

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

**O Método de Rorschach no estudo de casos de Tentativa de
Suicídio Clinicamente Grave**

Samita Batista Vaz

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília, 2010

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

O Método de Rorschach no estudo de casos de Tentativa de Suicídio Clinicamente Grave

Samita Batista Vaz

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

Brasília, 2010

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

O Método de Rorschach no estudo de casos de Tentativa de Suicídio Clinicamente Grave

Samita Batista Vaz

Banca examinadora

Brasília, 5 de agosto de 2010

Prof. Dr. Marcelo Tavares (Presidente)
PsiCC/PCL/IP/UnB

Profa. Dra. Ione Vazques Menezes (Membro Titular)
PsiCC/PCL/IP/UnB

Profa. Dra. Daniela Yglesias de Castro Prieto (Membro Externo)
Curso de Psicologia, IESB

Profa. Dra. Deise Matos de Amparo (Suplente)
PsiCC/PCL/IP/UnB

“Os motivos do suicídio são de ordem passageira e humana; as razões de viver são de ordem eterna e sobre humana.”

Léon Denis - O problema do Ser, do Destino e da Dor

AGRADECIMENTOS

Nessa jornada ao conhecimento devo agradecer imensamente aos meus pais, Suely e Simão Pedro, por terem me ensinado os valores do aprendizado e do estudo, e acima de tudo, terem aberto caminho para essa empreitada. Agradeço com carinho aos meus familiares: irmãos, avós, tios, tias, primos que sempre me incentivaram e estiveram presentes durante os momentos mais importantes da minha vida.

Agradeço ao Leonardo, que muito me apoiou, sempre estimulando meu crescimento e aspirações, com muito carinho e alegria.

Agradeço ao meu orientador, Marcelo Tavares, trabalhador incansável, que me ensinou uma linha de raciocínio que levo para minha vida.

Agradeço eternamente à equipe PSIU, local de aprendizagem e amizade, início da prática clínica, local onde pude me aperfeiçoar enquanto pessoa e profissional.

Agradeço ao professor Balsem Pinelli, Liliane, André e Walleska que compartilharam momentos de conhecimento. Também agradeço, em especial, os alunos de psicologia: Tamie Takeda, Stephanie Sabarense e Felipe Brasil, que me acompanharam nesse trabalho, tornando possível sua realização.

Agradeço aos participantes dessa pesquisa, que partilharam suas histórias, seus sofrimentos e receios, e que confiaram na proposta de se melhorar o tratamento e manejo daqueles que sofrem.

Agradeço ao diretor do Hospital de Base, Luiz Carlos Schimin, e os profissionais de saúde, que tornaram possível a realização desse estudo. Agradeço também ao psicólogo José Carlos Castelo Branco Filho, Chefe de Psicologia do Hospital de Base

Enfim, agradeço aos amigos e a todos que me acompanharam no decorrer dessa jornada.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Anexos.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
Apresentação.....	xii
Artigo I: Tentativa de Suicídio Clinicamente Grave e o Método de Rorschach.....	1
Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Desafios Metodológicos.....	9
Dimensões do Comportamento Suicida e Avaliação de Risco.....	11
Tentativa de suicídio enquanto preditor de risco.....	14
Fatores de Risco X Comportamento Suicida.....	15
Tentativa de Suicídio Clinicamente Grave.....	18
Identificação e Distinção entre as Tentativas de Suicídio.....	20
Semelhanças e Diferenças entre TSCG e Suicídio.....	26
Método de Rorschach (MR).....	28
Constelação de Suicídio (SCON).....	34
Conclusão.....	36
Referências Bibliográficas.....	40
Artigo II: Estudo de Casos de Tentativa de Suicídio Clinicamente Grave pelo Método de Rorschach.....	46
Resumo.....	47
Abstract.....	48

Introdução.....	49
Método.....	51
Apresentações dos Casos Clínicos.....	52
Caso A – Alessandro.....	52
Caso B – Bruno.....	53
Caso C - Carolina.....	55
Caso D – Daniela.....	56
Psicopatologias e Constelações.....	57
Análise dos agrupamentos.....	58
Controle do Estresse.....	58
Percepção Interpessoal.....	62
Autopercepção.....	67
Afetos.....	70
Processamento.....	75
Mediação.....	79
Ideação.....	81
Constelação de Suicídio (S-CON)	85
Recomendações Terapêuticas.....	89
Alessandro.....	90
Bruno.....	91
Carolina.....	92
Daniela.....	93
Conclusão.....	95
Referência Bibliográfica.....	100
Comentários finais.....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Controle.....	59
Tabela 2 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Relação Interpessoal.....	63
Tabela 3 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Autopercepção.....	67
Tabela 4 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Afetos.....	71
Tabela 5 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Processamento.....	76
Tabela 6 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Mediação.....	79
Tabela 7 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Ideação.....	81
Tabela 8 – Variáveis relacionadas à Constelação do Suicídio.....	86

Lista de Anexo

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	107
---	-----

RESUMO

O caminho para a compreensão de qualquer tentativa de suicídio é surpreendentemente complexa e requer uma análise dos mais diversos tipos de variáveis. Atualmente se reconhece que pessoas que fazem tentativas de autoextermínio (TAE) possuem diferentes perfis associados a diferentes categorias de TAE. Pacientes que fazem tentativa de suicídio clinicamente grave (TSCG) são os mais prováveis de apresentar o perfil de pessoas que cometem suicídio. Como meio de ressaltar o Método de Rorschach (MR) como uma técnica para compreensão dessa realidade, esse estudo apresenta a análise de quatro casos de TSCG. Visa investigar a estrutura e dinâmica de personalidade que apontam para indicadores de vulnerabilidades e configuração psicopatológica, úteis para compreensão do potencial suicida. Os resultados apontaram para limitações graves e prejuízos extensos na organização de personalidade dos quatro sujeitos: inabilidade social, imaturidade cognitiva, julgamento falho da realidade, dificuldades para lidar com afetos, limitação nos recursos para o enfrentamento de demandas, percepção de si mesmo danificada e prejudicada e pessimismo. Todas essas variáveis favorecem perdas bruscas do controle e denotam maior risco de suicídio. A análise desses prejuízos auxiliam na elaboração de recomendações terapêuticas, do foco psicodinâmico, do planejamento adequado no processo psicoterapêutico além de favorecer a antecipação de possíveis resistências. Os resultados demonstram a necessidade de intervenção em crise e tratamento a longo prazo desses sujeitos. O MR é uma técnica útil na avaliação de risco, na compreensão do contexto de risco e com potencial para a identificação de características do grupo de TSCG.

Palavras chaves: Suicídio, Categorias de tentativa de suicídio, tentativas de suicídio clinicamente grave, TSCG, Método de Rorschach

ABSTRACT

The path to the understanding of any suicide attempt is surprisingly complex and requires the analysis of several types of variables. Currently it is recognized that people who make suicide attempts (SA) have different profiles associated to different types of SA. Patients who make medically serious suicide attempts (MSSA) are most likely to present the profile of people who commit suicide. In order to highlight the Rorschach Inkblot Method (RIM) as a technique to understand this reality, this study presents the analysis of four cases of MSSA. It aims at investigating the structure and dynamics of personality related to indicators of vulnerability and psychopathological configuration, useful for the understanding suicide risk. The results revealed serious limitations and extensive damage in the personality organization of the four subjects. These data refer to poor social skills, cognitive immaturity, poor test of reality, difficulties dealing with emotions, limited resources for coping with demands, low self-esteem and pessimism. All these factors foster sudden loss of control and indicate increased risk of suicide. The analysis of these difficulties helps to establish therapeutic recommendations, psychodynamic focus, proper planning in the psychotherapeutic process. It also allows for anticipation of possible resistances. Results show the need for crisis intervention and long-term treatment of these subjects. The RIM is a technique useful in the assessment of risk, the understanding of the context of risk and with potential for the identification of characteristics of the MSSA group.

Keywords: Suicide, attempted suicide categories, medically serious suicide attempts, MSSA, Rorschach Inkblot Method

APRESENTAÇÃO

A avaliação psicológica tem ganhado espaço em pesquisas agregando informações na compreensão do indivíduo e grupos circunscritos. Os resultados dessas pesquisas permitem uma prática clínica mais eficiente, além de contribuir na construção e divulgação de conhecimento. A avaliação psicológica é útil na identificação de indicadores pessoais para a compreensão de pessoas com risco de suicídio. A técnica de avaliação escolhida para o estudo é o Método de Rorschach (MR), muito utilizado no contexto de avaliação de risco, fornecendo informações valiosas acerca da estrutura e dinâmica de personalidade. Esse método é de extrema importância visto a necessidade de se melhorar os procedimentos clínicos, considerados emergenciais pela natureza do problema, compreendendo de forma mais aprofundada pessoas que tentam suicídio e o sofrimento de pessoas que decidem tirar a própria vida.

As motivações para a realização do trabalho perpassam pela própria prática profissional da autora, que trabalha desde 2005 no *Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio* coordenado pelo Prof. Dr. Marcelo Tavares e associado ao *Laboratório de Saúde Mental e Cultura* do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Este Núcleo mantém uma prática de intervenção em crise e prevenção do suicídio para todos os segmentos da comunidade da Universidade de Brasília e colabora com instituições de saúde no Distrito Federal, com a mesma finalidade. É recomendado, no exercício da intervenção em crise, a utilização de técnicas de avaliação no início do processo terapêutico a fim de desenvolver um plano terapêutico mais adequado às necessidades e dificuldades específicas do paciente em crise. Busca-se com isso ter rapidamente informações complementares que permitam conhecer detalhes da configuração do risco, como dados sobre traços de personalidade e funcionamento do indivíduo, auxiliando no psicodiagnóstico e na

compreensão da dinâmica e estrutura, da qual se torna possível derivar estratégias mais seguras e eficazes de intervenção na crise suicida.

Assim, decidiu-se investigar, pelo Método de Rorschach, a estrutura e dinâmica de personalidade de quatro pessoas com tentativa de suicídio clinicamente grave (TSCG) a fim de se compreender o contexto de risco em que cada uma se encontrava. Esse trabalho é o primeiro produto de um projeto prospectivo que visa o acompanhamento longitudinal das pessoas que tentaram suicídio por meios de alta letalidade. Este projeto tem por objetivo examinar indicadores clínicos a partir de várias técnicas de avaliação, entre elas o MR. Espera-se que essa perspectiva, da qual essa dissertação é o primeiro fruto, permita uma compreensão acerca das relações entre os indicadores do MR e seu impacto nas ocorrências de TAE, TSCG, suicídio e óbitos por outros motivos. Também permitirá comparações dos achados brasileiros e internacionais e poderá contribuir para o desenvolvimento dessa área no cenário internacional.

Essa dissertação se apresenta em formato de dois artigos a serem enviados para publicação. O trabalho segue a linha de estrutura descrita a seguir:

Artigo I – *Tentativas de Suicídio Clinicamente Graves e Método de Rorschach*. Demonstra a importância da discriminação de categorias de tentativas de suicídio para avaliação mais eficaz do risco e estabelecimento adequado de estratégias interventivas. Argumenta que a categoria de tentativas de suicídio clinicamente graves se refere a um grupo com características semelhantes as pessoas que efetivam o suicídio. Além disso, destaca a relevância do Método de Rorschach, enquanto técnica que permite compreender aspectos da dinâmica e estrutura de personalidade no contexto de risco de suicídio.

Artigo II – *Estudo de Casos de Tentativas de Suicídio Clinicamente Graves (TSCG) pelo Método de Rorschach*. São analisados quatro casos de tentativas clinicamente graves pelo Método de Rorschach. Esse artigo demonstra a abrangência das informações obtidas

pelo Sistema Compreensivo, contemplando vulnerabilidades significativas de cada sujeito e auxiliando na compreensão do potencial suicida e nas elaborações de recomendações terapêuticas.

ARTIGO I:
TENTATIVA DE SUICÍDIO CLINICAMENTE GRAVE E O MÉTODO DE
RORSCHACH

RESUMO

Esse texto examina o conhecimento atual em relação às diferenças de perfis de tentativa de autoextermínio (TAE) a partir da perspectiva de que pessoas que fazem tentativas de suicídio clinicamente graves (TSCG) apresentam características mais semelhantes às de pessoas que cometem suicídio. Este trabalho também examina a literatura que indica o Método de Rorschach (MR) como um instrumento relevante para a avaliação do risco de suicídio, a partir de informações sobre a estrutura e dinâmica de personalidade. A análise das pesquisas sobre TSCG revelou as principais dificuldades nas pesquisas que investem na diferenciação de TSCG, no esforço para compreender o suicídio. Essa revisão nos permitiu concluir: há necessidade do uso de critério claro para a diferenciação de TAE em geral e TSCG; é importante implementar estudos prospectivos a fim de desvendar as relações entre os fatores de risco e as ocorrências de TAE, TSCG e suicídio; é necessário compreender a organização da personalidade daqueles que possuem perfil semelhante ao de pessoas que cometem suicídio a fim de antecipar a TAE e oferecer um manejo do tratamento mais eficiente. O MR tem se mostrado útil na identificação e compreensão das vulnerabilidades de pessoas que apresentam comportamento suicida, tal como a TAE. O desenvolvimento dessa área de conhecimento provavelmente auxiliará na compreensão das pessoas que efetivam o ato de suicídio ou que provavelmente o fariam caso não recebessem tratamento e manejo clínico adequados.

Palavras chaves: Suicídio, categorias de tentativa de suicídio, tentativa de suicídio clinicamente grave, TSCG, Método de Rorschach, prevenção do suicídio

ABSTRACT

This review examines the current knowledge regarding the different patterns of attempted suicide (SA) from the stand point that people who make medically serious suicide attempts (MSSA) most closely resemble people who commit suicide. This study also examines the literature that indicates the Rorschach Inkblot Method (RIM) as a relevant tool for suicide risk assessment, providing information regarding the structure and dynamics of personality. The analysis of research on MSSA revealed the main difficulties in MSSA differentiation, in the attempt to understand suicide. This review allows for these conclusions: it is necessary to use clear criteria for differentiation of SA in general and MSSA; it is important to implement prospective studies to uncover the relationship between risk factors and SA, MSSA and suicide; it is necessary to understand the organization of personality of those who have similar profiles as people who commit suicide in order to anticipate the SA and provide more efficient treatment management. The RIM has proven useful in identifying and understanding the vulnerabilities of people with suicidal behavior, such as SA. The development of this area of knowledge will probably help in understanding people who commit suicide or who would probably do so if they did not receive appropriate treatment and clinical management.

Keywords: Suicide, suicide attempt categories, medically serious suicide attempts, MSSA, Rorschach Inkblot Method, suicide prevention

TENTATIVAS DE SUICÍDIO CLINICAMENTE GRAVES E O MÉTODO DE RORSCHACH

Numa proporção cada vez maior, pesquisadores têm investido na compreensão acerca dos motivos que levam alguém a morrer por suicídio. A situação desse contexto é alarmante, visto que o suicídio é uma das 10 causas de morte mais frequentes em todos os países, independente da idade. No Brasil ocupa a terceira posição na população de 15 a 24 anos (Mello-Santos, Bertolote & Wang, 2005; OMS, 2000).

A diversidade de história e de contexto de vida, além das manifestações de sentimentos, de experiências, e de sofrimento das pessoas em condições de risco, mostra a amplitude e complexidade do fenômeno suicídio e de sua avaliação. O suicídio envolve fatores externos e internos distribuídos em dimensões psicológicas, sociais, econômicas, biológicas, em questões conscientes e inconscientes, ou seja, o suicídio é um fenômeno multideterminado (American Psychiatric Association, 2003; Meleiros, Teng & Wang, 2004; Prieto & Tavares, 2005). Além disso, o suicídio é um fenômeno universal que atinge todas as culturas, classes sociais e idades (Hesketh & Castro, 1978; Mello, 2000; OMS, 2000; Werlang & Botega, 2004; Werneck, Hasselmann, Phebo, Vieira & Gomes, 2006). Por isso, avaliar risco de suicídio é um dos mais estressantes e importantes desafios de um clínico, devido às suas consequências fatídicas e a complexidade da sua tarefa (Deutsch, 1984 em Peruzzi & Bongar, 1999; Motto, 1992; Brown & Bongar, 2004; Resmini, 2004).

Os resultados das investigações sobre suicídio, na medida em que se aproximam dessa realidade complexa e diversa, auxiliam no planejamento de ações interventivas e no aperfeiçoamento de programas de prevenção na área. Nesse sentido, pesquisas da década de 60 aos dias de hoje identificaram a existência de diferentes perfis nas pessoas que tentam morrer (Beautrais, 2001 e 2003; Donald, Dower, Correa-Velez & Jones, 2006; Hankoff, 1976; Levi, Horesh, Fischel, Treves, Or, Apter, 2008; Modai, Kuperman, Goldberg, Goldish

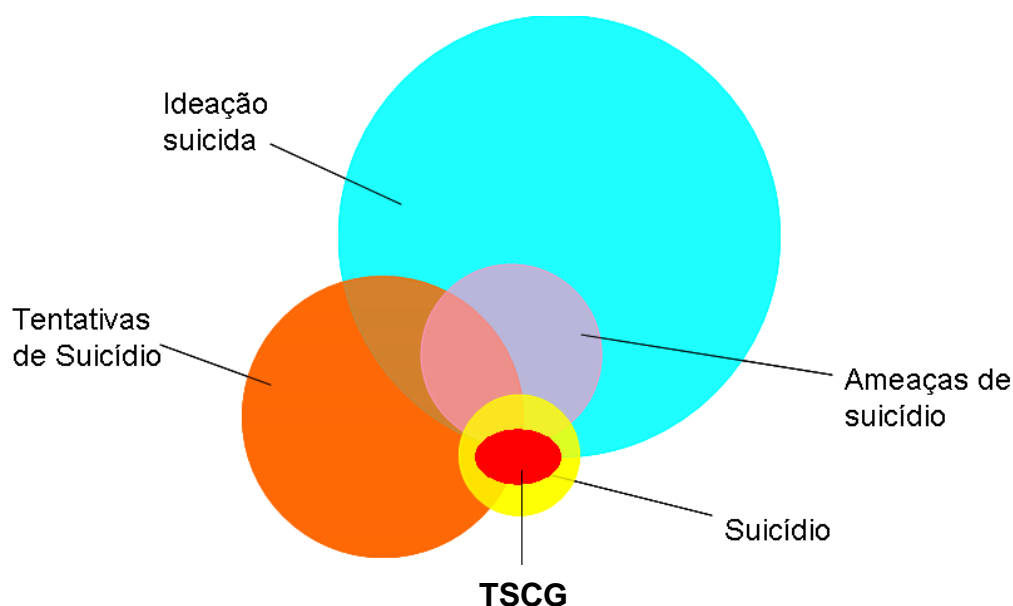
& Mendel, 2004; Modai, Hirschmann, Hadjez, Bernat, Gelber, Ratner, Rivkin e cols., 2002; Pallis & Birtchnell, 1977; Rapeli & Botega, 2005; Paykel & Rassaby, 1978; Resmini, 2004; Rosen, 1976). Embora haja interseção entre os grupos de tentativa de autoextermínio (TAE), estes autores argumentam que há diferenças importantes entre pessoas que fazem TAE de baixa letalidade, as que realizam tentativas graves que requerem intervenção médica extensiva e, aquelas que efetivam o suicídio. Entre os que cometem suicídio podemos distinguir os que o fazem na primeira tentativa e os que farão em tentativas subseqüentes. Estes autores observam que essa distinção não se encontra meramente na letalidade da TAE.

Esse grupo de pesquisadores se empenha na identificação e qualificação das categorias de TAE de acordo com características clínicas, demográficas, sociais, como por exemplo, nível de letalidade, tipo de método utilizado, sexo, motivações para o ato, intenção suicida, gravidade médica da tentativa (Hankoff, 1976; Modai e cols., 2004; Paykel & Rassaby, 1978; Pallis & Birtchnell, 1977; Rapeli & Botega, 2005; Rosen, 1976). Estudos referentes à discriminação de perfis permitem a compreensão acerca do impacto de diversos fatores em cada grupo de risco, oferecendo dados que auxiliam na elaboração de programas de prevenção de suicídio. Os resultados a respeito dessas diferenças também têm implicações para uma avaliação efetiva do risco, possibilitando uma intervenção eficaz, que influencia no planejamento adequado do tratamento clínico e estabelecimento do foco dinâmico.

Contudo, há desafios relevantes acerca da diferenciação entre perfis e categorias de TAE. Talvez o maior desafio e também uma das maiores dificuldades é a identificação das pessoas que efetivamente estão em risco de morrerem por suicídio, dentre aquelas que manifestam comportamento suicida. Estima-se que 10% a 15% das pessoas que fazem tentativas cometerão suicídio, o que representa uma taxa de suicídio maior que mil vezes a média mundial de suicídio (Prieto & Tavares, 2007). A proporção do problema aumenta ao constatar a existência de um subgrupo importante, aqueles que vão a óbito na primeira

tentativa, como pode ser observado na Figura 1 abaixo.

Figura 1 – Sobreposição de populações com comportamento suicida (Werlang e Botega, 2004) e, em vermelho, o perfil a ser estudado pelo presente estudo.



As pessoas podem apresentar um ou vários comportamentos suicidas. Em decorrência disso, existem sobreposições dos grupos de pessoas que manifestam diferentes formas de comportamento suicida. A Figura 1 representa a variedade daqueles que pensam, ameaçam e tentam suicídio e também indica sujeitos com mais de um comportamento suicida. Há esforços, que datam quatro décadas, na investigação sobre os comportamentos suicidas representados na Figura 1, com objetivo de melhor compreender a considerável proporção de pessoas que efetivamente cometem suicídio (Bisconer & Gross, 2007; Brown, Jones, Betts & Wu, 2003; Gutierrez, Osman, Kopper, Barrios & Bagge, 2000; Cassels, Paterson, Dowding & Morrison, 2005; Giodarno, Stichler, 2008; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005; Brezo, Paris, Vitaro, Héberto, Tremblay & Tuckey, 2008)

Outro desafio referente a distinção de perfis de TAE é a diversidade ou falta de uniformidade nas definições do que genericamente se denomina de comportamento suicida. Estes comportamentos se referem a um processo contínuo que possui nuances de gravidade,

que vão desde a desesperança com a vida ao desejo de morte, no qual se observa também as ideações suicidas, os planejamentos, as ameaças, os gestos suicidas, as tentativas de suicídio sem desfecho fatal, com variados graus de risco e danos, e os suicídios consumados. Essa grande variedade de comportamento suicida tem implicações importantes para a avaliação e previsão das possibilidades evolutivas da tendência suicida (Mann, 2002; Meleiro, 2004; Resmini, 2004; Wasserman, 2001; Werlang & Botega, 2004). Ou seja, o comportamento suicida pode se apresentar de formas mais simples como pensamentos ou idéias de morte, muitas vezes expressadas como “vontade de dormir e não acordar mais”, “de desaparecer”, “de não ter nascido” ou “de sumir”. Porém, quando os fatores externos e internos não se modificam, seja pela mudança do contexto estressor ou pelo desenvolvimento de recursos para lidar com algumas demandas, as idéias de morte podem evoluir para ameaças e gestos suicidas, culminando em tentativas ou no suicídio consumado. Outros se matam sem qualquer indício prévio de comportamento suicida.

Em muitos casos, pesquisas sobre TAE podem causar vieses de interpretação devido ao fato de que o mesmo termo – comportamento suicida – ser indistintamente utilizado para denominar uma grande variedade de comportamentos. Decorre disso a importância de delimitar critérios a serem utilizados para seleção do perfil a ser estudado, de modo que as conclusões das pesquisas com diferentes categorias de tentativas de suicídio possam ser adequadamente generalizadas, ou seja, amostras que não discriminam perfis prejudicam a adequação da generalização dos resultados (Pallis & Birtchnell, 1977; Hankoff, 1976; Beautrais, 2001 e 2003; Rapeli & Botega, 2005; Paykel & Rassaby, 1978).

Por fim, a subnotificação ou o não registro de TAE na saúde pública, e a transitoriedade natural do comportamento suicida, como a ideação suicida, dificultam a identificação de sujeitos em risco para a realização de pesquisas e o encaminhamento para tratamentos adequados dessas pessoas (Fowler, 2001; Mello, 2000, Hesketh & Castro, 1978;

OMS, 2000; Werneck e cols., 2006). Assim, pesquisar os diferentes perfis de TAE é um investimento necessário, pois ainda são poucas investigações sobre essa área no Brasil e poucos são os pesquisadores que reconhecem essa diferença. Além disso, há também a necessidade de se conhecer mais sobre as pessoas que efetivamente morrem por suicídio.

O presente estudo investiga as tentativas graves, que requerem hospitalização e tratamento médico, também identificadas como tentativa de suicídio clinicamente grave (TSCG) (Beautrais, 2003), como um meio de se aproximar daquelas pessoas que efetivam o ato de suicídio. Essa proposta tem intenção de compreender melhor o fenômeno, e identificar fatores pessoais ou de personalidade que possam auxiliar no planejamento estratégico do tratamento, na intervenção em crise e prevenção de suicídio consumado (Botega & Rapeli, 2005; Pallis & Birtchnell, 1977).

Esse estudo também pretende demonstrar a relevância do uso do Método de Rorschach (MR) enquanto instrumento de avaliação de risco, oferecendo informações sobre a estrutura e dinâmica de personalidade. Essa técnica permite um julgamento clínico mais adequado do sujeito em condição de risco. O MR tem se mostrado útil na compreensão e identificação das vulnerabilidades entre pessoas que apresentam comportamento suicida, principalmente aqueles que realizam TAE.

Assim, no decorrer desse trabalho, serão apresentadas as dimensões do comportamento suicida, com foco na tentativa de suicídio enquanto parte desse conjunto e possível preditor de risco. Posteriormente, discute-se sobre a importância de uma avaliação dinâmica que relaciona fatores de risco de suicídio e o comportamento suicida. Finalmente, serão apresentadas as principais características identificadas na literatura sobre TSCG e a importância do Método de Rorschach na compreensão do perfil de TSCG.

DESAFIOS METODOLÓGICOS

Para conhecer a realidade das pessoas que são vítimas de suicídio, é necessário encontrar meios indiretos de acesso a eles. Um desses meios são os estudos de avaliação retrospectiva, popularizados pelo nome de “autópsia psicológica”. Após o suicídio procuram-se informações por meio de amigos, familiares, profissionais, registros clínicos etc. (Werlang, 2000). Outra forma de se aproximar das pessoas que efetivamente se matam é pelo estudo com sujeitos com história de comportamentos suicidas, pelos métodos retrospectivos (Fowler e cols., 2001; Maltzberger, 1986; Pokorny, 1983). Já os estudos prospectivos exigem acompanhamento de grandes subpopulações durante longos intervalos de tempo entre o momento da avaliação e o suicídio consumado, estabelecendo premissas entre os possíveis precipitadores para o suicídio, o que auxilia estabelecer fortes conclusões sobre os resultados dos fatores de risco (Fowler, 2001).

Todos esses métodos possuem limitações. Na autópsia psicológica, além de não se ter acesso à realidade subjetiva da pessoa que se matou, há também a dificuldade de se estimar o quanto as informações fornecidas por terceiros tenham sido influenciadas pelo suicídio. Nos estudos retrospectivos, apesar do acesso ao sujeito e a sua subjetividade, o método depende de uma avaliação atual para investigar uma experiência passada vivida antes do ato e que pode ter influenciado ou modificado aspectos importantes do contexto e da subjetividade que estaria sendo avaliada. Mesmo assim, esses métodos são tentativas de aproximação que denotam investimento e resultam em aperfeiçoamento na área de pesquisa, como formas de se conhecer o sujeito em condições de risco.

Além dos métodos citados, há esforços para validação de instrumentos autoaplicáveis na identificação e discriminação de níveis de risco de suicídio (Gutierrez e cols., 2000; Bisconer & Gross, 2007). Porém, tais trabalhos são realizados em grupos específicos (pessoas com transtorno de humor, com esquizofrenia, estudantes universitários e adolescentes), o que

revela certa cautela à generalização dos dados para outras amostras, apesar de demonstrar avanço na identificação de risco nesses grupos.

Outra dificuldade se trata da dependência quase exclusiva do autorrelato dos indivíduos na avaliação de risco, pois alguns sujeitos com ideação suicida freqüentemente escondem ou negam a intenção suicida, ou não reconhecem pensamentos e emoções que podem precipitar sentimentos de desespero e comportamento suicida (Hendin e cols. 2007; Fowler, 2001; Modai e cols., 2004; Draper e cols., 2008). Um exemplo em questão dessa dificuldade são as tentativas realizadas sem ideação ou comunicação suicida prévia. A grande maioria dos pacientes explicitamente negam ou omitem pensamentos suicidas em suas últimas comunicações antes de cometer suicídio (Prieto & Tavares, 2007; Fowler, 2009; Hendin e cols., 2007). Apesar de um número significativo de vítimas de suicídios (40% a 60%) procurarem o sistema de saúde, geralmente procuram um clínico geral, um a três meses antes do óbito (OMS, 2000; Pirkis & Burgess, 1998).

Alguns pesquisadores desenvolveram métodos com objetivo de contornar problemas associados ao viés do autorrelato. Eles empregam métodos baseados no desempenho individual que avaliam processos psicológicos implícitos. Fowler e cols. (2001) desenvolveram um índice de avaliação extraído do MR e identificaram dados que apontam para a possibilidade de avaliação de risco através dos processos psicológicos implícitos como forma diagnóstica complementar. Portanto, medidas de intenção ou ideação suicida podem não fornecer informações precisas do risco (Beck & Weishar citado por Hendin e cols., 2007). No entanto, o MR, na identificação de pacientes suicidas, também não escapa de dificuldades metodológicas. Neuringer (1965) em revisão de pesquisas que utilizam o MR na avaliação de risco de suicídio percebeu várias inconsistências em seus achados. As principais dificuldades são a falta de definição de comportamento suicida nos estudos, problemas no padrão dos protocolos, variedade de aplicação (após tentativa, antes da tentativa de suicídio),

o que também cria dificuldades para a generalização dos resultados (Bishop e cols., 2000; Lester, 1970).

Atualmente, as pesquisas têm avançado com publicações de Exner (2003) e com treinamentos para aplicadores obtendo mais suporte empírico. Contudo, há estudos que tentam validar indícios e variáveis do MR e os medem sozinhos, sem levar em conta as relações das variáveis e a forma como se inter-relacionam (Bishop e cols., 2000). A identificação de risco é feita através de um conjunto de variáveis e não somente com um índice; o fenômeno suicídio é multifacetado e não pode ser predito por apenas um indicador ou combinações de variáveis fora de um contexto. Portanto, além das informações obtidas com os testes projetivos, a experiência clínica aponta para a necessidade do uso de várias técnicas de avaliação, como entrevistas, que auxiliam no julgamento clínico e fornece um foco no tratamento.

Portanto, o Método de Rorschach pode ser utilizado como uma das técnicas possíveis na avaliação de risco. A técnica possui aspectos diferenciados em relação ao acesso a processos implícitos no contexto de risco (Fowler e cols., 2001; Fowler e cols., 2009), e contribui para uma aproximação no indivíduo a respeito de suas fragilidades, vulnerabilidade, e permite um conhecimento sobre seu sofrimento.

O estudo sobre avaliação de risco através de técnicas projetivas, não retira a importância do relato das pessoas que realizaram TAE, pois a escuta é essencial para avaliação. O exame deve sempre ser guiado por avaliações complementares, como entrevistas clínicas, a fim de obter um número maior de informações da condição da pessoa (Bishop e cols., 2000).

DIMENSÕES DO COMPORTAMENTO SUICIDA E AVALIAÇÃO DE RISCO

A tentativa de suicídio é uma conduta autolesiva que se interrelaciona com outras dimensões do comportamento suicida. Essas dimensões são a ideação, intenção e a letalidade

do método, planejamento, ameaças, gestos suicidas, suicídio consumado. (Mann, 2002; Spirito & Esposito-Smythers, 2006; Resmini, 2004). A compreensão da relação e interação desses comportamentos é relevante para a avaliação do risco e o planejamento de uma intervenção preventiva. Considerar somente uma das dimensões pode levar a enganos na avaliação a respeito da gravidade do contexto de risco. Classificar sujeitos em menor risco de suicídio por apresentarem menor gravidade na TAE ou concluir que há baixa intenção, é um perigoso caminho. Mesmo que alguns estudos apontem a relação da intenção e letalidade (Rapeli & Botega, 2005; Levi e cols., 2008), pode-se encontrar sujeitos com alta intencionalidade, com pouco conhecimento a respeito da letalidade do método (Beautrais, 2003), o que demonstra a complexidade da avaliação e a necessidade de se somar informações e indicadores, principalmente pessoais.

A necessidade do indivíduo prosseguir da ideação (pensamentos, ruminações sobre a morte) para uma tentativa, na continuidade de uma forma para outra, é a observação-chave no contexto de risco (Meleiros e cols., 2004). Esse intervalo entre a primeira comunicação de ideação suicida ou comportamento suicida e o ato consumado varia de acordo com sofrimento psíquico do sujeito (Tidemalm, Langstrom, Lichenstein, Runeson, 2008). Essa constatação é identificada em estudos epidemiológicos, que demonstram forte relação estatística da ideação suicida com transtornos psiquiátricos, principalmente com o transtorno de personalidade borderline e anti-social, os transtornos de ansiedade e de humor (Gutierrez e cols., 2000; Prieto, & Tavares, 2007; Soares, 2003). Também parece que alguns fatores cognitivos influenciam para a intensidade da ideação suicida, como a incapacidade de pensar nas razões para viver e prejuízo no enfrentamento de demandas (Gutierrez e cols., 2007).

Além disso, muitas vezes pacientes tem pensamentos sobre suicídio, mas não manifestam qualquer intenção definitiva (Runeson citado por Harley, Gosh., Huggins, Bell, Adler & Shroyer, 2008), o que dificulta sua mensuração e identificação de risco imediato.

Nenhum estudo tem examinado dados sobre flutuações de ideação suicida, intenções suicidas, ou desesperança durante a internação de pacientes, e os efeitos sobre o comportamento a curto prazo (Cassells e cols., 2005).

A intenção suicida pode prever a existência de ideação suicida, que também pode se apresentar em menor ou maior grau. Segundo Meleiro e cols. (2004), a intenção suicida deve ser considerada como um ponto em um continuum: de um lado a certeza absoluta de matar-se e no outro extremo a intenção de seguir vivendo. Alguns estudos apontam a relevância da letalidade, ou seja, a gravidade do ato suicida, e o grau de intencionalidade, saber se a pessoa realmente queria morrer, como fatores importantes para compreensão do comportamento suicida (Hesketh & Castro, 1978; Rapeli & Botega, 2005). Contudo, somente levar em consideração a consciência do ato na intenção suicida não dá a devida relevância à complexidade das motivações subjacentes e a importância da ambivalência na psicodinâmica do comportamento suicida (Menninger 1933; Shneidman, 1981; Birtchnell, 1983; Stengel, 1964; Resmini, 2004).

O acesso a métodos letais e as taxas de suicídio parecem estar relacionados. Em artigo de revisão a respeito da TAE, Mann (2002) pontua que a redução ao acesso de métodos letais, também pode reduzir as taxas de suicídio. Tal prevenção se mostrou eficaz em alguns países como o Japão. Parece que a dificuldade ao acesso de métodos letais pode aumentar o uso de métodos menos letais, apresentando maiores chances de sobrevivência. Assim, controle de armas de fogo podem não influenciar as taxas de tentativas de suicídio, mas podem influenciar a taxa de sobreviventes de tentativas (Mann, 2002).

Em suma, a compreensão acerca das dimensões do comportamento suicida pode aperfeiçoar a avaliação do clínico frente a um paciente em risco, bem como influencia no estabelecimento de medidas preventivas. Algumas relações se fazem entre a letalidade do método e a intenção, principalmente nas TSCG. Pesquisas têm utilizado escalas de medida

para mensurar intenção a fim de fazer uma constatação efetiva dessa relação.

TENTATIVA DE SUICÍDIO ENQUANTO PREDITOR DE RISCO

A literatura aponta a história de tentativa e ideação suicida atual como os melhores preditores de comportamento suicida (Hendin e cols., 2007; Hesketh & Castro, 1978; Mann, 2002; Spirito & Esposito-Smythers, 2006; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008; Werneck e cols., 2006; Werlang & Botega, 2004). Dentre uma variedade de fatores, a história pregressa de TAE tem sido o maior destaque na literatura, pois uma grande quantidade de pessoas que morrem por suicídio apresenta tentativa prévia em sua história. Estimativas apontam para o aumento de 20 a 30 vezes maior de morte por suicídio em indivíduos que se referem a esse tipo de experiência anterior (Beaurais, 2003; Prieto & Tavares, 2007; Rapeli & Botega, 2005; Werneck e cols., 2006). Então, inquirir cuidadosamente sobre tentativas passadas é parte essencial na avaliação de risco. Contudo, a história prévia de tentativas isoladamente é insuficiente na predição de suicídio; outros fatores (internos e externos) também devem ser considerados na avaliação (Mann, 2002, Tavares, 2000).

Pesquisas como de Brown e Bongar (2004) e de Peruzzi e Bongar (1992), demonstram que muitos profissionais de saúde, desde psiquiatras, psicólogos e enfermeiros, identificam a TSCG como um fator crítico na avaliação de risco, ficando no topo da lista dos fatores de risco de suicídio. Contudo, essas pesquisas e outras avaliam risco em grupos específicos, pessoas com depressão, ou com uso abusivo de álcool, ou em idosos, que demonstram evoluções na identificação de risco entre esses grupos, mas dificulta para a generalização dos dados. Mesmo assim, constata-se que profissionais tem se atentado acerca da existência qualitativa entre as categorias de TAE e reconhecido que a TSCG é a categoria que mais se aproxima de um risco de suicídio consumado (Hankoff, 1976; Pallis & Birtchnell, 1977; Paykel & Rassaby, 1977; Beaurais, 2001, 2003; Rapeli & Botega, 2005; Levi e cols. 2008).

O presente trabalho pontua a importância de se considerar vários fatores em uma avaliação de risco, como fatores pessoais, clínicos, psiquiátricos, principalmente em pessoas que apresentam história de tentativa anterior. O tratamento terapêutico após a TAE e TSCG tem por objetivo evitar a reincidência da tentativa ou o suicídio consumado. O MR facilita essa tarefa de avaliação de risco, uma vez que identifica vulnerabilidades psíquicas importantes nesses grupos de risco a fim de delimitar estratégias interventivas no processo terapêutico.

FATORES DE RISCO X COMPORTAMENTO SUICIDA

Há inúmeras definições a respeito de risco de suicídio (Murphy citado por Canapary & Bongar, 2002; Asberg citado em Hendin, Maltzberg, Szanto, 2007; Draper e cols., 2008, Modai e cols., 2002), e a falta de um consenso no conceito dificulta a operacionalização e avaliação. Contudo, para facilitar a avaliação, pesquisadores se esforçam na direção do entendimento dos fatores de risco de suicídio (FRS) para melhor compreensão e interrelação entre esses fatores, com a finalidade de identificar níveis de risco e grupos de risco (Resmini, 2004).

No entanto, alguns FRS são muito numerosos, como os sóciodemográficos, e geralmente são inespecíficos, transformando-os em fracos preditores individuais (Motto, 1980; Brown e Bongar, 2004). Para fundamentar um julgamento clínico acerca do risco de suicídio de um sujeito, deve-se levar em conta FRS pessoais e clínicos. Além disso, os FRS pessoais auxiliam na composição de um perfil com foco na subjetividade. Por exemplo, alguns pesquisadores identificam a “dor psicológica” como importante FRS pessoal na avaliação de suicídio consumado, definida como vivência de afetos intoleráveis (Shea, 1999; Levi e cols., 2008; Hendin e cols., 2007). Em estudo realizado por Hendin e cols. (2007), observou-se que os pacientes que cometeram suicídio (n=36), apresentaram, dias antes da morte, a presença de cinco a nove afetos intensos; desses, sete se mostraram significativos:

desespero, desesperança, sentimentos de abandono, sentimentos de ódio por si mesmo, raiva, ansiedade e solidão. Esse resultado demonstra a importância de levar em conta vários tipos de informação na avaliação de risco, principalmente a respeito da personalidade e das vulnerabilidades pessoais. Ou seja, são os FRS pessoais que podem melhor indicar a respeito da vivência e experiência do sujeito. Esses fatores aproximam o clínico do sujeito para melhor compreensão do risco e do sofrimento do indivíduo.

Contudo, na avaliação de risco, o clínico deve relacionar os FRS e a presença de comportamento suicida de uma forma dinâmica para realizar um melhor julgamento clínico do contexto de risco. Os FRS estão relacionados à identificação de um grupo de risco que apresentam informações em comum, como dados sócio-demográficos (gênero, idade, raça, situação financeira, situação conjugal, religião); familiares (relacionamento parental, perda de membro da família, qualidade das relações na infância), psiquiátricos (diagnósticos psiquiátricos, presença de doenças crônicas, alcoolismo, drogadição). O comportamento suicida (ideação, gestos, ameaças, tentativas e suicídio) pode estar presente ou não no grupo de sujeitos identificado pelos FRS. Assim, a avaliação de risco é um processo clínico que combina a identificação dos fatores de risco com a avaliação dos elementos que fundamentam uma crise suicida (Werlang & Botega 2004; Shea, 2002).

Por exemplo: um homem, desempregado, solteiro de 45 anos, diagnosticado com câncer, pode apresentar mais propensão a cometer suicídio, levando em consideração somente os fatores de risco. Porém, ao avaliar o risco de forma mais profunda percebe-se que este senhor apresenta uma rede social de apoio adequada, apresenta recursos internos que o fazem, apesar de pertencer a um grupo de risco, manter uma estabilidade psicológica. Somente os fatores de risco sócio-demográficos não nos permitem diferenciar a história clínica do sujeito, não nos permitem fazer distinção clara entre sujeitos. A relação entre fatores de risco é complexa e indireta e, sem outros elementos de análise, corre-se o risco de

chegar a conclusões equivocadas (Modai e cols., 2002; Cassells e cols., 2005; Shea, 2002).

Percebe-se a importância dos fatores pessoais nos trabalhos de Sánchez (2001) e Prieto e Tavares (2005) ao revisarem literatura a respeito dos fatores de risco e fatores de proteção, e identifica fatores de risco referentes às características de personalidade. São eles: baixa tolerância ao estresse, habilidades ineficazes de enfrentamento, instabilidade emocional no decorrer do tempo, padrões de comportamentos autodestrutivos, controle inadequado de impulso e julgamento comprometido da realidade. Também se é discutida a relação entre as distorções cognitivas e o suicídio consumado, pensamento rígido ou crenças irracionais podem contribuir para a visão de que o suicídio é uma alternativa racional para a situação que parece sem esperança. Outras pesquisas também identificaram relação entre déficit na solução de problemas e suicídio (Pollock & Williams citado em Sánchez, 2001).

A importância dos FRS de todo tipo é indiscutível. Contudo, o presente estudo foca os FRS pessoais e busca se aproximar do indivíduo a fim de conhecer melhor seu sofrimento, os traços de personalidade, as vulnerabilidades psicológicas, características que podem ser identificadas pelo Método de Rorschach (MR).

Fowler (2001) discorre sobre o assunto ao vislumbrar a importância do MR na avaliação de risco:

Mesmo com diagnósticos, a combinação de fatores familiares, sociais, biológicos, muitas vezes deixam a desejar quando o clínico se pergunta: Meu paciente cometerá suicídio? Não se pode medir com precisão a importância relativa às experiências passadas do paciente e sua adaptação a vários eventos de vida. Temos de nos contentar com a exploração de uma faixa relativamente estreita dos processos psíquicos que podem ampliar nossa compreensão do mundo interior de pacientes suicidas e que nos ajudam na avaliação do seu potencial de risco para suicídio (p.21).

Os trabalhos de Fowler (2001) demonstram a relevância da identificação dos fatores individuais e a necessidade de informações acerca da organização de personalidade que contribuem na composição de um perfil de pessoas com TSCG e auxiliam na avaliação do sujeito em risco de morrer por suicídio.

TENTATIVAS DE SUICÍDIO CLINICAMENTE GRAVE

Tentativa de suicídio clinicamente grave (TSCG) foi definida no estudo de Modai e cols. (2002) como tentativas que causam danos físicos graves o suficiente para necessitar de internação em um hospital geral, ou seja, requerem intervenção médica e internação.

O presente estudo utiliza a definição de Beautrais (2003), que conceitua TSCG como tentativas de suicídio que requerem admissão hospitalar via Departamento de Emergência por mais que 24 horas (Beautrais, 2003; Fowler, 2009; Rapeli & Botega, 2005) e reúnem **um** dos seguintes critérios de tratamento:

- 1) Tratamento em unidade especializada;
- 2) Cirurgia com anestesia geral (cortes superficiais que não precisam de cirurgia são excluídos);
- 3) Tratamento médico extensivo, incluindo antídotos para overdose de drogas, avaliações neurológicas ou repetidas investigações.

Além disso, indivíduos que tentam suicídio por métodos com alto risco de letalidade, especificamente, enforcamento ou arma de fogo, e que foram hospitalizados por mais de 24 horas, mas não precedem de nenhum dos critérios de tratamento citados acima, também são incluídos no grupo de pessoas de TSCG (Beautrais, 2003a, 2003b).

Em regra, as TSCG são causadas por métodos letais (queimadura, enforcamento, salto em altura, perfuração por arma de fogo) e, na ausência de uma intervenção médica extensiva urgente, pode ocasionar a morte do sujeito. No entanto, realizar TSCG não evidencia necessariamente uma alta intenção de morrer, mas a utilização de métodos letais aumenta em 30 vezes o risco de morte por suicídio (Haukka citado por Fowler e cols., 2009; Rapeli & Botega, 2005; Rydin e cols., 1990). Atualmente, tem aumentado a proporção de estudos que utilizam escalas para mensurar letalidade e intenção. Os resultados desses estudos têm apontado a relação positiva dessas duas dimensões do comportamento suicida, inclusive nas

TSCG, ou seja, o aumento em intensionalidade tende a aumentar a letalidade do método escolhido (Beautrais, 2003; Levi e cols., 2006; Paykel & Rassaby, 1978).

Algumas características de TSCG são identificadas em estudos como de Beautrais (2003). A autora acompanhou durante cinco anos sujeitos (n = 302, de 13-88 anos) que realizaram TSCG e percebeu que a taxa de mortalidade (8,9%), foi 48 vezes maior do que a população em geral, de acordo com faixa etária e gênero, o que vem a confirmar a elevação da taxa de mortalidade entre aqueles que fazem TSCG. A maioria (59%) morreu por suicídio, 22% morreu por doenças e 15% por acidentes automotivos. Há estimativas de que num período de quatro a nove anos, 3,4% das pessoas que fizeram TAE irão morrer por suicídio. A autora ainda pontua que a elevada taxa de acidentes automotivos em seu estudo sugere que uma quantidade desses acidentes podem ter sido motivados por intenção suicida. Muitas situações que se apresentam como “acidentais” podem ser tentativas de suicídio mascaradas, como nos acidentes de trânsito (Werlang & Botega, 2004). Esses resultados também mostram a necessidade de apoio a longo prazo para aqueles que fazem TSCG, uma vez que a reincidência se faz presente e o que sugere alto nível de intenção suicida, visto a não alteração do comportamento.

Em outro estudo realizado por Donald e cols. (2006) foram identificados os seguintes fatores de risco para TSCG: presença de transtorno mental - principalmente a depressão, dificuldades nas relações interpessoais, divórcio parental (para homens), relações qualitativamente pobre com os pais (para as mulheres), uso abusivo de álcool, depressão. Beautrais (citado por Donald e cols., 2006) complementa com relações parentais deficitárias na infância, estilo de comunicação pobre na família e controle elevado ou reduzido pelos pais.

Portanto, são recentes as publicações que utilizam o conceito de TSCG. O uso desse termo em pesquisas que visam a distinção entre perfis de TAE ou ainda a composição de um

perfil de TSCG também têm facilitado na identificação de características compartilhadas nos casos de TSCG e de suicídio (Beautrais, 2003; Donald e cols., 2006). Assim, discriminação de perfis de TAE também se mostra um caminho viável para agregar informações do perfil de tentativas graves, demonstrando a exclusividade de alguns fatores a esse grupo (Modai e cols, 2002; Modai e cols., 2004; Rapeli & Botega, 2005; Rosen, 1968).

Identificação e Distinção entre as Tentativas de Suicídio

Como citado, alguns teóricos reconhecem que as pessoas que realizam TAE constituem uma população heterogênea (Pallis & Birtchnell, 1977; Paykel & Rassaby, 1978). Em análise desses estudos, percebem-se as mais variadas nomeações na classificação de diferentes grupos de TAE e variadas formas de identificar. Alguns distinguem dois grupos e outros distinguem três grupos de TAE. As nomeações desses grupos vão desde tentativas graves e não graves, violentas ou não violentas, tentativas leves, tentativas moderadas e TSCG. Serão consideradas pertencentes ao grupo de TSCG as tentativas com nomeações diferentes, mas que se aproximam da definição de tentativa de suicídio clinicamente grave. Há ainda outras terminologias que objetivam a qualificação do comportamento que levou ao comportamento suicida. Na variedade dessas investigações são diferenciados alguns fatores demográficos, fatores sociais, fatores psiquiátricos, fatores pessoais e clínicos.

As principais pesquisas na direção da distinção entre as categorias serão apresentadas de forma mais detalha a fim de realizar comparação e caracterização das categorias de TAE com maior relevância a TSCG. Ao final será realizada discussão acerca desses estudos.

Paykel & Rassaby (1978) identificaram três grupos de TAE, não nominados, numa amostra de 236 pessoas, maioria jovens e mulheres. Utilizaram a avaliação da história prévia de tentativas, detalhes da tentativa mais recente, motivações, estado mental e características demográficas para a classificação dos tipos de TAE. O primeiro grupo inclui pacientes que tiveram overdose e mostraram menos risco de morte, menos tentativas prévias, menos

incidência de transtornos psiquiátricos e apresentaram maior evidência de problemas interpessoais, sem dado significativo para motivações autodestrutivas. Um segundo e menor grupo incluem tentativas com métodos mais letais, métodos mistos, com maior incidência de motivações autodestrutivas. No terceiro grupo, os sujeitos tinham em média três tentativas anteriores, tentativa com relativo baixo risco de morte, geralmente por ingestão de medicamentos, e eram abertamente hostis. Traços agressivos também foram identificados em outro estudo como altamente relacionado às vítimas de suicídio (Doiuhara, Kawanishi, Yamada, Sato, Hasegawa, Furuno e cols., 2008). Os autores concluem que os maiores eixos de diferenciação empírica entre os grupos foram: severidade do método utilizado e história prévia de tentativas.

Rapeli e Botega (2005) avaliam entrada de 124 pessoas com TSCG num período de 35 meses. Eles estimam que esse número representa 15% das TAE. No estudo eles utilizam escalas para avaliar intenção suicida e identificaram três subgrupos de TSCG. O primeiro grupo (n=43), predominantemente feminino, denominado *impulsivo e ambivalente*, apresentou métodos majoritariamente de autoenvenenamento e uso de medicamentos, com moderado transtorno depressivo e transtorno de adaptação e 50% apresentou história prévia de tentativa e baixa intenção suicida. O segundo grupo (n=53) chamado de *intenção marcada* era predominantemente formado de homens. Todos usaram veneno altamente letal como método; 29% apresentou transtorno de adaptação/ajustamento, 21% transtorno depressivo moderado e 14% transtorno depressivo grave; 29% tinham história prévia de tentativa e mais da metade apresentou intenção suicida alta. O terceiro grupo (n=17) chamado de *definitivo*, teriam morrido sem uma intervenção médica – tentativa abortada - com 94% homens, maioria solteiro e 59% sem história prévia de tentativa; 23% apresentou depressão severa, 18% com depressão moderada e 29% transtorno de adaptação/ajustamento. Nesse grupo, todos os pacientes usaram métodos violentos e altamente letais na tentativa de suicídio, 82% precisou

de procedimentos cirúrgicos, e 80% apresentou maior intenção suicida. As características desse último grupo são similares às daquelas pessoas que deram entrada no hospital onde a pesquisa foi desenvolvida, mas morreram por suicídio (Rapeli & Botega, 2005). Nesse estudo é interessante notar a diferença entre os gêneros. Os homens foram prevalentes nas tentativas mais letais, e mesmo com método semelhante do grupo predominante feminino, o autoenvenenamento, os homens utilizando substâncias mais corrosivas. Esse dado corrobora com os estudos epidemiológicos mostrando a alta taxa de mortalidade de suicídio entre os homens (Melo, 2000; OMS, 2000; Marín-León & Barros, 2003). Também aponta para diferenças de subgrupos entre as TSCG. Não foi encontrado outro estudo que relata a existência desses subgrupos, mas demonstra a necessidade de maiores investigações na área.

Hankoff (1976) com entrevistas imediatamente pós tentativa identificou três categorias diferentes em relação a motivações, as quais ele denominou de “estresse”, “crise” e “transtorno”. A categoria “estresse” possui maior número de sujeitos (58) e 36% com história prévia de tentativa. A maioria estava envolvida em alguma situação de estresse sem prejuízo no funcionamento do indivíduo, não necessariamente de grande intensidade, mas envolvia um estado de intensa emoção, frequentemente raiva ou hostilidade, que provocou uma reatividade traduzida na tentativa de suicídio. Nenhum transtorno grave psiquiátrico foi identificado, mas apresentou o uso abusivo de substâncias e menor adesão ao tratamento. A categoria “crise” é a que possui menor número de sujeitos (10) com 30% com história prévia de tentativa. Os sujeitos desse grupo foram confrontados por uma situação insuportável de natureza muito recente ou aguda. O suicídio representou a fuga de uma situação intolerável, e de natureza explosiva, sem qualidades histriônicas, com manifestações de angústia, tensão, pânico ou depressão. A terceira categoria “transtorno” com 36 sujeitos e 45% com história prévia de tentativa, foi definida por claramente manifestar uma psicopatologia. A psicopatologia variou entre depressão, esquizofrenia e transtornos paranóides e intensos

sentimentos de desespero. A tentativa foi claramente precipitada por algum evento e influenciada pelo transtorno crônico, essa categoria apresentou um maior número de pessoas com história prévia de suicídio. Nesse estudo não há uma caracterização da gravidade da TAE, mas percebe-se a importância e influência da exposição a eventos estressores de vida, principalmente os recentes, como precipitadores do ato.

A pesquisadora Rosen (1976) realizou acompanhamento durante cinco anos numa amostra de 886 sujeitos que tentaram morrer. As categorias de TAE foram classificadas de acordo com o dano médico da tentativa. As TSCG são aquelas que provocaram coma alcoólico (nível 3 ou 4), nível alto de sal ou alto nível de monóxido de carbono no sangue. Em relação às diferenças significativas na taxa de mortalidade identificou dois grupos: tentativas clinicamente graves (21%) e as menos graves. Da amostra total, 34 pessoas cometeram suicídios, dessas, 12 eram do grupo de TSCG (186). A taxa de mortalidade por suicídio no grupo de TSCG apresentou uma taxa de duas vezes maior em relação ao outro grupo. Desses que morreram por suicídio (12), não foram encontradas diferenças significativas de idade, eram casados, com depressão e insônia, e mais da metade alcoolista. Novamente, destaca-se o transtorno de humor relacionado a TSCG, confirmando dados anteriores de que 90% das pessoas que cometem suicídio possuem algum transtorno mental.

Pallis e Birtchnell (1977) avaliaram as pessoas que realizaram TAE com base nas diferenças de personalidade identificados pelo MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota) em 126 pacientes. Para a identificação dos diferentes grupos de TAE utilizou escala de cinco pontos de severidade na tentativa, proposta por Freeman (1974) e identificaram dois grupos: tentativas graves (42) e não graves (42) e compararam com um grupo controle de 126 paciente que não realizaram TAE. O grupo de tentativas graves apresentou depressão, desesperança, desespero, características mais introspectivas e autopunitivas. Notaram que os homens das tentativas não graves apresentaram mais

transtorno de personalidade, imaturidade, uso abusivo de substâncias, comportamento sexual desviante ou promiscuidade, inconstância no trabalho e no casamento e comportamento interpessoal marcado pela agressividade. Desse estudo destaca-se a relevância dos afetos intoleráveis na diferenciação entre os grupos de TAE.

Levi e cols. (2006) identificaram dois grupos de TAE: TSCG (n=35) e tentativas não graves (n=67) e compararam com grupo controle (n=71) com pessoas sem diagnóstico psiquiátrico e sem história de comportamento suicida. Para a distinção de TAE os autores utilizaram o mesmo conceito de TSCG do presente estudo. Os autores utilizaram diversos métodos, entrevistas e escalas, para avaliar as diferenças entre os grupos. Não houve diferença para fatores demográficos entre os dois grupos identificados. A presença de depressão enquanto indicadora de “dor psicológica” foi identificada somente no grupo de TSCG. Além desse indicador, perceberam no grupo de TSCG maior intenção suicida, maior tempo de internação, maior letalidade do método e grandes dificuldades na comunicação interpessoal que reflete em problemas de se revelar, pedir ajudar e expressar problemas. Segundo os autores, a dificuldade de se comunicar pode demonstrar maior introspecção, e presenças de traços esquizóides e solidão.

Elliot e cols. (1996) diferenciaram TSCG das TAEs menos graves e notou que o grupo de TSCG apresentou transtorno de humor induzido por abuso de substância, poucas tentativas anteriores e menor índice de história de abuso sexual e físico. O autor pontua a relevância de se levar em consideração as vulnerabilidades provocadas pelo abuso de substâncias na identificação e avaliação de sujeitos que podem vir a cometerem suicídio. O abuso de substâncias é identificado em diversos estudos como um dos fatores que podem elevar o risco de suicídio (Kaplan & McFarland, 2007; Mann, 2002).

Em síntese, é difícil fazer uma comparação significativa entre esses estudos, pois utilizam amostras diferentes, adotam métodos variados para a avaliação da gravidade da

tentativa e envolvem uma amplitude de testes psicológicos. Apesar disso, os estudos aqui levantados identificam uma classe de TAE com características mais severas de letalidade, de intenção e de transtorno psiquiátrico. Esses fatores apontam para a existência de um perfil de TAE que pode ser considerado pertencente a pessoas com gravidades na organização de sua personalidade.

No esforço de se agrupar maiores informações sobre o grupo que tanto se assemelha ao suicídio, a presente revisão bibliográfica se empenha no levantamento das principais características identificadas nos estudos citados. São fatores que podem ser discriminantes em relação a outros grupos de TAEs, apesar da variedade dos métodos de identificação. Essa iniciativa pode funcionar como motivadora para novas pesquisas nessa área. Assim, parece que o grupo de TSCG, geralmente apresenta:

1. menor proporção entre os sujeitos que realizaram TAE;
2. maior índice de mortalidade por suicídio e de acidentes automotivos;
3. uso de métodos violentos com maior letalidade;
4. necessidade de intervenção médica extensiva decorrente à TAE;
5. semelhança na distribuição por gênero;
6. transtornos de humor grave, principalmente depressão severa;
7. transtornos de ansiedade;
8. uso abusivo de álcool;
9. transtornos de adaptação;
10. maior comorbidade;
11. menor quantidade de tentativas anteriores ou nenhuma tentativa;
12. motivações autodestrutivas e autopunitivas;
13. maior intenção suicida;
14. dificuldades nas relações interpessoais;

15. dificuldades de se comunicar e expressar;
16. menos expressão de agressividade;
17. vivência de dor psicológica prolongada, ou afetos intoleráveis, principalmente desespero, desesperança e solidão;
18. menor autoestima;
19. menos impulsividade;
20. menos ambivalência quanto ao desejo de morrer.

São necessárias maiores investigações para a confirmação desses dados, visto a quantidade de estudos levantados acerca da diferenciação das TAEs e TSCG. Contudo, esses fatores já apontam para elementos que possam ser úteis para um melhor reconhecimento do grupo de risco de TSCG. Outros métodos de avaliação complementar, como o MR, podem ser empregados para auxiliar numa análise mais intrínseca a respeito das vulnerabilidades dessas pessoas, apresentando informações adicionais, talvez essenciais na diferenciação entre os perfis. Ou seja, a construção de um perfil é necessária a fim de conhecer a respeito das vulnerabilidades psicológicas que essas pessoas podem apresentar e os fatores de risco que compartilham.

Semelhanças e Diferenças entre TSCG e Suicídio

Aqui, a análise é focada na relação entre o grupo de TSCG e as pessoas que cometem suicídio. Nesse sentido os estudos identificados são ainda mais reduzidos, e utilizam a autópsia psicológica como método de investigação das pessoas que cometeram suicídio.

Segue investigação mais detalhada acerca de dois estudos de uma das pioneiras na investigação entre os grupos citados.

Beautrais (2001) compara fatores de risco (sociais, familiares, individuais e psiquiátricos) entre TSCG (n=302) e vítimas de suicídio (n=202) e grupo controle (n=1028), verificando extensão de cada FRS. Beautrais (2003) também compara os fatores de risco

semelhantes (demográficos, letalidade do método, familiares, transtorno psiquiátrico, eventos estressores, história de saúde mental e interação social) em jovens de até 25 anos. A autora fez comparações entre o grupo de vítimas de suicídio (n=60), pessoas com TSCG (n=125) e grupo controle (n=151). A definição de TSCG é a mesma utilizada no presente estudo. Dessas duas análises, a autora notou que o grupo de suicídio consumado e TSCG constituem duas amostras que se sobrepõem em relação à presença de transtorno mental atual, história prévia de TAE, assistência e contato psiquiátrico anterior, dificuldades sociais (adversidades na infância e família) e exposição a eventos estressores recentes de vida. Alguns preditores foram mais relacionados ao suicídio do que TSCG: transtorno psicótico não afetivo, gênero masculino, relacionamento parental de má qualidade durante a infância. Outros preditores foram mais significativos no grupo de TSCG: transtornos de ansiedade, contato social de má qualidade, isolamento social. Beautrais (2001) afirma que essas congruências claramente sugerem que alguns fatores de risco e alguns processos de vida que levam ao suicídio são igualmente evidentes para aqueles que fazem TSCG. Conclui que os principais resultados da pesquisa sugerem claramente que os suicídios e TSCG formam duas populações que sobrepõem e são muito mais similares do que distintas.

Sobre as semelhanças entre TSCG e suicídio, a literatura (Ministério da Saúde, 2005; OMS, 2000; Mello, 2000; Fleischmann e cols., 2005; Mello e cols., 2005; Hesketh & Castro, 1978; Marín-León & Barros, 2003) aponta que os métodos mais utilizados por pessoas que cometem suicídio é o enforcamento, arma de fogo e o uso de pesticidas e produtos químicos; que são os mesmos métodos mais utilizados por pessoas que realizam TSCG. Semelhanças entre o grupo de TSCG e suicídio também são encontradas na avaliação da intenção suicida, motivações para o ato. Provavelmente, as conformidades também devem se apresentar na dinâmica e estrutura de personalidade entre os sujeitos desses dois grupos. Assim, o estudo de TSCG pode fornecer informações sobre a organização de personalidade, fatores pessoais que

permitem uma intervenção preventiva nos sujeitos que apresentem características presentes nos dois grupos.

Enquanto não conseguirmos identificar fatores pessoais que indicam maior probabilidade do sujeito cometer suicídio, e assim oferecer um acompanhamento mais eficiente, será difícil intervir de forma preventiva e eficaz.

MÉTODO DE RORSCHACH (MR)

O método de Rorschach consiste em técnica estruturada em dez pranchas e em cada uma consiste uma mancha de tinta sem forma específica. O sujeito deve relatar e explicar os fatores que influenciam em sua percepção. Por não saber como está sendo avaliado, é minimizado o impacto de intenções de simulação ou controle racional (Martins & Tavares, 2008; Exner, 2003). O método oferece informações sobre aspectos de controle frente às demandas, presença de estresse situacional, autopercepção, percepção interpessoal, organização dos afetos e processos cognitivos (Exner, 2003).

O MR também oferece um conjunto de informações que se aproximam de algumas psicopatologias, ditas índices especiais ou constelações. Dentre elas, a constelação de suicídio composta por 12 variáveis permite uma avaliação do risco de suicídio. Além da Constelação de Suicídio (SCON), outros recursos inerentes ao Método de Rorschach podem ser utilizados como referência para se considerar o risco de suicídio e as vulnerabilidades do sujeito e, dentre os indicadores diversos, tem relevância o Índice de Depressão (DEPI). Este recurso agrupa uma série de variáveis capazes de sinalizar uma forte possibilidade de um transtorno afetivo, categoria na qual são diagnosticados com alta frequência os pacientes com TSCG e suicídio consumado (Martins & Tavares, 2008).

O MR é um dos métodos mais utilizados na avaliação de risco de suicídio em ambientes clínicos (Fowler e cols., 2001; Fowler e cols., 2009; Martins & Tavares, 2008; Cuadra-Peralta, Maza, Gonzalez, Huanca, 2009; Nascimento, 2006; Rydin e cols., 1990;

Bishop e cols., 2000; Passalacqua, Orcoyen & Herrera, 2001; Masiá, 2004). Se o MR for usado em conjunto com uma meticulosa avaliação clínica dos fatores pessoais e outros fatores de risco, tem-se maior chance de fazer uma intervenção clínica que possa alterar o curso autodestrutivo do paciente (Fowler, 2009).

Vários estudos com MR investigam o contexto de risco de suicídio. Há aqueles que diferenciam as categorias de TAE (Rydin e cols., 1990; Fowler e cols., 2009), há aqueles que construíram índices ou escalas de identificação de risco extraídos do próprio MR (Passalacqua e cols. 2001; Cuadra-Peralta e cols., 2009; Fowler e cols., 2001), há análise de estudos de caso (Porcelli & Rivelino, 2005) e estudos que avaliam a SCON e sua relação com letalidade da tentativa, e risco de morte (Fowler, Piers, Hilsenroth, Holdwick & Padawer, 2001; Masiá, 2004). Ou seja, a variedade das investigações, das amostras, dos critérios de inclusão se mostram relevantes acerca do entendimento da realidade das pessoas vítimas de suicídio.

Rydin (1990) examina e compara 20 protocolos de pessoas com tentativas violentas, com tentativas por meio de overdose medicamentosa e um grupo controle de pacientes psiquiátricos que não fizeram TAE. Os resultados mostram diferenças significativas entre as TAE violentas e não violentas e pouca diferença entre o grupo controle e as TAE não violentas. As pessoas que fizeram TAE violenta apresentaram: mais traços paranóides, menos capacidade de enfrentamento de demandas, manobras defensivas dos afetos disfóricos pelo uso da imaginação e fantasia, imaturidade cognitiva e tendência a produzir combinações fabulosas nas suas respostas, que sugere um deslize cognitivo e distorções nas respostas. Em quatro anos, quatro pessoas do grupo de tentativas violentas cometeram suicídio. Ao comparar esses indivíduos com o restante do mesmo grupo, perceberam uma tolerância menor aos afetos disfóricos e um maior declínio no desenvolvimento cognitivo no decorrer das pranchas. Em relação ao MR, fica evidente a influência da vivência de afetos intoleráveis

e dificuldade cognitiva em manter boa qualidade numa tarefa ou trabalho. Pode-se pensar na dificuldade de pessoas que efetivam o ato de suicídio enxergar outras possibilidades de solução frente às dificuldades, provocadas, além de outros fatores, por não conseguir a mesma qualidade no enfrentamento das demandas cotidianas, facilitando vivências de frustração e pessimismo.

Na Argentina, Passalacqua e cols. (2001) elaboraram uma escala de prevenção de suicídio para adultos (ESPA) com 44 indicadores (localizações, determinantes, conteúdos, códigos especiais e fórmulas). A escala foi obtida através da análise quantitativa e qualitativa entre 20 protocolos de pacientes que morreram por suicídio em até um ano após aplicação do MR. Os pesquisadores pontuam a possibilidade de risco quando há presença de 16 e 24 indicadores. Contudo, no Chile, Cuadra-Peralta e cols. (2009) ao utilizarem a ESPA para identificação de pacientes que tentaram suicídio em comparação com grupo de não pacientes, pacientes com diagnóstico de depressão e pacientes com diagnóstico de personalidade e depressão, encontrou a possibilidade da ESPA ter sido, na sua construção, influenciada por psicopatologias dos sujeitos vítimas de suicídio, as quais Passalacqua e cols., (2001) não investigaram. Sabe-se que a ocorrência de transtornos mentais nas pessoas que cometem suicídio é de 90% (Mann, 2002; Espirito & Sposito-Smythers, 2006; Werneck e cols., 2006). Além disso, Cuadra-Peralta identificou 10 indicadores da ESPA que se mostraram eficaz na diferenciação dos pacientes que haviam tido uma TAE, e propõe uma fórmula para calcular a probabilidade das pessoas pertencerem a um grupo de risco.

Os dois estudos citados se mostram relevantes pela proximidade cultural com Brasil, diferentemente dos estudos norte americanos. Há evidências de que o MR não se encontra isento das influências socioculturais (Wood, 1999), o que requer estudos em diferentes contextos culturais. Contudo, percebe-se que há muito que evoluir na identificação das pessoas que morrem por suicídio nos países latino americanos. Nos dois estudos não há

distinção de perfis de TAE, o que mostra a problemática de agrupar informações como pertencentes a um único grande grupo de risco. Além disso, alguns estudos argentinos utilizam uma abordagem diferenciada do MR, uma compilação do Sistema Compreensivo de Exner. Assim algumas variáveis identificadas no grupo de TSCG pelos dois estudos acima não condizem com as do Sistema Compreensivo.

Nos Estados Unidos, Fowler e cols. (2001, 2009) desenvolveram um índice extraído do Método de Rorschach pelo Sistema Compreensivo (Exner, 2003). O *IRSI (Implicit Risk of Suicide Index)* é uma medida do funcionamento implícito cognitivo e afetivo e, segundo pesquisas do mesmo autor, consegue identificar 80% das TSCG. Essa medida é baseada em formulações psicanalíticas (ódio dirigido a si, depressão, características do distúrbio fronteiroço e regulação afetiva). O *IRSI* extrai dados sobre o domínio do processamento da informação, incluindo qualidade do teste de realidade, manejo afetivo, autopercepção e autoestima. É um índice em complemento a SCON, a fim de fazer inferências sobre estados inconscientes de pacientes em risco.

A elaboração desse índice (Fowler, Hilsenroth & Piers, 2001) se deve a pesquisa em pacientes internados (maioria feminino) classificados em três grupos: pacientes sem comportamento suicida (grupo controle), tentativas moderadas e grupo de TSCG. O critério para distinguir a tentativa moderada e TSCG foi a escala de letalidade da TAE e o relatório de comportamento autodestrutivo. Os pacientes com TSCG apresentaram comorbidade diagnosticadas no Eixo I e Eixo II sugerindo transtornos psicológicos sérios e difusos, e 97% apresentou depressão maior. No grupo de TSCG houve acréscimo de respostas que revelam morbidade, respostas de transparência, respostas de dimensão e mistas de Cor-Sombreado, apresentado maior escore no índice desenvolvido pelo autor.

Posteriormente, Fowler e cols. (2009) realizaram análise comparada de 324 pacientes internados. Desses, 50 pacientes apresentaram risco de suicídio, e 25 foram identificados

como pertencentes ao grupo de TSCG (através da definição também utilizada pela autora do presente estudo). Aplicou-se o Rorschach em até 30 dias após admissão e comparou-se com 25 pacientes internados selecionados aleatoriamente e sem comportamento suicida, e 25 pacientes ambulatoriais sem comportamento suicida. O grupo de TSCG em contraste com outros grupos sem comportamento suicida, pelo IRSI, produziu um número significativo de respostas que refletem sobrecarga afetiva, prejuízos cognitivos no teste de realidade e autoestima mórbida, obtendo maiores escores no IRSI, os quais podem ser melhor pensados como vulnerabilidades subjacente à tentativas de suicídio (Fowler, 2009).

Dentre os estudos citados três questões são discutidas abaixo:

1) Ao se avaliar indicadores isolados (Fowler e cols., 2001; Passalacqua e cols., 2001), corre-se o risco de se avaliar uma especificidade dos fenômenos psicológicos por detrás das TAE (Cuadra-Peralta e cols., 2009). Mesmo assim, talvez a construção desses índices seja uma possibilidade de aperfeiçoar e otimizar o processo de avaliação no contexto de saúde pública. O MR é um método complexo, demanda tempo e aperfeiçoamento. O objetivo não é substituir a SCON, e sim desenvolver uma medida coadjuvante, para que a curto prazo entre a avaliação e a tentativa do suicídio, informações possam ser obtidas sobre fatores psicológicos que contribuam na avaliação de risco de suicídio. Esses achados podem permitir que clínicos estimem risco de suicídio futuro para pacientes com menos de um mês de administração do Rorschach. O entanto, é necessário estudos e pesquisas que reapliquem o instrumento em outras amostras diferentes para adaptar e validar o uso no contexto hospitalar. Destaca-se que o amplo conhecimento a respeito do indivíduo, obtido pela conjunto da análise das variáveis do MR deve continuar para que se auxilie no planejamento, delimitação de foco no tratamento a longo ou a curto prazo.

2) Mesmo com as limitações dos métodos retrospectivos, alguns estudos (Passalacqua e cols., 2001) reportam a possibilidade da redução do potencial suicida após uma TAE,

influenciando nos resultados do MR (Passalacqua, Herrera & Orcoyen, 1997). Tal afirmativa pode levar a avaliações equivocadas ao acreditar que o sujeito não se encontra mais em risco. Na verdade os estudos apontam para um grande número de reincidência do comportamento suicida (Beautrais, 2001, 2003; Paykel & Rassaby, 1978; Rydin e cols., 1990; Hankoof, 1976; Rosen, 1976; Elliot e cols., 1996; Rapeli & Botega, 2005; Werlang, 2000). Além disso, o risco de suicídio é maior nos três primeiros meses após uma TAE (Prieto & Tavares, 2007). O MR oferece informações acerca de vulnerabilidades crônicas, que provavelmente influenciaram o sujeito a se encontrar na atual condição de risco, e quando identificadas, precisam ser trabalhadas em tratamento a longo prazo.

3) A análise das pesquisas citadas, revelam resultados semelhantes para o grupo de TSCG : sobrecarga afetiva e presença de afetos disfóricos, suscetibilidade de transtorno de humor, prejuízos significativos no teste de realidade, imaturidade cognitiva, prejuízos no julgamento, percepção de si danificada que favorece a baixa autoestima, prevalência pelo uso da fantasia e imaginação como tática defensiva. (Fowler, 2001; Rydin, 1990). Esses indicadores podem ser interpretados pelo Sistema Compreensivo (Exner, 2003). Por exemplo, a vivência de afetos disfóricos pode levar à desorganização em situações de sobrecarga emocional, o que influencia o modo como o indivíduo lida com suas emoções e reage frente as emoções dos outros. Uma forma inadequada de lidar com as demandas favorece a vivência de dor psicológica, que aumenta o risco das pessoas sentirem-se desesperadas e desaperançadas com o futuro. Em relação aos prejuízos cognitivos, percebe-se maior dificuldade de traduzir as informações captadas do campo de estímulos, contribuindo para comportamentos desadaptados, que influenciam para um pior ajustamento frente às relações interpessoais. As limitações cognitivas, não estão necessariamente ligadas à limitação intelectual, também podem estar relacionadas com a capacidade de vislumbrar soluções com pensamentos mais complexos frente a situações complexas. Sujeitos em condições de risco

podem apresentar dificuldades de encontrar outra solução que não o suicídio (Sánchez, 2001)

A análise destas pesquisas permite vislumbrar a amplitude de informações possíveis de se obter através do MR ao avaliar esse grupo de risco. Ao conhecer mais sobre as vulnerabilidades compartilhadas entre as pessoas que pertencem ao grupo de TSCG, pode-se aperfeiçoar a avaliação e o planejamento do tratamento de forma mais adequada.

Alguns pesquisadores clínicos que trabalham em estreita colaboração com pacientes à beira de uma crise suicida têm observado uma dramática deterioração do funcionamento desses, incluindo humor deprimido, variações de humor, irritabilidade, estados de humor misto, expressões de ódio contra si, deterioração do julgamento, do trabalho e das relações, desespero e insuportáveis estados emocionais e uma necessidade urgente para aliviar o estado afetivo intenso (Hendin, Maltzberger, Szanto, 2007). Essas observações clínicas são corroboradas pelos achados sobre desequilíbrio ou perturbação (*dysregulation*) emocional que pode ser entendida como centro da vulnerabilidade para o suicídio no MR (Fowler, 2009, p.13). Os estudos apontam para prejuízo na capacidade de lidar com experiências afetivas em pessoas que realizaram TSCG, que combinados com prejuízos no teste de realidade, baixa autoestima e maior propensão a transtornos de humor eleva o nível de vulnerabilidade para TSCG e suicídio.

Constelação de Suicídio (SCON)

Estatisticamente, sabe-se que a SCON tem sucesso no reconhecimento correto de mais de 70% dos protocolos referentes a pacientes suicidas (que efetivamente se mataram em 60 dias) (Exner, 2003; Fowler e cols., 2009). As pesquisas que sucederam sua divulgação, em meados da década de 70, reforçam sua associação com o risco à integridade pessoal dos sujeitos (Bishop e cols., 2000). Este índice prevê comportamentos reais de ameaça suicida, indo além da análise generalizada de traços de impulsividade ou tendências autodestrutivas, como no caso de outras técnicas (Fowler e cols., 2001). Exner & Sendín (1999) recomendam

sua análise como primeiro passo na interpretação do MR. A SCON tem seu grau preditivo quando positiva, mas não afasta o risco quando negativa. Por exemplo, a pesquisadora Passalacqua e cols. (2001) avaliou 20 protocolos de Rorschach de pessoas que suicidaram em até um ano após a aplicação do Método. Destes, notou que apenas dois protocolos apresentaram a SCON positiva. Esse estudo realizado na Argentina se destaca pela semelhança cultural com o Brasil.

Masiá (2004), em análise das variáveis da SCON, no seu nível de significado e importância, investiga as relações possíveis a respeito das pontuações da constelação. A autora argumenta que pontuações acima de cinco e abaixo de oito podem refletir vivência de estresse crônico que contribui para repercussões na saúde do sujeito, e alta vulnerabilidade a acidentes graves no decorrer da vida, devido a uma ansiedade prolongada ou presença de comportamentos de risco. É importante a confirmação desses resultados pelo acompanhamento longitudinal de pessoas que se submeteram ao MR e a relação com as possíveis pontuações da SCON.

Em contraposição, Fowler e cols. (2001) perceberam a relação da SCON com a letalidade das tentativas de suicídio, numa amostra de pacientes não suicidas, pacientes com tentativas leves, moderadas e pacientes com TSCG. Perceberam que é possível que os escores do MR associados ao grupo de pessoas que fizeram TAE possam também prever o nível de letalidade da TAE. Os resultados também apontaram que o total de escores da SCON de sete ou mais predizem aqueles pacientes que, posteriormente, irão fazer uma TSCG contra aqueles pacientes que se engajam em atividades suicidas menos graves ou não suicidas. Com esse escore maior ou igual a sete eles identificaram 79% das TSCG em relação a tentativas leves e com esse escore levou a 81% da taxa de verdadeiro positivo para TSCG em relação aos pacientes sem comportamento suicida.

Percebe-se as diferenças dos estudos e seus resultados na análise da SCON, o que

aponta para a necessidade de maiores pesquisas na área e, principalmente, o reconhecimento da necessidade de construção de dados normativos adequados à cada país (Nascimento, 2001). O reconhecimento das diferenças entre os dados normativos norte americanos e a nossa realidade levou a esforços para construção dessa base no Brasil (Nascimento, 2001, 2006). Contudo, os dados normativos foram obtidos na cidade de São Paulo, e ainda necessitam de maiores investigações.

De qualquer modo, segundo Martins & Tavares (2008), os avaliadores não devem utilizar a SCON como a única referência de indicador de risco de suicídio no MR. A técnica possui mais de 120 outros indicadores e quatro outras constelações que indicam psicopatologias, indicativas de perturbações afetivas, perceptuais e cognitivas, déficit relacional, hipervigilância e estilo obsessivo de conduta. “O modo como estas variáveis interagem, definem a maneira particular de funcionamento e o modo de estruturação do paciente, oferecendo uma configuração diagnóstica ampla e profunda” (p. 29).

CONCLUSÃO

A maioria das pesquisas com TSCG mantém o foco na análise do impacto de fatores de risco de suicídio nas ocorrências de TSCG privilegiando os fatores pessoais, psiquiátricos, familiares e não os demográficos. Este recorte parece necessário neste ponto de desenvolvimento da área que necessita com urgência levantar as principais diferenças desses fatores nas situações de TSCG em contraste com outras formas de TAE. Talvez por isso estas pesquisas não avaliaram os fatores de proteção. Contudo, talvez estes fatores sejam cruciais na identificação daqueles que não farão uma TSCG e, portanto, ajudariam a melhorar a distinção entre estes dois grupos. É relativamente recente o foco de pesquisa que procura distinguir categorias a partir de critérios de risco no grupo de risco, tomando em consideração a grande variabilidade de comportamentos suicidas. Estes resultados, alguns dos quais divergentes, ainda revelam certas dificuldades de métodos, como as variações nas definições

de critérios e nas amostras que formam a base desses dados. A superação dessas dificuldades requer a continuidade dos esforços de pesquisa nesta área.

O mesmo pode ser dito em relação ao MR. A maioria das pesquisas possuem critérios de inclusão variados para TSCG, o que dificulta circunscrever e delimitar o grupo de risco investigado. Nestas pesquisas, há também diferenças no intervalo de tempo entre a aplicação do MR e a TAE. Essas diferenças têm relevância na interpretação dos resultados em dois pontos: relativo aos sujeitos da pesquisa e em relação aos grupos de risco e seus perfis. O tempo transcorrido entre a TAE e a avaliação contribui para modificações nos indicadores do MR menos estáveis, associados à vivência de estresse situacional. Isso interfere na avaliação do impacto dessas variáveis no contexto de risco do sujeito. A compreensão sobre como o sujeito é impactado por esses fatores e como ele lida com pressões é fundamental no reconhecimento de vulnerabilidades relacionadas ao enfrentamento de demandas que possibilitam perdas bruscas de controle. Estudos da psicodinâmica do suicídio apontam para a possibilidade de alívio das pressões internas e externas após uma TAE. Este alívio também pode influenciar nas variáveis relacionadas ao estresse situacional. Por outro lado, outras situações em torno da TAE podem piorar a condição do sujeito, como a constatação da falta de apoio e compreensão da família e amigos. O fato é que ainda não temos como estimar o impacto de uma TAE no psiquismo do sujeito. Uma forma possível de resolver este problema é por meio de estudos prospectivos que acompanhem pessoas para posteriormente verificar a ocorrência de TAE, TSCG, suicídio e óbitos por outros motivos (por exemplo, acidentes).

O intervalo entre a TAE e a aplicação do MR também interfere nos resultados utilizados para a composição dos perfis para os grupos de risco distintos. Ou seja, as diferenças de amostragem, de definição de critérios para as categorias de TAE e de tempo transcorrido entre TAE e a avaliação podem ser responsáveis por algumas das discrepâncias encontradas nos resultados desses estudos.

O reconhecimento da diferença entre os perfis de TAE possui relevância para fundamentar o julgamento clínico a respeito da gravidade do contexto de risco. Os indicadores distintos entre TSCG e as TAE não graves apontam para a necessidade de uma intervenção mais pontual e diretiva no grupo de TSCG. Apesar de ambos os grupos apresentarem prevalência de transtornos mentais (como a depressão), sujeitos com TSCG apresentam menos expressão de agressividade, mais introspecção, mais autopunição, menor autoestima, menos impulsividade e menos ambivalência, vivência prolongada de afetos intoleráveis, mais problemas graves de adaptação e mais comorbidade (diagnósticos com eixo I e eixo II ou três diagnósticos do eixo I). A identificação dessas características em um paciente permitiria reconhecer sujeitos com maior risco de cometer suicídio e TSCG. O MR complementa uma avaliação de risco permitindo interpretação dessas vulnerabilidades que parecem ser próprias de TSCG. Menor limiar de tolerância ao estresse, menor maturidade cognitiva, menor tolerância de afetos disfóricos, maior uso da fantasia e imaginação como defesa, são indicadores apontados pela maioria das pesquisas que identificam pessoas em risco de TSCG e suicídio.

De maneira geral, os dados dos estudos aqui analisados sugerem a necessidade de um suporte mais adequado, principalmente às pessoas com história de TAE anterior e depressão. Além de estratégias interventivas, necessidade de acompanhamento a curto e longo prazo, a fim de se evitar a reincidência do comportamento suicida. A atenção e o acompanhamento longitudinal são essenciais quando se refere a pessoas que realizam tentativa de suicídio clinicamente grave. Esse grupo de TAE apresenta maior taxa de mortalidade, com maior risco de suicídio e acidentes automotivos. O aprofundamento na compreensão de TSCG pode oferecer dados importantíssimos para prevenções mais efetivas e tratamentos mais eficazes.

No entanto, também há aqueles sujeitos que não apresentam história anterior de tentativa e cometem suicídio, o que dificulta o acesso a eles no que diz respeito ao

conhecimento de seu sofrimento. A avaliação de risco em pessoas com TSCG também pode ser uma ferramenta para compreensão desse grupo. Uma vez que indivíduos que realizam uma primeira tentativa com método letal sem desfecho fatal, também pertencem ao grupo de TSCG. Portanto, estudar mais detalhadamente TSCG pode se mostrar um caminho viável no entendimento acerca de pessoas que morrem na primeira tentativa ou nas tentativas subseqüentes.

As pesquisas analisadas apontam para uma indiferenciação entre gêneros para TSCG. Pensava-se que o gênero masculino seria predominante, visto a característica de tentativas violentas por métodos letais presentes no grupo de TSCG. Porém, na maioria das amostras de TSCG não houve predominância entre os gêneros. Essa realidade também é percebida em estudos de outros países. Contudo, é importante levar em consideração que apesar de não haver prevalência do gênero masculino no grupo de TSCG, os homens ainda tendem a utilizar métodos mais violentos e comunicam menos sua intenção suicida em relação às mulheres. Um estudo realizado no Brasil indica a necessidade de se investigar mais profundamente o grupo de TSCG, indicando possibilidade de subgrupos de maior risco e com predominância do gênero masculino (Botega & Rapeli, 2005)

A saúde do homem é questão preocupante no Brasil, com maiores taxas de mortalidade devido a homicídios, acidentes e suicídio. É o que mostra a recente elaboração dos Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem pelo Ministério da Saúde (MS) em 2009. Esse documento abrange as vulnerabilidades às doenças, enfermidades graves, crônicas, homicídio, acidentes e suicídio nos homens. Pesquisas nessa área identificam alguns transtornos mentais, estilos de enfrentamento de demandas e modos distintos de expressar afetos classificados como “tipicamente“ masculinos. Essas informações contribuem para construção de programa de prevenção universal e avaliações de risco para prevenção seletiva.

O presente estudo procurou apontar o conhecimento atual em relação às diferenças de perfis de TAE, reconhecendo a tentativa de suicídio clinicamente grave como TAE que mais se assemelha ao suicídio. Esse estudo também revela as maiores dificuldades nas pesquisas que investem na diferenciação de TSCG e sua aproximação com o suicídio. Esse é um passo inicial para incitar a produção de pesquisas que englobem as TSCG como alvo de seus trabalhos, a fim de realizar delimitação de um perfil mais pontual e específico. Tal conhecimento provavelmente auxiliará na compreensão das pessoas que efetivam o ato de suicídio ou provavelmente efetivariam caso não recebessem tratamento e manejo adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington, DC: APA.
- Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and Serious Suicide Attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*, 31, 837-845.
- Beautrais, A. L. (2003). Suicide and Serious Suicide Attempts in Youth: A multiple-Group Comparison Study. *American Journal of Psychiatry*, 106, 1093-1099.
- Beautrais, A. L. (2003). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37 (5), 595-599.
- Beautrais, A. L, Joyce P. R., Mulder R. T., Fergusson D. M., Deavoll, B. J. & Nightingal S. K. (1996). Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons Making Serious Suicide Attempts: a case-control study. *American Journal Psychiatry*, 153, 1009-1014.
- Bisconer, S. W. & Gross, D. M. (2007). Assessment of Suicide Risk in a Psychiatric Hospital. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38 (2), 143-149.
- Bishop, J., Martin, A., Constanza, S., Lane, R. C. (2000). Suicide Signs on the Rorschach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30 (3), 289-305.
- Brown, L. M. & Bongar, B. (2004). A Profile of Psychologist's View of Critical Risk Factors for Completed Suicide in Older Adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (1), 90 - 96.
- Canapary, D. & Bongar, B. (2002). Assessing Risk for Completed Suicide in Patients With Alcohol Dependence: Clinician's View of Critical Factor. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (5), 464 - 469.

- Cassells, C., Paterson, B., Dowding, D. & Morrison, R. (2005) Long- and Short-Term Risk Factors in the Prediction of Inpatient Suicide: A Review of the Literature. *Crisis*, 26(2), 53–63.
- Corrêa, H. & Barrero, S. P. (2006). O suicídio: definições e classificações. . Em H. Corrêa e S. P. Barrero (Orgs.), *Suicídio: uma morte evitável* (pp. 29-36). São Paulo: Atheneu.
- Cuadra-Peralta, A.; Maza, O. O.; González, M. C.; Huanca, R. B. (2009). Test de Rorschach: Respuestas Diferenciales entre Pacientes com y sin Intento Suicida. *Fractal: Revista de Psicología*, 21 (3), 475-486.
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Journal of Psychiatry*, 40, 87-96.
- Draper, B., Snowdon, J. & Wyder, M. (2008). A Pilot Study of the Suicide Victim's Last Contact with a Health Professional. *Crisis*, 29 (2), 96 - 101.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W. e cols. (2008). Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine*. 149 (5), 334-341.
- Elliott AJ, Pages KP, Russo J, Wilson LG, Roy-Byrne PP (1996). A profile of medically serious suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*. 57, 567–571.
- Exner, J. E. (1999). *Manual de Classificação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: a Comprehensive System. Basic Foundations and Principles of Interpretation*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Exner, J. E., & Weiner, I. B. (2003). RIAP 5 – *Rorschach Interpretation Assistance Program: Version 5 for Windows*. Odessa, FL: PAR Psychological Assessment Resoucers, Inc.
- Fowler, C. J.; Hilsenroth, M. J.; Piers, C. (2001). An Empirical Study of Seriously Disturbed Suicidal Patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49 (1), 161-186.
- Fowler, C. J., Piers, C., Hilsenroth, M. J., Holdwick, D. J. Jr., Padawe, J. R. (2001). The Rorschach Suicide Constellation: Assessing Various Degrees of Lethality. *Journal of Personality Assessment*, 76 (2), 333-351.
- Fowler, C. J.; Hilsenroth, M. J.; Groat, M.; Biel, S.; Ackerman, S.; Biedermann, C. (2009). Medically Serious Suicide Attempts in High-Risk Patients: Demographic, Diagnostic, Behavioral and Psychological Traits. *The American Journal of Psychiatry*, (1-23).
- Fleischmann, A., Berlote, J. M, Belfer, M., Beautrais, A. (2005). Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of Evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (4), 676-683.

- Harley, J. P., Gosh. B., Huggins, J., Bell, M. R., Adler, L. E., Shroyer, A. L. W. (2008). A Review of “Suicide Intent” within the existing Suicide Literature. *Suicide and life threatening Behavior*, 38 (5), 586-591.
- Gutierrez, P. M.; Osman, A.; Kopper, B. A.; Barrios, F. X. & Bagge, C. L., (2000). Suicide Risk Assessment in a College Student Population. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (4), 403-413.
- Hankoff, L. D. (1976). Categories of Attempted Suicide: A longitudinal Study. *American Journal Public Health*, 66, 558-563.
- Havens, L. L. (1969). Diagnosis of Suicidal Intent. *Annual Review Medical*, 20, 419-424.
- Harley, J. P., Gosh. B., Huggins, J., Bell, M. R., Adler, L. E., Shroyer, A. L. W. (2008). A Review of “Suicide Intent” within the existing Suicide Literature. *Suicide and life threatening Behavior*, 38 (5), 576-591.
- Hendin H., Maltzberger J. T., Szanto K (2007). The Role of Intense Affective States in Signaling a Suicide Crisis. *Journal of Nervous Mental Disease*, 195, 363–368
- Hesketh, J. L. & Castro, G. A. (1978). Fatores Correlacionados com a Tentativa de Suicídio. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 12, 138-146.
- Kaplan, M. S. & McFarland, B. H. (2007), Physical Illness, Functional Limitations and Suicide Risk: A Population-Based Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (1), 56-60.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1993) *Compêndio de Psiquiatria – Ciências comportamentais, psiquiatria clínica*. 6 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, p 901.
- Lambert, M. T. (2003). Suicide Risk Assessment and Management: Focus on Personality Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 71-76
- Lester, D. (1970). Attempts to predict suicidal risk using psychological tests. *Suicide Prevention and Crisis Service*, 74 (1).
- Levi, Y.; Horesh, N.; Fischel, T.; Treves, I.; Or, E.; Apter A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “impossible situation”. *Journal of Affective Disorders*, 111, 244 -250.
- Mann, J. J. (2002). A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Review Annals International Medical*, 136, 302-311.
- Marín-León, L. & Barros, M. B. A. (2003). Mortes por suicídio: diferenças entre gênero nível socioeconômico. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 357-363.
- Martins, L. D. & Tavares, M. (2008) *Sofrimento Psíquico Grave e Risco Suicida: Uma análise pelo Método de Rorschach*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.

- Masiá, P. C. (2004). La Constelación de suicidio. ? Riesgo de quitarse La vida o Poca Estima por la Vida. *Interpsiquis*, http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/dianostico/14884/. Acessado em 02/03/10.
- Mello-Santos, C., Bertolote, J. M. & Wang, Y. (2005). Epidemiology of Suicide in Brazil (1980-2000): Characterization of Age and Gender Rates of Suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 131-134.
- Modai, I. ; Hirschmann, S.; Hadjez, J.; Bernat, C.; Gelber, D.;Ratner, Y.; Rivkin, O.; Kurs, R.; Ponizovsky, A.; Ritsner, M. (2002) Clinical Evaluation of Prior Suicide Attempts and Suicide Risk in Psychiatric Inpatients. *Crisis*, 23 (2), 47-54
- Modai, I., Kuperman, J., Goldberg, I., Goldish & Mendel, S. (2004). Fuzzy Logical Detection of Medically Serious Suicide Attempt Records in Major Psychiatric Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (10), 708 - 710
- Nascimento, R. S. G. F. (2002). Estudo Normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para a cidade de São Paulo. *Psico-USF*, 7(2), 127-141
- Nascimento, R. S. G. F. (2001). Contribuições do método de Rorschach no campo da psicoterapia. Trabalho apresentado na Mesa-Redonda Reflexões sobre Psicoterapia Breve, no *I Congresso de Psicologia Clínica, Universidade Presbiteriana Mackenzie*. São Paulo – SP.
- Nascimento, R. S. G. F. (2006). Estudo Normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para São Paulo: resultados dos Índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-CON. *Avaliação Psicológica*, 5 (1), 87-97.
- Neuringer, C. (1965). The Rorschach Test as a research device for the identification, prediction and understanding of suicidal ideation and behavior. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 29, 71-82.
- Organização Mundial de Saúde (2000b). *Prevenindo o Suicídio: manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS.
- Pallis, J. D. & Birtchnell, J. (1977). Seriousness of Suicide Attempt in Relation to Personality. *British Journal Psychiatric*, 130, 253 – 259.
- Passalacqua, A. M.; Herrera, M. T.; Orcoyen, D. (1997). *Investigación sobre suicidio y Rorschach*. *Investigaciones em Psicologia*, 2, (1), 64-70.
- Passalacqua, A. M.; Orcoyen, D.; Herrera, M. T. (2001). La Escala de Prevención Del Suicidio Através Del Psicodiagnóstico de Rorschach. Buenos Aires, Argentina *Interpsiqui*, http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/dianostico/1531/. Acessado em 02/03/10.
- Paykel, E. S. & Rassaby, E. (1978). Classification of Suicide Attempters by Cluster Analysis. *British Journal Psychiatry*, 133, 45-52

- Peruzzi, N. & Bongar, B. (1999). Assessing Risk for Completed Suicide in Patients With Major Depression: Psychologist's View of Critical Factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 (6), 576-580.
- Porcelli, P. & Rivellino, G. (2005). El Test de Rorschach según el Comprehensive System de Exner: Presentación de un caso; análisis e interpretación, conclusiones clínicas. *Interpsiqui*, http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/diagnostico/1531/. Acessado em 02/03/10.
- Prieto, D & Tavares, M (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Prieto, D.Y.C & Tavares, M (2007). Indicadores de risco e de Proteção para Suicídio. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Rapeli, C. B. & Botega, N. J. (2005). Perfis Clínicos de Indivíduos que fizeram tentativas graves de suicídio internados em um hospital universitário: análise de agrupamento. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27 (4), 285-289.
- Resmini, E. (2004). *Tentativa de Suicídio. Um Prisma para Compreensão da Adolescência*. Editora Revinter.
- Rodrigues, J. & Tavares, M. (2009). *A Entrevista Clínica no Contexto do Risco de Suicídio*. Dissertação de mestrado. Departamento de Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Rosen, H. D. (1976). The Serious Suicide Attempt. *JAMA*, 235 (19), 2105 – 2109.
- Rydin, E.; Asberg, M.; Edman, G.; Schalling, D. (1990). Violent and Nonviolent Suicide Attempts – a controlled Rorschach Study. *Acta Psychiatry Scand*, 82, 30-39.
- Sanchez, H. G. (2001). Risk Factor Model for Suicide Assessment and Intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (04), 351-358.
- Soloff, P. H.; Lynch, K. G.; Kelly, T. M.; Malone, K. M. & Mann, J. J.(2000) Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 601–608.
- Spirito, A. & Esposito-Smythers, C. (2006). Attempted and Completed Suicide in Adolescence. *Annual Review Clinical Psychology*, 2, 237-266.
- Stack, S.; Wasserman, I. (2009). Gender and Suicide Risk: The Role of Wound Site. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39 (1), 13-20.

- Thompson, E.A.; Eggert, L. L.; Randell, B. P. & Pike, K. C. (2001) Evaluation of Indicated Suicide Risk Prevention Approaches for Potential High School Dropouts. *American Journal of Public Health*, 91, 742–752.
- Thoresen, S. & Mehlum, L. (2008). Traumatic Stress and Suicidal Ideation in Norwegian Male Peacekeepers. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196 (11), 814-821.
- Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P. & Runeson, B. (2008) Risk of Suicide after Suicide Attempt According to Coexisting Psychiatric Disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal*, 337, 2205.
- Weiner, B. I. (2000). *Princípios da Interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Werlang, B. G. & Botega, J. N. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Werneck, G. L., Hasselmann, M. H., Phebo, L. B., Vieira, D. E., Gomes, V. L. O., (2006). Tentativas de suicídio em um Hospital no Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (10), 2201-2206.
- Wood, J. M., Nezworski, M. T. & Stejskal, W. J. (1996). The Comprehensive system for the Rorschach: A critical Examination. *American Psychological Society*, 7 (1), 3-10.

Artigo II:
**ESTUDO DE CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO CLINICAMENTE
GRAVE PELO MÉTODO DE RORSCHACH**

RESUMO

São muitos desafios na pesquisa relativa ao uso do Método de Roschach (MR) no contexto do risco de suicídio. Esse estudo utiliza o MR, Sistema Compreensivo, para investigar indicadores da organização da personalidade que sinalizam vulnerabilidades e configuração psicopatológica. Estes são úteis para a definição de estratégias terapêuticas e a compreensão do potencial suicida. Motivados a nos aproximarmos da população que efetiva o suicídio e a compreendê-la, analisou-se o perfil de quatro pessoas que realizaram tentativa de suicídio clinicamente grave (TSCG). Constatou-se que todos os sujeitos apresentam: suscetibilidade a vivenciar transtorno de humor; limitados recursos para lidar com as demandas cotidianas; sobrecarga afetiva excessiva; prejuízos significativos no teste de realidade; imaturidade cognitiva, autopercepção danificada que, para três casos, favorece a baixa autoestima; e vulnerabilidades graves na esfera interpessoal. Esses resultados apontam para a necessidade de tratamento imediato visando ao desenvolvimento de recursos e habilidades de enfrentamento de demandas, em especial, voltados para o controle de impulsos, adaptação a situações emocionalmente carregadas, autopercepção inadequada e dificuldades nas relações interpessoais.

Palavras chaves: Suicídio, Risco de suicídio, Estudo de caso, Método de Rorschach, Tentativas de Suicídio Clinicamente Graves, TSCG

ABSTRACT

There are many challenges in research on the use of the Roschach Inkblot Method (RIM) in the context of suicide risk. This study uses the RIM, Comprehensive System, to investigate indicators of personality organization that signal psychopathological vulnerabilities and configuration. These indicators are useful for defining therapeutic strategies and for understanding the potential for suicide. Motivated to approach and understand people with high risk of committing suicide, we analyzed the profile of four subjects who made medically serious suicide attempts (MSSA). Results show that all subjects have: susceptibility to experience mood disorders; limited resources to cope daily demands; excessive emotional overload; significant impairment in reality testing; cognitive immaturity; damaged self-perception that fosters low self-esteem; and serious vulnerabilities in the interpersonal sphere. These results highlight the need for immediate treatment with the aim of developing coping resources to deal with life demands, especially regarding impulses control, emotionally charged situations, inadequate self-perception and difficulties in interpersonal relationships.

Keywords: Suicide, risk of suicide, case study, Rorschach Test, Medically Serious Suicide Attempts, MSSA

ESTUDO DE CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO CLINICAMENTE GRAVE (TSCG) PELO MÉTODO DE RORSCHACH

Este estudo origina-se do contexto de trabalho em Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio, no qual o Método de Rorschach auxilia a equipe na avaliação do paciente, produzindo informações para a análise do risco de suicídio e para o planejamento psicoterapêutico. Trata-se de uma investigação sobre indicadores da estrutura e dinâmica de personalidade que podem denotar vulnerabilidade e configuração psicopatológica. Esses indicadores são úteis para definição de estratégias terapêuticas, prevenção e compreensão do potencial suicida de sujeitos avaliados pelo Método de Rorschach (MR). Os parâmetros quantitativos do MR permitem a realização de comparações entre pessoas e grupos, sem prejuízos para uma análise qualitativa em profundidade (Passalacqua, Orcoyen, Herrera, 2001; Weirner, 2000)

São muitos os desafios na pesquisa relativa ao uso do MR aplicado à estimativa do risco de suicídio (Bishop, Martin, Constanza, Lane, 2000; Cuadra-Peralta, Maza, González, Huanca, 2009; Fowler, Hilsenroth, Piers, 2001; Lester, 1970; Martins & Tavares, 2008; Passalacqua e cols., 2001; Rydin, Asberg, Edman, Schalling, 1990). O primeiro, e talvez mais grave dos problemas, é a pouca quantidade de estudos prospectivos, realizados com pacientes que fizeram tentativas com variados graus de gravidade. Estudos prospectivos são aqueles que visam avaliação de pessoas em risco e o acompanhamento longitudinal, diferenciando os sujeitos que potencialmente poderão vir a cometer suicídio daqueles que não o farão (Neuringer, 1965; Goldsmith citado por Fowler e cols., 2001). O segundo ponto relevante para este estudo é a associação do suicídio a muitos quadros psicopatológicos distintos, um problema que se torna mais complexo considerando-se a comorbidade (Beautrais, 1996; Canapary & Bongar, 2002; Dyrbye e cols., 2008; Hesketh & Castro, 1978; Lambert, 2003; Mann, 2002; Modai, Kuperman, Goldberg, Goldish & Mendel, 2002; Peruzzi & Bongar,

1999; Prieto & Tavares, 2005; Soloff, Lynch, Kelly, Malone & Mann, 2000; Tidemalm, Langstrom, Lichtenstein, Runeson, 2008; Werlang & Botega, 2004). Essa grande diversidade e variabilidade de características entre pessoas que fazem tentativas, além da variação da letalidade e intencionalidade na tentativa (Beautrais, 2003; Harley, Gosh, Huggins, Bell, Adler & Shroyer, 2008; Havens, 1969; Hesketh & Castro, 1978; Mann, 2002; Resmini, 2004; Soloff e cols., 2000), compõem os maiores desafios dessa área de pesquisa, com repercussões importantes para a atuação clínica. Este tema ainda requer muitas pesquisas, tanto quantitativas como qualitativas para uma diferenciação mais precisa de pessoas em risco de suicídio.

Motivados a compreender e a nos aproximarmos mais da população que efetiva o suicídio, buscamos avaliar casos de tentativa de autoextermínio (TAE) grave, tal como outras pesquisas (Beautrais, 2003; Fowler e cols., 2009; Hankoff, 1976; Levi, Horesh, Fischel, Treves, Or, Apter, 2008; Modai e cols., 2002; Pallis & Birtchnell, 1977; Paykel & Rassaby, 1978; Rapeli & Botega, 2005; Rosen, 1976). A análise comparada e individual entre pessoas que parecem compartilhar o perfil com aquelas que consumam o ato é o início de uma investigação para agregar informações clínicas e análises que aproximem as categorias de tentativa clinicamente grave e suicídio consumado (Beautrais, 2001, 2003; Modai e cols., 2002; Rapeli & Botega, 2005). Assim, o objetivo da pesquisa é realizar uma análise comparada de protocolos de Rorschach de quatro pessoas que fizeram uma *tentativa de suicídio clinicamente grave* (TSCG) recente, em média 15 dias antes da realização do MR e de uma entrevista clínica. Espera-se que a análise destes casos contribua para a avaliação da utilidade e da relevância do MR na compreensão do contexto do risco do suicídio e na identificação de sinais que possam compor um perfil de pessoas que efetivam o suicídio. Portanto, este estudo não tem a finalidade de avaliar a potencialidade do MR na identificação de risco de suicídio, mas visa a identificação e detalhamento de informações acerca de

fragilidades psicológicas que apontam para risco de suicídio em quatro casos. Por avaliar pessoas após uma tentativa, este estudo também se configura como retrospectivo. Porém o projeto prevê o acompanhamento longitudinal posterior de pacientes durante um ano após a avaliação inicial, almejando poder, no futuro, fazer inferências prospectivas.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada no Hospital de Base (HB), hospital público de referência do Distrito Federal. Essa instituição presta assistência integral em serviços de saúde de alta complexidade, integrando ensino e pesquisa. O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Fundação de Pesquisa e Ensino em Ciências da Saúde (FEPECS). Os critérios de inclusão nessa pesquisa são: ser maior de 18 anos, ter realizado TSCG recente, estar em condições físicas para interagir e responder aos instrumentos do estudo.

TSCG são tentativas de suicídio que requerem admissão hospitalar via emergência por no mínimo 24 horas e requer tratamento em unidade especializada, cirurgia ou tratamento médico extensivo (Beautrais, 2003; Fowler, 2009; Rapeli & Botega, 2005). TSCG também inclui pessoas que foram hospitalizados por mais de 24 horas, em decorrência de tentativas com métodos letais, especificamente enforcamento e arma de fogo, mas não satisfazem os critérios de tratamento citados acima. (Beautrais, 2003; Rapeli & Botega, 2005). Portanto, exemplos de TSCG estão relacionados à letalidade do método. Exner (1976) classifica letalidade em três classes. As TSCG se encontram na Classe I: quando as táticas empregadas podem ocasionar a morte de fato e, depois de iniciada, torna impraticável o socorro efetivo ou sem sequelas, como, por exemplo, queda de altura elevada, enforcamento, uso de arma de fogo, explosões, ingestão de substâncias altamente corrosivas.

Os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão preencheram o consentimento informado, responderam a um questionário sócio-demográfico e ao MR, e participaram de uma entrevista clínica semi-estruturada intitulada *História e Avaliação do Risco de Tentativa*

de Suicídio (HeARTS, Rodrigues e Tavares, 2009). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e três das quatro avaliações foram realizadas no próprio leito do sujeito, uma vez que os sujeitos se encontravam limitados na locomoção por questões físicas decorrentes da TAE. As entrevistas foram realizadas por uma psicóloga com extensa experiência na avaliação de pessoas com tentativas de suicídio. O Sistema Compreensivo (SC, Exner, 2003) foi utilizado na aplicação do MR pela autora e as codificações foram realizadas por três juízes independentes e depois comparadas à codificação da autora.

APRESENTAÇÕES DOS CASOS CLÍNICOS

Apresentaremos a história clínica de cada sujeito. O nome e dados de identidade são fictícios: Alessandro, Bruno, Carolina e Daniela¹. A análise pelo MR será apresentada comparativamente, segundo agrupamentos, conforme a interpretação pelo Sistema Compreensivo: Constelações; Controles e Stress Situacional, Relação Interpessoal, Autopercepção, Afetos; Processamento, Mediação, Ideação. (Exner, 2003; Weiner, 2000).

Caso A – Alessandro

Alessandro é um jovem de 30 anos, universitário e recentemente divorciado. Essa relação durou seis anos e tem uma filha. A separação foi iniciativa da ex-esposa, que segundo ele e relatos dela, foi motivada pela desorganização que Alessandro se encontrava, já que fazia uso abusivo de álcool e outras drogas, além de “virar a noite” em festas. Sente-se comovido ao dizer que sua maior angústia é a separação e possui grande desejo de reconciliação. Sua família de origem reside em outro estado. Alessandro é o mais novo de três irmãos, e seus pais são casados pela segunda vez. Pai é alcoolista e os irmãos também fazem uso de drogas. Uma irmã faleceu há anos em acidente de carro, onde estava presente toda família nuclear, provocado pelo pai que dirigia bêbado. Ao lembrar-se desse acidente, Alessandro grita culpando o pai e o chama de assassino. O relacionamento paterno é

¹ Em algumas partes do texto, por economia de espaço, utilizaremos a primeira letra de cada nome para indicar os sujeitos, como caso A, B, C e D, respectivamente, para Alessandro, Bruno, Carolina e Daniela.

conflituoso, marcado por lembranças violentas. Alessandro se emociona ao relatar abusos físicos e psicológicos, em que pai o ameaçava e o desvalorizava com falas do tipo “você nunca vai ser homem o suficiente, você vai ser uma pessoa ruim”. Já levou pontos na orelha por não comprar cigarros para o pai, mas a agressão que mais temeu foi quando, após discussão, pai pegou revólver e disparou em sua direção enquanto Alessandro corria assustado.

Alessandro relata que a ideia suicida surgiu com o divórcio e se intensificou duas semanas antes da tentativa quando ex-esposa saiu de casa. Após separação o uso de álcool e drogas se intensificou, além de apresentar vários comportamentos de risco. Certa vez, em evento comemorativo, bebeu mais de 30 doses alcoólicas e se precipitou de altura elevada, ficando em coma durante um mês na UTI. Apesar de seus relatos ambíguos, Alessandro nega a tentativa e diz não se lembrar. Familiares relatam uma segunda tentativa de Alessandro após sair do coma: em seguida a uma briga com ex-esposa no telefone direcionou-se a uma estrada de alta velocidade para ser atropelado, mas foi impedido pela mãe. Sobre esse fato Alessandro relata “nesse momento pensei em fazer alguma coisa de novo para morrer” (sic). Em decorrência da tentativa pela queda de altura, Alessandro apresenta seqüelas motoras, fala com certa dificuldade e manca, mesmo assim diz que sente-se muitíssimo bem e conseguirá largar as drogas e passar por toda a dificuldade da separação facilmente, apesar de se ressentir ao falar dessa situação. Recusa tratamento psiquiátrico e está sendo apoiado pela mãe que veio de outro estado.

Caso B – Bruno

Bruno é um adulto de 57 anos, possui 1º grau completo e recebe atualmente um salário mínimo como profissional da área da saúde aposentado, e não exerce nenhuma outra atividade remunerada. Após sua aposentadoria, tornou-se altamente envolvido na direção de uma igreja evangélica. Casado, possui duas filhas adolescentes e um rapaz jovem adulto.

Reside com as filhas e a esposa, que também trabalha na área da saúde, e seu filho mora em outro estado. Seus pais eram analfabetos e Bruno aprendeu a ler já adulto. Seu pai morreu quando Bruno tinha 16 anos e sua mãe faleceu há poucos anos. Ele não guarda lembranças afetuosas em relação ao pai, que ficava meses fora de casa trabalhando e, quando presente, provocava brigas e conflitos persistentes com os filhos e a esposa. Apanhava de vara, mas racionaliza relatando que é assim que a Bíblia ensina educar os filhos. Bruno tem apenas três irmãos vivos. Outros três faleceram de doença, cirurgia mal sucedida e assassinato.

Bruno relata que foi sua primeira tentativa de suicídio, e nunca havia pensado em morrer antes. No período anterior à tentativa, Bruno passava por uma crise financeira e dependia de plantões noturnos da esposa para melhor sustentar a casa, situação que o deixava com ciúmes. Ele relata sentir-se deprimido com a situação, a ponto de não sair mais de casa, nem ir à igreja. Um dia, movido pelos ciúmes, em briga por telefone, disse à esposa que ia matá-la, e essa com medo, fez as malas e saiu de casa pela primeira vez no casamento. No dia seguinte, Bruno realizou a tentativa. Ele passou na escola da filha para saber quando esposa ia voltar; ao chegar em casa tentou ligar para esposa, mas essa não atendeu. Nesse momento veio a ideia suicida pela primeira vez em sua vida. Do pensamento de morte à tentativa, passaram-se aproximadamente 60 minutos. A escolha pela arma de fogo foi pela facilidade de acesso, pois Bruno a guardava em casa. Relata ter sentido desespero no momento do ato, “dor muito forte pela perda da família”, tristeza e depressão. Percebeu também que sua família era a única coisa que tinha, já que não tem relações de amizade.

Atualmente Bruno se mostra muito arrependido e identifica melhoras no relacionamento com a família após sua tentativa, “a gente se encontrou, um encontro diferente, quero sair dessa, fui muito covarde”. Não acredita no acompanhamento psicoterápico, mas percebe que precisa de ajuda e irá procurar a igreja.

Caso C - Carolina

Carolina tem 40 anos e possui 2º grau incompleto. Há sete anos se divorciou de um relacionamento que durou 15 e tem três filhos adolescentes. Reside no local atual há seis meses com filho mais novo. Sua mãe mora em outro estado e seu pai faleceu quando ainda era criança. O falecimento do pai impôs a Carolina uma série de mudanças. Por ser a mais velha de seis irmãos, precisou parar de estudar e começou a trabalhar para ajudar no sustento da casa. Aos oito anos foi morar com tia e prima para continuar seus estudos. Quando Carolina completou dez anos sua tia precisou se mudar, e Carolina precisou morar com donos de um restaurante, cuidando dos filhos deles durante o dia e estudando à noite. Queixa-se que, desde criança, sempre foi responsável por muita coisa. Carolina relata ter sofrido abuso sexual aos sete anos por um primo adolescente e vivencia como abuso as relações sexuais com ex-marido: “Sempre doía muito, nunca foi bom. Desde a primeira vez na noite de núpcias, quando não sangrei, ele me acusou de não ser mais virgem e o tempo todo jogava isso na minha cara.” Atualmente não tem relacionamentos amorosos e é sustentada pelo INSS devido às suas “crises”.

Carolina chama de crises, momentos de sua vida que pensou em suicídio precipitados por sentimentos depressivos, o que indica Depressão Crônica. Carolina identifica cinco crises no decorrer da sua vida. A primeira aconteceu há mais de 19 anos atrás e das cinco crises, já realizou três tentativas, duas com medicação e a última, considerada a mais grave, com arma de fogo. Há quatro meses sua ideação suicida oscilava e ficava mais intensa. Carolina relata que se sentia triste, solitária, com um vazio, sentia desesperança, não tinha vontade de fazer nada, e sentia medo de nunca mais melhorar. Foi visitar a mãe com esperanças de mudar sua situação e sentimentos, mas sabia que poderia tirar sua própria vida com a arma que a mãe guardava em casa. No final de semana, quando ninguém estava em casa e a ideação suicida estava intensa, Carolina atirou em sua cabeça. Mãe a socorreu e lembra que essa disse “mas

eu só saí um pouquinho”. Carolina ficou consciente o tempo todo enquanto a família a levava ao hospital. Relata que ainda tem medo de voltar para casa e sentir-se do mesmo jeito.

Caso D – Daniela

Daniela é uma jovem de 25 anos, universitária. Casou-se com seu primeiro namorado aos 15 anos, grávida, para “fugir da família” para não ter que vivenciar, na relação de casada, a repetição das cenas violentas às quais foi cronicamente submetida em sua família de origem, pelo pai e irmão. Casou-se novamente há seis anos e tem um filho de quatro anos nesta relação. Reside com esposo e filhos e recebe os dois filhos do marido aos finais de semana. Ela é a mais nova de dois irmãos, sendo que o mais novo mora com os pais, que ainda são casados. Relata que seu pai bebia muito e sua mãe trabalhava o dia inteiro. Descreve sem aparentar-se transtornada, as lembranças de cenas freqüentes de violência física perpetradas pelo pai, e pelo irmão do meio, também vítima da violência paterna. Duas vezes foi espancada severamente por este irmão, chegando a ficar desacordada ou ensangüentada. Certa vez, foi necessária intervenção cirúrgica. Não prestou queixa em nenhuma ocasião por insistência da mãe, que é referida como sendo ausente durante sua infância. Evita visitas a casa dos pais para não estar em contato com o irmão do meio e assim evitar a repetição de situações de violência.

Daniela teve um aborto espontâneo antes da gravidez de seu primeiro filho. Houve outro aborto espontâneo – que precipitou sua crise depressiva atual – três meses antes da última tentativa. Ao todo já fez três tentativas. Aos 13 anos cortou os pulsos, mas não conseguiu ir adiante pela dor, e ninguém ficou sabendo. Outra vez tomou remédios. Nesta última, a mais séria de todas, ela relata lembrar-se de ter tomado uma cartela de comprimidos e ter ido dormir para não acordar mais, porém, por relatos de terceiros, após acordar no dia seguinte, ela se precipitou de altura elevada. Relata já haver pensado em morrer pulando de lugares elevados, e já se expôs ao risco subindo bêbada em viadutos pensando “se eu caí,

caí”. A duração da ideação suicida intensificou-se na semana que antecedeu a tentativa com vários ensaios nos quais pegava cartela de remédios para tomar e depois a guardava.

Hoje sente que seu marido lhe oferece suporte, diferentemente do primeiro marido. Atualmente relata estar experimentando vários estressores. Ela é universitária e não consegue organizar-se para fazer a monografia que resta para que possa se formar. Não trabalha, mas sente que deve procurar ajudar seu marido. Relata sentir muita pressão, com o fato de não conseguir realizar suas atividades diárias, cuidar dos filhos, trabalhar, ganhar dinheiro, terminar a monografia. Daniela relata sentir-se sobrecarregada de modo excessivo desde a adolescência. Queixa-se também de ter de se relacionar com o pai de seu filho mais velho. Atualmente, no contexto de risco, soma-se a experiência da gravidez interrompida e a preocupação com os conflitos persistentes, além da violência sofrida no contexto da família extensa, particularmente, pai, irmão e ex-marido.

PSICOPATOLOGIAS E CONSTELAÇÕES

As constelações são indicadores mais próximos de psicopatologias específicas. Em alguns casos, mais de uma constelação positiva pode indicar maior comprometimento psicopatológico. A Constelação do Suicídio (S-CON) e o Índice do Estilo Obsessivo (OBS) correspondem, respectivamente, a possibilidade de risco de suicídio e presença de pensamentos fixos corretivos ou perfeccionistas, e não foram identificados em nenhum dos quatro casos. O Índice de Déficit de Enfrentamento (CDI) diz respeito às inabilidades sociais e dificuldades no manejo de demandas, e foi positivo em três dos quatro casos (B, C e D). Já o Índice de Hipervigilância (HVI) trata da desconfiança excessiva, caracterizando traços paranóides e o índice de Depressão (DEPI) identifica presença de sintomas relacionados aos transtornos de humor, ambos foram positivos para o sujeito B. O Índice de Pensamento Perceptual (PTI) diz respeito à possibilidade de transtornos do pensamento, com repercussões na ideação e mediação. Exner (2003) faz considerações a respeito da gravidade do indicador

quando $PTI \geq 3$, representando grande desorganização no funcionamento cognitivo, semelhante ao grupo de pessoas com transtornos psicóticos ou principais transtornos de humor com características psicóticas (Exner, 2003, p. 392-393). Alessandro, Bruno e Carolina apresentaram valores iguais à três no PTI. Esses indicadores serão exemplificados e detalhados no decorrer da análise pelo MR, junto aos agrupamentos relevantes.

ANÁLISE DOS AGRUPAMENTOS

No presente estudo, todos os protocolos de Rorschach foram considerados válidos, averiguados por duas características: número de respostas ($R \geq 14$) e a proporção de forma pura ($\Lambda < 0,99$). Quando essas duas condições não estão presentes Exner & Sendín (1999) não consideram o protocolo válido.

No MR as respostas produzidas pela pessoa avaliada são transformadas em códigos que, por sua vez, podem ser organizados em diferentes agrupamentos conceituais que permitem compreensão da dinâmica, estrutura psíquica, entre outros aspectos subjetivos importantes (Martins & Tavares, 2008).

Controle do Estresse

As variáveis em Controles se referem à capacidade de manter o equilíbrio frente às demandas, tensões e angústias que impactam no estilo de tomada de decisões e no enfrentamento de situações estressantes (Exner, 2003; Exner & Sendín, 1999). Estas variáveis são apresentadas na *Tabela 1*.

Tabela 1 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Controle

	Alessandro	Bruno	Carolina	Daniela
CDI \geq 3	1	4	4	4
R	16	21	14	22
Lambda	0,33	↑ 1,33	↑↑↑ 14,00	0,83
EB	7:7,5	3:3,0	0:0	3:1,0
EBPer	N/A	N/A	N/A	3
EA	↑14,5	↓ 3	↓ 0	↓ 4
es	6	6	0	6
D e AdjD	↑ +3	-1	0	0
FM	3	3	↓↓↓0	↓↓ 1
m	1	0	0	↑↑↑ 5
SumC'	0	0	0	0
SumV	0	0	0	0
SumT	0	0	0	0

Esse agrupamento apresentou maior destaque em todos os casos indicando dificuldades significativas de organização da experiência interna que se reflete em problemas de controle de impulsos. Contudo, o Lambda elevado e o EA < 4 de Bruno e Carolina requerem ponderações na elaboração de hipóteses a respeito das variáveis EA, D e AdjD prejudicando a interpretação do agrupamento Controle. No caso de Bruno é razoável, segundo Exner (2003), presumir que o sujeito investe considerável energia em um confinamento massivo ou bloqueio dos afetos (EB = 3:0); portanto a vulnerabilidade a uma desorganização em situações tensas é considerável. No caso de Carolina, o bloqueio é mais intenso, e afeta tanto sua ideação quanto suas experiências que envolvem afetos. Mesmo assim, é possível afirmar que a atual capacidade de controle é, na melhor das hipóteses, frágil para ambos (Exner, 2003, p. 238 e 239)

Bruno, Carolina e Daniela apresentaram CDI positivo além de limitados recursos de enfrentamento (EA \leq 4). O que demonstra que são cronicamente mais vulneráveis a se desorganizarem pelo estresse natural do dia a dia. Estes valores de CDI indicam uma

organização de personalidade menos madura do que o esperado, com vulnerabilidades no enfrentamento de problemas e exigências do cotidiano. Com maior propensão a experiências de frustração e dificuldade de adaptação cotidiana efetiva, geralmente desenvolvida pelo desamparo persistente nas histórias de vida (Weiner, 2000). Essas dificuldades usualmente são manifestadas na esfera interpessoal e podem facilmente contribuir para problemas de controle. Vejamos os casos.

Daniela relata sua dificuldade de atender às diversas demandas do seu dia a dia, recorrendo logo à morte como solução: *“Não sabia se ia conseguir me formar, pagava faculdade, não tinha dinheiro, não conseguia trabalhar e quando conseguia não era um horário que dava para mim, tinha que cuidar dos filhos, ajudar meu marido... Era muita coisa, 24 horas no dia não dava para tudo (...) se eu morresse acabaria tudo isso”*. Daniela parece não ter tido um ambiente apropriado e seguro para o desenvolvimento de recursos (EA = 4; EB = 3 : 1), o que parece ter influenciado na fragilidade de seu enfrentamento das demandas nos dias de hoje (CDI = 4). A variável EA reduzida, como neste caso, geralmente demonstra deficiências resultantes de atraso no desenvolvimento, impedindo o amadurecimento dessas habilidades (Weiner, 2000). Esse dado também pode ser evidenciado na história de vida de Daniela, quando relata que a partir dos seis anos foi cuidada pelos irmãos, apenas poucos anos mais velhos que ela. Esse cuidado era marcado por brigas constantes e muitas vezes violentas. Além disso, seu pai, na época alcoolista, batia nela frequentemente.

Daniela procura criar uma sensação de aparente estabilidade (D e AdjD= 0) para não sentir-se sobrecarregada. Contudo essa aparência é mantida através de muito esforço, afastando pensamentos e sentimentos perturbadores (não há respostas de sombreado) de sua consciência como, por exemplo, suas necessidades básicas (FM reduzido). Ela deseja ser capaz de gerenciar o estresse na sua vida sem se impactar, e deve evitar situações novas e

desafiadoras. Nota-se que os estados de necessidades não estão sendo experienciados pelos caminhos típicos – parece que ela não os identifica ou os ignora em busca de uma aparente estabilidade. Em terapia é possível compreender o conteúdo dessas necessidades, procurando fortalecer sua capacidade de enfrentamento.

Bruno apresenta estilo evitativo (Lambda elevado e $EB = 3 : 0$), ou seja, parece que tende a ignorar a complexidade do contexto, elementos ambíguos ou complexos, principalmente elementos afetivos ($WSumC = 0$), perdendo o contato com informações relevantes para uma consideração adequada das demandas internas e externas. Elevações de Lambda representam pouca disponibilidade de contato com afetos (cor cromática), angústias e estressores de diversos tipos (sombreados, cor-acromática, FM e m), além do pouco contato com a ideação (M). A simplificação excessiva prejudica a capacidade de controle, pois restringe o campo de estímulos acessíveis, que interfere na qualidade das respostas às demandas e torna-se facilmente propenso a perdas bruscas do controle. A simplicidade das suas percepções e a falta de reflexão podem ser notadas nas falas de Bruno ao ser questionado sobre o que aconteceria se de fato tivesse morrido? *“Não pensei nisso não, era uma depressão tão grande, se eu tivesse pensado nisso talvez tivesse evitado. É uma força demoníaca, coisa que move sua mente”*. Sobre a perda de controle, comenta: *“Sem mais nem menos enfiei a arma na cabeça (...) não tem explicação”*.

Alessandro apresenta um nítido contraste em relação aos casos B, C e D. Ele aparenta ter amplos recursos ($EA = 14,5$) para lidar com as demandas do dia a dia que excedem bastante os estressores aos quais se sente submetido ($AdjD = +3$). Mas esta constatação pode ser enganosa, pois, além de ser ambigüal, que representa um estilo de enfrentamento inconsistente, os elementos que integram seus recursos são de baixa qualidade: há distorção perceptiva severa, além da falta de modulação em suas expressões afetivas ($M^- = 1$ e $M_{none} = 3$; $C_{pura} = 3$; para maiores detalhes ver o agrupamento Afetos e os agrupamentos

cognitivos). Essa elevação exagerada de AdjD representa uma tendência a ignorar ou minimizar o impacto de eventos que deveriam ser fonte de preocupação. Essa insensibilidade pode, às vezes, o impedir de lidar de modo eficaz com pessoas e situações, pois se sente autosuficiente e não identifica demandas internas ou externas. Raramente deverá pedir ajuda psicológica voluntariamente. Suas falas demonstram sua aparente indiferença frente sua situação logo após a tentativa, mesmo apresentando algumas dificuldades motoras visíveis, como mancar, e outras sequelas como fala mais arrastada: *“eu? Eu me sinto muitíssimo bem, tá tudo bem comigo (...) eu caí de moto no mesmo dia do meu aniversário e ainda perdi mil reais que estava no bolso, mas tudo bem, mesmo assim fui comemorar com meus amigos e bebi todas.”* A impulsividade e a pouca modulação dos afetos, além do comprometimento de sua mediação e dos problemas na ideação (ver agrupamentos Mediação e Ideação), o coloca em séria desvantagem para alcançar uma adaptação eficaz.

Percepção Interpessoal

As variáveis deste agrupamento representam algumas das necessidades, atitudes, preconceitos e estilos de resposta que o indivíduo mantém no campo de suas relações com os demais, fatores estes que influenciam no estabelecimento, qualidade e adequação de vínculos (Exner & Sendín, 1999). Estas variáveis são apresentadas na *Tabela 2*.

Tabela 2 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Relação Interpessoal

	Alessandro	Bruno	Carolina	Daniela
CDI ≥ 3	1	4	4	4
HVI	1	Positivo	2	2
DEPI	2	Positivo	3	3
COP: AG	$\uparrow 3 : \uparrow 5$	$\downarrow 0 : 0$	$\downarrow 0 : 0$	$0 : \uparrow 1$
PER	0	0	0	0
a:p	$10 : \downarrow 1$	$\downarrow 2 : 4$	$0 : 0$	$\downarrow 3 : 8$
Sum T	$\downarrow 0$	$\downarrow 0$	$\downarrow 0$	$\downarrow 0$
H pura	$\downarrow 1$	$\downarrow 2$	$\downarrow \downarrow 0$	$\downarrow \downarrow 1$
ΣH	2	$\uparrow \uparrow 8$	$\uparrow 6$	$\uparrow 6$
Hd	0	1	$\uparrow \uparrow 6$	$\uparrow \uparrow 4$
(H)	1	2	0	1
(Hd)	0	$\uparrow \uparrow 3$	0	0
Ind. Isolamento	0,06	0,05	0	0,18
GHR:PHR	$1 : \uparrow \uparrow 8$	$4 : \uparrow 4$	$0 : \uparrow \uparrow 6$	$2 : \uparrow 4$

O CDI identificado em três sujeitos (B, C e D), também revela limitações graves nas habilidades sociais, e dificuldades de organização da experiência que interferem especialmente na esfera relacional (uma vez que das dez variáveis do CDI, seis referem-se ao comportamento e percepção interpessoal). Apesar de apresentarem interesse nas pessoas e nas relações sociais (ΣH elevado), que os fazem dedicar atenção ao outro, ainda há um grau de desconforto social que prejudica a adaptação dos sujeitos. O desajuste social soma-se às concepções fantasiosas e restritas do outro, no caso de Bruno ($(H)+(Hd) > H$), e às concepções parciais das pessoas e relações ($Hd > H$), nos casos de Carolina e Daniela. Para os três sujeitos (B, C e D), parece ser uma forma de minimizar sentimentos de ameaça ou de inadequação em situações interpessoais (Weiner, 2000 – p.157). Portanto, apesar das aspirações sociais não serem muito diferente da maioria das pessoas, os três sujeitos têm dificuldades de entender como as relações interpessoais se configuram (H_{puro} diminuído). Assim, eles têm propensão a interpretar mal as pessoas e os gestos sociais, e podem

apresentar condutas desadaptadas e ineficazes nas relações ($PHR \geq GHR$) e, por isso, são mais suscetíveis a experiências de rejeição de terceiros. Além disso, nota-se que Bruno, Carolina e Daniela não se sentem isolados socialmente (Índice de Isolamento $< 0,20$), e não parecem evitar relações interpessoais. No entanto optam por relacionamentos superficiais e desvinculados, sendo mais reservados e distantes no sentido de conservarem seu espaço pessoal ($T = 0$), temendo a proximidade alheia que pode ser vivenciada como algo invasivo. Por fim, parece que perderam a esperança de receber algum tipo de gratificação ou apoio das pessoas ($COP = AG$ ou $AG > COP$), e podem apresentar menos sensibilidade às necessidades e interesses dos outros, além da possibilidade de se mostrarem competitivos e intolerantes, o que os impede de formar vínculos prazerosos.

O indicador de agressividade (AG) sugere história de vida marcada por caos social, que parece ter impedido o desenvolvimento de recursos e capacidades para estabelecer relações gratificantes. Daniela fala sobre isso: *“com 18 anos, acordei estava toda ensangüentada, quando meu irmão me espancou (...) meu pai dava mais tapa, às vezes por causa de nota de escola, quando tinha que limpar a casa, tinha que dar conta de tudo, às vezes não tinha motivo específico, era freqüente”*. Bruno também lembra: *“(…) tenho pouca lembrança do meu pai, ele não parava em casa e quando estava era só briga”*; já no caso de Carolina: *“(…) Eu tinha uns sete anos e ele tinha uns 15 ou 16 (...) toda relação com meu marido doía muito e ele ainda me acusava de não ter casado virgem”* (ao relatar sobre abuso sexual e posteriormente as relações sexuais durante casamento que durou 15 anos).

A dificuldade nos relacionamentos também é exemplificada nas falas de Bruno: *“(…) antes estava difícil e eu acho que por isso que veio o desespero (...), o pessoal não se cumprimentava mais lá em casa (...), tenho que ver o que aconteceu comigo, hoje quase não tenho amigo, isso tudo acaba prejudicando até o convívio”*.

Contudo, a elevação na soma dos Conteúdos Humanos de Bruno ($\sum H = 8$), maior

escore entre os sujeitos, provavelmente indica uma preocupação comum às pessoas que têm forte senso de desconfiança nas interações (Exner, 2003, p.499). Essa hipótese é confirmada pelo HVI positivo que indica tendência a ser mais receoso e hipervigilante nas relações. Além disso, a raiva, revolta e atitudes oposicionistas de Bruno ($S > 3$) estão sendo canalizadas de modo inadequado. Parece que esses sentimentos são projetados, no sentido psicodinâmico de defesa, e as pessoas são vistas como hostis e agressivas, nas quais não se pode confiar, apresentando desconfiança em relação aos gestos de aproximação dos outros (Weiner, 2000), principalmente considerando a distorção concomitante ($S^- = 4$). O excesso do estado de alerta pode produzir manifestações paranóicas (delírios), especialmente na existência de M-. No protocolo de Rorschach, a resposta “(...) *eles estão vigiando (...)*” demonstra a hipervigilância de Bruno, além das falas na entrevista: “*Não sou de falar nada a ninguém, nem na hora do aperto*” (...) “*Não converso e não gosto de contar coisas pessoais (...)*”.

Bruno e Daniela também apresentaram tendência a comportamentos passivos em excesso ($p \geq a + 1$) na relação interpessoal, mas não necessariamente de maneira submissa. Assim preferem evitar responsabilidades nas tomadas de decisão e são menos propensos a procurar novas soluções para os problemas ou iniciar novos padrões de comportamento. Especialmente quando existe a possibilidade dos outros assumirem por eles as responsabilidades necessárias. Há trechos da fala de Bruno que exemplifica a passividade e falta de iniciativa em tomar decisões mesmo quando o contexto está desfavorável para si: “(...) *ficava mais em casa (...)* quando eu não estava na TV, estava no computador (...) *minha aposentadoria é pequena, aquela dificuldade, só minha esposa trabalhando, aí fui entrando naquela depressão*”.

Já Alessandro foi o único que não apresentou interesse nos outros e nas relações (ΣH reduzido e $AG > COP$), esse dado pode ser coerente para quem está emocionalmente afastado ou não compreende as normas sociais (H_{puro} abaixo da média). No caso referido, parece ser

um momento de investimento em si mesmo para um fortalecimento interno demonstrado em algumas falas como: *“Agora vou cuidar de mim, agora primeiro eu e depois eu” (...)* *“eu sou um bom pai e quero ser melhor, melhor ainda, por isso quero me cuidar (...) quero melhorar enquanto pessoa para eu mesmo, não para os outros”*. Será um prejuízo maior caso essa característica não seja situacional, demonstrando indiferença pelas relações e pelos outros. Essa hipótese interpretativa é corroborada por outras variáveis que demonstram que Alessandro também se mostra distante e conservador nas interações (T = 0) mostrando limitada capacidade de formar vínculos. Tem uma postura ativa rígida (a:p = 10:1) que provavelmente lhe trará problemas, principalmente em situações que necessitará trabalhar junto a outras pessoas.

Alessandro foi o único sujeito que parece entender a agressividade como parte natural das relações (COP= 3 e AG= 5), variando seu comportamento entre enérgico ou agressivo em alguns momentos e, em outros, compreensivo e cooperativo. Esses valores de AG e COP são extremamente incomuns, e seu comportamento instável parece ser uma defesa contra o senso de insegurança nas situações interpessoais desenvolvida no decorrer de sua história de vida. Na análise projetiva das respostas, há uma ambigüidade em relação à percepção das interações enquanto positivas e ao mesmo tempo negativas ou agressivas: *“eles se machucam para se unir, é um pacto de sangue”*; *“união de duas pessoas, juntando os corações e um machado de sangue atrás, não se sabe se está batendo ou unindo”*. Talvez a relação de um pai que deveria exercer o papel de cuidador, mas ao invés disso é extremamente agressivo e desqualificador tenha impactado na visão sobre ambigüidade nas relações: *“(…) Após separação com minha mãe, meu pai cuidava de mim (...) meu pai dizia coisas que nem gosto de lembrar (...) que eu era um capeta (...) Ele me batia com madeira. Mas de todas as vezes que eu apanhei, a que fiquei com mais medo foi quando ele me deu um tiro (...) Aí ele veio e atirou pá pá pá, mas não acertou, se tivesse acertado eu não estaria aqui. (...) Eu tomei 3*

pontos na orelha porque eu não quis comprar cigarro para ele, eu apanhava todo dia”.

Em síntese, todos os sujeitos apresentaram condutas desadaptadas nas interações sociais ($PHR \geq GHR$), e tendência a serem mais reservados e sem necessidade de proximidade ($T=0$). Três sujeitos (B, C e D) têm forte interesse no outro (ΣH), porém nenhum deles compreende como as relações se configuram (H_{puro} reduzido). Bruno tem visão mais fantasiosa sobre as relações [(H) e (Hd)], enquanto Carolina e Daniela uma visão parcial (Hd). Os três apresentaram inabilidades sociais (CDI). Alessandro apresenta rigidez no estilo ativo com predomínio excessivo de atividade nas relações, enquanto Bruno e Daniela se mostram passivos nas interações ($p > a+1$). Todos os quatro sujeitos parecem que perderam a esperança de receber algum tipo de gratificação ou apoio das pessoas ($AG \geq COP$).

Autopercepção

O agrupamento informa sobre a visão que o indivíduo tem de si mesmo, especialmente sobre a autoestima, o grau de autoconsciência e natureza da autoimagem, ou seja, trata do conjunto de conceitos e atitudes que o indivíduo constrói a respeito de si para alcançar um autoconhecimento e uma autoavaliação (Exner & Sendín, 1999). Estas variáveis são apresentadas na *Tabela 3*.

Tabela 3 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Autopercepção

	Alessandro	Bruno	Carolina	Daniela
3r+(2)/R	↑ 0,56	↓↓↓ 0,19	↓↓↓ 0,07	0,36
FD	1	↓ 0	↓ 0	↑↑ 3
SumV	0	0	0	0
Fr + rF	0	0	0	0
An+Xy	↑ 2	↑ 2	↑↑↑ 8	↑↑ 3
MOR	↑ 2	↑↑ 3	0	↑ 2
ΣH	↓ 2	↑↑ 8	↑ 6	↑ 6
H pura	1	2	0	1
Hd	0	1	↑↑ 6	↑↑ 4
(Hd)	0	↑ 3	0	0

Bruno e Carolina apresentaram Índice de Egocentrismo abaixo da média ($(3r+(2)/R < 0,33)$), sugerindo pouca consideração de si como foco de atenção, o que pode ser intencional. A motivação para ignorar a si mesmo frequentemente deriva de uma baixa estima pessoal. Essa variável é altamente estável ao longo do tempo e tende a estar associada a uma autoestima cronicamente baixa, que remonta à infância. Parece que o ambiente de Carolina não foi adequado para que voltasse os olhares para si: *“eu sou a mais velha (...) faltou um pouco de cuidado, de atenção, eles davam mais atenção aos mais novos (...) quando criança eu já tinha muitas coisas para fazer e me preocupar”*. Ambos os sujeitos também apresentam desinteresse na introspecção ($FD = 0$) o que é prejudicial à adaptação, pois envolve compreensão inadequada de si mesmos o que impede uma avaliação à respeito de seus próprios comportamentos e suas conseqüências. Bruno exemplifica um autoexame pobre: *“sem mais nem menos enfiei a arma na cabeça (...) nem eu mesmo percebi o que estava passando comigo, nem percebi que as coisas não estavam bem assim. (...) Foi tomando conta. Só mente desocupada que faz isso (...)”*. Ainda no caso de Bruno, a Hipervigilância (HVI positivo) aumenta a gravidade do distanciamento de si mesmo, pois investe considerável energia no campo externo carecendo para a observação dos processos internos. Além disso, é provável que atribua suas dificuldades ou falhas a forças externas sem consideração à realidade da situação (Exner, 2003).

Apesar de Bruno e Carolina demonstrarem pouco interesse por si mesmos, todos os sujeitos têm uma preocupação excessiva com o funcionamento somático ($An+Xy \geq 2$), o que não é incomum em quem tenha problemas físicos reais. Carolina e Daniela parecem ruminar sobre a autoimagem com um perturbado senso de vulnerabilidade. Esse dado pode ser justificado pelas seqüelas ou dificuldades impressas no corpo dos sujeitos devido à TSCG. Dentre os sujeitos, Carolina apresentou maior escore neste código, conseqüentemente parece ter sido mais impactada pelas dificuldades físicas devido à TAE. Daniela relata problemas

físicos que se intensificaram dias antes da TSCG: *“Eu estava emocionalmente abalada na última semana que tentei, até minha crise de asma estava abalada. Todo dia eu tinha e todo mundo saía correndo para me ajudar, se não era de dia, era de noite”*.

Além da preocupação somática em demasia, Alessandro, Bruno e Carolina também apresentaram atitudes mórbidas, negativas e desfavoráveis ($MOR \geq 2$) voltadas para sua auto-imagem, o que indica uma dificuldade significativa de manter um nível adaptativo como consequência da percepção de uma auto-imagem danificada ou com prejuízos de suas funções. No caso de Bruno esses fatores são intensificados ($MOR = 3$) e sentimentos de culpa, inferioridade e inadequação são partes importantes de seu autoconceito. Os três sujeitos (A, B e C) podem sentir-se não merecedores de privilégios, elogios. Alessandro é muito mais envolvido consigo mesmo ($3r+(2)/R = 0.56$) do que os outros sujeitos, porém não parece sentir nenhum prazer em voltar a atenção para si ($Fr+rF = 0$). O índice de egocentrismo elevado, o torna mais vulnerável a sentir pouca necessidade de interação, acreditando que ele sozinho é suficiente, também pode ser um momento de reflexão interna ou de grande insatisfação. Sua fala exemplifica a situação: *“(…) mostro tudo que sou, eu quero que me vejam como que sou e eu sou assim infelizmente, infelizmente para quem não gosta disso.”* *(…) Agora vou cuidar de mim, agora primeiro eu e depois eu”*.

O nível de Egocentrismo de Daniela está dentro da média ($3r+(2)/R = 0.36$), ou seja, ela é envolvida consigo mesmo dentro do esperado. Também foi o único sujeito que apresentou um exame introspectivo maior do que o esperado ($FD = 3$). Esse autoexame pode ser positivo se representar um esforço para a melhoria do *self*. Essa hipótese pode ser verdadeira, uma vez que o índice de egocentrismo se encontra na média. Porém, como resultado da constante análise, Daniela pode apresentar atitudes rígidas de autoinspeção, o que pode acarretar dificuldade em se apresentar de forma mais espontânea e mais relaxada (Exner, 2003). Esse dado é comum em estágios de transformação no ciclo da vida como a

puberdade e envelhecimento, na proximidade de eventos de vida críticos como uma perda emocional, em situações de dificuldades psicológicas ou quando as pessoas estão em terapia.

Em síntese, parece que todos os sujeitos possuem uma autoimagem baseada largamente nas impressões imaginárias ou distorções das experiências reais ($[(H)+Hd+(Hd)>H]$, Exner, 2003); e suas identificações não são suficientemente realistas ($H < 2$; Weiner, 2000). Isso prejudica a formação de uma noção estável de si mesmo. Carolina e Daniela apresentam tendências prejudiciais à adaptação ao se identificarem mais frequentemente com objetos parciais ($Hd > H$) na cisão do objeto (Weiner, 2000). Pessoas que apresentam tais condições são geralmente menos maduras e frequentemente têm noções distorcidas sobre si. A consciência mais limitada de si, por vezes, impacta negativamente nas tomadas de decisão e nas atividades de enfrentamento de demandas, além de criar um potencial para dificuldades de relacionamentos interpessoais (Exner, 2003). Há predominância de pensamentos mórbidos relativos à autoimagem e às relações interpessoais. Também há significativa preocupação somática, que é natural no contexto dos danos pela TSCG. As dificuldades na autopercepção podem acarretar vulnerabilidades nas outras esferas como nas relações sociais e afetos.

Afetos

Essas variáveis tratam da forma como as pessoas processam a experiência emocional, especificamente, como lidam com os próprios sentimentos e também como respondem aos sentimentos dos outros e às situações emocionalmente carregadas (Werner, 2000; Exner & Sendín, 1999). Estas variáveis são apresentadas na *Tabela 4*.

Tabela 4 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Afetos

	Alessandro	Bruno	Carolina	Daniela
DEPI	2	Positivo = 5	3	3
CDI \geq 3	1	Positivo = 4	Positivo = 4	Positivo = 4
FC:CF+C	0 : $\uparrow\uparrow$ 6	0 : 0	0 : 0	\uparrow 2 : 0
Cpura	$\uparrow\uparrow\uparrow$ 3	0	0	0
Afr	\uparrow 1,00	\downarrow 0,40	\downarrow 0,27	0,57
S	0	$\uparrow\uparrow$ 4	2	2
2AB+Art+Ay	$\uparrow\uparrow\uparrow$ 16	3	0	2
EB	7:7,5	3:3,0	0:0	3:1,0
EBPer	N/A	N/A	N/A	3
SumC' > WSumC	2 : 7,5	2 : 0	0 : 0	0 : 1,0
WSumC < 2,5	7,5	$\downarrow\downarrow$ 0	$\downarrow\downarrow$ 0	\downarrow 1

Dois sujeitos, Bruno e Carolina preferem deixar de lado os sentimentos durante uma tomada de decisão e enfrentamento de demandas (estilo evitativo, $\Lambda > 0,99$). Além disso, Bruno parece inibir frequentemente a expressão de suas emoções (SumC' > WSumC; WSumC = 0), que o pode sobrecarregar de sentimentos irritadiços (S=4), que aumenta sua tensão interna e favorece a derivação dos conflitos psíquicos. Esses sentimentos irritadiços de Bruno, hostilidade, raiva e revolta ($S \geq 3$) são generalizados e tem um efeito marcante sobre atitudes em relação ao ambiente. Provavelmente afeta seu funcionamento psicológico, pois influência nas tomadas de decisão e no enfrentamento das demandas. Como Bruno não tende a manifestar suas emoções, a raiva e hostilidade podem ficar latente levando-o a “explosões” e rompimentos afetivos. Assim, provavelmente será menos tolerante à rotina de compromissos no intercurso social (Exner, 2003, p.303). Bruno, Carolina e Daniela também possuem uma disfunção que limita a capacidade de reconhecer o que sentem (WSumC < 2,5) e descrever seus sentimentos para os outros. Tais dificuldades em expressar os afetos geralmente os fazem evitar situações emocionais de conflitos e confrontos como manobra adaptativa e, por este motivo, é comum o Afr baixo (tabela 4). Este é o caso de Bruno e Carolina, que são menos interessados ou menos envolvidos em estimulação e processamento

dos estímulos afetivos ($Afr < 0,50$). Portanto, quando a demanda é excessivamente emocional, eles são mais vulneráveis a rompimentos emocionais. Esse indicador pode ser percebido na gravidade da TSCG, uma vez que Carolina, assim como Bruno, realizaram TAE com o método mais fatal entre os sujeitos avaliados, a arma de fogo. Parece que Bruno e Carolina não desenvolveram a capacidade de se expressar de forma adequada, talvez decorrente de uma história de vida em que ambos não tinham espaço para uma comunicação e troca afetiva.

As variáveis também sugerem que Bruno apresenta uma organização de personalidade marcada por experiências de ruptura emocional, principalmente devido ao humor depressivo associado às dificuldades no ajustamento social ($DEPI = 5$ e $CDI = 4$). O relato a seguir mostra as dificuldades e conseqüentemente o episódio depressivo por conta da insatisfação interpessoal: *“Antes estava difícil e eu acho que por isso que veio o desespero. (...) Não saia mais de casa, falta lazer, falta tudo, já estava sentindo deprimido (...), tinha crise financeira. (...), O pessoal não se cumprimentava mais lá em casa. Eu sou evangélico, tenho que buscar mais Deus, ver o que aconteceu comigo. Hoje quase não tenho amigo, só quando eu ia para Goiânia. Isso tudo acaba prejudicando até o convívio. (...) Fui entrando em depressão e nem percebi.”* O desespero é um dos afetos intoleráveis mais diretamente associado à crise suicida (Hendin, Maltzberger & Szanto, 2007). O tratamento também deve ser diferenciado daqueles que apresentam depressão sem problemas relacionais. No caso de Bruno, adaptação social deve ser exercitada como foco no seu tratamento.

Bruno, Carolina e Daniela apresentaram menos complexidade de funcionamento psicológico do que o esperado (Mistas reduzidas). Deste modo, mostram imaturidade na organização de sua personalidade e possivelmente apresentam dificuldades quando são confrontados com situações complexas, em particular as que envolvem demonstrações emocionais. Para Bruno e Carolina, a excessiva simplificação ($\Lambda > 0,99$) influência

ainda mais no empobrecimento psicológico. Para Daniela, o estresse situacional está impactando de forma alarmante na complexidade de seu funcionamento (Mistas de Cor com m). Essa condição aumenta seu nível de sofrimento emocional e pressões ainda maiores na forma de ela lidar com seus sentimentos, e na maneira de olhar para si mesma (FC.m, FD.m), deixando seu funcionamento mais complexo do que o normal. Assim, os três (B, C e D) funcionam melhor em ambientes simples, sem demandas afetivas, livres de ambigüidade e com rotinas definidas. As falas de Daniela exemplificam sobre a situação de estresse situacional: *“Várias coisas estavam acontecendo na minha vida para que eu tomasse a decisão [de morrer]. Não sabia se ia conseguir me formar, pagar a faculdade, não conseguia trabalhar (...).”*

Apesar da complexidade (Mistas) decorrente da impotência (m) frente ao seu ambiente, Daniela apresenta tendência a processar estímulos emocionais como a maioria das pessoas (Afr. na média). Contudo, exerce considerável controle nas suas expressões emocionais (FC:CF+C = 2 : 0), que revela uma forma contida e receosa de envolvimento emocional.

Já Alessandro se apresenta muito atraído pelos estímulos emocionais (Afr > 0,83). O que é uma desvantagem para ele, já que se apresenta como uma pessoa emocionalmente imatura com marcante negligência na modulação dos afetos e propensão a expressão afetiva de forma intensa e desordenada (FC:CF+C = 0:6 e $C_{pura} = 3$). Como Alessandro apresenta problemas no teste de realidade (ver agrupamentos cognitivos abaixo), as conseqüências das falhas na modulação afetiva podem ter um impacto ainda mais negativo em suas tentativas de ajustamento social, pois pode reagir de forma desproporcional às circunstâncias. As falas de Alessandro pontuam como é atraído pelos estímulos afetivos quando aceita envolvimento intensos e de alto risco, mesmo não desejando: *“(...) Eu só queria ficar em casa e não sair, dar um tempo... mas os amigos chamam e acabei entrando mais nas drogas (...). Minha ex-*

esposa reclamava que eu chegava tarde, mas meus amigos sempre me chamavam para zoação e festas (...)” Também há relatos que demonstram o tipo de resposta menos madura, impulsiva e primitiva (Cpura), quando acreditando que o motorista do veículo seguia para o caminho errado e que ninguém o ouvia sobre o caminho que acreditava ser correto, Alessandro saltou do carro em movimento.

Além disso, Alessandro apresentou um estilo ambiguo (EB = 7 : 7.5), ou seja, seu estilo de funcionamento é inconstante, ora processará afeto na tomada de decisão, ora usará a ideação aleatoriamente. Esse estilo reflete maior vulnerabilidade diante das dificuldades, com menos coerência interna que torna sua conduta muito mais imprevisível para si e para os outros. Assim, comete mais erros e se frustra facilmente, pois não há constância em seu processo de decisão para que aprenda com os próprios erros. Esse estilo pode ser observado em trechos em sua fala ao comentar dificuldades na decisão de cursos, empregos e local de moradia: *“Já fiz uma curso na faculdade durante 4 anos e larguei. Depois comecei outro e larguei de novo. Vim para Brasília e comecei outro. (...) Já fiz vários bicos. Os últimos empregos eu sai porque pedi demissão. (...) Me enchia fácil. (...) Acho que agora sei o que quero, acho que me encontrei no atual emprego”*.

Alessandro também é o único dentre os sujeitos avaliados que depende fortemente da intelectualização (2AB+Art+Ay = 16) como defesa para manter as emoções à distância, minimizando o seu impacto, o que auxilia manter sua aparente impertubabilidade (variáveis de Controles). É um processo pseudointelectual que esconde ou permite negar seus sentimentos e, como resultado, reduz a probabilidade dos sentimentos serem tratados diretamente e de forma realista. Assim, é mais vulnerável a se desorganizar durante uma experiência emocionalmente intensa porque a intelectualização, enquanto tática, se torna menos efetiva de acordo com a magnitude do estímulo estressor. Principalmente ao considerar sua falta de modulação dos afetos e o grau de distorção da realidade. Parece que

na presença de componentes emotivos o funcionamento psicológico fica mais complexo (Mistos:R = 8 : 16; seis mistos com Cor) do que esperado, aumentando a possibilidade de arriscar ainda mais a estabilidade e coerência interna.

Sua estratégia de racionalização parece precária e não funciona em momentos em que é provocado afetivamente, que pode ser exemplificado nas falas ambíguas quando Alessandro nega sua tentativa: *“Não tenho nada de suicida, não queria me suicidar (...) eu queria voltar com ela [esposa], mas depois de um monte de coisa que ela disse para mim, me achei um inútil e pensei que ninguém ia me amar. Aí veio a vontade de me matar de novo. (...) Eu não queria mais viver. (...) Aí eu queria morrer só para ela ficar livre disso, livre de pensar isso de mim, eu não sou um monstro. (...) Eu não me lembro de nada, mas meu amigo disse que não tentei me matar, então, eu acredito nele.”* A racionalização só se faz possível depois: *“Não tenho nada de suicida.” (...)* *“...mas meu amigo disse que não tentei me matar, então, eu acredito nele.”* Esta racionalização nos deixa preocupados com a próxima ocorrência de uma situação estressora da mesma natureza.

Em síntese, todos os sujeitos demonstram vulnerabilidades afetivas. Seja pela limitação de recursos emocionais, como nos casos de Carolina e Bruno; seja pela negligência de modulação afetiva, no caso de Alessandro; seja pelo hipercontrole nas expressões afetiva, como no caso de Daniela. Além disso, Bruno e Carolina apresentaram tendência à contrição dos afetos. Em três sujeitos (B, C e D) as vulnerabilidades afetivas são potencializadas pela limitada capacidade de reconhecer o que sentem e dificuldades de lidar com situações complexas, principalmente envolvendo as emoções. Bruno e Carolina são menos interessados ou menos envolvidos em estimulação e processamento dos estímulos afetivos, enquanto Alessandro é muito estimulado emocionalmente.

Processamento

Essas variáveis informam sobre como as pessoas dirigem sua atenção sobre os

acontecimentos em suas vidas e como organizam suas percepções, ou seja, o modo que a pessoa integra as informações do meio no qual está inserida. Trata, portanto, dos processos de captação de dados ou o modo de coleta dos estímulos, que permitem acessar muitos elementos como motivação, economia cognitiva e qualidade do processamento (Exner, 2003). Estas variáveis são apresentadas na *Tabela 5*.

Tabela 5 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Processamento

	Alessandro	Bruno	Carolina	Daniela
R	16	21	14	22
Zf	↓ 8	↑↑↑ 17	↑↑ 11	12
W:D:Dd	7:8:1	10:6:5	10:1:3	10:8:4
Lambda	0,33	↑ 1,33	↑↑↑ 14,00	0,83
Zd	-3.0	-3.0	+0.5	↓ -3.5
W : M	↓ 7:7	↑ 10:3	↑ 10:0	↑ 10:3
DQ+	5	7	↓↓ 1	5
DQv	↑↑ 3	0	0	1
PSV	↑ 1	↑ 1	↑ 1	0

Bruno e Carolina investem considerável esforço ($Zf > 13$, $W > 8$) na atividade de processamento do campo de estímulos, ou seja, gastam mais energia do que seria convencional na captação e integração das informações do ambiente. Esse dado é compatível com a Hipervigilância (HVI positivo) de Bruno que, desconfiado, parece estar atento a tudo que acontece ao seu redor e se esforça na apreensão simultânea de vários estímulos. Para Carolina, possivelmente a elevação de Zf, pode indicar níveis de autoexigência ou aumento de sua atividade organizadora por medo de se desorganizar, que acontece principalmente em situações críticas, (Exner & Sendín, 1999), o que é compatível com a sua atual situação.

Além disso, Bruno se encontra no limite ($Zd = -3,0$) de uma examinação mais superficial, apressada e descuidada do campo dos estímulos, que pode levá-lo, por vezes, as conclusões precipitadas, com tendência a formular respostas antes de processar a totalidade (Weiner, 2000; Exner & Sendín, 1999). Apesar dos grandes esforços de Carolina no

processamento e de um esforço no processamento aparentemente adequado de Daniela (Zf média), ambas tem um processamento mais conservador e econômico ($\downarrow DQ+$) que sugere uma forma simplista de encarar o mundo, por não reconhecer as relações complexas entre os eventos. Este dado é compatível com o estilo evitativo de Carolina ($\Lambda > 0,99$).

Já Daniela e Bruno utilizam estratégia de processamento atípica que envolve mais foco nos detalhes que, geralmente, passam despercebidos pela maioria das pessoas ($Dd > 3$), o que evidencia tendência a minimizar ambigüidade do contexto, além da dificuldade de priorizar as informações. Porém, diferentemente de Bruno, que utiliza essa estratégia influenciado pela hipervigilância, Daniela parece utilizá-la como forma de evitar algo que pudesse dar motivo para alguém puni-la, como parece em sua história marcada por violência, onde apanhava sem motivo aparente: “Nota de escola, limpar a casa, tinha que dar conta de tudo, às vezes não tinha motivo específico, era freqüente.”; (...) “meu irmão não gosta de barulho e uma vez eu estava discutindo com minha mãe e falei alto e ele veio para cima de mim e me espancou e desmaiei, acordei ensangüentada, uma outra vez eu fiquei em coma e tive que fazer cirurgia”.

Daniela também apresenta um estilo hipoincorporador ($Zd < -3,0$) em suas atividades exploratórias e isso aponta para uma sondagem apressada e insuficiente, com conseqüente déficit no recolhimento de dados. Esta característica cria um potencial para captação falha dos estímulos presentes, potencializada pelo foco aos detalhes, e pode ser menos efetiva em padrões de comportamento. Corre risco de uma ponderação reduzida de suas decisões e pode chegar a conclusões precipitadas sem as considerações relevantes.

Os protocolos de Bruno, Carolina e Daniela indicam aspirações além de suas atuais capacidades de funcionamento ($\uparrow W:M$). Seus objetivos são traçados sem levar em consideração seus recursos disponíveis para o alcance da meta. O impacto repetido de falhas em alcançar metas pode levar a uma persistente experiência de frustração. Carolina relata

sobre ambições de melhora e colocava as possibilidades em Deus, sem refletir o que poderia fazer para sair da situação: *“Quando eu ia deitar a noite eu pedia a Deus para acordar diferente, com coragem para cuidar da minha casa e no dia seguinte eu não acordava com essa coragem e o tempo foi passando, passando. Eu pedia para que as coisas melhorassem e quando não melhorava a tristeza ficava ainda maior. (...) Quando amanhecia, quando via o sol, aí começava a preguiça, eu começava a chorar, ficava frustrada por não estar sentindo melhor”*.

Enquanto isso, Alessandro parece ser muito cuidadoso e conservador na definição da realização de seus objetivos e aspirações (W:M), talvez inconscientemente perceba que apesar de muitos recursos, esses não são de boa qualidade. Esse dado é confirmado pelo seu Zf↓ demonstrando escasso nível de motivação e iniciativa. Inclusive em suas falas é perceptível que não compreende a dificuldade de se atingir um objetivo caso não haja mudanças externas e internas, e investimento de esforços. Em relação às drogas, disse: *“Não quero mais isso na minha vida. (...) Todos meus amigos, todos sem exceção usam drogas. (...) Vou voltar a andar com eles, com todos, mas não usarei nada; afinal eles são meus amigos”*. Além disso, Alessandro não apresenta uma boa qualidade no processamento (↑DQv), optando pela forma vaga e simplista, que sugere inexperiência e imaturidade na maneira de olhar o mundo, que pode ser uma fonte de dificuldades de adaptação.

Respostas de PSV não são comuns, e demonstram que Alessandro, Bruno e Carolina aparentam dificuldades em manter a atenção estável e falta de agilidade cognitiva; que denota, desorganização psicológica, limitações intelectuais ou problemas neurológicos.

Portanto, há dificuldades na captação dos estímulos para todos os sujeitos. Carolina e Daniela com estilo econômico e conservador; Bruno com maior gasto de energia no processamento dos estímulos por conta da sua desconfiança; e Alessandro com esforço menor do que o esperado na captação dos dados. Bruno e Daniela também têm uma estratégia

atípica de processamento com enfoque nos detalhes, e assim como Carolina, estabelecem metas acima de suas capacidades, vivenciando mais experiências de frustração, além da dificuldade em manter uma atenção estável.

Mediação

As variáveis deste agrupamento permitem acessar o ajustamento perceptivo do sujeito, que regula a eficácia prática de suas condutas e a adequação do funcionamento destes conforme as exigências reais de diferentes situações (Exner & Sendín, 1999). Ser capaz de perceber a experiência e o mundo de uma forma realista contribui para o bom ajuste. Estas variáveis são apresentadas na *Tabela 6*.

Tabela 6 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Mediação

	Alessandro	Bruno	Carolina	Daniela
PTI	3	3	3	2
XA%	↓↓↓ 0.50	↓↓↓ 0.52	↓↓↓ 0.43	↓↓↓ 0.68
WDA%	↓↓↓ 0.53	↓↓↓ 0.63	↓↓↓ 0.45	↓↓↓ 0.67
X+%	↓↓↓ 0.31	↓↓↓ 0.38	↓↓↓ 0.29	↓↓ 0.45
Xu%	0.19	0.14	0.14	0.23
X-%	↑↑↑ 0.31	↑↑↑ 0.48	↑↑↑ 0.57	↑↑ 0.32
S-	0	↑↑↑ 4	2	1
M-	↑ 1	↑ 1	0	↑ 1
Mnone	↑↑↑ 3	0	0	1
P	5	6	↓↓ 3	6

Todos os sujeitos apresentaram um prejuízo mediacional significativo (\downarrow XA%, \downarrow WDA%, \downarrow X-%). Essa disfunção é severa e o teste de realidade é marcado por prejuízos, provocando distorções de percepção cuja influência leva a falhas de julgamento e de ajustamento. No entanto, três sujeitos (A, B e D) podem perceber estímulos óbvios e convencionais (Popular em torno da média), ou seja, em circunstâncias menos óbvias e convencionais, pode-se facilmente observar o impacto da disfunção mediacional.

Essa distorção acontece em contextos bem específicos. Para Alessandro as

dificuldades são mais generalizadas, pois seu julgamento parece falhar (FQ-) quando simplifica o estímulo (F), quando há uma constrição afetiva sem modulação (C'F), quando apresenta impressões equivocadas das pessoas e suas ações (M-) ou quando realiza autoexame (FD). Para Bruno a tendência à distorção no julgamento está associada à presença da raiva e hostilidade (S), à uma constrição afetiva (C'F, FC') e à simplificação do estímulo (F). Pode-se supor que há fortes interferências emocionais que contribuem para as distorções perceptivas de Bruno. Esse dado demonstra que, uma vez solucionada essas interferências, proporcionando uma expressão de afetos mais adequada, seu desajuste perceptivo diminuirá (todas respostas de S são FQ-) (Exner, 2003). Já Carolina apresenta distorções em relação à autoimagem (An), e Daniela além das preocupações com autoimagem (An) há considerável distorção na maneira que percebe os outros (M, m e FM). Assim, todos os sujeitos têm uma frequência maior de comportamentos atípicos ou até inapropriados ($\downarrow X+\%$ e $\downarrow Xu\%$), induzidos pela disfunção e problemas no teste de realidade ($\uparrow X-\%$). Provavelmente apresentam dificuldades em antecipar as conseqüências de suas ações, e desrespeitam os limites de um comportamento adequado. As percepções imprecisas do outro e dos acontecimentos, os leva a falsas conclusões, o que prejudica ainda mais o julgamento e adequação de suas condutas. Esses dados parecem constituir uma fonte crônica e difusa de dificuldades de adaptação em suas vidas.

Apenas Alessandro apresentou um teste de realidade ($X-\%$) globalmente comprometido e uma disfunção severa. Além disso, o grau de experiência afetiva intensa parece estar interferindo no seu funcionamento cognitivo (C_{pura} sem FQ) de forma alarmante.

Em síntese, todos os sujeitos apresentam prejuízo mediacional significativo ($\downarrow XA\%$, $\downarrow WDA\%$, $\downarrow X-\%$), lembrando que estas variáveis também estão relacionadas ao PTI. Para Bruno a distorção da realidade é bem significativa ($X-\% = 0,48$), pois quase a metade de suas respostas são distorcidas e desproporcionais às circunstâncias, que denotam severos

problemas de adaptação. No caso da Carolina a disfunção é ainda mais problemática, afetando mais da metade de suas respostas ($X\% = 0,57$). Ela parece ser menos capaz de perceber estímulos convencionais, mesmo frente a situações óbvias e simples ($P = 3$). A maioria das pessoas com este grau de teste de realidade tem dificuldade em gerir os aspectos psicológicos básicos da vida diária sem ajuda ou supervisão (Exner, 2003). Alessandro também apresentou prejuízos devido à disfunção mediacional mais generalizada.

Ideação

As variáveis no agrupamento Ideação dizem respeito às conceitualizações que o sujeito realiza a partir dos seus esforços de coleta (processamento) e tradução (mediação) das informações, aqui já discutidos. Trata sobre o modo que as pessoas pensam e formam impressões das suas experiências, isto é, a organização do pensamento em forma de símbolos ou conceitos, que são núcleos essenciais de todas as atividades psicológicas, da qual derivam as decisões e condutas deliberadas (Exner & Sendín, 1999). Estas variáveis são apresentadas na *Tabela 7*.

Tabela 7 – Variáveis relacionadas ao agrupamento Ideação

	Alessandro	Bruno	Carolina	Daniela
PTI	3	3	3	2
a:p	↑↑↑ 10 : 1	2:4	0:0	3 : ↑↑8
Ma:Mp	6 : 1	↓↓0 : ↑↑3	0:0	3 : ↑↑8
2AB+(Art+Ay)	↑↑↑ 16	3	0	2
MOR	↑ 2	↑↑ 3	0	↑ 2
WSum6	↑↑ 14	↑ 8	1	3
Sum6	3	2	1	1
Lvl-2	1	1	0	0
FM	3	3	↓↓↓0	↓↓ 1
m	1	0	0	↑↑↑ 5
M-	↑ 1	↑ 1	0	↑ 1
M none	↑↑↑ 3	0	0	1

Dois sujeitos mostraram uma significativa inflexibilidade na ideação (a:p), Alessandro

no sentido de processos ideacionais ativos e Daniela fortemente mobilizada por processos ideacionais passivos. Significa que suas idéias e crenças são mais rígidas e menos mutáveis do que a maioria das pessoas, refutando em reavaliar suas posturas com base em novas informações. Tal inflexibilidade é exemplificada por Alessandro ao ser questionado sobre a necessidade de tratamento: “não sou louco, quem vai ao psiquiatra é louco (...) não tem como eu ir, você nunca vai conseguir me convencer de que eu precise ir a um psiquiatra”. A rigidez ideacional é potencializada no caso de Daniela, que apresenta estilo introversivo (EB= 3 : 1.0) rígido (EBPer), ou seja, rigorosamente é mais inclinada a internalizar seus problemas e desafios. A internalização permite pensar sobre as coisas de forma a considerar as opções possíveis antes de agir. Mas Daniela tende a ruminar sobre seus problemas e desafios de forma passiva sem investimento em ações transformadoras. Essa ruminação excessiva pode impedir-lhe de funcionar de forma mais adequada e torná-la mais vulnerável a se desorganizar quando confrontada com situações emocionalmente carregadas. Esse estilo pode ser confirmado nas falas de Daniela sobre a decisão de morrer: *“Pensei durante uma semana, pensando em tomar (remédio), sempre voltava atrás, eu pegava os remédios e na hora que ia... depois guardava, fiz isso umas duas ou três vezes. Planejava e pensava... na dor de voltar o curso... pensei em várias vezes mas depois pensava, e se parasse na UTI?”*. De acordo com Weiner (2000) pessoas introversivas geralmente são pensadores intensos e apresentam dificuldade de agir.

Carolina e Daniela parecem ser menos conscientes sobre suas necessidades básicas não satisfeitas (FM < 3), pois tendem a minimizar ou evitar algumas intrusões mentais naturais causadas por esse estado. Podem ser pouco motivadas, pouco exigentes ou satisfazem-se facilmente. Para exemplificar, Daniela relata cenas de violências sofridas nas quais o pai era o agente, mas parece se conformar de forma passiva (a:p = 3:8) a ser depositária das descargas dos eventuais problemas desse, sem se atentar às suas necessidades

de segurança (FM = 1): “(...) sentia muita raiva..., hoje não sinto mais raiva não, penso que ele [pai] não conseguiu controlar os sentimentos dele, podia estar com algum problema, às vezes passava por algo difícil e descarregava, cada um descarrega de um modo diferente”. Além do não reconhecimento de suas necessidades (FM reduzido), Daniela também tem seu nível de ideação periférica aumentado pelo stress situacional ($\uparrow m = 5$), ou seja, nível de preocupação por sentir-se impotente e à mercê de forças que estão fora de seu controle. Segundo Weiner (2000), é comum m elevado em situações de avaliações acadêmicas ou administrativas que implicarão em algum tipo de julgamento a respeito da pessoa. Assim, possível conceber que sua monografia possa ser uma dessas fontes de estresse situacional, identificado por ela mesmo como uma das fontes de estressor antes da TSCG. Ordinariamente, essa é uma condição transitória, porém, isso não parece ser o caso de Daniela. As atividades de concentração e atenção serão significativamente reduzidas enquanto perdurar esta condição, o que provavelmente dificultará a elaboração de sua monografia.

Bruno e Daniela parecem ter uma preferência pela fantasia ($\downarrow Ma: Mp \uparrow$). Para Daniela é uma defesa em situações estressoras, para Bruno é uma tática rotineira ($Mp > 2Ma$). Ambos preferem que outras pessoas decidam ou resolvam problemas por eles ou que eventos mágicos ou fortuitos modifiquem sua situação – em lugar de se engajarem em busca do que deveriam ou poderiam fazer a respeito. A retirada para a imaginação pode proporcionar alívio temporário de preocupação e responsabilidade, mas à custa da diminuição das perspectivas de conseguir satisfazer suas necessidades na realidade. Daniela exemplifica essa situação quando relata sobre o pensamento mágico posto no casamento para a resolução de seus problemas: “Casei cedo, eu quis casar para sair de casa, pensei que teria vida nova, não iria mais me sentir mal, a depressão (...) mas depois... veio de novo, altos e baixos, nos baixos não queria sair de casa, só queria dormir, sem prazer, sem energia”. Assim podem também

assumir um papel de desamparo e dependência (confirmado pela elevação da passividade). A gravidade é percebida principalmente em Bruno, que parece usar a fantasia com excesso de negação da realidade. Esse processo parece ser potencializado, entre outros fatores, pelo forte pessimismo ($MOR \geq 3$), que refere-se ao pensamento de que nada irá mudar independente do esforço que se faça. Bruno parece buscar na fantasia uma forma de alívio ou mudança de seu contexto. Dúvida e desânimo também podem ser sentimentos regulares dele frente às oportunidades e desafios, que contribuem para episódios de depressão (DEPI positivo).

Alessandro, Bruno e Daniela apresentam certa peculiaridade no pensamento (M-). Para Bruno e Daniela representa alguma dificuldade na clareza dos pensamentos ou relance de uma confusão ideacional. Para Bruno a Hipervigilância (HVI) potencializa a perturbação dos seus pensamentos e pode tornar sua ideação conceitual menos clara e mais inflexível do que desejado, além de geralmente provocar padrões de pensamentos mais ilógicos. Já Alessandro parece ter pensamentos extremamente peculiares e confusos (M- e M sem FQ), que são associados a uma disfunção ideacional mais generalizada ($WSum6 = 14$).

Os dados mostram que Alessandro realmente pode apresentar pensamentos incoerentes ($Sum6$, $WSum6$). Assim, é menos capaz do que a maioria das pessoas de chegar a conclusões razoáveis sobre as relações entre eventos e de manter um fluxo de associações em que as idéias sucedem de forma compreensível, apresentando falhas nos julgamentos e descontinuidade nas conceitualizações (DR1, FAB1 E FAB2). Como resultado, a probabilidade de falhas nas tomadas de decisão é substancialmente elevada. Em situações que são evidentemente estressoras pode ser mais vulnerável a distorcer conceitos e sua ideação pode se desorganizar durante uma experiência emocionalmente intensa ($2AB+Art+Ay=16$). Assim, parece necessitar de supervisão e acompanhamento imediatos a fim de auxiliá-lo na compreensão cognitiva dos fatos de forma mais adaptada. Contudo, Bruno parece possuir ligeira e moderada insuficiência de pensar de forma lógica e coerente, mais freqüentemente

por deslizamento ou julgamentos defeituosos (INC1; DR2), o que não necessariamente reflete um problema na ideação, mas significa que seu pensamento tende a ser menos claro e consideravelmente menos sofisticado.

Em suma, Alessandro e Daniela apresentaram ideação inflexível e rígida que podem ser dificultadores para mudanças de pensamento e atitudes. O estilo introversivo rígido potencializa a inflexibilidade de Daniela. Dois sujeitos (B e D) buscam a fantasia em situações desafiadoras, contribuindo para o surgimento de traços de dependência. Bruno tem pensamento marcado pelo pessimismo e algumas falhas de julgamento tornando seu pensamento menos claro e ilógico. Já Alessandro tem sérios problemas de pensamento, o tornando mais incoerente e incompreensível para os outros.

CONSTELAÇÃO DE SUICÍDIO (S-CON)

A S-CON é considerada positiva, quando oito das 12 variáveis estão presentes ou sete quando a variável MOR é acima de cinco; ou quando seis variáveis forem positivas, incluindo as quatro primeiras ($FV+VF+V>2$; Mistos de Cor e Sombreado > 0 ; $3r+(2)/R<.31$ ou $>.44$; $MOR>3$). A S-CON não foi considerada positiva para nenhum caso avaliado (ver *Tabela 8*). Porém, a S-CON deve ser revisada sistematicamente, segundo Exner (2003), quando o contexto sugere risco, pois ela tem seu grau preditivo quando positiva, mas não afasta o risco de suicídio quando negativa. Abaixo segue análise com maior detalhe de cada caso

Tabela 8 – Variáveis relacionadas á Constelação de Suicídio

Caso A: Alessandro	Caso B: Bruno
<input type="checkbox"/> FV+VF+V+FD [1] > 2 <input type="checkbox"/> Col-Shd Blends [0] > 0 <input checked="" type="checkbox"/> Ego [0.56] < .31 <i>or</i> > .44 <input type="checkbox"/> MOR [2] > 3 <input type="checkbox"/> Zd [-3.0] > ±3.5 <input type="checkbox"/> es [6] > EA [14.5] <input checked="" type="checkbox"/> CF + C [6] > FC [0] <input checked="" type="checkbox"/> X+% [0.31] < .70 <input type="checkbox"/> S [0] > 3 <input type="checkbox"/> P [5] < 3 <i>or</i> > 8 <input checked="" type="checkbox"/> Pure H [1] < 2 <input checked="" type="checkbox"/> R [16] < 17 5 Total	<input type="checkbox"/> FV+VF+V+FD [0] > 2 <input type="checkbox"/> Col-Shd Blends [0] > 0 <input checked="" type="checkbox"/> Ego [0.19] < .31 <i>or</i> > .44 <input type="checkbox"/> MOR [3] > 3 <input type="checkbox"/> Zd [-3.0] > ±3.5 <input checked="" type="checkbox"/> es [6] > EA [3.0] <input type="checkbox"/> CF + C [0] > FC [0] <input checked="" type="checkbox"/> X+% [0.38] < .70 <input checked="" type="checkbox"/> S [4] > 3 <input type="checkbox"/> P [6] < 3 <i>or</i> > 8 <input type="checkbox"/> Pure H [2] < 2 <input type="checkbox"/> R [21] < 17 4 Total
Caso C: Carolia	Caso D: Daniela
<input type="checkbox"/> FV+VF+V+FD [0] > 2 <input type="checkbox"/> Col-Shd Blends [0] > 0 <input checked="" type="checkbox"/> Ego [0.07] < .31 <i>or</i> > .44 <input type="checkbox"/> MOR [0] > 3 <input type="checkbox"/> Zd [0.5] > ±3.5 <input type="checkbox"/> es [0] > EA [0.0] <input type="checkbox"/> CF + C [0] > FC [0] <input checked="" type="checkbox"/> X+% [0.29] < .70 <input type="checkbox"/> S [2] > 3 <input type="checkbox"/> P [3] < 3 <i>or</i> > 8 <input checked="" type="checkbox"/> Pure H [0] < 2 <input checked="" type="checkbox"/> R [14] < 17 4 Total	<input checked="" type="checkbox"/> FV+VF+V+FD [3] > 2 <input type="checkbox"/> Col-Shd Blends [0] > 0 <input type="checkbox"/> Ego [0.36] < .31 <i>or</i> > .44 <input type="checkbox"/> MOR [2] > 3 <input type="checkbox"/> Zd [-3.5] > ±3.5 <input checked="" type="checkbox"/> es [6] > EA [4.0] <input type="checkbox"/> CF + C [0] > FC [2] <input checked="" type="checkbox"/> X+% [0.45] < .70 <input type="checkbox"/> S [2] > 3 <input type="checkbox"/> P [6] < 3 <i>or</i> > 8 <input checked="" type="checkbox"/> Pure H [1] < 2 <input type="checkbox"/> R [22] < 17 4 Total

Na avaliação individual, Alessandro apresentou um maior número de variáveis positivas nesta constelação. Os indicadores, na seqüência, estão relacionados a: um envolvimento maior e extrema preocupação consigo mesmo e conseqüentemente um afastamento do mundo externo (Ego [0.56] < 0,31 *ou* > 0,44); negligência na modulação emocional, que sugere atitudes impensadas e intensas (CF + C [6] > FC [0]); desajustes perceptivos (X+% [0,31] < 0,70); vulnerabilidade interpessoal decorrente de não compreender como as relações funcionam (Pure H [1] < 2); e baixa motivação e diminuição da produtividade (R [16] < 17). O funcionamento conjunto de todos esses elementos mostra

que Alessandro de certa forma recusa o mundo externo, que o faz perder informações chaves para deliberação de condutas adaptadas. As poucas vezes que percebe o exterior, Alessandro capta as informações de forma distorcida, além de não se interessar em responder de maneira mais produtiva ao contexto. Suas atitudes intensas podem fazê-lo ter atitudes autodestrutivas ante as demandas e cobranças. Além disso, na história de vida de Alessandro, percebe-se alguns aspectos que se assemelham à comportamentos autodestrutivos, que o levou a correr riscos físicos, em várias situações. A falta de motivação e o alto envolvimento consigo mesmo são fatores que podem dificultar mudanças numa intervenção psicoterápica.

No caso de Bruno há presença de um baixo envolvimento consigo mesmo (Ego [0,19] < 0,31 ou > 0,44); estímulos perturbadores em quantidade maior que os recursos disponíveis provocando tensão interna (es [6] > EA [3.0]); desajuste perceptivo (X+% [0,38] < 0,70) e aumento da hostilidade acompanhada de falha significativa no julgamento (S- [4] > 3). Assim, Bruno pode se desorganizar frente às demandas diárias, pois além de não refletir sobre como é impactado, interpreta erroneamente os fatos e atitudes. A sobrecarga parece crônica, portanto a vulnerabilidade é constante frente às dificuldades, podendo reagir com agressividade e intolerância. Bruno um dia antes da tentativa havia ameaçado de morte a sua esposa, que segundo ele brigavam muito. Parece que Bruno interpretava de forma distorcida o trabalho da esposa quando essa fazia plantão noturno, o que lhe provocava ciúmes (S-, ver tabela 7). Quando não conseguiu falar com esposa ao telefone, sua hostilidade o desorganizou e veio o “*desespero, tristeza, e uma dor muito forte da perda da família*” e pegou o revólver para tirar sua vida.

No caso de Carolina há presença de um baixíssimo envolvimento consigo mesmo (Ego [0,07] < 0,31 ou > 0,44); prejuízo na apreensão da realidade (X+% [0,29] < 0,70), falta de entendimento a respeito das relações interpessoais (Pure H [0] < 2) e baixa motivação e produtividade (R [14] < 17). Parece que há um distanciamento, um mecanismo evitativo do

contato consigo e com o meio. Assim, é no terreno das relações que Carolina vai manifestar grande parte dos seus problemas produzindo uma série de mecanismos destinados a proteger sua frágil identidade. Além disso, as distorções na auto e alopercepção vão produzir efeitos negativos em sua maneira de enfrentar os problemas, facilitando a ocorrência de perdas bruscas de controle. O argumento que utilizou para tirar sua vida, foi principalmente a vivência dos sintomas depressivos que apareciam quando *“eu me sentia só, não tinha companhia (...) meu filho mora comigo, mas a gente não conversa (...) fui para casa da minha mãe para procurar companhia, se não desse certo eu sabia que lá tinha uma arma.”*

No caso de Daniela há um excesso de autoinspeção ($FV+VF+V+FD [3] > 2$); estímulos perturbadores maiores que recursos disponíveis ($es [6] > EA [4,0]$), mantido a custa do não reconhecimento de suas necessidades básicas e devido ao estresse situacional que impacta na ideação (concentração e atenção) e a faz vivenciar sentimentos de impotência; desajuste perceptivo ($X+% [0,45] < 0,70$) e falta de entendimento a respeito das relações interpessoais ($H_{puro} [1] < 2$). O impacto do estresse situacional foi fator crucial na decisão de morrer, segundo as próprias falas de Carolina. Ao realizar constantemente o autoexame, tornava mais consciente das dificuldades vivenciadas e sentia medo de não dar conta de tudo, se desorganizava e buscava o suicídio como alívio dos sofrimentos e da pressão das demandas.

O único indicador presente nos quatro sujeitos foi o desajuste perceptivo ($X+% < 0,70$). Martins e Tavares (2008) em estudo descritivo com MR em amostra de 40 sujeitos com risco de suicídio (ideação suicida grave), notaram que todos indivíduos avaliados também apresentaram essa variável ($X+% < 0,70$) que, a primeira vista, parece corroborar com a dificuldade cognitiva encontrada em pessoas que decidem morrer, uma vez que não conseguem ampliar a visão de si e do ambiente externo a fim de encontrarem outras soluções possíveis frente as demandas (Maltzberger, 1988). Rydin e cols. (1990) também

identificaram distorções perceptivas e prejuízos no teste de realidade em protocolos de pessoas que realizaram tentativas violentas em contraste com aqueles que realizaram tentativas não violentas. Por outro lado, o índice X+% também é uma variável que na amostra brasileira (em construção – obtida em São Paulo) é relativamente baixa em relação aos dados normativos norte americanos, o que influencia ou prejudica a sua interpretação em amostras brasileiras e indica a necessidade de maiores estudos para uma validade do item e da própria S-CON. Atualmente, sabe-se que o risco de outra tentativa ou suicídio consumado é maior durante os três primeiros meses após uma TAE (OMS, 2000; APA, 2006). Se o contexto interno e o externo não mudam e os estressores continuam impactando de forma negativa, as possibilidades de perdas bruscas no controle se intensificam. Portanto, é necessário que os sujeitos sejam acompanhados em psicoterapia de forma a desenvolver e identificar novos recursos, que poderão ajudá-los no desenvolvimento da capacidade de enfrentamento e na busca de suportes efetivos.

Assim, todas as vulnerabilidades apresentadas influenciam na desorganização psicológica dos sujeitos avaliados, uma vez que tratam de fatores estruturais e dinâmicos da personalidade, fazendo-os atuar de modo menos adaptado com dificuldades de ajustamento, aumentando as condições de risco de suicídio. Esses fatores constatarem os prejuízos próprios a este grupo de sujeitos e contribui para elaboração de intervenções especializadas e emergenciais no manejo do risco e das experiências próprias de crise, garantindo o controle dos impulsos, com foco na modificação de padrões de comportamento e pensamentos negativos e inflexíveis (Martins & Tavares, 2008).

RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS

O MR fornece informações que privilegiam a seleção do tipo de terapia a ser utilizada (Nascimento e cols., 2001), na elaboração de um planejamento psicoterápico e foco dinâmico para uma intervenção especializada. Seguem possibilidades de manejo, avaliação clínica e

recomendações terapêuticas para cada sujeito a seguir.

Alessandro

Alessandro apresenta dificuldades perceptivas, instabilidade nas tomadas de decisão e constantes expressões emocionais sem modulação. Assume papel ativo nas resoluções de problema sem pensar nas conseqüências reais de seu ato, já que refuta informações chaves advindas do ambiente. As falhas no julgamento e seu bloqueio ao externo o leva a ter condutas desproporcionais as circunstância, muitas vezes definidas como comportamentos de risco. Mais preocupado consigo mesmo do que com outros não apresenta interesse nas pessoas e nas relações, apesar de ser atraído e estimulado pelos afetos. Além de direcionar sua atenção para si mesmo, há indícios, pelos relatos, de condutas direcionadas a provocar pena e atenção dos outros para si, principalmente quando se sente contrariado ou abandonado. A agressividade parece ser vista como natural nas relações e na forma de agir. A junção dessas características se assemelham às pessoas com diagnóstico de transtorno de personalidade Boderline.

A capacidade de tolerância ao estresse é vivenciada por Alessandro como aparentemente adequada. Porém, essa capacidade é marcada por prejuízos de ordem perceptual e emocional. Esses recursos de má qualidade são mantidos estáveis à custa de excessiva intelectualização dos sentimentos conflituosos. Talvez por isso, em seus relatos acredita que dê conta de tudo e de todos sem maiores esforços. A falta de abertura para o externo e a fuga de sentimentos que podem ser vivenciados como angustiante/aflitivos parecem uma defesa contra a vivência da baixa autoestima.

Com essa análise, é possível antecipar algumas resistências no processo psicoterápico de Alessandro. Sua grande resistência às mudanças e a falta de empatia - uma vez que não compreende o outro e está pouco aberto para o ambiente e as relações - dificultará o estabelecimento de vínculo. A racionalização dos afetos dificultará que ele entre em contato

com seus sentimentos. Portanto, é necessária uma intervenção onde o contexto seja de aceitação e compreensão das oposições de Alessandro, a ponto de sentir-se seguro o suficiente para o consentimento das intervenções, diminuindo suas defesas. A terapia deve ajudá-lo na expressão de sentimentos de forma mais adequada. Pode agir de forma agressiva ao sentir-se abandonado ou provocar situações para que o abandono aconteça por parte do terapeuta. A terapia deverá ajudá-lo na contenção dos impulsos, o auxiliando a dar forma e sentido aos seus sentimentos.

Bruno

Bruno apresenta uma organização de personalidade voltada a vivências de intensa perturbação emocional, devido a sentimentos de inaptidão relacional e dificuldades no ajustamento social. Talvez por essas dificuldades, que são traduzidas em baixa autoestima, tende a evitar relações próximas e opta por relacionamentos superficiais e desvinculados, assumindo papel passivo. Suas dificuldades interpessoais são potencializadas pelos desajustes perceptivos, principalmente na presença de sentimentos oposicionistas e de raiva. Parece utilizar a fantasia e a passividade como formas de minimizar o incômodo provocado pelas dificuldades relacionais. Sente-se desconfortável ao lidar com emoções e realiza maciço confinamento afetivo. Bruno não antecipa relações positivas e parece não compreender de forma adequada as normas sociais e relações. Ele exerce considerável esforço em manter um estado de alerta por sentir-se preocupado e desconfiado em relação aos outros e ao ambiente, e pode apresentar traços paranóides. O seu interesse nas pessoas parece significar a preocupação de saber o que está acontecendo ao seu redor. Parece que o gasto de energia em se preocupar com outro, influencia na falta de atenção dirigida a si mesmo, o que acaba produzindo ambições além de seus recursos, e que aumenta a sensação de inutilidade, de desesperança e de pessimismo. As relações, principalmente familiares, são temas principais das suas queixas, ele reclama por não ter amigos e não ter vínculos fora da família. Assim, o

tratamento de Bruno não deve ver depressão enquanto foco e sim o desenvolvimento da capacidade de se relacionar. Para isso é necessário intervir de forma sincera e aberta para que Bruno diminua sua hipervigilância, permitindo a proximidade do terapeuta.

Bruno movido pela raiva, no processo terapêutico, poderá distorcer as interpretações e confrontações do psicólogo. A desconfiança e a antecipação de relações desagradáveis, poderão impedir a vinculação, e uma expressão mais espontânea e aberta das suas emoções. A aceitação da desconfiança, ao invés de confrontá-lo, poderá criar um ambiente mais adequado para essa expressão. É fundamental que o terapeuta compreenda que a raiva de Bruno é dirigida ao objeto mal, ele acredita que vai destruí-lo ou abandoná-lo, projetando seus impulsos agressivos. A terapia poderá auxiliar na interpretação dos fatos e gestos sociais, ampliando a visão de Bruno, a fim de identificar e dar significado aos seus medos e receios. O que contribuirá na produção de condutas mais adaptadas nas relações e ajudará na construção de visão mais integrada e real das pessoas, das relações e de si. Provavelmente, esse planejamento o auxiliará na melhora de sua capacidade de enfrentamento frente às demandas.

Carolina

Carolina se apresentou reservada e se expôs minimamente no Rorschach. Mesmo assim, foi possível identificar características bem próximas à do tipo psicóticas em sua estrutura. Sua organização de personalidade parece imatura, o que sugere vulnerabilidades no enfrentamento das exigências cotidianas manifestadas na esfera interpessoal, e que contribui para perda de controle. Apesar do interesse nas pessoas, Carolina parece ter preferência por relações reservadas e conservadoras, talvez por não compreender bem a dinâmica das interações e normas sociais. As dificuldades relacionais somando-se às graves distorções perceptivas, e a visão parcial de si e dos outros, a impede de estabelecer comportamentos adaptados e ajustados aos eventos, o que proporciona potencial à alienação e rejeição de

terceiros. Parece que Carolina se fechou para o mundo (interno e externo), pois há baixo envolvimento consigo mesmo enquanto pessoa com necessidades, desejos, esperanças, angustias e receios, o que dificulta a definição de aspirações de acordo com suas habilidades. É possível identificar grandes preocupações em relação à sua autoimagem, provavelmente se vê de forma desfavorável em relação aos outros. Parece que não desenvolveu recursos emocionais e nem ideacionais ou os tem seguramente bloqueados. Não foi possível constatar esse dado pelo MR devido à simplificação e recusa de se expor, mas é confirmada pelos seus próprios relatos quando não sabe o que fazer frente às pressões cotidianas. As relações de abuso sexual pelo primo quando criança e pelo marido durante 15 anos parece ter impacto ao não antecipar relações gratificantes. Essas vulnerabilidades interpessoais, distorções severas e rigidez cognitiva a predis põem a um risco constante, pois até as dificuldades mais básicas podem levá-la a pensar no suicídio como solução. Ela não consegue prever o impacto de suas ações, além de não compreender bem como está sendo impactada. Seu sofrimento é camuflado por essas distorções e um esforço pelo afastamento de tudo e todos.

Carolina necessita de terapia de apoio a longo prazo que a ajudará no desenvolvimento de uma autoimagem mais adequada, reconhecendo suas necessidades, e o impacto de suas ações nos outros e vice versa. Parece haver dificuldades de realizar atividades básicas e diárias. O terapeuta deve acionar a rede social para que se envolvam no estabelecimento de maior qualidade de vida e bem estar de Carolina. É necessário incentivar sua autonomia. O terapeuta deverá ter cuidado para não se antecipar na resolução dos problemas, pois Carolina deve participar ativamente das escolhas e decisões na terapia.

Daniela

Daniela apresenta uma estrutura de personalidade imatura, dependente, com propensão a episódios de depressão, predomínio de fantasias e atitudes passivas, vulnerabilidades significativas relacionadas à autopercepção e à percepção interpessoal e

fragilidade nas estratégias que utiliza no enfrentamento das demandas cotidianas, que parece ter maior impacto nas relações interpessoais. Seu estilo privilegia introspecção de modo ruminativo e rígido, e Daniela não consegue agir de forma mais espontânea e intuitiva quando necessário. Atualmente, é impactada por estressores que a faz vivenciar sensação de impotência frente às demandas. Daniela realiza intenso autoexame que mais parece uma introspecção ou preocupação acerca do que os outros pensam a seu respeito. Porém, não reconhece suas necessidades mais básicas e dirige pouca atenção efetiva para si. Perdida em fantasias e atitudes passivas, suas aspirações estão acima de sua capacidade de realização, que provavelmente a leva a vivenciar frustração e sentimentos de baixa autoestima. Sua passividade excessiva nas interações é somada as distorções de julgamento e visão parcial das pessoas e das relações, o que prejudica ainda mais sua compreensão acerca do funcionamento das relações e normas sociais. Assim, Daniela não antecipa relações positivas e gratificantes e busca na fantasia a resolução mágica dos seus problemas ao invés de refletir sobre como atuar de forma efetiva no enfrentamento das demandas. Porém, seu interesse nas pessoas e nas relações, apesar da distorção do julgamento e visão parcial, é positivo porque poderá facilitar a vinculação para uma aliança terapêutica.

Os relatos de Daniela corroboram com essa análise, principalmente quando se queixa das responsabilidades atuais e diárias como arrumar a casa, trabalhar, cuidar dos filhos, estudar e fazer a monografia da faculdade. Seu marido age de forma ativa, fazendo tudo quanto possível para ela e reforça o papel passivo de Daniela. A terapia pode ajudá-la na identificação de elementos mais impactantes, porém ainda distantes de sua consciência, com finalidade de desenvolver habilidades relacionais mais adaptadas, como, por exemplo, o reconhecimento da situação de abuso e a capacidade de mobilização de recursos para reagir (COP e AG). Daniela deixará que o terapeuta assuma papel ativo, aconselhando como agir frente aos desafios. Contudo, o contato com um outro que reaja de forma adequada e a

incentive de direcionar seu olhar para si de forma mais efetiva contribuirá para um reconhecimento de suas necessidades básicas e de si enquanto autora de suas decisões e mudanças. Daniela deverá não antecipar uma relação terapêutica positiva ou efetiva, portanto se faz necessário um acolhimento consciente da necessidade de construir uma vinculação positiva e criar um contexto de uma experiência emocional corretiva por meio de uma aceitação de suas dificuldades sem críticas e sem atribuição de defeitos. Assim, talvez Daniela supere a percepção da relação terapêutica como uma continuidade de relações violentas e abusivas de sua história de vida ou simplesmente frustrantes e ineficazes. O processo será longo e o terapeuta não deverá se desestimular com persistente dificuldade de Daniela em assumir-se ou investir em mudanças concretas.

CONCLUSÃO

A compreensão do fenômeno suicídio é complexa e esforços são investidos na avaliação psicológica no contexto de risco. São necessárias instrumentalizações diversas para o aprofundamento do conhecimento sobre esse fenômeno e um possível aperfeiçoamento das técnicas de avaliação. Entende-se que as pessoas em condições de risco apresentam características diversas e inúmeras manifestações de seus sentimentos e vivências. Compreendendo a variedade desse contexto, o estudo pelo MR é uma iniciativa de se obter maiores informações acerca das vulnerabilidades dessas pessoas.

A análise pelo MR em conjunto com a entrevista Hearts (Rodrigues & Tavares, 2009) possibilitou a relação das vulnerabilidades com as condutas e experiências particulares dos quatro indivíduos aqui analisados. Essa parceria tornou possível a ilustração dos dados obtidos, mostrando a riqueza das informações e associações possíveis com a vida dos sujeitos. O que foi essencial para elaboração e definição de recomendações terapêuticas, além do conhecimento da condição do sofrimento de cada um.

Foi possível testemunhar as dimensões de interpretação que o MR abrange,

permitindo avaliação da organização da personalidade do indivíduo, que comporta a identificação de risco de suicídio. O MR favorece elaborações e *insights* por parte do sujeito ao se deparar com suas vulnerabilidades e recursos expostos em devolutiva dos resultados. Esse é um aspecto que não foi abordado nesse trabalho, mas é um tema relevante para futuras pesquisas.

O presente trabalho selecionou quatro casos com tentativas de suicídio clinicamente graves, pois essa categoria de TAE se mostrou um meio de compreensão do suicídio consumado (Beautrais, 2003). As categorias de tentativas têm características distintas significativas entre si e é preciso se atentar à qualificação desses grupos (Vaz & Tavares, 2010). Essa distinção é assunto discutido, internacionalmente, desde a década de 60, mas ainda pouco estudada. Entende-se que o MR pode oferecer informações adicionais sobre o grupo de TSCG, possibilitando uma composição de um perfil desse grupo.

Há iniciativa de agrupar os indicadores semelhantes entre o grupo de TSCG e o suicídio e, até o momento, seis indicadores foram encontrados (Vaz & Tavares, 2010). Desses, quatro se fazem presentes nos casos aqui analisados, são eles: presença de transtorno de humor, principalmente depressão; exposição a eventos de vida estressores recentes; história prévia de TAE e exposição a ambientes socialmente desfavorecidos (adversidades na família e na infância). Com exceção de história prévia de TAE, presente na história de Carolina e Daniela, os outros indicadores encontram-se em todos os casos. A identificação desses seis indicadores nos casos analisados foram possíveis por meio da entrevista clínica Hearts. O MR esclarece como esses indicadores impactaram a organização da personalidade dos sujeitos predispondo-os ao risco de suicídio. A parceria do uso de técnicas de avaliação de risco possibilita um entendimento mais abrangente do contexto de risco do indivíduo.

Ainda há muito que evoluir na definição de comportamento suicida e principalmente na distinção das categorias de tentativas. Contudo, a análise dos casos favoreceu o

reconhecimento de fragilidades psicológicas identificando vulnerabilidades que indicam que podem favorecer ou estar associadas ao risco de suicídio. Esse estudo, apesar de clínico, pode contribuir para a compreensão de como sujeitos que fazem parte do grupo de TSCG enfrentam as demandas, lidam com estresses, expressam suas emoções, percebem a si e ao outro e como os aspectos cognitivos influenciam para o estabelecimento de uma adaptação de boa ou má qualidade. Trabalhos futuros deverão avaliar a utilidades das características identificadas nos quatro casos na determinação de perfis para identificação precoce de risco de TSCG, possibilitando uma distinção mais clara entre as TAEs.

As diferenças culturais (Wood, Nezworski & Stejskal, 1996, Nascimento, 2000) influenciam nas pontuações das variáveis e dos índices especiais do MR, como a constelação de suicídio. Essa é uma realidade que também se constata em estudos latinos americanos que devem unir esforços para construção de seus dados normativos (Passalacqua e cols., 2001; Masiá, 2005).

No decorrer da análise pelo MR foram identificadas diferenças significativas entre os dados normativos brasileiros e os dados norteamericanos. Nascimento e cols. (2002, 2006) alertam para a utilidade desses dados principalmente para a população paulista, uma vez que os protocolos foram obtidos na cidade de São Paulo. Mesmo assim compõe dados mais próximos da realidade cultural do país e incrementa a capacidade do MR para nossa população. As disparidades encontradas, entre esses dados normativos, e que chamam mais atenção são: o elevado índice de CDI positivo na população brasileira, mais de 50% da amostra; a média elevada do Lambda (média 1,05 e desvio-padrão 1,08); EA mais reduzido (média 4,96) e a média de Textura para amostra brasileira < 1 . Essas diferenças também foram significativas no estudo de casos – três sujeitos (B, C e D) apresentaram CDI positivo, EA reduzido e os quatro apresentaram $T = 0$. Esses dados são indicativos da necessidade de pesquisas voltadas para avaliação mais acurada dos dados normativos a fim de aprimorar a

utilização do método na nossa prática clínica e profissional em geral (Nascimento e cols., 2001).

Mesmo com pontuações abaixo de oito na Constelação de Suicídio, foi possível demonstrar a relevância de sua análise. Um estudo (Masiá, 2005) argumenta que pontuações entre cinco e oito na SCON indicam maior probabilidade do sujeito apresentar comportamentos de risco, doenças provocadas pela ansiedade prolongada e propensão a ser vítima de acidentes de trânsito. Alessandro (SCON = 5) e Daniela (SCON = 4) se expõem a situações de risco com probabilidade de morte, demonstrando as possibilidades de interpretações de diferentes pontuações da SCON.

As pesquisas com MR no grupo de pessoas suicidas também é investimento recente. Em levantamento dos principais resultados de pesquisas com o MR para a amostra de pessoas com TSCG (Vaz & Tavares, 2010) percebe-se relação entre os casos aqui analisados. O grupo de TSCG foi caracterizado pelo MR com suscetibilidade de transtorno de humor, sobrecarga afetiva, prejuízos significativos no teste de realidade, imaturidade cognitiva, prejuízos no julgamento, percepção de si danificada que favorece a baixa autoestima, prevalência do uso da fantasia e imaginação como tática defensiva. O que mostra similaridades a respeito das vulnerabilidades também encontradas nos casos analisados. Todos os sujeitos apresentaram auto imagem prejudicada e danificada, distorções significativas, depressão e julgamento falho. Esses elementos em conjunto apontam para risco de apresentarem comportamentos inadequados, possibilidades de falha nas resoluções de problema traduzidas em vivência de frustração, baixa autoestima e episódios de depressão. Essa fórmula indica possibilidade de se apresentar comportamento suicida, e sugere focos psicodinâmicos de tratamento psicoterápico e possibilidades de intervenção.

Há alguns aspectos práticos na aplicação do MR que fazem parte de um conjunto de dificuldades encontradas no presente estudo. Primeiramente, três aplicações do MR foram

realizadas no próprio leito do sujeito modificando o padrão de aplicação estabelecida por Exner (2003). Mesmo assim, não se alteraram normas estruturais referentes ao impacto do examinador no sujeito, a aplicação aconteceu lado a lado. Outra restrição está associada ao contexto do hospital, pois os leitos se encontravam no Pronto Socorro (PS), local de intenso movimento, além das possibilidades de interrupções pelos médicos e enfermeiros. Talvez essas dificuldades ambientais tenham dificultado no desenvolvimento de melhor *rapport* e pode ter influenciado no baixo número de respostas dadas pelos sujeitos. Esses impedimentos também nos fazem pensar na realidade brasileira acerca das pesquisas no contexto hospitalar. Se faz essencial uma parceria mais concreta com profissionais dos diversos departamentos do hospital, a fim de exercitar uma co-participação e co-responsabilidade por parte desses. É de extrema importância a realização de sensibilizações, principalmente, nos enfermeiros que estão em maior contato com pessoas em condições de risco.

Esse estudo não focou na identificação dos recursos saudáveis de cada sujeito e na análise projetiva de cada caso. Reconhece-se a importância acerca do conhecimento das habilidades de cada sujeito. Esses recursos podem ser estimulados, em tratamento psicoterápico, como forma do próprio sujeito ser ativo e contribuir para a melhora da sua própria condição. Esse é um tema relevante e merece ser melhor investigado em pesquisas futuras. Também não foi possível análise qualitativa mais profunda dos dados, visto que o objetivo do estudo está relacionado à uma análise comparada das variáveis do MR. Mesmo assim, há aproximações no olhar qualitativo ao avaliar algumas respostas com FQ-, além da qualidade das respostas codificadas com MOR. Para cada caso é possível tecer maiores comentários sobre as interpretações qualitativas, que provavelmente agregam informações para outros trabalhos.

O MR é uma técnica complexa que exige capacitação e reciclagem dos avaliadores. Os pesquisadores que se propõem a utilizá-lo devem se atentar ao padrão de aplicação e

codificação a fim de não criarem vieses nas respostas dos indivíduos. Foi de grande utilidade o uso de juízes para a construção conjunta de única codificação, enriquecendo o processo. Os quatro protocolos deste estudo fazem parte de um estudo prospectivo em andamento que tem por objetivo a avaliação e o acompanhamento longitudinal de pessoas que realizaram TSCG. Espera-se que estes dados permitam o estudo comparado de protocolos de Rorschach visando à distinção de pessoas que praticaram TSCG das que apresentam outras categorias de comportamento suicida. Espera-se, assim, continuar trabalhando para desvendar um pouco mais as diferenças entre as categorias de comportamento de risco de suicídio pelo MR. Foi possível constatar que o MR abre caminhos para a clínica e para a pesquisa sobre risco de suicídio e visa, afinal, a beneficiar o ser humano e sua saúde mental.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington, DC: APA.
- Beautrais, A. L. (2003). Suicide and Serious Suicide Attempts in Youth: A multiple-Group Comparison Study. *American Journal Psychiatry*, 106, 1093-1099.
- Beautrais, A. L., Joyce P. R., Mulder R. T., Fergusson D. M., Deavoll, B. J. & Nightingal S. K. (1996). Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons Making Serious Suicide Attempts: a case-control study. *American Journal Psychiatry*, 153, 1009-1014.
- Bishop, J., Martin, A., Constanza, S., Lane, R. C. (2000). Suicide Signs on the Rorschach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30 (3), 289-305.
- Canapary, D. & Bongar, B. (2002). Assessing Risk for Completed Suicide in Patients With Alcohol Dependence: Clinician's View of Critical Factor. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (5), 464 – 469.
- Cuadra-Peralta, A.; Maza, O. O.; González, M. C.; Huanca, R. B. (2009). Test de Rorschach: Respuestas Diferenciales entre Pacientes com y sin Intento Suicida. *Fractal: Revista de Psicología*, 21 (3), 475-486.
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Journal of Psychiatry*, 40, 87-96.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W. e cols. (2008). Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine*. 149 (5), 334-341.

- Elliott AJ, Pages KP, Russo J, Wilson LG, Roy-Byrne PP (1996). A profile of medically serious suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*. 57, 567–571.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: a Comprehensive System. Basic Foundations and Principles of Interpretation*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Exner, J. E. & Erdberg, P. (1976). *The Rorschach: a Comprehensive System. Basic Foundations and Principles of Interpretation*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Exner, J. E. & Sendín, C. (1999). *Manual de Interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. & Sendín, C. (1999). *Manual de Interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fowler, C. J.; Hilsenroth, M. J.; Piers, C. (2001). An Empirical Study of Seriously Disturbed Suicidal Patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49 (1), 161-186.
- Fowler, C. J., Piers, C., Hilsenroth, M. J., Holdwick, D. J. Jr., Padawe, J. R. (2001). The Rorschach Suicide Constellation: Assessing Various Degrees of Lethality. *Journal of Personality Assessment*, 76 (2), 333-351.
- Fowler, C. J.; Hilsenroth, M. J.; Groat, M.; Biel, S.; Ackerman, S.; Biedermann, C. (2009). Medically Serious Suicide Attempts in High-Risk Patients: Demographic, Diagnostic, Behavioral and Psychological Traits. *The American Journal of Psychiatry*, (1-23).
- Hankoff, L. D. (1976). Categories of Attempted Suicide: A longitudinal Study. *American Journal Public Health*, 66, 558-563.
- Harley, J. P., Gosh. B., Huggins, J., Bell, M. R., Adler, L. E., Shroyer, A. L. W. (2008). A Review of “Suicide Intent” within the existing Suicide Literature. *Suicide and life threatening Behavior*, 38 (5), 586-591.
- Hendin H., Maltsberger J. T., Szanto K (2007). The Role of Intense Affective States in Signaling a Suicide Crisis. *Journal of Nervous Mental Disease*, 195, 363–368
- Hesketh, J. L. & Castro, G. A. (1978). Fatores Correlacionados com a Tentativa de Suicídio. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 12, 138-146.
- Lambert, M. T. (2003). Suicide Risk Assessment and Management: Focus on Personality Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 71-76
- Lester, D. (1970). Attempts to predict suicidal risk using psychological tests. *Suicide Prevention and Crisis Service*, 74 (1).
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E.; Apter A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “impossible situation”. *Journal of Affective Disorders*, 111, 244 -250.

- Maltsberger, J. T. (1988). Suicide Danger: Clinical Estimation and Decision. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18, 47-54.
- Mann, J. J. (2002). A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Review Annals Internetal Medical*, 136, 302-311.
- Martins, L. D. & Tavares, M. (2008) *Sofrimento Psíquico Grave e Risco Suicida: Uma análise pelo Método de Rorschach*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Modai, I., Kuperman, J., Goldberg, I., Goldish & Mendel, S. (2004). Fuzzy Logical Detection of Medically Serious Suicide Attempt Records in Major Psychiatric Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (10), 708 - 710
- Nascimento, R. S. G. F. (2002). Estudo Normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para a cidade de São Paulo. *Psico-USF*, 7(2), 127-141
- Nascimento, R. S. G. F. (2001). Contribuições do método de Rorschach no campo da psicoterapia. Trabalho apresentado na Mesa-Redonda Reflexões sobre Psicoterapia Breve, no *I Congresso de Psicologia Clínica, Universidade Presbiteriana Mackenzie*. São Paulo – SP.
- Nascimento, R. S. G. F. (2006). Estudo Normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para Sao Paulo: resultados dos Índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-CON. *Avaliacao Psicologica*, 5 (1), 87-97.
- Neuringer, C. (1965). The Rorschach Test as a research device for the identification, prediction and understanding of suicidal ideation and behavior. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 29, 71–82.
- Organizacao Mundial de Saude (2000b). *Prevenindo o Suicídio: manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS.
- Pallis, J. D. & Birtchnell, J. (1977). Seriousness of Suicide Attempt in Relation to Personality. *British Journal Psychiatric*, 130, 253 – 259.
- Passalacqua, A. M.; Orcoyen, D.; Herrera, M. T. (2001). La Escala de Prevención Del Suicidio Através Del Psicodiagnóstico de Rorschach. *Interpsiqui*, 2. Buenos Aires, Argentina
- Paykel, E. S. & Rassaby, E. (1978). Classification of Suicide Attempters by Cluster Analysis. *British Journal Psychiatry*, 133, 45-52
- Peruzzi, N. & Bongar, B. (1999). Assessing Risk for Completed Suicide in Patients With Major Depression: Psychologist’s View of Critical Factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 (6), 576-580.
- Prieto, D & Tavares, M (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidencia, estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154

- Rapeli, C. B. & Botega, N. J. (2005). Perfis Clínicos de Indivíduos que fizeram tentativas graves de suicídio internados em um hospital universitário: análise de agrupamento. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27 (4), 285-289.
- Resmini, E. (2004). *Tentativa de Suicídio. Um Prisma para Compreensão da Adolescência*. Editora Revinter.
- Rodrigues, J. & Tavares, M. (2009). *A Entrevista Clínica no Contexto do Risco de Suicídio*. Dissertação de mestrado. Departamento de Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Rosen, H. D. (1976). The Serious Suicide Attempt. *JAMA*, 235 (19), 2105 – 2109.
- Rydin, E.; Asberg, M.; Edman, G.; Schalling, D. (1990). Violent and Nonviolent Suicide Attempts – a controlled Rorschach Study. *Acta Psychiatry Scand*, 82, 30-39.
- Soloff, P. H.; Lynch, K. G.; Kelly, T. M.; Malone, K. M. & Mann, J. J. (2000) Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 601–608.
- Tidemalm, D.; Langstrom, N.; Lichtenstein, P.; Runeson, B. (2008) Risk of Suicide after Suicide Attempt According to Coexisting Psychiatric Disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal*, 337, 2205.
- Vaz, S. & Tavares, M. (2010). Tentativas de Suicídio Clinicamente Graves e Método de Rorschach. Trabalho não publicado
- Weiner, B. I. (2000). *Princípios da Interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Werlang, B. g. & Botega, J. N. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed

COMENTÁRIOS FINAIS

Essa experiência me proporcionou aprendizados que terão repercussões para além da defesa dessa dissertação, pois muito aprendi e ainda tenho aprendido com as etapas de uma pesquisa.

A revisão bibliográfica, a redação, a leitura, a coleta de dados e a troca com o orientador, contribuíram imensamente para o desenvolvimento do meu raciocínio, que tem me auxiliado na expressão das minhas idéias e pensamentos. Os resultados obtidos pelo Método de Rorschach me fizeram notar a valiosa técnica que tenho em mãos. Essa percepção favoreceu para minha decisão de continuar trabalhando com o método, tanto para o aperfeiçoamento da avaliação de risco de pessoas que decidem tirar suas próprias vidas, quanto no ambiente clínico em geral. Constatamos que a análise pelo Método de Rorschach expõe aspectos clínicos fundamentais do sujeito que talvez demorássemos bom tempo para desvendar no tratamento psicoterápico. É o que dá rapidez necessária na intervenção em crise.

A etapa da pesquisa referente à coleta de dados somou ensinamentos para minha formação de pesquisadora. O contraste do contato com uma realidade de instituição pública de saúde, e em outro momento, o contato com realidades subjetivas daqueles que desejam morrer, foi um desafio impactante. Contudo, incentivador para um aperfeiçoamento “do ser pesquisadora“, que me levou a reflexões profissionais e pessoais.

Trabalhar em uma equipe foi essencial para a realização do projeto de pesquisa. A união de idéias, trocas, propostas, são momentos ricos de aprendizado. Um exercício que visou sempre à evolução da prática e da teoria do projeto. O apoio mútuo funcionou como motivador em direção a um caminho compartilhado: a pesquisa na área de prevenção do suicídio.

O contato com os participantes da pesquisa superou minhas expectativas iniciais, pois eu esperava maior resistência por parte deles. No entanto, a disponibilidade e a acessibilidade às histórias de suas vidas pareciam um pedido de socorro, um pedido de atenção, satisfeitos por alguém olhá-los. O que me fez repensar sobre a necessidade urgente de oferecimento de tratamento e a necessidade de encaminhamento para esses que tanto necessitam de apoio. É com esse pensamento de dar continuidade na análise e na atenção dispensada a essas pessoas que compartilharam suas histórias com esperança de que algo mude, que reconhecemos a necessidade de um estudo prospectivo. Estar com essas pessoas me proporcionou um encontro para além do meu papel de pesquisadora, além de influenciar um pensar diferente, um agir diferente que contribuem para meu aprendizado enquanto ser humano acima de tudo.

A relação com o prontoso socorro de uma instituição pública também me proporcionou várias reflexões. O contato inicial foi assustador, tanto pelo ambiente físico de intenso movimento, gemidos de dor, sangue, macas, pessoas expostas diante de seu sofrimento físico, e porque não, sofrimento psíquico. O ambiente social não foi diferente, inicialmente eu parecia invisível, as pessoas não se cumprimentam, não há tempo, não te olham e lhe respondem de forma rápida, afinal tem sempre uma emergência para lidar. Após susto inicial, e depois de constantes conversas com a equipe, fui compreendo essa realidade e aprendendo a lidar com ela. Comecei a compreender a situação dos profissionais de saúde naquele ambiente e das piadinhas sobre o risco de suicídio entre eles próprios, tamanha pressão e cobrança que vivenciam. Esses profissionais, geralmente enfermeiros e auxiliares de enfermagem, se adequaram a um ambiente extremamente estressor e sofriam com isso. No decorrer da pesquisa a conquista estava feita, os cumprimentos eram frequentes, me chamavam pelo nome, se envolviam a ponto de nos procurar para dizer que houve entrada de pessoa com tentativa de suicídio. Mesmo assim, percebemos a importância de intervenção

institucional direcionadas à qualidade de vida desses trabalhadores, desses cuidadores que sofrem.

Lidar com as dificuldades da prática, me ensinou e me aperfeiçoou enquanto pesquisadora e clínica. Os resultados da pesquisa em relação aos casos analisados têm influenciado constantemente no meu trabalho como psicóloga e no meu julgamento clínico das pessoas que atendo e que muitas vezes se encontram em risco de suicídio.

O conjunto dessa experiência me fez refletir acerca de novas aspirações de trabalho e de pesquisas com o Método de Rorschach. Sinto-me mais segura do caminho a seguir, enquanto psicóloga, enquanto pesquisadora e enquanto pessoa. Continuo com interesse em investigar novas possibilidades com Método de Rorschach na prevenção do suicídio.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: *Avaliação do Sofrimento Psíquico Grave e do Risco de Suicídio*.

O nosso objetivo é levantar dados sobre a relação entre algumas características psicológicas, experiências de vida e risco de suicídio.

O(a) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seus dados e informações pessoais serão descaracterizados ao máximo, a fim de impedir a sua identificação. Por exemplo, nomes, profissão, idade serão omitidos, modificados ou apresentados de forma genérica. Serão omitidas também outras informações específicas que possam identificá-lo(a).

A sua colaboração neste estudo envolve responder a um questionário demográfico e participar de até três atividades clínicas de avaliação psicológica. O questionário demográfico deverá ser respondido no seu setor de atendimento, na data combinada, com um tempo estimado para preenchimento de 30 minutos. Cada atividade clínica tem duração estimada de um ou dois encontros de até duas 2 horas e será realizada no seu setor de atendimento ou no Laboratório de Saúde Mental e Cultura, na data combinada.

Informamos que o seu tempo de resposta será respeitado e que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no setor de Saúde Mental de sua unidade de atendimento, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do Laboratório de Saúde Mental e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB).

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr. Marcelo Tavares na Universidade de Brasília, telefone: (61) 8118-1819, no horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa pode ser esclarecida pelo do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

	Marcelo Tavares
Nome do participante	Pesquisador responsável
Assinatura	Assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____