamente estabelecidos para cada um dos pacientes esquizofrênicos, estão em consonância com os critérios adotados nesta pesquisa.

As tabelas 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 contemplam os resultados dos pacientes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, respectivamente, identificados pela inicial P com o numeral correspondente, que representa a ordem da coleta. Eventuais diferenças, consideradas falhas de diagnóstico, serão verificadas.

Tabela 5: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P1

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo em várias pranchas seguidas, às vezes em todas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (às vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	X
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo	
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	12
Percentual de indicadores secundários →	80%
Percentagem geral de fatores observados →	86%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Tabela 6: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P2

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	
2- Críticas ao examinador.	
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (às vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC), ou, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação às CF (cor-forma) e às C (cor pura)].	X
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	12
Percentual de indicadores secundários →	80%
Percentagem geral de fatores observados →	86%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Tabela 7: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P3

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (às vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	11
Percentual de indicadores secundários →	73%
Percentagem geral de fatores observados →	81%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Tabela 8: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P4

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	
2- Críticas ao examinador.	
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (às vezes sexuais e bizarros).	
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	X
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	8
Percentual de indicadores secundários →	53%
Percentagem geral de fatores observados →	68%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Tabela 9: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P5

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	10
Percentual de indicadores secundários →	66%
Percentagem geral de fatores observados →	77%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Tabela 10: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P6

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	12
Percentual de indicadores secundários →	80%
Percentagem geral de fatores observados →	86%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Tabela 11: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P7

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	12
Percentual de indicadores secundários →	80%
Percentagem geral de fatores observados →	86%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Tabela 12: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P8

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	11
Percentual de indicadores secundários →	73%
Percentagem geral de fatores observados →	81%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Tabela 13: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P9

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	X
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	13
Percentual de indicadores secundários →	86%
Percentagem geral de fatores observados →	90%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

Tabela 14: Sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach – P10

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	X
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	13
Percentual de indicadores secundários →	86%
Percentagem geral de fatores observados →	90%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

4.4. Experiências traumáticas dos pacientes: aspectos proeminentes

A síntese de aspectos relevantes dos pacientes entrevistados tem como destaque vivências pessoais e processos traumáticos relatados por cada um deles. Trata-se de uma abertura ao mundo de suas vidas, carregadas de fenomenologias, que também podem ser interpretadas como experiências anômalas no curso de suas jornadas (Brett, 2002). Circunstâncias dessa natureza, algumas não transgressoras, podem contribuir para a ocorrência de falhas diagnósticas. Em certas ocasiões, manifestações desses fenômenos integram normas culturais ou religiosas que costumam não ser levadas em conta por especialistas. A par disso, com a finalidade de compor uma breve noção das condições dos pacientes na instituição em relação à família, foram obtidas, nesse local, informações quanto aos pacientes receberem ou não visitas de seus familiares.

As informações obtidas na entrevista são apresentadas com transcrições resumidas das falas dos pacientes. O pesquisador esteve atento à fidelidade da reprodução, na perspectiva do alerta de Turato (2003) quanto ao uso de palavras para manutenção de suas significações originais, eliminando substituições que, ocasionalmente, pudessem sugerir outros sentidos.

Paciente 1

Paciente do sexo masculino, 25 anos, e seu diagnóstico de esquizofrenia ocorreu quando ele tinha 17 anos. Conseguiu concluir o ensino médio, mas seu rendimento sempre foi insatisfatório. Relatou, com ênfase, que sua mãe se esquecia de buscá-lo ao final da tarde na creche (quando pequeno), fato que o deixava apavorado quando escurecia. Seu pai era violento, batia nele, na mãe e na irmã. Contou que não tem amigos nem quer tê-los; recebe visitas de familiares.

Disse que, muitas vezes, sente que seu corpo pertence a outra pessoa e que não gosta de ter essas impressões. Sem receios, afirmou apreciar o corpo humano, principalmente quando o assunto é de cunho sexual, com ênfase no aparelho reprodutor feminino. Resolveu deixar de ingerir carnes e comer mais vegetais para “purificações e virilidade”. Gosta do Santo Daime e da bebida chamada *ayahuasca*. Já fez uso de outras substâncias psicoativas e não consegue ficar sem seu “fiel parceiro”, o cigarro.

Quando falo com uma mulher, ouço comandos que ela vai ter apoderamento dos meus órgãos, do meu corpo! Isso acontece mesmo!

Você sabia que até consigo sentir o saboreio (sic) do orgasmo. Gostava somente de ser engraçado, um comediante para as meninas gostarem de mim. Mas, elas fugiam;

Algo esquisito relacionado com as coisas do maligno. Os invisíveis me atacam de noite e dizem que eu não sou eu. Dizem que não sou homem;

Ele pagará o preço! Às vezes penso em me matar, mas, quero viver até o final dos tempos, por causa da transformação do mundo e do combate dos malignos;

Amigos não são fieis, nem mulheres. Mas, eu queria ter mulheres por perto, para uma vida de excitado.

Paciente 2

Está com 38 anos, sexo masculino, e seu diagnóstico de esquizofrenia foi aos 24. Concluiu o ensino médio, porém, com rendimento escolar insatisfatório. Não conseguiu aceitar a separação de seus pais, que ocorreu quando tinha seis anos de idade. Viveu em união estável por alguns anos, tem um casal de filhos, mas não consegue manter uma relação saudável com eles, porque não é compreendido. Recebe visitas de familiares. Sempre foi muito tímido, com poucos amigos. Ideias suicidas são recorrentes em sua vida. Relatou que, em algumas ocasiões, sente-se fora do corpo, observando-se como se fosse outra pessoa ou sentindo irrealidades perante pessoas ou coisas.

Às vezes, saio de mim e me vejo. Mas, não sei explicar! Sou meio duplo. Acho que isto ocorre por causa da droga. Também sou perseguido. Você está ouvindo este barulho agora? Espera um pouco, doutor. Preciso ir fumar;

Não me sinto compreendido, nem gostado pelos meus filhos;

Ouçó pessoas rindo de mim, como se fosse escárnio. Sou temperamental e sei ficar bravo.

Paciente 3

Paciente do sexo feminino, com 32 anos, e o diagnóstico de esquizofrenia foi dado quando tinha 20 anos. Não conseguiu terminar o ensino médio. Sempre foi tímida, com poucas amigas. Recebe visitas normalmente. Fez uso de substâncias psicoativas ao longo da vida. É dependente de tabaco. Contou ser comum não se reconhecer ao se olhar no espelho e realçou o desejo de sua mãe de entregá-la a outra pessoa.

*Tenho medo de me olhar no espelho porque vejo vultos disformados (sic);
Também acho que fico com outra cara, mais velha;*

Minha mãe queria me dar para minha madrinha me criar. Ela sempre judiava de mim;

Quando eu era mais jovem uma pessoa tentou me estuprar. Mas, um cavalo apareceu correndo e assustou o homem que fugiu;

Tive um surto em casa e pedi para ser internada. Meu pai me levou. Pedi remédio para psicose se não me mataria;

Minha mãe me fazia como escrava. Ela já fez macumba pra mim, pra nada dá certo na minha vida, pra eu não casar;

Meu irmão morreu estrangulado e fiquei com medo dele voltar pra casa, porque ele aparecia de vez em quando pra mim lá no meu quarto.

Paciente 4

Paciente com 37 anos, sexo feminino, tendo sido diagnosticada com esquizofrenia aos 28 anos. Seu nível de escolaridade é superior incompleto, sem grandes problemas na evolução escolar-acadêmica. Nunca repetiu um ano escolar ou foi reprovada nas disciplinas que cursou na faculdade. Nunca fez uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas). Seus pais se separaram quando tinha seis anos de idade. Brigavam muito, com agressões (físicas e verbais) recíprocas na sua presença. Sentia-se isolada na infância, com complexos na adolescência. Recebe visitas na instituição. Foi assediada e seduzida no trabalho profissional. Era casada e passou a ser amante do chefe. Algum tempo depois, perturbou-se porque

foi rejeitada, desprezada e abandonada por ele. Afirma ter experiências dissociativas frequentes, tais como: sente que seu corpo não lhe pertence; não gosta de se olhar no espelho porque começa a enxergar outra pessoa; sente-se fora do corpo algumas vezes achando tudo estranho e irreal; às vezes, não percebe a passagem do tempo de forma regular; pessoas desconhecidas falam que ela tem outro nome daquele que diz ser seu nome-próprio; afirma que ouve vozes, que vê espíritos e que não gosta muito da convivência humana.

Tentei me suicidar com remédios. A angústia foi grande;

Quando isso ocorre não sou eu, sou a outra, aquela que era a amante dele;

Me vejo diferente, não sou loira e me vejo de cabelo amarelo;

Parece que voo;

Parece que nunca sei que dia é hoje;

Mas sou evangélica e sei que vou ficar boa.

Paciente 5

Paciente do sexo feminino, de 68 anos, com diagnóstico de esquizofrenia aos 40. Declarou que nunca teve problemas no contexto escolar ou acadêmico, tem nível superior. Foi abusada sexualmente e confessou ser uma pessoa de poucos amigos e passa a maior parte do tempo livre em casa, fechada no quarto. Recebe visitas. Nunca fez uso de drogas e relatou que, frequentemente, sente que: seu corpo não lhe pertence; muitas vezes se depara com roupas as quais não se lembra de ter vestido; tem medo de se olhar no espelho; algumas vezes consegue sair do próprio corpo e se percebe como sendo outra pessoa; é frequente se ver num lugar e não saber como chegou até lá; tem dificuldades em perceber a passagem do tempo (ex: hoje é segunda-feira e não se lembra de ter vivido o domingo); objetos novos aparecem nos pertences dela sem que ela os tenha comprado; pessoas desconhecidas vêm conversar com ela dizendo que a conhecem de outras ocasiões, com outro nome diferente do dela. Perguntou se o pesquisador sabia explicar isso.

Nunca tive problema no contexto escolar ou acadêmico. Tenho nível superior.

Também nunca fiz uso de drogas;

Fui abusada sexualmente por uma pessoa do núcleo familiar desde cedo. Ele suicidou-se quando eu tinha 20 anos;

Minha mãe me culpa por muitas coisas. Ela nunca me amparou em nada. Também nunca tive ninguém para me apoiar;

Às vezes sou consciente que meu corpo não é meu. Muito estranho!

Vejo também roupas no meu guarda-roupa que não são minhas.

Quando dou conta de mim estou noutra lugar, com outro vestido, um vestido que não é meu!

Às vezes fico gorda quando me vejo no espelho;

Às vezes, quando vou dormir, estou me vendo do teto! Muitas vezes, me deparo num lugar que não me recordo de ter ido;

Certa vez, na minha penteadeira tinha batons, esmaltes e pulseiras que não comprei e nem ganhei de ninguém;

Às vezes, acho que vou ficar louca ou que estou perdendo a memória. Tenho medo de isso acontecer.

Paciente 6

Paciente do sexo feminino, com 37 anos e foi diagnosticada aos 27. Desde a infância, apanhava muito da mãe (atualmente falecida) que lhe batia na região da coluna com um cabo de vassoura. Conseguiu concluir o ensino médio somente aos 25 anos. O rendimento escolar era insatisfatório, com dificuldades para compreender os assuntos. Seus irmãos foram morar no Japão para trabalhar e estudar. Seu pai quase não aparece para visitá-la. Teve somente um relacionamento afetivo que iniciou quando ela contava 18 anos. O namorado, dois anos mais velho, usava drogas e a convenceu para uso recreativo. Após dois anos de relacionamento, descobriu que ele era infiel. Alegou que seres do outro mundo revelaram essa “realidade” para ela, mostrando-lhe “filmes mentais reais” e comprometedores do rapaz com outras mulheres. Ficou profundamente entristecida e desolada. Cada vez mais, passou a ouvir vozes negativas e ver seres com feições desagradáveis que a incentivam ao abandono da vida. Contou um segredo: será levada para outro país.

Afirma que seu corpo, agora, é de propriedade alheia. Sente muita depressão e resolveu buscar alívio na bebida para viver.

Meu corpo é possuído por eles, que querem me matar. Não sei por que minha mãe não gostava de mim;

Ele me abandonou dizendo que eu estava louca;

Dizem que devo ficar agradecida aos reveladores da infidelidade dele. E, que, o melhor jeito é continuar internada, protegida, sem outro namorado. Do contrário, algo ruim vem comigo;

Serão raios e trovão. Serei levada para o Egito e, então...

Paciente 7

Tem 55 anos, sexo feminino, e seu diagnóstico de esquizofrenia ocorreu aos 27. Parou de estudar na 7ª série da fase ginásial. Relatou ter tido dificuldades de aprendizagem e que nunca gostou de estudar. Seus pais sempre disseram que “era muito burra”. Apanhava demasiadamente. Foi internada pela última vez por dois motivos graves: (1) tentou esganar uma criança que estava na casa da sua nora, levantando-a pelo pescoço e saindo correndo. Disse, posteriormente, que a interpretaram mal, pois estava somente querendo educá-la diante das travessuras que estava fazendo. Mais para o final da entrevista, “confiando” no pesquisador, revelou que, na verdade, teve que obedecer “ordens de pessoas que ninguém vê”; (2) abriu a válvula do botijão de gás da casa do filho, fechou portas e janelas. Queria incendiar o local, mas foi descoberta a tempo. Recebe visitas. Disse que, às vezes, estranha seu corpo e que, nessas horas, parece que ele não lhe pertence.

É como se o meu físico, fisiológico (não sei!), fosse do outro, daquele comandante.

Paciente 8

Paciente com 21 anos, sexo masculino, foi diagnosticado com esquizofrenia aos 16. Conseguiu concluir o ensino médio tendo muitas dificuldades na escola. Relatou ser fanático por vídeo-game, com foco em jogos de guerra. Disse querer fazer faculdade de Direito para se defender. Apanhou muito da mãe quando criança.

Segundo a psicóloga da instituição, há pouco tempo, ele manteve a mãe biológica em cárcere privado por três dias, agrediu-a com violência, física e psíquicamente: arrancou parte do couro cabeludo dela com as próprias mãos e comprometeu um de seus rins com socos violentos, insultou-a, depreciou-a e gritou-lhe improperios. Ele foi descoberto, denunciado pelos vizinhos, preso e internado. A genitora faleceu dias após o internamento em condição grave, sem conseguir se expressar e sair do estado de choque. O paciente afirmou sentir, às vezes, que seu corpo não lhe pertence. Nessas horas, apesar de consciente, sente-se manipulado por uma “força invisível” cuja origem não sabe explicar. Afirmou que ouve vozes de “comandos”, além de ver vultos muito feios, deformados, que os outros não enxergam.

Apesar de (sic) ser católico e não acreditar nestas coisas (força invisível);

Tenho hábito da reclusão, poucos amigos. Tive uma única namorada aos 16 anos. Mas, fui abandonado por ela por causa de opiniões diverdientes (sic). Ela não gostava que eu usasse drogas. Fiquei com muita raiva;

Porque mexe com as leis e preciso me defender de pessoas ruins e malvadas.

Paciente 9

Sexo masculino, 40 anos e foi diagnosticado com esquizofrenia aos 25. Concluiu o ensino médio, mas sempre com rendimento escolar insatisfatório. Disse ter sido abusado sexualmente quando criança. Recebe visitas na instituição. Aos 25 anos, apaixonou-se por uma mulher dez anos mais velha, que não o valorizou. Contou que, quando adulto, passou a ser ajudado por “vozes governantes”.

Ela me traiu várias vezes, também com mulheres. Depois disse que eu era um homem sem nada pra ela;

Às vezes saio do corpo e consigo ver coisas que só eu vejo. Com meus poderes me transformo no Nirceu (sic). Ninguém conhece ele;

Acho esquisito porque o mundo vira outro e tudo fica doidão. Meus pais e todas as pessoas não acreditam nas vozes;

Sou anormal porque tô internado, já tentei me matar, não gosto muito de gente, mas vou ser normal no futuro;

O problema é que gosto dos baseados e não quero parar porque quero ficar inteligente e possuir a Germânia de novo. Sou obcecado nela.

Paciente 10

Tem 52 anos e foi diagnosticado aos 30. Mencionou que conseguiu concluir o ensino médio de forma satisfatória, apesar das dificuldades em casa. Não quis prestar o vestibular; optou por seguir a carreira militar. Seus pais se separaram no final da sua adolescência. O genitor, que fazia uso crescente do álcool ao longo dos anos, tornou-se alcoólatra e começou a agredi-lo fisicamente, caso fizesse algo que ele considerava errado. O paciente também veio a ter problemas com o álcool. Várias vezes, chegou a entrar em coma alcoólico para fugir de seus problemas. Sente-se recluso, mas recebe visitas na instituição. Afirma ter experiências extracorpóreas; sai do próprio corpo e observa as outras pessoas como se fosse um mundo de sonhos. Não sabe explicar tal fenômeno que ocorre de forma intermitente. Pensou em se matar de várias formas (não quis entrar em detalhes).

Comecei a usar drogas com 18 anos (maconha, merla, crack, álcool, cigarro), por influência de amigos. Ainda não consegui parar algumas delas;

Estou internado pela décima vez!

Nunca tive uma namorada apesar da minha idade, mas não sou gay. Quero deixar isso bem claro ao senhor. Não tenho nenhum problema com isso. Entendeu?

Moro sozinho e com 30 anos comecei a ouvir vozes. Mas isso é por causa da esquizofrenia.

Tanto em relação às informações da anamnese (acima descritas) como à interpretação das pranchas de Rorschach, o pesquisador esteve atento ao alerta de Turato (2003, p. 360, 361) quanto à pesquisa qualitativa focar a atenção “no específico, no peculiar, no individual, buscando a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados.” Minayo (apud Turato, 2003, p. 361) reforça: “numa busca qualitativa, preocupemo-nos [...] mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão.”

4.5. Informações condensadas e articulações

A tabela 15 engloba os resultados condensados obtidos dos pacientes pesquisados em relação à presença de indicadores dissociativos e não-dissociativos, bem como os sinais típicos da esquizofrenia e do TDI no Rorschach, principais e secundários, tendo como parâmetro os percentuais adotados para a pesquisa.

A finalidade dessa tabela é proporcionar a visualização comparativa dos resultados individuais, de modo a se verificar mais claramente, entre os 10 pacientes investigados, falhas diagnósticas em relação aos critérios estabelecidos, as quais podem corresponder ou não a sintomas do TDI.

Tabela 15: Resultados condensados

Pacientes	Elementos da Anamnese (Tabela 3)			Elementos do Rorschach (dados da Tabela 4 e respectivas correspondências)		
	Indicadores Não Dissociativos (A)	Indicadores Dissociativos (B)	A + B	Indicadores Principais (C)	Indicadores Secundários (D)	C + D
1	100%	12%	65%	100%	80%	86%
2	100%	12%	65%	100%	80%	86%
3	100%	12%	65%	100%	73%	81%
4	83%	62%	75%	100%	53%	68%
5	83%	100%	90%	100%	66%	77%
6	100%	12%	65%	100%	80%	86%
7	100%	12%	65%	100%	80%	86%
8	100%	12%	65%	100%	73%	81%
9	100%	12%	65%	100%	86%	90%
10	91%	25%	65%	100%	86%	90%
Crítérios	≥ 80% (≥ 10 indicadores) = Esquizofrênico e Múltiplo	≥ 10% e ≤ 50% (de 1 a 4 indicadores) = Esquizofrênico ≥ 51% e ≤ 84% (de 5 a 6 indicadores) = Outro diagnóstico ≥ 85% (≥ 7 indicadores) = Múltiplo	Até 70% (Até 14 indicadores) = Esquizofrênico ≥ 71% e ≤ 84% (de 15 a 16 indicadores) = Outro diagnóstico ≥ 85% (≥ 17 indicadores) = Múltiplo	100% (todos os 7 indicadores indispensáveis) = Esquizofrênico e Múltiplo	≥ 60% (≥ 9 indicadores) = Esquizofrênico e Múltiplo	≥ 72% (≥ 16 indicadores) = Esquizofrênico e Múltiplo

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

De acordo com esses dados, verifica-se que os pacientes 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 e 10 enquadram-se no diagnóstico da esquizofrenia, segundo os elementos anamnésicos e os critérios do Método de Rorschach utilizados no estudo. Já em relação aos pacientes 4 e 5, há discrepâncias diagnósticas. Os sintomas do paciente 4 não correspondem aos da síndrome esquizofrênica, nem aos do TDI, sugerindo que seu transtorno pode se enquadrar em outra classificação nosológica, com características similares às dos transtornos enfocados neste estudo. Os resultados do paciente 5 permitem dizer que, pelos sintomas, ele se encontra no espectro dissociativo, com características do TDI. Em relação ao objetivo deste estudo, observam-se duas diferenças em termos de diagnóstico diferencial, conforme os critérios adotados nesta pesquisa.

De forma sucessiva, discutem-se os dados obtidos na pesquisa de campo, com foco no objetivo proposto para o estudo, qual seja, investigar, com base no

Método de Rorschach e em elementos anamnésicos, a prevalência do TDI em pacientes diagnosticados com esquizofrenia. Para tanto, primeiramente, são abordados os indicadores clínicos que caracterizam o diagnóstico diferencial de pacientes esquizofrênicos e de pacientes com TDI. Em seguida, são examinadas diferenças clínicas específicas que caracterizam tais transtornos, comparando os dados obtidos nas entrevistas e nos resultados do Rorschach com os aspectos teóricos encontrados na literatura nacional e na internacional destacada sobre os temas. Depois, discute-se o enquadramento dos psicogramas de pacientes esquizofrênicos no domínio do TDI e averigua-se a ocorrência de eventuais falhas no diagnóstico de esquizofrenia dos pacientes pesquisados, seguindo a conclusão sobre a prevalência do TDI em pacientes diagnosticados com esquizofrenia.

Em termos dos indicadores clínicos examinados, apurou-se a presença de idênticos parâmetros não-dissociativos entre os pacientes avaliados, diagnosticados com esquizofrenia. Como tais indicadores também integram o TDI, pela teoria levantada – mesmo sem haver pesquisas dessa natureza no âmbito nacional –, pode-se dizer que pacientes esquizofrênicos e pacientes com TDI têm alucinações, alterações no curso e no conteúdo do pensamento, delírios, dificuldades com as figuras parentais, esquiva social, emoções em desgoverno, ideação suicida, núcleo familiar disfuncional, escuta de vozes e labilidade afetiva. Elis, Caponigro e Kring (2013) citam ainda, na esquizofrenia: embotamento afetivo, pobreza de discurso, associabilidade – menor interesse, motivação ou vontade de estar com outras pessoas; anedonia, avolição.

No tocante aos fatores dissociativos investigados, foram verificados resultados discrepantes em termos quantitativos e qualitativos, demonstrando que pacientes esquizofrênicos apresentam características de dissociação patológica da consciência com grau significativamente menor que pacientes múltiplos.

A diferença clínica mais proeminente observada entre as duas síndromes estudadas relaciona-se, exclusivamente, à dissociação patológica da consciência. Equivale a dizer que o aspecto dissociativo representa um dos fatores, se não o maior deles, que confunde os especialistas e provoca falhas diagnósticas facilmente. Naturalmente, quando um paciente dissocia, suas realidades concreta e psíquica sofrem alterações. Em consequência, a atividade perceptiva, o funcionamento somático, as memórias, os hábitos e costumes, os conhecimentos ou uma

combinação de tudo isso podem ser interpretados como alucinação ou delírio. No entanto, tais interpretações podem não ser indicadoras de esquizofrenia, como algumas vezes ocorre. Segundo Freud (1923/1996) e Breuer, um mesmo indivíduo pode ter agrupamentos mentais relativamente independentes entre si, que aparecem espontânea e ocasionalmente; esses são descritos como exemplos de *double consciense*.

Várias explicações são encontradas na literatura para o fato de os pacientes dissociarem, e uma ou outra pode aplicar-se aos casos, de acordo com as circunstâncias. No caso de pacientes múltiplos, obrigatoriamente, há processos traumáticos no histórico de vida, sempre relacionados com a possibilidade de abuso sexual, rejeição, abandono ou desamparo a partir da infância.

Há, então, no TDI, uma relação significativa entre trauma e dissociação, ou seja, entre processos traumáticos e tendências à perda de contato com a realidade. Significa dizer que não há possibilidade de uma pessoa desenvolver o TDI sem a presença de fatores traumáticos reais geradores de dissociações patológicas (Lewis, Yeager, Swica, Pincus & Lewis, 1997; Putnam, 1989; Ross, 1989; Spiegel, 2015; Steinberg, 1994).

As dissociações foram evidenciadas nos resultados do Rorschach, além de serem um fator basilar na observação do pesquisador, já que o objetivo do trabalho teve como um de seus escopos a dissociação, especificamente o TDI. Pacientes esquizofrênicos não necessariamente sofrem processos dissociativos durante a aplicação do método. Por outro lado, sem exceções – conforme os resultados deste estudo –, pacientes múltiplos sempre dissociam durante a aplicação da técnica, em algum momento da aplicação.

Pode-se pensar que os estímulos eliciadores das pranchas do Rorschach desencadeiam processos inconscientes que acionam fatores traumáticos reais geradores de dissociações. Esses, por sua vez, fazem emergir *alters*, característica maior do TDI. A sequência dessa dinâmica ou encadeamento sucessivo – trauma real → dissociação patológica → emersão-imersão de personalidades alternativas – resulta na busca de um processo reverso (tratamento curativo) para o transtorno, alcançado com a integração dos fragmentos do eu e, conseqüentemente, fusão das personalidades dissociadas.

No que concerne ao enquadramento dos psicogramas de pacientes esquizofrênicos no domínio do TDI ou a sua prevalência – número de casos de TDI entre pacientes esquizofrênicos –, constatou-se a convergência de apenas uma ocorrência nos resultados obtidos: o paciente 5.

Esse caso denota, etiologicamente, fatores que devem estar presentes no indivíduo para ele desenvolver o TDI: ausência de carinho, de calma e de experiências restauradoras que não permitem à criança se recuperar de traumas; falhas significativas de proteção à criança contra traumas (Kluf, 1984); exposição da criança a um ambiente em que houve abuso imprevisível por parte dos pais ou responsáveis, causando uma predisposição ou capacidade para dissociar em situações de estresse; graves eventos traumáticos indicam o primeiro surgimento de dissociação como mecanismo de fuga da dor ou de enfrentamento do problema com outro *alter* (Braun, 1990); como violência externa, tem-se o abuso infantil, físico ou psíquico como fator etiológico determinante do desencadeamento do TDI (Hacking, 1995; Haddock, 2001; Putnam, 1989; Rich, 2005; Ross, 1989).

Trata-se de experiências muito graves que ocorrem na infância e ameaçam a estabilidade emocional, cognitiva e a segurança física do indivíduo. Pacientes com TDI manifestam sinais e sintomas como: experiências crônicas de equívocos de identidade, alterações no controle do corpo (Loewenstein, 1991; Van der Hart, 2012).

Porém, mesmo sem ser especificamente objetivo do trabalho verificar outros transtornos psicóticos, eventualmente confundidos com esquizofrenia em seu diagnóstico, não se pode deixar de registrar uma ocorrência nesse sentido: o paciente 4 apresentou resultados que não correspondem aos da síndrome esquizofrênica, nem aos do TDI. Sims (1988) afirma que a fenomenologia da experiência ou aspectos transpessoais podem se assemelhar ou representar sintomas de outros problemas psiquiátricos. Assim, o resultado do paciente 4 sugere que seu transtorno mental pode ser enquadrado em outra classificação nosológica, com características similares às dos transtornos enfocados na testagem objeto deste trabalho.

Com isso, resume-se que o diagnóstico diferencial de dois pacientes apresenta falhas, e que o fato de uma dessas falhas não apontar o TDI (objetivo deste trabalho) não torna o resultado menos importante. Isso porque o diagnóstico é

o ponto de partida para o tratamento e, conseqüentemente, a cura ou, ao menos, o controle da patologia. “Na fenomenologia importa menos acumular-se casos sem fim do que a visão interna, o mais possível completa, de casos particulares” (Jaspers, apud Turato, 2003, p. 359). Nesse sentido, vale sempre alertar sobre a questão de que nem sempre experiências ditas anômalas são psicóticas, além de poderem ter causas variadas. Por isso, devem ser investigadas profundamente para evitar falhas diagnósticas. Como exemplo, citam-se as alucinações que podem surgir em decorrência de diversos fatores, a saber: tumores, aneurismas, processos neurodegenerativos, processos toxicológicos, distúrbios metabólicos, derrames, doenças infecciosas, traumas psicológicos, experiências religiosas ou transpessoais.

Embora esta tese se volte de modo mais específico à área psiquiátrica, no que diz respeito ao diagnóstico da esquizofrenia, os efeitos desse diagnóstico, adequado ou não, são psicológicos e se reproduzem na vida pessoal, social e profissional do indivíduo. Cada área é autônoma, em termos psiquiátricos e psicológicos, porém, não devemos nos esquecer de que os efeitos de uma disciplina recaem sobre a outra.

5. CONCLUSÃO

No atual estágio em que se encontram a medicina – especificamente a psiquiatria – e a psicologia, cujos avanços, ainda que bastante reconhecidos, estão longe de alcançar consensos ou unanimidades em termos de diagnóstico em algumas patologias, torna-se mais evidente a necessidade de se buscarem elementos que possam diminuir a possibilidade de falhas diagnósticas e as respectivas consequências.

A psicopatologia é um campo bastante complexo e, na maioria dos casos, nem todas as suas intrincadas relações chegaram a ser identificadas a ponto de se diferenciá-las quanto ao surgimento, quanto ao conteúdo, quanto à dinâmica ou quanto ao tratamento. É quando sinais ou sintomas semelhantes se referem a patologias diferentes.

Sintomas semelhantes podem indicar duas ou três doenças e pode-se, de início, se chegar a mais de um diagnóstico, até que se conclua pelo definitivo. Isso não vai significar erro, mas sim que se chega a conclusões intermediárias nas etapas de investigação de um mesmo quadro. A tecnologia pode auxiliar a confirmação do diagnóstico, já que o médico trabalha com sistemas de reconhecimento, baseando-se em suposições daquilo que é estatisticamente provável em uma determinada situação. Mesmo assim, nem sempre um diagnóstico se confirma, sendo necessário voltar ao início e rever os dados para mudar o rumo da análise, para que o tratamento dê resultado ou algum exame confirme aquilo que o médico suspeita. Significa que o diagnóstico de patologias complexas requer, do médico, exames completos que representem uma profunda investigação. Além disso, não pode haver atitudes fechadas, como se ater a sintomas e sinais mais evidentes, mais difundidos, desprezando aspectos, como, questões relacionadas à vivência e à história do paciente.

No caso da esquizofrenia e do TDI, por serem transtornos crônicos, cujo diagnóstico pode ser equivocado, devido às características similares que apresentam, além de cuidadosa investigação, avaliações multidisciplinares são indicadas para se fazer o diagnóstico diferencial entre eles. Julgar que se trata de um ou de outro transtorno apenas por sinais e sintomas, como tende a acontecer na prática clínica da esquizofrenia, pode facilmente esbarrar na areia móvel das

transformações inesperadas, que muitas vezes revelam resultados e conseqüências equivocados.

No âmbito da psicologia, o teste de Rorschach tem seu uso referendado como metodologia segura, inclusive no que concerne ao estudo da dissociação patológica da consciência. No âmbito da psiquiatria, esse teste também referencia o diagnóstico, como instrumento peculiar e relevante. Casos em que o Método de Rorschach não possa ser aplicado – por falta de condições do paciente para se expressar verbalmente ou por acuidade visual insuficiente –, outro instrumento psicológico precisará ser utilizado no psicodiagnóstico, para suprir esta demanda ou carência. Situações dessa natureza não foram contempladas nesta pesquisa. Nesse particular, estudos adicionais e complementares são necessários, uma vez que situações com essas características requerem metodologia heterogênea.

No que diz respeito ao objetivo desta pesquisa, para fins de diagnóstico diferencial, entre os dez pacientes diagnosticados com esquizofrenia investigados, conclui-se que dois apresentam sintomas diferenciais aos da esquizofrenia, sendo que um deles apresenta sintomas dissociativos – resposta direta ao objetivo do trabalho.

Apesar desse resultado direto, não foi confirmada a prevalência do TDI entre pacientes esquizofrênicos. Mas independente do número, o resultado encontrado – um paciente com sintomas da multiplicidade – confirma a preocupação do pesquisador quanto à existência de diagnósticos equivocados entre os dois transtornos.

Nesse sentido, propõe-se, como forma de solução para se evitar a ocorrência de diagnósticos inadequados para pacientes esquizofrênicos, que seja elaborado, pelas duas áreas prioritariamente envolvidas, a psiquiatria e a psicologia, um protocolo de sinais, sintomas e/ou traços que possam diferenciar a esquizofrenia do TDI. Cabe considerar que, no diagnóstico, tais sintomas e sinais não devem se limitar à identificação de alguns pontos ditos fundamentais. Na esquizofrenia, a suposição de uma base genética e biológica tem um nexo de causalidade. Experiências adversas na infância são consideradas irrelevantes, e experiências estressantes ou traumáticas em adultos são vistas como forma de liberação de mecanismos subjacentes ao transtorno. Já o paradigma dominante dos distúrbios

dissociativos centra-se quase que exclusivamente em eventos traumáticos ou fatos significativos relacionados com os sintomas que uma pessoa experimenta.

Por isso, para o diagnóstico diferencial, tal protocolo precisa ser fruto de uma avaliação psiquiátrica detalhada, paralelamente a um psicodiagnóstico minucioso. Nesse protocolo, o Método Rorschach pode ser referendado no curso do processo, como um instrumento peculiar e relevante. Impreterivelmente, o fator dissociativo tem que estar presente, e a confluência dos indicadores, bem como o diferencial da dissociação ou do grau da patologia dissociativa, determinará o enquadramento dos pacientes em uma das síndromes abordadas neste estudo ou em nenhuma delas.

Como perspectiva futura, espera-se que esta pesquisa abra campo para novos estudos e também convide outros pesquisadores para investigações mais aprofundadas sobre o complexo mecanismo de reversão dos processos dissociativos, visando à diminuição de falhas diagnósticas. Comparações de quadros clínicos que apresentam critérios diagnósticos similares, além de outros assuntos fascinantes relacionados com as duas síndromes abordadas nesta tese, são temas pouco discutidos, mas de relevância reconhecida para a prática clínica.

Propõe-se, então, uma união mais harmônica e mais profunda entre essas duas áreas, realçando que não deve haver anulação da multidisciplinaridade em prol da inter. Mas que exista acréscimo, complementaridade e maior parceria entre a psiquiatria e a psicologia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. N., Salzano, F. T., Vasques, F., Cangelli Filho & R., & Cordás, T. A., Predeus, A. A. V., Azevedo, A. P., & Meleiro, A. M. A. S. (2006). *Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia: conhecer a doença*. Lisboa: Climepsi.
- Aguiar, C. C. T., Alves, C. D., Rodrigues, F. A. R., Barros, F. W. A., Sousa, F. C. F., Vasconcelos, S. M. M., & Macedo, D. S. (2010). Esquizofrenia: uma doença inflamatória? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 52-57.
- Almeida, A. M. (2004). *Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Almeida, O. P., Laranjeira, R., & Dratcu, L. (2010). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Amato, D., Beasley, C. L., Hahn, M. K., & Vernon, A. C. (2016). Neuroadaptations to antipsychotic drugs: Insights from pre-clinical and human post-mortem studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, pii: S0149-7634(15), 30334-1.
- Araújo, M. F. (2007). *Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. Psicologia teoria e prática*, v.9, n.2, São Paulo.
- Araújo, A. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais – O DMS-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Arzeno, M. E. G. (2003). *Psicodiagnóstico clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2003). *DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.
- Augras, M. (2004). *Teste de Rorschach. Atlas e dicionário*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Banzato, C. E. M. (2000). Sobre a distinção entre "critério" e "sintoma" na nosologia psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(3), 9-17.
- Barbier, R. (1985). *Noção de ciências humanas clínicas e as análises institucionais*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Barch, D. M., & Keefe, R. S. E. (2010). Anticipating DSM-5: Opportunities and Challenges for Cognition and Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 43-47.
- Barnett, J. H., Heron, J., Goldman, D., Jones, P. B., & Xu, K. (2009). Effects of catechol-O-methyltransferase on normal variation in the cognitive function of children. *The American Journal of Psychiatry*, 166(8), 909-916.
- Baucum, D. (2006). *E-Z 101 study keys pshycology*. New York: Barron's.
- Blasi, F. (2011). *Scissioni parallele l'estinzione della schizofrenia*. Napoli: Istituto Italiano Per Gli Studi Filosofici.
- Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Spiegel, D. (2014). Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: an empirically based approach. *Psychiatry*, 77(2), 169-189.
- Braun, B. G. (1990). Multiple personality disorder: an overview. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(11), 978-983.
- Bressan, R. A., & Daltio, C. S. (2012). Esquizofrenia. Mimeo. *Archives of General Psychiatry*, 69(5), 476-483.
- Brett, C. (2002). Spiritual experience and psychopathology: Dichotomy or interaction? *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 9(4), 373-380.
- Bruscato, W. L. (1998). Psicoterapia individual na esquizofrenia. In: Shirakawa, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl I), 56-58.
- Carretoni Filho, H., & Prebianchi, H. B. (1999). *Exame Clínico Psicológico (Anamnese)*. 2 ed. São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Chan, R. C., Xie, W., Geng, F. L., Wang, Y., Lui, S. S., Wang, C. Y., Yu, X., Cheung, E. F., & Rosenthal, R. (2016). Clinical Utility and Lifespan Profiling of Neurological Soft Signs in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 560-570.
- Cordeiro, Q., Silva, R. T., & Vallada, H. (2012). Association study between the rs165599 catechol-O-methyltransferase genetic polymorphism and schizophrenia in a Brazilian sample. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 70(12), 913-916.
- Cordioli, A. V. (2008). *O diagnóstico do paciente e a escolha da psicoterapia*. Em A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais* (p.88). Porto Alegre: Artmed.
- Cortizo, V., Rosa, A. A. M., Soriano, D. S., Takada, L. T., & Nitrini, R. (2005). Síndrome de Charles Bonnet: alucinações visuais em pacientes com doenças oculares. Relato de caso. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 68(1), 129-132.

- Crow, T. J. (1980). *Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? British Medical Journal*, 280(6207), 66-68.
- Dai, D., Wang, Y., Yuan, J., Zhou, X., Jiang, D., Li, J., Zhang, Y. Yin, H., & Duan, S. (2014). Meta-analyses of 10 polymorphisms associated with the risk of schizophrenia. *Biomedical Reports*, 2(5), 729-736.
- Dagalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2 ed. Porto Alegre: ArtMed.
- David, J. D. (1994). *The diagnosis of multiply personality disorder*. *Jefferson Journal of Psychiatry*, 12(1), 29-43.
- Definición de nosología*. (2015). Dicionário. Recuperado de <http://definicion.de/nosologia/> 2015.
- Dell, P. F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1), 10-15.
- Dell, P. F., & O'neil, A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New York: Routledge.
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Sar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 48(5), 402-417.
- Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 914-928.
- Fagerberg, T., Söderman, E., Gustavsson, J. P., Agartz, I., & Jönsson, E. G. (2016). Personality traits in established schizophrenia: aspects of usability and differences between patients and controls using the Swedish universities Scales of Personality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(6), 462-469.
- Faria, M. A. (2008). *O Teste de Pfister e o transtorno dissociativo de identidade*. Avaliação psicológica, v.7, n.3. Porto Alegre.
- Faria, M. A. (2013). *Impacto do trauma e dissociação da consciência na personalidade múltipla*. Brasília: Kiron.
- Fike, M. L. (1990). Clinical manifestations in persons with multiple personality disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(11), 984-990.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623-629.

- Fortes, M. G. G. B., Scheffer, M. L. S., & Kapczinski, N. S. (2007). Elementos indicativos de abuso sexual na infância obtidos pelo Método Rorschach. *Revista HCPA*, 27(3).
- Freud, S. (1996). *O inconsciente*. In J. Strachey (Ed. e Trans.), Edição *STANDARD* Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (Vol. XV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996). *O Ego e o ID*. In J. Strachey (Ed. e Trans.), Edição *STANDARD* Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Gentile, J. P., Dillon, K. S., & Gillig, P. M. (2013). Psychotherapy and Pharmacotherapy for patients with dissociative. *Innovations in Clinical of Neuroscience*, 10(2), 22-29.
- Gil, E. (1990). *United we Stand – A Book for People with Multiple Personality*. Royal Oak, MI: Launch Press.
- Gonçalves, M. T., Werner, J., & Neves, M. A. O. (2007). Clinical and neurodevelopmental features of schizophrenia in childhood and adolescence. *Revista Neurociências*, 15(1), 28-31.
- Gonçalves, M. (2011). *Psiquiatria na Prática Médica. O Diagnóstico em Psiquiatria - um ato médico*. Psychiatry on line Brasil. Part of The International Journal of Psychiatry, ISSN 1359 7620. Volume 21 - Outubro de 2016.
- Gottschalk, M. G., Sarnyai, Z., Guest, P. C., Harris, L. W., & Bahn, S. (2013). Estudos tradicionais de neuropsiquiatria e esquizofrenia: modelos animais genéticos e de neurodesenvolvimento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(1), 41-50.
- Hacking, I. (1995). *Múltipla personalidade e as ciências da memória*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Haddock, D. B. (2001). *Dissociative identity disorder. Sourcebook*. New York: McGraw-Hill.
- Howell, E. F. (2011). *Understanding and Treating dissociative identity disorder. A relational Approach*. New York: RBP.
- Huỳnh, C., Ngamini Ngui, A., Kairouz, S., Lesage, A., & Fleury, M. J. (2016). Factors associated with high use of general practitioner and psychiatrist services among patients attending an addiction rehabilitation center. *BMC Psychiatry*, 16, 1-13.
- Johann, R. V. O., & Vaz, C. E. (2006). Avaliação de aspectos cognitivos em homens portadores de esquizofrenia em tratamento com haloperidol ou clozapina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(3), 202-207.

- Kaplan, H., & Sadock, B. (1990). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre:Artes Médicas.
- Kluft, R. P. (1984). An introduction to multiple personality disorders. *Psychiatric Annals*, 14(1), 9-24.
- Kluft, R. P. (1991). Clinical presentations of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 605-629.
- Kluft, R. P. (2000). The psychoanalytic psychotherapy of Dissociative Identity Disorder in the context of trauma therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 259-286.
- Kumar, H. B. K., Castellani, C., Maiti, S., O'Reilly, R., & Singh, S.M. (2013). Search for missing schizophrenia genes will require a new developmental neurogenomic perspective. *Journal of Genetics*, 92(2), 335-340.
- Laing, R. D. (1978). *O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. 3 ed. Petrópolis: Vozes.
- Lakshmanan, M. N., Meier, S. L. C., Meier, R. S., & Lakshmanan, R. (2010). An archetype of the collaborative efforts of psychotherapy and psychopharmacology in successfully treating dissociative identity disorder with comorbid bipolar disorder. *Psychiatry*, 7(7), 33-37.
- Lewis, D. O., Yeager, C. A., Swica, Y., Pincus, J. H., & Lewis, M. (1997). Objective Documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1703-1710.
- Loewenstein, R. J. (1991). Multiple Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 721-740.
- Marek, M., & Mark, B. (2002). Mystical states or mystical life? Buddhist, christian, and hindu perspectives. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 9(4), 349-351.
- Mari, J., & Leitão, R. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 15-17.
- Marzanski, M., & Bratton, M. (2002). Psychopathological symptoms and religious experience: A critique of Jackson and Fulford. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 9(4), 359-371.
- Menezes Júnior, A., & Moreira-Almeida, A. (2009). O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol.36, no.2, São Paulo. Recuperado de www.scielo.br.
- Mok, P. L., Webb, R. T., Appleby, L., & Pedersen, C. B. (2016). Full spectrum of mental disorders linked with childhood residential mobility. *Journal of Psychiatric Research*, 78, 57-64.

- Moore, R. C., Viglione, D. J., Rosenfarb, I. S., Patterson, T. L., & Mausbach, B. T. (2013). Rorschach measures of cognition relate to everyday and social. *Psychology Assessment*, 25(1), 253-263.
- Moser, C. M., & Lobato, M. I., Belmonte-de-Abreu, P. (2005). Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria*, 27(3), 302-310.
- Moskowitz, A. (2011). Schizophrenia, trauma, dissociation, and scientific revolutions. *Journal of Trauma & Dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 12, 347–357.
- Negro Júnior, P. J., Palladino-Negro, P., & Louzã, M. R. (1999). Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(4), 1-24.
- Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. (2005). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Okano, K. (2015). [Clinical Handling of Patients with Dissociative Disorders]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 117(6), 399-412.
- Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R., & Júnior, A. C. S. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 309-316.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. *Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, M. G. (2013). *Epidemiologia. Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Postmes, L., Sno, H. N., Goedhart, S., Van der Stel, J., Heering, H. D., & de Haan, L. (2013). Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophrenia Research*. *Schizophrenia Research*, 152(1), 41-50.
- Pull, C. (2005). Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj, N. Sartorius (Orgs.), *Esquizofrenia* (13-70). Porto Alegre: Artmed.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W. (1991). Recent research on multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 489-502.
- Putnam, F. W. (1992). *Manual for the dissociative experiences scale*. New York: National Institute of Mental Health.
- Razzouk, D., Shirakawa, I., & Mari, J. J. (2000). Sistemas inteligentes no diagnóstico da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 22(Supl I), 35-37.

- Resende, A. C., & Argimon, I. I. (2011). A técnica de Rorschach e os critérios da CID-10 para o diagnóstico da esquizofrenia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 422-434.
- Rich, R. (2005). *Got Parts? An Insider's Guide to Managing Life Successfully with Dissociative Identity Disorder*. New York: Loving Healing Press.
- Rorschach, H. (1967). *Psicodiagnóstico*. São Paulo: Mestre Jou.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple Personality Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment*. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Ross, C. A. (2004). *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment*. New York: The Haworth Maltreatment & Trauma Press.
- Sacks, O. (2012). *A mente assombrada*. São Paulo: Schwarcz S.A.
- Sanches, M., Marques, A. P., Ortegosa, S., Freirias, A. Uchida, R., & Tamai, S. (2005). O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo? *Arquivos Médicos Hospitalares e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 50(1), 18-23.
- Scherer, Z. A. P., & Scherer, E. A. (2001). O doente mental crônico Internado: Uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4), 56-61.
- Schmitt, A., Reich-Erkelenz, D., Gebicke-Härter, P., & Falkai, P. (2013). Transcriptome studies in the context of disturbed connectivity in schizophrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(1), 10-15.
- Schreiber, F. R. (1973). *Sybil*. São Paulo: Nova Época Editorial.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (1992). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cultrix.
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 56-58.
- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia*, 17(4), 263-285.
- Silveira, L. F. B. (2005). Análise semiótica da diagnose médica. *Cognitio, São Paulo*. 6(1), 94-101.
- Sims, A. (1988). *Symptoms in the Mind*. London: Ballière Tindall.
- Smoller, J. W. (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. *Lancet*, 381(9875), 1371–1379.
- Spanos, N. P. (1994). Multiple Identity Enactments and Multiple Personality Disorder: A Sociocognitive Perspective. *Psychological Bulletin*, 116(1), 143-165.

- Spiegel, D. (2015). Dissociative identity disorder. Merck Manuals. Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA.
- Spiegel, D., Loewenstein, R., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. (2011). Dissociative Disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, E17–E45.
- Spira, J. L., & Yalom, I. D. (1996). *Treating Dissociative Identity Disorder*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Steele, K. (1989). Looking for answers: understanding multiple personality disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 27(8), 5-9.
- Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Talbot, J. A. (1988). Textbook of psychiatry. *American Psychiatric Press*.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Uchitel, M. (2004). *Neurose Traumática. Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vallada Filho, H., & Busatto Filho, G. (1996). Esquizofrenia. In: Almeida, P., Dractu, L, Laranjeira, R. (Orgs.) *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- van der Hart, O. (2012). The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(8458), 1-8.
- Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach. Teoria e Desempenho*. 3 ed. São Paulo: Manole.
- Vohringer, P. A., Barroilhet, S. A., Amerio, A., Reale, M. L., Alvear, K., Vergne, D., & Ghaemi, S. N. (2013). Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 4(87), 1-11.
- Yazigi, L., & Hisatugo, C. L. C. (2014). Estudo exploratório com indivíduos com depressão por meio do Rorschach, Sistema Compreensivo. Avaliação Psicológica – *International of Journal Psychology Assessment*, 13(2), 157-166.
- Yu, J., Ross, C. A., Keyes, B. B., Li, Y., Dai, Y., Zhang, T., Wang, L., Fan, Q., & Xiao, Z. (2010). Dissociative Disorders Among Chinese Inpatients Diagnosed with Schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 11(3), 358–372.
- Zanetti, A. C. G. Z., & Galera, S. A. F. (2007). O impacto da esquizofrenia para a família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(3), 385-392.

Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.

Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos*. São Paulo: Artmed.

Zuanazzi, A. C., & Ribeiro, R. L. (2016). Testes Projetivos na Avaliação Psicológica da Esquizofrenia: uma revisão da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*; uel.br.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto “Transtorno Dissociativo de Identidade e Esquizofrenia: uma investigação diagnóstica”. O objetivo desta pesquisa é investigar a prevalência do Transtorno Dissociativo de Identidade (Personalidade Múltipla) em pacientes diagnosticados com esquizofrenia – subtipo paranóide –, com base no Método de Rorschach. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome será mantido no mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A pesquisa tem como base um instrumento científico denominado Método de Rorschach e se justifica pela necessidade de distinções mais específicas relacionadas com os dois quadros clínicos em foco. Espera-se que os resultados esclareçam algumas confusões diagnósticas existentes e minimizem dificuldades vivenciadas pelos pacientes que sofrem desses transtornos. O(A) Senhor(a) também será entrevistado(a). O processo integral ocorrerá no Centro de Convivência e Atenção Psicossocial (Mansão Vida), no próprio local de sua internação. A entrevista e a aplicação do Rorschach serão feitas em duas etapas separadas, que poderão ocorrer no mesmo dia. Cada etapa terá a duração estimada de duas horas podendo variar para mais ou para menos a depender do seu ritmo. Havendo dificuldades emocionais temporárias, o(a) senhor(a) terá pronto atendimento psicológico de nossa parte, além de auxílio direto da equipe multidisciplinar da Mansão Vida. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão (ou participar de qualquer procedimento) que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para o psicólogo Marcello de Abreu Faria, doutorando da UnB, no celular 9908-7044, ou para a Dr(a). Vânia Maria Moraes Ferreira, professora da UnB, no telefone 8122-0005, no horário comercial. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

_____/_____ Nome do Paciente	_____/_____ Assinatura do Paciente
_____/_____ Nome do Responsável	_____/_____ Assinatura do Responsável
_____ Pesquisador Responsável - Nome e assinatura Brasília, ____ de _____ de _____.	

ANEXO 2

Protocolos-Rorschach ²

² As *Folhas de Localização* do Teste de Rorschach, publicadas pelo Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, foram escaneadas para fins acadêmicos neste trabalho. Trata-se de uma folha única, preenchida pelo paciente. Cada membro da banca de avaliação precisa de uma destas folhas para análise e apreciação crítica da pesquisa. As informações de identificação dos pacientes foram retiradas.

Protocolo-Rorschach

Paciente 1

Paciente 1: Gênero Masculino. Idade: 25 anos. Solteiro, brasileiro. Grau de instrução: Ensino Médio. Avaliado em agosto de 2014, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A - RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda:

PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada ao examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação		2ª Fase - Localização e Inquérito	
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
I	(1)	GE Um pulmão. PN PI	→ Uma imagem de Raio X, vendo internamente o corpo da pessoa. Tem uma substância que chama contraste para poder ver melhor de um lado e de outro. Essa linha está dividindo. → Essa divisão e o tamanho proporcional, tanto o direito quanto o esquerdo, a proporção do tamanho e aqui no centro a coluna [resposta adicional no inquérito] do desenho.
	(2)	Morcego, como se ele fosse uma nuvem que some. Aqui, continua parado. GD PN	→ As asas e a cabeça do morcego. Um morcego em movimento, voando, grande. → O fato de a cabeça e a asa... O formato da asa de um morcego. A asa não é de pássaro. É uma asa de morcego. [Olhou o que está sendo escrito].
	(3)	Uma aranha PI GD [Olhou o verso do cartão]	→ É uma aranha grande. Talvez venenosa e ela tá feroz, tá brava. Ela pode atacar. Ela tá armada para o ataque, como sofrendo uma ameaça igual cobra. A garra dela está aberta. → A garra, a parte da cabeça e as patas. [Passou o dedo na prancha]. É como se ela tivesse em ação, andando, ou em pé, em atividade.
II	(1)	Nesse aqui eu enxerguei como se fosse um órgão genital feminino. O senhor entendeu? GE PI; PN; PI Então se eu não vi mais nada! [Instruções repetidas pelo aplicador]. [Olhou o verso do cartão]	→ É um órgão que tá em processo de... que nem a Bíblia fala... o costume das mulheres... uma vez uma mulher estava escondendo uma imagem de escultura debaixo de um vestido. Aí o pai dela pediu para ela descer do animal para descobrir se ela estava escondendo ou não aquela imagem. Aí, a desculpa que ela disse foi... 'Não posso descer porque estou com o costume das mulheres'. O costume das mulheres se resume nisso, menstruando, vermelho. E, aqui, essa imagem está desse jeito! → Foi o formato da figura e a coloração no meio ajudou bastante. Um tá relacionado com o outro, a relação de um com o outro.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
III	(1)	PI PN; PI; PN É como se fosse a imagem de Raio X, interna do corpo humano. Talvez a mesma do anterior. [Olhou o verso do cartão]	→ Porque entendi bem claro que aqui era a parte que disse. Eu vejo a parte interna da figura. Não tem como eu entrar dentro da pessoa. A visão foi feita de um foco que não era possível ver a parte interna da figura. Porque eu vi dentro. Bateu direito. O Raio X serve para ver internamente a parte óssea e um detalhe dos órgãos sexuais. Eu entendi que isso aqui é uma perna [Resposta adicional]. São duas pernas [Resposta adicional], a esquerda e a direita. Quando vi que era perna compreendi que era a parte de dentro. Uma vez fui no médico e a doutora pediu o Raio X da face. Ela colocou no aparelho e viu se tá congestionado. Isso me ajudou a identificar.
IV	(1)	[Virou a prancha no verso]. Eu vejo o mesmo, o órgão feminino como se fosse ovário, do lado esquerdo e do lado direito. É isso aí! [Olhou o verso do cartão]	→ [Risos]. Ele tá no período de que... dá para enxergar claramente os ovários. Significa que a mulher tá fértil, no período que pode engravidar. Tá em repouso. → O formato. Aqui embaixo é a vagina, então consequentemente, aqui são os ovários.
V	(1)	É o seguinte... O que parece é a mesma coisa, com foco diferente. Talvez à distância. Mas, aqui, é o mesmo órgão feminino. Talvez ele esteja dilatado, ou aberto.	→ Agora ele tá sendo visto de... como se diz... <i>zoom</i> , aumentando. Uma distância maior. A mulher tá no período fértil. Pode ser o fato de abrir essa parte contra a outra, musculatura. Um contra o outro relaxa. → Aqui é a entrada. Pode ser a vagina. Aqui pode ser o ovário. Foi o desenho... o conjunto da imagem.
	(2)	Pássaro	→ Um pássaro que tá com a asa aberta e o bico [Resposta adicional] também aberto. Ele canta, pode ser na hora que ele tá emitindo um som. → A asa. [Olhou o que está sendo escrito pelo examinador].
	(3)	Lesma, tipo uma antena que a lesma tem. [Olhou o verso do cartão]	→ A lesma eu cortei. Ela tá... não tem como dizer. Só se eu inventar. Estou vendo ela como se fosse um Raio X. → As antenas.
VI	(1)	PI; PN; PI; PN; PI Você parece querer me deixar angustiado! [Crítica ao examinador]. Agora vejo talvez esse órgão feminino de uma criança não tão desenvolvida, ou de uma mulher no período menstrual. [Olhou o verso do cartão]	→ Parece que tá menor, ou pode ser de uma criança, ou de mulher adulta em repouso, numa fase fértil. Ele tá fechado, na forma natural. Os ovários não estão presentes. A ciência diz que o óvulo se locomove, sai no período... o que é a fase que o espermatozóide penetra, pode estar nesta fase. Entendi que quase todas as imagens que olhei são a mesma. Só que em outros movimentos da vida. → A forma.

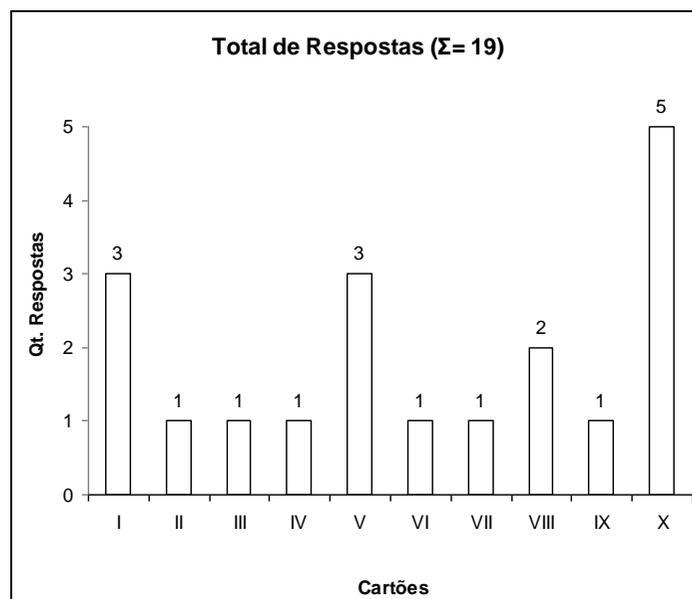
1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
VII	(1)	É o órgão feminino de novo. Mas... ou masculino! PI; PN [Olhou o verso do cartão]	→ Aqui a gente entende que é a perna [Reposta adicional]. Nessa imagem não dá para saber se é mulher ou homem. Dá para saber que é a parte íntima. Se isso aqui são duas pernas, isso aqui só pode ser a parte íntima da figura. → O desenho.
VIII	(1)	PI Agora uma cabeça, as partes responsáveis pelo sentido dessa pessoa. Devido à coloração colorida faz a diferença.	→ Ah! Não tem como. É uma imagem muito... ela não cabe detalhe e eu também não estudei tanto a respeito. Não sei qual parte está ativa. Parece que ele está secretando linfa, secreção nasal, pode ser isso! → Porque aqui vi o olho, dois olhos, aqui a parte lateral, aqui a parte nasal e as cores fez com que mostrasse que cada parte é diferente. Forma e cor. Isso é uma grande obra de arte, esse desenho.
	(2)	Face, olho, nariz, cavidade nasal, só a parte óssea. [Olhou o verso do cartão]	→ Mesma coisa! O redor dele tá envolto numa substância lubrificante. Tá concentrada, alguém dá uma instrução, um técnico de Raio X, e a pessoa fica parada. Se você se movimentar vai ter que repetir o Raio X. → A localização de cada órgão. O conjunto da obra. Isso aqui é o olho. Então, foi a inteligência que Deus me deu para eu perceber isso. Se isso é um olho, nariz, então, é uma face, na forma.
IX	(1)	PI Agora, um corpo todo com pulmões, rins, glândula na parte de cima, abaixo do pulmão, rins e a parte íntima, sistema excretor. [Olhou o verso do cartão]	→ Ele tá... a linfa... é como se fosse graxa. Essa substância impede a bactéria de entrar. Parece que estão se desmanchando, saindo, a substância que serve de proteção para o órgão da pessoa. Ele tá envolto por esta secreção para impedir a penetração da bactéria diretamente no órgão. Aí a inteligência do organismo da gente faz com que ela seja excretada involuntária ou não. → A coloração, as cores. Se tivesse tudo de uma cor só talvez não daria para identificar. O senhor não tinha algo melhor para fazer comigo [crítica ao examinador]
X	(1)	PI, PN Agora dá para ver claramente o esôfago. É isso aí!	→ Tá no momento em que o bicho tá engolindo alimento líquido. → O formato, o desenho, o <i>design</i> . [Perguntou novamente o que está sendo escrito].
	(2)	Dois pulmões de um bicho insólito.	→ Tá diminuindo. Pode ser que a respiração contraiu. Ele diminuiu. Tava maior antes e agora ele diminuiu por contraste. → A cor me ajudou. E, sangue, essa cor vermelha. O pulmão tá cheio de sangue telescopicamente [neologismo]. É bem médico isso!

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
	(3)	Traquéia.	→ Ela tá aumentada. Talvez para aumentar o ar ou sair o ar. Ou relacionado com alimentação da pessoa. Ela tá bem numa ligadura no meio final do esôfago. Ela pode tanto fechar ou abrir. Tem inteligência aí dentro, tipo uma máquina. E, na verdade, é uma máquina, é o corpo. → A cor. [Olhou o que está sendo escrito pelo examinador].
	(4)	Aqui tem cores: verde, vermelho, azul. É a parte íntima (pênis, vagina, ânus) responsável pela excreção. [Cor nomeada]. É isso aí!	Tem a ver com aqui em cima. É a mesma cor verde. Não tem como falar dela. Tá fechada. → O fato do corpo humano, a saída do corpo. O desenho. Foi o formato do desenho vi toda essa loucura!
	(5)	Mas, se a gente for olhar como um quadro de arte, isso aqui parece um ovo frito. Se for pegar a brincadeira da nuvem! [Olhou o verso do cartão]	→ Gema no meio e a clara, fritando. → A gema no meio e a clara envolta. As cores. Ovo mexido. Já misturou tudo porque a clara é branca.

* * *

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas (conteúdo do inquérito incluído)
I	3	0	1	3
II	1	0	0	1
III	1	0	0	1
IV	1	0	0	1
V	3	0	0	3
VI	1	0	0	1
VII	1	0	0	1
VIII	2	0	0	2
IX	1	0	0	1
X	5	0	0	5
Total	19	0 (≈ 0%)	1 (≈ 5%)	19 (≈ 100%)

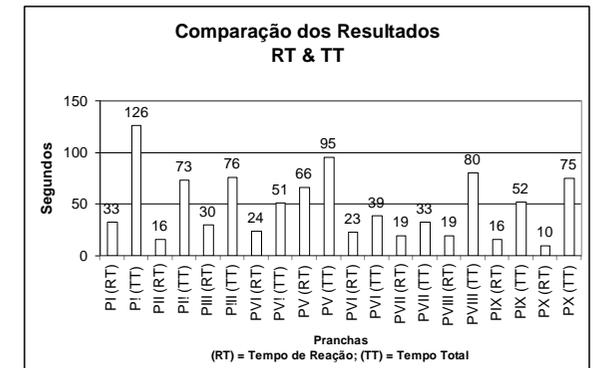
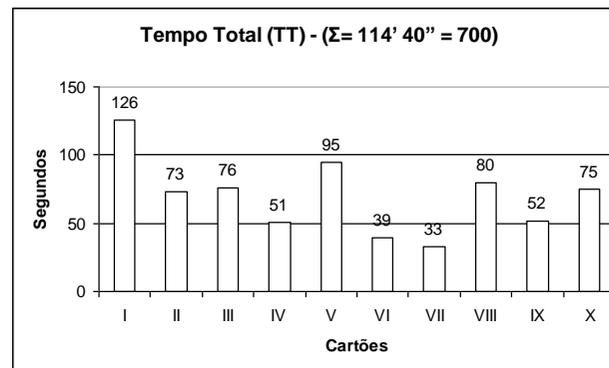
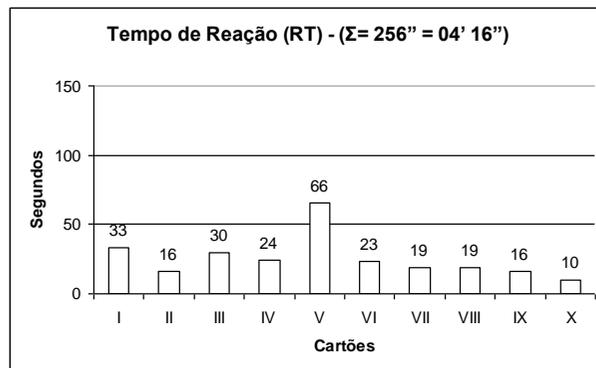


C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	33"	02' 06" = 126"
II	16"	01' 13" = 073"
III	30"	01' 16" = 076"
IV	24"	00' 51" = 051"
V	01' 06" = 66"	01' 35" = 095"
VI	23"	00' 39" = 039"
VII	19"	00' 33" = 033"
VIII	19"	01' 20" = 080"
IX	16"	00' 52" = 052"
X	10"	01' 15" = 075"
Total	256" = 04' 16"	11' 40" = 700"

MÉDIAS		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 91" = 01' 31"$ Média $\approx 18"$	$\Sigma = 356" = 05' 56"$ Média $\approx 71" = 01' 11"$
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 165" = 02' 45"$ Média = 33"	$\Sigma = 344" = 05' 44"$ Média $\approx 68" = 01' 08"$

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	D	F ⁻	Hd
	2	G	FM; F ⁻	A
	3	D	FM; F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	1	D	F ⁻ ; C	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	1	G	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	1	D	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	1	D	F ⁻	At
	2	G	FM; F ⁻	A
	3	D	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	1	D	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	1	D	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	1	D	F ⁻ ; C	Hd
	2	G	F ⁻	Hd

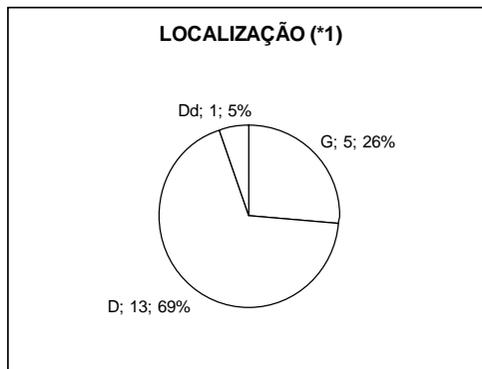
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IX	1	G	C	Hd

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	1	D	F ⁻ ; FM	A
	2	D	C; FM	At
	3	D	C'	At
	4	Dd	F ⁻	At
	5	D	C; m	Obj

F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

LOCALIZAÇÃO				
Prancha	G	D	Dd	Totais
I	1	2	0	3
II	0	1	0	1
III	1	0	0	1
IV	0	1	0	1
V	1	2	0	3
VI	0	1	0	1
VII	0	1	0	1
VIII	1	1	0	2
IX	1	0	0	1
X	0	4	1	5
Totais	5	13	1	19
Percentuais	≈ 26%	≈ 69%	≈ 5%	100 %

G - LOCALIZAÇÃO - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*;
- Dd = Resposta de *Detalhe Incomum* ou *Detalhe de Detalhe*;

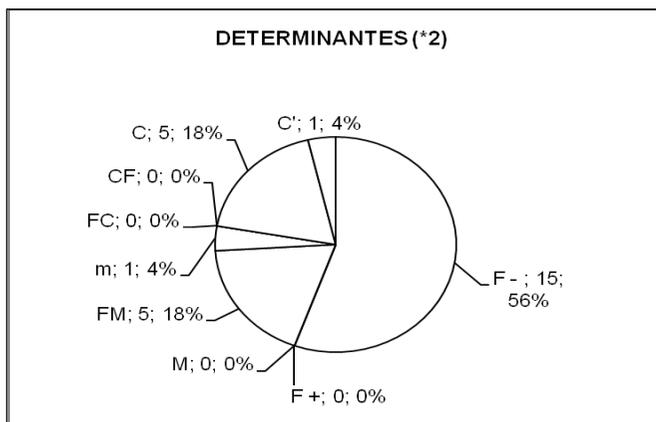
(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais - (Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Determinantes										
Prancha	F ⁻	F ⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	3	0	0	2	0	0	0	0	0	5
II	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
III	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V	3	0	0	1	0	0	0	0	0	4
VI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VIII	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
IX	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
X	2	0	0	2	1	0	0	2	1	8
Totais	15	0	0	5	1	0	0	5	1	27
Percentuais	56%	0%	0%	18%	4%	0%	0%	18%	4%	100%

I - DETERMINANTES - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)

Legenda:



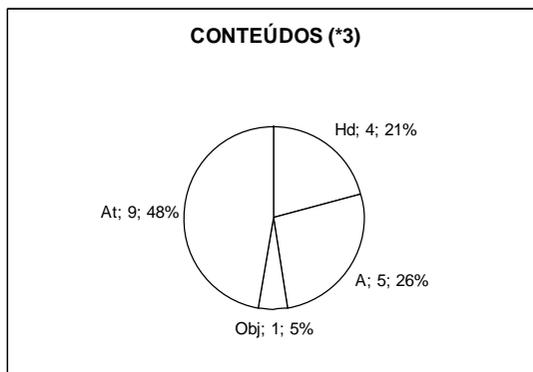
- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma;

(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

C o n t e ú d o s					
Prancha	Hd	A	Obj	At	Totais
I	1	2	0	0	3
II	0	0	0	1	1
III	0	0	0	1	1
IV	0	0	0	1	1
V	0	2	0	1	3
VI	0	0	0	1	1
VII	0	0	0	1	1
VIII	2	0	0	0	2
IX	1	0	0	0	1
X	0	1	1	3	5
Totais	4	5	1	9	19
Percentuais	≈ 21%	≈ 26%	≈ 5%	≈ 48%	100%

K - CONTEÚDOS (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda: ()**

Código	Conteúdo	Descrição
Hd	Detalhe humano	Detalhe ou parte humana, membros externos, exceto órgão sexual.
A	Animal	Quando o animal, na percepção do examinando, é visto por inteiro.
Obj	Objeto	Objetos comuns.
At	Anatômico	Anatômico, ossos ou órgãos internos ao corpo humano ou animal.

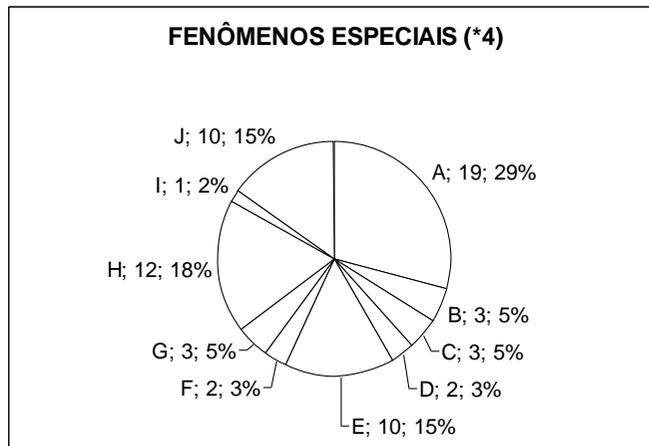
(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

(**) Retirado de Vaz (1997, pp. 50-51)

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais											
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totais
I	3	1	1	0	1	0	0	0	0	1	7
II	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4
III	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	7
IV	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	4
V	3	0	0	0	1	1	0	1	0	1	7
VI	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	6
VII	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	4
VIII	2	0	0	0	1	0	0	2	0	1	6
IX	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	6
X	5	0	1	0	1	1	0	4	1	1	14
Totais	19	3	3	2	10	2	3	12	1	10	65
Percentuais	≈ 29%	≈ 5%	≈ 5%	≈ 3%	≈ 15%	≈ 3%	≈ 5%	≈ 18%	≈ 2%	≈ 15%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	D
III	G
VIII	D; G
IX	G
X	D; D; D; Dd; D

→ Sucessão Assistemática.

Pranchas Acromáticas	Localização
I	D; G; D
IV	D
V	D; G; D
VI	D
VII	D

→ Sucessão Assistemática.

Todas as Pranchas	Localização
I	D; G; D
II	D
III	G
IV	D
V	D; G; D
VI	D
VII	D
VIII	D; G
IX	G
X	D; D; D; Dd; D

→ Sucessão Assistemática.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

Resultados: Paciente 1

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X

11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	X
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	12
Percentual de indicadores secundários →	80%
Percentagem geral de fatores observados →	86%

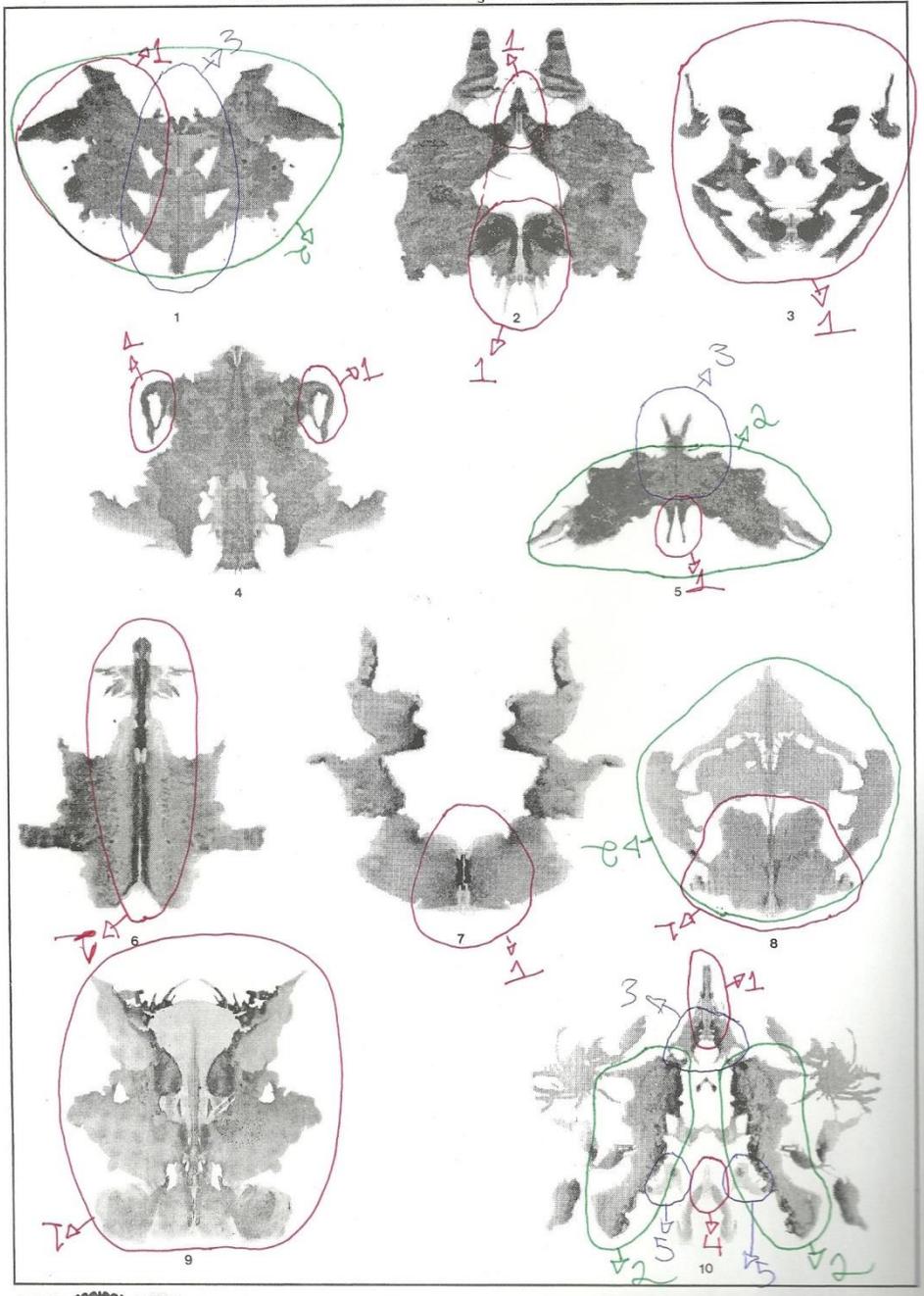
* * *

Observação1: O "Paciente 1", diagnosticado com o CID F.20.0, apresenta indicadores clínicos da esquizofrenia no Rorschach. Podemos registrar que o diagnóstico se confirma como Esquizofrenia.

Observação2: Não ocorreu fenômenos dissociativos com o "Paciente 1" durante a aplicação do Teste de Roschach.

* * *

FOLHA DE LOCALIZAÇÃO RORSCHACH



Paciente 1

Protocolo-Rorschach

Paciente 2

Paciente 2: Gênero Masculino. Idade: 38 anos. Solteiro, brasileiro. Grau de instrução: Ensino Médio. Avaliado em agosto de 2014, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A - RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda:

PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada ao examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação		2ª Fase - Localização e Inquérito	
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
I	(1)	É para falar o que estou percebendo né! [Como quiser]. Eu vejo, assim, numa primeira impressão, como se fosse um morcego. PI [Olhou o verso do cartão]	Eu me lembro logo depois da separação dos meus pais, eu, minha mãe e meus irmãos fomos morar com meu avô e minha avó numa chácara. Logo que nós chegamos para conhecer a chácara, o local onde a gente ia morar tinha morcego lá. E isso ficou na minha lembrança. → Ele tá atacando, na posição de ataque. → As asas; o corpo de morcego; a posição.
	(2)	Eu vejo alguém sentado, um homem sentado, olhando de frente. Sentado de frente olhando para mim. GE PN	→ Um homem que tem muito poder. Tá sentado numa posição de autoridade. → Os pés, as pernas, o tronco, os braços, as mãos. A forma do corpo.
	(3)	Lembra, assim, uma vagina.	É um tabu! Mas, foi à forma deu ver os grandes lábios, os labiozitos [neologismo]. Dr. Sou tímido para isso! Só vi mesmo. Prazer!
II	(1)	A primeira impressão, devido a cor vermelha, não agradou aos olhos não. Mas, eu vejo duas mãos em forma de oração.	→ Na hora que olhei o vermelho levei aquele susto. Depois eu vi as mãos em oração. O vermelho me pareceu sangue. Por isso, as mãos estão orando. → Foi o vermelho.
	(2)	Um pulmão pessoal. Tá parecendo um pulmão particular. PI Essa eu não consigo ficar olhando muito tempo não. [Olhou o verso do cartão]	→ Me pareceu um pulmão. Depois que eu vi as mãos em oração fiquei mais tranquilo para olhar para o vermelho. Aí observei aqui que esse vermelho [de baixo]... lembra a forma de um pulmão desequilibrado, distrafeito [neologismo]. O pulmão me lembra que eu tenho que ter domínio próprio em relação a cigarro. E, como tem uma parte cinza e uma parte vermelha, é como se ele fosse pulmão de fumante, 50% meio lá e 50% meio cá, mais ou menos saudável. Tenho problema de asma e ainda sou tabagista! → A forma.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
III	(1)	Parece um casal unidos pelo coração. Estão sendo abençoados por Deus. Mas, é um casal de mulheres. PI	→ Não há problema nenhum nisso! Aqui é como se fosse o sangue derramado por Jesus no Calvário. Elas estão unidas pelo coração. → Foi o perfil do rosto e o perfil do corpo mostrando os seios.
	(2)	Nessa posição, já assim, parece um besouro. GE PN PI [Olhou no verso da prancha]. É isso!	→ Na infância eu gostava muito de brincar com os animais, até mesmo com besouro. Para mim tá igualzinho um besouro. Brincava, pegava o besouro na mão. Ele é bonitinho. Ele tá no chão, no cantinho dele. → Os olhos e as patas.
IV	(1)	Parece um gigante bem alto olhando para cima, parado. Como se eu tivesse olhando para cima e vendo um gigante bem alto. PI	→ O tamanho dos pés em primeiro lugar. Aí, fui subindo e vendo o formato do corpo como se fosse gigante, muito alto.
	(2)	De cabeça para baixo parece uma bruxa, aquele inseto, mariposa-bruxa. GE GD. Pronto!	→ É uma mariposa. Ela pousou! → Mas, foram as posições das asas e o aspecto. Ela não é tão formosa quanto uma borboleta. O que me chamou atenção foram as asas.
V	(1)	Isso aqui, um morcego mais nítido do que o primeiro morcego que vi. PI É! Ficou uma saudade do primeiro morcego. Esse tá mais bonito.	→ Esse morceguinho é amistoso, simpático. Tá voando. → As posições das asas, das antenas, as patinhas. [Olhou o verso do cartão]
VI	(1)	Isso aqui parece que estou sobrevoando um rio muito profundo. Esse sobrevôo é no sentido oposto, do delta para a nascente. PI	→ Foi o efeito, como se tivesse algo profundo [efeito de profundidade]. O efeito da imagem sugere uma certa profundidade. Imaginei como se fosse um sobrevôo por cima de um rio, que não tem vida.
	(2)	Dois semelhantes separados. Como se fosse... não sei se é uma pessoa ou... mas, é uma pessoa. Parece, assim, faraó. Separação de dois faraós. Não sei se eu soube me expressar bem.	→ Pelo mesmo efeito de profundidade, sugere que tá um de costas para o outro. → Esse efeito sugeriu uma separação. Completamente opostos, como se um fosse para uma direção e outro fosse para outra direção [sinalizou movimento de separação]. Eles estão muito em comum, mas, estão discordando. Como se fosse indo embora, um para cada direção.

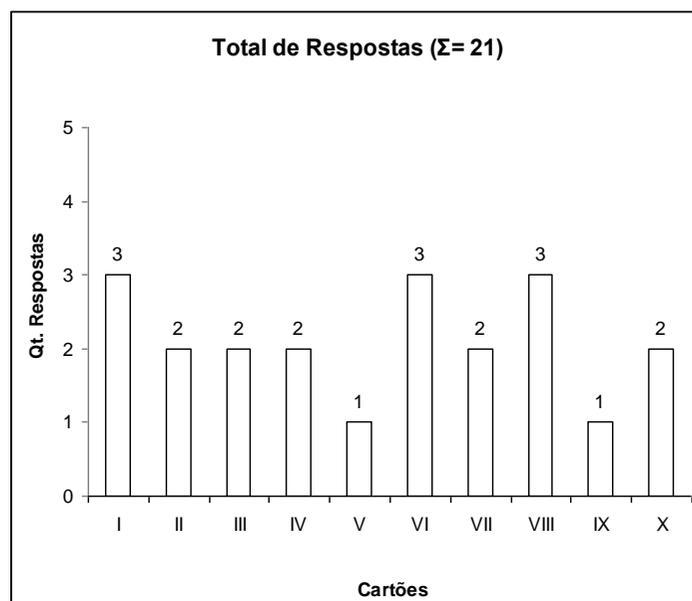
1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
	(3)	Me veio a idéia do Mar Vermelho. [Olhou no verso da prancha].	→ Foi a minha própria imaginação. A Bíblia conta a história. E, por eu ter visto o faraó discordando, a minha imaginação desse rio é como se fosse a abertura do Mar Vermelho e a libertação. → As lembranças que tenho do Mar Vermelho, a claridade da figura. É como se o Mar tivesse aberto!
VII	(1)	Parece duas mulheres de frente uma para outra. Talvez, até dançando. PI	→ Elas pareceram duas personagens de desenho animado da minha infância. A posição da mão. [Olhou o verso do cartão]
	(2)	A impressão que eu tenho é que são áreas do cérebro que estão desenhadas. Como se fosse um exame, a fotografia de um exame cerebral. Dr. Eu queria te pedir licença para ir ao banheiro, e beber uma água. Eu sou tabagista e também preciso fumar. [Como quiser. Voltou, seis minutos após, com cheiro forte de cigarro].	→ É uma lembrança que tu tive, psicanalista. O doutor Juli [um médico que tratou o paciente] me mostrou o exame do Spect Cerebral, me mostrando que o uso de drogas gera danos cerebrais. Bati o olho e vi. O retrato do exame, da figura que ele me mostrou lembrou! [Quis olhar, e perguntou sobre, o que está sendo escrito pelo examinador].
VIII	(1)	Vejo dois ursos. PI	→ Eles estão lutando pela sobrevivência. → Eu vi o corpo, as patas, o focinho.
	(2)	Não sei se é porque tenho um exame cerebral marcado para amanhã... entendo que são resultados de exames cerebrais, como se eu tivesse de posse de um cérebro que tivesse com algumas áreas com mais atividade cerebral, outras com menos. É bem alegre essa figura, colorida!	→ É como se fosse aqui o lobo frontal, o córtex cerebral da figura, o formato. [Quis olhar, e perguntou sobre, o que está sendo escrito pelo examinador].
	(3)	Dá impressão de ser um Mapa de Brasília, Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul. É isso!	→ A forma. [Olhou o verso do cartão].

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
IX	(1)	Essa deu uma dorzinha de cabeça! PI Ah! Sim. É uma rosa. Espero tirar nota 10! [No resultado do teste]. Risos.	→ É uma rosa. Antes mesmo de chegar aqui para fazer esse teste eu já vinha pensando que quero dar uma flor para minha mãe. Um kit de rosas para minha mãe. Vim percebendo o tanto que meus pais são importantes para mim, principalmente, minha mãe. Ela [a rosa] tem vigor, alegria e é muito linda. → Aqui é como se fosse o talo; aqui as pétalas rosas e as folhas verdes. O laranja não consigo identificar. Mas, foi o formato da rosa que fez eu ver ela na figura.
X	(1)	Vejo como se fosse uma obra de arte de alguém com muita alegria. Tem muitas cores, tem azul, tem amarelo, tem verde. PI	→ Uma obra de arte contemporânea, moderna. Blz [= Beleza; neologismo]. Nossa! Eu gostei. O formato.
	(2)	Doutor! [Sim]. Parece eu mesmo desabrochando com meu Anjo da Guarda.	→ [Ficou movimentando os dedos polegares rapidamente, um entre o outro, num movimento circular]. A primeira coisa que eu reparei foram os olhos. Depois, é como se fosse uma flor se abrindo e a figura de um anjo alado, que denominei o meu Anjo da Guarda. O anjo como se fosse na mente ou na retaguarda, me guardando, dos dois lados. Ele tá bem a postos, se mostrando bem presente. Graças a Deus. → O desenho.

* * *

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

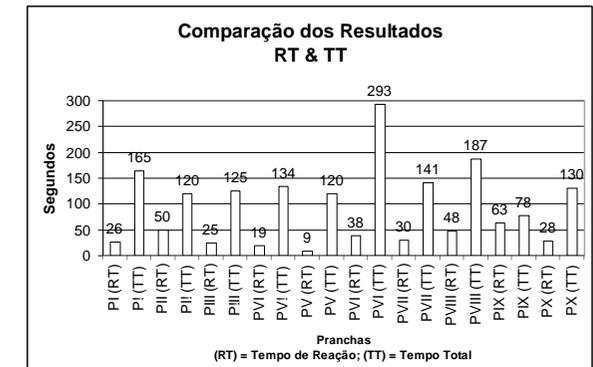
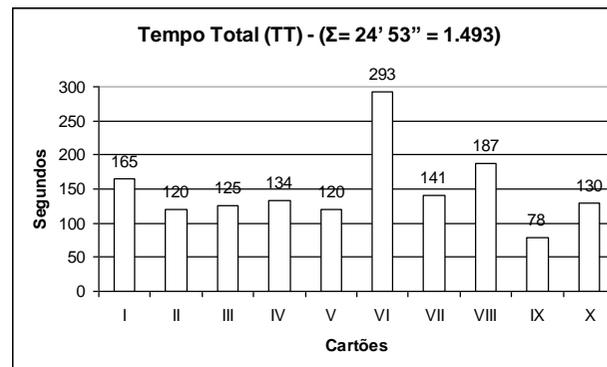
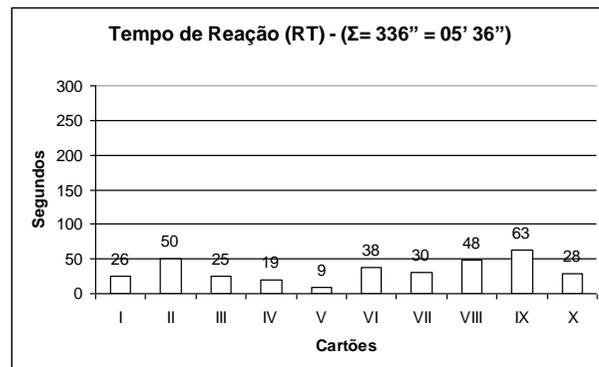
Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas (conteúdo do inquérito incluído)
I	3	0	1	3
II	2	0	0	2
III	2	0	0	1
IV	2	0	1	1
V	1	0	1	1
VI	3	0	0	3
VII	2	0	0	1
VIII	3	1	0	1
IX	1	0	0	1
X	2	0	0	1
Total	21	1 (≈ 5%)	3 (≈ 14%)	15 (≈ 71%)



C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	26''	02' 45'' = 165''
II	50''	02' = 120''
III	25''	02' 05'' = 125''
IV	19''	02' 14'' = 134''
V	09''	02' = 120''
VI	38''	04' 53'' = 293''
VII	30''	02' 21'' = 141''
VIII	48''	03' 07'' = 187''
IX	01' 03'' = 63''	01' 18'' = 078''
X	28''	02' 10'' = 130''
Total	336'' = 05' 36''	24' 53'' = 1.493''
MÉDIAS		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 214'' = 03' 34''$ Média = 42''	$\Sigma = 640'' = 10' 40''$ Média = 128'' = 02' 08''
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 122''$ Média = 24''	$\Sigma = 853'' = 14' 13''$ Média = 170'' = 02' 50''

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	D	FM; F ⁻	A
	2	G	F ⁻	H
	3	Do	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	1	Do	C	Hd
	2	D	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	1	D	F ⁻	H
	2	D	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	1	D	F ⁻	(H)
	2	D	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	1	G	FM; F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	1	D	F ⁻	Nat
	2	D	M; F ⁻	H
	3	Dd	m; F ⁻	Geo

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	1	G	M; F ⁻	H
	2	G	F ⁻	Obj Radiográfico

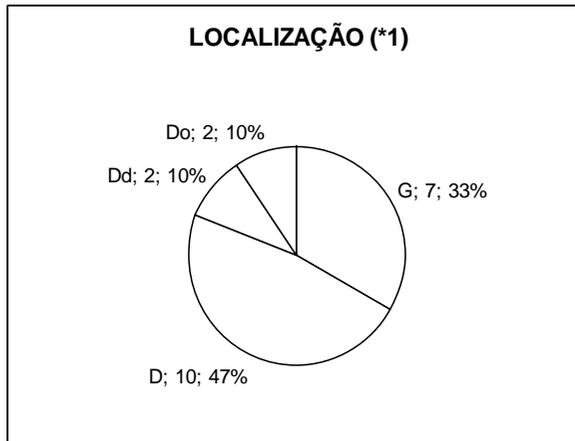
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	1	D	FM; F+	A
	2	G	F ⁻	Hd
	3	D	F ⁻	Geo

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IX	1	Dd	C	Pl

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	1	G	C	Art
	2	G	F ⁻	Hd

F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

LOCALIZAÇÃO					
Prancha	G	D	Dd	Do	Totais
I	1	1	0	1	3
II	0	1	0	1	2
III	0	2	0	0	2
IV	0	2	0	0	2
V	1	0	0	0	1
VI	0	2	1	0	3
VII	2	0	0	0	2
VIII	1	2	0	0	3
IX	0	0	1	0	1
X	2	0	0	0	2
Totais	7	10	2	2	21
Percentuais	≈ 33%	≈ 47%	≈ 10%	≈ 10%	100 %



Legenda:

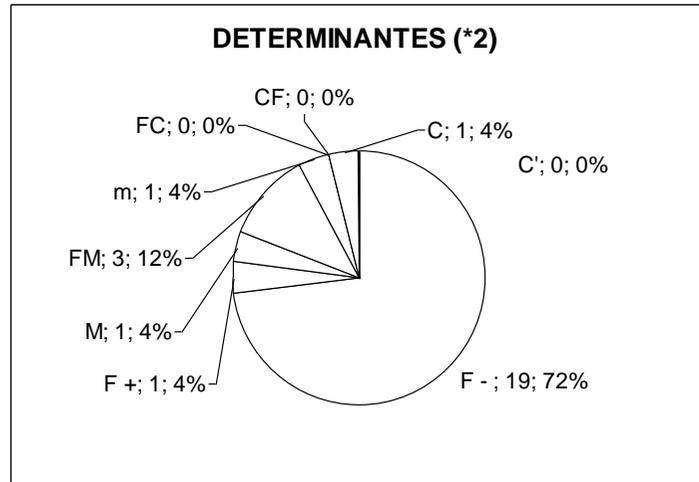
- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*;
- Dd = Resposta de *Detalhe Incomum* ou *Detalhe de Detalhe*;
- Do = Resposta *Detalhe oligofrênico* ou *inibitório*.

(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

D e t e r m i n a n t e s										
Prancha	F⁻	F⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	3	0	0	1	0	0	0	0	0	4
II	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
III	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
IV	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
V	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
VI	3	0	0	0	1	0	0	0	0	4
VII	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
VIII	2	1	0	1	0	0	0	0	0	4
IX	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
X	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Totais	19	1	1	3	1	0	0	1	0	26
Percentuais	72%	4%	4%	12%	4%	0%	0%	4%	0%	100%

I - DETERMINANTES - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

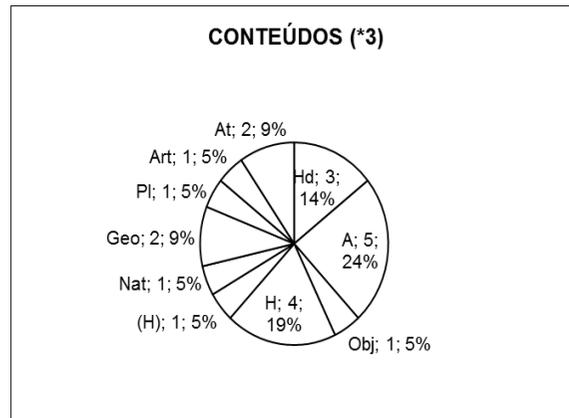
- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma;

(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

**J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)**

CONTEÚDOS											
Prancha	Hd	A	Obj	H	(H)	Nat	Geo	Pl	Art	At	Totais
I	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3
II	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
III	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
IV	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
V	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VI	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3
VII	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
VIII	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
IX	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
X	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Totais	3	5	1	4	1	1	2	1	1	2	21
Percentuais	≈ 14%	≈ 24%	≈ 5%	≈ 19%	≈ 5%	≈ 5%	≈ 9%	≈ 5%	≈ 5%	≈ 9%	100%

K – CONTEÚDOS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



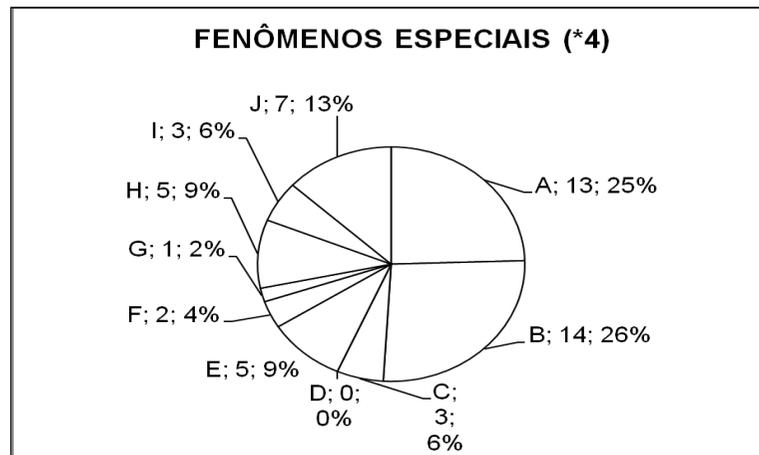
(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

(**) Conteúdo retirado do Livro “O Rorschach - Teoria e Desempenho”, de Cícero E. Vaz, páginas 50 e 51.

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais											
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totais
I	2	3	1	0	1	0	0	0	0	1	8
II	2	1	0	0	1	0	0	0	1	2	7
III	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
IV	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
V	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4
VI	3	2	0	0	0	0	0	2	0	0	7
VII	0	2	0	0	1	1	0	1	0	1	6
VIII	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	7
IX	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4
X	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Totais	13	14	3	0	5	2	1	5	3	7	53
Percentuais	≈ 25%	≈ 26%	≈ 6%	≈ 0%	≈ 9%	≈ 4%	≈ 2%	≈ 9%	≈ 6%	≈ 13%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos e quantitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	Do; D
III	D; D
VIII	D; G; D
IX	Dd
X	G; G

→ Sucessão Assistemática.

Pranchas Acromáticas	Localização
I	D; G; Do
IV	D; D
V	G
VI	D; D; Dd
VII	G; G

→ Sucessão Assistemática.

Todas as Pranchas	Localização
I	D; G; Do
II	Do; D
III	D; D
IV	D; D
V	G
VI	D; D; Dd
VII	G; G
VIII	D; G; D
IX	Dd
X	G; G

→ Sucessão Assistemática.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

Resultados: Paciente 2

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	
2- Críticas ao examinador.	
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X

11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	X
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	12
Percentual de indicadores secundários →	80%
Percentagem geral de fatores observados →	86%

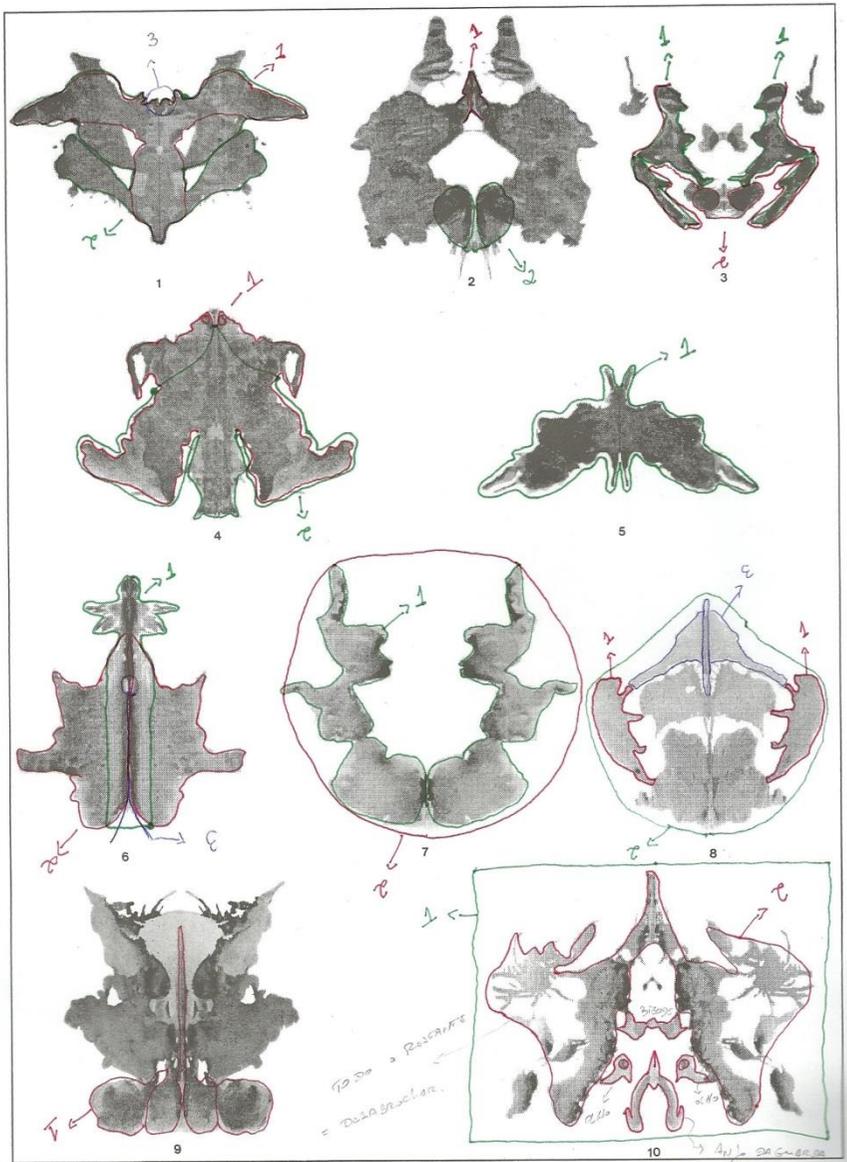
* * *

Observação1: O "Paciente 2", diagnosticado com o CID F.20.0, apresenta indicadores clínicos da esquizofrenia no Rorschach. Podemos registrar que o diagnóstico se confirma como Esquizofrenia.

Observação2: Não ocorreu fenômenos dissociativos com o "Paciente 2" durante a aplicação do Teste de Roschach.

* * *

FOLHA DE LOCALIZAÇÃO RORSCHACH



Paciente 2

Protocolo-Rorschach

Paciente 3

Paciente 3: **Gênero Feminino**. Nascida em 18/01/1981. Solteira, brasiliense. Grau de instrução: Ensino Fundamental II. Avaliada em setembro de 2014, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A - RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda:

PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada a examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação		2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?
I	(1)	Um bicho; parece um bichinho daqueles desenho de cara de quase um formato de um bicho; esses desenho animados. [Olhou escrita do examinador].
		<p>→ Esse bicho é feio, diferente, tem outras características. Dá medo, sente medo de olhar para ele. Sente pânico. É feio. Cara de mau. É um bicho que eu nunca vi na vida... De querer fazer o mal para as pessoas. Nojento. Ele agride. Ele vai para cima das pessoas. Quer matar, destruir, tipo um boneco que faz o mal. Ele tá representando isso para mim quando eu olho para ele. Mas, ele tá parado, imexível [neologismo] no meio da figura. A posição no meio.</p> <p>→ Recordações feias. Só me recordo coisas feias, ruins quando vejo fotos de pessoas que já morreram. Não gosto de ver. Por exemplo, meu irmão já morreu. Não gosto de ir para o cemitério no dia de finados. Eu tinha medo. Não gosto. A cara de mal do bicho. O desenho. [Olhou verso do cartão].</p>
II	(2)	PI, PN, PI, PN, PI É muito jogo de cabeça! PN, PI, PN, PI, PN Tô tentando identificar! Esse aqui é um... é um desenho sem sentido! Uma figura sem sentido. Não tô conseguindo identificar. Faz assim, faz assim [gira a prancha ora para PI, ora para PN] e não faz sentido. Não tô conseguindo identificar! Ou, pode ser um... PI, PN Para mim é um tigre. Pensei que eu era burra.
		<p>→ O tigre é violento, cruel. Ele é cheio de garras, cheio de pelos, dentes afiados. Ele come gente. Ele é violento. Ele tá sugando sangue.</p> <p>→ Foi a minha visão. Foi uma criatividade da visão. O retrato do tigre. O desenho da figura. [Olhou verso do cartão].</p>

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
III	(3)	Acho que é uma pirâmide.	→ A pirâmide, uma pirâmide igual a pirâmide da Esplanada. Uma pirâmide que tem... central que tem... localizada com os efeitos arredondados, preto de lado, a bola em cima, do lado ela caída, parada embaixo, caída embaixo também. No meio vermelho e ao seu lado direito e esquerdo detalhe vermelho. → Foi a figura central dela, o desenho.
	(4)	Tigela.	→ É o formato que tem uma tigela sobre a mesa, central da tigela. Como uma tigela de inox. [Olhou escrita do examinador].
IV	(5)	É estranha! Um tronco de uma árvore.	→ Isso aqui é um tronco de árvore espalhado, quebrado. Um pelo meio, um de um lado e outro de outro lado. → A figura. [Olhou verso do cartão].
V	(6)	Aqui é um grilo. [Olhou escrita do examinador].	→ É um grilo que é livre e solto. É uma visão dele que tive nessa figura. Ele tá livre e solto, que eu vi no meio da figura. Ele tá flutuando. → A visão do olho. O animal. O formato.
VI	(7)	Que bicho é esse! PI PN PI PN Uma borboleta.	→ Essa borboleta tá dispenada [neologismo], coitada! Dispenada. Dispenada não... é... ela tá dispenada... tô com a visão... não dá para entender... ela tá com poucas penas, indebilizada. Tá numa figura, num plano vazio, no meio, sem pena, sem a formação dela, sem estrutura. → A posição da figura, no meio. A figura.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
VII	(8)	Vou ter que retomar minha vida ano que vem. Fazer faculdade, viajar, descansar a cabeça. PI PN PI PN PI PN É o encontro de duas imagens, reflexão de duas imagens, duas pessoas.	→ Tive uma lesão no braço direito. Por isso escrevo assim! Duas imagens que... dois rostos se encontrando um no outro. Uma pessoa se encontrando uma através da outra. Mas, depois tão paradas! → A figura. [Olhou verso do cartão].
VIII	(9)	Tá parecendo uma roupa indiana. Também tem a questão da reflexão da visão. Eu acho que é isso. [Olhou escrita do examinador].	→ Tem muitas cores. Ela é uma figura de roupa indiana porque está no desenho de roupa indiana... O outro lado da figura, feita pelo desenhista, a pessoa que desenha.[Você nem facilita nada nessas figuras]. → A figura, a forma dela.
IX	(10)	PI PN Isso aqui é... uma pintura de um violão com as partes de lado pintada, coloridas.	→ Tá parecendo mais um violão de cabeça para baixo, parado. → A forma do violão tá no meio e as pinturas coloridas tão de lado. A visão. Foi o desenho. [Olhou verso do cartão].
X	(11)	Meu sonho era fazer faculdade na Católica. Sempre não dava. É muito difícil fazer! Isso aqui é uma pintura livre.	→ Isso aqui é uma pintura livre, paisagem monuntânea, infralegal [neologismo], de diversas criatividadees. Ela e expelida de criatividade, de lado, de frente, de costa, de trás. Aí, vem reta, vem do alto, de cima. → Foi o quadro dela. A imagem que ela apresenta.

* * *

Técnica Auxiliar:

Preferidas: II, III, VIII, IX, X

Preteridas: I, IV, V, VI, VII

Critério utilizado pela paciente:

“É questão de gosto! Porque aquelas lá [preteridas] me chamou menos atenção. A primeira [Prancha I] não gostei! Foi a que menos gostei. Meu critério foi as cores, a harmonia das cores. Essas aqui [preteridas] não tem cor, é obscura, não tem cor. E também elas são desenhos diferentes dessas [preferidas]. Essas [preferidas] são vivas, alegres, maravilhosas. Dá mais sentido a vida.”

[De todas as pranchas, qual a que mais gostou: E, qual a que menos gostou?]

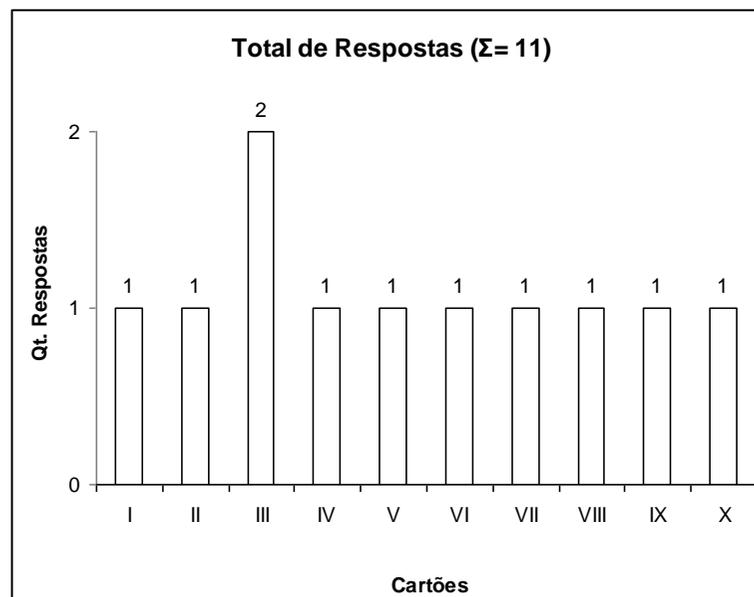
Mais gostou = X

Menos gostou = I

* * *

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

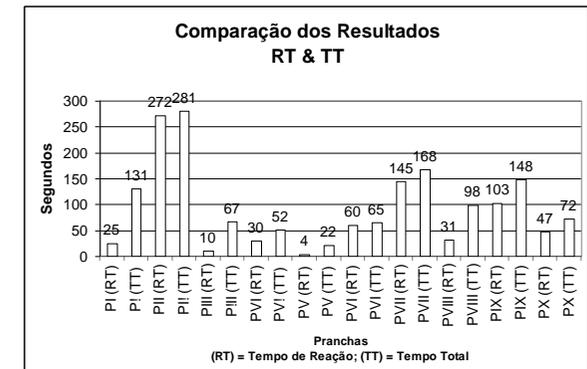
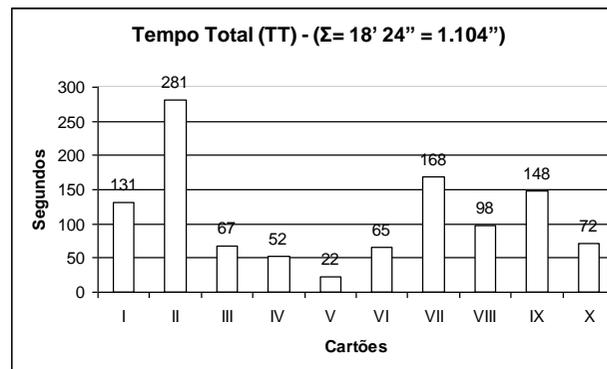
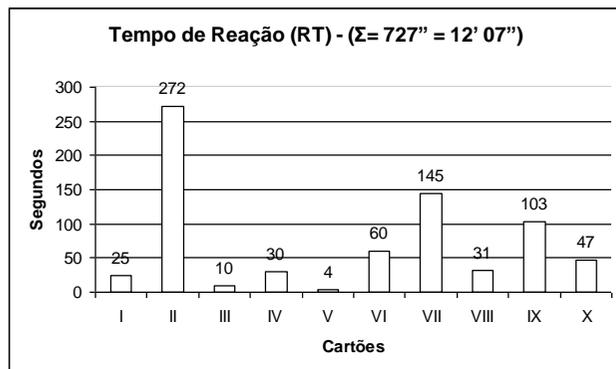
Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas (conteúdo do inquérito incluído)
I	1	0	0	1
II	1	0	1	1
III	2	0	0	2
IV	1	0	0	1
V	1	0	0	1
VI	1	0	0	1
VII	1	0	0	1
VIII	1	0	0	1
IX	1	0	0	0
X	1	0	0	1
Total	11	0 (≈ 0%)	1 (≈ 9%)	10 (≈ 91%)



C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	025''	02' 11'' = 131''
II	272''	04' 41'' = 281''
III	010''	01' 07'' = 067''
IV	030''	00' 52'' = 052''
V	004''	00' 22'' = 022''
VI	060''	01' 05'' = 065''
VII	145''	02' 48'' = 168''
VIII	031''	01' 38'' = 098''
IX	103''	02' 28'' = 148''
X	047''	01' 12'' = 072''
Total	727'' = 12' 07''	1.104'' = 18' 24''
MÉDIAS		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 463'' = 07' 43''$ Média = 92''	$\Sigma = 666'' = 11' 06''$ Média = 133'' = 02' 13''
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 264'' = 04' 24''$ Média = 52''	$\Sigma = 438'' = 07' 18''$ Média = 87'' = 01' 27''

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	G	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	1	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	1	G	F ⁻	Arq
	2	D	F ⁻	Obj

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	1	G	F ⁻	Pl

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	1	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	1	G	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	1	G	F ⁻	H

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	1	G	F ⁻	Hobj

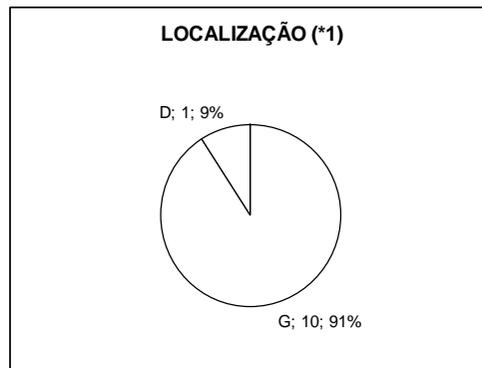
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
XI	1	G	FC ⁻	Art

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	1	G	F ⁻	Art

F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

LOCALIZAÇÃO			
Prancha	G	D	Totais
I	1	0	1
II	1	0	1
III	1	1	2
IV	1	0	1
V	1	0	1
VI	1	0	1
VII	1	0	1
VIII	1	0	1
IX	1	0	1
X	1	0	1
Totais	10	1	11
Percentuais	≈ 91%	≈ 9%	100 %

G - LOCALIZAÇÃO - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

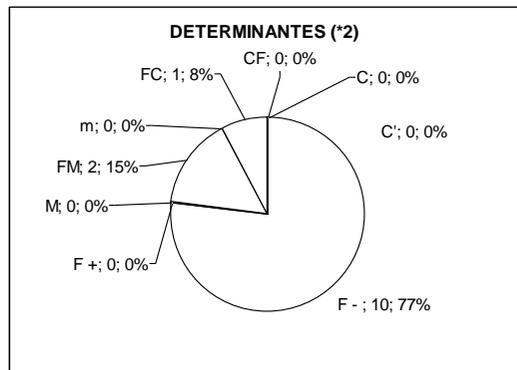
- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*.

(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

**H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)**

D e t e r m i n a n t e s										
Prancha	F⁻	F⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
II	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
III	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
IV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
VI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VIII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IX	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
X	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totais	10	0	0	2	0	1	0	0	0	13
Percentuais	77%	0%	0%	15%	0%	8%	0%	0%	0%	100%

I - DETERMINANTES - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma;

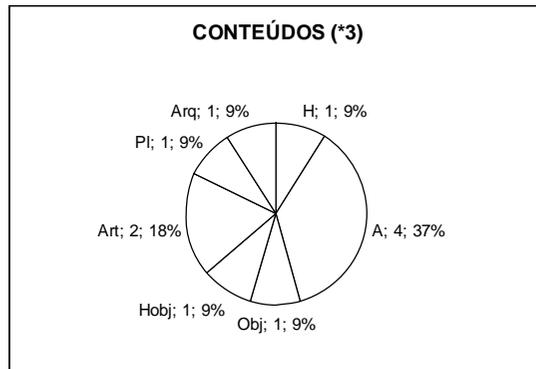
(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

CONTEÚDOS								
Prancha	H	A	Obj	Hobj	Art	Pl	Arq	Totais
I	0	1	0	0	0	0	0	1
II	0	1	0	0	0	0	0	1
III	0	0	1	0	0	0	1	2
IV	0	0	0	0	0	1	0	1
V	0	1	0	0	0	0	0	1
VI	0	1	0	0	0	0	0	1
VII	1	0	0	0	0	0	0	1
VIII	0	0	0	1	0	0	0	1
IX	0	0	0	0	1	0	0	1
X	0	0	0	0	1	0	0	1
Totais	1	4	1	1	2	1	1	11
Percentuais	≈ 9%	≈ 37%	≈ 9%	≈ 9%	≈ 18%	≈ 9%	≈ 9%	≈ 100%

K - CONTEÚDOS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)

Legenda: (**)



Classificação	Conteúdo	Descrição
H	Humano	Quando o examinando diz que está vendo uma pessoa inteira.
A	Animal	Quando o animal, na percepção do examinando, é visto por inteiro.
Obj	Objeto	Objetos comuns.
Hobj	Objeto humano	Objeto para uso pessoal.
Art	Arte	Qualquer conteúdo de natureza artística.
Pl	Planta	Planta, partes da planta.
Arq	Arquitetura	O que estiver diretamente relacionado com arquitetura.

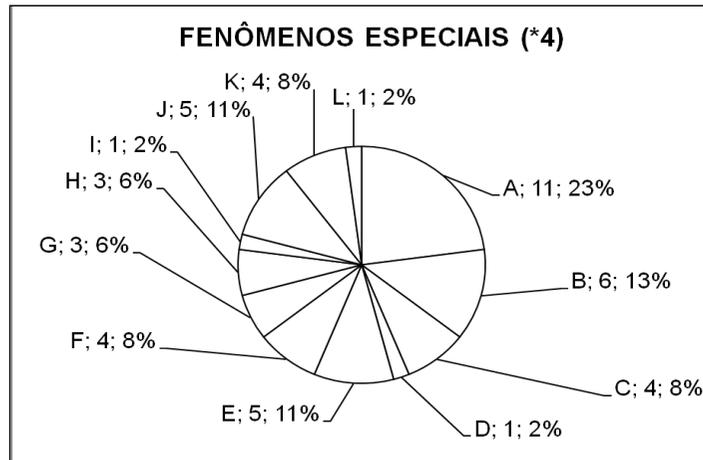
(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

(**) Conteúdo retirado do Livro "O Rorschach - Teoria e Desempenho", de Cícero E. Vaz, páginas 50 e 51.

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais													
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	Totais
I	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	6
II	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	6
III	2	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	7
IV	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4
V	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
VI	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	6
VII	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	6
VIII	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4
IX	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4
X	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Totais	11	6	4	1	5	4	3	3	1	5	4	1	48
Percentuais	≈ 23%	≈ 13%	≈ 8%	≈ 2%	≈ 11%	≈ 8%	≈ 6%	≈ 6%	≈ 2%	≈ 11%	≈ 8%	≈ 2%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques;
- K = Simetria;
- L = Mutilação.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos e quantitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	G
III	G; D
VIII	G
IX	G
X	G

→ Sucessão Rígida.

Pranchas Acromáticas	Localização
I	G
IV	G
V	G
VI	G
VII	G

→ Sucessão Rígida.

Todas as Pranchas	Localização
I	G
II	G
III	G; D
IV	G
V	G
VI	G
VII	G
VIII	G
IX	G
X	G

→ Sucessão Rígida e Ordenada.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

Resultados: Paciente 3

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	

11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	11
Percentual de indicadores secundários →	73%
Percentagem geral de fatores observados →	81%

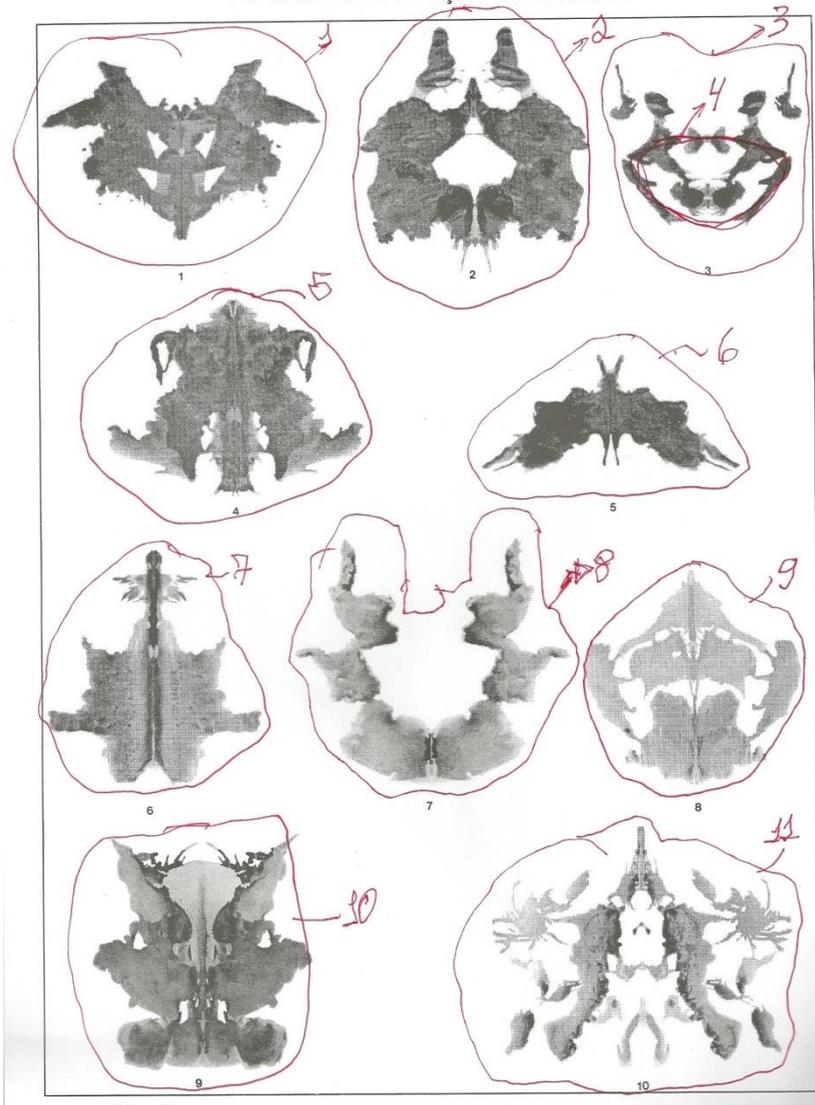
* * *

Observação1: A "Paciente 3", diagnosticada com o CID F.20.0, apresenta indicadores clínicos da esquizofrenia no Rorschach. Podemos registrar que o diagnóstico se confirma como Esquizofrenia.

Observação2: Não ocorreu fenômenos dissociativos com a "Paciente 3" durante a aplicação do Roschach.

* * *

FOLHA DE LOCALIZAÇÃO RORSCHACH



Paciente 3

Protocolo-Rorschach

Paciente 4

Paciente 4: Gênero Feminino. Nascida em 02/04/1977. Separada. Brasiliense. Grau de instrução: Superior incompleto. Avaliada em agosto de 2014, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A – RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda:

PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada ao examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação		2ª Fase - Localização e Inquérito	
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
I	(1)	Eu vejo um morcego. PI [Descrevendo] Um traço no meio e é bilateral; os dois traços são iguais. PN [Instruções iniciais repetidas].	→ Bom! Ele é sombrio. Não é uma figura muito alegre. É uma figura sombria de um animal que não é visto com bons olhos. É um pouco assustador. É só o que eu consigo ver. [Pensando por um período relativamente longo]. Ele tá acordado, tá voando. → A forma geométrica das asas, o centro, o corpo parecendo um morcego, a figura num todo lembrou um morcego.
II	(1)	[Descrevendo] Isso aqui não tem traço no meio, mas são dois lados iguais. Em cima, dá impressão que o vermelho está por baixo. Embaixo, que o vermelho está por cima... GE PN Parece como se fosse dois cachorros; um olhando... os dois olhando para cima; cachorrinho daqueles pequenininhos poodle.	→ Adoro cachorro! Olhando para cima como se tivesse pedindo alguma coisa para o dono, pedindo atenção ou alguma comida. Mais atenção. Cachorro pede atenção. → A forma geométrica aqui pareceu muito com a boca de um cachorro.
	(2)	Pode lembrar também sangue. Uma figura meia sombria com sangue porque é cinza e tem vermelho. Uma figura meio sombria. Vermelho parece sangue. São dois lados iguais.	→ Aqui lembra uma borboleta também esse sangue [Resposta adicional no inquérito; não computada]. É como se a patinha do cachorro tivesse sangrando. Ele não coagulou ainda, tá saindo. → A cor.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
III	(1)	No centro, o vermelho lembra uma borboleta. PI PN [Olhou o verso do cartão].	→ Ah! Borboleta é alegre, tanto que ela tá destacada de vermelho, livre, solta, voando. → Porque ela tá bem destacada de vermelho, bem no centro.
	(2)	Tanto embaixo quanto em cima parece duas cabeças humanas.	→ Elas parecem duas cabeças se olhando porque o pescoço é muito fino. Lembra aquelas mulheres da África, de Angola, pessoas sofridas. De frente, uma para outra, se olhando, se comparando. Mas, se olhar bem elas tão presas enquanto a borboleta tá solta. → A forma da figura.
	(3)	PI Aqui embaixo lembra um morcego [apontou o desenho com o dedo indicador direito].	→ Não tá tão assustado. Tá mais claro. Tá parado. → A cor.
IV	(1)	Essa aqui lembra um monstro gigante. São todas bilaterais. [Olhou o verso do cartão].	→ Esse monstro ele é assustador. Uma figura sombria, má. Tá perseguindo, persegue as pessoas. → Primeira coisa que me chamou atenção foi os pés enormes e a cabeça. A figura sombria e o tamanho.
	(2)	PI; PN; PI; PN; PI De cabeça para baixo lembra tipo um castelo, com montanhas laterais, uma torre de castelo virada de cabeça para baixo. PN [Comentário da paciente] De cabeça para cima lembra um monstro, pés enormes. Também é uma figura sombria. PI [Comentário da paciente] O castelo transmite solidão, uma reclusão.	→ Lembrou reclusão, tipo uma prisão. Aquelas histórias da Rapunzel, que fica presa numa torre de castelo. Também é sombria, isolada. → Tá de cabeça para baixo, mas tá bem no centro porque tá isolada no centro do desenho. Achei ela grande e isolada no desenho. O penhasco, as laterais, o contorno [Apontou o desenho com o dedo indicador direito].

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
V	(1)	Lembra um morcego também	→ Esse morcego não é tão assustador como o primeiro. Ele tá voando. → O tamanho das asas, os dois pezinhos.
	(2)	Mas também se for olhar, lembra uma pessoa, assim, gordinha, com asas, os pezinhos... Deixa eu ver do outro lado... PI [Comentário da paciente] Tem cores mais claras, cores mais escuras. PN	→ Uma pessoa gordinha. Acho que vi essa parte que lembra o cabelo de uma mulher. Essa forma mais clara lembrou o corpo. Acho que lembrou de mim porque já fui gordinha, identifiquei com o desenho. Pela cor ela é triste! Eu acho que ela tá doida para voar porque tem asas, mas, ela tá presa. → Eu acho que vi essa parte mais clara e me identifiquei. Já fui gordinha, era muito sofrida. Nunca aceitei. A parte que delineia o corpo. E o cabelo também, <i>channel</i> , lembra o meu. Foi o cabelo e o corpo.
	(3)	Além de lembrar morcego, lembra pessoa com asas e chifre, uma mulher.	→ Eu acho que é mulher pelo cabelo. E tem um chifre, essas partes saindo [Apontou o desenho com o dedo indicador direito]. Essa figura me lembra uma pessoa presa, que quer se libertar. Uma pessoa feia que quer se modificar. → Primeiro que me chamou atenção foi à mulher. Depois eu vi o chifre saindo e as asas. As asas determinou mais. Acho que foram as asas e o chifre, e o cabelo.
VI	(1)	Isso aqui lembra uma lagarta no casulo. Tem cores mais claras do que as outras. Mas, ainda tem um pouco escuras.	→ Ela quer se transformar na borboleta, quer modificar a vida dela. Lembra com a minha vida. Tava num casamento infeliz, modificar a minha vida. Na época queria ter outro relacionamento. Hoje não quero mais. Não acredito mais no amor. Eu me identifico com essa lagarta na época que eu tava casada. Tava infeliz e queria mudar a minha vida. Ela tá ansiosa para se transformar logo na borboleta. Tá sozinha e tá esperando acontecer. Tá demorando para se transformar apesar da ansiedade. Ela tá presa no casulo. → Foi essa parte do corpo [Apontou o desenho com o dedo indicador direito].

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
	(2)	PI De cabeça para baixo lembra dois ursos de costa um para o outro. Também são cores mais claras, menos sombrias.	→ Eu acho que eles tão de costa um para o outro. Não tão em equilíbrio, em harmonia. Igual a duas pessoas que não se falam mais, querendo se afastar uma da outra. → O tamanho do corpo e os dois rostos virado um para o outro, me demonstraram dois ursos de costa um para o outro.
	(3)	PN Lembra também uma coisa frágil, um bicho, carregando um peso muito grande, muito maior do que ele. Um bicho se esforçando para carregar algo mais pesado do que ele agüenta.	→ A proporção do tamanho do peso. Ele é fininho, frágil. A parte superior do desenho aqui é bem fina e embaixo é bem grossa [Apontou com o dedo indicador direito, encostando-o no desenho]. O formato.
VII	(1)	Tem uma parte aqui que lembra dois rostos, um olhando para o outro. Mas, o corpo tá virado para trás. A pessoa tá com a cabeça como se fosse virada para trás.	→ A figura geométrica da face.
	(2)	PI Já olhando assim, de cabeça para baixo, essa parte lembra uma vagina. Essa parte de cima lembra uma vagina.	→ Pareceu uma vagina... Essa parte grossa lembrou duas pernas abertas igual quando a mulher vai ao ginecologista. E, aqui, no centro, tem um orifíciozinho. → O formato geométrico.
	(3)	PI Embaixo, as duas figuras que pareciam dois seres humanos se olhando, lembram dois monstros com olhar maldoso.	→ Me chamou atenção o formato do olho fechado, carrancudo, e a tromba como se fosse um elefante. Mas, não é um elefante. O olhar que me chamou atenção, um olhar feio, fechado. Eles estão de costas um para o outro, e são assustadores. Não estão interligados não. Eles estão em movimento, saindo um para cada lado, como se tivessem se afastando. Enquanto aqueles dois estavam presos esses já estão se afastando. Identificando com a minha vida aqueles dois que estavam presos era eu e o meu ex-marido. E, aqui, os que estão se afastando, mas não estão felizes, sou eu e o Ribeiro [vínculo afetivo que teve].

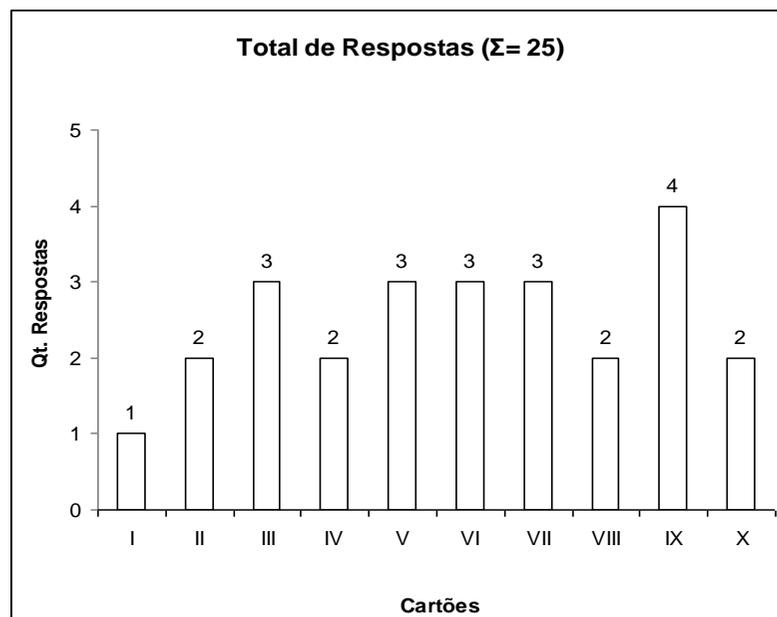
1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
VIII	(1)	Ah! Aqui é uma figura alegre, bastante cor, verde, rosa, cinza, amarelo, laranja. No centro lembra uma borboleta de verde.	→ Essa borboleta tá interligada a muitas coisas. Tá solta, tá voando. → O destaque dela bem no centro, essa forma geométrica e as asas. Foram as asas. Primeiro a forma geométrica. Depois as asas, grandes, destacadas de verde, diferente dos outros desenhos.
	(2)	Os vermelhos laterais lembram dois lobos. PI [Comentário da paciente] São cores diferentes. Mas, tão todas unidas, tem sempre um elo. Tá toda interligada. PN [Comentário da paciente] Essa figura lembra harmonia, tudo interligado, cores alegres, vivas, tudo equilibrado, em harmonia, apesar de não identificar nenhum animal, como os lobos. Mas, tá tudo interligado, as cores diferentes. Mas, tá tudo interligada.	→ O que me chamou atenção foi as patas, como se eles estivessem escalando uma montanha. → A cor.
IX	(1)	[Comentário da paciente] Ah! Outra figura alegre! Interligada também, em harmonia. No centro lembra uma coruja.	→ Lembrou uma coruja por causa dos olhos. Primeira coisa que me chamou a atenção foi a cabeça e os olhos. Ela tá alegre, tem cores alegres, alegres. Só tá com pensamentos sombrios, observando, parada, por causa da cor do desenho que tá por cima dela. → Os olhos, o formato.
	(2)	O azul claro em cima lembra como se fosse uma fonte.	→ É como se ela tivesse jorrando. Essas formas geométricas soltas me fez ver que estava jorrando.
	(3)	Um castelo, aquela figura sombria da outra figura, como se fosse um castelo. Está aqui no centro. Mas, é a mesma figura [da fonte].	→ Só que aqui ela tá mais clara. Não tá sobressaindo muito no desenho. Já não é mais tão assustador. Me chamou atenção porque pensei que era uma fonte. Aí, que vi era o mesmo desenho do castelo. Só que não era mais tão assustador. → A cor.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
	(4)	<p>PI Em cima, olhando de cabeça para baixo, parece o órgão reprodutor feminino. Mulher com menstruação, útero, as trompas, menstruação saindo.</p> <p>PN [Comentário da paciente] Esse castelo meio sombrio está tampado pelas cores alegres. Não parece aquela coisa sombria, reclusa, triste. É só o que eu consigo ver.</p>	→ O formato e a cor.
X	(1)	<p>[Comentário da paciente] São cores bem alegres. Não estão mais todas interligadas. Tem algumas soltas. Somente uma sombria em cima. São bilaterais, dois lados que são iguais, bilaterais. São cores alegres.</p> <p>PI Tem duas bolinhas aqui no centro, na cor amarela, que lembram dois óvulos. Só. São cores que são iguais, bilaterais, são cores alegres.</p>	<p>→ Eles ainda não estão prontos para serem fecundados. Ainda estão lá nas trompas, parados. Não saíram para serem fecundados.</p> <p>→ O que me chamou atenção foi a cor.</p>
	(2)	<p>PN O rosa lembra dois bebês. Só.</p>	<p>→ São dois bebês de frente um para o outro também. Parados.</p> <p>→ O que me chamou atenção foi a cor e a parte geométrica da face.</p>

* * *

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

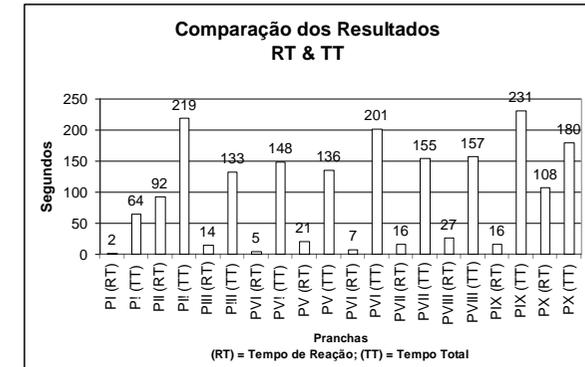
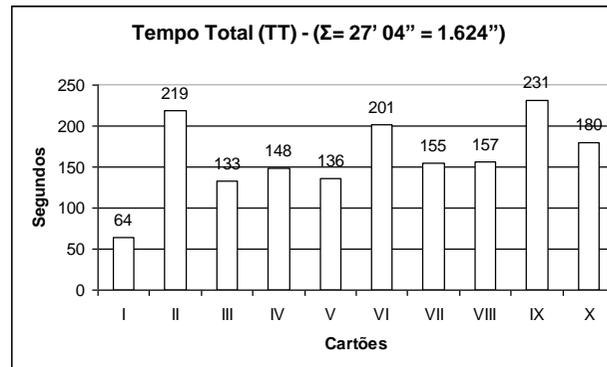
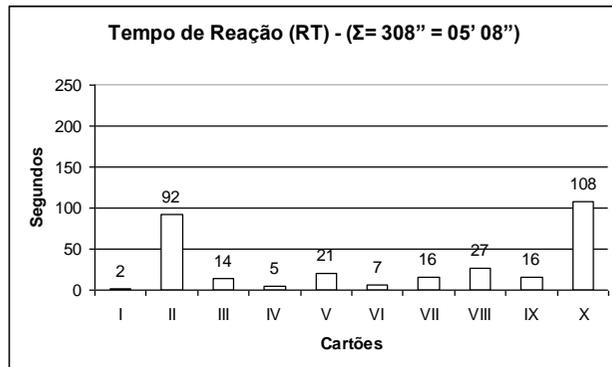
Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas (conteúdo do inquérito incluído)
I	1	0	1	0
II	2	0	1	0
III	3	1	1	1
IV	2	0	1	0
V	3	1	1	1
VI	3	0	0	0
VII	3	0	0	1
VIII	2	0	1	0
IX	4	0	0	1
X	2	0	0	1
Total	25	2 (≈ 8%)	6 (≈ 24%)	5 (≈ 20%)



C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	02''	01' 04'' = 064''
II	92''	03' 39'' = 219''
III	14''	02' 13'' = 133''
IV	05''	02' 28'' = 148''
V	21''	02' 16'' = 136''
VI	07''	03' 21'' = 201''
VII	16''	02' 35'' = 155''
VIII	27''	02' 37'' = 157''
IX	16''	03' 51'' = 231''
X	01' 48'' = 108''	03' 00'' = 180''
Total	308'' = 05' 08''	1.624'' = 27' 04''
MÉDIAS		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 257'' = 04' 17''$ Média = 51''	$\Sigma = 920'' = 15' 20''$ Média = 184'' = 03' 04''
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 51''$ Média = 10''	$\Sigma = 704'' = 11' 44''$ Média = 140'' = 02' 20''

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	G	FM; F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	1	G	FM; F ⁻	A
	2	D	FM ⁻ ; C	Sang

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	1	D	FM; C	A
	2	Dd	F ⁻	Hd
	3	D	C	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	1	G	m; F ⁻	(H)
	2	D	F ⁻	Obj

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	1	G	FM; F ⁺	A
	2	D	C'; F ⁻	H
	3	D	F ⁻	H

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	1	D	C'; F ⁻	A
	2	D	C'; F ⁻	A
	3	G	FM; F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	1	D	F ⁻	Hd
	2	D	F ⁻	At
	3	D	m; F ⁻	(A)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	1	D	FM; FC	A
	2	D	FM; FC ⁻	A

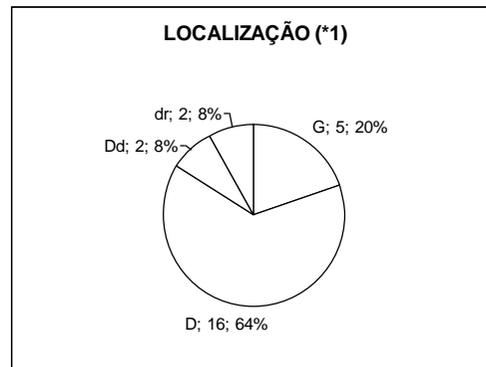
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IX	1	D	CF	A
	2	dr	m; CF ⁻	Nat
	3	dr	C	Arq
	4	D	F ⁻ C	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	1	Dd	C	At
	2	D	CF ⁻	H

F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

LOCALIZAÇÃO					
Prancha	G	D	Dd	dr	Totais
I	1	0	0	0	1
II	1	1	0	0	2
III	0	2	1	0	3
IV	1	1	0	0	2
V	1	2	0	0	3
VI	1	2	0	0	3
VII	0	3	0	0	3
VIII	0	2	0	0	2
IX	0	2	0	2	4
X	0	1	1	0	2
Totais	5	16	2	2	25
Percentuais	≈ 20%	≈ 64%	≈ 8%	≈ 8%	100 %

G – LOCALIZAÇÃO
(Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

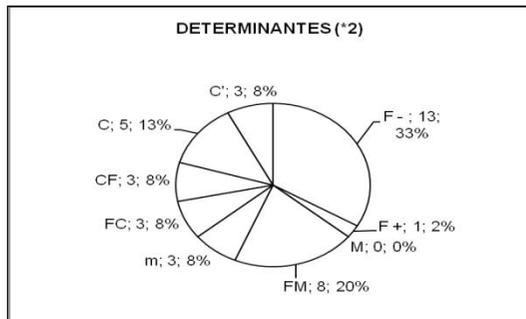
- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*;
- Dd = Resposta de *Detalhe Incomum* ou *Detalhe de Detalhe*;
- dr = Resposta de *Detalhe Raro*.

(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

D e t e r m i n a n t e s										
Prancha	F⁻	F⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
II	1	0	0	2	0	0	0	1	0	4
III	1	0	0	1	0	0	0	2	0	4
IV	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3
V	2	1	0	1	0	0	0	0	1	5
VI	3	0	0	1	0	0	0	0	2	6
VII	3	0	0	0	1	0	0	0	0	4
VIII	0	0	0	2	0	2	0	0	0	4
IX	0	0	0	0	1	1	2	1	0	5
X	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Totais	13	1	0	8	3	3	3	5	3	39
Percentuais	33%	2%	0%	20%	8%	8%	8%	13%	8%	100%

I – DETERMINANTES
(Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

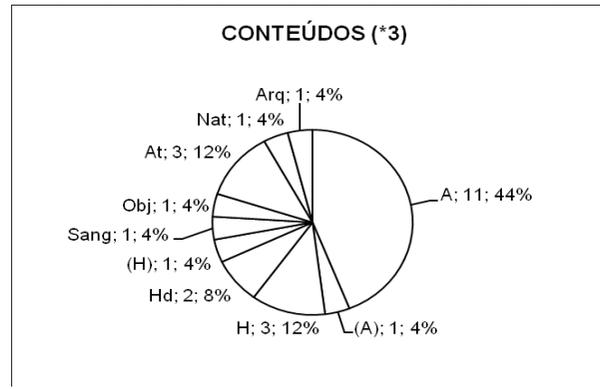
- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma.

(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

C o n t e ú d o s											
Prancha	A	(A)	H	Hd	(H)	Sang	Obj	At	Nat	Arq	Totais
I	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
II	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
III	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
IV	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
V	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
VI	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
VII	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3
VIII	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
IX	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4
X	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Totais	11	1	3	2	1	1	1	3	1	1	25
Percentuais	≈ 44%	≈ 4%	≈ 12%	≈ 8%	≈ 4%	≈ 4%	≈ 4%	≈ 12%	≈ 4%	≈ 4%	100%

K - CONTEÚDOS
(Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

Legenda: (**)

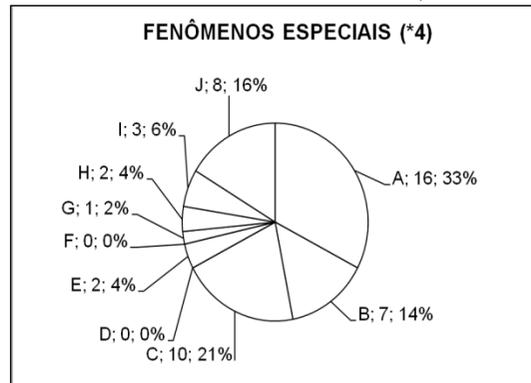
Código	Conteúdo	Descrição
A	Animal	Quando o animal, na percepção do examinando, é visto por inteiro.
(A)	Animal descaracterizado	Animal com algumas características humanas, mitológicas, sobrenaturais, legendárias, fósseis ou em estátua.
H	Humano	Quando o examinando diz que está vendo uma pessoa inteira.
Hd	Detalhe humano	Detalhe ou parte humana, membros externos, exceto órgão sexual.
(H)	Humano descaracterizado	Quando se trata de um conteúdo humano, com algumas características sobrenaturais, mitológicas, legendárias, de contos “estóricos” ou vistos em estátuas e petrificações.
Sang	Sangue	Sangue.
Obj	Objeto	Objetos comuns.
At	Anatômico	Anatômico, ossos ou órgãos internos ao corpo humano ou animal.
Nat	Natureza	Elementos da natureza, de modo geral.
Arq	Arquitetura	O que estiver diretamente relacionado com arquitetura.

(**) Conteúdo retirado do Livro “O Rorschach - Teoria e Desempenho”, de Cícero E. Vaz, páginas 50 e 51.

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais											
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totais
I	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
II	2	1	0	0	0	0	0	1	1	1	6
III	3	1	3	0	1	0	0	0	0	1	9
IV	2	1	1	0	1	0	1	0	0	1	7
V	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	5
VI	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4
VII	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
VIII	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
IX	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	5
X	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	5
Totais	16	7	10	0	2	0	1	2	3	8	49
Percentuais	≈ 33%	≈ 14%	≈ 21%	≈ 0%	≈ 4%	≈ 0%	≈ 2%	≈ 4%	≈ 6%	≈ 16%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS
(Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	G; D
III	D; Dd; D
VIII	D; D
IX	D; dr; dr; D
X	Dd; D

→ Sucessão Assistemática.

Pranchas Acromáticas	Localização
I	G
IV	G; D;
V	G; D; D
VI	D; D; G
VII	D; D; D

→ Sucessão Assistemática.

Todas as Pranchas	Localização
I	G
II	G; D
III	D; Dd; D
IV	G; D;
V	G; D; D
VI	D; D; G
VII	D; D; D
VIII	D; D
IX	D; dr; dr; D
X	Dd; D

→ Sucessão Assistemática.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

Resultados: Paciente 4

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	
2- Críticas ao examinador.	
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	

10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: “Sangue”, numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C’).	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	X
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	8
Percentual de indicadores secundários →	53%
Percentagem geral de fatores observados →	68%

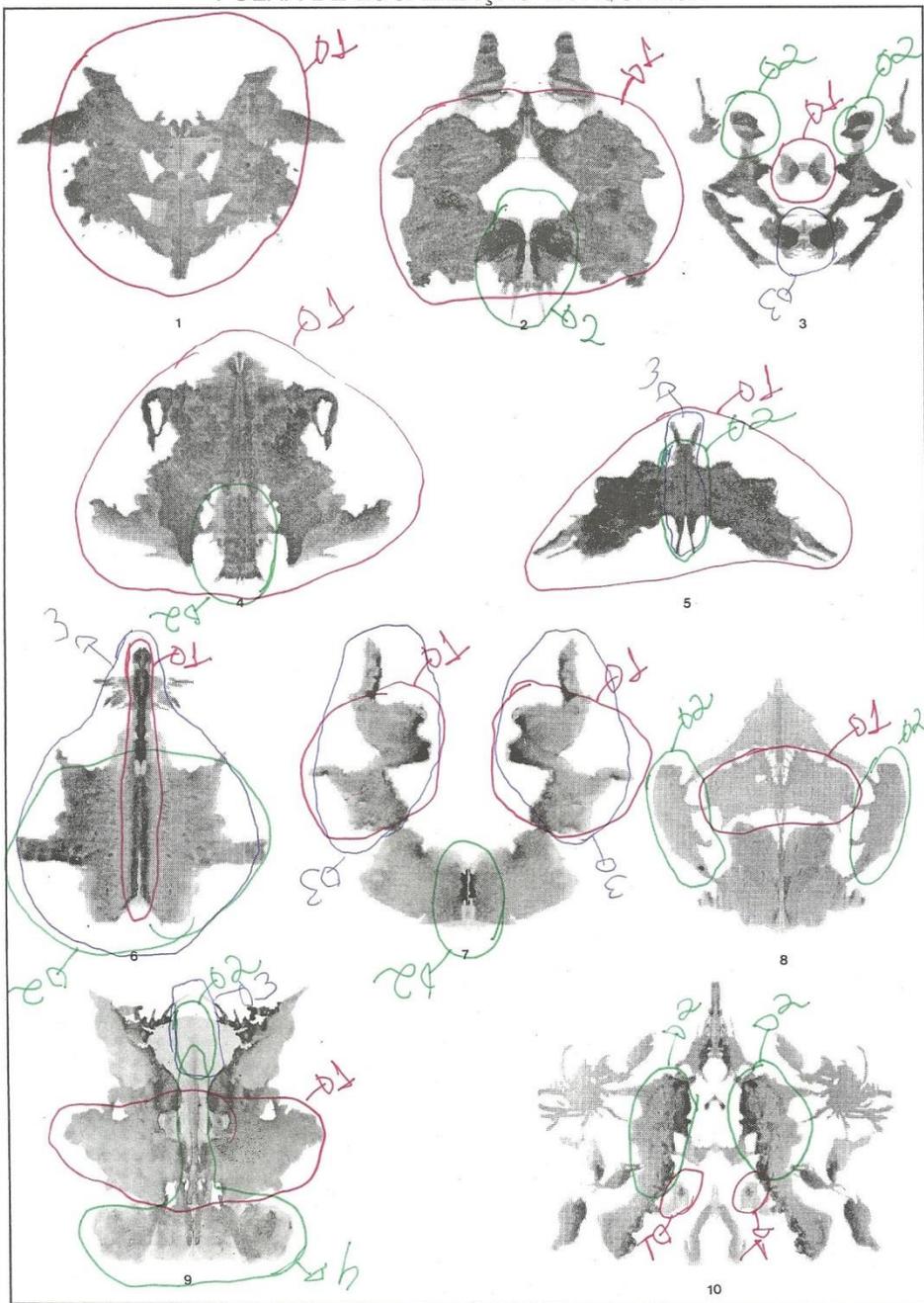
* * *

Observação1: A “Paciente 4”, diagnosticada com o CID F.20.0, não apresenta indicadores clínicos da esquizofrenia no Rorschach. Podemos registrar que o diagnóstico não se confirma como Esquizofrenia.

Observação2: Não ocorreu fenômenos dissociativos com a “Paciente 4” durante a aplicação do Teste de Roschach.

* * *

FOLHA DE LOCALIZAÇÃO RORSCHACH



Paciente 4

**Protocolo-Rorschach
Paciente 5**

Paciente 5: Gênero Feminino. Idade: 68 anos, solteira, natural de Santa Maria da Boa Vista (PE). Grau de instrução: Superior. Avaliada em janeiro de 2015, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A - RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda:

PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada ao examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação		2ª Fase - Localização e Inquérito	
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
I	(1)	Eu vejo dois animais. São dois animais exatamente iguais. Até o amor deles é assim! [Olhou o verso do cartão] [Quis saber, olhou, o que o examinador estava escrevendo].	→ Eles estão um de costas para o outro. Isso! Nesta posição, cada um olhando numa direção oposta. Eles estão presos por algo no centro, conectados estranhamente por um objeto que já vi quando era criança. Que coisa! → Foi o contorno do desenho.
	(2)	Um bicho partido ao meio. Só isso! Não quero ver mais nada desta figura!	→ Esse bicho parece a figura de um objeto feio, que um homem mal que bem conheço partiu ao meio. → A forma dele, do desenho.
II	(3)	Embaixo, no centro, uma borboleta com dor; olha só esse vermelho!	→ Ela foi pisada no chão. Já está morta! Um homem adulto pisou nela. Posso até sentir a dor dela. Esse vermelho me assusta, doutor! → Foi o formato dela.
	(4)	Uma pessoa se olhando fixamente no espelho.	→ A pessoa tá com a mão grudada no espelho. Mas, ela se vê diferente, com a aparência distorcida. Ela não gosta do que vê, está assustada. As vezes, tenho medo de me olhar no espelho! → O contorno do desenho, apesar do espelho ser imaginário!

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
	(5)	Duas cabeças vermelhas, quietas.	→ Essas cabeças pensam. Posso ler o pensamento delas. Contam segredos do passado. Falam sobre mim, coisas que aconteceram comigo, que já passei e suportei. → A forma das cabeças.
	(6)	No centro, neste branco, vejo uma nave espacial.	→ A nave, na verdade, não existe! Ela é simbólica. Representa a minha vontade de sumir deste mundo malvado. Um dia, se quiser, posso contar a minha história para o senhor. [Quer saber?] [Sim; numa outra oportunidade, caso queira contar, poderei ouvir você]. → Foi o desenho, apenas imaginei.
III	(7)	Parece que só vejo coisas duplas! PN; GD; GE; PN; PI Dois macacos vermelhos.	→ Os macacos são alegres. Mas, aqui eles estão tristes, isolados e quietos. → Foi o rabo deles, este formato meio esquisito.
	(8)	PI No meio, um laço apertado querendo ser solto.	→ Esse laço me sufoca. Ele me oprime. Ele quer voar, mas, não pode. Está grudado na parede. → A forma do laço.
	(9)	PN Uma pessoa e sua sombra escura.	→ É uma pessoa má, arrependida dos seus pecados, olhando sua própria consciência. Mas, não ainda arrependida do que fez comigo. Ela está se curvando. Parece que tem pesadelos. → Foi a forma da cara feia dela, dessa pessoa. [Doutor, estou ficando tonta! Parece que vou desmaiar!]

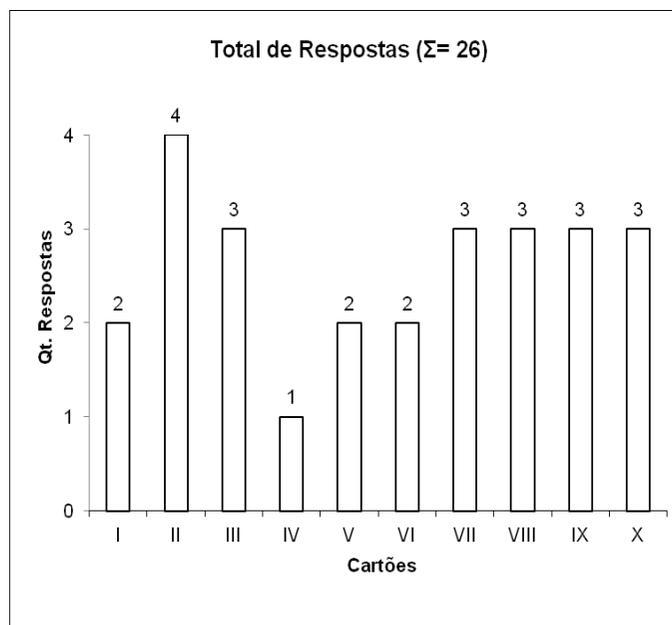
1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
IV	(10)	É um monstro! É um monstro! [Olhou o verso do cartão]. [Largou a prancha sobre a mesa]. [Quis saber o que o examinador estava escrevendo].	[A examinada, neste ponto, sofreu um processo dissociativo espontâneo; uma personalidade emergiu. Disse: “Sou Alice”]. → O monstro da dor é um bicho muito feio. Você quer saber o que este monstro faz? Ele tem essa forma feia; ele prende ela para fazer coisas feias. Por favor, ajude ela! Afaste ele de nós. Esse monstro tem um... no centro, nem posso falar o nome disso! Mas, é horrível! [Neste ponto, acalmei a testanda até que a dissociação terminasse]. [Nossa, doutor. O que houve? Vocês psicólogos inventam cada loucura nesses testes].
V	(11)	Vejo um morcego.	→ É apenas um morcego voando. Não quero falar mais nada sobre ele. → Foi o desenho, as duas asas, essa forma dele mesmo!
	(12)	Um animal partido ao meio. Acho que parece isso! Só vejo pares!	→ Esse animal foi ferido ao meio e seus ossos estão expostos nas laterais. Que horror! Conheço bem essa realidade. → O formato, os contornos da imagem.
VI	(13)	Meu Deus! Uma borboletinha. Tem a forma de uma borboletinha.	[Novamente, disse estar se sentindo tonta olhando a figura... Entrou em nova dissociação. Outro eu emergiu. ‘Vou contar a verdade para você. Ela disse que era uma borboletinha. Mas, em verdade, é uma vagina machucada. Choro! Ela teve vergonha. Veja esse formato... mais parece um órgão já quase morto! Preciso ir. Me desculpe! Adeus!’] [O que houve doutor? As vezes fico angustiada. Não sei por que?! Após um período de latência, a examinada disse que a tontura melhorou. Não entendeu bem o que houve. Disse: ‘vamos continuar’...].
	(14)	Nossa! Aqui é o zangão. Olha o ferrão dele! Está vendo, doutor?	→ Ah sim! A forma dele lembra um zangão. Tenho vontade de amassar esse bicho. Na verdade, acho até que ele está morto!

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
VII	(15)	Na parte alta, dois bichos. [Olhou o verso do cartão]. [Quis saber o que o examinador estava escrevendo].	→ São dois bichos que se olham, parecendo querer dizer alguma coisa um para o outro. Mas, estão calados, parados. Talvez, sejam apenas esqueletos. → O contorno da figura.
	(16)	PN; PI; PN; PI; PN. Posso falar agora o que vejo? [Como quiser]. Aqui vejo um órgão sexual feminino.	→ Ah sim! Este órgão foi afetado, machucado porque ele está escurecido em torno dele, está sem vitalidade. Não gosto de ver estas coisas! → O formato e o contorno dele.
	(17)	PI Nitidamente, aqui, dois pulmões.	→ Nossa! Dois pulmões que não mais podem respirar. Estão estragados. → Do mesmo jeito, a desenho, doutor.
VIII	(18)	Dois tigres ferozes, rosas.	→ Parece que eles estão perseguindo alguém. Não sei! Parece que estão prontos para dar o bote. São tigres gêmeos. Nunca vi tigres tão iguais. Uma das patas deles está no ar! Deve ser para o equilíbrio deles. → Aqui foi a cor rosa deles.
	(19)	Uma pipa danificada no centro superior. Não sei por que há tanta gente ruim no mundo, que estraga tudo?!	→ Essa pipa, infelizmente, não está voando. Mas, ela gostaria muito de voar. Não tem ninguém para colocá-la no céu. → A forma da pipa é perfeita.
	(20)	Dois esquilos se olhando fixamente.	→ Eles estão em pé, muito esticados. Só isso! → O jeito do desenho, embora pareça pequeno.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
IX	(21)	Dois rins vistos através desta imagem que parece de Raio-X.	→ Não sei dizer se são rins saudáveis. Eles estão esverdeados. Algum especialista saberia identificar melhor. → A forma deles e essa cor esverdeada, meio esquisita.
	(22)	Dois bichos com garras afiadas.	→ Esses bichos estava lutando. Mas, agora, estão calmos, querendo fazer as pazes um com o outro. → Também, do mesmo jeito, esses contornos da figura.
	(23)	Duas larvas de inseto nesta parte pequena, mais embaixo da figura, na parte branquinha.	→ Tenho nojo disso! Nem quero falar muito. Elas estão mortas, amassadas. Só! → Foi esse formato pequeno, meio esquizito.
X	(24)	Duas aranhas feias!	→ São duas aranhas exatamente iguais. Estão presas por um objeto estranho, não sei o que é. Talvez, alguém colou as patas delas. Parece que elas seguram uma folha. → O jeito do desenho.
	(25)	Dois olhos.	→ Parece que esses olhos ficam me olhando, me perseguindo. São olhos de lince. Seria melhor se fossem olhos de proteção, de anjo. Mas, vou dizer que são olhos de um bichinho de pelúcia que tive quando era criança. → Lógico que foi a forma redonda do desenho.
	(26)	PI Um pássaro preso no céu.	Esse pássaro quer voar, mas, um anjo disse para ele que ainda não é o momento. A vida requer paciência. → O jeito como foi feito pelo artista que pintou esse desenho. Eu gostaria de conhecer esse artista um dia, quem sabe!

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

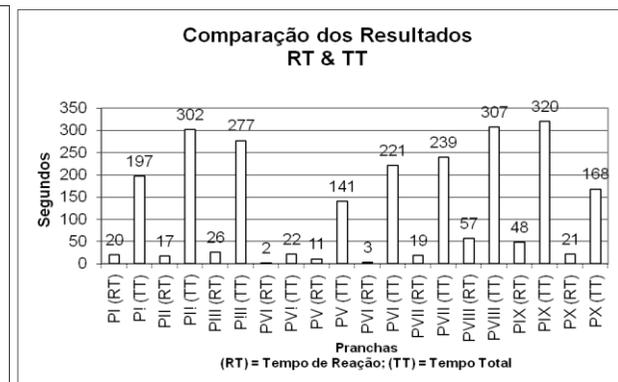
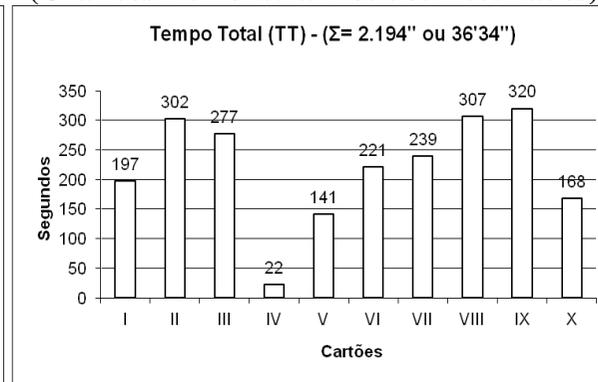
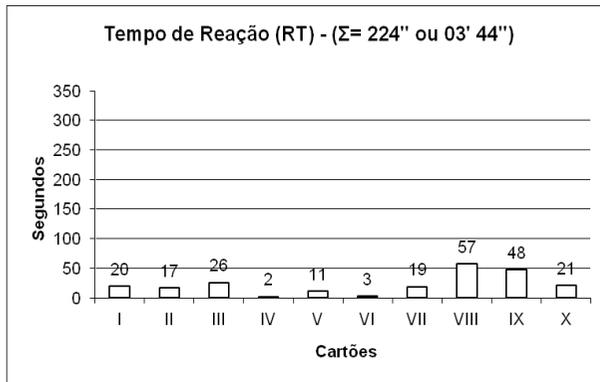
Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas
I	2	0	0	2
II	4	0	0	4
III	3	0	0	3
IV	1	0	0	1
V	2	1	1	1
VI	2	0	0	2
VII	3	0	0	3
VIII	3	0	0	3
IX	3	0	0	3
X	3	0	0	3
Total	26	1 (≈ 3%)	1 (≈ 3%)	25 (≈ 96%)



C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	20"	03'17" = 197"
II	17"	05'02" = 302"
III	26"	04'37" = 277"
IV	02"	022"
V	11"	02'21" = 141"
VI	03"	03'41" = 221"
VII	19"	03'59" = 239"
VIII	57"	05'07" = 307"
IX	48"	05'20" = 320"
X	21"	02'48" = 168"
Total	224"	2.194" = 36' 34"
MÉDIAS		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 169" = 02'49"$ Média $\approx 33"$	$\Sigma = 1.374" = 22'54"$ Média $\approx 274" = 4'34"$
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 55"$ Média $\approx 11"$	$\Sigma = 820" = 13'40"$ Média $\approx 164" = 2'44"$

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	D	F ⁻	A
	2	D	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	3	D	F ⁻	A
	4	G	F ⁻	H
	5	D	F ⁻	Hd
	6	DSs	F ⁻	Obj

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	7	Dr	F ⁻	A
	8	D	F ⁻	Obj
	9	D	F ⁻	H

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	10	G	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	11	G	F ⁺ ; FM	A
	12	D	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	13	D	F ⁻	A
	14	Dd	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	15	D	F ⁻	A
	16	Dr	F ⁻	Hd
	17	D	F ⁻	Hd

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	18	D	FM; C	A
	19	D	F ⁻	Obj
	20	Dd	F ⁻	A

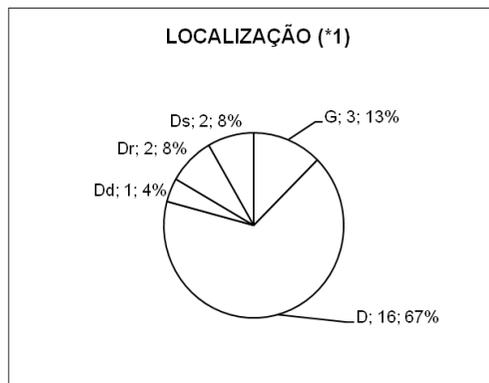
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IX	21	D	FC	Hd
	22	D	F ⁻	A
	23	Ds	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	24	D	F ⁻	A
	25	Dd	F ⁻	A
	26	D	F ⁻	A

F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Prancha	G	D	Dd	Dr	Ds	Totais
I	0	2	0	0	0	2
II	1	2	0	0	1	4
III	0	2	0	1	0	3
IV	1	0	0	0	0	1
V	1	1	0	0	0	2
VI	0	1	1	0	0	2
VII	0	2	0	1	0	3
VIII	0	2	1	0	0	3
IX	0	2	0	0	1	3
X	0	2	1	0	0	3
Totais	3	16	3	2	2	26
Percentuais	≈ 13%	≈ 67%	≈ 4%	≈ 8%	≈ 8%	100 %

G – LOCALIZAÇÃO
(Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

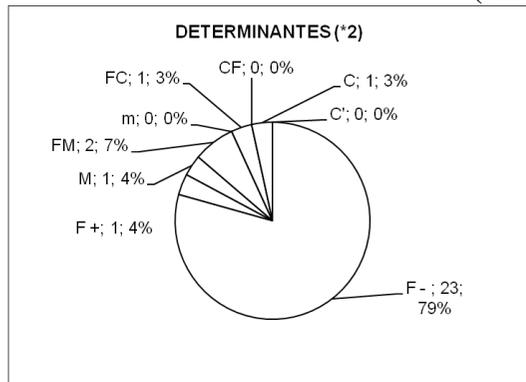
- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*;
- Dd = Resposta de *Detalhe Incomum* ou *Detalhe de Detalhe*.
- Dr = Resposta de *Detalhe Raro*.
- Ds = Resposta de *Detalhe Incomum* combinado com espaço em branco.

(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

D e t e r m i n a n t e s										
Prancha	F⁻	F⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
II	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
III	3	0	1	0	0	0	0	0	0	4
IV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
VI	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
VII	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
VIII	2	0	0	1	0	0	0	1	0	4
IX	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3
X	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Totais	23	1	1	2	0	1	0	1	0	29
Percentuais	79%	4%	4%	7%	0%	3%	0%	3%	0%	100%

I – DETERMINANTES
(Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

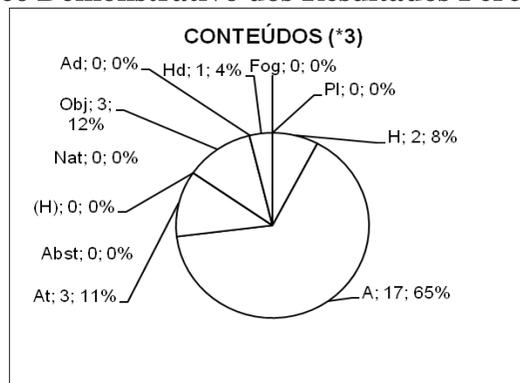
- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma;

(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

C o n t e ú d o s												
Prancha	H	A	At	Abst	(H)	Obj	Ad	Hd	Nat	Fog	Pl	Totais
I	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
II	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4
III	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
IV	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
VI	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
VII	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
VIII	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
IX	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
X	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Totais	2	17	3	0	0	3	0	1	0	0	0	26
Percentuais	≈ 8%	≈ 65%	≈ 11%	≈ 0%	≈ 0%	≈ 12%	≈ 0%	≈ 4%	≈ 0%	≈ 0%	≈ 0%	100%

K - CONTEÚDOS
(Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

Legenda: (**)

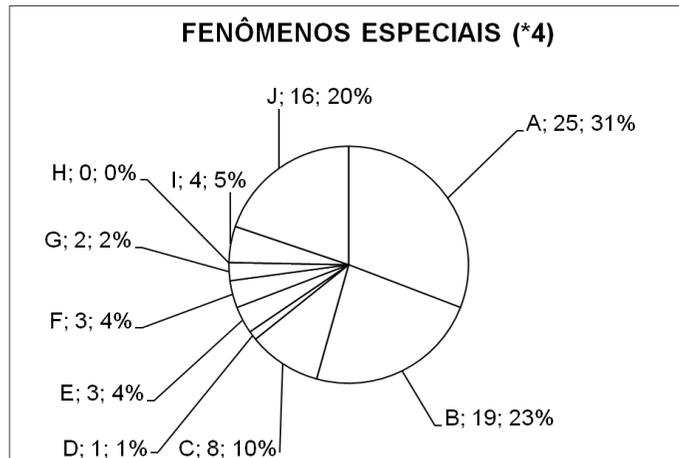
Classificação	Conteúdo	Descrição
H	Humano	Quando o examinando diz que está vendo uma pessoa inteira.
A	Animal	Quando o animal, na percepção do examinando, é visto por inteiro.
At	Anatômico	Anatômico, ossos ou órgãos internos ao corpo humano ou animal.
Abst	Abstrato	Conteúdo de natureza abstrata.
(H)	Humano descaracterizado	Quando se trata de um conteúdo humano, com algumas características sobrenaturais, mitológicas, legendárias, de contos “estóricos” ou vistos em estátuas e petrificações.
Obj	Objeto	Objetos comuns.
Ad	Detalhe ou parte animal	Detalhe ou partes externas do animal.
Hd	Detalhe humano	Detalhe ou parte humana, membros externos, exceto órgão sexual.
Nat	Natureza	Elementos da natureza, de modo geral.
Fogo	Fogo	Fogo, ou qualquer coisa com isso relacionado.
Pl	Planta	Planta, partes da planta.

(**) Retirado de Vaz (1997, pp. 50-51)

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais											
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totais
I	2	2	1	0	1	1	0	0	0	2	9
II	4	4	1	0	0	0	0	0	2	3	14
III	3	3	1	0	0	0	1	0	1	3	12
IV	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7
V	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4
VI	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	5
VII	3	1	1	0	1	1	1	0	0	2	10
VIII	3	2	1	0	0	0	0	0	0	1	7
IX	3	2	1	0	0	0	0	0	1	1	8
X	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Totais	25	19	8	1	3	3	2	0	4	16	81
Percentuais	≈ 31%	≈ 23%	≈ 10%	≈ 1%	≈ 4%	≈ 4%	≈ 2%	≈ 0%	≈ 5%	≈ 20%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	D; G; D; Ds
III	Dr; D; D
VIII	D; D; Dd
IX	D; D; Ds
X	D; Dd; D

→ Sucessão Assistemática.

Pranchas Acromáticas	Localização
I	D; D
IV	G
V	G; D
VI	D; Dd
VII	D; Dr; D

→ Sucessão Assistemática.

Todas as Pranchas	Localização
I	D; D
II	D; G; D; Ds
III	Dr; D; D
IV	G
V	G; D
VI	D; Dd
VII	D; Dr; D
VIII	D; D; Dd
IX	D; D; Ds
X	D; Dd; D

→ Sucessão Assistemática.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

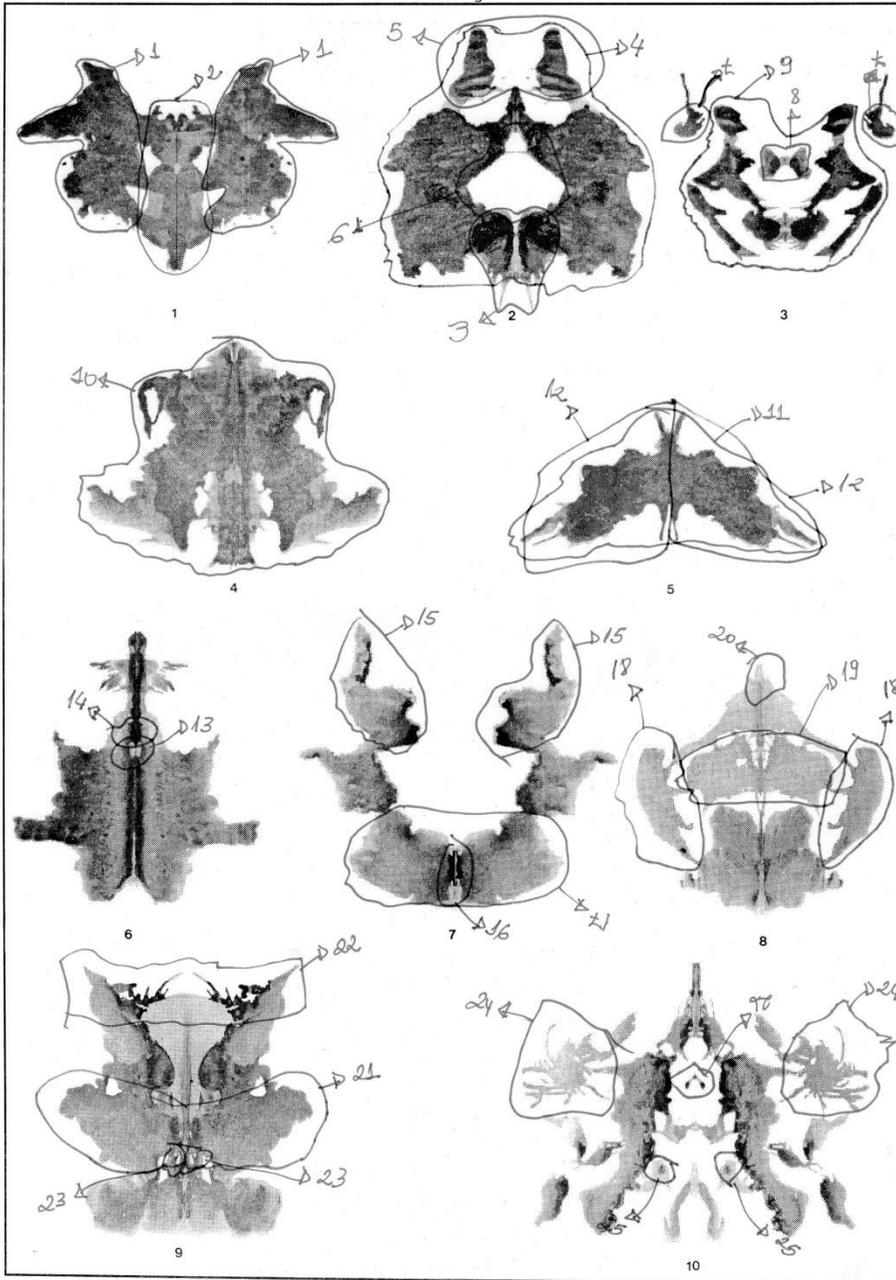
Resultados: Paciente 5

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F ⁻ elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F ⁺ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	

10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X
11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: “Sangue”, numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C’).	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	10
Percentual de indicadores secundários →	66%
Percentagem geral de fatores observados →	77%

Observação: A “Paciente 5”, diagnosticada com o CID F.20.0, apresenta indicadores clínicos da personalidade múltipla no Rorschach. Ocorreram dois fenômenos dissociativos espontâneos durante a aplicação do Teste. Podemos registrar que há falha no diagnóstico diferencial.

* * *



Paciente 5

Protocolo-Rorschach

Paciente 6

Paciente 6: Gênero Feminino. Idade: 37 anos. Solteira, brasileira. Grau de instrução: Ensino Médio. Avaliado em janeiro de 2015, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A - RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda:

PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada ao examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação		2ª Fase - Localização e Inquérito	
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
I	(1)	Uma nuvem. [Olhou verso do cartão].	Ela é estrelada porque tá no meio do céu. Faz raios e trovão; e dá um sinal dos relâmpagos. Ela tem vários movimento. O jeito, do lado e do outro, a forma.
II	(1)	Dois gato. GD Quis saber o que estava sendo escrito pelo examinador.	Dois gato porque eles estão junto no meio. É bonito! Tem os olhos azul; e os olhos castanho também; eles é brincalhão. Tem amizade. Eles estão brincando. Eu gosto. O desenho.
III	(1)	Aqui eu vejo o desenho de uma tartaruga. [Olhou verso do cartão].	Ela está numa praia deserta. É duas tartaruga. Elas tá andando na praia, lá no meio do lago. A posição do desenho.
IV	(1)	Eu tô vendo aqui... Eu vejo o desenho do camelo. Existe esse bicho não existe? Daqueles camelo grande. Tá parecendo esse desenho aqui! É fácil! Bem que a médica falou.	Ele tá no Egito, dando uma volta lá, andando. A posição dele no desenho. [Quis olhar o que estava sendo escrito pelo examinador].
V	(1)	Aqui eu vejo o desenho de uma borboleta. Elas voando. Eu vejo só isso.	O jeito dos braços da borboleta. Ela voando nas planta, no jardim. A forma.
VI	(1)	Eu vejo aqui um avião. O desenho de um avião, sabe! [Olhou verso do cartão].	Ele tá pousando para os Estados Unidos. Ele tá embarcando. Ele tá saindo na pista. O jeito dele.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
	(2)	Eu vejo também um helicóptero passando. Eu acho que vou passar nesse teste! Tô falando coisa com coisa?!	Tá fazendo coisa, andando nas nuvens, no céu. A formação, o formato do avião [voltou à resposta anterior, em vez de falar do helicóptero!].
VII	(1)	Eu vejo o desenho dum cachorro. É dois cachorro. Ah! Eu tô achando isso interessante. Só isso que eu vejo.	Eu vi dois cachorro. Eles tá almoçando. Tá brincando. Um olhando para o outro. O desenho, o formato.
VIII	(1)	Ah! Tem que falar o que vejo?! Eu vejo uma coluna de uma pessoa aqui no desenho, moço! Vejo só isso. Você me mostrou uma coisa esquisita!	A coluna tá boa, tá no lugar, tá reta, tá normal, tá quieta. A posição da coluna, o desenho. Acho que você está escrevendo muito rápido, e com letra feia. Não entendo!
IX	(1)	Aqui eu vejo o desenho de uma plantas, florido, com muitas plantas, sabe! Eu vejo isso! [Olhou verso do cartão].	Essas planta é florida, é orquídea de vários formato. Ela é alegre, sorridente e bem com a vida. É bonita! Igual aqui na clínica... é cheio de planta. Tem até piscina aí. Tem vários formato. Ela tá aqui. Na minha casa é cheia de planta. Ela tá num jardim, no chão. Ela tá aberta, sem movimento. O formato dela.
X	(1)	Eu vejo um cérebro da cabeça. E ele se movimentando na cabeça da pessoa. Esse aqui é o último? Só isso que eu vejo. Eu gostei de ter falado as coisas.	É uma coisa só que eu vejo. O cérebro tá pensando na voação dele, desativado no pensamento. Coisa anatômica [quis dizer anatômica!]. O formato. O desenho. [Quis olhar o que estava sendo escrito pelo examinador].

Técnica Auxiliar

Cartões Preferidos: IV; V; VII, VIII, IX, X

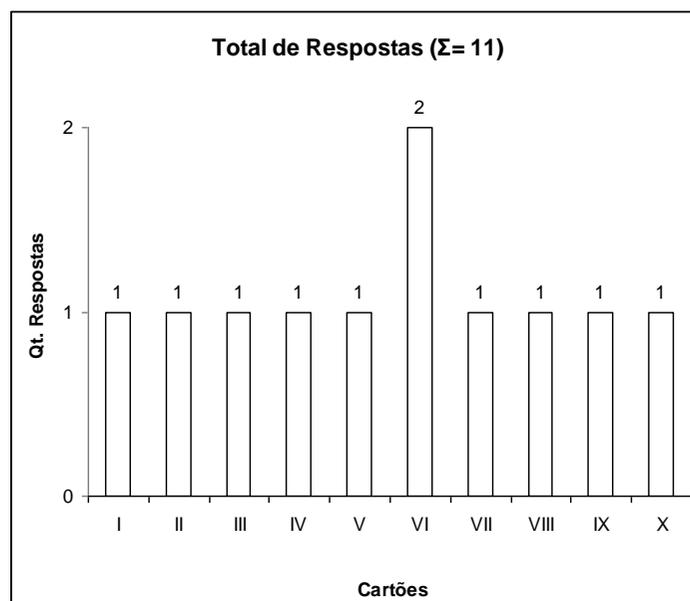
Critério verbalizado: “Achei alegre os desenho, e divertido. Gostei do desenho deles”.

PS.: Logo depois, disse ter mais gostado dos cartões VIII e IX. “Achei atraente o formato deles”.

* * *

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas (conteúdo do inquérito incluído)
I	1	0	0	1
II	1	0	1	1
III	1	0	0	1
IV	1	0	0	1
V	1	0	1	1
VI	2	0	0	2
VII	1	0	0	1
VIII	1	0	0	1
IX	1	0	0	1
X	1	0	0	1
Total	11	0 (≈ 0%)	2 (≈ 18%)	11 (≈ 100%)

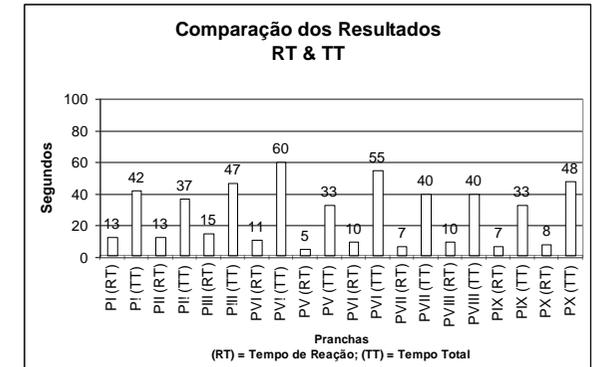
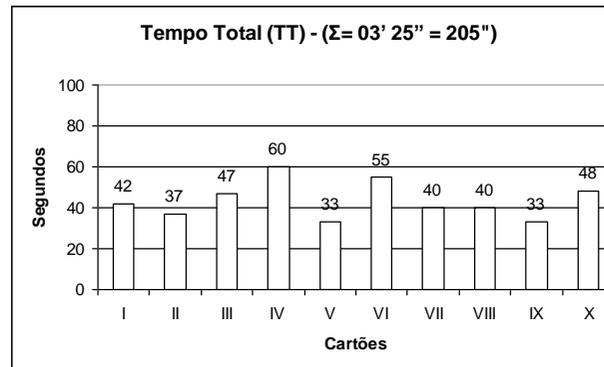
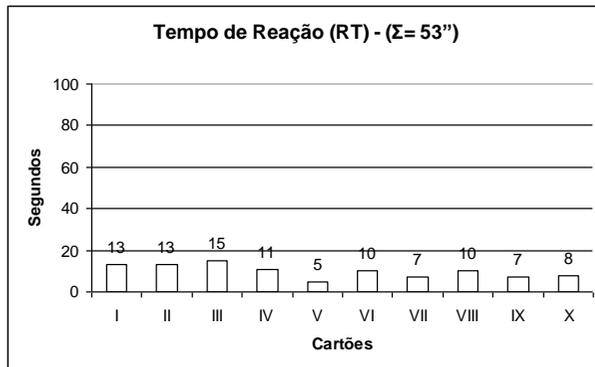


C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	13"	42"
II	13"	37"
III	15"	47"
IV	11"	01' = 60"
V	05"	33"
VI	10"	55"
VII	07"	40"
VIII	10"	40"
IX	07"	33"
X	08"	48"
Total	99" = 01' 39"	07' 15" = 435"

M É D I A S		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 53"$ Média $\approx 10"$	$\Sigma = 205" = 03' 25"$ Média $\approx 41"$
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 46"$ Média = 9"	$\Sigma = 230" = 03' 50"$ Média $\approx 46"$

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	G	F ⁻ ; m	Nuv

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	1	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	1	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	1	D	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	1	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	1	G	F ⁻ ; m	Obj
	2	D	F ⁻ ; m	Obj

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	1	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	1	D	F ⁻	Hd

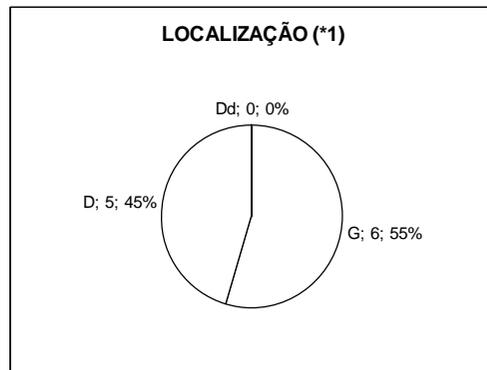
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IX	1	D	F ⁻	Pl

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	1	D	F ⁻	At

F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

LOCALIZAÇÃO				
Prancha	G	D	Dd	Totais
I	1	0	0	1
II	1	0	0	1
III	1	0	0	1
IV	0	1	0	1
V	1	0	0	1
VI	1	1	0	2
VII	1	0	0	1
VIII	0	1	0	1
IX	0	1	0	1
X	0	1	0	1
Totais	6	5	0	11
Percentuais	≈ 55%	≈ 45%	≈ 0%	100 %

G - LOCALIZAÇÃO - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

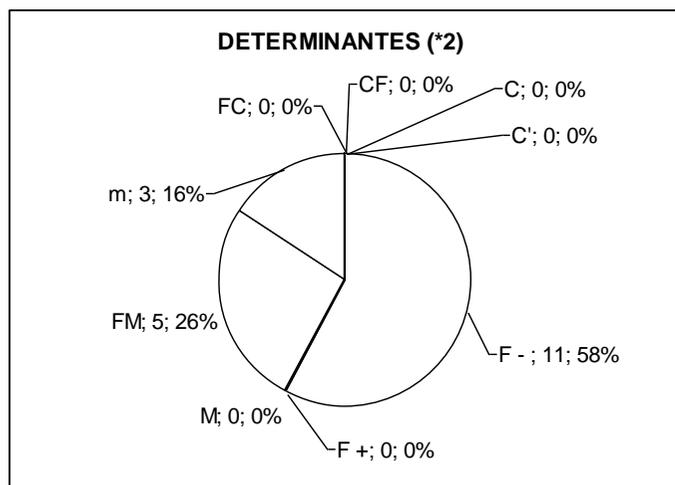
- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*;
- Dd = Resposta de *Detalhe Incomum* ou *Detalhe de Detalhe*;

(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais - (Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Determinantes										
Prancha	F ⁻	F ⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
II	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
III	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
IV	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
V	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
VI	2	0	0	0	2	0	0	0	0	4
VII	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
VIII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IX	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
X	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totais	11	0	0	5	3	0	0	0	0	19
Percentuais	58%	0%	0%	26%	16%	0%	0%	0%	0%	100%

I - DETERMINANTES - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma;

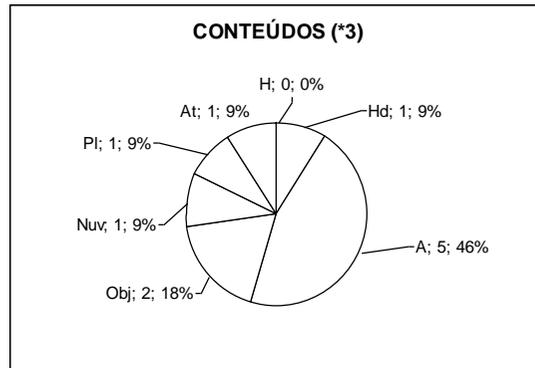
(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

CONTEÚDOS								
Prancha	H	Hd	A	Obj	Nuv	Pl	At	Totais
I	0	0	0	0	1	0	0	1
II	0	0	1	0	0	0	0	1
III	0	0	1	0	0	0	0	1
IV	0	0	1	0	0	0	0	1
V	0	0	1	0	0	0	0	1
VI	0	0	0	2	0	0	0	2
VII	0	0	1	0	0	0	0	1
VIII	0	1	0	0	0	0	0	1
IX	0	0	0	0	0	1	0	1
X	0	0	0	0	0	0	1	1
Totais	0	1	5	2	1	1	1	11
Percentuais	≈ 0%	≈ 9%	≈ 46%	≈ 18%	≈ 9%	≈ 9%	≈ 9%	≈ 100%

K - CONTEÚDOS (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)

Legenda: (**)



Classificação	Conteúdo	Descrição
H	Humano	Quando o examinando diz que está vendo uma pessoa inteira.
Hd	Detalhe humano	Detalhe ou parte humana, membros externos, exceto órgão sexual.
A	Animal	Quando o animal, na percepção do examinando, é visto por inteiro.
Obj	Objeto	Objetos comuns.
Nuv	Nuvem	Nuvem.
Pl	Planta	Planta, partes da planta.
At	Anatômico	Ossos ou órgãos internos ao corpo humano ou animal.

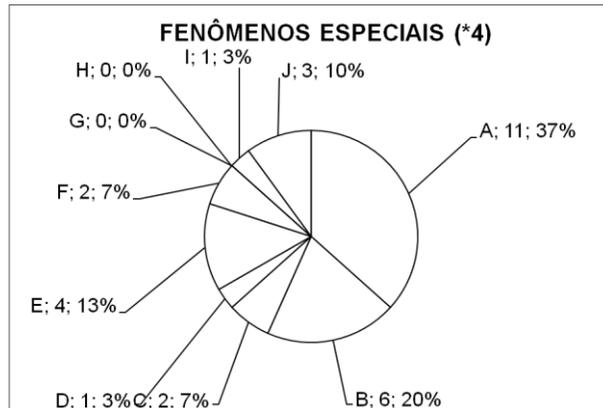
(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

(**) Retirado de Vaz (1997, pp. 50-51)

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais											
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totais
I	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
II	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	5
III	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
IV	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	4
V	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
VI	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
VII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VIII	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3
IX	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	4
X	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Totais	11	6	2	1	4	2	0	0	1	3	30
Percentuais	≈ 37%	≈ 20%	≈ 7%	≈ 3%	≈ 13%	≈ 7%	≈ 0%	≈ 0%	≈ 3%	≈ 10%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	G
III	G
VIII	D
IX	D
X	D

→ Sucessão Assistemática.

Pranchas Acromáticas	Localização
I	G
IV	D
V	G
VI	G / D
VII	G

→ Sucessão Assistemática.

Todas as Pranchas	Localização
I	G
II	G
III	G
IV	G
V	G
VI	G / D
VII	G
VIII	D
IX	D
X	D

→ Sucessão Assistemática.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

Resultados: Paciente 6

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F ⁻ elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F ⁺ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X

11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	12
Percentual de indicadores secundários →	80%
Percentagem geral de fatores observados →	86%

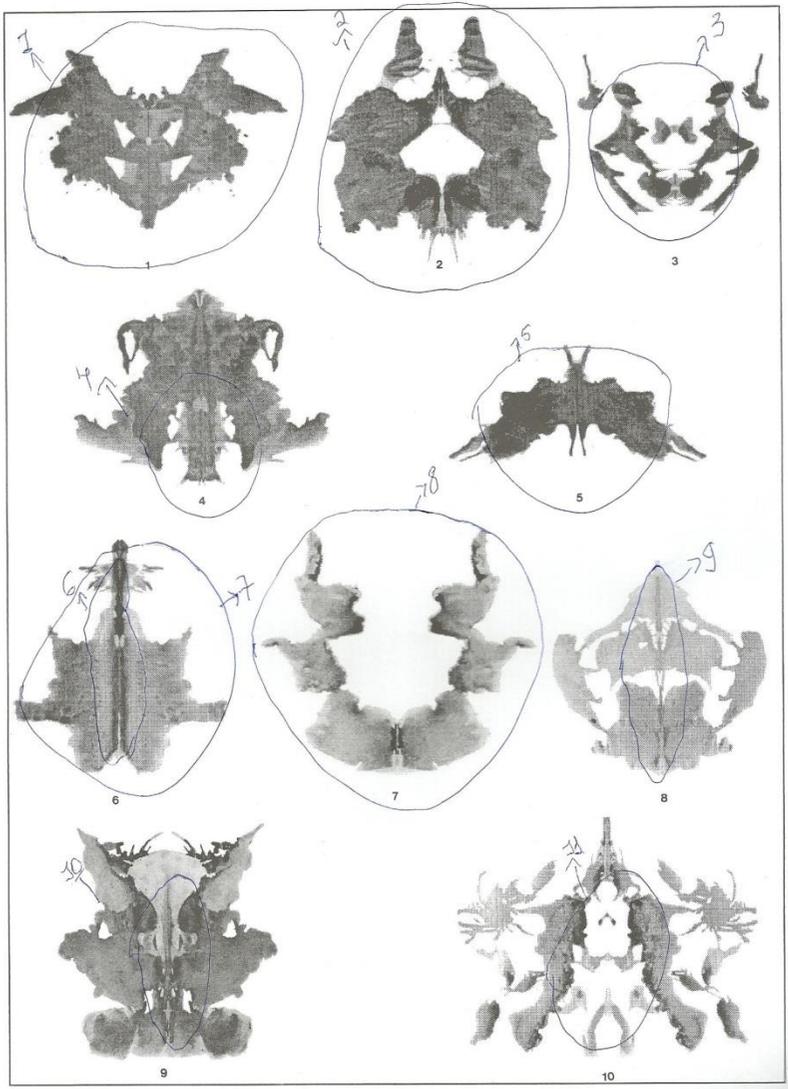
* * *

Observação1: A "Paciente 6", diagnosticada com o CID F.20.0, apresenta indicadores clínicos da esquizofrenia no Rorschach. Podemos registrar que o diagnóstico se confirma como Esquizofrenia.

Observação2: Não ocorreu fenômenos dissociativos com a "Paciente 6" durante a aplicação do Teste de Roschach.

* * *

FOLHA DE LOCALIZAÇÃO RORSCHACH



Paciente 6

Protocolo-Rorschach

Paciente 7

Paciente 7: Gênero Feminino. Idade: 55 anos. Solteira, natural de Palmeiras (BA). Grau de instrução: EF II (7ª série). Avaliado em janeiro de 2015, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A - RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda: PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada ao examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
I	(1)	Isso parece um morcego porque tá no meio. É um morcego. GD Não! É assim mesmo. Olhou o verso do cartão!	Ele é grande. Tem duas asas grandes também nos lados. Tem aqui dois... parecendo chifre. Tá voando. As asas e a boca (forma).
II	(1)	PI PN Parece também outro morcego. Mas, diferente do outro. Todos os lados... olhando parece um morcego de novo. Ou não é? Acho que não. O outro tinha uma boquinha assim.	Ele tem pontas vermelhas, não sei o que é! Soltas balagadã! [quis dizer balangandã]. Aqui as duas asas, a pata aqui. Acho que ele tá voando também. Também as asas, a forma. [Quis saber o que o examinador estava escrevendo. Olhando!];
	(2)	Aqui, vejo duas patinhas no lado. Quis saber o que o profissional estava escrevendo. Olhou o verso do cartão!	Elas estão viradas, como se o morcego tivesse andando. As patinhas estão andando porque aqui tem as asas, o corpo e aqui as patas. A forma do desenho.
III	(1)	PI Esse aqui parece um animal com dois braços e uma cabeça, e uma barriga, e duas patas, numa coisa só.	É um animal, não é gente não. Parece um caranguejo. Ele tá em pé, parado, porque não tem mão de gente e a cabeça também não. Coisa estranha! E tem mais duas patas. A forma.
IV	(1)	PI Parece com a outra figura, mas é diferente! PN Parece um monstro, um bicho, não sei! Parece um bicho. Essa figura é apagada, feia.	Parece ser do mar. Um monstro do mar. Ele tá em pé. Acho que vai andar. Mas, tá parado! O formato da figura. [Quis saber o que o examinador estava escrevendo. Olhando!];

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
V	(1)	Esse aqui é um morcego voando. Ele tá com as asas abertas e tem dois chifres no centro, ossos e duas patas. Olhou o verso do cartão!	O formato. Quis saber o que o profissional estava escrevendo.
VI	(1)	É um pouco diferente das outras. Mas, parece a mesma coisa. Todos tem o formato de um morcego. Um morcego.	Ele é grande. Nunca vi desse tamanho não! Parece que ele tá voando. Também as asas, as patas e tem duas patinhas aqui. O jeito da figura.
VII	(1)	PI PN Parece duas pessoas, uma dum lado, outra do outro, no meio. E duas cabeças. Tudo numa coisa só. Olhou o verso do cartão!	A figura tem uma cabeça aqui, outra aqui. São duas pessoas e parece que elas estão se falando. Parece que elas estão conversando coisas. Não! Elas estão quietas. O desenho.
VIII	(1)	PI PN Parece outra figura. Mas, é diferente. Aqui tem dois bichos, dois leões segurando essa ponta. E aqui, não sei o que é isso. É tão segurando alguma coisa. Não sei o quê!	Eles estão parados. É um símbolo, uma estaltua (sic) de dois bichos na posição do lado. A cabeça, as patas, os ossos deles nas lateralidade. A forma. Esse teste e esquisito, como você! Você pode escrever menas coisa.
IX	(1)	São todas quase iguais né! Vão se modificando aos poucos. Aqui eu vejo dois olhos no meio, aqui duas orelhas, uma coisa só do bicho. Olhou o verso do cartão!	É a mesma coisa do outro. Está de olho aberto. É um bicho qualquer, não sei o nome! Está vida sem, parado. A forma.
X	(1)	Ah! Parecida com os outros também no formato. Agora, aqui, vejo uma cabeça com uma coisa em cima e dois braços e mais duas patas, uma coisa só. É tem duas patas, uma cabeça e dois braços, tudo junto. Parece ser um homem. Umas coisas azul na mão do homem. É! Só isso mesmo.	Tá tudo parado, com a coisa azul na mão dele, esse mane [neologismo]. O formato do desenho.

Técnica Auxiliar

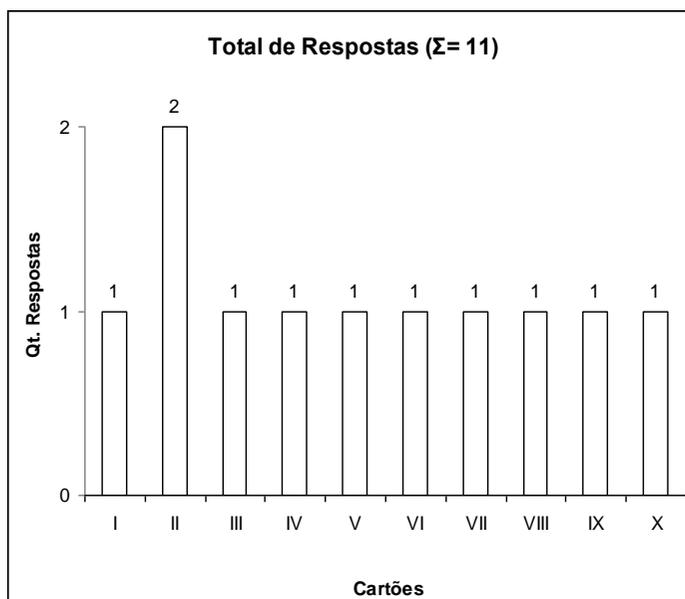
Cartões Preferidos: II; III, V; VII, IX; X.

Critério verbalizado: “Pela figura. O desenho. A forma deles, porque achei bonita. Mas, o que mais gostei de todos é este (cartão V), porque ele tá voando e vejo a forma dele todo”.

* * *

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas (conteúdo do inquérito incluído)
I	1	0	1	1
II	2	0	0	2
III	1	0	0	1
IV	1	0	0	1
V	1	0	1	1
VI	1	0	0	0
VII	1	0	0	0
VIII	1	0	0	1
IX	1	0	0	1
X	1	0	0	1
Total	11	0 (≈ 0%)	2 (≈ 18%)	82 (≈ 100%)

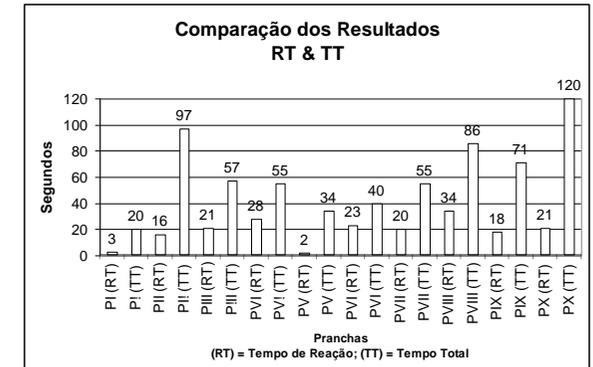
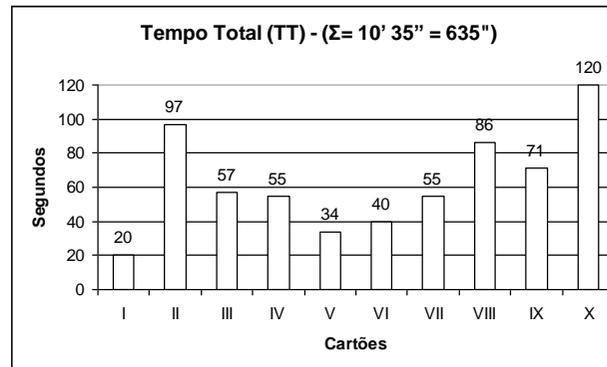
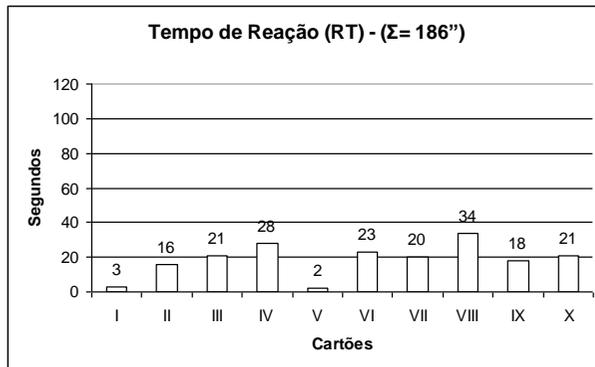


C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	03''	20''
II	16''	01' 37'' = 97''
III	21''	57''
IV	28''	55''
V	02''	34''
VI	23''	40''
VII	20''	55''
VIII	34''	01' 26'' = 86''
IX	18''	01' 11'' = 71''
X	21''	02' = 120''
Total	186'' = 03' 06''	635'' = 10' 35''

MÉDIAS		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 110''$ Média $\approx 22''$	$\Sigma = 431'' = 07' 11''$ Média $\approx 86''$
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 76''$ Média $\approx 15''$	$\Sigma = 204'' = 03' 24''$ Média $\approx 40''$

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	1	G	F ⁻ ; FM	A
	2	Dd	F ⁻ ; FM	Ad

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	1	G	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	1	G	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	1	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	1	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	1	G	F ⁻	H

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	1	D	F ⁻	A

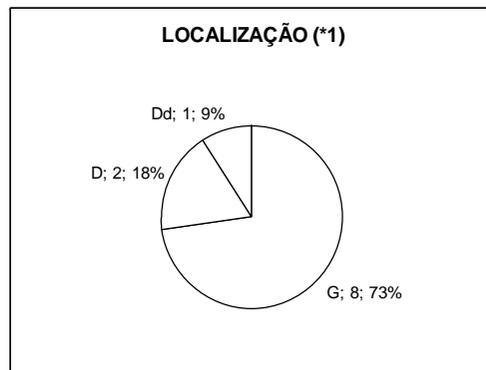
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IX	1	D	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	1	G	F ⁻	H

F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

LOCALIZAÇÃO				
Prancha	G	D	Dd	Totais
I	1	0	0	1
II	1	0	1	2
III	1	0	0	1
IV	1	0	0	1
V	1	0	0	1
VI	1	0	0	1
VII	1	0	0	1
VIII	0	1	0	1
IX	0	1	0	1
X	1	0	0	1
Totais	8	2	1	11
Percentuais	≈ 73%	≈ 18%	≈ 9%	100 %

G - LOCALIZAÇÃO - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

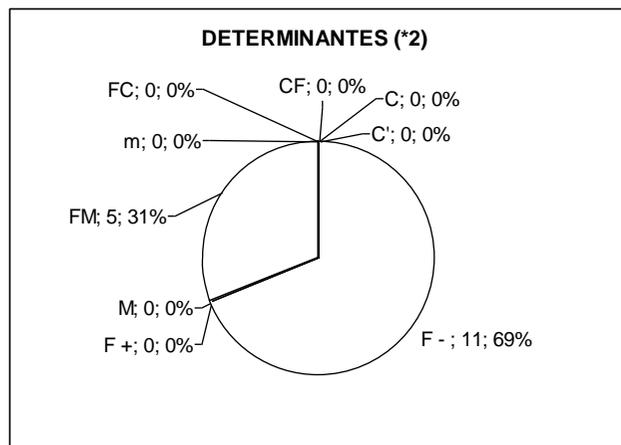
- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*;
- Dd = Resposta de *Detalhe Incomum* ou *Detalhe de Detalhe*;

(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais - (Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Determinantes										
Prancha	F ⁻	F ⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
II	2	0	0	2	0	0	0	0	0	4
III	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
VI	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
VII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VIII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IX	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
X	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totais	11	0	0	5	0	0	0	0	0	16
Percentuais	69%	0%	0%	31%	0%	0%	0%	0%	0%	100%

I - DETERMINANTES - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

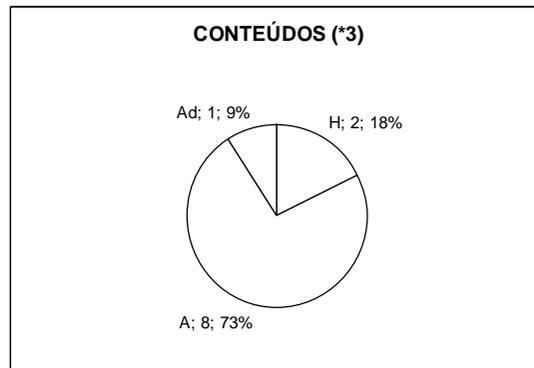
- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma;

(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

CONTEÚDOS				
Prancha	H	A	Ad	Totais
I	0	1	0	1
II	0	1	1	2
III	0	1	0	1
IV	0	1	0	1
V	0	1	0	1
VI	0	1	0	1
VII	1	0	0	1
VIII	0	1	0	1
IX	0	1	0	1
X	1	0	0	1
Totais	2	8	1	11
Percentuais	≈ 18%	≈ 73%	≈ 9%	100%

K - CONTEÚDOS (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda: ()**

Código	Conteúdo	Descrição
H	Humano	Quando o examinando diz que está vendo uma pessoa inteira.
A	Animal	Quando o animal, na percepção do examinando, é visto por inteiro.
Ad	Detalhe ou parte animal	Detalhe ou partes externas do animal.

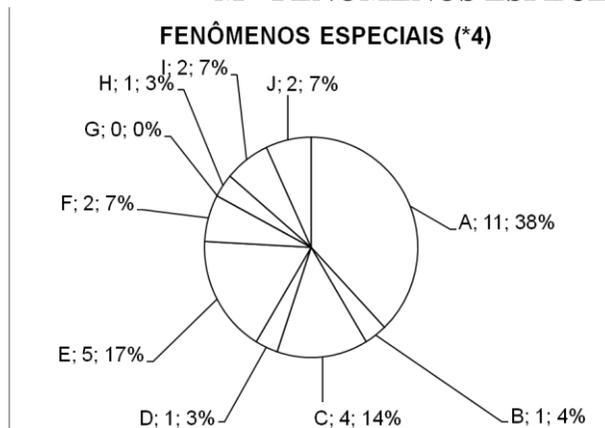
(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

(**) Retirado de Vaz (1997, pp. 50-51)

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais											
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totais
I	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	4
II	2	0	1	0	1	1	0	1	1	0	7
III	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
IV	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
V	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
VI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VII	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
VIII	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
IX	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4
X	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Totais	11	1	4	1	5	2	0	1	2	2	29
Percentuais	≈ 38%	≈ 4%	≈ 14%	≈ 3%	≈ 17%	≈ 7%	≈ 0%	≈ 3%	≈ 7%	≈ 7%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	G / Dd
III	G
VIII	D
IX	D
X	G

→ Sucessão Assistemática.

Pranchas Acromáticas	Localização
I	G
IV	G
V	G
VI	G
VII	G

→ Sucessão Rígida.

Todas as Pranchas	Localização
I	G
II	G / Dd
III	G
IV	G
V	G
VI	G
VII	G
VIII	D
IX	D
X	G

→ Sucessão Assistemática.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

Resultados: Paciente 7

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	

11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	12
Percentual de indicadores secundários →	80%
Percentagem geral de fatores observados →	86%

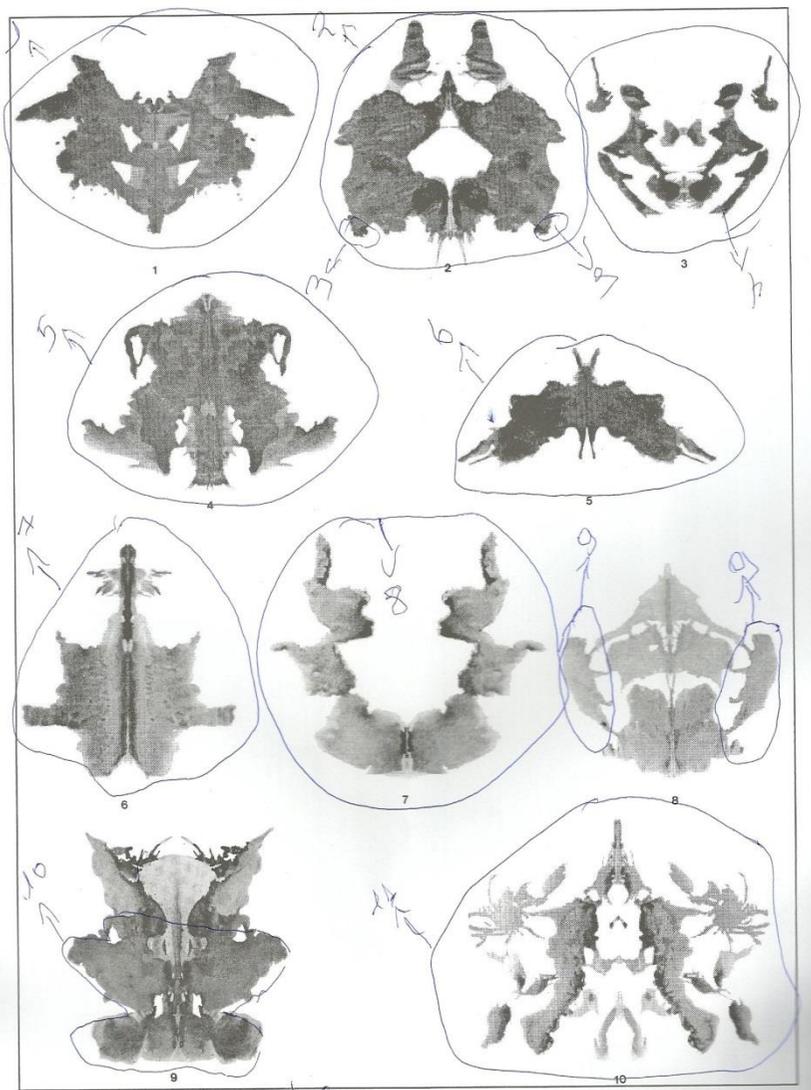
* * *

Observação1: A "Paciente 7", diagnosticada com o CID F.20.0, apresenta indicadores clínicos da esquizofrenia no Rorschach. Podemos registrar que o diagnóstico se confirma como Esquizofrenia.

Observação2: Não ocorreu fenômenos dissociativos com a "Paciente 7" durante a aplicação do Teste de Roschach.

* * *

FOLHA DE LOCALIZAÇÃO RORSCHACH



Paciente 7

Protocolo-Rorschach

Paciente 8

Paciente 8: Gênero Masculino. Idade: 21 anos. Solteiro, brasileiro. Grau de instrução: Ensino Médio. Avaliado em março de 2015, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A - RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda:

PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada ao examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
I	(1)	Uma borboleta. Só. [Olhou o verso do cartão].	→ Uma borboleta negra, escura, fantasmagórica, sem ossos. Está com as duas asas abertas e o corpinho dela no meio. Ela está parada de asas abertas. → O próprio desenho. O formato. [Quis saber o que o examinador estava escrevendo].
II	(2)	PI Dois rins.	→ Rins de pessoa. Estão aqui os dois na parte preta. Dois rins saudáveis, fixados, aparecendo na direita e na esquerda. O rim pode retirar um dos rins e a pessoa ficar com um só. A pessoa tá com os dois. Então, está saudável. Só. Pessoa unirenale (sic). → O próprio desenho, a forma da figura.
III	(3)	Um quadril de ossos. Só o osso.	→ Quadril de pessoa nas partes em preto. É o quadril já de um esqueleto arreventado que já vi. [Você é psicólogo? Mostra cada coisa esquisita → = Crítica ao examinador]. Só. → A forma dele.
IV	(4)	PI Um morcego.	→ Aqui estão as duas asas e a cabeça porque tá no meio. Ele está parado. Só. → O formato dele. [Olhou o verso do cartão].
V	(5)	PI; PN; PI; PN Uma mariposa.	→ Do mesmo jeito do morcego. Duas asas e o corpinho dela aqui no meio. Duas antenas antenadas, capitando sinais interconexos! Ela está parada. → A própria gravura. O próprio formato da barra de tinta.
VI	(6)	Um barco a vela.	→ Eu enxerguei a vela aqui [apontou com o dedo na parte de cima da mancha], a vela do navio, em cima. E o navio aqui embaixo. Eu vejo um navio que a parte baixa dele, aqui submersa. E, aqui, a parte do navio [apontou novamente com o dedo]. O navio está de frente, visão frontal. Estaria na água, parado. Já vi este navio em algum canto. → A própria gravura, o formato da figura.

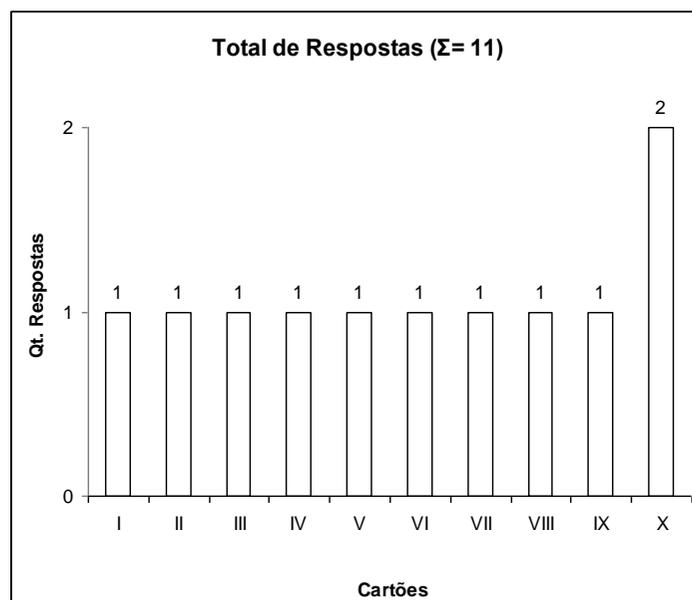
1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
VII	(7)	Duas pessoas. Ou... É duas pessoas.	→ Aqui seria o cabelo, até aqui [apontou com o dedo], com uma parte arrancada. Aqui seria a região dos olhos de cada um. O nariz deformado seria aqui e a boca aqui embaixo. E, a mão estaria assim, para trás das duas pessoas. Uma olhando para a outra. Paradas. Só. → O formato da tinta.
VIII	(8)	Um coração.	→ Esse coração seria toda a gravura. O coração central de uma pessoa. Coração jovem de uma pessoa saudável. A pessoa está viva, mas o coração está parado. [Quis saber o que o examinador estava escrevendo]. → O formato da mancha de tinta.
IX	(9)	Dois pulmões.	→ Dois pulmões de pessoas nessa região em verde musgo. Pessoa bipleurali (sic). É o pulmão de uma pessoa que conheço. As pessoas têm dois pulmões. Pela cor eles estariam doentes, murchos. Pela cor verde musgo os pulmões estão parados. → Minha intuição determinou isso. A forma também.
X	(10)	PI; PN; PI; PN; PI Dois olhos.	→ Aqui. Cada um dos olhos aqui no meio. Eles estariam olhando para a pessoa, a pessoa que estivesse enxergando a gravura. No caso sou eu. São olhos amarelos, castanhos claros. Um do lado do outro. Olhos parados. → O formato da tinta.
	(11)	PI Duas aranhas.	→ Aqui, uma aranha em cada canto. Duas aranhas de pernas abertas, paradas, uma do lado da outra. → Os borrões de tinta parecendo umas patas. As patas da aranha. A forma.

* * *

PS:. “Gostei de todas as figuras. Não teve nenhuma que não gostei. A que mais gostei foi a primeira, que parece uma borboleta. A que menos gostei foi a última, porque tá um pouco confusa. Não tive critério, só minha intuição”.

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas (conteúdo do inquérito incluído)
I	1	0	1	1
II	1	0	0	1
III	1	0	0	1
IV	1	0	0	1
V	1	0	1	1
VI	1	0	0	1
VII	1	0	0	1
VIII	1	0	0	1
IX	1	0	0	1
X	2	0	1	2
Total	11	0 (≈ 0%)	3 (≈ 27%)	11 (≈ 100%)

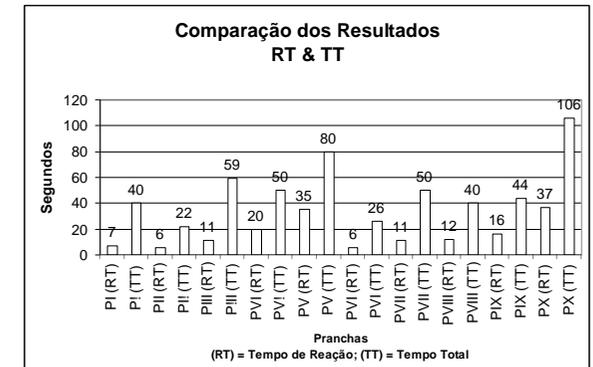
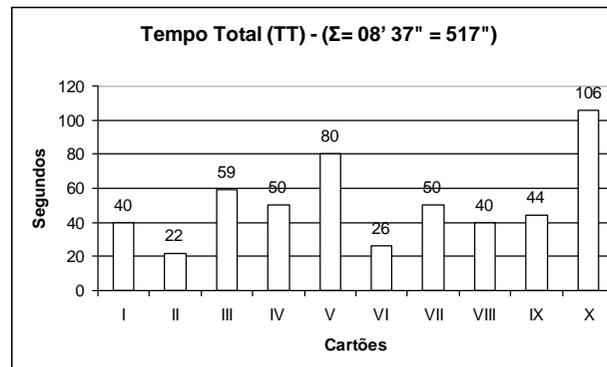
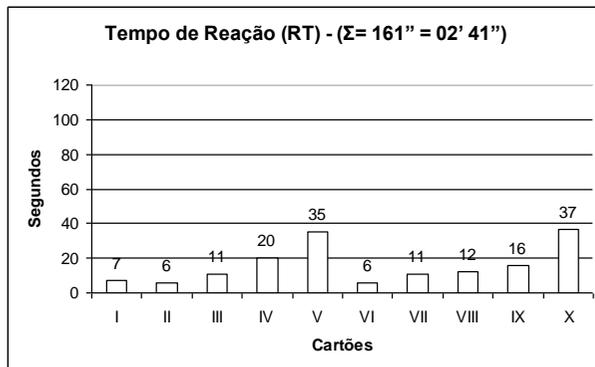


C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	07''	40''
II	06''	22''
III	11''	59''
IV	20''	50''
V	35''	01' 20'' = 80''
VI	06''	26''
VII	11''	50''
VIII	12''	40''
IX	16''	44''
X	37''	01' 46'' = 106''
Total	161'' = 02' 41''	517'' = 08' 37''

MÉDIAS		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 82'' = 01' 22''$ Média $\approx 16''$	$\Sigma = 271'' = 04' 31''$ Média $\approx 54''$
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 79'' = 01' 19''$ Média $\approx 15''$	$\Sigma = 246'' = 04' 06''$ Média $\approx 49''$

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	G	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	1	G	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	1	G	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	1	G	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	1	G	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	1	G	F ⁻	Obj

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	1	D	F ⁻	H

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	1	G	F ⁻	At

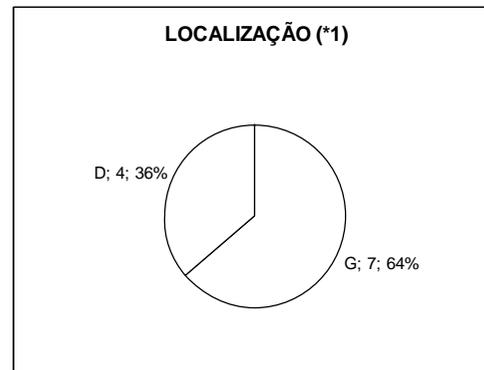
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IX	1	D	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	1	D	F ⁻	Hd
	2	D	F ⁻	A

F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

LOCALIZAÇÃO			
Prancha	G	D	Totais
I	1	0	1
II	1	0	1
III	1	0	1
IV	1	0	1
V	1	0	1
VI	1	0	1
VII	0	1	1
VIII	1	0	1
IX	0	1	1
X	0	2	2
Totais	7	4	11
Percentuais	≈ 64%	≈ 36%	100 %

G - LOCALIZAÇÃO - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

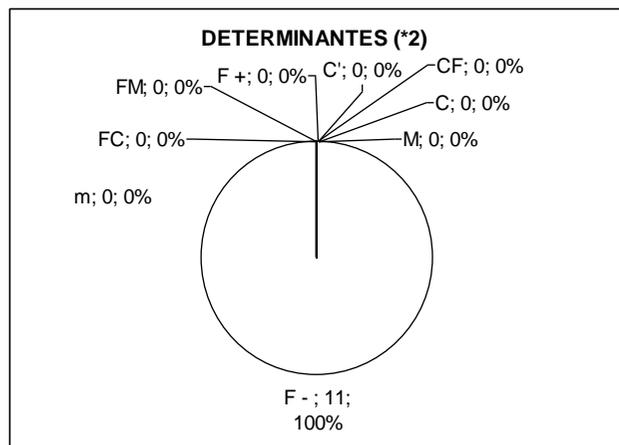
- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*.

(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais - (Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Determinantes										
Prancha	F ⁻	F ⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
II	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
III	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VIII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IX	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
X	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Totais	11	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Percentuais	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%

I - DETERMINANTES - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma;

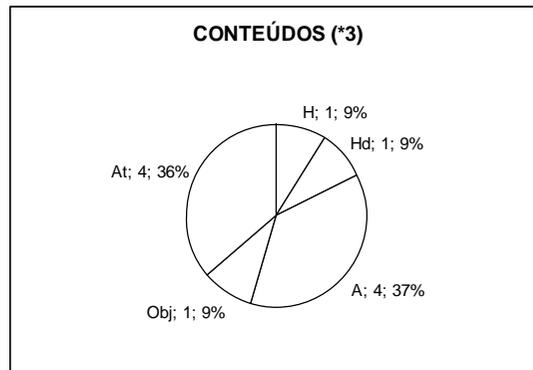
(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

C o n t e ú d o s						
Prancha	H	Hd	A	Obj	At	Totais
I	0	0	1	0	0	1
II	0	0	0	0	1	1
III	0	0	0	0	1	1
IV	0	0	1	0	0	1
V	0	0	1	0	0	1
VI	0	0	0	1	0	1
VII	1	0	0	0	0	1
VIII	0	0	0	0	1	1
IX	0	0	0	0	1	1
X	0	1	1	0	0	2
Totais	1	1	4	1	4	11
Percentuais	≈ 9%	≈ 9%	≈ 37%	≈ 9%	≈ 36%	100%

K - CONTEÚDOS (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)

Legenda: ()**



Código	Conteúdo	Descrição
H	Humano	Quando o examinando diz que está vendo uma pessoa inteira.
Hd	Detalhe humano	Detalhe ou parte humana, membros externos, exceto órgão sexual.
A	Animal	Quando o animal, na percepção do examinando, é visto por inteiro.
Obj	Objeto	Objetos comuns.
At	Anatômico	Ossos ou órgãos internos ao corpo humano ou animal.

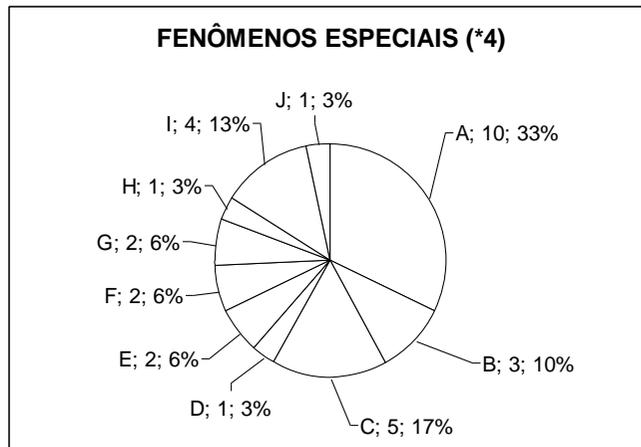
(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

(**) Retirado de Vaz (1997, pp. 50-51)

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais											
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totais
I	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	6
II	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
III	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
IV	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
V	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	4
VI	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
VII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VIII	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
IX	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
X	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	5
Totais	10	3	5	1	2	2	2	1	4	1	31
Percentuais	33%	≈ 10%	≈ 17%	≈ 3%	≈ 6%	≈ 6%	≈ 6%	≈ 3%	≈ 13%	≈ 3%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	G
III	G
VIII	G
IX	D
X	D; D

→ Sucessão Sistemática (Tendência).

Pranchas Acromáticas	Localização
I	G
IV	G
V	G
VI	G
VII	D

→ Sucessão Sistemática (Tendência).

Todas as Pranchas	Localização
I	G
II	G
III	G
IV	G
V	G
VI	G
VII	D
VIII	G
IX	D
X	D; D

→ Sucessão Assistemática.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

Resultados: Paciente 8

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X

11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	11
Percentual de indicadores secundários →	73%
Percentagem geral de fatores observados →	81%

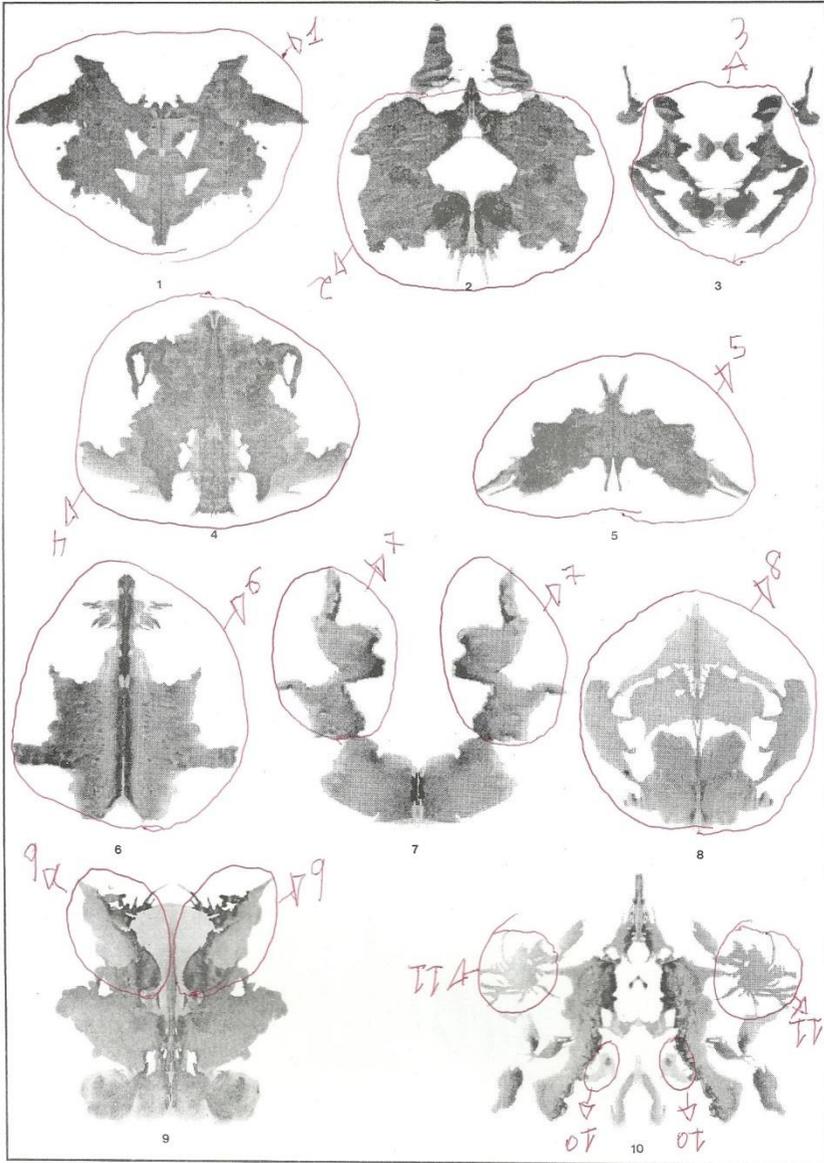
* * *

Observação1: O "Paciente 8", diagnosticado com o CID F.20.0, apresenta indicadores clínicos da esquizofrenia no Rorschach. Podemos registrar que o diagnóstico se confirma como Esquizofrenia.

Observação2: Não ocorreu fenômenos dissociativos com o "Paciente 8" durante a aplicação do Teste de Roschach.

* * *

FOLHA DE LOCALIZAÇÃO RORSCHACH



Paciente 8

Protocolo-Rorschach

Paciente 9

Paciente 9: Gênero Masculino. Idade: 40 anos. Solteiro, brasileiro. Grau de instrução: Ensino Médio. Avaliado em março de 2015, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A - RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda:

PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada ao examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação		2ª Fase - Localização e Inquérito	
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
I	(1)	O que é isso?! [Olhou o verso do cartão]. Não tô vendo nada! Eu heim! [Viu novamente o verso do cartão]. Dô conta não! [Profissional estimula o paciente]. Você vai passar isto para o psiquiatra? Que dificuldade! Que que é isso?! [Risos]. Vou passar o dia todo para saber o que é isso! [Latência grande]. São quatro pessoas. [Olhou o verso do cartão]. [Quis saber o que o examinador estava escrevendo].	<p>→ Isso aqui é o diabo! São quatro pessoas de Rubiatava. Uma chamava Germânia. Para mim ela é Nossa Senhora de Aparecida. Eu gostava tanto daquela mulher. Vi um vulto e a luz do colégio apagou. Sou obcecado por essa mulher. Eu com 47 Kg, como é que ia conquistar essa mulher?! Essas quatro pessoas estão passando fome, tão correndo. São bebês. O “apartai” [neologismo! Segundo o paciente, significa mulher que passa fome]... mulheres indecentes, quietas.</p> <p>→ O jeito da figura.</p>
II	(2)	[Largou a prancha na mesa após recebê-la]. Isso é uma borboleta.	<p>→ Não lembro mais muito bem da borboleta... mas, ela é vermelha, tá parada. Aqui na sala, agora, tô vendo quatro pessoas num carro vermelho Voyage! Você tem medo doutor?</p> <p>→ O jeito da figura.</p>
	(3)	Uma flor. [Olhou o verso do cartão].	<p>→ Não consigo ver a flor mais não. Não consigo falar! Acho que ela tá aqui e tem cor de marrom! Vermelho com marrom esse trem sô. Tô vendo um órgão sexual [resposta adicional]. Mas, a flor tá parada. O jeito da forma.</p>
III	(4)	[Largou a prancha na mesa após recebê-la]. Acho que isso é um passarinho, um beija-flor vermelhado.	<p>→ Ele tá com o bico torto. Tá parado! Tô vendo aqui uma imagem de uma cabeça de dois óculos [resposta adicional]. [Risos]. São duas pessoas gêmeas [resposta adicional].</p> <p>→ O jeito da figura.</p>

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
IV	(5)	Nossa! Judia de mim! Que que é isso? Tá parecendo mais um desenho animado com um homem bem forte.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ No meio tá parecendo o Incrível Hulk! É o halterofilismo, musculação. Ele é gigantão, o homem mais forte do mundo. Ele tá parado. Olha aí para você vê. Essa é a mais engraçada que achei. As duas pernas, os dois braços e o cérebro. ➔ O jeito da figura.
V	(6)	[Largou a prancha na mesa após recebê-la]. [Risos]. Que é isso?! Tá parecendo uma borboleta, não sei!	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Parece uma borboleta mesmo. Ela tá no ar, parada. Tô vendo um pássaro [resposta adicional]. Isso é técnica de Psicologia? Inteligência? Iche! Essas figuras são todas esquisitas. ➔ O jeito da figura.
VI	(7)	[Largou a prancha na mesa após recebê-la]. Dô conta não! [Pensando...]. Um pulmão. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> ➔ É o meu pulmão... tá bem, funcionando, mas, parado. Doutor, tô vendo besteira. Estou vendo um órgão sexual ali. Essa porcaria! Pode ser a borboleta de antes [perseveração]. ➔ O jeito da figura. [Quis saber o que o examinador estava escrevendo].
VII	---	[Largou a prancha na mesa após recebê-la]. Iche! Não tenho a mínima ideia! [Risos]. Oh! Judiação! Dô conta não! [Pensando...]. Dô conta não. Não tenho ideia não! [Rejeitou a prancha].	<ul style="list-style-type: none"> ➔ [Posteriormente, na fase do inquérito, disse ter visto um “L” do algarismo romano. Quis iniciar sua demarcação na Folha de Localização. Solicitei que parasse].
VIII	(8)	[Largou a prancha na mesa após recebê-la]. São pétalas de rosa com flores verde cor de laranja, que eu gosto!	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Tô vendo um gato desses dois lados [resposta adicional]. Olha as pernas dele! As pétalas aqui é laranjado, com rosa e verde, presa na terra. A cor rosa.
IX	(9)	[Largou a prancha na mesa após recebê-la]. São quatro anjos. Para eu reabilitar na clínica preciso casar com os quatro anjos, não com o demônio. Para eu casar com uma mulher entre os quatro anjos! [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Aqui no meio os quatro anjos... Tem uma vareta aqui [resposta adicional]. Não sei o que é! Tem duas dum lado e duas do outro. Parecendo que é órgão sexual de cavalo [resposta adicional; perseveração]. Que é isso?! Os testículos e os dois bagos [resposta adicional]. Os anjos estão parados, eles só movimentam a noite. A borboleta de novo [perseveração]. ➔ O jeito da figura.

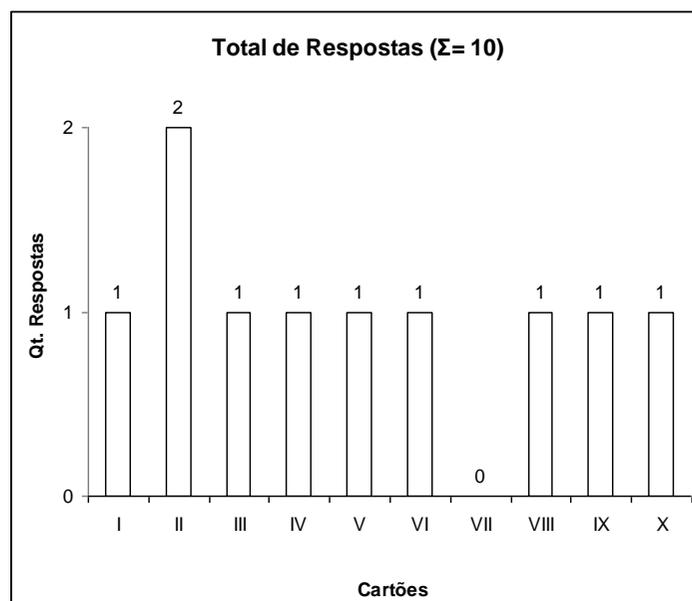
1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
X	(10)	[Largou a prancha na mesa após recebê-la]. Ishe! Caralho! [Começou a coçar o nariz]. Isso aqui é uma aranha azul porque tá fora do centro, isso aqui é outra [Apontou para as áreas azuis da prancha]. Isso aqui é amarelo. Eu não sei desenhar nada, doutor, eu tenho o QI muito negativo, você já notou?	<ul style="list-style-type: none"> ➔ As aranhas estão caçando mulher. Não... Como se diz... Elas estão fazendo sexo com mulher. Mas, tão paradas. Elas podem ir para o eu sapato. Qual é a cor dele? ➔ O jeito delas. [Quis saber o que o examinador estava escrevendo].

PS:. Ao final do teste o paciente disse de forma espontânea: “Eu fui amolestado desde pequeno por um tal de Galego. Sabe o que ele fez comigo? Não é para o senhor ter vergonha. Não sou gay. Quando eu era pequeno minha mãe colecionava Pantera Cor de Rosa com Michel Jackson no meio”.

* * *

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas (conteúdo do inquérito incluído)
I	1	0	0	1
II	2	0	0	2
III	1	0	0	1
IV	1	0	0	1
V	1	0	1	1
VI	1	0	0	1
VII	0	0	0	0
VIII	1	0	0	1
IX	1	0	0	1
X	1	0	1	1
Total	10	0 (= 0%)	2 (≈20%)	10 (≈ 100%)

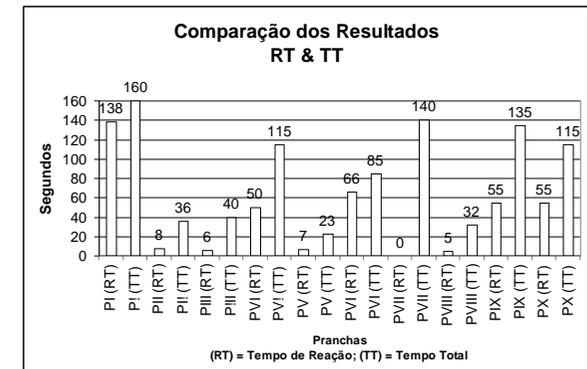
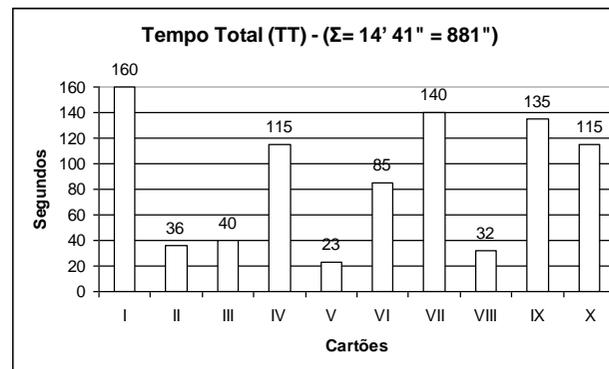
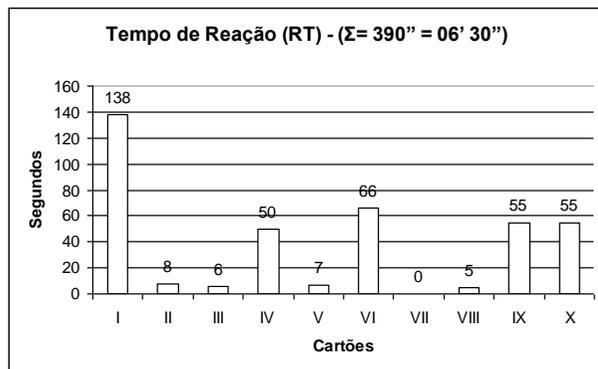


C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	02' 18" = 138"	02' 40" = 160"
II	08"	36"
III	06"	40"
IV	50"	01' 55" = 115"
V	07"	23"
VI	01' 06" = 66"	01' 25" = 85"
VII	---	02' 20" = 140"
VIII	05"	32"
IX	55"	02' 15" = 135"
X	55"	01' 55" = 115"
Total	390" = 06' 30"	881" = 14' 41"

MÉDIAS		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 129" = 02' 09"$ Média $\approx 25"$	$\Sigma = 358" = 05' 58"$ Média $\approx 71"$
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 261" = 04' 21"$ Média $\approx 52"$	$\Sigma = 523" = 08' 43"$ Média $\approx 104"$

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	D	F ⁻ ; M	H

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	2	D	F ⁻	A
	3	Dd	F ⁻	PI

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	4	Dd	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	5	G	F ⁻	H

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	6	G	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	7	G	F ⁻	At

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	---	---	---	---

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	8	D	C	PI

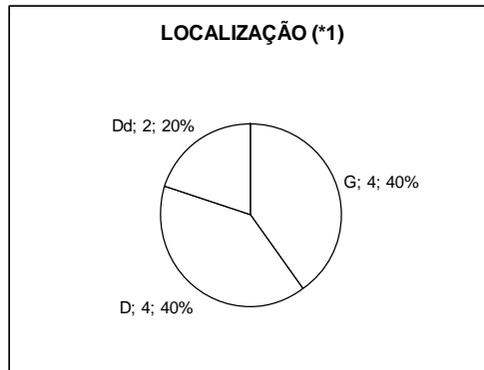
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IX	9	G	F ⁻	(H)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	10	D	F ⁻	A

F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

LOCALIZAÇÃO				
Prancha	G	D	Dd	Totais
I	0	1	0	1
II	0	1	1	2
III	0	0	1	1
IV	1	0	0	1
V	1	0	0	1
VI	1	0	0	1
VII	---	---	---	--
VIII	0	1	0	1
IX	1	0	0	1
X	0	1	0	1
Totais	4	4	2	10
Percentuais	= 40%	= 40%	= 20%	100 %

G - LOCALIZAÇÃO - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

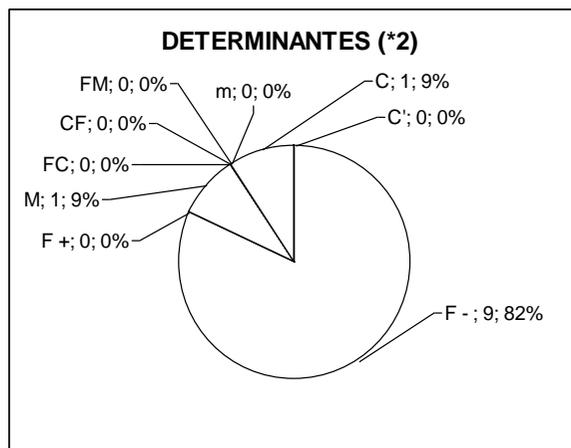
- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*;
- Dd = Resposta de *Detalhe Incomum* ou *Detalhe de Detalhe*;

(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais - (Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Determinantes										
Prancha	F ⁻	F ⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
II	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
III	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VII	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
VIII	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
IX	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
X	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totais	9	0	1	0	0	0	0	1	0	11
Percentuais	82%	0%	9%	0%	0%	x%	0%	9%	0%	100%

I - DETERMINANTES - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma;

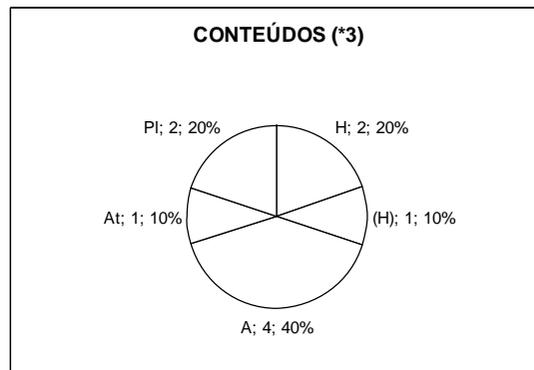
(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

C o n t e ú d o s						
Prancha	H	(H)	A	At	Pl	Totais
I	1	0	0	0	0	1
II	0	0	1	0	1	2
III	0	0	1	0	0	1
IV	1	0	0	0	0	1
V	0	0	1	0	0	1
VI	0	0	0	1	0	1
VII	---	---	---	---	---	---
VIII	0	0	0	0	1	1
IX	0	1	0	0	0	1
X	0	0	1	0	0	1
Totais	2	1	4	1	2	10
Percentuais	≈ 20%	≈ 10%	≈ 40%	≈ 10%	≈ 20%	100%

K - CONTEÚDOS (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)

Legenda: ()**



Código	Conteúdo	Descrição
H	Humano	Quando o examinando diz que está vendo uma pessoa inteira.
Hd	Detalhe humano	Detalhe ou parte humana, membros externos, exceto órgão sexual.
A	Animal	Quando o animal, na percepção do examinando, é visto por inteiro.
At	Anatômico	Ossos ou órgãos internos ao corpo humano ou animal.
Pl	Planta	Planta, partes da planta.

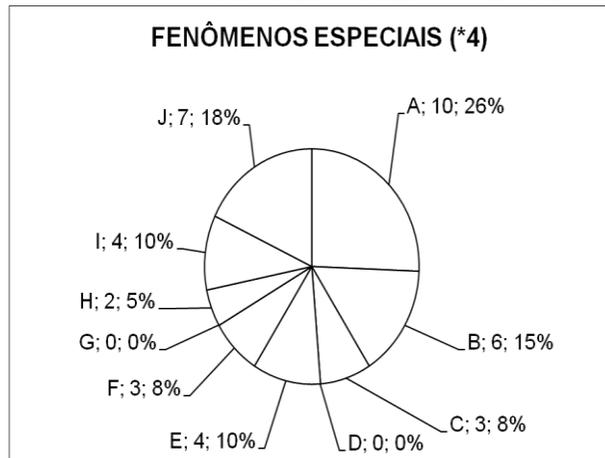
(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

(**) Retirado de Vaz (1997, pp. 50-51)

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais											
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totais
I	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	5
II	2	1	0	0	1	0	0	0	2	0	6
III	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
IV	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4
V	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
VI	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	6
VII	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
VIII	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
IX	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	6
X	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	5
Totais	10	6	3	0	4	3	0	2	4	7	39
Percentuais	26%	≈ 15%	≈ 8%	≈ 0%	≈ 10%	≈ 8%	≈ 0%	≈ 5%	≈ 10%	≈ 18%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	D; Dd
III	Dd
VIII	D
IX	G
X	D

→ Sucessão Assistemática.

Pranchas Acromáticas	Localização
I	D
IV	G
V	G
VI	G
VII	---

→ Sucessão Assistemática.

Todas as Pranchas	Localização
I	D
II	D; Dd
III	Dd
IV	G
V	G
VI	G
VII	---
VIII	D
IX	G
X	D

→ Sucessão Assistemática.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

Resultados: Paciente 9

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	X

11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	X
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	13
Percentual de indicadores secundários →	86%
Percentagem geral de fatores observados →	90%

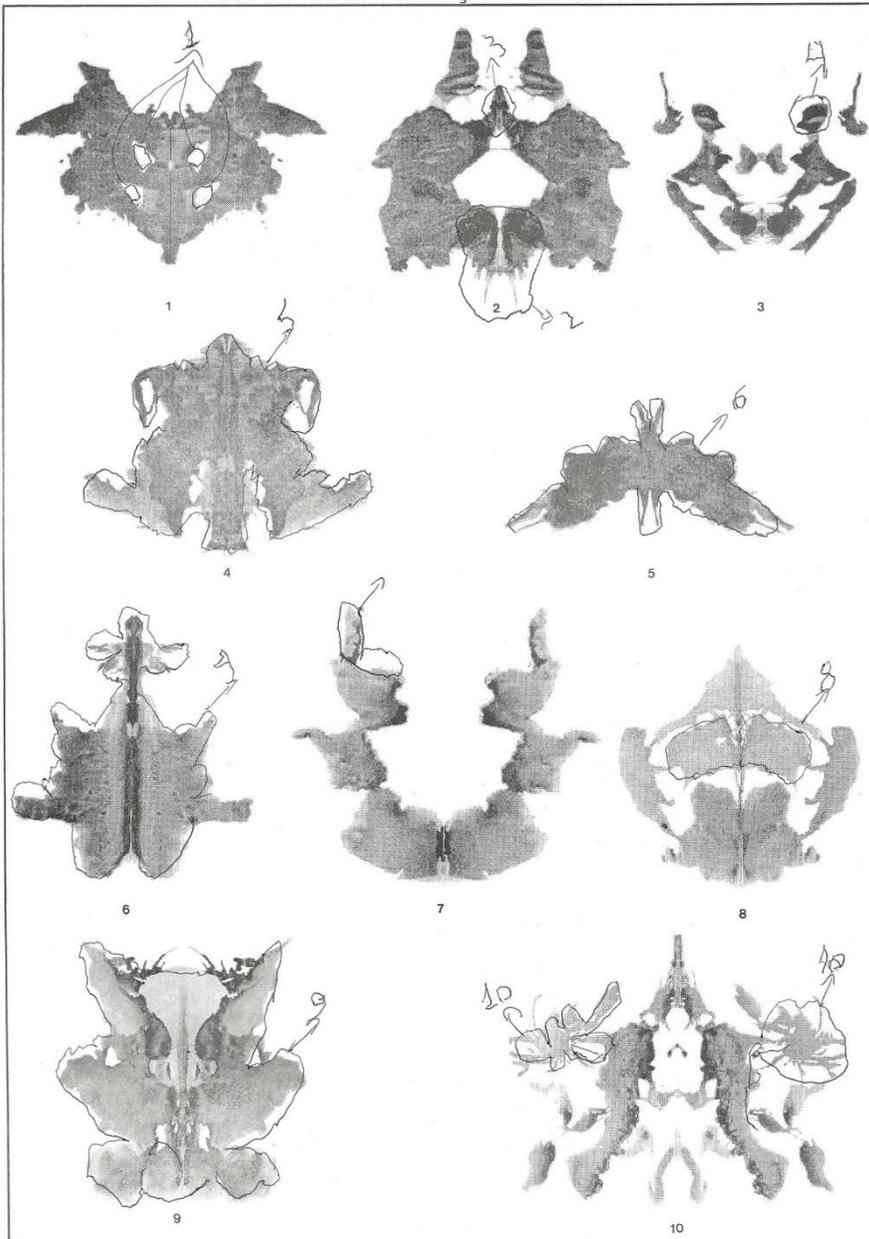
* * *

Observação1: O "Paciente 9", diagnosticado com o CID F.20.0, apresenta indicadores clínicos da esquizofrenia no Rorschach. Podemos registrar que o diagnóstico se confirma como Esquizofrenia.

Observação2: Não ocorreu fenômenos dissociativos com o "Paciente 9" durante a aplicação do Teste de Roschach.

* * *

FOLHA DE LOCALIZAÇÃO RORSCHACH



Paciente 9

Protocolo-Rorschach

Paciente 10

Paciente 10: Gênero Masculino. Idade: 52 anos. Solteiro. Paraibano. Grau de instrução: Ensino Médio. Avaliado em março de 2015, conforme solicitação do psicólogo Marcello de Abreu Faria, CRP 01 / 3280 - DF. Finalidade: Tese de Doutorado - UnB.

A - RORSCHACH: VERBALIZAÇÃO & INQUÉRITO - (Abordagem Klopfer)

Legenda:

PN = Posição Normal em que a prancha foi apresentada ao examinando.

PI = Posição Invertida da Prancha. / GD = Giro para direita; / GE = Giro para esquerda.

1ª Fase - Associação		2ª Fase - Localização e Inquérito	
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
I	(1)	Posso falar o que é? Estou vendo tipo um morcego, na lateral. PI GD PN PI PN	<ul style="list-style-type: none"> → Ele é um animal que voa a noite. Ele está parado. → Foi a fotografia, a percepção, a forma.
	(2)	Um animal com duas cabeças. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> → Uma divisão. Um corpo de um lado e de outro. Ele está olhando as suas laterais, parados. As orelhas, o formato da boca, tá parecendo um cão.
II	(3)	GD PI O senhor é medico? PN Na realidade aqui não estou entendendo nada! Teste esquisito! GD PI PN As torres vermelhas de uma Igreja. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> → Elas parecem os sinos da Igreja onde ficam localizados os sinuóides [neologismo] da Igreja. Só. → O formato. → [Quis saber o que o examinador estava escrevendo]. → [Disse: “Vocês inventam cada figura maluca pra gente”].
III	(4)	Isso aqui é duas pessoas com a mão dentro de um vaso. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> → Elas devem estar vendo algum material, algum veneno. O vaso está muito mal desenhado. Pode ser o mesmo sino da Igreja! → O formato.
IV	(5)	PI Uma pessoa de cabeça para baixo. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> → Cabeça para baixo porque deve estar plantando bananeira, mas parada! → Porque eu percebi. Foi a minha visão. Sempre ouço vozes, vejo pessoas do além conversando comigo. Sinto percepção de pessoas querendo me matar, gritos. Foi por isso, devido a isso que vi. Quando eu coloco a cabeça baixa isso tudo acontece. Sinto pessoas querendo me matar. Vejo tipo uma estrela. Mas, foi a forma dessa figura.

1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	O Quê Viu?	Como viu? & Por que viu?
V	(6)	Um bicho vermelho voando. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> → O formato dele. → [Quis saber o que o examinador estava escrevendo].
VI	(7)	Isso é uma rachadura de duas pedras com a cruz no meio. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> → Eu sonho muito com rachaduras e cruz e acordo vendo rachaduras assim... e quando, as vezes, me chamam assim... para mim matar os outros, para atacar os outros... Quando eu vi lembrei dos sonhos. → A figura, o formato.
VII	(8)	São duas caveiras aqui nas laterais. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> → É porque eu sonho muito com caveira, muito com o pessoal do além, sendo perseguido pelo pessoal do além. Essas caveiras representam a morte dos mortais. Lembro de necropsias, pessoas mortas, cadavéricas, necropsiadas, principalmente quando vou em cemitério. Vou muito em cemitério. Esses espíritos que são esquizofrênicos eles pedem para eu ir muito em cemitério. É o lugar que mais ouço vozes. A caveira está com a boca aberta querendo engolir outra. Ela tá em posição fixa. → O jeito dela.
VIII	(9)	Isso aqui é dois animais vermelho paralelos, porque tão nos lados. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> → Eles estão girando. É porque minha cabeça quando vê animais ela fica em movimento, começa a contorcer, fica distorsiva, ela contorce, não pode ver animais, ela fica tipo um disco. Aqui parece um coração, mas parece que os animais querem se encontrarem, para se pegar. Parece uma anta. São as vozes que me falam. → Foi o movimento. Foi a caminhada deles, o reencontro deles de um ao outro. Não, nada disso, foi o formato!
IX	(10)	PI São duas cabeças de dois animais. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> → Duas cabeças e um corpo. O formato parece duas cabeças de dois animais. Eles são tipo mamífero que gosto. Estão, assim, mortos. Mas, podem reagir a qualquer momento. De novo, as vozes. → O jeito da figura.

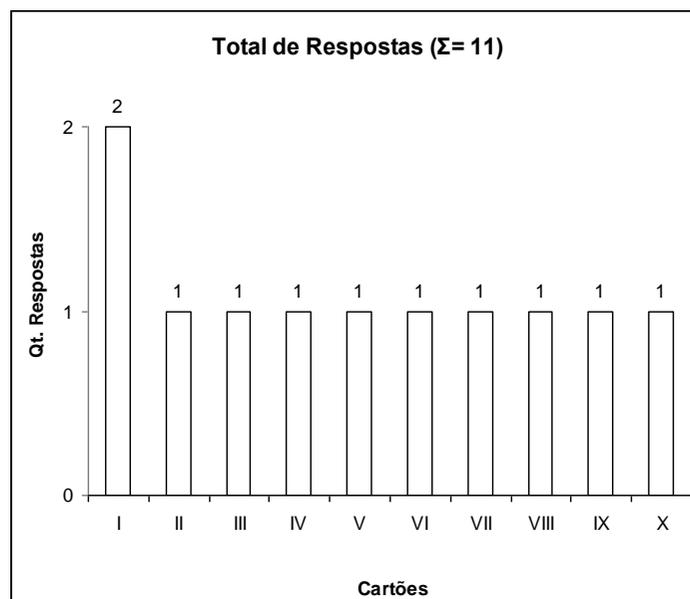
1ª Fase - Associação			2ª Fase - Localização e Inquérito
Prancha	Resposta	Prancha	Resposta
X	(11)	Isso aqui é um campo cheio de pássaros. [Olhou o verso do cartão].	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Esse campo é uma paisagem. Ele traz felicidade. Traz para mim a lucidez nos momentos que fico sóbrio, fora da paranoia. Quando vejo pássaro me sinto feliz. Só quando vejo animais fico tenso. Se pudesse eu morava numa fazenda cheia de pássaros. Esse campo tá bonito, lindo, florido, cheio de cores lindas, beija-flor. Os pássaros estão nos galhos, parados. ➔ É porque quando vi... eu gosto muito de pássaros. A minha mente ficou feliz. Ouço as vozes me dizerem essas coisas. Só Deus sabe o que a gente passa. É uma doença difícil. É como a pessoa tivesse dor de dente. Se estou com a dor o senhor não está sentindo. Hoje estou bem. Depois não. Tem dias que a gente nem almoça direito. Foi o reflexo da minha visão. A forma. ➔ [Quis saber o que o examinador estava escrevendo].

Técnica Auxiliar: Cartões preferidos: VIII, IX e X. Todos os demais foram preteridos. Alegou: “Tudo que traz escuro não gosto”. Critério adotado: “É porque gosto de cores coloridas, claras, branco, azul, vermelho, rosa, rosa-choque, rosa-lilás, verde, azul.” A que mais gostei de todas foi a X. A que menos gostei de todas foi a IV, porque me lembra de morte, só me trás recordação de perseguição, manda eu matar os outros, fazer o mal. Desde os 14 anos uso drogas (maconha, merla, crack, álcool). Foi por influências, amizades. Estou internado pela 10ª vez. Moro sozinho. Meu irmão é policial civil. Ouço vozes por causa da droga.”

* * *

B - Total de Respostas do Sujeito
(Tabela & Gráfico Demonstrativo dos Resultados)

Prancha	Respostas	Qt. Respostas de boa qualidade	Qt. Respostas Populares	Qt. Respostas abstratas e/ou absurdas (conteúdo do inquérito incluído)
I	2	0	1	1
II	1	0	0	1
III	1	0	1	1
IV	1	0	0	1
V	1	0	0	0
VI	1	0	0	1
VII	1	0	1	1
VIII	1	0	0	1
IX	1	0	0	0
X	1	0	0	1
Total	11	0 (≈ 0%)	3 (≈ 27%)	8 (≈ 72%)

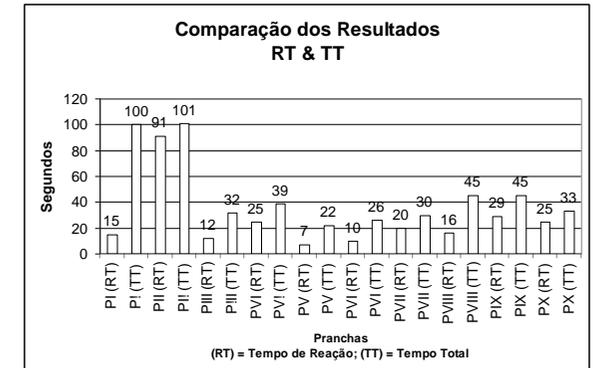
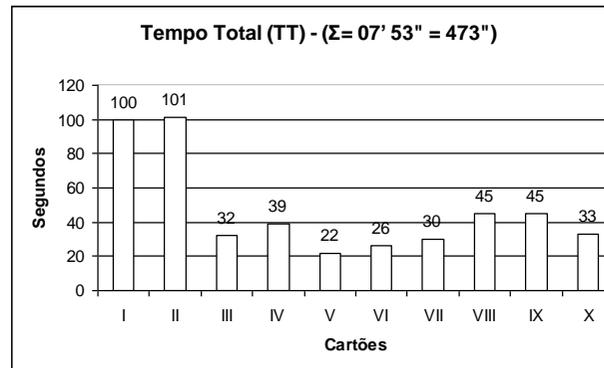
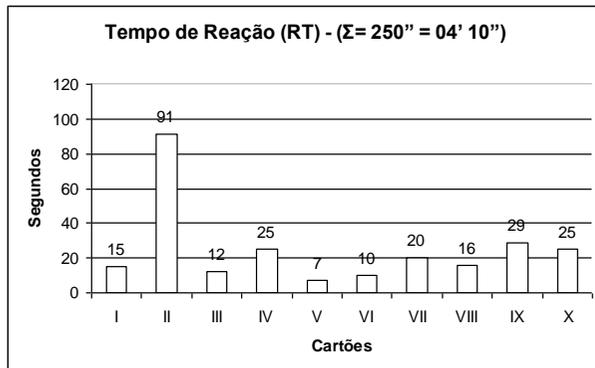


C - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

PRANCHA	RT (Segundos)	TT (Segundos)
I	15''	01'40'' = 100''
II	01' 31'' = 91''	01'41'' = 101''
III	12''	032''
IV	25''	039''
V	07''	022''
VI	10''	026''
VII	20''	030''
VIII	16''	045''
IX	29''	045''
X	25''	033''
Total	250'' = 04' 10''	473'' = 07' 53''

MÉDIAS		
Cromáticos (II; III, VIII, IX, X)	$\Sigma = 173'' = 02' 53''$ Média $\approx 34''$	$\Sigma = 256'' = 04' 16''$ Média $\approx 51''$
Acromáticos (I; IV, V, VI, VII)	$\Sigma = 77'' = 01' 17''$ Média $\approx 15''$	$\Sigma = 217'' = 03' 37''$ Média $\approx 43''$

D - Tempo de Reação (RT) & Tempo Total (TT)
(Gráficos Demonstrativos dos Resultados)



E - LOCALIZAÇÃO / DETERMINANTES / CONTEÚDOS
(Tabela Demonstrativa dos Resultados - Classificação por Prancha)

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
I	1	D	F ⁻	A
	2	D	F ⁻	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
II	3	D	F ⁻	Arq

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
III	4	G	F ⁻	H

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IV	5	D	F ⁻	H

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
V	6	G	F ⁻ ; FM	A

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VI	7	G	F ⁻	Obj

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VII	8	D	F ⁻	Obj

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
VIII	9	D	F ⁻	A

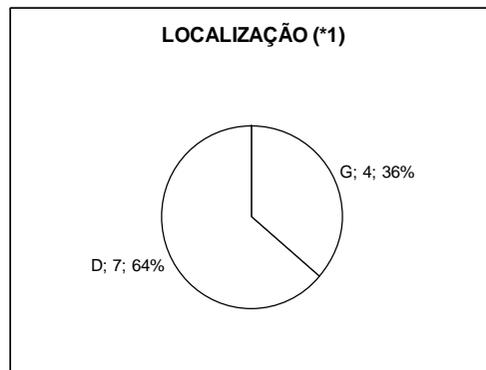
Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
IX	10	D	F ⁻	Ad

Prancha	Resposta	Localização	Determinante(s)	Conteúdo(s)
X	11	G	F ⁻	Nat

**F - LOCALIZAÇÃO: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)**

LOCALIZAÇÃO			
Prancha	G	D	Totais
I	0	2	2
II	0	1	1
III	1	0	1
IV	0	1	1
V	1	0	1
VI	1	0	1
VII	0	1	1
VIII	0	1	1
IX	0	1	1
X	1	0	1
Totais	4	7	11
Percentuais	≈ 36%	≈ 64%	100 %

G - LOCALIZAÇÃO - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

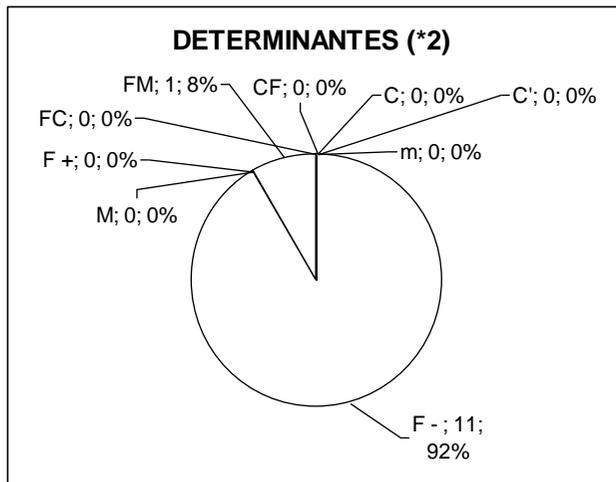
- G = Resposta *Global*;
- D = Resposta de *Detalhe Comum*.

(*1) Área da prancha em que o sujeito situa a resposta verbalizada.

H - DETERMINANTES: Totalizações e Percentuais - (Tabela Demonstrativa dos Resultados)

D e t e r m i n a n t e s										
Prancha	F⁻	F⁺	M	FM	m	FC	CF	C	C'	Totais
I	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
II	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
III	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
VI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VIII	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IX	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
X	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totais	11	0	0	1	0	0	0	0	0	12
Percentuais	92%	0%	0%	8%	0%	0%	0%	0%	0%	100%

I - DETERMINANTES - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

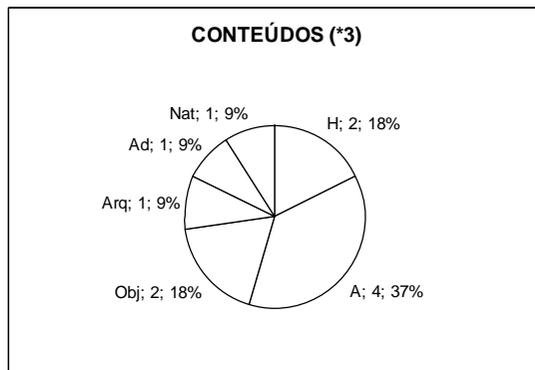
- F⁻ = Forma mal vista (critério estatístico);
- F⁺ = Forma bem vista (critério estatístico);
- M = O total das respostas de movimento humano;
- FM = Movimento animal;
- m = Movimento inanimado;
- FC = Resposta de cor com forma definida;
- CF = Resposta determinada pela cor, e, em segundo lugar, pela forma;
- C = Resposta determinada exclusivamente pela cor;
- C' = Conteúdo sem nenhuma forma. Sujeito percebe o acromático como preto, cinza ou bege sem tentativa de dar forma;

(*2) Fatores psíquicos que determinam as respostas do sujeito.

J - CONTEÚDOS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

C o n t e ú d o s							
Prancha	H	A	Obj	Arq	Ad	Nat	Totais
I	0	2	0	0	0	0	2
II	0	0	0	1	0	0	1
III	1	0	0	0	0	0	1
IV	1	0	0	0	0	0	1
V	0	1	0	0	0	0	1
VI	0	0	1	0	0	0	1
VII	0	0	1	0	0	0	1
VIII	0	1	0	0	0	0	1
IX	0	0	0	0	1	0	1
X	0	0	0	0	0	1	1
Totais	2	4	2	1	1	1	11
Percentuais	≈ 18%	≈ 37%	≈ 18%	≈ 9%	≈ 9%	≈ 9%	100%

K - CONTEÚDOS (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda: ()**

Código	Conteúdo	Descrição
H	Humano	Quando o examinando diz que está vendo uma pessoa inteira.
A	Animal	Quando o animal, na percepção do examinando, é visto por inteiro.
Obj	Objeto	Objetos comuns.
Arq	Arquitetônico	Relacionado à arquitetura.
Ad	Detalhe ou parte animal	Detalhe ou partes externas do animal.
Nat	Natureza	Natureza

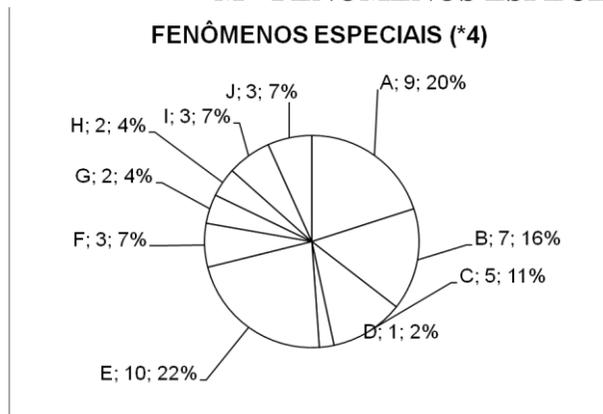
(*3) O que foi verbalizado e percebido pelo sujeito, registrado com base em categorias específicas.

(**) Retirado de Vaz (1997, pp. 50-51)

L - FENÔMENOS ESPECIAIS: Totalizações e Percentuais
(Tabela Demonstrativa dos Resultados)

Fenômenos Especiais											
Prancha	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totais
I	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	6
II	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	7
III	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
IV	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4
V	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3
VI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4
VII	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4
VIII	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	5
IX	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	5
X	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	4
Totais	9	7	5	1	10	3	2	2	3	3	45
Percentuais	20%	≈16%	≈11%	≈2%	≈22%	≈7%	≈4%	≈4%	≈7%	≈7%	100%

M - FENÔMENOS ESPECIAIS - (Gráfico Demonstrativo dos Resultados Percentuais)



Legenda:

- A = Contaminação / Confabulação;
- B = Ideia de referência e/ou de autorreferência;
- C = Resposta de posição;
- D = Críticas ao examinador;
- E = Olhar o verso do cartão;
- F = Olhar o que está sendo escrito pelo examinador;
- G = Giro ansioso;
- H = Perseveração de conteúdo;
- I = Cor Nomeada;
- J = Choques.

(*4) Aspectos distintos da técnica, qualitativos, para avaliação da personalidade.

N - Exame de Sucessão

Ou *Modo de Sucessão*, ordem em que as respostas foram dadas pelo examinando na Folha de Localização.

Pranchas Cromáticas	Localização
II	D
III	G
VIII	D
IX	D
X	G

→ Sucessão Assistemática.

Pranchas Acromáticas	Localização
I	D; D
IV	D
V	G
VI	G
VII	D

→ Sucessão Assistemática.

Todas as Pranchas	Localização
I	D; D
II	D
III	G
IV	D
V	G
VI	G
VII	D
VIII	D
IX	D
X	G

→ Sucessão Assistemática.

O - Diagnóstico Diferencial (Transtorno Esquizofrênico)

Sinais típicos da Esquizofrenia e da Personalidade Múltipla no Rorschach confirmados nesta pesquisa.

Resultados: Paciente 10

Indicadores principais (obrigatórios ou indispensáveis)	
1- Baixo número de respostas de boa qualidade.	X
2- Elevado número de respostas confabulatórias e/ou contaminadas.	X
3- Ideias de referência ou de autorreferência.	X
4- Número de respostas populares muito baixos.	X
5- Presença de respostas abstratas e/ou absurdas.	X
6- % de F- elevado (percentagem alta de formas mal vistas).	X
7- % de F+ baixo ou inexistente (percentagem baixa de formas bem vistas).	X
Quantidade de indicadores principais encontrados →	7
Percentual de indicadores principais →	100%
Indicadores secundários (não obrigatórios)	
1- Aumento das respostas G (+ de 30%) com diminuição de sua qualidade.	X
2- Críticas ao examinador.	X
3- Escassas interpretações de movimento humano (M).	X
4- Olhada no verso do cartão, podendo demonstrar comportamento enfadonho (monotonia).	X
5- Olhada no que está sendo escrito pelo examinador.	X
6- Perseveração de conteúdo durante várias pranchas seguidas, às vezes em todas as pranchas.	X
7- Presença de conteúdos anatômicos e de animal, que também podem estar associados a respostas de posição (PO).	X
8- Presença de Cor Nomeada.	X
9- Presença de neologismos, assim como nas respostas com conteúdo simbólico (muitas vezes sexuais e bizarros).	X
10- Presença de respostas anatômicas (ou de transposição) pouco usuais, estranhas e absurdas.	

11- Presença de respostas de posição (PO).	X
12- Presença de respostas que fazem referência à cor nas pranchas escuras (Ex: "Sangue", numa prancha preta, ou borboleta vermelha na prancha V. Tais respostas não são classificáveis nas de cor e sim nas C').	X
13- Somatório de C + CF > FC [ausência da combinação Forma e Cor (FC). Ou, de outro modo, as respostas de forma-cor FC encontram-se diminuídas em relação as CF (cor-forma) e as C (cor pura)].	
14- Sucessão desagregada (cortada) ou assistemática.	X
15- Tipo de vivência, ou Tipo de Ressonância Íntima (TRI), coartado / coartativo.	X
Quantidade de indicadores secundários encontrados →	13
Percentual de indicadores secundários →	86%
Percentagem geral de fatores observados →	90%

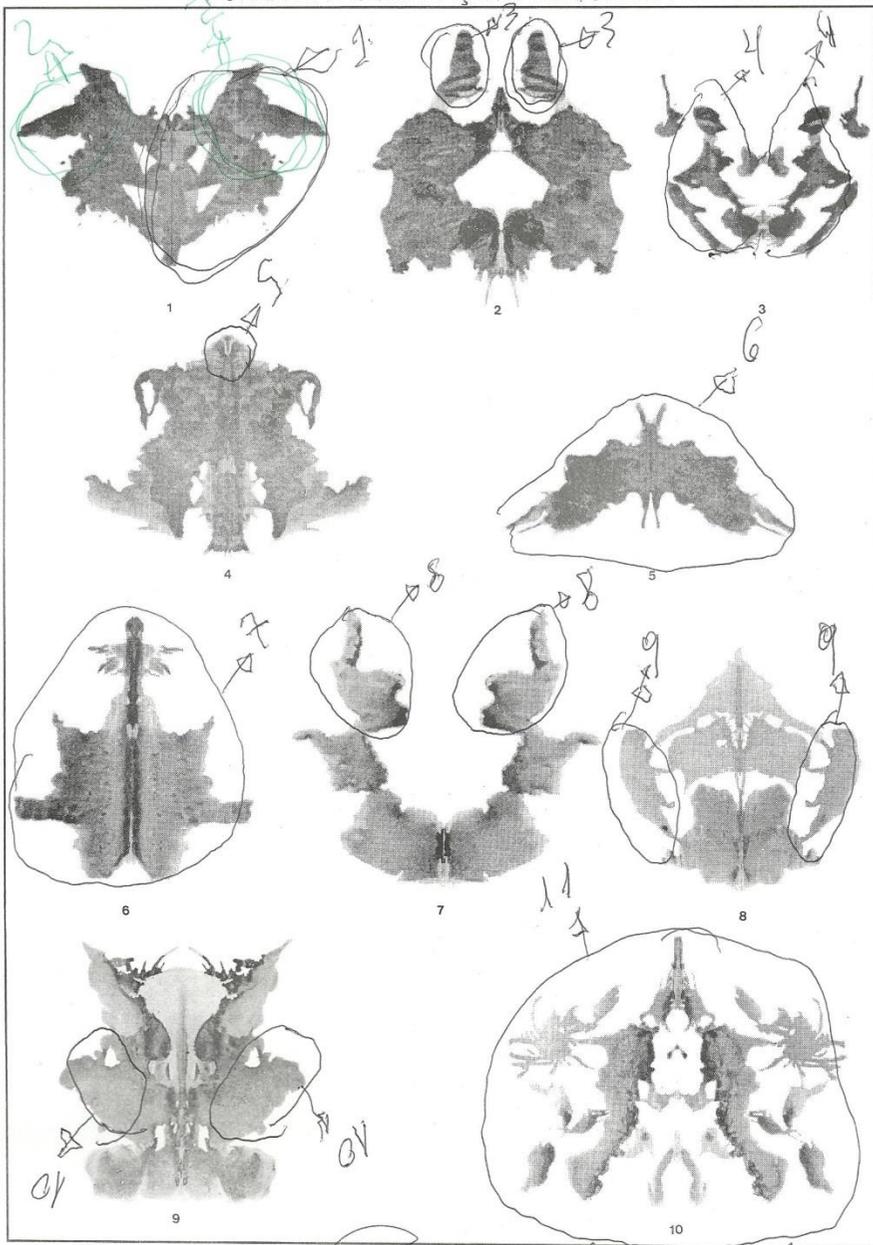
* * *

Observação1: O "Paciente 10", diagnosticado com o CID F.20.0, apresenta indicadores clínicos da esquizofrenia no Rorschach. Podemos registrar que o diagnóstico se confirma como Esquizofrenia.

Observação2: Não ocorreu fenômenos dissociativos com o "Paciente 10" durante a aplicação do Teste de Roschach.

* * *

FOLHA DE LOCALIZAÇÃO RORSCHACH



Paciente 10

APÊNDICE

Entrevista Semiestruturada

(1) Identificação:

- Nome:
- RG:
- Data de Nascimento:
- Estado Civil:
- Gênero:
- Escolaridade:
- Naturalidade:

PS:.. Tem ou teve dificuldades ou impossibilidades para visualizar ou reconhecer cores?

(2) Internação & Outros aspectos:

- Motivo;
- Medicações. Quais? Quando? Qual o diagnóstico? Há quanto tempo? Como lida com tal fato?
- Já sofreu algum tipo de trauma (físico, psicológico, ambos)?
- Algum membro da família sofre de alcoolismo, DQ, transtorno mental?
- Medos, preocupações, tentativas de suicídio;
- Saúde: tabagismo, etílico e/ou drogas ilícitas (há quanto tempo? Em que época da vida?); doenças; diagnósticos; tratamento; sedentarismo; obesidade; sobrepeso.

(3) Aspectos familiares específicos (Adequar se houver adoção):

- Narrar o que sabe sobre os genitores antes do nascimento e na atualidade.
- Irmãos.
- Histórico da saúde, no contexto familiar.
- Relacionamentos interpessoais no grupo familiar.

(4) Aspectos complementares:

- Nascimento, primeira infância, infância, pré-adolescência, adolescência, vida adulta... (Namoro, casamento, separação, filhos, relacionamentos sociais, histórico escolar e/ou profissional, relacionamento intrapessoal, metas e objetivos).
- Fatos relevantes que ocorreram na vida, ou experiências relevantes vivenciadas.
- Fatos nos quais se envolvera e que se pudesse os reveria e como o faria; modificações que faria na própria vida se pudesse.
- Razões que justifiquem para si, a própria existência.
- Alimentação, lazer, hobby.
- Teve educação religiosa? Qual?

(5) Aspectos Dissociativos:

- () Às vezes, sentimento de que seu corpo não lhe pertence.
- () Surpresa diante de roupas as quais não se lembra de ter vestido.
- () É comum não se reconhecer ao se olhar no espelho.
- () Em algumas ocasiões, sentimento de que se está fora do seu corpo, observando-se como se fosse outra pessoa, ou sentindo que as pessoas, as coisas e o mundo ao seu redor não são reais.
- () Já se viu num lugar e não sabe como chegou até lá.
- () Muitas vezes não percepção da passagem do tempo ou falta compreensão por que o tempo transcorre tão rapidamente.
- () Percepção de objetos novos entre seus pertences e não se recorda de tê-los comprado.
- () Pessoas desconhecidas chamam você por outro nome ou dizem que já se encontrou com você antes.

* * *



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtorno Dissociativo de Identidade e Esquizofrenia: uma investigação diagnóstica.

Pesquisador: Marcello de Abreu Faria

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16613913.6.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 421.122

Data da Relatoria: 03/10/2013

Apresentação do Projeto:

A primeira relatoria do presente projeto ocorreu em 12/08/2013.

O projeto pretende realizar uma comparação entre quadros clínicos de Esquizofrenia e de Transtorno Dissociativo de Identidade, tendo como base o Método de Rorschach, na abordagem Klopfer. Para isso, (a) indicadores ou sintomas psicológicos que caracterizam o diagnóstico diferencial de pacientes múltiplos e esquizofrênicos serão identificados; (b) diferenças clínicas em termos dos indicadores que caracterizam esses pacientes serão analisadas; e (c) o enquadramento dos dados obtidos com o Método de Rorschach, de pacientes previamente diagnosticados como esquizofrênicos, subtipo paranóide, no âmbito do Transtorno Dissociativo de Identidade, serão verificados. A coleta de dados será realizada em consultório particular do pesquisador, responsável pelo projeto, e no Centro de Convivência e Atenção

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 421.122.

Psicossocial

(Mansão Vida), situado na zona rural de Samambaia, DF. O delineamento metodológico será a série de casos identificados, em estudo descritivo, não-controlado, sem formação de grupo-controle. Dez pacientes esquizofrênicos adultos, de ambos os sexos, terão seu perfil clínico analisado. Todos os pacientes serão convidados mediante apresentação e assinatura de TCLE. O projeto pretende verificar se os pacientes previamente diagnosticados como esquizofrênicos apresentam sintomas indicadores, ou clínicos, característicos de pacientes múltiplos previamente identificados. Neste último caso, sugere-se o chamado erro diagnóstico. Espera-se que os dados permitam verificar se os pacientes previamente diagnosticados como esquizofrênicos, realmente, se enquadram no seu respectivo grupo controle, ou se apresentam sintomas clínicos característicos do grupo controle de pacientes múltiplos ou de outros quadros clínicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a prevalência do Transtorno Dissociativo de Identidade (Personalidade Múltipla) em pacientes diagnosticados com esquizofrenia, subtipo paranóide, com base no Método de Rorschach.

Objetivos Secundários:

- Verificar o enquadramento dos protocolos clínicos de pacientes esquizofrênicos nos critérios diagnósticos do Transtorno Dissociativo de Identidade (Personalidade Múltipla);
- Identificar indicadores ou sintomas psicológicos clínicos que caracterizam o diagnóstico diferencial de pacientes esquizofrênicos e múltiplos;
- Analisar diferenças clínicas específicas em termos dos indicadores que caracterizam pacientes esquizofrênicos e múltiplos;
- Averiguar a existência de erros diagnósticos em pacientes ditos esquizofrênicos, em relação aos critérios diagnósticos e características clínicas do Transtorno Dissociativo de Identidade.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepts@unb.br



Continuação do Parecer: 421.122.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O Método de Rorschach pode provocar episódios de descompensação emocional temporária. Caso venha a ocorrer com algum paciente, será proporcionado pronto-atendimento psicológico pelos pesquisadores. Acrescenta-se a informação de que a Instituição dispõe de equipe multidisciplinar (médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos).

Benefícios:

Histórica e conceitualmente, há confusões diagnósticas entre as psicoses e as desordens dissociativas. O projeto pode contribuir com esclarecimentos de diferenças clínicas entre a Esquizofrenia e o Transtorno Dissociativo de Identidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como existem controvérsias históricas e conceituais entre as psicoses e as desordens dissociativas, o projeto pode contribuir com esclarecimentos de algumas diferenças clínicas entre a Esquizofrenia e o Transtorno Dissociativo de Identidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram anexados ao processo: (a) projeto de pesquisa, com cronograma e previsão orçamentária (sob responsabilidade do pesquisador responsável e da orientadora); (b) Currículo Lattes do pesquisador responsável e da orientadora (Profa. Dra. Vania Maria Moraes Ferreira - Departamento de Ciências Farmacêuticas/FS/UnB); (c) Folha de Rosto assinada pelo Vice-diretor da FS/UnB; (d) Termo de Responsabilidade e Compromisso assinado pelo pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa; (e) Termo de Concordância, assinado pela Diretora responsável pelo Centro de Convivência e Atenção Psicossocial (Mansão Vida); (f) Carta de Encaminhamento de projeto de pesquisa ao CEP-FS/UnB; (g) TCLE.

Recomendações:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 421.122.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências referidas na primeira relatoria foram atendidas pelo pesquisador.
Os títulos foram uniformizados em todos os documentos.
Nova Folha de Rosto e novo TCLE foram providenciados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 10 de Outubro de 2013

Assinador por:
Natan Monsore de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br