

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

Sofrimento Psíquico Grave e Risco Suicida: Uma análise pelo Método de Rorschach

Liliane Domingos Martins

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília
2008

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

Sofrimento Psíquico Grave e Risco Suicida: Uma análise pelo Método de Rorschach

Liliane Domingos Martins

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

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília
2008

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura
PsiCC/PCL/IP/UnB

**Sofrimento Psíquico Grave e Risco Suicida: Uma análise pelo Método de
Rorschach**

Liliane Domingos Martins

Banca Examinadora

Brasília, 17 de outubro de 2008

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

Profa. Dra. Anna Elisa de Villemor-Amaral (Membro)
Universidade de São Francisco

Dra. Adeane Cristina Fleury Delaflora (Membro)
Psicanalista Membro da Escola Lacaniana de Psicanálise de Brasília

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

*“Tenho razão de sentir saudade,
tenho razão de te acusar.
Houve um pacto implícito que rompestes
e sem te despedires foste embora.
Detonaste o pacto.
Detonaste a vida geral, a comum aquiescência
de viver e explorar os rumos de obscuridade
sem prazo sem consulta sem provocação
até o limite das folhas caídas na hora de cair.*

*Antecipaste a hora.
Teu ponteiro enlouqueceu, enlouquecendo nossas horas.
Que poderias ter feito de mais grave
do que o ato sem continuação, o ato em si,
o ato que não ousamos nem sabemos ousar
porque depois dele não há nada?*

*Tenho razão para sentir saudade de ti,
de nossa convivência e falas camaradas,
simples apertar de mãos, nem isso, voz,
modulando sílabas conhecidas e banais
que eram sempre certeza e segurança.*

*Sim, tenho saudades.
Sim, acuso-te porque fizeste
o não previsto nas leis da amizade e da natureza
nem nos deixaste sequer o direito de indagar
porque o fizeste, porque te foste”.*

Carlos Drummond de Andrade – A um ausente

Agradecimentos

Em primeiro lugar à Deus, quem sempre direciona meus passos, me indicou esse caminho, me guardou durante todo ele e me permitiu alcançar este ponto, além de me garantir muito mais.

Aos meus pais, Ronaldo e Helenisa, quem me ensinaram e propiciaram sonhar, buscar e alcançar.

Ao meu orientador, professor Marcelo Tavares, referência de profissional, parceiro de trabalho e auxílio imprescindível para meu crescimento e amadurecimento como psicóloga.

À minha avó e demais familiares que me sustentaram afetivamente e foram incentivo essencial para que eu suportasse a distância, a ausência e as perdas vivenciadas nesse período.

Ao meu namorado, Eric, por ser colo, ouvido, ombro e no mais, um ser inteiro, presente na minha vida para me fazer mais feliz e dar sentido às minhas construções.

Aos amigos que trouxe de Goiânia e que não se distanciaram, mas se aproximaram ainda mais: Juliana Vilela, Aline Akeme, Raquel Santana, Raquel Guimarães, Kamylla Franco, Vinicius Farias, Vinicius Ferreira e Aline Santos.

Aos amigos de Brasília, continentes, que foram sinônimo de descobertas, aprendizagens, conquistas e partilha: Meirilane Naves, Katiane Batista, Aline Vilela, Cristina Moura, Júlia Camarotti, Beatriz Montenegro, Rosália Curado e Juliane Rosa.

Àqueles que tanto me ensinaram e me permitiram ensinar: André Castro, Samita Santos e Walleska Bonani.

À todos que me acolheram, ofereceram aconchego e pouso após a estrada: Bel, Carol, tio Carlos e tia Judy, Walleska e Gérson, Raquel e Alessandro, Rúbia e Jair, Camila

Louise, Isabela Helena, Marcela Matos, Camila Teófilo e Mariana Melo, a prima. Imensa gratidão!

Aos profissionais diversos que foram aparecendo na construção desse mestrado e que foram fonte de conhecimento, modelos de atuação, amigos e pessoas importantes, sem as quais nada disso seria possível: professor Balsem Pinelli, Ana Cristina Sanchotene, Jussane Mendonça e Dione Freitas.

À sempre presente, Ana Cristina Resende, que me apontou o caminho da pesquisa científica e continua sendo amiga, auxílio e modelo profissional.

Ao diretor do Hospital São Vicente de Paula, Dr. Ricardo Albuquerque Lins, aberto às intenções deste trabalho e um grande apoio para sua concretização, viabilizando o acesso aos pacientes e o espaço adequado para os contatos e avaliações. A todos os funcionários desta instituição pelo inestimável apoio a este empreendimento.

A todos os pacientes, participantes deste estudo, por se permitirem conhecer e confiarem na ajuda que tentamos oferecer através de nosso trabalho e pesquisa.

Com um grande e especial carinho, aos alunos de pesquisa, que se dedicaram a este meu projeto como se fosse deles próprios. Hoje, tenho amigos importantes e posso dizer que essa conquista se deve a um trabalho comum. Obrigada a Eduardo Guimarães, Cássio Zambelli, Tâmara Teixeira, Mariana Horta e Rafael Salermo, que fez sua escolha, ainda que dura para nós.

Enfim, a todos que de alguma forma apoiaram este trabalho, direta ou indiretamente.

Sumário

Lista de Tabelas	ix
Lista de Figuras	xi
Lista de Anexos	xii
Resumo	
xiii	
Abstract	xiv
Apresentação	xv
Capítulo I – Introdução	
Do Sofrimento Psíquico Grave ao Suicídio – definições	01
A Importância do Processo de Avaliação Psicológica	03
As Técnicas Psicodiagnósticas na Avaliação do Suicídio	05
O Método de Rorschach na Avaliação de Pacientes com Ideação Suicida	07
Rorschach e Suicídio Hoje: a Constelação de Suicídio (S-CON)	09
Agrupamentos do Método de Rorschach	14
1. Controle do Estresse	15
2. Processamento	21
3. Mediação	25
4. Ideação	30
5. Afetos	33
6. Autopercepção	37
7. Percepção Interpessoal	39
8. Autopercepção+ Percepção Interpessoal	42
9. S-CON (Constelação de Suicídio)	43
Capítulo II – Método	45
Sujeitos	46
Recursos Materiais	47
Procedimentos de Coleta de Dados	47

Procedimentos de Análise de Dados	48
Capítulo III – Resultados e Discussão	50
Descrição e Análise Sociodemográfica	51
Gênero	51
Faixa Etária	52
Religião	52
Estado Civil	53
Contexto Geográfico de Nascimento	53
Escolaridade	54
Situação Trabalhista	54
Renda Familiar	55
Uso de Álcool e Drogas	55
Uso de Medicamentos e Diagnóstico	56
Perdas Significativas e Perdas Recentes	57
Internações Prévias	57
Experiências Adversas	58
Indicadores do Método de Rorschach em Pacientes com Risco de Suicídio	59
Controle do Estresse	59
Processamento	78
Mediação	88
Ideação	100
Afetos	109
Autopercepção	120
Percepção Interpessoal	126
Autopercepção + Percepção Interpessoal	133
S-CON (Constelação de Suicídio)	141
Capítulo IV – Conclusão	151
Referências Bibliográficas	161
Anexos	164

Lista de Tabelas

Tabela 1. Critérios Diagnósticos da S-CON, Significados Diagnósticos e Agrupamentos de Pertencimento	13
Tabela 2. Frequência de Recursos Ineficientes em EB para Sujeitos Introversivos e Extratensivos	61
Tabela 3. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Controle do Estresse	65
Tabela 4. Médias, Desvios-Padrão e Teste t de m , SumY e SumT na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio, na Normatização Brasileira e na Norte-Americana	74
Tabela 5 Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Processamento	81
Tabela 6. Nível de Aspiração e Recursos para os Tipos de Vivência Introversivo, Ambigüal e Extratensivo	84
Tabela 7. Médias, Desvios-Padrão e Teste t das Variáveis de Qualidade Evolutiva na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio, na Normatização Brasileira e na Norte-Americana	86
Tabela 8. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Mediação	89
Tabela 9. Médias, Desvios-Padrão e Teste t de XA%, WDA%, X+%, Xu% e X-% na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio na Normatização Brasileira e na Norte-Americana	91
Tabela 10. Médias, Desvios-Padrão e Teste t de FQ+, FQo, FQu, FQ- e FQ _{none} na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio, na Normatização Brasileira e na Norte-Americana	94
Tabela 11. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Ideação	102
Tabela 12. Médias, Desvios-Padrão e Teste t de Sum6, WSum6 e da Soma dos Códigos Especiais Críticos de Nível 2 na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio, na Normatização Brasileira e na Norte-Americana	108

Tabela 13. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Afetos	111
Tabela 14. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento da Autopercepção	121
Tabela 15. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Percepção Interpessoal	127
Tabela 16. Estatísticas Descritivas das Variáveis dos Agrupamentos de Autopercepção e Percepção Interpessoal	135
Tabela 17. Distribuição das Frequências de Pacientes em Risco de Suicídio conforme suas Médias na S-CON soma	143
Tabela 18. Frequência das Assertivas da S-CON dentre os Pacientes em Risco de Suicídio	145
Tabela 19. Frequência de Casos Positivos para os Diversos Índices Especiais dentre Pacientes em Risco de Suicídio e Correlações desses Índices com a S-CON	148

Lista de Figuras

Figura 1. Frequência dos Tipos de Vivência dos Pacientes Avaliados	60
Figura 2. Qualidade Formal de M para Pacientes em Risco de Suicídio, a Normatização Brasileira e a Norte-Americana	67
Figura 3. Média de Indicadores da Qualidade do Uso da Cor para Pacientes em Risco de Suicídio, Normatização Brasileira e Norte-Americana	69
Figura 4. Médias Referentes às Respostas de Conteúdo Humano em Pacientes em Risco de Suicídio, na Normatização Brasileira e na Norte-Americana	137
Figura 5. Histograma das Frequências de Pacientes em Risco de Suicídio conforme suas Médias na S-CON soma	142

Lista de Anexos

Anexo A. Modelo de Contato Telefônico	164
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	165
Anexo C. Questionário Sociodemográfico	166
Anexo D. Estatísticas Descritivas dos 40 Pacientes em Risco de Suicídio	168

Resumo

O suicídio é um fenômeno complexo que exige intervenção qualificada dos profissionais de saúde visando minimizar os efeitos das condições que evocam sofrimento psíquico grave e os impulsos autodestrutivos associados. Este estudo objetivou descrever a diversidade de configurações psicológicas e psicopatológicas em um grupo de pacientes em risco de suicídio, utilizando o Método de Rorschach pelo Sistema Compreensivo. Foram avaliados 40 pacientes com ideação suicida atual grave ou tentativa de suicídio até 30 dias antes da avaliação. Os resultados indicaram significativas dificuldades psicológicas. Apontaram uma capacidade limitada de controle do estresse devido a restrita qualidade dos recursos e estados de sobrecarga afetiva e ideacional que dificultam a manutenção ou recuperação do equilíbrio psicológico. Evidenciaram também prejuízos cognitivos extensivos no processamento de informação, tradução e conceitualização de estímulos. Estes fatores conduzem a falhas significativas no reconhecimento da realidade e a problemas de comunicação entre o sujeito e seu meio. Afetos desorganizados estavam marcados pela impulsividade, emoções dolorosas e constrição afetiva, favorecendo condições de sofrimento e descontrole emocional. A autopercepção e percepção interpessoal estavam baseadas em conceitos negativos e pessimistas de si e dos outros e determinavam expectativas ruins e desprazerosas sobre os contatos interpessoais e o futuro em geral. Esses resultados revelaram um quadro de risco, caracterizado por configurações psicopatológicas com déficits na estruturação da personalidade e reduzida capacidade de enfrentamento das demandas cotidianas. Finalmente, esta pesquisa teceu considerações acerca de recomendações psicoterapêuticas no trabalho com pacientes em risco de suicídio.

Palavras-Chave: Método de Rorschach, suicídio, fatores de risco, psicopatologia, intervenção em crise.

Abstract

Suicide is a complex phenomenon. It demands qualified interventions from health professionals to minimize the effects of the conditions that evoke psychic suffering and associated self-destructive impulses. The objective of this study was to describe the diversity of psychological and psychopathological configurations within a group of suicide risk patients, using the Rorschach's Comprehensive System. Forty patients with serious current suicide ideation or a suicide attempt within 30 days were evaluated. The results indicated significant psychological difficulties. They revealed a limited capacity of stress control due to restricted quality of resources and overwhelming affective and ideational states that hinder the maintenance or recovery of psychological balance. There were also extensive cognitive impairments regarding information processing, translation and conceptualization of stimuli. These factors lead to significant failures in recognizing reality and to communication problems between the subject and others. Disorganized affects were marked by impulsivity, painful emotions and affective constriction, fostering suffering conditions and emotional lack of control. Self-perception and interpersonal perception were based on negative and pessimistic concepts of self and others which determine bad and unpleasant expectations about interpersonal contacts and the future in general. These results revealed a picture of risk characterized by psychopathological configurations with deficits in personality structure and reduced capacity of coping with daily demands. Finally, this research offered considerations regarding psychotherapeutical recommendations for the treatment of patients with suicide risk.

Key words: Rorschach Method, suicide, risk factors, psychopathology, crisis intervention.

Apresentação

Este é um trabalho descritivo, desenvolvido sob a pretensão de incrementar os conhecimentos atuais acerca da utilização do Método de Rorschach, contribuindo para difundir a técnica, seu imenso valor na avaliação psicológica e prestando apoio para uma compreensão deste recurso aplicado a um contexto clínico específico. Além disso, trata-se de um esforço em busca de informar os dados alcançados através da avaliação psicológica de pacientes sob condições de risco de suicídio, ou seja, é uma iniciativa em busca de fornecer novos subsídios às intervenções de profissionais que atuam em serviços de saúde mental com pessoas em sofrimento psíquico grave, uma tarefa complexa, que exige empenho, estudo e dedicação. Sua demanda surgiu a partir da aplicação da técnica junto ao Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio do Laboratório de Saúde Mental e Cultura que estabelece duas frentes de trabalho na Intervenção em Crise com pessoas em risco de suicídio. A primeira, em parceria com o Decanato de Assuntos Comunitários da Universidade de Brasília (DAC/UnB), pelo Programa de Saúde Integral do Universitário, oferece um serviço de apoio psicológico a estudantes universitários em condições críticas de sofrimento psíquico. A segunda, trata de uma parceria com o Hospital São Vicente de Paula (HSVP/SES-DF), uma instituição de referência em saúde mental do Distrito Federal, no acolhimento de pacientes internados emergencialmente por tentativa ou ameaça grave de suicídio. Nestas parcerias, o Método de Rorschach é reconhecido por prestar um entendimento da organização funcional e estrutural dessas pessoas em situação de risco, convocando, então, a um aprofundamento acerca da inter-relação entre este instrumento e o universo psicológico de indivíduos em crise.

Estas são, portanto, as funções e intenções deste estudo, construído, deste modo, em busca de fornecer uma compreensão aprofundada e de apoio, direto ou indireto, para um

amplo número de pessoas, sejam profissionais ou pacientes. Assim, será descrita a seguir, a estrutura de organização deste estudo.

O Capítulo I introduz os principais conceitos norteadores deste trabalho e aponta o cenário de utilização da avaliação psicológica e do Método de Rorschach. Deste modo, são apresentadas as definições de suicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida, além de pontuadas a importância da avaliação psicológica, sua utilidade na avaliação do risco suicida, bem como as vinculações do Método de Rorschach com a avaliação de pacientes em crise.

O Capítulo II, de Método, descreve as condições de desenvolvimento deste estudo, enumerando suas fases, as características e critérios de seleção de sujeitos, os materiais utilizados, os procedimentos de coleta de dados e os procedimentos referentes à análise de dados. Permite, portanto, conhecer o modo específico pelo qual essa pesquisa foi organizada em busca de alcançar seus intentos.

O Capítulo III inicia a apresentação dos resultados e discussão acerca das informações obtidas na aplicação do Método de Rorschach a um grupo de pacientes em condições de risco suicida. No caso, fez-se a opção por esta apresentação conjunta devido ao amplo número de dados conseguidos, que tornariam prolixa e desnecessariamente extensa a ordenação destes pontos em separado.

Finalmente, o Capítulo IV traça conclusões acerca das informações obtidas pela avaliação psicológica dos pacientes, oferecendo indicações clínicas e enumerando as limitações metodológicas encontradas ao longo da realização desta pesquisa. São feitas, assim, as últimas considerações acerca do encontrado e da experiência de desenvolvimento de todo este trabalho.

CAPÍTULO I

Do Sofrimento Psíquico Grave ao Suicídio – definições

Entre o nascimento e a morte o ser humano está destinado a vivenciar experiências que suscitam os mais diversos tipos de emoções, sendo que sentimentos de desesperança são comuns a todos. Ainda assim, a intensidade e a constância com que este tipo de afeto surge pode evidenciar a presença de um sofrimento psíquico grave, estado que exige intervenção rápida e qualificada, já que, motivados por sintomas permanentes como o humor disfórico, é usual que muitos desses sujeitos partam para medidas extremas e desesperadas, tomando o suicídio como um modo de finalizar a dor ou o drama existencial em que se percebem.

O suicídio figura na atualidade como uma das principais causas de morte no mundo. Seus números são crescentes, seguem alarmando as autoridades e convocando à realização de pesquisas interessadas em desvelar a complexidade destrutiva deste fenômeno. O impacto que este tipo de ocorrência exerce sobre a família e a sociedade é imensurável, visto que suas conseqüências permanecem por um longo tempo e alcançando um largo número de pessoas (Volpe, Corrêa & Barrero, 2006).

Durkheim (1897/1977) em um clássico trabalho dedicado ao tema, define:

chama-se suicídio todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado (p.12).

Corrêa e Barrero (2006, p.31) também atribuem a Durkheim a definição de tentativa de suicídio como “uma conduta que não tem um desenlace fatal, incluindo qualquer dano auto-infligido executado deliberadamente”.

Vários outros estudiosos sustentam essa mesma concepção, que ressalta a importância da intencionalidade do sujeito ativo no processo (OMS, 2001, citada por Almeida & Fernandes, 2006; Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Silva & Boemer, 2004). Por outro lado, o esforço de conceituar o suicídio envolve muito desacordo e deve-se estar alerta para o fato de que discutir as intenções da pessoa que se mata pode representar uma grande dificuldade, tendo em vista a diversidade de sujeitos que se envolvem em tais condutas e a ampla variedade de seus comportamentos e motivações (Lester & Lester, 1971). Sob este ponto de vista, Corrêa e Barrero (2006), sintetizam a própria posição afirmando que além da intenção de morrer, um outro ponto central para a compreensão do suicídio envolve o uso de um método que o indivíduo acredita ser realmente letal. Desta forma, não figuram como suicidas pessoas que ignoram os riscos de um método específico (crianças que brincam com armas) ou aquelas que agem conforme crenças delirantes (acreditam que podem voar ou que são imortais).

A ideação suicida, por sua vez, foi descrita pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH) como um dos componentes que integram uma tríade, junto com as tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito, capazes de classificar o comportamento suicida. Também de conceitualização controversa, a ideação suicida inclui os desejos, pensamentos e planos de morte. Pode ser classificada em nula, baixa, média ou elevada (ou ainda, grave), sendo que, o último grau, mais perigoso, compreende as circunstâncias nas quais o paciente necessita de proteção constante por conta de nítida, e eventualmente declarada, intenção de auto-extermínio. Estes pacientes usualmente demonstram possuir um planejamento para se matar, com a efetivação da escolha de um método, lugar, momento, organização de rituais de despedida (encerramento de contas bancárias, entrega de senhas, redação de cartas e mensagens de despedida) ou mesmo com a tomada de precauções para que não sejam descobertos (Corrêa & Barrero, 2006).

Em busca de uma intervenção em favor de todos os que se encontram neste estado de profundo sofrimento psíquico vários são os grupos profissionais chamados a atuar. Considerando a complexidade do fenômeno do suicídio e concebendo-o como um problema de saúde pública, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000a) fala da necessidade de serem construídas correntes que englobem um largo número de pessoas interessadas em modificar este cenário, incluindo educadores, agentes sociais, governantes, legisladores, comunicadores, famílias, comunidades e profissionais de saúde.

Sob esta convocação, serviços de Psicologia têm se organizado de modo a realizar funções diversas. Existem na atualidade, grupos dedicados à realização de trabalhos preventivos, que se dirigem a escolas, universidades, serviços médicos e centros comunitários com o objetivo de focalizar e minimizar riscos e vulnerabilidades. Além desses, há ainda psicólogos concentrados em projetos de intervenção em crise, assumindo medidas terapêuticas essenciais em relação à pacientes com ideação manifesta, seus familiares ou sobreviventes em luto por um suicida.

Uma outra frente para a qual psicólogos têm se dirigido envolve a avaliação psicodiagnóstica, realizada através de instrumentos capazes de uma detecção precoce do risco e de casos nos quais figuram quadros psicopatológicos, estas últimas, condições associadas à cerca de 90% dos casos de suicídio (Prieto & Tavares, 2005; Tavares, 2005). Tem-se que, através de tais recursos é possível identificar aspectos que o paciente muitas vezes é incapaz de conhecer ou falar de modo consciente e claro, como seus níveis de ansiedade, estresse, frustração e auto-estima, além de alcançar fatores adaptativos que podem ser bastante úteis a todo o tratamento.

A Importância do Processo de Avaliação Psicológica

O exercício profissional em saúde mental envolve questões complexas e exige um posicionamento difícil por parte da equipe já que, apesar das duras limitações desta área, é

necessária a realização de um diagnóstico eficiente para o adequado planejamento do tratamento. Este tipo de ação pode ser tomada como um desafio, mas o serviço de Psicologia possui recursos úteis nesse processo. Valendo-se de variadas técnicas psicodiagnósticas é possível compreender traços característicos da personalidade do paciente, determinando seus níveis de ansiedade, a amplitude dos desajustes cognitivos, entre outros fatores, considerando, principalmente, o modo como tais questões interagem dinamicamente.

A avaliação psicológica pode ser entendida como uma estratégia de atuação segundo a qual se consegue uma descrição mais completa acerca da personalidade do paciente. Além disso, o emprego de técnicas psicodiagnósticas pode ser útil por facilitar a comunicação do psicólogo com pacientes mais resistentes, com dificuldades para conversar espontaneamente sobre sua vida, já que o caráter lúdico de algumas tarefas propostas favorecem uma interação menos controlada racionalmente (Ocampo & Arzeno, 1981; Arzeno, 1991).

De modo geral, a grande vantagem da avaliação psicológica envolve sua capacidade de fornecer informações adicionais relevantes às conseguidas pela equipe multidisciplinar, já que os resultados obtidos com a avaliação somados à compreensão que se possui sobre a vida pregressa e atual do paciente, auxiliam no esclarecimento das hipóteses levantadas pelo grupo profissional e permitem reconhecer o que ocorre com este sujeito além do que ele mesmo é capaz de relatar conscientemente ou do que se pode observar diretamente.

Por outro lado, deve-se estar atento que a construção desses mesmos métodos psicodiagnósticos exige pesquisa. Ao se fazer opção por uma técnica, entende-se que sua capacidade de identificar um diagnóstico remete a um esforço prévio no sentido de determinar os traços que se quer avaliar, bem como o modo como estes se manifestam no

instrumento, contribuindo, enfim, para a estruturação de um perfil clínico referente à clientela alvo.

Este tipo de esforço permite a análise e síntese do funcionamento humano e de seus processos psíquicos à luz do conhecimento da Psicologia. Seu objetivo primordial de investigação deve ser o de beneficiar as pessoas envolvidas no processo, promovendo a saúde e o desenvolvimento psíquico dos indivíduos e da sociedade como um todo. Tal prática ainda não se encontra totalmente difundida no Brasil e uma série de graves problemas no exercício da avaliação psicológica já foram identificados (Noronha et al., 2003).

Esse cenário configura limitação importante para a área e reforça opiniões distorcidas a seu respeito por aqueles que desconhecem os esforços de pesquisadores brasileiros, de praticamente todas as regiões do país, empenhados em alterar esta situação por meio de pesquisas coerentes e metodologicamente bem fundamentadas. As conquistas se concretizam aos poucos e ainda não são plenas, porém, esse retrospecto evidencia a necessidade de novos estudos, úteis na tarefa de consolidação da avaliação psicológica no conhecimento científico bem como na definição de seu valor perante os diversos profissionais da área de saúde. Neste caminho, insere-se também o Método de Rorschach que, apesar de ter seu valor reconhecido na comunidade científica, também deve se basear em uma busca constante por revisão, renovação e aprimoramento.

As Técnicas Psicodiagnósticas na Avaliação do Suicídio

Como mencionado, a avaliação psicológica guarda relevância por sua capacidade em alcançar características únicas de cada examinando, definindo traços de personalidade, estratégias cognitivas mais utilizadas e o modo usual de enfrentamento das situações cotidianas. Inerente a este percurso, a avaliação de intenção e risco de suicídio também é possível e tem assumido grande relevância pelo auxílio que presta ao planejamento do

tratamento de pacientes acolhidos em instituições de promoção de saúde mental, já que neste contexto, os instrumentos psicodiagnósticos se destacam não somente por permitirem a verificação de condições nas quais figuram intenções suicidas, mas também por muitas vezes serem capazes de estimar a gravidade destas. Além disso, também é possível identificar tendências suicidas em situações nas quais o paciente se esquivava de tratar de modo objetivo acerca de suas motivações ou quando não manifesta indícios explícitos de intencionalidade mórbida. Assim, as vantagens de tais recursos se estendem já que estes fornecem dados importantes acerca das particularidades de cada sujeito, a consideração personalizada de suas experiências, o reconhecimento de seus pontos fracos e fortes, bem como a compreensão do modo como todos esses fatores interagem na determinação de seu desejo de auto-aniquilamento.

Reconhecer a ideação suicida de modo eficiente permite ainda que providências imediatas sejam tomadas em busca de minimizar os riscos e proteger o sujeito e sua rede social. Dentre estas providências pode ser necessário contactar a família e informá-la da situação, recomendar que uma pessoa se responsabilize pela administração de medicamentos, aconselhar a remoção do sujeito para habitações térreas e, até mesmo, indicar sua internação quando o caso exigir maiores cuidados.

De modo geral, para a realização destas avaliações, o psicólogo se utiliza de um amplo número de técnicas, mas encontra maior fonte de apoio nas entrevistas e no uso de diversos instrumentos e procedimentos, reconhecidos pela capacidade de detectar com segurança sintomas, traços de personalidade ou diagnósticos. Dentre os recursos desta categoria figura o Método de Rorschach, reconhecido por alcançar pontos profundos da personalidade dos sujeitos, demarcando o modo como estes fatores interagem e determinam o funcionamento dinâmico dos indivíduos. Estas informações são bastante valiosas já que permitem que os clínicos antecipem as necessidades imediatas de seus

pacientes, selecionando os tratamentos que parecem mais adequados a cada caso (Huprich & Ganellen, 2006). A seguir são enumeradas importantes características do Método de Rorschach considerando a tarefa psicodiagnóstica de sujeitos em sofrimento psíquico grave e sob risco de suicídio.

O Método de Rorschach na Avaliação de Pacientes com Ideação Suicida

O Método de Rorschach é considerado um instrumento psicológico de grande potencial e, por isso, se destaca como uma das técnicas mais utilizadas no contexto clínico e uma das mais pesquisadas em relação ao tema do suicídio (Huprich & Ganellen, 2006). Isto se dá, sobretudo, por conta de seu caráter amplo que permite avaliar o sujeito em sua dinâmica suicida, definindo traços de personalidade, o funcionamento de suas condições intelectuais, afetivas e emocionais, níveis de aspiração, impulsos, capacidade de suportar frustrações, gerenciamento do estresse, integração ao grupo, presença de ansiedade ou depressão e inúmeros elementos adicionais, que eventualmente podem nem mesmo ser reconhecidos pelo indivíduo (Vaz, 1997; Exner, 2003).

Estruturalmente a técnica consiste em um jogo de dez pranchas e em cada uma figura uma mancha de tinta, desestruturada, ambígua, sem forma específica. Ao sujeito, cabe dizer o que elas lhe parecem e explicar os fatores que influenciaram em sua percepção, sendo que por não saber o quê ou como está sendo avaliado, é minimizado o impacto de intenções de simulação ou controle racional (Coelho, 1975; Anzieu, 1986; Exner, 2003).

Tal forma de condução da aplicação do Método de Rorschach e a profundidade do material clínico que se torna acessível são próprios de instrumentos estruturados sobre uma natureza dupla: estatística e projetiva. Sendo assim, este tipo de recurso destaca-se, por ir além do mero reconhecimento de traços isolados, permitindo alcançar pontos bastante particulares da estrutura e dinâmica de cada sujeito, oferecendo uma configuração

complexa que se aproxima mais da experiência subjetiva quando comparada aos dados normativos relativos aos grupos amostrais. Ou seja, de modo diverso de outras técnicas, não busca simplesmente categorizar a pessoa a partir de um grupo de outros indivíduos que estatisticamente representam suas características mais salientes, mas define o modo único pelo qual este sujeito se organiza psiquicamente, evidenciando como os traços encontrados se reúnem na determinação de condições afetivas, volitivas e comportamentais (Bishop, Martin, Constanza & Lane, 2000).

Além disso, sua importância também se liga ao fato de que pode ser aplicado em grupos distintos de pessoas, não importando o sexo, a raça, a escolaridade, as condições econômicas ou a etnia do examinando, fatores importantes quando é considerado que grande parte dos instrumentos de avaliação psicológica possui restrições de aplicação a pacientes de certos níveis socioeconômicos ou baixa escolaridade. De modo geral, o Método de Rorschach exige apenas que o sujeito tenha uma faixa etária mínima de cinco anos de idade, possua adequada capacidade de comunicação e acuidade visual. Adicionalmente, é salutar que esteja disposto à avaliação e com suas necessidades vitais básicas garantidas, ou seja, deve ter dormido bem, se alimentado, etc.

A utilização de fármacos por parte do paciente também não impede a avaliação. Os tratamentos medicamentosos, especialmente quando o indivíduo se estabiliza razoavelmente, apresentam uma influência limitada sobre a maioria dos indicadores do Método de Rorschach. Em grande parte das vezes, o diagnóstico também não demonstra exercer influência na avaliação, que pode ser realizada pelo Método de Rorschach mesmo em pacientes com interferências neurológicas e com perturbação ou desvio de conduta. Como exceção, indivíduos intoxicados ou em um estado de exacerbação aguda de sintomas (crise psicótica) podem ter seus resultados alterados, refletindo a presença de tal circunstância. Estas são outras vantagens que devem ser consideradas, visto que poucos

são os instrumentos capazes de avaliar psicologicamente sujeitos que estejam nestas condições (Vaz, 1997; Exner & Sendín, 1999).

Pelo exposto, reconhece-se que todas as possibilidades que a técnica oferece, o amplo alcance de seus resultados, dentre outras vantagens já delineadas, são vistas como fatores que tornam o instrumento em algo que capta com sucesso a profundidade das questões individuais envolvidas no fenômeno do suicídio, este também uma experiência complexa, multideterminada por fatores ambientais, econômicos, psicológicos, genéticos, sociais e familiares, entre outros pontos demarcados pela literatura (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Turecki, 1999; Bishop, et al., 2000; OMS, 2000b; Botega, Rapeli & Freitas, 2004).

Rorschach e Suicídio Hoje: a Constelação de Suicídio (S-CON)

O mais recente artigo em busca de revisar o que já foi produzido acerca da avaliação do risco de suicídio com o uso do Método de Rorschach foi publicado por Bishop et al. em 2000. Através de um retorno minucioso a várias obras, esses autores foram responsáveis por compilar e discutir inúmeros, diferentes, e muitas vezes contraditórios, sinais tidos como relevantes ao longo dos tempos na avaliação do risco e potencial suicida com a técnica. Assim, destacam que apesar da difícil tarefa que representa a compreensão de tudo o que já foi produzido nesta esfera, o Rorschach não deve ser entendido como clinicamente ineficiente para identificação de pacientes em risco de suicídio, afinal, mais do que interessados no potencial estatístico de cada indicador, deve-se estar atento para a riqueza clínica que o instrumento guarda.

No Brasil, o primeiro estudo envolvendo a avaliação do risco de suicídio com o Método de Rorschach foi desenvolvido por Isabel Adrados em 1983. Desde então, pouco esforço vem sendo realizado em busca de aprofundamento neste campo, sendo que alguns estudos de caso (Yazigi & Silva, 2004; Almeida & Fernandes, 2006; Santos & Vaz, 2006)

ou outros tipos de comunicação chegam aos congressos de avaliação psicológica enquanto boa parte dos trabalhos permanece restrito a construções em ambiente acadêmico como em defesas de mestrado ou doutorado que muitas vezes não são publicadas.

Como se percebe, o estudo do suicídio já conta com a iniciativa dos profissionais ligados à área de avaliação psicológica e dentre os estudos desenvolvidos, a Constelação de Suicídio (S-CON) de Exner (1986) tem se destacado como uma das configurações mais utilizadas. Exner e Wylie (1977, citados por Exner, 2005) realizaram um trabalho empírico através da análise de protocolos de 59 indivíduos que se mataram em um curto prazo, um máximo de 60 dias, após a avaliação com o instrumento. Tais exames foram submetidos a uma verificação computadorizada em busca de determinar todas as configurações de indicadores que apareciam em ao menos 30 dos protocolos considerados (Exner, 1986; Bishop et al., 2000). Como resultado, 11 itens destacaram-se como capazes de identificar os suicidas em meio a outros três grupos-controle (esquizofrênicos, depressivos em internação e não-pacientes) e dentre os indicadores figuravam perceptos de vista, semelhantes à idéia de transparência e corte seccional de Blatt e Ritzler (1974), bem como determinantes mistos de cor e sombreado, uma versão dos estudos de Appelbaum e Colson (1968, citados por Exner, 2005). Utilizando um ponto de corte de oito variáveis esta constelação foi responsável por identificar corretamente 44 dos 59 dos sujeitos que efetivaram suicídio (75%), 10 dos 50 depressivos (20%), seis dos esquizofrênicos (12%) e nenhum sujeito dentre os não-pacientes (Exner, 1986).

A partir da publicação deste índice especial denominado S-CON (Constelação de Suicídio), novos protocolos de sujeitos examinados segundo os mesmos critérios foram gradativamente incorporados ao banco de dados da pesquisa sendo que alguns anos mais tarde já havia disponível um total de 101 avaliações. Os novos protocolos incluíam 41 homens e 60 mulheres, com idades variando entre 19 e 55 anos em uma média

de aproximadamente 30 anos. Com base neste incremento da amostragem, a S-CON foi revisada e o critério referente ao Índice de Egocentrismo teve seus valores alterados de $<0,30$ ou $>0,40$ para $<0,31$ e $>0,44$. Além disso, à S-CON foi acrescida uma outra variável, $MOR>3$ e, deste modo a referida constelação passou a ser formada por 12 indicadores tidos como eficientes na detecção do risco de suicídio enquanto o ponto de corte foi mantido em oito variáveis. Esta versão mais recente da S-CON no Método de Rorschach, que abarca 12 critérios para avaliação de intenção suicida, ampliou seu potencial de identificação dos indivíduos em risco e hoje alcança cerca de 83% de correta avaliação destes, mas com uma taxa de falsos positivos de mais de 10% dentre grupos de pacientes depressivos (Exner, 1986; Bishop et al., 2000; Exner, 2003). Sobre os números referentes aos casos falsos negativos, por sua vez, Exner apresenta posições divergentes em dois de seus trabalhos. No mais antigo, de 1986, salienta que existe uma taxa de falsos negativos acima de 15% quando um ponto de corte de ao menos oito itens é utilizado na S-CON. Já na edição mais recente, de 2003, afirma que a taxa de falsos negativos é variável entre 20% e 25%.

De modo geral, com base nesses dados, Exner (2003) salienta que a S-CON não é infalível, mas protocolos com mais de oito itens positivos nesta constelação devem ser considerados com preocupação, tendo em vista a possibilidade de autodestruição por parte do paciente. Assim, observando a taxa de falsos negativos, mesmo em situações nas quais surgem menos de oito itens positivos, o examinador deve estar atento e ser cuidadoso ao afirmar que o risco de auto-extermínio não existe. Nestes casos, entrevistas com o paciente e seus familiares podem se mostrar estratégias eficientes para o alcance de uma conclusão segura.

Fowler, Piers, Hilsenroth, Holdwick e Padawer (2001), interessados pela S-CON, procuraram verificar a eficácia desta escala do Sistema Compreensivo a partir da avaliação

de um grupo de 104 pacientes hospitalizados, estes divididos em não-suicidas, parasuicidas ou indivíduos com tentativas altamente letais, a partir da presença e letalidade de tendências autodestrutivas. Os resultados demonstraram que um escore de sete ou mais itens positivos na S-CON são significativos para a identificação de sujeitos com alta probabilidade de se engajarem em comportamentos suicidas, ao contrário do que ocorre nos demais grupos. Para estes autores, o fato de que o agrupamento falha em acessar os sujeitos parasuicidas é útil para que se possa assumir a validade da escala. Assim, como conclusão, Fowler et al. (2001) afirmam que a S-CON mostrou grande associação com condutas reais de risco, ao invés de simplesmente apontar traços de impulsividade ou tendências autodestrutivas.

Apesar de originalmente estruturada sob um ponto de corte de oito indicadores, em situações particulares, seis ou sete itens da S-CON podem ser suficientes na indicação de pacientes suicidas. Tais quadros se darão, deste modo, quando seis variáveis forem positivas destacando-se dentre elas, as quatro primeiras ($FV+VF+V>2$; determinantes mistos de cor e sombreado > 0 ; $3r+(2)/R<0,31$ ou $>0,44$; $MOR>3$) ou quando houverem sete itens positivos, dentre eles, $MOR>3$ (Exner & Sendín, 1999; Nascimento, 2006). De modo geral, cada um dos critérios deste índice especial está associado a uma vulnerabilidade específica da população considerada e se destaca como componente de ao menos um dos agrupamentos do Sistema Compreensivo, conforme indicado na tabela 1.

Tabela 1. Critérios Diagnósticos da S-CON, Significados Diagnósticos e Agrupamentos de Pertencimento

Indicador	Significado diagnóstico	Agrupamento
$FV+VF+V+FD > 2$	introspecção dolorosa	autopercepção
Determinantes mistos de cor e sombreado	ambivalência afetiva	controles e afetos
$3r+(2)/R < 0,31$ ou $> 0,44$	autocentramento distorcido	autopercepção
$MOR > 3$	ideação mórbida	ideação e autopercepção
$Zd > +3,5$ ou $Zd < -3,5$	dificuldades cognitivas	processamento
$es > EA$	sobrecarga interna	controles
$CF+C > FC$	impulsividade	controles e afetos
$X+\% < 0,70\%$	inadequação perceptiva	mediação
$S > 3$	oposicionismo	mediação e afetos
$P < 3$ ou $P > 8$	convencionalidade desestruturada	mediação
$H \text{ pura} < 2$	imaturidade relacional	autopercepção e interpessoal
$R < 17$	motivação rebaixada	mediação

Essas variáveis, conjuntamente, são de grande importância clínica por demarcarem risco de suicídio considerável e devem ser sempre entendidas como partes de um funcionamento dinâmico, que integre as demais variáveis do Rorschach em um esforço por compreender a sua vinculação com estes na determinação de configurações mais amplas de conduta que se mostram problemáticas. Sob este ponto de vista, os índices da S-CON foram dispostos dentro dos agrupamentos aos quais estão conceitualmente vinculados como forma de facilitar a compreensão do impacto do desajuste no funcionamento e estruturação de personalidade do sujeito e mostrar a relevância que estes podem assumir na determinação do potencial suicida. Ou seja, a prática clínica requer que além da S-CON, outros recursos inerentes ao Método de Rorschach sejam utilizados como referência para se considerar o risco de suicídio e as vulnerabilidades do sujeito. Por exemplo, dentre os indicadores diversos, tem relevância o Índice de Depressão (DEPI), que agrupa uma série

de variáveis capazes de sinalizar uma forte possibilidade da presença de um transtorno de humor, categoria na qual são diagnosticados com alta frequência os pacientes com ideação suicida (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Freitas, Botega & Rapeli, 2004).

De qualquer modo, deve-se considerar que o Método de Rorschach possui mais de uma centena de outros indicadores e quatro outras constelações diagnósticas, indicativas de perturbações diversas. A forma como estas variáveis interagem, definem a maneira particular de funcionamento e o modo de estruturação do paciente, oferecendo uma configuração diagnóstica ampla e profunda, especificamente dirigida para a compreensão da singularidade do mundo psicológico do paciente, o que é essencial e para o planejamento de uma intervenção mais condizente com suas demandas e necessidades pessoais.

Agrupamentos do Método de Rorschach

Conforme citado, o Método de Rorschach possui uma imensa gama de indicadores capazes de traduzir traços de personalidade dos examinandos, a natureza psicológica determinante de boa parte de seus comportamentos, bem como dimensionar níveis de estresse e ansiedade, entre outros fatores. As respostas produzidas pela pessoa avaliada são transformadas em códigos que, por sua vez, podem ser organizados em diferentes agrupamentos conceituais que permitem esta compreensão da dinâmica, estrutura psíquica, entre outros aspectos subjetivos importantes.

Tendo em vista tais considerações, segue adiante, um resumo que procura esclarecer as peculiaridades de cada agrupamento, apontando suas definições e os traços típicos de personalidade que são capazes de mensurar. Além disso, também são apresentadas algumas das variáveis que se destacam em sua composição. Todos estes indicadores são aqui analisados sob a referência do Sistema Compreensivo, uma das escolas do Método de Rorschach cuja utilização é aceita no território brasileiro.

1. Controle do Estresse: é um agrupamento que diz respeito aos recursos que cada pessoa tem disponível para organizar e dirigir suas condutas e para enfrentar eventuais situações de aumento de pressão, desconforto e tensão (Exner & Sendín, 1999). Tratam-se de análises fundamentais diante da população alvo deste estudo e, para isso, os seguintes indicadores foram selecionados: EB, EBPer, EA, es, EA:es, eb, CDI (CDI soma¹ e CDI positivo²), nota D, AdjD, m, SumY, SumT, mistos de sombreados, mistos cor-sombreado, mistos com movimentos inanimados e/ou sombreados difusos e mistos de três ou mais determinantes.

O EB (Tipo de Vivência) representa um estilo básico de resposta, ou melhor, as estratégias mais comuns de cada pessoa para responder às diferentes situações. Indica uma forma habitual de ação, fator que torna previsível, de certo modo, aspectos variados da conduta do indivíduo (Exner & Sendín, 1999). É dado pela relação entre o número de M (movimentos humanos) e WSumC (Soma Ponderada de Respostas de Cor Cromática). Quando M é ao menos dois pontos maior que WSumC tem-se o estilo introversivo, que aponta um indivíduo ideacional, cuja influência das emoções é menor durante as tarefas de solução de problemas. Ao contrário, quando WSumC é ao menos dois pontos maior que M, tem-se o estilo extratensivo, marcadamente emocional e caracterizado pela mistura entre os afetos e os pensamentos nos processos decisórios e na execução de tarefas (Exner & Sendín, 1999). Tais tipos de vivência usualmente permitem a adequada resposta das pessoas às demandas sociais e, apesar de representarem padrões de conduta, mostram-se estratégias flexíveis, modificáveis conforme a inserção de novas exigências.

¹ O CDI soma é uma variável criada com finalidade didática nesta pesquisa para permitir uma análise mais profunda das constelações do Sistema Compreensivo e, comungando deste objetivo foram criados outros indicadores como HVI soma, OBS soma, DEPI soma, PTI soma e S-CON soma. Tais índices aludem à soma total de assertivas assinaladas positivas dentro de cada uma das constelações a que se referem para os sujeitos avaliados e consequentemente para a amostra de pacientes em risco suicida.

² O CDI positivo é também uma variável criada neste estudo para permitir um aprofundamento nas considerações acerca das constelações, sendo que sob este mesmo objetivo destacam-se outras variáveis próprias a esta pesquisa como HVI positivo, OBS positivo, DEPI positivo, PTI positivo e S-CON positivo. Estes índices referem-se à frequência de pessoas cuja constelação foi assinalada positiva.

Os demais tipos de vivência, por sua vez, foram considerados neste estudo como problemáticos já que trazem prejuízos para esta mesma adaptação e não garantem a eficiência prática das ações. Se M é igual a $WSumC$ ou quando existe uma diferença menor que dois pontos entre ambas as variáveis, tem-se o estilo ambigüal, caracterizado por indivíduos mais vacilantes, com menor coerência interna e que oscilam nas estratégias de resolução de problemas. Caso a soma de M e $WSumC$ for menor que quatro, há poucos elementos para assegurar uma estratégia usual de ação, sendo que, neste caso, não é possível definir um estilo de funcionamento (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

Dentre os estilos introversivo e extratensivo, já mencionados, existe ainda a possibilidade de que suas características sejam tão marcantes e intensas definindo estratégias rígidas de ação. Tal condição é dada a partir da existência de um $EBPer$ igual ou maior que 2,5 (Weiner, 2000). O $EBPer$ (EB Persistente) indica que a estratégia de enfrentamento definida pelo EB é considerada persistente, traduzindo um estilo pouco flexível nos processos decisórios (Exner & Sendín, 1999). Seu cálculo, realizado sob condições especiais³, dá-se através da divisão do maior lado do EB pelo menor lado e pode definir um estilo introversivo persistente ou um estilo extratensivo persistente. Sob estas condições tem-se uma redução na agilidade de adaptação a novas demandas e, como conseqüência, um obstáculo para a tolerância ao estresse.

Além de tudo isso, a análise do estilo de enfrentamento cotidiano dada através do EB pode ser influenciada ainda pelo valor de $Lambda$ (L), sendo que, quando este figura acima de 0,99 tem-se um indivíduo cuja personalidade é marcada por traços evitativos. Nesta situação tem-se uma forte tendência por parte do sujeito em simplificar a

³ Exner (2003, p. 151) ressalta que o $EBPer$ é calculado somente quando um estilo definido é indicado no EB , isto é, se o valor de EA é 10,0 ou menos, um dos lados do EB deve ser ao menos dois pontos maior que o outro lado; se o valor de EA é maior que 10,0, um dos lados do EB deve ser ao menos 2,5 pontos maior do que o outro. Além disso, o valor de EA deve ser de ao menos 4,0 enquanto o $Lambda$ deve ser menor que 1,0.

complexidade ou ambigüidade das situações, o que freqüentemente envolve experiências emocionais.

O EA (Experiência Efetiva) constitui um índice dos recursos disponíveis que o sujeito conta para iniciar condutas deliberadas. Deriva da soma de ambos os lados de EB, ou seja, M e WSumC. A média para adultos encontra-se entre 7 e 11, sendo que valores abaixo desta podem indicar maiores dificuldades para tomar decisões e colocá-las em prática (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

O es (Estimulação Sentida) é o índice bruto sobre a experiência de estimulação interna vivida pelo sujeito, calculado através da soma dos movimentos não-humanos com os determinantes de sombreado e cor acromática (FM+m+SumY+SumT+SumV+SumC'). Possui uma função muito útil de alerta, já que chama a atenção para a exigência de ações deliberadas diante da presença de sinais de estresse. Assim, a ausência de es não é tomada como positiva, já que falta para a pessoa sensibilidade acerca de suas próprias necessidades ou há uma extrema fragilidade para assumi-las. Por outro lado, seu aumento para acima de seis também sugere dificuldades já que demarca a existência de queixas diversas, como insônia, falta de concentração, desconforto emocional, solidão, autodesvalorização, entre outros (Exner, 1999; Exner & Sendín, 1999).

A relação EA:es é utilizada para comparar a medida dos recursos que o sujeito tem disponível para manejar situações de sobrecarga com o nível de demandas que demonstra estar vivenciando e, desta forma, esta é uma estratégia usada para verificar dificuldades de tolerar estresse. Além disso, esta relação se destaca como um dos itens da S-CON (critério 6) sempre que $es > EA$. Neste caso, o risco de suicídio é verificado quando há um aumento nas experiências de irritação, desconforto ou incômodo por parte do sujeito (es) em relação aos recursos que possui para manejar adequadamente este tipo de ocorrência (EA) (Exner & Sendín, 1999).

O eb (Experiência Base) é composto por indicadores que fazem referência à estimulação não deliberadamente iniciada e, assim, seu aumento acima dos recursos do sujeito provoca sensação de sobrecarga, predispondo-o a perdas de controle (Exner & Sendín, 1999). Trata-se de uma relação que compara todos os determinantes de movimento não-humano (FM e m – movimento animal e movimento inanimado, respectivamente) com os determinantes de sombreado (SumY, SumT e SumV) e cor acromática (SumC'). O ideal é que o lado esquerdo do eb (dado por FM+m) seja o maior da relação ou corre-se o risco de um aumento de tensão dada pelo contato com sentimentos ansiogênicos, dolorosos e invasivos.

O CDI (Índice de Déficit Relacional) é uma constelação que reúne cinco condições, sendo que caso ao menos quatro destas sejam verdadeiras a escala é considerada positiva. Tal ocorrência revela dificuldades no manejo de variadas situações, com problemas na capacidade de controle e conseqüentes comportamentos similares aos manifestados em situações de sobrecarga. Nestes casos, a organização da personalidade é mais imatura e as pessoas se tornam vulneráveis, correndo sério risco de desorganização diante de situações mais complexas (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

A nota D relaciona-se com a tolerância ao estresse atual, os elementos de controle que a pessoa dispõe para lidar com tais eventos e pode determinar também os níveis de sobrecarga de um indivíduo. É dada pela subtração do es pelo EA, sendo que o resultado deve ser convertido através de uma tabela numérica própria para esta tarefa. Quando o resultado é negativo, tem-se uma situação problemática, que demarca sobrecarga e maior dificuldade de autocontrole diante de situações tensas (Exner & Sendín, 1999).

A AdjD (Nota D Corrigida ou Nota D Ajustada) é uma excelente variável acerca da capacidade do indivíduo para manter o controle e a direção das condutas em condições habituais, enquanto a nota D faz a mesma análise, mas considerando as condições atuais da

pessoa. Seu cálculo é obtido através da subtração de Adj es por EA, sendo que o resultado deve ser convertido na tabela de valores para a nota D. O resultado obtido então, quando menor que zero, possui implicações de uma sobrecarga de estresse persistente que compromete a capacidade de mobilização e organização de condutas adequadas para minimizar o impacto deste estado (Weiner, 2000).

Dentre essas variáveis associadas à presença de estressores, três sofrem a influência de fatores situacionais, condições que podem auxiliar na compreensão da relação entre uma sobrecarga de estresse crônico e um estado similar, porém induzido por eventos externos de maior tensão e pressão. São esses os indicadores: m, SumY e SumT.

O m (movimento inanimado) representa um tipo de atividade cognitiva não deliberada que implica em sentimentos de perda de controle que podem facilmente alterar ou corromper o curso do pensamento deliberado. Trata-se de uma variável transitória e, portanto, vinculado a situações específicas nas quais o sujeito experimenta um aumento de tensão. Quando o valor de m é igual a um, não parece haver comprometimento, pois, este tipo de ocorrência parece vinculada a um estado ansiogênico típico às situações de testagem. Por sua vez, caso este valor seja superior a um, tem-se uma situação mais difícil, em que o estresse situacionalmente determinado parece aumentado (Exner & Sendín, 1999).

Deste modo também ocorre com SumY (Soma de Sombreado Difuso) que pelas mesmas razões não pode ter seu valor acima de um. Este indicador encontra-se relacionado com as reações do indivíduo diante de situações externas que lhe criam mal-estar e tensão, demarcando o impacto de tais eventos sobre aspectos emocionais do indivíduo enquanto m aponta o impacto da sobrecarga situacional sobre o funcionamento cognitivo (Exner & Sendín, 1999).

A SumT (Soma de Sombreado Textura) é uma variável relacionada com a necessidade de proximidade e contato emocional, sendo que o seu aumento também pode assinalar um desconforto psíquico determinado pelo impacto de uma perda afetiva recente. Deste modo, tal indicador pode figurar também como situacionalmente determinado (Exner & Sendín, 1999). Para a amostra norte-americana⁴, o valor de um para SumT é considerado referência de ajustamento, sendo que valores superiores podem evidenciar um estado de sobrecarga, determinado por sentimentos de solidão, abandono e tristeza ligados a uma experiência de perda recente (Exner & Sendín, 1999).

Os determinantes mistos, em suas diversas composições, também permitem acessar importantes dados sobre o gerenciamento do estresse. Quando formado pela ocorrência de mais de um tipo de sombreado ou pela simultânea verificação de sombreado com cor acromática pode se falar de uma situação complicada na qual se destacam a presença de afetos dolorosos e perturbadores (Exner & Sendín, 1999). Os mistos compostos por determinantes de cor cromática e sombreado traduzem conflitos e ambivalência afetiva por parte do sujeito, este potencialmente determinante de estresse situacional. Por essa característica, os mistos de cor e sombreado são critérios da S-CON sempre que verificados em um protocolo (critério 2 = Mistos de cor-sombreado >0) (Exner, 2003). As respostas compostas por determinantes mistos com movimentos inanimados e/ou sombreado difuso, por sua vez, assinalam um aumento da complexidade psicológica dada por conta de uma sobrecarga situacionalmente determinada, da mesma forma que pode ocorrer usualmente com as respostas mistas formadas por três ou mais determinantes (Exner, 2003).

⁴ No Brasil, os valores normativos para SumT seguem sob investigação, sendo que alguns dados apontam para uma faixa normativa diferente em relação ao padrão considerado neste estudo. O mesmo acontece para outras variáveis, como o Lambda. Neste caso, a posição aqui adotada se justifica com base na necessidade de estudos mais aprofundados na construção de dados normativos para a população em questão.

2. Processamento: as variáveis que compõem este agrupamento determinam o modo pelo qual a pessoa avaliada integra as informações do meio no qual está inserida. Trata, portanto, dos processos de captação de dados, de coleta dos estímulos e permite acessar muitos elementos como motivação, economia cognitiva, mecanismos de defesa e preconceitos (Exner, 2003).

Dentre os itens que se destacam nesse agrupamento quando são considerados indivíduos com risco de suicídio, tem-se: L, HVI (HVI soma e HVI positivo), OBS (OBS soma e OBS positivo), Zf, Zd, W:M, PSV e DQ (DQ+, DQo, DQv/+, DQv).

O L (Lambda) diz respeito à abertura para as experiências e consiste no modo como as pessoas usualmente lidam com a complexidade das situações cotidianas. É calculado através da divisão de todas as ocorrências com determinante de forma pura (F) dados em um protocolo pelas demais respostas (R-F). Sua média encontra-se entre 0,30 e 0,99 para adultos, sendo que, diante de valores acima desta faixa, tem-se uma pessoa super-simplificadora, que utiliza muito do controle intelectual, evitando processar emoções e absorver a complexidade dos eventos. Em um pólo oposto, quando rebaixado, tem-se um indivíduo que não simplifica suas percepções em grau adequado, podendo ser mais facilmente invadido pela estimulação emocional (Exner & Sendín, 1999; Weiner, 2000).

O HVI (Índice de Hipervigilância) é uma outra constelação própria ao Sistema Compreensivo e é composto por oito assertivas, sendo que a primeira deve ser verdadeira para que as demais sejam submetidas a análise. Assim, este índice só é considerado positivo quando a condição 1 (SumT=0) é verdadeira, bem como ao menos quatro dos demais itens. Sua presença indica um estado de alerta contínuo por parte do indivíduo, que gasta parte considerável de sua energia nessa tarefa, incapaz de relaxar (Exner & Sendín, 1999).

O OBS (Índice de Estilo Obsessivo) é um índice especial composto por nove condições, sendo que as quatro primeiras são uma referência essencial na consideração das demais. A constelação é positiva quando ao menos um dentre os cinco últimos itens é verdadeiro e, neste caso, tem-se um sujeito com uma tendência marcada ao perfeccionismo, com excessiva preocupação em não falhar (Exner & Sendín, 1999).

A Zf (Frequência de Z) é uma variável que assinala o esforço criativo do sujeito. Isso se dá porque este indicador demarca as relações significativas que foram criadas entre os elementos do campo de estímulos desestruturado. É calculado através da contagem do número de vezes que foram dadas respostas com algum tipo de nota Z que, por sua vez, relaciona-se com a atividade ou esforço organizativo realizado pelo sujeito durante a tarefa de produção de respostas. O valor médio de Zf situa-se entre 9 e 13, sendo que contagens abaixo desta média são problemáticas por indicarem pouca capacidade cognitiva, ou ainda, escasso nível de motivação e iniciativa. Por outro lado, valores acima da média não representam qualquer tipo de desajuste (Exner & Sendín, 1999).

O Zd (Eficiência do Processamento) assinala a precisão das atividades de coleta e codificação informativas determinando a capacidade de registrar os elementos mais importantes de um campo de estímulos sem o apego a aspectos de menor importância. Zd é definida como uma nota diferencial obtida pela subtração da nota Zest (estimada em uma tabela a partir do número de ocorrências de Z) por ZSum (que é dada pelo resultado da soma de todas as notas Z de um protocolo). Sua média está em torno de zero, mas aceita variações entre +3 e -3. Assim sendo, valores acima de +3 definem um estilo hiperincorporador de processamento, sendo que este faz referência a indivíduos muito meticulosos na análise das informações, que temem falhas, despendem muito tempo e energia nas tarefas de sondagem, recolhem um número elevado de informações, mas podem ter maiores dificuldades para organizá-las e tomar decisões com os dados que

possui. Já os valores abaixo de -3 determinam um estilo hipoincorporador por parte do sujeito em suas atividades exploratórias e isso aponta para um exame pouco cuidadoso dos estímulos, com uma sondagem apressada e insuficiente, com conseqüente déficit no recolhimento de dados. Além disso, sempre que $Z_d > +3,5$ ou $< -3,5$ tem-se uma situação crítica da S-CON (critério 5) e, nestas condições, são apontados prejuízos na coleta e codificação das informações, sendo que uma baixa eficiência torna o sujeito mais suscetível a erros, e portanto, aumenta as experiências de frustração. No pólo oposto, tem-se indivíduos perfeccionistas, que temem exageradamente cometer erros, sendo que este mesmo temor funciona como bloqueio a sua tomada de decisão (Exner & Sendín, 1999).

W:M (Índice de Aspiração) é uma relação na qual ambas as variáveis relacionam-se com o esforço ou a motivação que entram em pauta durante o processamento de informação, sendo que W representa a ambição intelectual do indivíduo e M encontra-se vinculado às suas capacidades criadoras. O ideal é que a proporção de W:M apareça em uma relação aproximada de 2:1, sendo que, o aumento de W para além desta faixa aponta para um indivíduo com um elevado nível de aspirações, acima de suas capacidades atuais. Por outro lado, o aumento de M evidencia uma pessoa conservadora, que se propõe metas inferiores em relação aos recursos que possui (Exner & Sendín, 1999).

PSV (Perseveração) é um indicador que sugere problemas na eficiência do processamento já que traduz estratégias de ação baseadas na reprodução de esquemas previamente utilizados. Sua ocorrência pode se dar de três maneiras: a perseveração em um mesmo cartão, quando consecutivamente são produzidas respostas com a mesma localização, qualidade evolutiva, determinantes, qualidade formal, conteúdo e nota Z, fator que torna a codificação das duas respostas na mesma prancha praticamente ou absolutamente idênticas; a perseveração de conteúdo, formada por respostas nas quais o sujeito identifica o objeto como sendo exatamente o mesmo visto previamente; e a

perseveração mecânica, na qual o sujeito mecanicamente refere o mesmo objeto repetidamente (Exner, 1999). Foi classificado como problemático no presente estudo todo aparecimento de PSV.

As DQ (Qualidade Evolutiva) assinaladas como DQ+, DQo, DQv/+ e DQv, representam a forma segundo a qual o indivíduo trabalha cognitivamente e se relacionam diretamente com o nível de desenvolvimento intelectual e a capacidade de realizar operações de análise e síntese no campo de estímulos, atribuindo-lhe relações significativas. A DQ+ representa a forma mais sofisticada de funcionamento e elaboração cognitiva, pois evidencia os esforços do sujeito em realizar elaborações mais complexas dentro da tarefa proposta na avaliação com o Rorschach. O esperado é que cada protocolo apresente ao menos cinco respostas com este tipo de qualidade evolutiva ou será possível perceber um funcionamento mais conservador e econômico por parte do examinando, sendo considerado, por vezes, até mesmo evitativo (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

A DQo, por sua vez, refere-se à forma mais freqüente de qualidade evolutiva e reflete um funcionamento adequado, sem grandes gastos energéticos ou esforço criativo, mas adaptado às propostas da tarefa (Exner & Sendín, 1999). O ideal é que sejam encontradas ao menos dez ocorrências deste indicador em um protocolo.

A DQv/+ traduz uma tendência do sujeito em assumir níveis mais sofisticados de elaboração cognitiva, sendo que de algum modo, a obtenção desses encontra-se dificultada por problemas na eficácia final. Nestes casos, o indivíduo realiza um esforço maior nas suas tarefas, mas o resultado perde em qualidade, com sínteses de menor precisão. Diante deste tipo de variável o esperado é encontrar valores iguais a zero ou há o risco de um comprometimento da qualidade do processamento (Exner & Sendín, 1999).

A DQv é uma resposta com pouca análise e nenhum esforço de síntese entre os estímulos do Rorschach. Trata-se de uma forma de atividade cognitiva mais imatura e

pouco elaborada, revelando uma diminuição da eficiência cognitiva do sujeito. O esperado é que nenhum examinando produza mais de duas respostas deste tipo ou pode-se levantar a possibilidade de que este sujeito sofra com algum tipo de limitação (de ordem intelectual ou neurológica) ou tenha uma marcante tendência a evitar assumir compromissos (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

3. Mediação: as variáveis deste agrupamento permitem acessar o ajustamento perceptivo dos sujeitos, que regula a eficácia prática de suas condutas e a adequação do funcionamento destes conforme as exigências reais de diferentes situações (Exner & Sendín, 1999). No caso de pacientes em risco de suicídio os indicadores a seguir levantados destacam-se úteis na determinação de distorções das informações e de dados da realidade: R, XA%, WDA%, X+%, Xu%, X-%, FQ+, FQo, FQu, FQ-, FQ_{none}, P, S, S-, PTI (PTI soma e PTI critério) e OBS (OBS soma e OBS critério).

R (Número de Respostas) alude às capacidades produtivas dos indivíduos e dentro de mediação demarca condições favoráveis para a redução do impacto próprio a certos desajustes cognitivos. Dito de outro modo, os valores referentes à R permitem compreender a dimensão que determinadas limitações mediacionais terão sobre o ajustamento das pessoas. Este índice também se destaca como um componente crítico da S-CON sempre que menor que 17 (critério 12) e neste caso, aponta condições de risco que podem ser características de uma pessoa com limitações intelectuais, mais insegura, desconfiada, inibida nos contatos, defensiva ou, simplesmente, menos produtiva. Além disso, essa baixa produtividade pode estar vinculada ao rebaixamento da motivação por parte do sujeito, componente freqüentemente observado em quadros depressivos (Exner & Sendín, 1999).

XA% e WDA% (respectivamente, *Form Appropriate Extended* e *Form Appropriate – Common Areas*)⁵ informam acerca do modo com que as atividades próprias

⁵ Ambos os termos ainda não foram traduzidos em publicações nacionais.

à mediação têm influenciado os comportamentos e o ajustamento com que estes se dão diante dos mencionados processos. Em outras palavras, o objetivo é de verificar através destes indicadores, a proporção com que a mediação têm implicado em respostas ajustadas às diferentes situações. A razão para ambos os cálculos é que nenhum, tomado isoladamente, fornece informações suficientes sobre o uso apropriado da forma, mas eles comumente são satisfatórios quando analisados em conjunto (Exner, 2003).

O XA% inclui a proporção de todas as respostas no protocolo que tiveram um adequado manejo formal (Soma de FQ+, FQo e FQu dividido pelo número de respostas). WDA%, restringe o cálculo apenas àquelas respostas de localização W e D (Soma de todas as respostas com localização W e D com FQ+, FQo e FQu dividido pela soma de todas as respostas com localização W e D) (Exner, 2003).

Os valores para as duas variáveis são esperados alcançarem números substanciais e similares entre si, mas usualmente, o WDA% terá um valor mais alto. Isto ocorre porque o WDA% representa as respostas dadas às áreas mais óbvias da mancha. Assim, na maioria das situações o XA% será mais baixo que o WDA%, sendo que existem casos em que o oposto pode ocorrer. Sob estas considerações, tem-se como ideal valores para XA% estruturados em uma faixa acima de 0,77 e para WDA% acima de 0,80. Quando os valores para ambos os indicadores estiverem abaixo desta média há riscos de dificuldade mediacional, sendo que esta pode se mostrar mais organizada apenas diante de situações óbvias (Exner, 2003).

O X+% (Forma Convencional) mede o ajustamento convencional, ou seja, o quanto o sujeito é capaz de perceber os fatos como a maioria das pessoas. O cálculo de X+% se dá através da soma de todas as respostas de qualidade formal + (super-elaborada) e o (ordinária) dividindo o resultado obtido pelo total de respostas dadas. O esperado é que este indicador esteja entre 0,70 e 0,85, indicando que o funcionamento dos mencionados

processos se dão conforme ocorre com a maioria das pessoas (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003). Este índice é componente da S-CON sempre que menor que 0,70 (critério 8) e, nestas condições, quanto menor o seu valor, maior será o risco de incomunicabilidade e inadaptação por parte do paciente avaliado.

O Xu% (Forma Incomum) compreende a proporção de respostas que incluíram um uso incomum da forma, porém, ainda adequado. Revela traços muito particulares do sujeito avaliado nas quais não figuram distorções perceptivas e, tratando-se de um apego por respostas mais subjetivas e pessoais, que podem representar uma tendência a desconsiderar a convencionalidade (Exner, 2003). Seu cálculo se dá pela contagem de todas as respostas com qualidade formal u (incomum) e da sucessiva divisão do número obtido pelo total de respostas dadas na avaliação. O ideal é que o valor final conseguido situe-se em até 0,25. Caso o resultado conseguido esteja acima desta faixa, tem-se uma situação complicada já que pode ser notado um excessivo autocentramento por parte do indivíduo, que orienta suas percepções em função de suas necessidades pessoais, mostrando-se reticente em se conformar às convenções de certos dados (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

O X-% (Forma Distorcida) reflete as respostas mais afastadas do habitual, incluindo percepções muito individuais e pouco comuns e outras claramente distorcidas. Funciona como uma medida de afastamento do convencional e da adequação à realidade. Seu cálculo é feito através da contagem de todas as respostas de qualidade formal – (menos), sendo que o número obtido deve ser dividido pelo total de respostas dadas pelo sujeito. Entende-se como ideal um X-% menor que 0,15, sendo que valores acima dessa média já podem alertar o examinador para um moderado problema de disfunção mediacional (Exner, 2003).

As FQ+ (Respostas de Qualidade Formal Super-Elaborada) revelam os esforços do sujeito em busca de precisão, traduzindo maior empenho na tarefa e, por vezes, um melhor nível intelectual. Tratam-se de respostas na qual a forma é bem vista e sua descrição é mais rica e detalhada. Qualquer ocorrência maior que um deste indicador determina uma situação-problema, na qual o sujeito demonstra uma marcada orientação para ser preciso, com uma excessiva preocupação nos processos decisórios (Exner, 2003). As FQo (Respostas de Qualidade Formal Ordinária) refletem formas ajustadas de percepção sem um enriquecimento inusual, mas que tornam evidente a adequada capacidade elaborativa. As FQu (Respostas de Qualidade Formal Incomum) traduzem uma elaboração pouco comum, mas que ainda encontra adequação perceptiva. São formas de produção mais subjetivas e personalizadas, que diferem das respostas mais freqüentes na população, porém nestes casos não há desvios na formulação dos julgamentos. As FQ- (Respostas de Qualidade Formal Menos) refletem deslizamentos mediacionais significativos, cujo prejuízo traduz um contato com a realidade empobrecido e baseado em distorções (Exner, 2003). Enfim, as FQ_{none} (Respostas Sem Qualidade Formal) apontam para formas menos organizadas de conduta, na qual os mecanismos ideativos e os afetos se estruturam sobre um escasso controle, evidenciando a presença de emoções bastante intensas e atividades cognitivas pouco consistentes. Sua freqüência usualmente é nula na maioria dos protocolos e o aumento desta variável implica em dificuldades mediacionais dadas por essas formas menos estruturadas de funcionamento (Exner, 2003).

As P (Respostas Populares) representam uma informação crucial sobre a convencionalidade e a adequação perceptiva já que dizem respeito à responsividade aos estímulos mais óbvios. As informações desta variável são muito similares àquelas apontadas pelo indicador X+% e a análise de ambos pode ser, portanto, vista como complementar. A média de P situa-se entre 5 e 7 e, caso a sua freqüência se destaque

abaixo desse valor, tem-se uma pessoa que não compreende e responde aos eventos de modo similar à maioria das pessoas de seu meio, o que pode ocorrer por conta de limitações cognitivas ou mesmo por uma opção em dar respostas menos óbvias e típicas. Por outro lado, caso o número de P esteja acima da média citada, tem-se uma nova situação problemática, visto que o indivíduo apresenta um alto grau de convencionalidade, com excessiva submissão às convenções sociais (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003). P também pode ser destacado como um dos itens da S-CON sempre que >8 ou <3 (critério 10) já que estas condições demarcam, como dito, de um lado, sujeitos excessivamente submissos às expectativas sociais ou, de modo oposto, os que são pouco convencionais, seja por incapacidade intelectual ou por opção pessoal.

As respostas de localização S (Uso do Espaço em Branco) demarcam uma busca por independência e individualização, sendo que seu aumento para acima de dois é problemático por delinear um excessivo aumento de traços de negativismo, oposicionismo e a presença de sentimentos perturbadores como a raiva (Exner, 2003). Assim, sempre que este índice for maior que três tem-se uma situação crítica apontada pela S-CON (critério 9) já que há um situação marcada pelos traços problemáticos indicados. Além disso, o S- (Distorção do Espaço Branco) também diz respeito a dificuldades no ajustamento da mediação e informa sobre o grau com que as interferências emocionais podem estar distorcendo estes processos do indivíduo. Seu cálculo é feito através da contagem simples de todas as respostas de localização S com qualidade formal – (menos). Qualquer ocorrência de S- é problemática e reveladora de distorções associadas a dificuldades emocionais.

O PTI (Índice de Distorção de Percepção e Pensamento) também se destaca como uma das seis constelações do Sistema Compreensivo e identifica o risco de possíveis dificuldades de estabilidade da organização psíquica. Para tal, duas importantes atividades

psicológicas são avaliadas, o teste de realidade e a clareza ideacional. Esta escala é composta por cinco condições, sendo que atualmente não existe definição acerca de um ponto de corte, já que se entende que seus itens são críticos e devem ser analisados em conjunto, a partir de uma consideração cautelosa por parte do psicólogo examinador (Exner, 2005). Apesar de tal fato, foi considerado neste estudo que diante de três itens críticos verdadeiros, a escala seria classificada como positiva, indicando eventos e riscos psicológicos associados a uma significativa distorção da percepção e do pensamento.

O OBS (Índice de Estilo Obsessivo), já citado no agrupamento do processamento, também deve ser integrado na análise da mediação, afinal, caso positivo, sinaliza traços de perfeccionismo e um excessivo apego aos detalhes. Pessoas assim mostram-se muito cuidadosas com a tradução dos estímulos, demonstrando cautela e uma intensa necessidade de serem corretas ou convencionais (Exner, 2003).

4. Ideação: diz respeito às conceitualizações que o sujeito realiza a partir dos seus esforços de coleta (processamento) e tradução (mediação) das informações, aqui já discutidos. Trata-se da organização do pensamento em forma de símbolos ou conceitos, núcleos essenciais de todas as atividades psicológicas, da qual derivam as decisões e condutas deliberadas (Exner & Sendín, 1999). Assim sendo, dentro do presente agrupamento, foram considerados de destaque para os pacientes avaliados os seguintes indicadores: EB, EBPer, L, a:p, Ma:Mp, HVI (HVI soma e HVI critério), OBS (OBS soma e OBS critério), MOR, Índice de Intelectualização, Sum6 e WSum6.

As variáveis EB e L, mencionadas anteriormente, aludem a processos ideativos que usualmente influenciam nas características de personalidade e comportamentos das pessoas, estas classificadas a partir das informações de ambos os índices em questão como introversivos, extratensivos, ambíguos e evitativos. De modo complementar, o EBPer (EB Persistente), já apresentado no agrupamento do controle do estresse, diz respeito ao

predomínio de um estilo de EB na tomada de decisões, determinando um funcionamento que pode ser classificado como introversivo persistente ou extratensivo persistente. Dentro do presente agrupamento, o EBPer, quando existente e maior que 2,5, indica uma tendência exagerada do indivíduo em usar os mecanismos ideativos pela qual tem preferência na solução de todos os problemas que se lhe apresentem, ainda que esse estilo possa ser menos eficiente ou mesmo inapropriado para a circunstância em que se encontrar. Tal fato poderá comprometer de modo significativo a eficiência da pessoa na busca de soluções adequadas para seus problemas e influenciar a tomada de decisões (Exner, 1999; Exner & Sendín, 1999).

Assim como o EBPer, a relação a:p (Proporção ativo:passivo), dada pelo contagem total do número de movimentos ativos em comparação com os movimentos passivos, é um outro tipo de indicador capaz de traduzir uma flexibilidade ideativa limitada. Isto ocorre quando há um desequilíbrio entre os elementos que compõem o índice em questão, sendo que uma diferença de ao menos quatro pontos entre eles sugere essa rigidez cognitiva, com uma tendência ao pensamento dogmático e grande relutância para reavaliar e mudar suas próprias atitudes ou valores (Exner & Sendín, 1999).

A relação Ma:Mp (Proporção M ativo: M passivo) se refere às atitudes ideacionais do indivíduo quando utiliza o pensamento deliberado e entram em jogo as relações interpessoais. Dito de outra forma, essa relação expressa a ideação voluntariamente iniciada e o mundo relacional. É dada pela contagem de todas as respostas de movimento humano ativo em comparação com aquelas nas quais foi indicado um movimento humano passivo. O ideal é que Ma seja sempre maior que Mp e, caso a situação inversa ocorra, estaremos diante de um indicador capaz de revelar uma tendência a substituir a realidade pela fantasia durante a utilização do pensamento deliberado, sendo que este funcionamento se acentua face a situações estressantes. Tal traço será também uma outra forma de se

identificar uma posição de dependência do indivíduo em relação aos demais, já que esta atitude cognitiva quando usada traz implícita a idéia de que a solução dos problemas podem provir do ambiente de um modo mágico (Exner & Sendín, 1999).

O HVI, dentro do agrupamento da ideação, reflete um maior esforço e gasto energético por parte das pessoas para assegurar um estado defensivo de preparo e alerta, atitude esta determinada por sentimentos de desconfiança e negativismo em relação aos demais. O OBS, por sua vez, traduz uma tentativa de correção e funcionamento perfeito, exigindo também maior gasto energético e esforço ideativo para garantir a precisão cognitiva (Exner, 2003). Estas constelações também foram polarizadas em soma e critério dentro deste estudo, conforme justificado.

O MOR (Conteúdo Mórbido) está associado com atribuições desagradáveis que o indivíduo acrescenta ao estímulo, marcando um tom pessimista sobre sua ideação. Quando maior que dois este indicador determina uma situação conflituosa, na qual o sujeito demonstra possuir um pensamento fortemente disfórico, impregnado de preconceitos negativos em relação a seu futuro e que favorece o surgimento de estados depressivos (Exner & Sendín, 1999). Por essas características, MOR é também um dos indicadores presentes na S-CON sempre que surgir em uma frequência maior que três (critério 4).

O Índice de Intelectualização ($2AB+(Art+Ay)$) trata do esforço do sujeito para tentar neutralizar o efeito que as emoções produzem utilizando-se de processos cognitivos como estratégia de defesa. É dado de acordo com a fórmula destacada através da multiplicação por dois de todas as respostas com o código especial de conteúdo abstrato (AB) e da adição desse resultado à soma dos conteúdos de arte (Art) e antropologia (Ay). Quando o número final obtido for maior que cinco tem-se a utilização de uma forma de negação frágil, já que o indivíduo força a redução do impacto de seus afetos apegando-se a uma compreensão mais racional das situações (Exner & Sendín, 1999).

Os escores Sum6 (Soma dos Códigos Especiais Críticos) e WSum6 (Soma Ponderada dos Códigos Especiais Críticos) são dados a partir dos seis códigos especiais críticos, DV, INCOM, DR, FABCOM, ALOG e CONTAM. Podem ser entendidos como responsáveis pela tradução numérica da gravidade dos lapsos, deslizos ou falhas lógicas no curso da ideação por parte de cada sujeito (Exner, 2003).

5. Afetos: dizem respeito à organização das emoções, que dá o dinamismo necessário para o funcionamento mental, intervindo na formulação de juízos, na tomada de decisões e em todo o tipo de atividade psíquica e conduta humana (Exner & Sendín, 1999). Para compreensão deste tipo de atividade psicológica no grupo de pacientes com ideação suicida grave, foram selecionadas como focais dentro deste agrupamento as seguintes variáveis: eb (lado direito, dado pela soma dos sombreados com as ocorrências de cor acromática), SumC':WSumC, Afr, Índice de Intelectualização, CP, FC:CF+C, C_{puro}, S, Mistos Cor-Sombreado, Mistos de Sombreado, DEPI (DEPI soma e DEPI critério) e CDI.

O lado direito de eb tem sua análise pertinente dentro do agrupamento dos afetos por demarcar a presença de experiências afetivas extremamente dolorosas. Dado a partir da soma das ocorrências dos diversos determinantes de sombreado com os determinantes de cor acromática dentro de um protocolo, a elevação deste índice aponta o contato com vivências invasivas, ansiogênicas e disfóricas, que mobilizam as pessoas e demonstram potencial para determinar traços depressivos (Exner, 2003).

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

O Afr (Quociente Afetivo) é calculado através da divisão do número de respostas dadas aos três últimos cartões, o VIII, IX e X, pelo número de respostas dadas aos sete primeiros cartões. O resultado derivado desta conta fornece dados sobre a responsividade do indivíduo aos estímulos emocionais, ou seja, em que medida o sujeito processa mais ativamente quando diante de situações afetivamente intensas. Para este estudo a média mínima considerada como ideal foi estruturada em 0,53, sendo que valores abaixo deste indicam que o sujeito é menos interessado na estimulação emocional, demonstrando preferência por não estar envolvido em situações emocionalmente intensas (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

O Índice de Intellectualização, variável já mencionada, alude ao esforço defensivo realizado por alguns sujeitos em busca de minimizar o impacto de certos afetos perturbadores através de uma interpretação mais racional dos eventos em que estes surgem. Nestes casos, o contato com as emoções é anulado ou se dá através de distorções afetivas (Exner, 2003).

A CP (Projeção de Cor) é assinalada para todas as respostas nas quais o sujeito identifica como cromaticamente colorida uma mancha ou área da mancha que na realidade é acromática. Revela uma tendência a negar a presença de afetos dolorosos, substituindo-os por falsas emoções positivas. Esse tipo de interpretação é possível diante de qualquer ocorrência deste indicador e, sendo assim, apenas um código CP é suficiente para indicar o risco de tal forma de conflito (Exner, 1999; Exner & Sendín, 1999).

A relação FC:CF+C (Proporção Forma-Cor) é dada pela contagem do número de ocorrência de determinantes FC em comparação com a soma da frequência dos determinantes CF e C_{pura}. Trata-se de um indicador do grau de modulação das descargas e trocas emocionais deliberadamente iniciadas. O ideal é que o número de FC seja o maior da relação, sendo que a situação contrária assinala que o indivíduo pode não se esforçar ou

mesmo demonstrar dificuldades para controlar suas emoções no mesmo grau que a maioria das pessoas (Exner & Sendín, 1999). Aliás, sempre que $CF+C > FC$ tem-se uma situação crítica da S-CON (critério 7), que demarca maior instabilidade emocional, imaturidade e impulsividade, prejuízos importantes sobre a problemática suicida. C_{puro} , por sua vez, traduz formas impulsivas e descontroladas de manejo dos afetos, sendo que a pessoa pode muitas vezes se sentir invadida por suas emoções, fator que incrementa sensações de vulnerabilidade (Exner, 2003).

O S (Espaço Branco) traduz tanto uma busca por independência e auto-afirmação, quanto um estilo marcado por oposição e negativismo. O último caso, dado por um S maior que três, pode ser entendido como problemático por determinar uma postura hostil nas relações, com conseqüentes problemas de ajustamento (Exner & Sendín, 1999). Assim, $S > 3$ é também um dos itens da S-CON (critério 9) assinalando dificuldades no controle da raiva e sentimentos de negativismo, estes comuns a certos tipos de depressão e ao risco de suicídio (Exner, 2003).

Os determinantes mistos cor-sombreado são formados por respostas nas quais coexistem ao menos dois tipos de determinantes, sendo um deles vinculado à noção de cor cromática (FC, CF ou C_{pura}) e o outro correspondente a alguma das três formas de sombreado (difuso, textura ou vista) ou à cor acromática ($SumC'$). Qualquer ocorrência de tal ordem deve ser entendida como capaz de refletir uma experiência emocional confusa, ambivalente e geradora de sofrimento (Weiner, 2000). Como já mencionado, estas características tornam a presença dessa variável um elemento de risco importante, fazendo com que esta se destaque também como um dos itens da S-CON (critério 2).

Os determinantes mistos de sombreados, por sua vez, são formados por respostas nas quais coexistem ao menos dois tipos de determinantes, sendo estes vinculados a alguma forma de sombreado. Pode se dar também quando é verificada alguma ocorrência

de sombreado com um determinante de cor acromática na mesma resposta. Assim sendo, a verificação de um único determinante misto do tipo sombreado-sombreado é suficiente para fornecer informações acerca de vivências emocionais extremamente dolorosas, que podem produzir um impacto perturbador em quase todo o funcionamento afetivo (Exner & Sendín, 1999).

O DEPI (Índice de Depressão) é mais uma das constelações do Sistema Compreensivo e pode indicar um transtorno afetivo ou, ao menos, dificuldades relevantes nesta área. É composto por sete condições nas quais figuram uma série de variáveis afetivas, sendo que a identificação de cinco dessas condições como verdadeiras é suficiente para assinalar DEPI como positivo. Nestes casos, há uma real possibilidade de uma depressão ou outro transtorno afetivo por conta de uma organização psicológica que demonstra sinais de vulnerabilidade (Exner & Sendín, 1999). O DEPI é também uma constelação dividida em DEPI soma e DEPI critério, variáveis didaticamente criadas para este estudo com finalidade já citada.

Na análise dos afetos, a constelação do CDI, quando positiva em um protocolo onde DEPI também é avaliado como positivo, comunica uma situação onde, provavelmente, vivências depressivas encontram-se vinculadas e potencialmente determinadas pelas significativas dificuldades relacionais apresentadas pelos sujeitos. Ou seja, as experiências de rejeição e as limitadas habilidades para estabelecimento e manutenção de contatos efetivos faz com que estes indivíduos estejam mais suscetíveis a quadros depressivos.

6. Autopercepção: trata do conjunto de conceitos e atitudes que o indivíduo pode ir construindo sobre si mesmo para alcançar um autoconhecimento e uma autoavaliação mais ou menos amplos e ajustados à realidade (Exner & Sendín, 1999). Tendo em vista que muitas das variáveis desde agrupamento compõem também o agrupamento referente às

relações interpessoais, serão destacadas aqui apenas aquelas vinculadas principalmente à autopercepção enquanto as remanescentes serão dispostas e discutidas posteriormente. Assim sendo, acerca da autopercepção os indicadores de maior relevância são: Fr+rF, Índice de Egocentrismo, FD, SumV, An+Xy e MOR.

A Fr+rF (Soma dos determinantes de Forma-Reflexo e Reflexo-Forma) assinala a existência de componentes narcisistas, que trazem consigo uma tendência do sujeito a superestimar sua valia pessoal. Sempre que este indicador for maior que zero será possível notar traços que indicam uma tendência por parte do indivíduo em glorificar-se, reafirmando-se ou buscando uma contínua confirmação da própria valia (Exner & Sendín, 1999).

O Índice de Egocentrismo ($(3r+(2)/R)$) é obtido pela multiplicação por três de todos os determinantes com reflexo (Fr e rF) do protocolo, sendo que o resultado é somado com a frequência de respostas de pares. Em seguida, o número encontrado é dividido pelo total de respostas. Este índice é entendido como uma estimativa da autopreocupação da pessoa, medindo o seu nível de autocentramento, ou seja, o quanto cada indivíduo retorna sua atenção para si mesmo. O ideal é que a média deste índice esteja entre 0,33 e 0,45 para indivíduos adultos, sendo que valores superiores ou abaixo desta faixa são indicativos de problemas. Quando reduzido, o Índice de Egocentrismo evidencia um sujeito pouco preocupado consigo e com suas necessidades, com uma imagem pessoal desvalorizada, com a qual evita contato. No pólo oposto, quando elevado, tem-se uma situação na qual o sujeito centra-se em si mesmo de maneira exagerada, o que pode reduzir seu interesse pelo mundo exterior (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003). Demarcando essas dificuldades, o Índice de Egocentrismo tem relevância na S-CON com condições associadas ao risco de suicídio, sempre que for menor que 0,31 ou maior que 0,44 (critério 3).

O FD (Determinante Forma-Dimensão), do mesmo modo que a variável anterior, também alude aos processos introspectivos, de auto-análise e inspeção pessoal. Neste caso, todavia, este componente não parece associado a uma crítica pessoal negativa, mas pode ser prejudicial caso superior a dois, visto que denota uma tendência excessiva ao isolamento, com distanciamento do meio em favor de constantes tarefas de verificação pessoal (Exner & Sendín, 1999).

A SumV (Soma de Sombreado Vista) também está associada com a autopercepção. Neste caso, relaciona-se com processos de auto-inspeção ou, dito de outra forma, ao uso da introspecção, este, porém, associado a matizes de autocrítica negativa, um sinal de baixa auto-estima (Exner & Sendín, 1999). Assim, conforme a descrição da interpretação possível de SumV, tem-se uma situação conflituosa diante de qualquer ocorrência deste indicador.

Conjuntamente, a soma de FD e SumV, sempre que maior que dois, destaca-se como um dos itens da S-CON (critério 1), apontando condições críticas de risco por conta de processos introspectivos além do comum. Nesse caso, o sujeito mostra-se muito preocupado consigo mesmo, absorto em tarefas de autoverificação constantes e conseqüente desconsideração do meio externo (Exner & Sendín, 1999; Weiner, 2000).

An+Xy diz respeito à soma de conteúdos de anatomia com os de raio-x, sendo que o resultado obtido relaciona-se com um aumento da preocupação em relação ao próprio corpo e seu funcionamento. Quando maior que três, tem-se um estado de excessiva atenção para as funções somáticas, o que pode significar uma distorção da auto-imagem, com a possibilidade de algum transtorno psicossomático ou componentes hipocondríacos (Exner & Sendín, 1999).

O MOR (Conteúdo Mórbido) é mais um indicador já citado, mas deve ser analisado novamente dentro do agrupamento que se refere à autopercepção porque permite supor que

a disforia atribuída aos perceptos encontra uma vinculação com a forma com a qual o sujeito se percebe. Assim, sempre que o número de MOR estiver maior que dois, tem-se uma forma de representação indireta acerca de uma auto-imagem desvalorizada e geradora de uma visão negativa e pessimista do meio (Exner & Sendín, 1999). Como dito, MOR>3 é item da S-CON (critério 4), responsável por assinalar prejuízos na autopercepção, uma forma menos adaptada de reconhecimento pessoal.

7. Percepção Interpessoal: as variáveis que formam este agrupamento são importantes por representarem 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 de vínculos (Exner & Sendín, 1999). Do mesmo modo do agrupamento da autopercepção, serão deixadas para uma discussão posterior todas as variáveis que participam simultaneamente de ambos os agrupamentos, auto-percepção e relações interpessoais. Assim sendo, destacam-se como pertinentes ao presente agrupamento os seguintes indicadores: a:p, Fd, SumT, GHRxPHR, COPxAG, PER, Índice de Isolamento, CDI (CDI soma e CDI critério) e HVI (HVI soma e HVI critério).

A relação a:p (Proporção ativo:passivo), outra variável que já foi vista no agrupamento da ideação, trata de uma marcante tendência à passividade sempre que o número de respostas de movimento passivo for maior que as de movimento ativo.

As respostas Fd (Conteúdo de Alimentos) demarcam condutas de dependência, com indivíduos caracterizados por certa ingenuidade nas relações interpessoais. Tratam-se de respostas pouco freqüentes e, deste modo, qualquer ocorrência deste indicador é considerada suficiente para a interpretação mencionada (Exner & Sendín, 1999).

O SumT (Soma de Sombreado Textura), já mencionado em controles, anteriormente discutido, refere-se a uma necessidade de contato e proximidade por parte do sujeito. O ideal é que sua freqüência seja igual a um, sendo que, quando igual há zero, o

sujeito mostra desconforto com a proximidade interpessoal, vendo as pessoas como invasivas e procurando manter-se em uma posição de maior reserva e distanciamento. Por outro lado, um SumT maior que um aponta para uma pessoa que busca de modo intenso uma relação ou contato afetivo evidenciando, ocasionalmente, um estado de carência crônica, com um padrão de privação e insatisfação acerca da intimidade que permeia toda a sua vida, independente do número de relações mais próximas que já tenha formado (Weiner, 2000).

Os códigos GHR (*Good Human Response*) e PHR (*Poor Human Response*) referem-se à qualidade de cada uma das respostas humanas dadas em um protocolo e aludem ao modo como as pessoas percebem e interagem com os outros. De modo mais específico, a presença de GHR supõe que o examinando possui uma tendência a estabelecer boas interações enquanto PHR relaciona-se com comportamentos interpessoais desadaptados ou inefetivos (Exner, 2003). Com base nessa perspectiva, o ideal é que GHR seja sempre maior que PHR, sendo que, neste caso, quanto maior a diferença entre eles, melhor será o ajustamento interpessoal do sujeito.

Os códigos COP (Movimento Cooperativo) e AG (Movimento Agressivo) incluem elementos projetados pelo examinando e fornecem informações úteis sobre a organização interna do indivíduo quando são abordadas as suas interações. COP supõe uma atribuição de atitudes cooperativas às relações, com tendência ao estabelecimento de vínculos positivos enquanto AG representa uma maior tendência a atribuir atitudes hostis em relação aos demais, com uma reação defensiva baseada na mesma postura. O ideal é que COP seja sempre maior que AG ou haverá um sério risco de que a pessoa perceba a agressividade como um componente natural das relações (Exner, 2003).

A PER (Resposta Personalizada) refere-se a fortes necessidades do sujeito em justificar defensivamente sua auto-imagem, um esforço por assegurar suas colocações.

Quando seu número for maior que um tem-se uma pessoa defensiva nas interações, insegura acerca da manifestação de suas opiniões e que pode se tornar defensivamente autoritária e rígida (Exner, 2003).

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

O CDI (Índice de Déficit Relacional) já foi revisado no agrupamento do controle do estresse e estresse situacional. Relaciona-se com uma dificuldade do indivíduo no manejo das situações cotidianas e faz-se pertinente na análise acerca das relações interpessoais por sua capacidade de identificar pessoas com inaptidão ou déficit para questões relacionais, que carecem de habilidades para o estabelecimento de contatos e para a manutenção destes (Exner & Sendín, 1999). Como dito, trata-se de uma constelação composta por cinco condições, sendo considerada positiva diante de três destas proposições como verdadeiras.

O HVI (Índice de Hipervigilância) é uma outra constelação, também já explorada. É composto por oito proposições, sendo que caso a primeira seja verdadeira e ao menos outras quatro, o índice é tomado como positivo. Esta situação assinala para uma pessoa em estado de permanente desconfiança e alerta em relação aos demais, estado que faz com que o indivíduo passe a agir sempre de modo cauteloso e reservado, preocupado em defender seu espaço pessoal (Exner & Sendín, 1999).

8. Autopercepção + Percepção Interpessoal: construído neste estudo com finalidade didática, o presente agrupamento refere-se a uma série de indicadores que compõem, simultaneamente, os agrupamentos da autopercepção e das relações

interpessoais. Isso se dá porque existe uma dinâmica muito estreita entre os elementos de ambas as categorias, visto que os processos de formação da identidade pessoal e de estabelecimento das relações cotidianas também são fortemente vinculados e nunca se dão de modo isolado. Assim, destacam-se aqui as seguintes variáveis referentes à percepção de conteúdos humanos: SumH, H:(H)+Hd+(Hd), H, (H), H, (Hd) e Hx.

O SumH (Somatório de Conteúdos Humanos) é dado pela soma de conteúdos humanos diversos, tais como H (Figura Humana Inteira), (H) (Figura Para-Humana Inteira), Hd (Detalhe Humano), (Hd) (Detalhe Para-Humano) e Hx (Experiência Humana). Demarca o interesse e atenção do sujeito pelas demais pessoas de seu meio. O ideal é que sua frequência seja acima de três ou há uma situação de desajuste, com baixo interesse nos demais e uma conseqüente deficiência de personalidade (Weiner, 2000).

A relação H:(H)+Hd+(Hd) (Interesse Interpessoal) assinala o ajuste perceptivo do indivíduo acerca das pessoas com as quais se relaciona. O esperado é que o número de H (ou H_{puro}) seja maior que (H)+Hd+(Hd). Do contrário, têm-se indivíduos pouco maduros, com noções distorcidas sobre si mesmos e os demais. Nestas situações, a própria imagem e a percepção do outro tornam-se fundamentadas com base em fantasias e em experiências imaginárias mais do que em dados de realidade (Exner & Sendín, 1999).

O H demarca uma percepção do outro e de si baseada em elementos de realidade e o esperado é que seja o maior indicador quando comparado com todos os outros conteúdos humanos, demarcando uma percepção ajustada de si e dos demais. De modo oposto, caso o número de H seja menor que dois, tem-se uma situação crítica da S-CON (critério 11), que demarca um preocupante desinteresse e atenção pelos demais ou ainda uma forma pouco realista de aproximação. Quando, todavia, aparece um maior número de (H), tem-se uma situação de distanciamento do mundo real, com grande investimento na fantasia durante os processos de reconhecimento pessoal e de percepção dos outros. Por sua vez, quando o

maior número desses conteúdos for o de Hd, há sinais de uma visão de si e dos demais baseada em um modo mais cauteloso e reservado de aproximação aos demais. Quando (Hd) for o conteúdo humano de maior ocorrência, tem-se a situação mais problemática com a forma mais distante e menos realista de percepção do ser humano. Neste caso, as concepções que a pessoa forma sobre os demais pode ser bastante imaginária e incompleta. Por fim, Hx marca um limitado controle de impulsos, distorções da auto-imagem e um exagero no uso da intelectualização, sendo este último, indicador de um grave potencial para ignorar a realidade (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

9. S-CON (Constelação de Suicídio): é uma constelação de imensa importância para a análise pretendida neste estudo e esta relevância se dá por sua capacidade de identificar a existência de um elevado risco positivo para o suicídio. É composta por 12 condições, às quais foram divididas nos agrupamentos conceituais de que fazem parte, e é uma constelação tomada como positiva caso ao menos oito destas condições sejam avaliadas como verdadeiras. Conforme mencionado, em situações excepcionais o ponto de corte pode ser variável. Cada uma dessas assertivas evoca áreas diversas de predisposição ao suicídio apontando para elementos depressivos, de isolamento, dificuldades de controle dos impulsos e desajustes perceptivos (Exner & Sendín, 1999). Do mesmo modo que se deu na consideração de todos os demais índices especiais do Sistema Compreensivo, este estudo formulou as variáveis S-CON soma e S-CON positivo para uma análise mais detalhada acerca da organização deste índice especial dentre o grupo de sujeitos em risco. Além disso, buscou-se a correlação entre a constelação em questão e os demais índices especiais oferecidos pelo Sistema Compreensivo (Exner, 2003), sendo estes, PTI, DEPI, CDI, HVI e OBS.

CAPÍTULO II

Método

O Método de Rorschach é reconhecido na literatura nacional e internacional como um instrumento de grande valor acerca da identificação das vulnerabilidades psíquicas dos indivíduos, apontando ainda, aspectos relacionados ao risco de suicídio. Por outro lado, não se deve conceber tal recurso como estruturado sob um conhecimento cristalizado; diante da complexidade da técnica percebe-se o imperativo de constantes revisões da teoria bem como a realização de estudos inovadores.

Em busca de auxiliar nesse esforço e amparar a atuação de profissionais que reconhecem a utilidade da técnica no ambiente singular das instituições psiquiátricas, o presente projeto se propôs a aplicar o Método de Rorschach a uma amostra de pacientes com risco de suicídio e sob atendimento em uma unidade de referência em saúde mental do Distrito Federal. Através desse esforço, a intenção foi de identificar os principais indicadores do Método de Rorschach para o grupo de pacientes avaliados em comparação com dados normativos atualizados (Amaral, Silva Neto & Nascimento, 2003; Exner, 2003) e de levantar seus traços psicológicos mais destacados, isto em favor de uma intervenção clínica que reconheça as vulnerabilidades desses sujeitos e as características que os tornam mais suscetíveis ao risco de suicídio. Tal trabalho foi dividido nas seguintes etapas: identificação dos sujeitos potenciais conforme critérios específicos baseados na identificação do sofrimento psíquico grave com ideação ou atuação suicida; contato ou abordagem destes para explicação das intenções do estudo; agendamento de data e horário para avaliação; obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; submissão dos sujeitos a um questionário sociodemográfico; avaliação com o Método de Rorschach; correção dos protocolos produzidos; análise e síntese dos dados; e construção do perfil

clínico do grupo de participantes. Estas etapas de pesquisa encontram-se detalhadas nos tópicos a seguir.

Sujeitos

A amostra da pesquisa foi composta por 40 indivíduos adultos, maiores de 18 anos, em atendimento em uma unidade de intervenção em saúde mental do Distrito Federal, vivenciando risco grave de suicídio. Por risco grave de suicídio entende-se ideação suicida grave ou tentativa de suicídio recente. Assim, pertinentes à primeira condição, de ideação suicida grave, foram tomados os casos de pacientes que faziam comunicações abertas acerca de suas intenções de auto-extermínio, apresentando, muitas vezes, a organização de um método e planejamento de formas acessíveis para efetivar seus intentos suicidas, de modo a exigir, da equipe de acompanhamento terapêutico e familiares, medidas protetivas imediatas contra o risco. Mais do que isso, essas pessoas traziam relatos permeados por um sofrimento psíquico intenso, gerador de vivências de angústia evidentes, fatores tidos como preocupantes pela equipe e também identificados como de risco. Cabe ressaltar que muitos desses sujeitos apresentavam ainda tentativas prévias de suicídio.

Por tentativa de suicídio partiu-se da definição de Durkheim (citado por Corrêa & Barrero, 2006) que considera assim toda conduta deliberadamente impetrada com objetivo de provocar danos fatais autodirigidos. Também era critério deste estudo que estas tentativas de suicídio fossem recentes, ou seja, tivessem sido implementadas em um período de até 30 dias precedentes à avaliação com o Método de Rorschach. O curto espaço de tempo é um fator importante na intervenção realizada porque permite o contato com um sujeito ainda mobilizado por suas intenções e impulsos mórbidos. Sobre o assunto, Exner e Wiley (1977, citados por Fowler et al., 2001) afirmam que a intervenção de curto prazo é importante porque permite acessar fatores determinantes da atividade suicida,

como a influência de estressores situacionais e o estado mental associado com os impulsos envolvidos na tentativa.

Fatores como sexo, escolaridade, etnia, diagnóstico e uso de medicamentos não se configuraram limites para a seleção desses pacientes. Por outro lado, somente os participantes fora de estados de exacerbação aguda de sintomas (crise psicótica) foram avaliados.

Recursos Materiais

Os trabalhos foram executados em uma instituição de saúde mental do Distrito Federal, onde foram utilizadas cadeiras e mesas adequadas ao contexto da tarefa. Foram utilizados ainda materiais como folhas de papel branco, canetas esferográficas e hidrográficas, e gravador de voz digital para registro eletrônico dos encontros. Próprio ao Método de Rorschach foram necessários jogos com as dez pranchas originais publicadas pela editora Verlag Hans Huber e folhas de localização, publicadas pelo Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Procedimentos de Coleta de Dados

Os sujeitos foram identificados a partir da indicação da equipe médica e de enfermagem da instituição acerca de pacientes que preenchessem os critérios mencionados. Assim, as pessoas que reunissem as características para a avaliação foram contatadas no hospital ou por telefone, sendo que no último caso era seguido um modelo (Anexo A) que conduzia a apresentação do responsável pela avaliação. Nestes momentos, era feito o agendamento de uma data e horário para a avaliação do paciente.

Logo em seguida, no encontro previsto, os participantes eram informados acerca dos propósitos da pesquisa, tinham acesso a uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) lido em voz alta pelo pesquisador responsável pela avaliação, eram esclarecidos acerca de quaisquer dúvidas remanescentes e, caso manifestassem

concordância com os termos propostos, assinavam o documento em duas vias, uma que lhe era entregue e outra devolvida ao pesquisador.

Na etapa que se sucedia cada um dos sujeitos foi submetido a um levantamento de informações de caráter amplo, com a aplicação de um questionário sociodemográfico não-sistemizado (Anexo C) e realizava-se também a avaliação com o Método de Rorschach. A classificação e correção dos protocolos obtidos se desenvolveu através do Sistema Compreensivo (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003). Esta fase de correção dos protocolos, por sua vez, se desenvolveu a partir de duas classificações independentes, uma de um aluno-pesquisador a quem fora designada a tarefa de contato e avaliação do paciente, e uma da pesquisadora responsável pelo projeto, sendo que ambas eram discutidas perante um grupo de alunos-pesquisadores em supervisão para uma decisão final referente à codificação julgada como mais apropriada a cada resposta.

Sobre estes alunos é importante destacar ainda que colaboraram com as diversas fases de andamento deste estudo até aqui explicitadas. Todos estes eram membros do corpo discente da graduação em Psicologia da Universidade de Brasília e foram selecionados com um treinamento prévio em disciplinas acerca da técnica, com uma carga horária mínima de 180 horas de formação. Além disso, durante o andamento da pesquisa este grupo contava com reuniões de supervisões semanais de ao menos quatro horas ligadas ao conteúdo deste estudo.

Procedimentos de Análise de Dados

Os dados produzidos até então, foram analisados em conjunto a partir da utilização de *softwares* como o RIAP 5 (Exner & Weiner, 2003), próprio para a correção dos protocolos Rorschach segundo a escola de referência teórica, e ainda o Excel e o SPSS 15, úteis na análise estatística das informações.

Com o RIAP 5, foi possível acessar o Sumário Estrutural e os Índices Especiais de cada paciente, além de alcançar os dados de estatística descritiva referentes ao total de indivíduos do grupo de risco. Estes dados foram então, transpostos para o Excel, onde foram dispostos também os dados estatísticos referentes às amostras normativas brasileira (Amaral, Silva Neto & Nascimento, 2003; Nascimento, 2006) e norte-americana (Exner, 2003). Ali, se realizaram cálculos como o teste t ($p < 0,05$) em busca de acessar diferenças entre as médias das variáveis e ainda o teste do qui-quadrado ($p < 0,05$), em busca de acessar diferenças entre as proporções das amostras sempre que possível. Ambos os testes eram, portanto, úteis ao alcance das diferenças referentes aos índices dos grupos de pacientes em risco de suicídio, da amostra de padronização normativa brasileira e da amostra de padronização normativa americana.

Já o SPSS 15 foi utilizado para a construção de um banco de dados referente às informações conseguidas no grupo de pacientes em risco de suicídio e para a análise de procedimentos estatísticos acerca destas informações, como a contagem das frequências das variáveis e a construção de gráficos e histogramas, estes últimos úteis na verificação da distribuição e variabilidade de um índice para os pacientes em risco. Além disso, o SPSS 15 possibilitou a realização do cálculo das correlações ($p < 0,05$) entre a S-CON e as demais constelações do Sistema Compreensivo.

Deste modo, os dados gerais conseguidos foram, então, reunidos, comparados e analisados com base em dados normativos atualizados e em teorias acerca do comportamento e dinâmica suicida. Essas informações resultantes permitiram determinar, finalmente, a construção do perfil clínico do grupo e a identificação das vulnerabilidades e recursos dos pacientes com risco de suicídio perante o Método de Rorschach, apontando o modo como os diversos fatores interagem na avaliação e como estes funcionam na vida cotidiana.

CAPÍTULO III

Resultados e Discussão

Grande é o esforço por compreender os processos psicológicos próprios às pessoas que desejam se matar, tentam ou efetivamente o fazem e, empenhados nesta tarefa, vários são os meios até hoje empregados pelos profissionais de saúde em busca de alcançar tal conhecimento, sendo a principal motivação destes a intenção de oferecer apoio especializado e capaz de efetivamente diminuir os riscos e o sofrimento psíquico. Tendo isto em vista, a intenção particular do presente estudo foi de oferecer um entendimento dinâmico dos traços de personalidade próprios aos sujeitos em risco, como forma de auxiliar nas intervenções clínicas e apontar as vulnerabilidades e os modos pelos quais o risco de suicídio pode se apresentar no Método de Rorschach.

A partir deste ponto, serão expostos, então, os resultados e a discussão referente aos dados encontrados para os pacientes avaliados com histórico de risco identificado por meio de ideação suicida grave e/ou tentativa de suicídio recente. Aqui, fez-se a opção de uma apresentação conjunta referente aos resultados e discussão das avaliações de pacientes de risco, sendo esta iniciativa vinculada à grande amplitude de dados conseguidos e à diversidade dessas informações. Assim, em primeiro lugar foi estruturada uma análise das características sociodemográficas do grupo, visto que estas são uma influência relevante sobre as informações obtidas com o Método de Rorschach, bem como podem ser determinantes de menores condições destes indivíduos para a manutenção do equilíbrio psicológico e controle de seus impulsos mórbidos. Em seguida, serão apresentados os números e estatísticas resultantes da avaliação com o Rorschach, sendo a discussão subsequente, estruturada principalmente a partir da comparação entre os dados encontrados para os pacientes em risco de suicídio em relação à amostra de padronização normativa brasileira e à amostra de padronização normativa norte-americana.

Descrição e Análise Sociodemográfica

O Brasil é um país de dimensões grandiosas e seus habitantes possuem bases culturais bastante diversificadas. Estas diversidades, dadas pela influência dos contextos geográficos, condições econômicas, escolaridade, faixa etária, religião, entre outros aspectos, são componentes de grande destaque quando se busca conhecer o perfil psicológico de qualquer grupo. Assim, em vista das enormes diferenças já mencionadas para a população brasileira, grupo da qual fazem parte todos os 40 sujeitos que compõem a amostra deste estudo, para se compreender o modo como está organizada a personalidade desses pacientes em condições de risco faz-se essencial, antes, deter-se sobre as características sociodemográficas próprias a estes indivíduos. Além disso, não se pode esquecer que o suicídio é um tipo de evento bastante complexo, sendo também influenciado pelos diversos fatores psicossociais citados. Aqui, estes fatores estão dispostos isoladamente, mas deve-se ter claro que estes não são compreendidos desta forma na análise do risco de suicídio e, pelo contrário, são sempre tomados como partes de um todo, um conjunto de elementos determinantes de condições sociais desfavoráveis e com impacto importante sobre o funcionamento suicida.

Gênero

Ao se estudar o fenômeno do suicídio são perceptíveis significativas diferenças entre os sexos. Na amostra que compõe este estudo, 34 sujeitos (85%) são do sexo feminino e seis sujeitos (15%) do sexo masculino. Tal fato parece vinculado a características reportadas na literatura na qual é mencionado que mulheres são mais propensas a buscar ajuda por conta da maior aceitação social acerca da expressão de seus sentimentos enquanto os homens, de modo oposto, usualmente mascaram suas vivências depressivas por temor acerca dos julgamentos dos demais (Volpe, Corrêa & Barrero, 2006). Na amostra analisada esta peculiaridade se mostra mais evidente já que é muito

maior o número de mulheres que buscaram o apoio do serviço de saúde mental. Nestas condições, alguns dos traços encontrados como freqüentes no grupo sob risco de suicídio podem ser, na realidade, vinculados à personalidade de mulheres em risco de auto-extermínio e, portanto, devem ser submetidos a uma análise crítica e conscienciosa.

É importante destacar ainda que, apesar da elevação no número de pacientes mulheres avaliadas sob a indicação de risco de suicídio, as pesquisas apontam que a efetivação do suicídio é maior entre homens, já que estes são menos propensos a procurar ajuda, são mais mobilizados pela agressividade e nas tentativas costumam utilizar-se de métodos de maior potencial letal (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Botega, Rapeli & Freitas, 2004; Volpe, Corrêa & Barrero, 2006).

Faixa Etária

A faixa etária média dos sujeitos desta pesquisa foi de 31,7 anos, que marca uma fase do desenvolvimento na qual se tem um elevado potencial produtivo. Ainda assim, esta idade é tida pela OMS (2000b) como própria a um grupo de risco aumentado para o suicídio, visto que os dados epidemiológicos mundiais apontam que este fenômeno está entre as três maiores causas de morte quando se considera a faixa entre 15 e 34 anos de idade (Botega, Rapeli & Freitas, 2004; OMS, 2000b). Cabe apontar ainda que as idades encontradas no presente estudo variaram entre 19 e 51 anos.

Religião

Dentre os avaliados, 17 sujeitos (42,5%) declararam-se católicos, sendo que destes, quatro (10%) afirmaram não serem praticantes. Outros oito sujeitos (20%) são de religião evangélica, dois (5%) são espíritas, dois são Testemunhas de Jeová (5%), um (2,5%) é budista e um (2,5%) católico ortodoxo. Os nove sujeitos restantes (22,5%) não responderam a esta pergunta ou informaram não ter religião. Com base nesses dados, 13 sujeitos (32,5%) estão em uma posição mais problemática por não mostrarem efetiva

vinculação religiosa, sendo que o envolvimento com atividades deste tipo é apontado como um fator importante para diminuir os riscos de suicídio (Volpe, Corrêa & Barrero, 2006). Para os demais indivíduos (67,5%), entretanto, não estão excluídos a ideação e o potencial de auto-extermínio, sendo que a prática religiosa apenas deve ser entendida como um fator de associação negativa com este tipo de impulso.

Estado Civil

Dentre os 40 sujeitos avaliados, 16 (40%) afirmaram ser casados, situação marital comumente reportada como protetora contra impulsos suicidas. Entretanto, esta relevância usualmente se dá com indivíduos do sexo masculino (OMS, 2000b; Volpe, Corrêa & Barrero, 2006), o que não é o caso da maior parte dos participantes deste estudo. Para os demais sujeitos, 14 (35%) declararam-se solteiros, seis (15%) vivem com um companheiro, três (7,5%) são separados ou divorciados e um (2,5%) disse ser viúvo, sendo que para todos estes, o risco se mostra mais destacado dadas as experiências de perdas afetivas, separações e de isolamento (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; OMS, 2000b).

Contexto Geográfico de Nascimento

Os dados epidemiológicos referentes ao suicídio na população brasileira apontam que a região Sul é detentora das maiores taxas deste tipo de evento (Botega, Rapeli & Freitas, 2004), porém não participou deste estudo nenhum indivíduo proveniente desta região do país. Também não houve participantes da região Norte. Assim, dos 40 avaliados, 15 sujeitos (37,5%) disseram ser advindos da região Nordeste, quatro (10%) da região Sudeste e 21 (52,5%) são próprios da mesma região onde se desenvolveu a pesquisa, o Centro-Oeste. Destes 21 sujeitos, 18 (45%) são nascidos em Brasília. Com base nestes dados, tem-se 19 sujeitos (47,5%) imigrantes de outras regiões do país que não a Centro-Oeste, sendo notório que usualmente atividades de cunho migratório envolvem uma série de expectativas não-preenchidas e o abandono de vínculos estabelecidos, elementos que

podem se mostrar de risco por conta de experiências de frustração e de possíveis dificuldades de enfrentamento com as situações novas que se apresentarem (OMS, 2000b).

Escolaridade

Todos os sujeitos avaliados são alfabetizados, sendo que sete (17,5%) possuem o 1º grau incompleto, três (7,5%) o 1º grau completo, 16 sujeitos (40%) têm 2º grau completo, oito (20%) o curso superior incompleto e seis (15%) declararam escolaridade superior completa. Não foram encontradas na literatura referências sobre a escolaridade como fator preponderante no risco de suicídio.

Situação Trabalhista

Dez sujeitos (25%) declararam estar em situação trabalhista regular, com emprego assalariado e carga horária fixa, sendo que os menores fatores de risco parecem associados com esta indicação de ocupação formal. Outros três sujeitos (7,5%) exercem um trabalho não-remunerado, como estágios e treinamentos empresariais, fato que pode ser positivo caso as finanças domésticas estejam organizadas e não figurem como problema. Um sujeito (2,5%) declarou ser aposentado, sendo que esta condição pode representar risco caso este indivíduo não tenha se engajado em uma nova atividade, se afaste da antiga rede social e se isole de novos contatos. Dez sujeitos (25%) encontram-se desempregados, uma porcentagem elevada de indivíduos em uma situação que apresenta forte associação com as taxas de suicídio, já que seus efeitos são mediados por fatores como pobreza, diminuição do nível social, dificuldades domésticas, bem como sentimentos de inadequação, incapacidade e desesperança (OMS, 2000b; Volpe, Corrêa & Barrero, 2006). Outros 15 sujeitos (37,5%) revelaram estar em período de licença por conta de problemas na saúde, condição que deixa evidente o estado de maior vulnerabilidade em que estas pessoas estão inseridas. Enfim, um sujeito (2,5%) declarou não estar a procura de emprego, sendo seu

sustento advindo dos pais e tal situação pode ser problemática caso esteja associada a traços de dependência e a falta de iniciativa.

Renda Familiar

Dez sujeitos (25%) declararam uma renda familiar superior a R\$1800,00 mensais, uma condição sócio-econômica privilegiada na qual são menores os riscos de suicídio. Outros nove sujeitos (22,5%) informaram uma renda familiar menor, com variações entre R\$1080,01 até R\$1800,00, sendo que estes valores ainda apontam para condições adequadas de subsistência para a maior parte das famílias brasileiras e, portanto, não oferecendo indicações determinantes sobre o potencial suicida. Dezesete sujeitos (42,5%) possuem renda familiar entre R\$360,00 até R\$1080,00, um montante que pode dificultar a manutenção de uma família e o adequado suprimento das necessidades de seus membros, uma situação crítica e que incrementa riscos de auto-extermínio. Enfim, um sujeito (2,5%) declarou uma renda familiar irrisória com recursos financeiros abaixo dos R\$360,00 mensais, faixa que marca um estado de miséria que limita o acesso a condições básicas de sobrevivência, inclusive o acesso a tratamentos de saúde, um preocupante fator a influenciar os impulsos suicidas.

Uso de Álcool e Drogas

O uso de substâncias psicoativas determinam fortes riscos de suicídio. O alcoolismo é um diagnóstico bastante freqüente em pessoas que vieram a efetivamente cometer suicídio, sendo que há uma estimativa que aponta que cerca de 15% dos alcoolistas virão a se matar enquanto 65% dos suicídios estão associados ao uso de álcool (OMS, 2000b; Department of Health citado por Campos, 2006; Volpe, Corrêa & Barrero, 2006). O abuso e a dependência de drogas, por sua vez, mostra-se associado com cerca de 25 a 50% das causas de suicídio nos EUA (Botega, Rapeli & Freitas, 2004). Além disso, o abuso dessas substâncias não raro está associado com outras condições desfavoráveis que

também influenciam na avaliação do risco tais como depressão, transtornos de personalidade, isolamento social, escasso suporte familiar, entre outros (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Campos, 2006).

Sobre o consumo de álcool é notório que 16 sujeitos (40%) afirmaram fazer uso deste tipo de substância enquanto oito (20%) destes indivíduos mostram um consumo bastante freqüente de bebidas. No que diz respeito à utilização de drogas apenas dois sujeitos (5%) revelaram ainda fazer uso, sendo que destes, apenas um (2,5%) revelou que o uso destas substâncias é sistemático. Nestas condições se destacam as situações mais críticas acerca do risco de suicídio, já que a utilização desses elementos psicoativos aumentam a possibilidade de comportamentos impulsivos, com menor controle das emoções e maior tendência à agressividade (Campos, 2006).

Uso de Medicamentos e Diagnóstico

A literatura acerca do Método de Rorschach aponta que esta técnica pode ser aplicada a uma imensa variedade de classes diagnósticas, sendo que é importante não avaliar sujeitos durante episódios psicóticos ou quadros de intoxicação sob o risco de não se alcançar uma análise da personalidade deste, mas uma série de dados vinculados ao curso da enfermidade (Exner & Sendín, 1999). Considerando esta informação, todos os sujeitos foram avaliados conforme a ausência de tais características sendo que os diagnósticos, provenientes do serviço de Psiquiatria da instituição, são os mais diversos, dentre eles, principalmente, transtornos de personalidade, transtornos psicóticos e transtornos de humor. Deve-se salientar ainda que é freqüente a ocorrência de quadros comórbidos.

A existência de ao menos uma forma de transtorno mental costuma ter forte relação com o comportamento suicida (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Volpe, Corrêa & Barrero, 2006), sendo que seria impossível uma avaliação acerca deste tipo de evento com a

exclusão de pacientes com diagnósticos desta ordem. Assim, o estudo desenvolvido pode ser influenciado pelos quadros e suas características, estes marcados por maiores dificuldades de adaptação e ajustamento, podendo influenciar algumas variáveis.

Sobre o uso de medicamentos, Exner e Sendín (1999) afirmam que estes exercem uma pequena influência sobre as variáveis do Método de Rorschach, sendo que o ideal é que o indivíduo se mostre razoavelmente estabilizado com a utilização de tais. Assim, 38 sujeitos (95%) avaliados afirmaram estar fazendo uso sistemático de algum tipo de psicofármaco, sendo que para todos estes a administração de medicamentos era superior a um mês, tempo considerado interessante na redução ou adaptação do paciente às reações adversas da maior parte dos remédios, para a melhora de seus quadros diagnósticos e, assim, para a melhor avaliação com o Método de Rorschach.

Perdas Significativas e Perdas Recentes

Um histórico marcado por perdas importantes ou a ocorrência de perdas a curto e médio prazo figuram como indicadores psicológicos associados ao risco de suicídio. Sobre este tema, 27 sujeitos (67,5%) afirmaram já ter vivenciado perdas significativas enquanto 15 (37,5%) declararam a experiência recente de perda. Dentre estes, 14 sujeitos (35%) informaram já ter vivenciado ambas as condições. Tratam-se de números elevados, sendo que estas ocorrências se destacaram como mudanças dramáticas na vida das pessoas determinando o aumento da sobrecarga interna através da sensação de desamparo, solidão, carência e outras formas intensas de emoção dolorosa, que tornam os indivíduos mais predispostos a dificuldades de enfrentamento e crises (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Botega, Rapeli & Freitas, 2004).

Internações Prévias

Dentre os 40 sujeitos avaliados, 22 (55%) declararam nunca ter passado por internação hospitalar determinadas por condições psiquiátricas. Para os demais, oito

sujeitos (20%) contam uma internação prévia, sete sujeitos (17,5%) tiveram entre duas e três internações e três sujeitos (7,5%) contam quatro ou mais internações. No total, pode-se dizer que 45% dos participantes deste estudo necessitaram de intervenção psiquiátrica mais constante, sendo esta determinada por um funcionamento psíquico desorganizado. Sobre o assunto, têm-se como importantes fatores de risco a ocorrência de tentativas de suicídio anteriores, o mais forte preditor acerca de novas tentativas, e ainda um histórico de disorders psiquiátricos, ambos determinantes da necessidade de internação e importantes elementos para a avaliação do potencial suicida (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990).

Experiências Adversas

Condições de vida marcadas por experiências adversas como abuso emocional (manipulação, humilhação, pressão e ameaças), abuso físico ou outras formas de eventos traumáticos (tais como acidentes, assaltos e seqüestros) são apontados como fatores altamente estressantes presentes no histórico de pessoas que tentam ou cometem suicídio (Prieto & Tavares, 2005).

Para os pacientes avaliados, 36 (90%) afirmam ter vivenciado alguma forma de abuso emocional. Além disso, 25 (62,5%) declararam já ter vivenciado ameaças de abuso físico ou sexual, sendo que destes 19 sujeitos (47,5%) afirmam ter passado pela experiência efetiva de abuso físico ou sexual. Dez sujeitos (25%) pontuam ainda terem sido vítimas de violência física tão intensa que os levaram a procurar tratamento médico e, por fim, 14 sujeitos (35%) declararam ter experienciado situações traumáticas que afetaram suas condições de vida. Tem-se com estes dados que, de todos os participantes desta pesquisa, apenas um sujeito (2,5%) declarou nunca ter vivenciado qualquer uma destas experiências. Tratam-se de números elevados que destacam o contato dessas pessoas com vivências difíceis e marcadas por uma grande carga de estresse, sendo estes fatores importantes elementos sobre a maior suscetibilidade a crises e ao risco de suicídio.

Indicadores do Método de Rorschach em Pacientes com Risco de Suicídio

Neste trabalho, as 40 avaliações realizadas com o Método de Rorschach permitiram acessar informações importantes acerca do funcionamento dos pacientes em risco de suicídio em uma amostra brasileira. Tais dados são apresentados e discutidos a seguir, como resultado do esforço por compreender o modo pelo qual essas pessoas pensam, agem e sentem. Sempre que possível, a comparação entre esta amostra e as amostras de padronização norte-americana e brasileira serão apresentadas e discutidas.

O Método de Rorschach no Sistema Compreensivo possui conjuntos de indicadores que são agrupados conforme seus aspectos conceituais associados a características psicológicas específicas da personalidade. Estes agrupamentos auxiliam na organização da atividade interpretativa, considerando o grande número de indicadores e a complexidade das relações estabelecidas entre eles, buscando, inicialmente, uma visão interpretativa coerente dentro de cada conjunto e, depois, analisando o modo como as hipóteses interpretativas dos diversos agrupamentos interagem entre si. Estes agrupamentos organizam indicadores relativos aos conceitos de controle do estresse, processamento, mediação, ideação, afetos, autopercepção e percepção interpessoal. A análise relativa a cada um dos agrupamentos será apresentada nesta ordem. As variáveis pertencentes à Constelação do Suicídio (S-CON) serão discutidas nos agrupamentos aos quais são teoricamente associadas, sendo que a própria S-CON, enquanto conjunto, será discutida posteriormente.

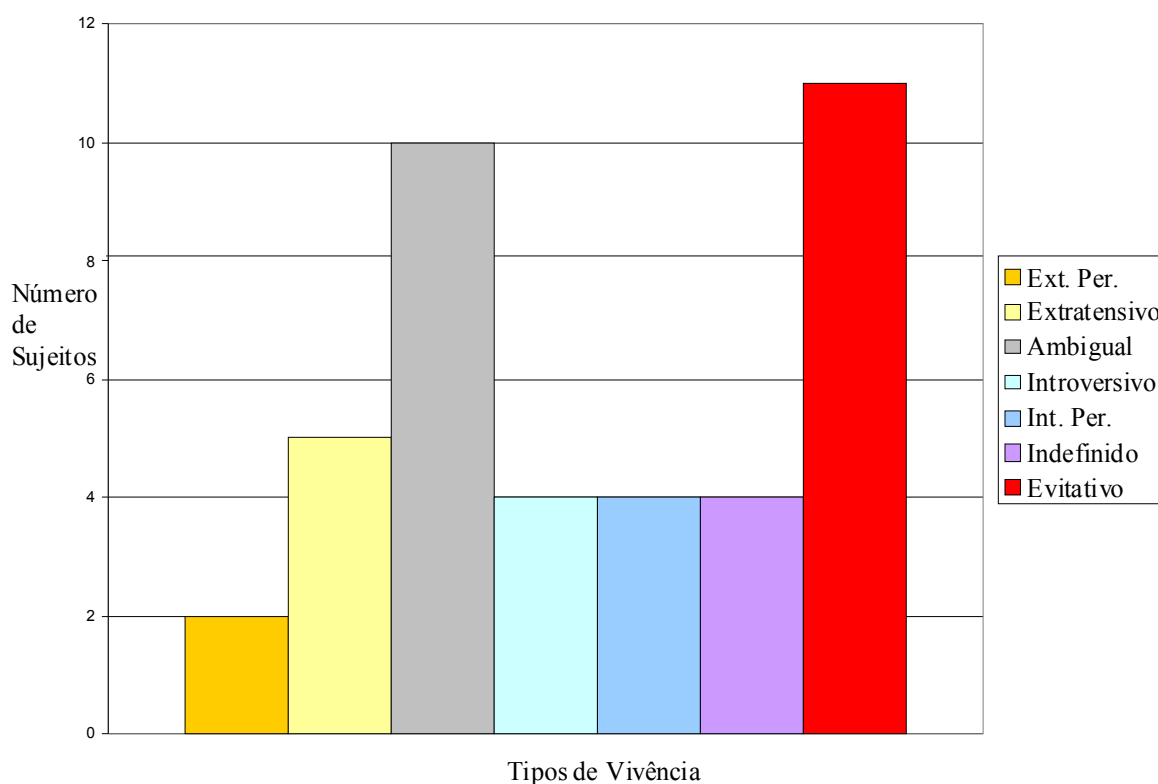
Controle do Estresse

Dentro desta análise, o agrupamento referente aos controles destaca-se por demarcar eventuais problemas no manejo de situações tensas. Usualmente, indivíduos sob risco de se matarem, mostram um escasso controle de seus impulsos diante de vivências de frustração e a experiência de sobrecarga subjetivamente sentida os torna mais suscetíveis a

sentimentos de desesperança e desespero. Além disso, sabe-se que uma pessoa nessa condição demonstra menor capacidade de manter-se equilibrada e de organizar condutas eficientes para manter uma situação de conforto psicológico (Corrêa & Barrero, 2006).

As primeiras variáveis a serem analisadas neste agrupamento são os estilos vivenciais (EB) e as manifestações rígidas destes (EBPer), que demarcam características importantes e abrangentes do funcionamento das pessoas. A Figura 1, a seguir, informa acerca do modo como os pacientes avaliados foram classificados e a frequência referente ao estilo de enfrentamento habitual de cada sujeito.

Figura 1. Frequência dos Tipos de Vivência dos Pacientes Avaliados



Dentre os 40 participantes, dois foram classificados como extratensivos persistentes (5%), cinco como extratensivos (12,5%), dez como ambíguais (25%), quatro como introversivos (10%), quatro como introversivos persistentes (10%), quatro como sem estilo

definido ($EA < 4$; 10%) e 11 como evitativos ($L > 0,99$; 27,5%). Ou seja, apenas 22,5% da amostra ($n=9$) possui uma forma habitual de conduta tida como ajustada, dada a partir das classificações como extratensivo e introversivo. Via de regra, estas pessoas possuem um estilo definido de atuação, adotando modelos de ajustamento saudáveis, permeados de certa flexibilidade, que facilitarão a modificação das condutas diante de variações nas demandas situacionais. Tais condições são usualmente verdadeiras caso não existam outros problemas na qualidade de seus recursos de enfrentamento e, nestes casos, os indivíduos mostram-se menos suscetíveis a crises, mais capazes de controlar seus impulsos e manejar situações estressantes. Uma análise mais cautelosa desses nove sujeitos, porém, permite perceber que tais capacidades não são tão eficientes quanto o esperado, conforme sugerem as variáveis da Tabela 2 abaixo situada.

Tabela 2. Frequência de Recursos Ineficientes em EB para Sujeitos Introversivos e Extratensivos

Ordenação do Sujeito	EB	Classificação	M-	FQ- nas respostas de cor	C_{pura}
6	7:4,5	introversivo	3	2	0
17	6:3,5	introversivo	1	1	1
20	7:3	introversivo	1	1	0
30	7:3,5	introversivo	2	3	0
14	5:8,5	extratensivo	5	4	3
23	3:5	extratensivo	0	1	1
25	2:4	extratensivo	1	4	0
33	4:6,5	extratensivo	4	3	1
37	3:7	extratensivo	1	3	2

Os dados reportados na Tabela 2 tornam evidente a existência de prejuízos consideráveis nos recursos da maior parte dos sujeitos classificados extratensivos ou introversivos. A elevada ocorrência de M- implica em prejuízos amplos no curso do pensamento deliberado, interferindo na adequada habilidade de planejamento e na formulação de soluções cabíveis aos problemas. Também está presente de modo clinicamente significativo a distorção de forma nas respostas de cor, indicando dificuldades desses sujeitos no gerenciamento dos próprios afetos, sendo estas determinantes de importantes problemas de controle de impulsos e da expressão afetiva, condições que determinam sensações de sobrecarga e influenciam negativamente sobre as capacidades de que o sujeito dispõe para manter ou recuperar o equilíbrio. Mais do que isso, o considerável número de respostas com C_{pura} também aponta problemas na organização afetiva, indicando uma fragilidade dos controles, com tendência a atos impulsivos e carregados de uma emoção intensa e descontrolada (Exner & Sendín, 1999).

Os demais sujeitos ($n=31$, 77,5%) foram automaticamente classificados em categorias problemáticas de EB. Além disso, estes sujeitos apresentam as mesmas dificuldades nas variáveis discutidas acima (M-, FQ- nas respostas de cor e C_{pura}), que apontaram problemas na qualidade dos recursos para os sujeitos introversivos e extratensivos, o que prejudica ainda mais o ajustamento desses indivíduos às demandas da realidade. Trata-se de um número bastante alto de pessoas, especialmente porque o estilo vivencial influencia grande parte das condutas e são determinantes em importantes desajustes da personalidade, conforme detalhado a seguir.

Os sujeitos classificados nas categorias de persistentes ($n=6$, 15%) funcionam de modo rígido, com restrita ou nenhuma flexibilidade em suas condutas. Há um padrão comportamental sobre suas ações e este não costuma ser alterado ainda que os eventos se modifiquem ou imponham novas exigências. Estes estilos são críticos para pacientes

suicidas por reduzirem a sua capacidade de adaptação a novos contextos e demandas, sendo que estas condições são importantes influências sobre o aumento da sensação de vulnerabilidade e de vivências de inadequação (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

Dez sujeitos (25%) foram categorizados como ambíguos, classe caracterizada por uma oscilação entre os estilos extratensivo e introversivo, mas na qual não é possível falar acerca de uma preferência pelo uso do pensamento ou pela maior influência dos afetos e, longe de haver um equilíbrio entre ambas as formas de funcionamento, há uma atuação irregular, que torna o indivíduo mais vulnerável e pouco previsível em suas atitudes ainda que as circunstâncias que se lhe apresentem sejam bastante rotineiras (Exner & Sendín, 1999).

Quatro participantes (10%) não possuem um estilo definido de EB. Esses sujeitos, outrora denominados coartados ou coartativos, mostram uma marcante pobreza de recursos, com restrito interesse e envolvimento nas situações rotineiras diversas ($EA < 4$). A escassez de elementos essenciais para a adaptação cotidiana faz com que estes indivíduos sobrevivam com um investimento mínimo de energia e emoção em relação a tudo que os cercam. Trata-se de um estado preocupante já que nestes casos as pessoas são fortemente defensivas em relação às intervenções e é comum a ausência de objetivos e de atividades que lhes despertem preferência, sendo tais condições elementos que aumentam significativamente o risco de auto-extermínio (Exner, 2003).

O estilo evitativo foi considerado sempre que havia L elevado ($L > 0,99$), independente da relação entre respostas de movimento humano (soma de M) e cor (soma ponderada de cor). Os participantes classificados como evitativos ($n=11$, 27,5%) procuram, defensivamente, reduzir a sobrecarga que certas experiências suscitam pela simplificação excessiva de suas percepções. Trata-se de um esforço determinado pela dificuldade desses indivíduos em manejar a complexidade e estimulação emocional de alguns eventos, mas

um recurso frágil quando as situações apresentadas exigem atitudes que a pessoa não é capaz de ministrar (Exner, 2003). Nestes casos, o sujeito se torna mais suscetível a graves crises e conflitos psíquicos, mostrando grande vulnerabilidade e exigindo atenção capaz de intervenção efetiva para avaliação e manejo do risco de suicídio.

Seguindo com a análise do controle do estresse, a Tabela 3 a seguir aponta os dados estatísticos acerca das variáveis primordiais para a consideração dos recursos dos sujeitos avaliados, sendo eles: EA, M, M+, Mo, Mu, M-, M_{none}, WSumC, FC, CF, CF+C, C_{pura}, es, eb, CDI soma, CDI positivo, nota D, nota D ajustada (AdjD), m, SumY, SumT, mistos cor-sombreado e mistos sombreado-sombreado. Outras verificações importantes como EA:es serão dispostas ao longo do texto conforme se mostrar mais conveniente à discussão.

A análise do EA no grupo de risco, medida dos recursos que cada indivíduo possui para manejo das situações tensas, aponta uma média de 6,83 (DP=4,74). Este valor de EA é significativamente maior que a referência dos dados normativos brasileiros (4,96; DP=3,49 e $t=5,00$; $p<0,05$). Por outro lado, o EA para os pacientes de risco é significativamente menor que o da amostra norte-americana (8,66; DP=2,38; $t=-5,18$; $p<0,05$). À primeira vista, parece que há maior capacidade dos pacientes em risco para lidar com situações adversas quando comparados à amostra de padronização brasileira, porém uma elevação em EA (maiores recursos) não significa recursos de melhor qualidade. Por outro lado, em relação à amostra americana verifica-se uma significativa redução destes recursos para os sujeitos em risco de suicídio, fato que pode ser determinante para um funcionamento menos eficiente para lidar com eventos estressantes.

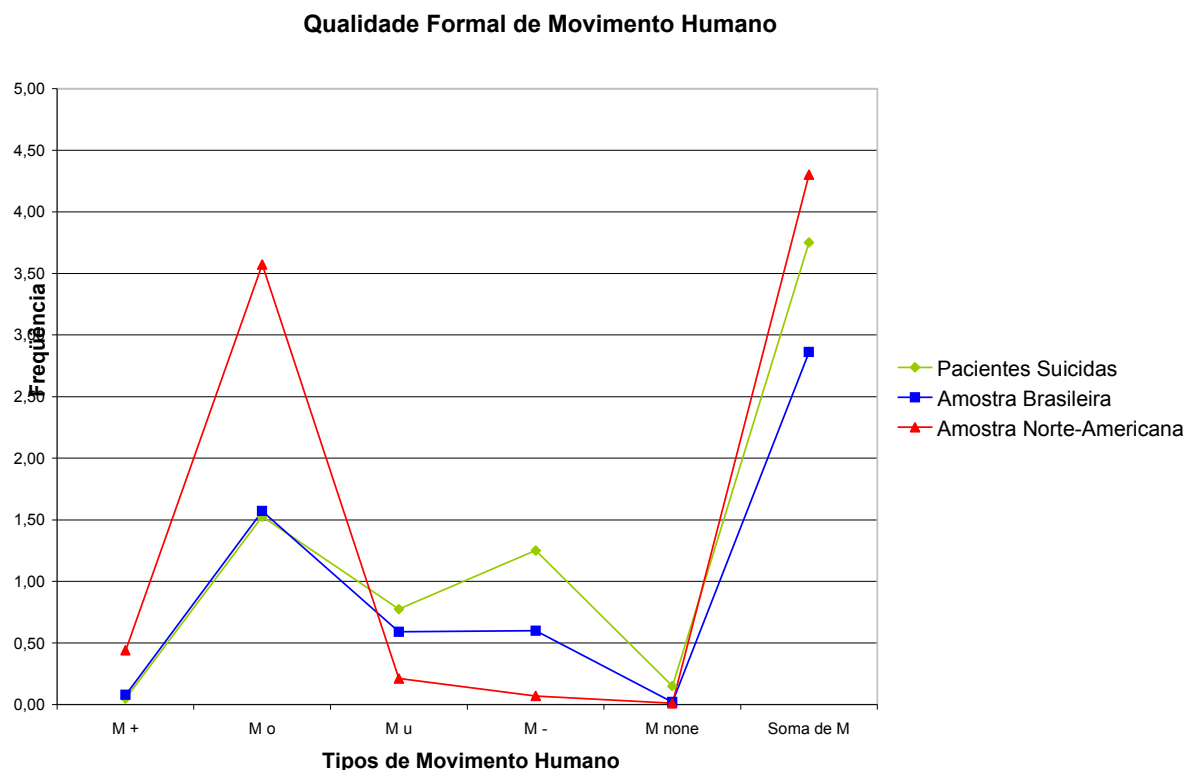
Tabela 3. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Controle do Estresse

Variáveis	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Percentil 25	Mediana (percentil 50)	Percentil 75	Moda	Assimetria (Skewness)	Kurtosis	Intervalo	Mínimo	Máximo
EA	6,83	0,75	4,74	2,75	7,50	10,00	7,50	0,72	0,72	20,00	0,00	20,00
es	9,50	1,08	6,80	4,25	7,50	14,00	6,00	1,20	1,33	28,00	1,00	29,00
CDI soma	2,55	0,22	1,41	2,00	2,00	4,00	2,00	0,07	-0,71	5,00	0,00	5,00
CDI positivo	0,28	0,07	0,45	0,00	0,00	1,00	0,00	1,05	-0,95	1,00	0,00	1,00
Nota D	-0,90	0,33	2,09	-2,00	-0,50	0,00	0,00	-0,71	3,76	13,00	-8,00	5,00
AdjD	0,08	0,28	1,75	-1,00	0,00	1,00	0,00	0,61	2,81	10,00	-4,00	6,00
FM	3,33	0,52	3,27	1,00	2,00	4,75	0,00	1,23	0,98	12,00	0,00	12,00
M	3,75	0,51	3,25	1,00	3,00	5,75	1,00	1,50	3,75	16,00	0,00	16,00
M+	0,05	0,03	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	4,29	17,29	1,00	0,00	1,00
Mo	1,53	0,21	1,36	0,00	1,50	2,75	0,00	0,36	-1,05	4,00	0,00	4,00
Mu	0,78	0,18	1,17	0,00	0,00	1,00	0,00	1,49	1,38	4,00	0,00	4,00
M-	1,25	0,26	1,66	0,00	1,00	1,00	1,00	2,30	6,40	8,00	0,00	8,00
M_{none}	0,15	0,13	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	5,99	36,75	5,00	0,00	5,00
WSumC	3,08	0,38	2,40	1,13	2,75	4,50	0,00	0,87	0,64	10,00	0,00	10,00
FC	1,38	0,21	1,33	0,00	1,00	2,75	0,00	0,56	-0,50	5,00	0,00	5,00
CF	1,68	0,23	1,47	0,00	2,00	3,00	0,00	0,45	-0,84	5,00	0,00	5,00
CF+C	2,15	0,30	1,92	0,25	2,00	3,00	0,00	0,81	0,24	7,00	0,00	7,00
C_{pura}	0,48	0,18	1,13	0,00	0,00	0,75	0,00	3,53	14,70	6,00	0,00	6,00
m	1,58	0,27	1,68	0,00	1,00	3,00	0,00	1,03	0,48	6,00	0,00	6,00
FM+m	4,90	0,64	4,06	2,00	4,00	7,50	5,00	1,30	1,91	18,00	0,00	18,00
SumY	2,65	0,51	3,20	1,00	1,50	4,00	1,00	2,68	9,61	17,00	0,00	17,00
SumT	0,28	0,09	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	2,09	3,31	2,00	0,00	2,00
SumV	0,15	0,06	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	2,04	2,26	1,00	0,00	1,00
SumC'	1,53	0,23	1,48	0,25	1,00	2,00	1,00	1,33	1,68	6,00	0,00	6,00
SumSh+C'	4,60	0,63	3,99	2,00	4,00	5,75	4,00	2,50	8,53	22,00	0,00	22,00
Mistos cor-sombreado	0,58	0,14	0,90	0,00	0,00	1,00	0,00	2,08	5,02	4,00	0,00	4,00
Misto de sombreados	0,20	0,10	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00	3,49	12,82	3,00	0,00	3,00

Com base nesses dados, EA evidencia condições aparentes que distinguem os grupos aqui analisados. Na realidade, o número de recursos de que dispõem as pessoas depende da eficiência destes para que se tenha uma situação vantajosa. Sob este raciocínio, é importante determinar se os indicadores que compõem EA, dados por M e WSumC, apontam a existência de recursos eficientes ou formas desajustadas de funcionamento, estas últimas verificadas através de respostas com M-, M_{none}, C_{pura} e por protocolos nos quais a relação $FC < CF + C$ é verdadeira.

A Figura 2 mostra a relação dos indicadores associados ao movimento humano. A média da soma de M para as amostras de pacientes de risco e das amostras de padronização brasileira e norte-americana foram, respectivamente, 3,75 (DP=3,25), 2,85 (DP=2,52) e 4,30 (DP=1,95), sendo a média de pacientes em risco significativamente maior do que a do grupo de padronização brasileira ($t=2,91$; $p<0,05$) e menor, porém não significativamente, do que a média da amostra norte-americana ($t=-1,87$). Quando são consideradas as respostas de movimento humano de boa qualidade formal, nota-se uma expressiva vantagem para os resultados da amostra norte-americana, com médias de M+ e Mo iguais a 0,44 (DP=0,68) e 3,57 (DP=1,84), representando 93,2% do total de respostas de movimento humano) comparado a valores de M+ e Mo inexpressivos na amostra brasileira, respectivamente iguais a 0,08 (DP=0,27) e 1,57 (DP=1,42), representando 57,9% do total de respostas de movimento humano e, finalmente, de pacientes em risco, médias respectivamente iguais a 0,05 (DP=0,22) e 1,53 (DP=1,36), representando apenas 42,1% do total de respostas de movimento humano. Estes números revelam diferenças significativas da amostra norte-americana comparado à amostra de pacientes ($t_{M+}=4,73$, e $t_{Mo}=10,50$; $p<0,05$) e comparado à amostra de padronização brasileira ($t_{M+}=7,21$, e $t_{Mo}=19,80$; $p<0,05$). Não houve diferença significativa entre as duas amostras nacionais.

Figura 2. Qualidade Formal de M para Pacientes em Risco de Suicídio, a Normatização Brasileira e a Norte-Americana



Já nas respostas idiossincráticas, distorcidas ou sem forma, (M_u , M_- e M_{none}) há um expressivo aumento para os pacientes em risco, evidenciando dificuldades nos recursos adaptativos destes sujeitos particularmente no que diz respeito à qualidade da ideação deliberada e de seu impacto nas relações interpessoais. Estas respostas qualitativamente inferiores representam 58,1% das respostas na amostra de pacientes em risco de suicídio, em contraste com 42,5% na padronização brasileira e apenas 6,7% na norte-americana. Na amostra de pacientes, M_- e M_{none} juntos representam 37,3% do total de M, uma proporção expressiva que incrementa as possibilidades de ineficiência nos recursos dados por EA. A média de M_u para as amostras de pacientes de risco e as de padronização brasileira e norte-americana foram, respectivamente, 0,78 (DP=1,17), 0,59 (DP=0,88), 0,21 (DP=0,51), sendo a média dos pacientes em condições de risco significativamente maior do que a amostra norte-americana ($t=3,22$; $p<0,05$). A média da amostra de padronização brasileira

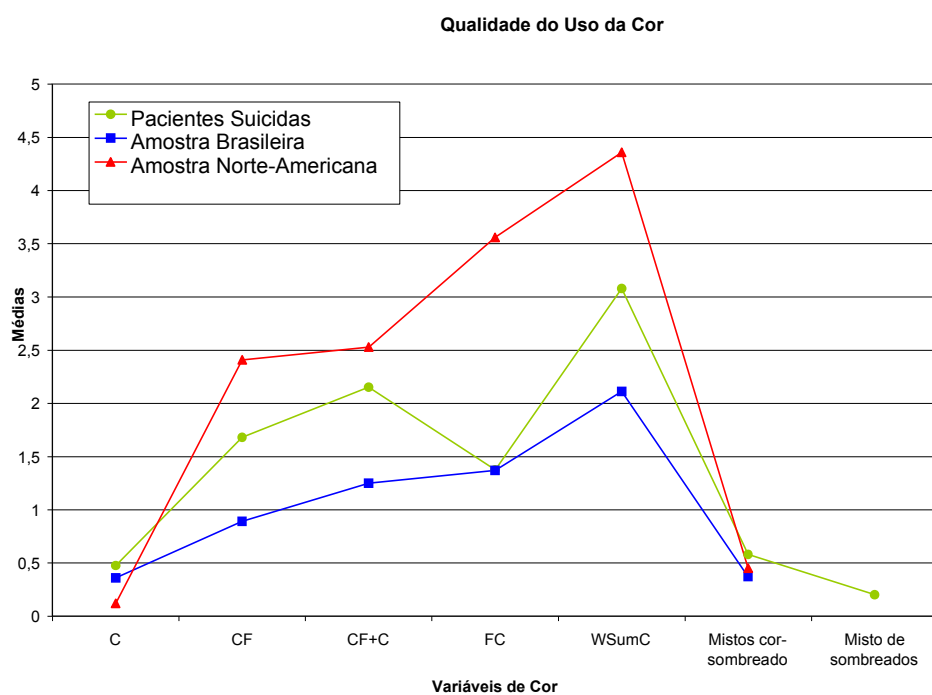
para Mu também foi significativamente maior do que a amostra norte-americana ($t=5,23$; $p<0,05$). Não houve diferença significativa para Mu entre as amostras brasileiras. A média de M- para as amostras de pacientes de risco e as de padronização brasileira e norte-americana foram, respectivamente, 1,25 (DP=1,66), 0,60 (DP=1,03), 0,07 (DP=0,27), sendo a média de pacientes em risco de suicídio significativamente maior que a do grupo de padronização brasileira ($t=2,97$; $p<0,05$) e da amostra norte-americana ($t=5,69$; $p<0,05$). A média da amostra de padronização brasileira para M- também foi significativamente maior do que a amostra norte-americana ($t=7,07$; $p<0,05$). Finalmente, a média de M_{none} para as amostras de pacientes e as de padronização brasileira e norte-americana foram, respectivamente, 0,15 (DP=0,80), 0,02 (DP=0,28), 0,01 (DP=0,08), sendo que estes dados não apontam diferenças significativas entre as três amostras ($t_{\text{PSxBR}}=0,88$; $t_{\text{PSxEUA}}=0,97$; $t_{\text{BRxEUA}}=0,25$).

Sobre a análise dos determinantes referentes aos movimentos humanos é interessante perceber a elevação com que a soma destes (M) surgiu na amostra de indivíduos em risco comparados à amostra brasileira, sendo que este fato, ao invés de direcionar para interpretações vantajosas, reflete prejuízos na organização dos recursos dos sujeitos desta pesquisa, já que o aumento de M se dá pela maior frequência de M- neste grupo. Estes dados mostram que as formas mais ajustadas de percepção do movimento humano são reduzidas enquanto se tem o aumento de uma forma menos eficiente para os pacientes em risco de suicídio. Assim, pode-se falar em um prejuízo na capacidade de deliberação destes principalmente frente aos norte-americanos, com uma tendência a distorções e, portanto, com menos recursos adaptados para lidar com situações de estresse. É notório ainda que o aumento de Mu aponta para formas incomuns de percepção do humano e esta evidência implica em uma tendência dos indivíduos em risco de formarem impressões individualistas, fortemente baseadas em suas opiniões pessoais e subjetividade,

fator problemático quando se tem quaisquer formas de distorção de pensamento, evidentes pelas ocorrências de M- (Exner & Sendín, 1999).

Além disso, a qualidade dos recursos também é afetada pela capacidade de manejo, reconhecimento e expressão afetiva para os mesmos três grupos. Os dados referentes a estes traços podem ser conferidos na Figura 3.

Figura 3. Média de Indicadores da Qualidade do Uso da Cor para Pacientes em Risco de Suicídio, Normatização Brasileira e Norte-Americana



O exame do gráfico à Figura 3 mostra valores superiores de WSumC, FC e CF e valores inferiores para C_{pura} na amostra norte-americana. Este contraste produz diferenças significativamente menores para a amostra de pacientes em risco frente a este grupo em relação à WSumC (4,36, DP=1,78 na normatização americana e 3,08, DP=2,40 na amostra de pacientes em risco; $t=-5,06$; $p<0,05$), FC (respectivamente, 3,56, DP=1,88 e 1,38; DP=1,33; $t=-11,31$; $p<0,05$) e para CF (respectivamente, 2,41, DP=1,31 e 1,68, DP=1,47;

$t=-3,68$; $p<0,05$). Além disso, este contraste é mais pronunciado na amostra de padronização brasileira relativa à norte-americana para WSumC (respectivamente, 2,11, DP=1,78 e 4,36, DP=1,78; $t=-20,61$; $p<0,05$), FC (respectivamente, 1,37; DP=1,53 e 3,56, DP=1,88; $t=-21,05$, $p<0,05$) e para CF (respectivamente, 0,89, DP=1,09 e 2,41, DP=1,31; $t=-17,36$, $p<0,05$). No caso de C_{pura} , dá-se o reverso: os valores são maiores para a amostra de pacientes em risco de suicídio (0,48, DP=1,13), intermediário para a amostra brasileira (0,36, DP=0,74) e menores para a amostra norte-americana (0,12, DP=0,37), gerando diferenças significativas entre os sujeitos em risco e os dados normativos americanos ($t=2,06$; $p<0,05$) e ainda entre o grupo de padronização brasileiro com o americano ($t=3,64$; $p<0,05$). Uma comparação entre os pacientes em risco e a amostra brasileira mostrou um aumento significativo também para os indicadores CF (respectivamente, 1,68, DP=1,47 e 0,89, DP=1,09; $t=3,77$; $p<0,05$) e WSumC (respectivamente, 3,08, DP=2,40 e 2,11, DP=1,78; $t=3,63$; $p<0,05$) para os indivíduos em crise. No último caso, cabe destacar que os valores referentes à FC são semelhantes para ambos os grupos e, sendo assim, a elevação de WSumC dentre os pacientes em risco se dá, sobretudo, a partir de respostas de cor em que existe menor modulação afetiva (CF e C_{pura}), indicando uma propensão ao funcionamento mais impulsivo e descontrolado para estes sujeitos. A comparação das médias entre os grupos mostra ainda que a relação CF+C é maior que FC apenas para os sujeitos avaliados neste estudo. Já na comparação entre as amostras com risco de suicídio e norte-americana o que se tem é uma diminuição significativa de WSumC para os indivíduos em risco ($t=-5,06$; $p<0,05$). Um outro indicador que se destacou foi FC, com uma proporção significativamente reduzida de ocorrências para os participantes deste estudo ($t=-11,31$; $p<0,05$). Nestes casos, os americanos mostram uma maior capacidade de reconhecimento e expressão das emoções, sendo estas determinadas principalmente por formas ajustadas de modulação (dadas por um $FC>CF+C$) enquanto os pacientes não

apresentam os mesmos traços. Para estes últimos, há problemas de modulação afetiva, com imaturidade em lidar com os próprios sentimentos e restrita capacidade de contenção de impulsos na expressão emocional, sendo esta condição determinante de importantes limitações no ajustamento dado pelo EA.

A estimulação experimentada ou estimulação sofrida (es) permite uma compreensão acerca dos estressores que incidem sobre a experiência e é derivada da soma de sombreados, cor acromática (SumY+SumT+SumV+SumC') e movimentos não-humanos (FM+m), vinculados às demandas às quais o sujeito está submetido. Diferenças significativas foram observadas para os norte-americanos (8,34; DP=2,99), comparados aos pacientes de risco (9,50, DP=6,80; $t=2,74$; $p<0,05$) e à amostra brasileira (8,57, DP=5,01; $t=2,08$; $p<0,05$). Tais dados são indicativos de risco para ambas as amostras nacionais já que o aumento de es sugere contato com vivências de sobrecarga. Entretanto, para avaliar o impacto de es entre os pacientes em risco, é importante apontar que 25 sujeitos (62,5%) apresentam valores para este indicador maiores que os de EA, situação crítica apontada pela S-CON (critério 6). Este tipo de ocorrência confirma a elevação das demandas e exigências sobre os indivíduos de risco avaliados em relação aos recursos de que dispõem para lidar com estes eventos, sendo que, além disso, já foi verificada uma série de prejuízos sobre estes mesmos escassos recursos. Estas características podem tornar os pacientes mais suscetíveis a dificuldades para manter o equilíbrio emocional e cognitivo quando submetidos a pressões e exigências de seu meio, apontando prejuízos nos recursos de enfrentamento destas pessoas.

A análise da experiência base (eb), realizada pela comparação entre a soma dos movimentos não-humanos no lado esquerdo e as ocorrências de sombreado e de cor acromática no lado direito, na amostra de sujeitos em risco, mostrou uma média de 4,90 (DP=4,06) para os primeiros desta relação (FM+m) enquanto os últimos (SumY+SumT+

SumV+SumC') tiveram média de 4,60 (DP=3,99). Há deste modo, indícios acerca de um padrão de funcionamento no qual, para a maioria dos sujeitos avaliados, o desconforto psíquico que sentem se relaciona com disparadores internos de tensão do tipo ideacional, que interferem sobre o curso do pensamento deliberado. Assim sendo, as interferências destes estados desagradáveis exercem sua influência especialmente sobre a razão e as cognições, reduzindo as possibilidades de um mal-estar emocional, marcado por sofrimento e dor psíquica intensa (Exner & Sendín, 1999).

Onze pacientes (28%) tiveram um CDI positivo, manifestando poucas habilidades para lidar com as diversas situações que cotidianamente surgem. Além disso, tanto a comparação entre os pacientes em risco e a amostra brasileira⁶ ($\chi^2=11,26$; $p<0,05$) quanto a comparação entre os sujeitos em risco e a amostra americana ($\chi^2=41,76$; $p<0,05$) resultou em um significativo aumento de CDI para os indivíduos sob condições de risco de suicídio, fato que demonstra que estas pessoas são mais suscetíveis a experiências de frustração, visto que os poucos recursos interativos de que dispõem limitam a eficiência de seus contatos e o alcance de seus objetivos, sendo que tais dificuldades representam problemas relevantes para o adequado controle do estresse e para a efetiva adaptação cotidiana. Esta análise será detalhada pelo exame das notas D e D ajustada.

A nota D, variável que informa sobre a capacidade atual do indivíduo para lidar com situações de estresse, teve média igual a -0,90 (DP=2,09) para os sujeitos em risco. Os dados normativos brasileiros, por sua vez, mostram média de -1,07 (DP=1,57) sendo que a média norte-americana é de -0,03 (DP=0,97). A diferença entre os pacientes avaliados nesta pesquisa e a amostra brasileira é insignificante ($t=0,69$). Por sua vez, a capacidade de lidar com estresse (nota D) é rebaixada entre os indivíduos em risco, comparados ao grupo

⁶ As referências da normatização brasileira (Amaral, Silva Neto & Nascimento, 2003) não oferecem dados sobre os índices especiais do Rorschach. Assim, para o teste do qui-quadrado referente às constelações, optou-se nesta pesquisa pela utilização dos dados de um estudo normativo das constelações em uma amostra paulista (Nascimento, 2006), sendo este aqui generalizado como amostra brasileira.

norte-americano ($t=-3,71$; $p<0,05$). Apesar da semelhança do funcionamento dos pacientes em risco em relação ao grupo de padronização brasileira, deve-se considerar que há, nestes dois grupos, dificuldades para tolerar situações de sobrecarga relativo à amostra dos Estados Unidos, mostrando menos condições de manejar eventos estressantes, com maior tendência à perda da estabilidade e à vulnerabilidade psíquica, elementos de risco que diminuem também a capacidade de lidar com experiências de frustração e tornam a pessoa mais suscetível à impulsividade afetiva ou ideativa (Exner & Sendín, 1999).

A nota D ajustada (AdjD), que por sua vez discrimina a tolerância ao estresse sem influência de determinantes situacionais, teve média igual a 0,08 (DP=1,75) para os participantes deste estudo enquanto a média da normatização brasileira é de -0,50 (DP=1,25) e da norte-americana é de 0,15 (DP=0,82). Nota-se com esses dados, um significativo aumento de AdjD para os indivíduos em risco face à amostra brasileira ($t=2,55$; $p<0,05$) sendo que tal fato aponta para melhores condições dos participantes desta pesquisa em lidar com as tensões da vida cotidiana, isto em condições não-situacionais. Assim, há um contexto vantajoso na qual se espera uma menor possibilidade de descontrole, o que não se mostrou verdadeiro nas análises de EB e EA, cujas características são ineficientes e marcadas por prejuízos (Exner & Sendín, 1999).

Observa-se, acerca da nota D, acima, que não houve diferença entre os pacientes avaliados nesta pesquisa e a amostra brasileira, revelando que ambos os grupos estão igualmente impactados por estressores, porém, pela diferença em AdjD, conclui-se que o grupo de pacientes parece estar mais impactado por fatores situacionais. Isso poderá ser avaliado pelo exame dos estressores situacionais m, SumY e SumT, dos quais destaca-se SumY, conforme será apresentado abaixo. Para tal, a Tabela 4, em destaque a seguir, mostra as médias e os desvios-padrão para estas três variáveis com referência nos valores dos sujeitos avaliados nesta pesquisa, os dados normativos brasileiros e a normatização

americana. Esta tabela dispõe também do teste t , aplicado entre os pacientes em risco e os brasileiros (PSxBR), entre os pacientes em risco e os norte-americanos (PSxEUA) e ainda entre as amostras normativas brasileira e americana (BRxEUA).

Tabela 4. Médias, Desvios-Padrão e Teste t de m , SumY e SumT na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio, na Normalização Brasileira e na Norte-Americana

Variáveis	Pacientes em Risco		Brasil		EUA		Teste t		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	PS x BR	PS x EUA	BR x EUA
m	1,58	1,68	1,39	1,39	1,28	0,99	0,83	1,40	1,18
SumY	2,65	3,20	1,78	2,08	0,61	0,96	2,86*	7,05*	10,66*
SumT	0,28	0,60	0,33	0,71	0,95	0,61	-0,40	-5,28*	-9,16*

* $|t| > 2,021$, $p < 0,05$

Observa-se, nesta tabela, médias superiores para m e SumY para os pacientes em risco de suicídio, seguidos dos sujeitos da amostra de padronização brasileira e finalmente, pela norte-americana, que apresenta as menores médias. Estes dados demonstram que não foram encontradas diferenças significativas relativas ao movimento inanimado (m) entre os grupos, fato que minimiza as possibilidades de estresse situacional cognitivamente sentido. Por outro lado, registra-se um significativo aumento do determinante de sombreado (SumY) para os sujeitos em risco frente ambos os demais grupos e para os componentes da amostra brasileira frente aos dados normativos norte-americanos. Neste caso, a elevada proporção de SumY aponta a existência de um estresse situacional cujo impacto se direciona, sobretudo, para a organização afetiva dos sujeitos, demarcando dificuldades emocionais, com forte presença de sentimentos de desproteção, desamparo e impotência, elementos de risco que limitam as condições de um bom ajustamento psicológico e incrementam as dificuldades de controle das tensões (Exner & Sendín, 1999).

Enfim, acerca do SumT, não há diferença expressiva entre o grupo avaliado e a amostra brasileira enquanto, por outro lado, em relação à amostra americana, o valor de SumT aparece significativamente reduzido comparados aos pacientes e às pessoas do grupo amostral brasileiro (Tabela 4). Isso pode ser facilmente percebido pelas modas nos três grupos: T tem moda de um na amostra norte-americana enquanto esta é nula nas amostras brasileiras e de pacientes em risco de suicídio deste estudo. Assim, não é possível falar em problemas de controle associados a perdas afetivas recentes dentre os grupos nacionais sendo que os pacientes demonstram um funcionamento similar ao da amostra brasileira.

A análise dos determinantes mistos também permite acessar aspectos importantes do funcionamento do sujeito diante de eventos carregados de tensão. Quando estes determinantes são compostos pela ocorrência simultânea de sombreados, de sombreado com cor acromática ou por ao menos um destes indicadores com a cor cromática, tem-se uma situação complexa marcada por algum tipo de conflito psicológico com repercussão sobre a capacidade de gerenciamento dos estados de sobrecarga. Além disso, ocorrências de determinantes mistos dadas a partir da presença de m ou Y também fornecem importantes informações sobre este tipo de desorganização no funcionamento enquanto a ocorrência de mistos com três ou mais determinantes apontam para um aumento da complexidade do funcionamento das pessoas em formas que são pouco usuais e, provavelmente determinadas por experiências de tensão fora do habitual (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

Assim, as respostas dadas pela combinação de determinantes de sombreado ou de sombreado com cor acromática tiveram média de 0,20 (DP=0,61) para a amostra desta pesquisa, sendo que os valores desse tipo de variável não foram relatados nas normas brasileira e americana. Estas respostas tiveram oito ocorrências e, com 16 sombreados, são

equivalentes a 4% do total de mistos (oito ocorrências de 200 respostas mistas). Tratam-se de valores baixos que não permitem afirmar a existência de uma afetividade dolorosa mais intensa para a maioria dos sujeitos submetidos à avaliação, embora representem uma experiência clinicamente importante para quem as tem.

As respostas do tipo cor-sombreado representam uma variável crítica na análise do risco de suicídio e por isso encontram-se inseridas na S-CON sempre que presentes em um protocolo (critério 2). Esta forma de respostas de determinantes mistos teve uma média igual a 0,58 (DP=0,90) dentre os pacientes, 0,37 (DP=0,64) na amostra normativa brasileira e 0,45 (DP=0,68) na americana. Estes números apontam a inexistência de diferenças expressivas nas respostas com determinantes mistos de cor-sombreado entre os diversos grupos amostrais ($t_{PSxBR}=1,26$; $t_{PSxEUA}=0,80$) e, sendo assim, não há meios para se afirmar a existência de estresse determinado por conflitos afetivos com forte ambivalência e confusão de sentimentos.

A presença de m ou Y nas variáveis componentes dos determinantes mistos também indica um funcionamento problemático, mas não há valores de referência nos dados normativos utilizados para contraste neste estudo. Os mistos nos quais figuram ocorrências de m sem a presença de Y são equivalentes a 19% do total de respostas determinadas pela coexistência de mais de um tipo de determinante e, na situação inversa, os mistos dados por Y sem participação de m representam 21% das respostas de multideterminação. Além disso, 6,5% de todas as respostas mistas são formadas pela coexistência de m e Y. Assim, 46,5% das respostas mistas contêm Y ou m. Tratam-se de números expressivos e que demonstram que boa parte do aumento da complexidade no funcionamento dos participantes desta pesquisa está vinculada com eventos externos estressantes, marcando um estado de sobrecarga situacionalmente determinada, sendo que este tipo de ocorrência reduz a capacidade dos sujeitos para manterem-se estáveis e

equilibrados. Pode-se presumir, deste modo, que caso o contexto fosse menos perturbador provavelmente o funcionamento destas pessoas seria mais simples.

É possível verificar também que 6,5% das respostas com determinantes mistos são formadas por um mínimo de três variáveis e representam um funcionamento complexo acima de níveis considerados usuais. Estas ocorrências levantam o questionamento acerca da complexidade de funcionamento acima de níveis considerados usuais nestes pacientes. Infelizmente, não se tem informações acerca desses dados em outras amostras. Considerando o alcance e a repercussão destes traços e suas fortes influências sobre as condutas gerais dos indivíduos, seria importante o entendimento da relação dos afetos dolorosos com os afetos prazerosos assim como o entendimento dos afetos dolorosos em respostas complexas de outras ordens.

Para concluir as análises aqui formuladas acerca da capacidade de controle do estresse de pacientes com ideação suicida grave e/ou tentativa de suicídio recente, tem-se que estes sujeitos manifestam significativas dificuldades para realizar o manejo adequado de situações adversas. Seus recursos podem ser questionados e devem ser vistos com muita atenção já que uma parcela relevante destes encontra-se substancialmente prejudicada por uma capacidade de deliberação e controle insuficientes e bastante desorganizados. Mais do que isso, as demandas também surgem em uma proporção maior que estes recursos, marcando novo conflito para a condução eficiente de situações tensas e para que decisões eficientes sejam postas em prática. A presença de estresse situacionalmente determinado parece ter um impacto voltado, sobretudo, para a organização afetiva, tornando os pacientes em risco mais suscetíveis ao contato com emoções invasivas e dolorosas, cujo manejo é complicado e implica em fortes dificuldades para manter o equilíbrio psíquico. Estes estados marcam uma atividade psicológica intensa, um esforço fora do habitual para a manutenção do ajustamento psicológico.

Processamento

A análise do processamento abrange o modo como é feita a coleta e integração de informações por parte das pessoas, além de fornecer dados sobre a motivação dos sujeitos. Falhas ou lapsos nesta tarefa prejudicam as atividades cognitivas das pessoas e o seu desempenho e, no caso de indivíduos em crise, tais comprometimentos podem incrementar as experiências de frustração e assim, os riscos.

A Tabela 5 aponta os dados estatísticos referentes a indicadores úteis à compreensão do modo como se dá a organização das funções de processamento dentre os pacientes em risco de suicídio, sendo eles: L, Zf, Zd, HVI soma, HVI positivo, OBS soma, OBS positivo, PSV, DQ+, DQo, DQv e DQv/+. Outra fonte de dados, a relação W:M, também faz-se uma análise pertinente, sendo objeto de consideração mais adiante. Os resultados acerca desses indicadores serão apresentados e discutidos a seguir.

O Lambda (L) quando elevado, determina o estilo evitativo de conduta na análise do Tipo de Vivência (EB). A média de L para os pacientes em risco foi igual a 1,23 (DP=2,33), sendo que as médias das padronizações brasileira e americana são respectivamente 1,05 (DP=1,08) e 0,60 (DP=0,31). Estes valores não revelaram diferenças expressivas entre as amostras nacionais ($t=0,70$), mas apontou um aumento significativo deste indicador para os participantes deste estudo em comparação com os norte-americanos ($t=2,56$; $p<0,05$). Tais dados demonstram que os pacientes em risco possuem um funcionamento similar ao da amostra normativa brasileira quando da análise de L, mas face à organização do processamento da amostra americana, exibem uma forte tendência à simplificação, deixando passar muitas informações durante a tarefa de captação cognitiva, sendo esta uma estratégia defensiva na qual buscam evitar contato com a complexidade e o envolvimento afetivo próprios a certas situações. Este funcionamento pode ser bastante problemático evidenciando as dificuldades dos pacientes em lidar com formas diversas de

estimulação afetiva e de se adaptarem às demandas cotidianas (Exner, 2003). De qualquer modo, já foi verificado que 27,5% da amostra deste estudo é classificada como evitativa, contra 9,7% na norte-americana ($\chi^2=12,40$; $p<0,05$) e, assim, estes indivíduos em risco encontram-se mais sujeitos a problemas na qualidade e eficiência do processamento por conta de uma coleta de dados empobrecida e carente de maior esforço cognitivo (esta comparação não foi possível na amostra brasileira por conta da ausência de dados).

A Zf, uma das variáveis que comunica acerca dos esforços de processamento, teve média igual a 10,88 (DP=5,30) para os participantes deste estudo, 10,16 (DP=4,16) na normatização brasileira e 11,84 (DP=2,78) na normatização americana. Não há diferença relevante entre os sujeitos em risco e a amostragem brasileira ($t=1,81$), contudo, há uma redução significativa nos valores de Zf dentre os sujeitos em situação crítica de risco ($t=-2,57$; $p<0,05$) e os brasileiros ($t=-10,51$; $p<0,05$) em relação aos dados normativos originais. Este fato aponta que para estes sujeitos em risco, e ainda mais para os participantes da amostra brasileira, é comum pouco envolvimento com as tarefas propostas e um menor esforço criativo em sua atuação prática, marcando um escasso nível de motivação e iniciativa (Exner & Sendín, 1999). Tal traço deve ser considerado com atenção, visto que pode ser resultado de preocupantes vivências de desesperança.

A variável Zd teve uma média de 0,29 (DP=3,77) para os participantes deste estudo, sendo este valor inferior na amostra brasileira (-0,52, DP=4,77) e superior na amostra de não-pacientes norte-americanos (0,57, DP=2,98). Posto ao teste, tais números informam da inexistência de diferenças expressivas para Zd entre as pessoas em crise suicida face à amostra norte-americana ($t=-0,89$). Por outro lado, há uma diminuição significativa de Zd para os indivíduos da amostra de normatização brasileira comparados com a de pacientes em risco ($t=-2,33$; $p<0,05$) e à norte-americana ($t=-6,41$; $p<0,05$). Estes dados mostram um comprometimento na eficiência da captação de estímulos dentre os

integrantes da amostra de padronização brasileira que, frente aos demais grupos aqui considerados, demonstram uma coleta de dados menos cuidadosa, usualmente determinada por traços de negligência, descuido e impulsividade, com pouco envolvimento nas produções e escassa motivação (Exner & Sendín, 1999).

Tabela 5. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Processamento

Variáveis	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Percentil 25	Mediana (percentil 50)	Percentil 75	Moda	Assimetria (Skewness)	Kurtosis	Intervalo	Mínimo	Máximo
L	1,23	0,37	2,33	0,43	0,69	1,21	0,13	5,58	33,40	14,87	0,13	15,00
Zf	10,88	0,84	5,30	7,00	10,50	14,50	7,00	0,53	0,59	25,00	1,00	26,00
Zd	0,29	0,60	3,77	-2,88	0,50	2,50	2,50	0,29	-0,05	16,00	-7,00	9,00
HVI soma	1,88	0,24	1,49	1,00	2,00	3,00	1,00	0,77	0,23	6,00	0,00	6,00
HVI positivo	0,13	0,05	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	2,36	3,74	1,00	0,00	1,00
OBS soma	1,23	0,12	0,77	1,00	1,00	2,00	1,00	0,30	-0,02	3,00	0,00	3,00
OBS positivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00
PSV	0,10	0,05	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	2,77	5,98	1,00	0,00	1,00
DQ+	6,48	0,62	3,90	3,00	7,00	8,75	8,00	0,55	0,51	17,00	1,00	18,00
DQo	14,00	0,91	5,73	10,00	13,00	17,00	13,00	0,67	0,49	26,00	4,00	30,00
DQv	0,70	0,15	0,97	0,00	0,50	1,00	0,00	2,45	9,05	5,00	0,00	5,00
DQv/+	0,20	0,08	0,52	0,00	0,00	0,00	0,00	2,63	6,30	2,00	0,00	2,00

Além disso, a Zd também se destaca como mais uma variável crítica à compreensão do potencial suicida e foi inserida na S-CON quando $Zd > +3,5$ ou $Zd < -3,5$ (critério 5). Na primeira condição, seis sujeitos do grupo de risco (15%) têm uma elevação deste índice, demonstrando um estilo hiperincorporador de processamento, problemático por evidenciar sujeitos muito meticolosos, receosos acerca da possibilidade de cometerem erros, que dispõem muito tempo e energia nas tarefas de sondagem e que recolhem um número alto de informações, com dificuldades para organizá-las produtivamente. Por outro lado, sete sujeitos (17,5%) apresentam uma redução no valor de Zd, fator de risco porque indica um estilo hipoincorporador de processamento, caracterizado por atividades exploratórias negligentes e deficitárias, portanto mais suscetíveis a equívocos (Exner & Sendín, 1999). Tem-se, deste modo, 13 sujeitos (32,5%) apresentando este critério da S-CON positivo. Percebe-se também que a comparação entre os pacientes em risco e a amostra norte-americana indicou a inexistência de diferenças significativas entre estes grupos quando se considera traços hiperincorporadores ($Zd > 3,0$; $\chi^2 = 0,02$), contudo, dentro destes mesmos grupos destaca-se um significativo aumento de casos com estilo hipoincorporador ($Zd < 3,0$; $\chi^2 = 60,87$; $p < 0,05$), mostrando que para os sujeitos em risco comparados à amostra norte-americana há uma indicação de menos cuidado e impulsividade na coleta de dados (dados não estão disponíveis para esta comparação na amostragem brasileira).

O HVI soma teve média de 1,88 (DP=1,49) dentre os sujeitos em risco, sendo este um número não muito expressivo diante dos oito itens totais que compõem tal constelação. O critério HVI positivo esteve presente para cinco sujeitos (12,5%) da amostra de pacientes em risco, com aumento significativo em relação à amostra norte-americana ($\chi^2 = 9,77$; $p < 0,05$), mas sem aumento significativo em relação à amostra brasileira ($\chi^2 = 2,65$; $p < 0,05$). Pode-se afirmar, então, que, frente aos dados

norte-americanos, os sujeitos em risco demonstram ser pessoas que apresentam uma atenção excessiva aos estímulos à sua volta, esta determinada por fortes sentimentos de desconfiança em relação ao meio. Tal funcionamento usualmente conduz a um significativo comprometimento do processamento na medida em que muita energia é despendida em busca de atentar para os diversos estímulos à volta, este um esforço antecipatório de defesa, sendo que o gasto energético resultante usualmente se dá pelo desvio do investimento em outras atividades essenciais. O risco de suicídio nesta situação é derivado de um grande receio acerca do julgamento alheio, do cansaço determinado por um estado de alerta permanente, dos intensos sentimentos de perseguição e, claro, por uma atividade de processamento usualmente falha.

O OBS soma e o critério OBS positivo não apresentou resultados relevantes para nenhuma das três amostras, conforme já discutido.

A relação W:M informa sobre o nível de aspiração das pessoas relativo aos recursos disponíveis. Este indicador é impactado pelo Tipo Vivencial (EB), pois o número de respostas globais (W) é o mesmo para todos os estilos, mas a quantidade de respostas de movimento humano (M) varia entre eles. Por este motivo, as médias de W e M para uma amostra não é suficiente para a interpretação desta relação entre aspiração e recursos. Assim, a razão W:M esperada não deve exceder 1,5:1 para introversivos, 2:1 para ambíguais, ou 3:1 para extratensivos, nem deve ser inferior a 0,75:1 para introversivos ou a 1,2:1 para ambíguais ou extratensivos (Exner, 2003). Nas proporções estipuladas acima, portanto, encontramos uma relação adequada entre aspiração e recursos ($W:M_{adequado}$). Quando a proporção entre as variáveis é diferente, uma elevação de W indica que a aspiração do sujeito é maior que suas capacidades funcionais ($W\uparrow:M\downarrow$). No caso oposto, um rebaixamento na proporção esperada de W relativo a M ($W\downarrow:M\uparrow$) sugere que, no estabelecimento de suas metas, a pessoa é desleixada (se Zf abaixo da média), muito

cautelosa ou conservadora (se Zf acima da média) (Exner, 2003, p. 347). Tendo em vista tais informações, a amostra foi separada em três grupos (introversivos, ambíguais e extratensivos) independentes dos valores de Lambda e de estilos persistentes, para os quais três condições de aspiração foram examinadas ($W\uparrow:M\downarrow$, $W:M_{adequado}$ e $W\downarrow:M\uparrow$). Os sujeitos que têm estilo de EB indefinido não foram incluídos nessa análise cujos dados estão apresentados na Tabela 6, a seguir.

Tabela 6. Nível de Aspiração e Recursos para os Tipos de Vivência Introversivo, Ambigüal e Extratensivo

Condição W:M (Aspiração x Recursos)	Tipo de Vivência (EB)			Total
	Introversivo	Ambigüal	Extratensivo	
$W\uparrow:M\downarrow$	1 (2,5%)	4 (10%)	4 (10%)	9 (22,5%)
$W:M_{adequado}$	6 (15%)	4 (10%)	3 (7,5%)	13 (32,5%)
$W\downarrow:M\uparrow$	4 (10%)	2 (5%)	0	6 (15%)
Total	11 (27,5%)	10 (25%)	7 (17,5%)	28 (70%)

Observa-se que 15 indivíduos (37,5%) têm alguma dificuldade na relação aspiração-recursos. Nove sujeitos (22,5%) demonstram ter mais ambições que capacidades, (2,5% para introversivos, 10% para ambíguais e 10% para extratensivos), uma condição perigosa já que diante de elevadas expectativas os sujeitos podem questionar suas habilidades, seus esforços e se tornam mais suscetíveis a experiências de frustração. Por outro lado, seis sujeitos (15%) são mais cautelosos e conservadores, com metas inferiores a seus recursos (10% para introversivos, 5% para ambíguais e zero para extratensivos), esta também uma situação arriscada já que tais pessoas parecem ter menos iniciativa, com escassos projetos de vida e metas que direcionem efetivamente suas capacidades. Enfim, 13 sujeitos (32,5%) demonstram um equilíbrio entre suas ambições (W) e os recursos de

que dispõem para conseguir concretizá-los (M), um funcionamento que minimiza riscos e impulsos autodestrutivos. As dificuldades apontadas anteriormente em relação ao Tipo de Vivência e o impacto das distorções de forma que afetam os recursos (M-), presentes em alguns casos, devem também ser levadas em consideração na interpretação deste indicador para cada sujeito.

PSV, também relacionado à eficiência do processamento, informa acerca de distúrbios cognitivos relevantes, provavelmente de ordem neurológica. Sua média é de 0,10 (DP=0,30) para os pacientes avaliados, 0,26 (DP=0,59) na amostra brasileira e 0,07 (DP=0,25) na normatização americana. Estes números apontam a inexistência de diferenças significativas entre os indivíduos em risco e ambas as amostras normativas utilizadas como parâmetro desta pesquisa ($t_{PSxBR}=-1,54$; $t_{PSxEUA}=0,33$) e, neste caso, não há condições para se afirmar, dentre os sujeitos com ideação suicida, a existência de prejuízos na manutenção de um foco de atenção e de riscos de desordens cognitivas severas neurologicamente determinadas. Por outro lado, a análise dos dados da amostra brasileira frente à amostra norte-americana resultou em um significativo aumento de PSV para os primeiros ($t=3,27$; $p<0,05$), informação que pode demarcar limitações cognitivas importantes, com a repetição de esquemas perceptivos, tendência ao comportamento óbvio e à rigidez do pensamento dentre os participantes da amostra normativa nacional (Exner & Sendín, 1999).

A análise da qualidade evolutiva (DQ) também é importante para a compreensão do processamento e a Tabela 7 informa os valores das médias e desvios-padrão das variáveis DQ+, DQo, DQv/+ e DQv nos três grupos de referência desta pesquisa, além do teste t aplicado entre os pacientes em risco e a amostra brasileira, entre pacientes em risco e a amostra americana e ainda entre as amostras brasileira e americana.

Tabela 7. Médias, Desvios-Padrão e Teste *t* das Variáveis de Qualidade Evolutiva na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio, na Normatização Brasileira e na Norte-Americana

Variáveis	Pacientes em Risco		Brasil		EUA		Teste <i>t</i>		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	PS x BR	PS x EUA	BR x EUA
DQ+	6,48	3,85	4,76	3,00	7,36	2,23	5,06*	-2,75*	-18,96*
DQo	14,00	5,66	13,90	6,15	13,58	3,67	0,24	1,07	1,66
DQv/+	0,20	0,51	0,32	0,74	0,39	0,61	-0,92	-1,59	-1,02
DQv	0,70	0,95	1,43	1,83	0,98	1,26	-3,96*	-1,71	4,23*

* $|t| > 2,021$, $p < 0,05$

Com base na Tabela 7, a análise de DQ+ indica que os pacientes em risco têm um funcionamento intermediário entre os dois grupos normativos, sendo que, de um lado, comparados à amostra brasileira possuem um significativo aumento de respostas associadas a esta variável, situação que aponta mais esforços elaborativos. De modo oposto, frente aos norte-americanos há uma significativa redução deste tipo de resposta para os indivíduos em risco, redução ainda maior para a amostra brasileira quando comparada com os dados da padronização americana. Este fato pode ser traduzido por um funcionamento de elaborações menos complexas, dadas por escassos processos de análise e síntese do campo de estímulos tanto para as amostras de risco quanto para a de brasileiros (Exner & Sendín, 1999).

Já a análise das variáveis DQo e DQv/+ demonstrou a inexistência de diferenças significativas entre os pacientes e as amostras normativas de referência nesta pesquisa, fato que demarca um funcionamento similar dos sujeitos em risco em relação a estes grupos de padronização. Estas são condições que favorecem os pacientes, especialmente acerca das DQv/+ que apontam configurações problemáticas nas quais se tem um maior esforço

elaborativo, mas com resultados menos eficientes (Exner & Sendín, 1999). Assim, o ajustamento dos pacientes frente aos demais grupos de referência minimiza os riscos associados a esta variável.

Acerca das DQv, não existem diferenças expressivas entre os pacientes em risco de suicídio e a amostra americana (Tabela 7), mas na comparação dos pacientes com a amostra brasileira há evidências de uma significativa redução desta variável para os sujeitos em risco. Ademais, a comparação entre a amostra brasileira e o grupo de padronização americano indica um significativo aumento da variável DQv na amostra nacional. Curiosamente, estes dados apontam, assim, para uma coleta de dados comumente mais primitiva e imatura na amostra de normatização brasileira (Exner & Sendín, 1999).

Obviamente, as informações das DQ+ não devem ser tomadas como indicação de um funcionamento ajustado e de operações cognitivas mais brilhantes, especialmente porque parte dessas respostas pode conter prejuízos no uso da forma ou elaborações implausíveis entre perceptos (como no caso de respostas de síntese com os códigos especiais críticos INCOM ou FABCOM). De forma geral, os pacientes em risco parecem possuir uma capacidade de processamento de qualidade à luz dos demais grupos de comparação, fato que minimiza riscos de desajustes no processamento da informação com uma coleta de dados satisfatória, porém não estão descartados riscos de desajuste na percepção realística dos estímulos, condição a ser verificada no exame da mediação.

Em síntese, pode-se afirmar que os participantes deste estudo mostram, em relação ao processamento, um funcionamento econômico, com pouco investimento energético e restrito envolvimento com as tarefas propostas. Tal conduta não sacrifica a qualidade de suas produções que, nesta etapa, parece desenvolver-se com maior qualidade em relação à amostra normativa brasileira. Apesar disso, há evidências acerca de uma postura cautelosa acerca de toda ambigüidade e direcionada para uma mínima interação com experiências

mais complexas. Esta opção é arriscada à medida que o meio oferece novas demandas e alternativas, exigindo maior contato entre os indivíduos e suas tarefas e forçando tomadas de decisões e efetivação de escolhas.

Além disso, estes sujeitos usualmente mostram uma atenção exacerbada para detalhes de menor importância, assim desconsiderando a totalidade efetiva de certos contextos e o envolvimento com estas. Trata-se de uma outra forma de manifestação defensiva comum à evitação do contato com a ambigüidade acima citado, sendo que com este tipo de atitude não é incomum encontrar indivíduos isolados, pouco dedicados a seus trabalhos e bastante suscetíveis a falhas na condução de seus afazeres cotidianos. Deste modo também são ampliados os riscos de auto-extermínio dados a partir de repetidas experiências de erro, pela dificuldade de tomar decisões e solucionar problemas, visto que podem faltar informações suficientes para tal, bem como interesse em buscar novas formas de atuação. Nestas condições, experiências sucessivas de frustração também podem minar a organização psicológica destes indivíduos, tornando-os mais predispostos a crises.

Mediação

Partindo para a análise da mediação, ou seja, o modo como os indivíduos traduzem as informações já coletadas, a Tabela 8 a seguir oferece dados de estatística descritiva para diversos indicadores deste agrupamento, a saber: R, XA%, WDA%, X+%, Xu%, X-%, FQ+, FQo, FQu, FQ-, FQ_{none}, Populares, S, S-, PTI soma, PTI positivo, OBS soma e OBS positivo. Relacionado a estes indicadores, consta da S-CON os critérios referentes à baixa produtividade ($R < 17$) e à distorção perceptiva ($X+ \% < 0,70$).

Tabela 8. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Mediação

Variáveis	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Percentil 25	Mediana (percentil 50)	Percentil 75	Moda	Assimetria (Skewness)	Kurtosis
R	21,38	1,16	7,31	16,25	18,00	25,50	18,00	1,73	3,87
Populares	4,00	0,28	1,75	3,00	4,00	5,00	3,00	0,45	0,81
XA%	0,67	0,02	0,12	0,58	0,67	0,76	0,67	-0,03	-0,18
WDA%	0,72	0,02	0,13	0,64	0,73	0,82	0,67	-0,85	2,27
X+%	0,39	0,02	0,13	0,32	0,39	0,48	0,33	-0,21	0,25
Xu%	0,27	0,01	0,09	0,20	0,28	0,33	0,33	-0,26	0,11
X-%	0,31	0,02	0,11	0,22	0,31	0,40	0,22	-0,14	-0,83
FQ+	0,10	0,05	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	2,77	5,98
FQo	8,13	0,53	3,32	6,00	8,00	10,00	8,00	0,48	0,34
FQu	5,90	0,49	3,09	4,00	5,00	7,75	5,00	1,42	3,22
FQ-	6,75	0,61	3,84	4,25	7,00	8,00	7,00	1,85	5,57
FQ_{none}	0,50	0,19	1,20	0,00	0,00	1,00	0,00	4,38	22,83
S	1,63	0,25	1,61	0,00	1,00	2,75	0,00	1,42	2,67
S-	0,58	0,14	0,87	0,00	0,00	1,00	0,00	1,94	4,81
PTI soma	1,78	0,25	1,56	0,25	1,50	3,00	0,00	0,65	-0,55
PTI positivo	0,28	0,07	0,45	0,00	0,00	1,00	0,00	1,05	-0,95
OBS soma	1,23	0,12	0,77	1,00	1,00	2,00	1,00	0,30	-0,02
OBS positivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		

O número de respostas (R) produzidas na aplicação do Rorschach é uma variável crítica para a análise do risco de suicídio e compõe a S-CON quando menor que 17 (critério 12). Esta condição foi verdadeira para 10 sujeitos (25%). R teve média de 21,38 (DP=7,31) para os pacientes com risco de suicídio, sendo que as médias para as amostras de padronização brasileira e americana são, respectivamente, 20,40 (DP=6,84) e 22,32 (DP=4,40), revelando diferenças significativas em relação aos pacientes em risco de suicídio: significativamente menor que a amostra norte-americana ($t=-2,14$; $p<0,05$) e, por outro lado, significativamente maior que a amostra de padronização brasileira ($t=2,07$; $p<0,05$). Estas tendências são confirmadas pela moda de produtividade dos pacientes em

crise que é igual a 18, em contraste com 14 na amostra brasileira e 23 na norte-americana. Os sujeitos sob risco de auto-extermínio mostram, assim, uma produtividade intermediária em relação aos demais grupos tomados como referência e, deste modo, eventuais falhas cognitivas possuem um impacto maior sobre a amostra brasileira com menor produtividade.

Considerando a adequação perceptiva em geral (XA%) e a adequação perceptiva em situações óbvias ou comuns (WDA%), são observados valores significativamente inferiores para os pacientes em risco relativos à amostra norte-americana ($t_{XA\%}=-4,51$ e $t_{WDA\%}=-3,79$; $p<0,05$; Tabela 9). Os valores são também inferiores aos da amostra brasileira, porém não significativamente (Tabela 9), sendo que os resultados dessas análises demonstram mais uma vez a inexistência de diferenças expressivas entre os pacientes sob risco autodestrutivo e a amostra brasileira. Por outro lado, os valores significativamente inferiores de XA% e WDA% dos participantes deste estudo em relação à amostra americana apontam para respostas menos eficientes e adaptadas, determinadas por um contato com a realidade menos preciso tanto em situações óbvias quanto em contextos menos familiares (Exner, 2003).

Tabela 9. Médias, Desvios-Padrão e Teste t de XA%, WDA%, X+%, Xu% e X-% na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio na Normatização Brasileira e na Norte-Americana

Amostragem	Estatística	XA%	WDA%	X+%	Xu%	X-%
Pacientes em Risco	Média	0,67	0,72	0,39	0,27	0,31
	DP	0,12	0,13	0,13	0,09	0,11
Amostra Brasileira	Média	0,74	0,78	0,44	0,29	0,25
	DP	0,13	0,14	0,12	0,11	0,12

Amostra Original	Média	0,92	0,94	0,77	0,15	0,07
	DP	0,06	0,06	0,09	0,07	0,05
Teste t	PS x BR	-1,22	-0,93	-0,78	-0,32	1,00
	PS x EUA	-4,51*	-3,79*	-6,51*	2,46*	4,41*
	BRxEUA	-6,56*	-5,64*	-12,02*	5,41*	6,87*

* $|t| > 2,021$, $p < 0,05$

Exner (2003) postula sete condições interpretativas para a análise de XA% e WDA %, estas relevantes para compreender as dificuldades mediacionais. A primeira condição indica um ajustamento adequado no modo de interpretar a realidade ($XA% > 0,78$ e $WDA \% \geq XA\%$) e dentre os pacientes com risco de suicídio apenas quatro sujeitos (10%) são encontrados nesta condição. Dois outros sujeitos (5%) possuem ajustamento adequado no modo de interpretar a realidade ($XA% > 0,78$), embora apresentem desempenho inferior, ainda que aceitável, em situações rotineiras ($WDA\% < XA\%$). O restante da amostra (85%) apresenta algum tipo de dificuldade mediacional no trato com a realidade, referente às outras condições interpretativas, descritas a seguir.

Para um sujeito (2,5%) nota-se um grande esforço para garantir que os eventos serão traduzidos de forma acurada, característica comum aos obsessivos ($XA% > 0,90$ e $WDA\% \geq XA\%$). Um outro sujeito (2,5%) encontra-se em uma situação rara em que parece ter problemas de processamento ou ter feito um esforço para simular um funcionamento pior do que o real, fato dado por um substancial número de respostas Dd com qualidade formal ordinária e incomum enquanto as respostas W e D possuem em sua maioria qualidade formal menos ($XA\% \geq 0,78$ e $WDA\% < 0,75$). Para cinco sujeitos (12,5%) a mediação parece apropriada quando as condições do meio são óbvias ($WDA\% \geq 0,80$), sendo que problemas podem surgir em circunstâncias diferentes ($XA\%$ entre 0,70 e 0,77), causando menor eficiência das atividades mediacionais e comprometimento do teste de

realidade. Para dois sujeitos (5%) o teste de realidade tende a falhar significativamente nas situações em que os estímulos são menos óbvios, isto por conta de um esforço defensivo na qual existem mais respostas Dd com pior qualidade formal ($XA\% < 0,70$ e $WDA\% \geq 0,80$). Para um sujeito (2,5%) há um nível moderado de disfunção mediacional ($XA\%$ entre 0,70 e 0,77 com $WDA\%$ entre 0,75 e 0,79) enquanto para outros três sujeitos (7,5%) há um nível mais significativo de desajuste ($XA\% < 0,70$ e $WDA\%$ entre 0,75 e 0,79). Enfim, para 18 sujeitos (45%) há um destacado prejuízo mediacional, com grande comprometimento na compreensão adequada da realidade e com respostas ineficientes às exigências cotidianas ($XA\% < 0,70$ e $WDA\% < 0,75$). Os três indivíduos (7,5%) remanescentes não tiveram valores para $XA\%$ e $WDA\%$ equivalentes, apresentando variações entre 0,69 e 0,73, indicando dificuldades mediacionais na fronteira entre moderado e grave tanto em situações corriqueiras quanto nas menos usuais. Conclui-se por estas informações que entre pacientes de risco há extensiva dificuldade mediacional que pode culminar em interpretação inadequada da realidade e déficits cognitivos relevantes.

Uma maneira de aprofundar a compreensão das distorções perceptivas é pelo exame do uso da forma, analisando as proporções de uso da forma adequado ($X+\%$), idiossincrático ($Xu\%$) e distorcido ($X-\%$) (ver Tabela 9) e também as frequências dos vários tipos de qualidade formal $FQ+$, FQo , FQu , $FQ-$ e FQ_{none} , cujos dados são apresentados na Tabela 10, disposta ao longo do texto.

Ainda na consideração da Tabela 9 é observável que as duas amostras brasileiras possuem valores muito abaixo da norte-americana para respostas com uso apropriado de forma ($X+\%$), indicando distorção perceptiva e déficit de ajustamento, estes mais pronunciados na amostra de indivíduos com risco de suicídio ($X+\%=0,39$). Essas diferenças foram significativas ($t_{BRxEUA}=-12,02$ e $t_{PSxEUA}=-6,51$; $p < 0,05$). Tal indicador mediacional é componente da S-CON (critério 8) quando $X+\% < 0,70$ e revela limitações no

ajustamento perceptivo comprometendo a adaptação das pessoas frente às demandas cotidianas. Tem-se que dentre os 40 sujeitos da amostra de risco de suicídio, todos (100%) atendem a este quesito, o que confirma os dados acima acerca de maiores dificuldades no teste da realidade, com uma menor eficiência e ajustamento da mediação por parte dos indivíduos com risco suicídio.

Comparados à amostra norte-americana, houve aumento significativo de respostas incomuns ($X_u\%$) para a amostra de pacientes ($t=2,46$; $p<0,05$) e para a amostra brasileira ($t=5,41$; $p<0,05$), sendo assim plausível falar em um funcionamento mais idiossincrático destes, com fortes tendências a desconsiderarem expectativas sociais em favor de suas próprias opiniões e demandas (Exner, 2003).

A qualidade formal distorcida ($X-\%$) é maior tanto na amostra brasileira quanto na de pacientes em condições de risco de suicídio, com diferenças significativas entre essas quando comparadas em relação à amostra norte-americana ($t_{PSx EUA}=6,87$ e $t_{BRx EUA}=4,41$; $p<0,05$). Por sua vez, a distorção aparece mais pronunciada na amostra de pacientes em risco ($X-\%=0,31$) quando comparada à de padronização brasileira ($X-\%=0,25$), mas não significativamente. Tais resultados apontam uma maior tendência entre os pacientes em risco para fornecerem mais respostas atípicas ou mesmo inapropriadas para as situações apresentadas, sendo esta característica determinante de importantes dificuldades na compreensão dos eventos, das expectativas e demandas do meio (Exner, 2003).

Seguindo com a análise da qualidade do uso da forma, a Tabela 10 destaca os valores das médias, desvios-padrão e a comparação entre as amostras (teste t) para $FQ+$, FQ_0 , FQ_u , FQ_- e FQ_{none} . Enquanto os índices $XA\%$ e $WDA\%$ permitem o contraste do uso da forma em contextos diferentes, os índices $X+\%$, $X_u\%$ e $X-\%$ propiciam a análise das proporções de uso dos tipos de forma independente do contexto, sendo que a frequência da

qualidade formal (FQ) permite ainda a visualização dos dados brutos da atividade mediacional.

Tabela 10. Médias, Desvios-Padrão e Teste *t* de FQ+, FQo, FQu, FQ- e FQ_{none} na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio, na Normatização Brasileira e na Norte-Americana

Amostragem	Estatística	FQ+	FQo	FQu	FQ-	FQ _{none}
Pacientes em Risco	Média	0,10	8,13	5,90	6,75	0,50
	DP	0,30	3,32	3,09	3,84	1,20
Amostra Brasileira	Média	0,19	8,70	6,15	5,06	0,31
	DP	0,46	3,44	3,45	2,75	0,78
Amostra Original	Média	0,71	16,44	3,49	1,56	0,11
	DP	0,88	3,34	2,03	1,20	0,37
Teste <i>t</i>	PS x BR	-0,90	-1,80	-0,80	5,04*	1,02
	PS x EUA	-6,34*	-27,60*	8,39*	16,37*	2,20*
	BR x EUA	-8,46*	-51,19*	18,48*	27,82*	2,97*

* $|t| > 2,021$, $p < 0,05$

Estes dados demonstram que as respostas de melhor qualidade formal, FQ+ e FQo, têm maior média para a amostra original, seguida pela amostra brasileira e então pelos pacientes em risco. Assim, é notória uma diminuição significativa destes indicadores na comparação entre os indivíduos em risco com a amostra original para FQ+ ($t = -6,34$; $p < 0,05$) e para FQo ($t = 27,60$; $p < 0,05$), sem diferença relevante entre estes pacientes em risco e a amostra brasileira. A menor expressividade das respostas de melhor qualidade formal dentre os sujeitos em risco de suicídio e sua semelhança à amostra brasileira retifica o padrão mediacional encontrado até este ponto.

FQu é outro indicador vinculado ao bom uso da forma e tem associação com a análise de Xu%, já realizada. Obteve-se uma menor média deste índice para a amostra

norte-americana seguida pelos pacientes em risco e pela amostra brasileira, com uma expressiva diferença na comparação entre os sujeitos em risco e a amostra americana ($t=8,39$; $p<0,05$). Neste caso, os pacientes demonstram uma maior tendência a interpretar subjetivamente a realidade, utilizando, com maior frequência, uma lógica mais pessoal de tradução dos estímulos.

Acerca das variáveis de qualidade formal inferior, dadas a partir de respostas com FQ- e FQ_{none}, tem-se as menores médias na padronização norte-americana, seguida pela padronização brasileira e pelos pacientes em risco, sendo observáveis diferenças expressivas nas respostas com FQ- na comparação entre todas as três amostras: entre a amostra americana e a de padronização brasileira ($t=-27,82$; $p<0,05$); entre a amostra americana e a de pacientes em risco ($t=-16,37$; $p<0,05$); e entre os pacientes em risco e a amostra brasileira ($t=5,04$; $p<0,05$). Na análise de FQ_{none}, por sua vez, há um aumento significativo na comparação entre os indivíduos com risco de suicídio em relação aos norte-americanos ($t=2,20$; $p<0,05$). Essa análise de FQ- e FQ_{none} demonstra o alcance dos prejuízos mediacionais para os pacientes em situação de risco apontando os desajustes que este funcionamento pode determinar.

A média das respostas populares (P) foi mais elevada na amostra norte-americana (6,58, DP=1,39), seguida pela amostra brasileira (4,08, DP=1,79) e, finalmente, pelos pacientes em risco de suicídio (4,00, DP=1,75). Uma comparação dessas médias revela uma diminuição significativa para os pacientes com risco face à amostra norte-americana ($t=-11,86$; $p<0,05$). Não houve diferença relevante entre as amostras nacionais ($t=-0,34$). Neste caso, os pacientes se mostram pessoas menos convencionais, com dificuldade no reconhecimento de estímulos óbvios e de responder efetivamente ainda que diante de contextos mais simples (Exner, 2003). Apesar das limitações desses sujeitos em relação à

amostra norte-americana, os riscos de desajuste e equívocos comportamentais são equivalentes à amostra brasileira, grupo em que estão efetivamente inseridos.

As respostas populares (P) destacam-se também como variáveis críticas para o estudo do suicídio, figurando como componente da S-CON (critério 10). Quando menores que três, indicam uma capacidade reduzida de reconhecer e responder com precisão às normas e valores sociais, sendo que tal fato compromete o funcionamento e determina conflitos com o ambiente. Quando maiores que oito revelam uma submissão excessiva aos padrões sociais, fator que conduz ao risco por sacrifício da originalidade, espontaneidade e desatenção às necessidades pessoais. A tabela normativa original (Exner, 2003) não fornece parâmetros acerca da faixa de respostas populares na S-CON, mas apresenta referências aproximadas que informam que sete sujeitos tiveram $P < 4$ e 184 sujeitos tiveram $P > 7$ (de um total de 600 sujeitos). Com tais números, observa-se diferenças significativas indicando, de um lado, capacidade reduzida em perceber as normas e convenções sociais na amostra de pacientes em risco (17 sujeitos com $P < 4$; $\chi^2 = 177,5$; $p < 0,05$). De outro, indica menor hiperconvencionalidade na amostra de pacientes em risco (um sujeito com $P > 7$; $\chi^2 = 14,5$; $p < 0,05$). Portanto, a hipoconvencionalidade predomina na amostra de pacientes de risco enquanto a hiperconvencionalidade predomina na amostra norte-americana. Não havia dados disponíveis para esta comparação em relação à amostra de padronização brasileira.

A média das respostas de localização envolvendo o uso do espaço em branco (S) foi de 1,63 (DP=1,61) para os sujeitos deste estudo, 1,77 (DP=1,73) para brasileiros e 1,57 (DP=1,28) para os norte-americanos. O teste *t* não apontou diferenças significativas entre as ocorrências deste indicador para os três grupos considerados. Por sua vez, há aumento significativo para distorções em respostas que indicam raiva, oposição ou negativismo (S-) entre os pacientes em risco na comparação com a amostra norte-americana ($t = 2,13$;

$p < 0,05$). Neste caso, uma parte dos pacientes se mostra suscetível a experiências de disfunção cognitiva associadas a estes afetos. A emoção gerada por este tipo de vivência muitas vezes influencia o curso do pensamento, determinando uma interpretação dos estímulos que não condiz com a realidade e conseqüentes falhas nas respostas (Exner & Sendín, 1999). Estas respostas demonstram como este tipo de reação afeta a atividade mediacional nesses pacientes.

Enfim, a consideração do PTI soma produziu uma média de 1,78 (DP=1,56) para os componentes da amostra deste estudo, sendo que este dado não foi disponibilizado nos demais grupos tornando impossível realizar comparações. Por outro lado, a amostra de pacientes em risco de suicídio revelou 11 sujeitos (27,5%) com PTI positivo, fator que aponta um aumento significativo desta escala comparada à amostra norte-americana (0,17%; $\chi^2=152,28$; $p < 0,05$) e à amostra brasileira (22,5%; $\chi^2=9,08$; $p < 0,05$). Estes números apontam um aumento significativo dos casos de PTI com mais de três assertivas verdadeiras para os pacientes em relação aos demais grupos, confirmando maior suscetibilidade a um funcionamento cognitivo desorganizado ou mesmo caótico, com claras tendências a desconsideração da realidade e a severas distorções do pensamento.

A já vista análise do OBS soma e do OBS positivo não aponta resultados expressivos em nenhum dos grupos avaliados, pois sua verificação é nula ou aproximadamente nula para todos estes. Assim, não é possível afirmar a existência de tendências perfeccionistas ou de um estilo obsessivo pela observação destas variáveis.

De modo geral, pode-se perceber, com base no total de respostas (R), nos índices XA%, WDA%, X+%, Xu%, X-% e na análise das diversas formas de FQ, que a comparação entre os pacientes em risco de suicídio e os dados referentes à amostra de padronização brasileira, na maior parte das vezes, não resultou em diferenças que possam

ser consideradas significativas. Este fato aponta para um funcionamento similar, nestes quesitos, entre os sujeitos em risco e a amostra brasileira. Já na comparação destes pacientes com a amostra americana têm-se diferenças bastante significativas e que apontam para um menor ajustamento dos primeiros. Também são encontradas frequências bastante reduzidas de FQ+ e FQo e uma elevação de FQ- e FQ_{none} para os indivíduos em risco face aos americanos. Isoladamente, FQ- destaca-se como significativamente mais alto entre os pacientes na comparação com ambos os grupos normativos de referência. FQu, por outro lado, teve uma média significativamente mais alta apenas na comparação com a amostra americana. Houve também um predomínio de PTI positivo e de poucas respostas populares (P) entre os pacientes de risco.

Todos esses dados mostram uma maior tendência dos sujeitos em risco para utilizarem uma lógica mais pessoal e subjetiva de abordagem da realidade, sendo que inúmeras vezes esse contato vai ser pautado por grande distorção. Este tipo de mediação cognitiva usualmente traz riscos de incomunicabilidade do sujeito com seu meio, fazendo com que responda de modo inapropriado ao esperado em certas ocasiões e que pareça estranho para os demais – mais um elemento que reforça sentimentos de inadequação. Esta conclusão é reforçada pela análise das ocorrências de M- em referência à eficácia do estilo vivencial e à qualidade dos controles. A diferença significativa no PTI destes grupos aponta ainda para um grave potencial de desajuste, com qualidade de funcionamento psicológico bastante primitivo e uma maior suscetibilidade à sintomatologia psicótica, condição que prejudica de modo relevante o contato com a realidade. Comparados com a amostra norte-americana os prejuízos mediacionais dos pacientes são mais evidentes e essas disfunções podem comprometer o funcionamento cotidiano. Há grandes problemas na adequada compreensão e resposta às exigências sociais, sendo que mesmo os estímulos mais óbvios podem ser equivocadamente interpretados. A discussão acerca da semelhança

dos resultados do grupo de pacientes em risco e a amostra de padronização brasileira será retomada adiante.

Em síntese, todas essas dificuldades no curso da mediação comprometem ainda outras áreas de organização psíquica e, aqui, já se destacam problemas que alcançam as variáveis relativas a controles e processamento. Ou seja, as distorções apresentadas dentro de mediação e, especialmente, a elevação do índice FQ-, terão influência negativa sobre a organização do controle do estresse dos sujeitos em risco. Neste caso, a variável EA e os recursos a ela associados podem ser mais uma vez questionados, visto que inúmeras respostas destas pessoas são formadas por um comprometimento da qualidade formal, cujo aumento conduz a prejuízos na adequada estruturação das capacidades de que o sujeito dispõe para se manter equilibrado, tomar decisões coerentes e alcançar soluções práticas e realísticas para seus problemas, implicando assim, em complicações no manejo das vivências de sobrecarga.

Já em processamento, observa-se uma tendência dos pacientes em risco de suicídio de evitarem o contato com experiências complexas, esquivando-se assim, da mobilização energética, cognitiva e emocional que estas podem suscitar. Este afastamento da complexidade parece ser uma estratégia defensiva para não processar as demandas da realidade externa e interna no contexto de sofrimento psíquico grave. Paradoxalmente, ainda na análise do processamento, o exame da elevação em DQ+ indica que houve uma tendência a dar mais respostas de elaboração sofisticada e complexa dentre os pacientes em risco comparados aos sujeitos da amostra de padronização brasileira. Este fato, provavelmente tem associação com os eventos nos quais estes pacientes não podem se esquivar do contato com experiências e demandas diversas, sendo que, apesar das estratégias de esquiva, a necessidade de manejar tais contextos complexos (em DQ+) pode produzir um resultado não satisfatório por conta dos problemas de mediação. Assim,

considerando as dificuldades mediacionais, o resultado das sínteses nas respostas produzidas pode estar prejudicado pelas distorções e lógicas pouco convencionais, implicando em falhas cognitivas relevantes. Enfim, pode-se indagar ainda acerca da relação específica existente entre a distorção perceptiva (FQ-) e a atividade de síntese do tipo observada em DQ+. Para isso seria necessário o exame qualitativo das respostas de cada sujeito já que pode haver impacto de déficits mediacionais sobre a organização das respostas DQ+ (este levantamento, que se encontra em andamento, não foi possível no presente estudo).

Ideação

Os dados da ideação informam sobre o modo como os sujeitos conceitualizam o mundo, ou seja, transformam em idéias e opiniões os eventos percebidos (processamento) e interpretados (mediação) (Exner, 2003). Para que tal análise seja possível são considerados diversos indicadores, a saber: EB, EBPer, L, a:p, Ma:Mp, HVI soma, HVI positivo, OBS soma, OBS positivo, MOR, Índice de Intelectualização, Sum6 e WSum6. Algumas dessas variáveis encontram-se destacadas com suas estatísticas descritivas na Tabela 11 enquanto as demais serão dispostas no texto de acordo com a conveniência da discussão.

Os diferentes estilos vivenciais têm impactos diferentes nos processos ideacionais. Na revisão dos estilos a partir das variáveis EB, EBPer e Lambda (L), conforme a discussão dos controles, foram encontrados prejuízos substanciais em relação a praticamente todos os sujeitos em risco e estas também dificultam uma organização ajustada para a ideação. Inicialmente, cabe lembrar que as ocorrências de L elevado ($L > 0,99$) foram determinantes de uma alta frequência de sujeitos classificados como evitativos no que se relaciona ao estilo dado pelo EB. Esta categoria referente ao estilo vivencial, por sua vez, pode ser dividida em outras e nestas, foram encontrados oito

sujeitos (20%) classificados como evitativos-introversivos e nenhum como evitativo-extratensivo ou como evitativo-ambigüal. Assim, os evitativos-introversivos têm prejuízos na ideação porque demonstram preferência pelo uso da reflexão nos processos decisórios e de resolução de problemas, afastando o processamento das emoções nestas situações, sendo que tal esforço pode ser menos eficiente do que seria esperado, visto que, para funcionar desta maneira, é preciso paciência e calma, mas as características evitativas conduzem a um julgamento simplificado das informações e, conseqüentemente, a julgamentos falhos. Além disso, três sujeitos (7,5%) tiveram resultados de L bastante elevados ($L > 0,99$) com números reduzidos para EA ($EA < 4$), uma combinação que aponta a indefinição de estilo de EB, ainda com a presença de traços evitativos. Sendo assim, sobre este funcionamento, é provável que tais indivíduos demonstrem uma tendência excessiva à simplificação, atuando de modo impulsivo, descontrolado e negligente, fatores que aumentam a sensação de vulnerabilidade e os torna predispostos a crises (Exner, 2003).

Tabela 11. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Ideação

Variáveis	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Percentil 25	Mediana (percentil 50)	Percentil 75	Moda	Assimetria (Skewness)	Kurtosis	Intervalo	Mínimo	Máximo
Lambda	1,23	0,37	2,33	0,43	0,69	1,21	0,13	5,58	33,40	14,87	0,13	15,00
HVI soma	1,88	0,24	1,49	1,00	2,00	3,00	1,00	0,77	0,23	6,00	0,00	6,00
HVI positive	0,13	0,05	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	2,36	3,74	1,00	0,00	1,00
OBS soma	1,23	0,12	0,77	1,00	1,00	2,00	1,00	0,30	-0,02	3,00	0,00	3,00
OBS positivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00
MOR	3,50	0,45	2,85	1,00	3,00	5,00	3,00	0,80	-0,02	11,00	0,00	11,00
Índice de Intelectualização	2,28	0,54	3,40	0,00	1,00	2,75	0,00	2,15	4,21	13,00	0,00	13,00
Sum6	4,85	0,63	4,01	2,00	4,50	6,75	5,00	1,48	2,93	19,00	0,00	19,00
WSum6	15,55	2,46	15,58	4,25	14,50	23,75	15,00	1,86	4,31	68,00	0,00	68,00
Sum6 lvl.2	0,98	0,29	1,80	0,00	0,00	1,75	0,00	3,51	15,88	10,00	0,00	10,00

Já o EBPer, determinante de estilos persistentes de funcionamento, manifestou-se em seis ocorrências (15%), sendo estas referentes a modos rígidos de conduta, que limitam a adaptação flexível a novos eventos e solicitações, fatores que podem comprometer os processos decisórios. Dentre esses estilos, quatro sujeitos (10%) foram classificados introversivos persistentes enquanto os outros dois sujeitos (5%) foram classificados como extratensivos persistentes. Os primeiros, os introversivos persistentes, mostram uma ideação impregnada por um esforço reflexivo constante e um absolutamente restrito processamento afetivo. O empenho em manter as emoções distantes implica em um sacrifício da espontaneidade, dado pelo controle excessivo sobre as próprias ações. Por outro lado, os extratensivos persistentes demonstram problemas para restringir o envolvimento afetivo, misturando as emoções com os pensamentos e demonstrando, assim, menos consistência nas suas decisões. É possível que, eventualmente, a intensidade dos afetos conduza à labilidade do humor, fazendo com que estas pessoas questionem a coerência das soluções utilizadas previamente na resolução de problemas (Exner, 2003). De modo geral, os estilos persistentes demonstram que os problemas no controle das próprias emoções e o desafio que representa a adaptação a novas situações podem se tornar experiências extremamente duras para estes sujeitos, fazendo com que se fechem ainda mais, facilitando tendências ao isolamento e a experiências adversas de crise.

Dez sujeitos (25%) foram classificados como ambíguos, com equilíbrio entre ambos os lados de EB, L menor que 0,99 e EA maior que quatro. Para estas pessoas a ideação apresenta um funcionamento imprevisível, marcado por oscilações entre o uso do pensamento e dos afetos. Esta inconstância reduz a eficiência das pessoas em suas conceitualizações e faz com que se mostrem mais vulneráveis a equívocos em seus julgamentos. Além disso, estas pessoas são mais suscetíveis a freqüentes mudanças de

opinião e usualmente precisam de mais tempo e esforço para tomarem decisões e solucionarem problemas cotidianos (Exner, 2003).

Quatro sujeitos (10%) não possuem um estilo definido de EB já que o EA é menor que quatro e, para esses, o L foi menor que 0,99 comunicando a inexistência de traços evitativos. Entretanto, tais indivíduos funcionam com um mínimo envolvimento acerca de todo tipo de experiência cotidiana, esta uma forma de defesa que faz com que estas pessoas sobrevivam com restrições ideacionais relevantes, evitando mais do que o contato com o meio, mas também a formulação de opiniões e conceitos sobre este. Trata-se de uma condição preocupante já que parece não existirem fatores motivadores e interesses que justifiquem as interações entre a pessoa e o ambiente, evidenciando um quadro de apatia, sintoma usualmente vinculado a quadros diagnósticos positivamente associados com os maiores riscos de suicídio.

As demais classes de EB, os estilos introversivo e extratensivo, estão usualmente associadas com as formas mais ajustadas de organização do tipo de vivência, sendo que a análise deste índice no agrupamento referente ao controle do estresse comprovou a existência de dificuldades que diminuem a eficiência dos estilos. De qualquer modo, em ideação, os quatro sujeitos (10%) classificados como introversivos demonstram preferir a utilização da razão e da reflexão cuidadosa das alternativas que perpassam seus processos decisórios. Os problemas surgem na mesma proporção em que são encontradas falhas na organização cognitiva e no curso do pensamento (ocorrências de respostas com FQ- ou com códigos especiais críticos, conforme demonstrado na revisão dos resultados referentes ao controle do estresse e da mediação) já que tais traços limitam a possibilidade de que a estratégia preferencial dos introversivos, ou seja, a utilização da reflexão, se mostre eficiente e adequada para as situações. Os extratensivos, por sua vez, contam com cinco representantes (12,5%) no grupo de risco e estes são caracterizados por uma tendência a

incorporar os afetos em suas tarefas cotidianas, permitindo deste modo, um funcionamento mais espontâneo. Aqui, os problemas são percebidos quando as pessoas mostram dificuldades no controle e gerenciamento dos sentimentos ($FC < CF + C$, aumento de C_{puro} , Respostas de Cor com FQ-), já que estes podem se tornar invasivos e descontrolados, determinando formas impulsivas de conduta ou formas de reação emocional que se mostram inapropriadas para certos contextos.

A análise da relação a:p também oferece informações sobre a flexibilidade, avaliando atitudes e valores envolvidos nos processos da ideação. Dos participantes deste estudo, oito (20%) não puderam ser analisados à luz desta relação visto que a soma de a e p não tem valor interpretativo por ser abaixo de quatro (Exner, 2003). Apesar disso, 16 indivíduos (40%) mostraram um funcionamento ajustado em a:p, com equilíbrio entre ambos os lados desta relação, fator usualmente associado com flexibilidade ideativa e abertura à opinião de terceiros. De modo oposto, outros 16 sujeitos (40%) tiveram um comprometimento deste modo de funcionar, com elevação de um lado da relação em comparação ao outro, condição que aponta para a existência de valores mais arraigados e bem fixados dentre estas pessoas, com posições que dificilmente podem ser alteradas. Esta característica usualmente torna mais limitada as possibilidades de intervenção psicoterapêutica, visto que estes sujeitos com traços inflexíveis relutam em rever suas opiniões e valores, ainda que em face de novas possibilidades e informações.

A relação Ma:Mp abrange eventuais tendências ao pensamento fantasioso como forma de fugir às dificuldades que se apresentam no dia-a-dia, quando $Mp > Ma$. Nesta situação, existem nove casos (22,5%) entre os pacientes em contraste com 82 casos na amostra norte-americana (13,7%), uma elevação de ocorrências na amostra de pacientes de risco. Contudo, esta comparação entre os indivíduos em situação de risco e a amostra normativa original, não aponta uma diferença significativa na relação $Mp > Ma$ ($\chi^2=2,40$).

Independente disso, estes nove sujeitos mostram uma tendência em utilizarem esta estratégia defensiva do pensamento fantasioso para lidar com situações de maior tensão. Além disso, essas pessoas usualmente desenvolvem traços de dependência, colocando no meio a responsabilidade por decisões importantes de suas vidas e pela solução de problemas rotineiros. Para estes sujeitos há, portanto, uma situação problemática, que comunica a existência de pessoas mais desesperançadas e vulneráveis à manipulação dos demais, já que não se sentem capazes de solucionar as próprias demandas (Exner, 2003).

O HVI soma teve uma média de 1,88 (DP=1,49) para os pacientes em risco. O HVI positivo, por sua vez, apresentou-se com similar frequência entre os pacientes e a amostra brasileira ($\chi^2=2,65$). Contudo, há um significativo aumento nos casos de HVI positivo quando se compara estes indivíduos em risco com a amostra de padronização norte-americana ($\chi^2=9,77$; $p<0,05$). Assim, a realização destas comparações aponta para um pior ajustamento dos pacientes deste estudo frente ao grupo dos Estados Unidos e, nestas condições, os indivíduos em risco mostram-se mais suscetíveis a sensações de persecutoriedade e experiências de paranóia. Estas vivências são determinadas, por sua vez, a partir de uma ideação fortemente marcada por desconfiança e vulnerabilidade, sendo que muita energia é despendida para que um estado permanente de alerta seja mantido (Exner, 2003).

O OBS soma e o OBS critério, conforme discutidos, tiveram valores nulos ou aproximadamente como tal dentre os grupos amostrais de referência e estas condições não permitem inferências.

Os conteúdos mórbidos, dados pela notação MOR, tiveram para os participantes desta pesquisa uma média de 3,50 (DP=2,85). Além disso, a média deste indicador foi significativamente menor nos dados normativos brasileiros 0,77 (DP=1,24, $t=-9,70$; $p<0,05$) e nos dados normativos americanos 0,79 ($t=-9,93$; $p<0,05$) comparados aos

pacientes. Esta é uma condição de risco para os pacientes já que a elevação desta variável dentre os sujeitos em risco, conforme encontrado, preocupa por assinalar um pensamento impregnado por uma ideação pessimista, sendo que esta exerce grande influência sobre as perspectivas futuras dos sujeitos, interferem nas opiniões que formam sobre os demais e no modo como estas pessoas percebem a si mesmas. Assim, tem-se aqui um elemento que pode incrementar os potenciais autodestrutivos em avaliação, aumentando sentimentos depressivos e de baixa auto-estima (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

MOR também se destaca como um dos mais importantes componentes da S-CON (critério 4) sempre que ocorrer em uma frequência maior que três. Tomando como base a referência da literatura norte-americana que oferece a proporção de sujeitos da sua amostra com $MOR > 2$ ($n=26$, 4,33%), tem-se então, 24 sujeitos (60%) da amostra de pacientes na mesma situação e esta proporção aponta para um significativo aumento de MOR dentre os indivíduos em risco ($\chi^2=161,35$; $p < 0,05$). Este dado confirma os achados para os pacientes acerca de maior presença de componentes disfóricos e depreciativos, que impregnam o curso da ideação e as opiniões sobre si, as demais pessoas, o meio e os eventos.

O Índice de Intellectualização teve média de 2,28 (DP=3,40) para os pacientes, 1,96 (DP=2,86) na amostra brasileira e 1,57 (DP=1,48) na amostra americana, valores que postos à prova apontam um aumento significativo deste índice apenas na comparação entre a amostra deste estudo e o grupo dos Estados Unidos ($t=2,35$; $p < 0,05$). Assim, pode-se constatar que os indivíduos sob risco de suicídio demonstram um funcionamento similar à amostra brasileira em relação ao uso de mecanismos de defesa baseados na intellectualização dos afetos. Por sua vez, a comparação entre esses pacientes e a amostra original aponta que os primeiros utilizam esta estratégia defensiva mais que os últimos, um esforço por minimizar o impacto das emoções através de uma abordagem racionalizada destas. Trata-se de uma alternativa frágil para lidar com os próprios sentimentos e que

incrementa os riscos de desorganização dos pacientes sob risco de suicídio quando estes forem submetidos a situações de sobrecarga mais intensa (Exner, 2003).

Os códigos especiais críticos também são de análise fundamental dentro da ideação e a Tabela 12 disposta a seguir informa os valores estatísticos relevantes para os principais indicadores referentes a esse tipo de código em relação à amostra deste estudo, à amostra brasileira e à amostra norte-americana.

Tabela 12. Médias, Desvios-Padrão e Teste *t* de Sum6, WSum6 e da Soma dos Códigos Especiais Críticos de Nível 2 na Amostra de Pacientes em Risco de Suicídio, na Normatização Brasileira e na Norte-Americana

Variáveis	Pacientes em Risco		Brasil		EUA		Teste <i>t</i>		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	PS x BR	PS x EUA	BR x EUA
Sum6	4,85	4,01	3,75	3,04	1,91	1,47	3,20*	9,06*	13,82*
WSum6	15,55	15,58	10,63	11,08	4,48	4,08	7,29*	17,37*	24,60*
Sum6 lvl.2	0,98	1,80	0,34	0,87	0,06	0,25	2,82*	4,23*	4,05*

* $|t| > 2,021$, $p < 0,05$

A análise destes valores permite perceber um significativo aumento dos indicadores dados na tabela (Sum6, WSum6 e Sum6 lvl.2) para os pacientes comparados à amostra brasileira e ainda para estes dois grupos quando comparados com os dados normativos americanos. Esta elevação de variáveis críticas para a organização cognitiva dentre os grupos nacionais permite que sejam feitas afirmações acerca de deslizes ideacionais relevantes, que perturbam o ajustamento funcional dos sujeitos. Há, deste modo, limitada clareza ideacional e maior propensão à realização de julgamentos falhos, sendo que estes fatores podem tornar os sujeitos menos aptos a compreenderem e se comunicarem com o meio do qual fazem parte. Esses episódios de falha ideacional podem variar nas suas

formas de expressão, sendo que, independente do grau de desajuste, há comprometimento na capacidade de comunicação, podendo chegar a uma distorção bizarra da realidade apresentada, fatores de risco evidente para os componentes desta amostra. Além disso, o aumento destes indicadores pode implicar em fracassos na capacidade de discriminação dos sujeitos, falta de controle da impulsividade ideativa, deterioração grave da lógica e do juízo e em alterações severas e freqüentes referentes aos esforços de conceitualização, todas estas condições alarmantes, que comunicam dificuldades de inserção social e de adequada resposta às demandas do meio (Exner & Sendín, 1999).

Enfim, a análise geral do agrupamento referente à ideação mostra uma maior suscetibilidade dos pacientes deste estudo a um funcionamento rígido e inflexível, com fortes tendências ao uso da intelectualização e do abuso da fantasia como estratégias defensivas para lidar com o impacto de certas emoções e com situações de sobrecarga. Tais estratégias se destacam como recursos frágeis que aumentam os riscos sobre o adequado controle do estresse. Além disso, estes sujeitos estão mais propensos a sentimentos de pessimismo que influenciam boa parte do seu funcionamento usual, impregnando seus planos e a concepção que possuem acerca de si. Mais do que isso, expressivas distorções na ideação prejudicam a clareza do pensamento e apontam para prejuízos mais severos. Esta configuração torna menos eficiente, prática e ajustada a ideação, que pode determinar conceitualizações pouco plausíveis e adaptadas às demandas da vida diária.

Afetos

A consideração do agrupamento dos afetos abrange a análise de indicadores diversos, dentre eles, eb (lado direito, dado pela soma dos sombreados com as ocorrências de cor acromática), SumC':WSumC, Afr, Índice de Intelectualização, CP, FC:CF+C, C_{pura}, S, Mistos Cor-Sombreado, Mistos de Sombreado, DEPI soma, DEPI positivo e CDI. Algumas dessas variáveis se encontram dispostas na Tabela 13 a seguir que destaca suas

estatísticas descritivas enquanto as demais, por se tratarem de relações entre diferentes indicadores, foram dispostas ao longo da discussão.

Tabela 13. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Afetos

Variáveis	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Percentil 25	Mediana (percentil 50)	Percentil 75	Moda	Assimetria (Skewness)	Kurtosis	Intervalo	Mínimo	Máximo
SumT+SumV+SumY+SumC'	4,60	0,63	3,99	2,00	4,00	5,75	4,00	2,50	8,53	22,00	0,00	22,00
SumC'	1,53	0,23	1,48	0,25	1,00	2,00	1,00	1,33	1,68	6,00	0,00	6,00
WSumC	3,08	0,38	2,40	1,13	2,75	4,50	0,00	0,87	0,64	10,00	0,00	10,00
Afr	0,54	0,04	0,22	0,38	0,50	0,64	0,50	1,18	1,45	1,02	0,23	1,25
Índice de Intelectualização	2,28	0,54	3,40	0,00	1,00	2,75	0,00	2,15	4,21	13,00	0,00	13,00
CP	0,05	0,03	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	4,29	17,29	1,00	0,00	1,00
FC	1,38	0,21	1,33	0,00	1,00	2,75	0,00	0,56	-0,50	5,00	0,00	5,00
CF	1,68	0,23	1,47	0,00	2,00	3,00	0,00	0,45	-0,84	5,00	0,00	5,00
C	0,48	0,18	1,13	0,00	0,00	0,75	0,00	3,53	14,70	6,00	0,00	6,00
CF+C	2,15	0,30	1,92	0,25	2,00	3,00	0,00	0,81	0,24	7,00	0,00	7,00
Localização S	1,63	0,25	1,61	0,00	1,00	2,75	0,00	1,42	2,67	7,00	0,00	7,00
Mistos cor-sombreado	0,58	0,14	0,90	0,00	0,00	1,00	0,00	2,08	5,02	4,00	0,00	4,00
Misto de sombreados	0,20	0,10	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00	3,49	12,82	3,00	0,00	3,00
DEPI soma	4,18	0,20	1,24	3,00	4,00	5,00	3,00	-0,01	-1,08	4,00	2,00	6,00
DEPI positivo	0,43	0,08	0,50	0,00	0,00	1,00	0,00	0,32	-2,00	1,00	0,00	1,00
CDI soma	2,55	0,22	1,41	2,00	2,00	4,00	2,00	0,07	-0,71	5,00	0,00	5,00
CDI positivo	0,28	0,07	0,45	0,00	0,00	1,00	0,00	1,05	-0,95	1,00	0,00	1,00

A relação $SumC':WSumC$ oferece dados acerca da constrição afetiva e 30 sujeitos (75%) tiveram uma proporção igual ou maior de $WSumC$. Esta informação aponta para uma configuração ideal na qual há uma maior capacidade de descarga e alívio dos afetos prazerosos do que uma supressão e internalização excessiva destes. Para outros dez sujeitos (25%), entretanto, este funcionamento se mostra oposto e destaca-se uma situação de risco na qual há uma exacerbada constrição afetiva. Nesta condição, os riscos de suicídio se dão a partir de uma limitada capacidade destes sujeitos para dar livre vazão às suas emoções, sendo que o impacto psicológico resultante desta retenção determina estados irritativos e desconfortáveis, usualmente associados com fortes vivências de culpa e vergonha (Exner, 2003). (Não existem informações que permitam a comparação com as amostras de padronização).

O Afr ou Quociente de Afetividade representa o interesse em responder à estimulação afetiva e tem média de 0,54 (DP=0,22) para os sujeitos com ideação suicida grave, 0,56 (DP=0,26) na amostra brasileira e 0,67 (DP=0,16) na amostra norte-americana, sendo que através destas não é possível alcançar diferenças significativas entre os pacientes em risco e ambas as amostras de padronização utilizadas como referência ($t_{PS \times BR} = -0,21$; $t_{PS \times EUA} = -1,65$). Por sua vez, a comparação entre os dados normativos brasileiros e os dados norte-americanos, apontou uma significativa redução de Afr para os primeiros ($t_{BR \times EUA} = -2,77$; $p < 0,05$). Esses resultados sugerem que os indivíduos deste estudo possuem um interesse similar à da maioria das pessoas, tanto do Brasil quanto dos Estados Unidos, em experienciar estimulação emocional ou estar inserido em um ambiente que ofereça essas condições, por outro lado, uma diferença significativa sugere que o grupo brasileiro não demonstra o mesmo interesse face aos norte-americanos (Exner, 2003). Este resultado paradoxal é possível em função das diferenças de tamanho das amostras e das diferenças em seus desvios padrões, que afetam o cálculo do teste t .

O Índice de Intelectualização, visto recentemente no agrupamento da ideação, trata, dentro da análise dos afetos, de processos que o sujeito se utiliza para reduzir ou neutralizar o impacto das emoções. A média para esta variável é de 2,28 (DP=3,40) dentre os pacientes em risco, 1,96 (DP=2,86) na amostra brasileira e 1,57 (DP=1,48) na amostra americana. Sob teste, estes números permitem perceber um significativo aumento deste índice em ambas as amostras nacionais quando comparadas com o grupo norte-americano ($t_{PS \times EUA} = 2,35$ e $t_{BR \times EUA} = 3,01$; $p < 0,05$), sendo que, por outro lado, não existem diferenças entre as amostras de sujeitos em risco e a brasileira ($t_{PS \times BR} = 0,99$). Tais ocorrências demonstram que, para ambos os grupos brasileiros, e principalmente na amostra de pacientes de risco, há uma maior tendência para evitar as mobilizações emocionais e para utilizar a intelectualização enquanto mecanismo de defesa para diminuir o impacto dos afetos. Esta estratégia é de risco já que se baseia em distorções que limitam as possibilidades de que os afetos sejam encarados e manejados realisticamente (Exner, 2003).

CP teve média de 0,05 (DP=0,22) para os pacientes avaliados, 0,05 (DP=0,21) na amostra brasileira e 0,01 (DP=0,09) na amostra americana, sendo que estes números, quando testados, informam a inexistência de diferenças expressivas entre os sujeitos deste estudo e as demais amostras de referência ($t_{PS \times BR} = 0$; $t_{PS \times EUA} = 0,52$), bem como entre ambas as amostras normativas consideradas ($t_{BR \times EUA} = 1,15$). A baixa frequência de CP nos três grupos iria requerer amostras maiores para que um efeito pudesse ser adequadamente estimado. Neste caso, os desvios-padrão apresentam valores que provavelmente não são confiáveis e, assim, não devem ser usados em análises paramétricas (Exner, 2003).

A relação FC:CF+C é considerada crítica na análise do risco de suicídio quando $CF+C > FC$, sendo esta notação um componente da S-CON (critério 7). A relação entre estes determinantes de cor cromática já foi considerada no agrupamento do controle do

estresse, relativo ao impacto destes na qualidade dos recursos (EA). Aqui, na análise do modo pelo qual estes afetos são experimentados, objetiva-se analisar as diversas configurações de FC:CF+C visando compreender melhor como se organiza a experiência destes afetos. Sobre este índice, têm-se que 10 sujeitos (25%) tiveram valores para FC maiores que a soma de CF+C. Destes, quatro (10%) se destacaram por um adequado controle e modulação das descargas emocionais, funcionamento similar ao da maior parte dos adultos. Os outros seis sujeitos (15%) mostraram diversos níveis de controles mais firmes de descargas emocionais do que é esperado: três (7,5%) mostraram um controle mais firme sobre essas descargas emocionais do que é típico à grande parte das demais pessoas; dois (5%) evidenciaram um hiper-controle do fluxo afetivo, sugerindo uma forte constrição afetiva; enfim, um sujeito (2,5%) demonstra grande esforço para que as emoções sejam firmemente controladas e contidas, de modo mais suscetível a falhas e a conflitos emocionais (Exner, 2003). Há ainda um outro grupo de pacientes (n=5; 12,5%) que também apresentam severa constrição afetiva, que pode ser observada pela supressão completa de respostas de cor (WSumC=0). Neste caso, há um estrangulamento afetivo, situação defensiva na qual muita energia é despendida em busca de reter o fluxo emocional, um esforço contrário ao da condição humana e que dificilmente pode ser sustentado por longos períodos (Exner, 2003). Em síntese, pode-se dizer então, acompanhando Exner, que 11 sujeitos (22,5%) apresentam uma forte tendência a realizar um controle excessivo sobre suas emoções, seja pela constrição maciça da expressão afetiva (WSumC=0) ou pelo controle rígido da afetividade (FC mais que o dobro de CF+C). Esta situação é problemática para pacientes em risco de suicídio já que este fato limita as interações sociais mais espontâneas e pode estar vinculado com intensos receios acerca da própria adequação e do julgamento dos demais.

A análise de FC:CF+C prossegue com a constatação de que outros 25 sujeitos (62,5%) tiveram um aumento dos valores referentes ao lado direito dessa relação, dado pelo uso predominante da cor sobre a forma, privilegiando expressividade e impulsividade sobre a modulação afetiva. Destes, 15 indivíduos (37,5%) demonstram maior intensidade na descarga de seus sentimentos e escasso controle sobre estes, fator problemático diante dos limitados recursos que demonstraram possuir boa parte da amostra que compõe este estudo. Três outros sujeitos (7,5%) mostram um funcionamento similar, porém é ainda menor a capacidade de modular a expressão dos próprios afetos. Enfim, sete sujeitos (17,5%) mostraram formas mais invasivas e descontroladas de descarga emocional, marcadas por fortes traços de impulsividade e grandes prejuízos de maturidade relacional (Exner, 2003). Sendo assim, estas condições apontam que a maior parte dos pacientes em risco possui um funcionamento que tende para formas menos adaptadas de expressão afetiva, sendo estas baseadas principalmente em um escasso controle dos próprios sentimentos. Trata-se de uma desvantagem relevante para estes sujeitos que podem se sentir invadidos por suas emoções e, assim, tornam-se mais suscetíveis à desorganização, a atos impulsivos e a um mau ajustamento social, problemas complexos que interferem sobre amplas condições da vida cotidiana.

Com esses números é importante verificar ainda o surgimento de respostas com C_{pura} . Este indicador teve média de 0,48 (DP=1,13) para os participantes desta pesquisa, 0,36 (DP=0,74) na amostra brasileira e 0,12 (DP=0,37) na amostra norte-americana. Tais valores permitem notar um significativo aumento no valor de C_{pura} nas comparações entre as amostras de pacientes em risco e brasileira comparadas ao grupo norte-americano ($t_{PS \times EUA} = 2,06$ e $t_{BR \times EUA} = 3,64$; $p < 0,05$), sendo que, por outro lado, não existem diferenças expressivas na comparação entre as amostras nacionais ($t_{PS \times BR} = 0,64$). A diferença entre estas médias é confirmada pela diferença significativa no número de pessoas nas amostras

de pacientes e norte-americana com $C_{pura}>0$ (respectivamente, $n=10$ e $n=61$; $\chi^2=8,37$; $p<0,05$) e com $C_{pura}>1$ (respectivamente, $n=4$ e $n=7$; $\chi^2=17,32$; $p<0,05$). Os dados na amostra de padronização brasileira não informam a frequência de pessoas com $C_{pura}>0$ e com $C_{pura}>1$. Estes resultados permitem afirmar que, frente à amostra americana, os grupos brasileiros mostraram um funcionamento mais imaturo e primitivo, com falhas relevantes na modulação dos afetos e respostas mais impulsivas e desajustadas, elementos de risco para estes indivíduos (Exner, 2003).

As respostas com localização S indicam traços de negativismo, oposicionismo, raiva e revolta e sua média foi 1,63 (DP=1,61) para o grupo de pacientes em risco, 1,77 (DP=1,73) na amostra brasileira e 1,57 (DP=1,28) na amostra americana. Tais valores, sob análise, permitem perceber que não existem diferenças significativas nos achados deste índice entre os diversos grupos analisados ($t_{PS \times BR}=-0,65$, $t_{PS \times EUA}=0,26$, $t_{BR \times EUA}=1,92$). As ocorrências de S também se destacam como um componente crítico da S-CON (critério 9) sempre que este indicador for maior que três, situação confirmada para três sujeitos (7,5%) do grupo de risco, cujas frequências de S variaram entre quatro e sete respostas. Considerando as informações disponíveis para comparação, tem-se $S>2$ na amostra norte-americana ($n=86$) que não revelou uma diferença significativa comparada a amostra de pacientes de risco ($n=10$; $\chi^2=3,35$). Essas duas análises indicam semelhança na incidência desse traço nestas amostras. Contudo, o problema se revela na análise da qualidade deste traço: deve-se recordar que a análise de S- realizada dentro do agrupamento referente à mediação cognitiva, apontou uma significativa elevação desta forma desajustada de funcionamento para os pacientes em risco comparados ao grupo norte-americano ($t_{BR \times EUA}=2,13$; $p<0,05$) e também para a amostra brasileira comparada com a americana ($t_{BR \times EUA}=4,81$; $p<0,05$). Este fato mostra que, para os grupos nacionais, uma parte relevante do contato com a raiva e negativismo influencia em uma percepção menos acurada da

realidade, implicando em distorções e comportamentos menos ajustados relacionados à vivência e expressão destes afetos (Exner & Sendín, 1999).

As respostas com determinantes mistos informam sobre a complexidade psicológica das pessoas e apontam para problemas quando mesclam cor (cromática e/ou acromática) e sombreado ou mesmo duas ou mais formas diversas de sombreados simultâneos. Estas respostas já tiveram seus valores discutidos no agrupamento do controle do estresse, mas tratando de afetos é importante retomar algumas considerações. Em primeiro lugar, foi verificado um aumento significativo de determinantes mistos na amostra de pacientes em risco comparados ao grupo de padronização brasileiro ($t_{PS \times BR} = 3,01$; $p < 0,05$), condição que comunica que os indivíduos participantes deste estudo mostram um funcionamento mais complexo e elaborado quando comparados com a amostra nacional, sendo que tal condição se dá, provavelmente, por sensações de vulnerabilidade e conflitos afetivos que figuram como eventos adversos e implicam em um maior esforço para manutenção do equilíbrio psíquico. Por outro lado, a comparação entre pacientes e o grupo norte-americano, e ainda, a comparação entre as amostras normativas do Brasil e dos Estados Unidos, apontam uma redução significativa do número de todas as respostas mistas nas amostras nacionais ($t_{PS \times EUA} = -3,49$ e $t_{BR \times EUA} = -15,66$; $p < 0,05$), especialmente no grupo normativo brasileiro, sendo que este fato, de modo diferente, provavelmente está vinculado a uma capacidade intelectual de menor elaboração e complexidade (Exner, 2003).

Os mistos que mesclam ocorrências de cor cromática e sombreado se destacam como componentes da S-CON (critério 2) sempre que presentes por traduzirem conflitos importantes no domínio afetivo e representarem elementos de risco. A partir dos valores encontrados para estes índices (Tabela 13) não foram verificadas diferenças significativas entre os diversos grupos analisados ($t_{PS \times BR} = 1,26$, $t_{PS \times EUA} = 0,80$, $t_{BR \times EUA} = -1,21$). Ambos os

resultados apontam que não há diferenças relevantes entre os pacientes em risco e as amostras de referência, sendo que esta informação não permite inferências acerca da possibilidade de que os indivíduos em risco de suicídio apresentem sentimentos de ambivalência, incerteza e confusão sobre seus sentimentos (Exner, 2003). A baixa frequência destes indicadores e o tamanho da amostra de pacientes torna este resultado de baixa confiabilidade. Este problema só pode ser adequadamente resolvido para detectar a importância deste indicador com pacientes de risco com uma amostragem maior ou com redesenhos de método que não foram possíveis neste estudo.

As respostas mistas de sombreados (ou ainda de sombreado com cor acromática) são bastante infreqüentes e tiveram média de 0,20 (DP=0,61) para a amostra deste estudo, sendo que não existem dados de referência nos dados normativos brasileiros ou americanos. Diante do número reduzido para este indicador no grupo de sujeitos em risco e da inexistência de informações para os demais grupos, aqui também não existem condições suficientes para que inferências possam ser realizadas.

Foram encontradas 17 ocorrências (42,5%) de DEPI positivo entre os pacientes de risco e estas apontam para a probabilidade de que estes indivíduos estejam vivenciando um quadro sintomático com características diagnósticas de transtornos afetivos, evidenciado nas diferenças com as amostras de normatização brasileira e norte-americana, cujas frequências foram, respectivamente, 82 (20%) e 30 (5%). Estas frequências revelam uma maior proporção de ocorrência de DEPI na amostra de pacientes em relação à amostra de normatização brasileira ($\chi^2=10,67$; $p<0,05$) e em relação à amostra de normatização norte-americana ($\chi^2=77,50$; $p<0,05$). Há também maior incidência de DEPI positivo na amostra de normatização brasileira relativa à amostra de normatização norte-americana ($\chi^2=55,82$; $p<0,05$) Assim, estas pessoas encontram-se significativamente mais suscetíveis à

depressão, alterações do humor, tensão, ansiedade, desorganização emocional, entre outras formas de experiências afetivas negativas (Exner, 2003).

No agrupamento dos afetos também é importante a análise de CDI e DEPI, conjuntamente, sendo que as ocorrências de ambas as constelações simultaneamente positivas foram verdadeiras para apenas quatro sujeitos (10%). Nesta situação, um transtorno afetivo pode se manifestar nestes pacientes como conseqüência de uma séria inabilidade relacional, que interfere sobre o ajustamento funcional dos indivíduos e sobre suas restritas possibilidades de troca emocional. Para estas pessoas, uma intervenção terapêutica que observe a necessidade de fortalecer suas condições de inserção social se faz imperativa e pode ser determinante para alterar quadros depressivos manifestos (Exner, 2003).

De modo geral, os afetos dos pacientes em risco mostram uma desorganização significativa, principalmente quando comparados com a amostra normativa norte-americana. Estes sujeitos mostram um maior risco de auto-extermínio face fortes tendências impulsivas dadas por sentimentos invasivos e por um escasso controle de tais indivíduos sobre suas emoções. Estímulos irritativos são comuns no psiquismo destas pessoas, sendo intensa ainda, a constrição e o esforço evitativo acerca deste tipo de emoção. Há interesse e desejo no processamento dos afetos, mas o contato com a dor e o descontrole no reconhecimento e expressão das emoções conduz, usualmente, ao afastamento destas. Além disso, uma boa parte dos componentes da amostra deste estudo demonstra um funcionamento com características diagnósticas que permitem afirmar a existência de um transtorno do humor, sendo que quadros de tal ordem são amplamente reportados na literatura como vinculados ao risco de auto-extermínio (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Botega, Rapeli & Freitas, 2004; Corrêa & Barrero, 2006).

Autopercepção

O agrupamento da autopercepção traz dados importantes sobre a auto-estima e a autoavaliação das pessoas, comunicando sobre as representações que os indivíduos têm de si mesmos. As informações próprias a este agrupamento são dadas a partir de indicadores tais como Fr+rF, Índice de Egocentrismo, FD, SumV, An+Xy e MOR, cujas estatísticas descritivas encontram-se na Tabela14, a seguir disposta. As variáveis relacionadas aos conteúdos humanos, que refletem representações que os indivíduos têm de si mesmos, também permitem inferências acerca das relações interpessoais. Estas serão tratadas em conjunto posteriormente.

A soma dos indicadores de reflexo (Fr+rF) teve média de 0,13 (DP=0,52) no grupo de pessoas em risco, 0,52 (DP=0,89) na amostra brasileira e 0,11 (DP=0,43) na amostra normativa norte-americana. Com esses valores postos em teste é possível perceber uma significativa redução da soma dos determinantes de reflexo entre os pacientes e a amostra brasileira ($t=-2,97$; $p<0,05$) e tal fato sugere uma diminuição nos traços narcisistas e nas sensações de mais valia sobre os demais, dentre os sujeitos em risco comparados ao grupo normativo nacional. Trata-se de um achado positivo tendo em vista que a existência dessas características narcisistas dificulta o estabelecimento de contatos significativos e torna o sujeito mais suscetível a experiências de frustração caso não tenha o seu valor constantemente reafirmado, fatores potencialmente comprometedores do ajustamento psíquico (Exner, 2003). Em contraste com a amostra norte-americana estes dados também sugerem problemas associados à presença de traços narcisistas vinculados ao funcionamento dos componentes da amostra brasileira ($t=5,69$; $p<0,05$).

Tabela 14. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento da Autopercepção

Variáveis	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Percentil 25	Mediana (percentil 50)	Percentil 75	Moda	Assimetria (Skewness)	Kurtosis	Intervalo	Mínimo	Máximo
Fr+rF	0,13	0,08	0,52	0,00	0,00	0,00	0,00	4,92	26,13	3,00	0,00	3,00
Índice de Egocentrismo	0,36	0,02	0,15	0,26	0,33	0,50	0,50	-0,05	-1,01	0,54	0,06	0,60
FD	0,68	0,17	1,10	0,00	0,00	1,00	0,00	1,93	3,22	4,00	0,00	4,00
SumV	0,15	0,06	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	2,04	2,26	1,00	0,00	1,00
An+Xy	1,90	0,26	1,61	1,00	1,00	3,00	1,00	0,86	-0,05	6,00	0,00	6,00
MOR	3,50	0,45	2,85	1,00	3,00	5,00	3,00	0,80	-0,02	11,00	0,00	11,00

O Índice de Egocentrismo ($3r+(2)/R$) teve média de 0,36 (DP=0,15) dentre os sujeitos em risco de suicídio, 0,35 (DP=0,17) na amostra brasileira e 0,40 (DP=0,09) na amostra americana. Estas médias não apontam diferenças significativas entre os diversos grupos considerados ($t_{PS \times BR} = 0,16$, $t_{PS \times EUA} = -0,62$, $t_{BR \times EUA} = -1,58$), porém, são os extremos – e não a média – que apresentam significado clínico de interesse. Neste caso, observa-se que nas amostras de pacientes e de normatização brasileira os desvios-padrão são grandes, sugerindo maior proporção de pessoas nos extremos da escala. Estes extremos são essenciais à análise dos impulsos suicidas, visto que também se destacam como componentes da S-CON (critério 3) quando menores que 0,31 (autocentrismo restrito) ou maiores que 0,44 (autocentrismo exacerbado). Assim, vinculado à primeira notação, onde se verifica uma redução do Índice de Egocentrismo, tem-se 16 sujeitos do grupo de risco (40%) e, nesta situação, as pessoas parecem pouco envolvidas consigo mesmas, prestando pouca atenção ao próprio funcionamento e negligenciando as suas necessidades pessoais, situação que demarca uma auto-imagem claramente desvalorizada e, portanto, um elemento de risco. De modo oposto, 15 sujeitos (37,5%) demonstraram valores elevados para o Índice de Egocentrismo e, nesta situação há riscos por conta de uma preocupação exagerada consigo mesmo e com o próprio ponto de vista, fato que pode conduzir a um reduzido interesse pelo mundo exterior (Exner & Sendín, 1999). Os demais sujeitos ($n=9$, 22,5%) possuem o Índice de Egocentrismo em níveis considerados ajustados dentro dos limites deste critério da S-CON. Assim, mais de três quartos da amostra ($n=31$, 77,5%) tinha algum problema referente à limitação ou exacerbação acerca da auto-imagem e da autoavaliação. A extensão deste problema na amostra de pacientes de risco pode ser melhor apreciada no contraste desta variável com a amostra norte-americana. Tomando o limite inferior de 0,33 para o Índice de Egocentrismo, 18 pacientes de risco (45%) contra 80 sujeitos (13%) na amostra norte-americana indicam uma proporção significativamente

maior de pessoas entre os pacientes de risco com pouco interesse em si, autodesvalorização ou auto-imagem negativa ($\chi^2=29,00$; $p<0,05$). Considerando o limite superior de 0,44 para o Índice de Egocentrismo, 15 pacientes de risco (37,5%) em contraste com 140 sujeitos (23%) na amostra norte-americana também indicam uma presença significativamente maior de pessoas, entre os pacientes de risco, desta vez com níveis exagerados de autocentramento, uma atenção maior do que o usual em torno da própria imagem ($\chi^2=4,10$; $p<0,05$).

FD e SumV juntos também são componentes da S-CON (critério 1) quando somados resultam em um valor maior que dois. Tais variáveis informam sobre processos de introspecção e de auto-inspeção, sendo que SumV diz respeito a um funcionamento pouco eficiente baseado em críticas autodirigidas. Infelizmente, não existem dados sobre este critério nas tabelas de normatização norte-americana ou brasileira; também não está disponível o número de sujeitos que atendem o critério de DEPI (SumV>0 ou FD>2) comum a este critério da S-CON. Deste modo, só se pode examinar os dados isolados de FD e SumV, sem inferências diretas ou indiretas sobre este critério da S-CON.

De modo geral, FD teve na amostra de participantes desta pesquisa uma média de 0,68 (DP=1,10), sendo que os dados normativos brasileiros trazem média de 0,67 (DP=1,01) enquanto para os norte-americanos a média desta variável é de 1,18 (DP=0,94). Postos à prova tais valores, tem-se a inexistência de diferenças significativas entre o grupo de pacientes em risco e a amostra brasileira; têm-se ainda uma significativa redução deste indicador em ambas as amostras brasileiras quando comparadas ao grupo de normatização norte-americano ($t_{PSx EUA}=-2,93$, $t_{BRx EUA}=-6,26$; $p<0,05$). Neste caso, tais condições apontam, nas amostras brasileiras, para um menor envolvimento destas pessoas com tarefas de autoverificação e análise pessoal em relação aos sujeitos dos Estados Unidos e estes fatos

podem conduzir a uma limitada atenção sobre o próprio funcionamento e para a formação de considerações realísticas sobre si mesmo (Exner, 2003).

SumV, por sua vez, teve média de 0,15 (DP=0,36) dentre os pacientes, 0,51 (DP=0,92) nos dados normativos brasileiros e 0,28 (DP=0,61) para os americanos. Nota-se um aumento significativo de SumV para os indivíduos da amostra normativa brasileira face os sujeitos de risco de suicídio ($t=3,05$; $p<0,05$) e frente aos norte-americanos ($t=3,06$; $p<0,05$). Por outro lado, não há diferenças significativas na comparação entre as amostras de pacientes e a amostra norte-americana ($t=-1,28$). A diminuição de SumV torna vivências depressivas menos pronunciadas visto que este indicador consta dos critérios de DEPI e é determinante de uma auto-estima comprometida, de sentimentos de inferioridade e de inadequação, dados a partir de constantes comparações desfavoráveis em relação aos demais. Haveria de se supor que isto é um dado positivo visto que os indivíduos em risco mostraram, em média, um menor uso da introspecção dolorosa baseada em uma autocrítica negativa e depreciativa de suas próprias condições. Contudo, como foi avaliado em afetos, há ocorrência significativa de DEPI para os indivíduos em risco. Neste grupo, seis pacientes (15%) têm $SumV>0$, quatro pacientes (10%) têm $FD>2$ e cinco pacientes (12,5%) têm como verdadeiro o critério 1 da S-CON ($FD+SumV>2$). Ainda que não seja possível comparar estes dados aos dos grupos normativos em pauta e ainda que o exame das médias obscureçam os resultados de sujeitos na amostra de pacientes em risco, o fato é que existem ocorrências de FD e SumV além de casos nos quais este critério de S-CON é verdadeiro nesta amostra de pacientes em risco.

Uma outra forma de introspecção dá-se pela soma dos conteúdos de anatomia e raio-x ($An+Xy$) teve média de 1,90 (DP=1,61) no grupo sob risco de suicídio, com distribuição variável entre zero e seis respostas desses indicadores para todos os componentes da amostra deste estudo. No total, 21 sujeitos (52,5%) deram respostas em

que An+Xy foi menor que dois, fato que mostra que pouco mais da metade de todos os indivíduos avaliados nesta pesquisa parecem possuir uma preocupação adequada acerca de suas funções corporais, algo positivo na auto-percepção de sujeitos em risco caso não estejam comprometidos por outras formas de introspecção desajustadas, como as verificadas no índice de egocentrismo, em FD e SumV. Por outro lado, uma parcela considerável deste grupo, dada por 19 sujeitos (47,5%) mostrou valores para An+Xy igual ou acima de dois e estas ocorrências demarcam um contexto de alerta na qual a possibilidade de intensa preocupação somática se mostra presente, com rumações acerca do próprio ajustamento funcional e vivências constantes de vulnerabilidade. Trata-se de uma condição problemática que, dada sob condições reais ou imaginárias, faz com que os sujeitos percebam seus corpos como mais frágeis, comprometidos e inadequados frente aos demais, um elemento que incrementa o risco de suicídio (Exner, 2003).

MOR, conteúdo cujos valores foram levantados no agrupamento da ideação, tem importante relevância dentro da análise da auto-estima das pessoas e, como mencionado, quando maior que três, figura como elemento de risco e componente da S-CON (critério 4). De modo geral, foram encontrados significativos aumentos de MOR para os pacientes frente a ambas as amostras normativas utilizadas como referência ($t_{PSxBR}=9,70$ e $t_{PSxEUA}=9,93$; $p<0,05$). Aqui, tratando de autopercepção, estes dados informam sobre atribuições negativas autodirigidas, com impressões pejorativas e pessimistas sobre as próprias ações, habilidades, características e funcionamento. Estes traços merecem atenção porque demarcam fortes riscos de depressão, com uma baixa auto-estima marcante, desesperança no futuro e nas condições pessoais para progredir (Exner, 2003). Não foram encontradas diferenças relevantes na comparação entre as amostras brasileira e americana ($t_{BRxEUA}=-0,23$).

Em síntese, percebe-se que os pacientes sob risco de suicídio possuem um acúmulo de sentimentos negativos em relação à própria adequação, especialmente quando são comparados com a amostra americana. Tais indivíduos caracterizam-se por uma visão pessimista de si e do mundo, com fortes sentimentos de inadequação e vulnerabilidade. Estes traços, por sua vez, podem estar sendo determinantes em um reduzido esforço introspectivo, pois o escasso prazer desta tarefa usualmente faz com que seja evitada. Esta condição é arriscada porque implica em menores possibilidades de uma consideração realística acerca de si e de seu funcionamento, limitando o autoconhecimento e a eficiência de intervenções terapêuticas, já que estas são baseadas em uma exigência de auto-análise. As demais variáveis relacionadas à autopercepção (envolvendo conteúdos humanos) serão tratadas em conjunto após o exame dos indicadores de percepção interpessoal por estarem vinculadas a estes dois construtos.

Percepção Interpessoal

A análise do agrupamento que organiza os conceitos referentes às interações dá-se pela consideração das variáveis a:p, Fd, SumT, GHRxPHR, COPxAG, PER, Índice de Isolamento, CDI soma, CDI positivo, HVI soma e HVI positivo; as variáveis relacionadas aos conteúdos humanos serão tratadas posteriormente, considerando autopercepção e relações interpessoais. As estatísticas descritivas referentes a algumas dessas variáveis encontram-se na Tabela 15 a seguir enquanto as demais foram convenientemente dispostas no texto.

Tabela 15. Estatísticas Descritivas das Variáveis do Agrupamento de Percepção Interpessoal

Variáveis	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Percentil 25	Mediana (percentil 50)	Percentil 75	Moda	Assimetria (Skewness)	Kurtosis	Intervalo	Mínimo	Máximo
Fd	0,38	0,14	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00	2,88	8,81	4,00	0,00	4,00
SumT	0,28	0,09	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	2,09	3,31	2,00	0,00	2,00
GHR	2,45	0,30	1,87	1,00	2,00	4,00	2,00	0,42	-0,53	7,00	0,00	7,00
PHR	5,13	0,64	4,03	2,25	3,50	7,00	3,00	1,12	0,74	16,00	0,00	16,00
COP	0,73	0,14	0,88	0,00	1,00	1,00	0,00	1,54	3,52	4,00	0,00	4,00
AG	1,18	0,25	1,57	0,00	1,00	2,00	0,00	1,84	4,15	7,00	0,00	7,00
PER	0,95	0,24	1,54	0,00	0,00	1,00	0,00	1,97	3,47	6,00	0,00	6,00
Índice de Isolamento	0,19	0,03	0,18	0,06	0,18	0,28	0,00	1,48	2,47	0,78	0,00	0,78
CDI soma	2,55	0,22	1,41	2,00	2,00	4,00	2,00	0,07	-0,71	5,00	0,00	5,00
CDI positivo	0,28	0,07	0,45	0,00	0,00	1,00	0,00	1,05	-0,95	1,00	0,00	1,00
HVI soma	1,88	0,24	1,49	1,00	2,00	3,00	1,00	0,77	0,23	6,00	0,00	6,00
HVI positivo	0,13	0,05	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	2,36	3,74	1,00	0,00	1,00

A relação a:p, quando estudada no agrupamento referente à percepção interpessoal, informa sobre tendências das pessoas em adotar uma postura mais passiva em suas interações. Esta condição foi verdadeira para sete pacientes (17,5%) na qual o número de movimentos passivos é um ponto acima daquele de ativos ($p > a+1$) e demarca um contexto no qual as pessoas se mostram mais submissas, evitando responsabilidades, as decisões que lhes são cabíveis e a solução de problemas, especialmente quando outros se mostram inclinados a fazê-los (Exner, 2003). Na comparação da relação $p > a+1$ entre os pacientes em risco ($n=7$; 17,5%) e a amostra norte-americana ($n=11$; 1,8%), foi possível perceber um significativo aumento na frequência desta para os indivíduos em risco ($\chi^2=33,67$; $p < 0,05$), comunicando uma maior tendência destes pacientes em adotar posturas passivas e de dependência em relação aos outros. Observa-se, portanto, maior passividade entre os pacientes, embora a passividade elevada não seja uma característica frequente, com a maioria dos sujeitos mostrando uma relação adequada nas amostras de pacientes ($n=33$; 82,5%) e na amostra norte-americana (97,2%). Há que se considerar também que entre aqueles com estes índices em níveis adequados, a atividade não será necessariamente eficaz. Esta comparação entre os pacientes em crise e a amostra brasileira não foi possível por conta da indisponibilidade de dados.

Fd, referente aos conteúdos associados às respostas de alimentos, surge com uma média de 0,38 (DP=0,87) no grupo de pacientes com ideação suicida, 0,26 (DP=0,64) na amostra brasileira e 0,21 (DP=0,47) na amostra americana e esses índices, sob teste, demonstram a inexistência de diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito a esta variável ($t_{PS \times BR} = 0,73$, $t_{PS \times EUA} = 1,09$, $t_{BR \times EUA} = 0,85$). Este achado mostra que os indivíduos em risco apresentam um funcionamento similar ao dos grupos normativos, mas não permite inferências sobre a existência de traços de dependência vinculados ao indicador Fd (Exner, 2003).

SumT teve média de 0,28 (DP=0,60) dentre os sujeitos do grupo de risco, 0,33 (DP=0,71) para a amostra nacional e 0,95 (DP=0,61) na amostra americana, números que apontam uma significativa redução desta variável na comparação entre os pacientes e o grupo norte-americano ($t=-5,28$; $p<0,05$) e entre os indivíduos da amostra brasileira comparados ao grupo norte-americano ($t=-9,16$; $p<0,05$). Assim, a redução de SumT para ambas as amostras nacionais é vista com curiosidade já que o povo brasileiro é tido como receptivo, afetuoso e caloroso, traços opostos aos que são usualmente associados à ausência deste indicador. Esta condição, provavelmente se dá, então, por conta de diferenças entre o comportamento e o que é subjetivamente vivenciado dentre os componentes das amostras brasileiras. Aparentemente, estes indivíduos podem ser caracterizados, a partir de SumT, como menos dispostos em estabelecer relações próximas e íntimas, enquanto, por outro lado, a cultura estabelece um padrão de funcionamento diferente, na qual são determinadas condutas mais afetivas e profundas. Deste modo, esta contradição pode ser explicada como resultado de vivências de exploração ou submissão comum na educação dos brasileiros. Neste caso, os adultos são formados para serem subservientes, demonstrando interesse, envolvimento e desejo de relações de proximidade, sendo que, intimamente, há desconfiança e reserva (Exner, 2003).

A relação entre GHRxPHR não pôde ser verificada para dois pacientes (5%) cuja soma desses indicadores foi menor que três. Para os demais, nota-se que apenas nove sujeitos (22,5%) tiveram uma frequência de GHR maior que a de PHR, sendo que para estes é maior a possibilidade de um funcionamento adaptativo nas relações interpessoais. Os demais 29 sujeitos (72,5%) apresentam valores iguais para PHR e GHR ou um aumento do primeiro o que sinaliza menos habilidade no estabelecimento e manutenção das interações interpessoal (Exner, 2003). Este funcionamento deficiente referente à grande parte dos pacientes marca um potencial para crises, visto que os limitados recursos

relacionais tornam esses indivíduos mais isolados e solitários, fatores que comprometem a saúde psicológica e a vinculação com figuras de apoio. A comparação entre os pacientes (n=9; 22,5%) e a amostra norte-americana (n=526; 87,7%) acerca das ocorrências em que GHR>PHR também é útil para confirmar o quadro de menor ajustamento da percepção interpessoal dado pelo aumento de PHR no grupo de risco ($\chi^2=116,12$; $p<0,05$).

A relação entre atitudes de cooperação e agressão (COPxAG) também informa sobre a organização da percepção interpessoal. Entre os pacientes, 12 sujeitos (30%) apresentam atitudes adequadas nas interações: 11 sujeitos (27,5%) apresentam uma ou duas ocorrências de COP com AG entre zero e um, sendo que nestas condições as pessoas demonstram antecipar pontos positivos acerca das interações manifestando interesse em delas participar; outro sujeito (2,5%) concedeu duas respostas de AG com quatro ocorrências de COP, sugerindo que ele tipicamente deseja envolvimento e contato, tem expectativas positivas e estabelece interações harmoniosas nas relações interpessoais (Exner, 2003). Os 28 sujeitos restantes (70%) possuem valores de COP e AG que apontam para um funcionamento problemático. Entre estes, 15 sujeitos (37,5%) não apresentam ocorrências de COP enquanto AG é nulo ou restrito a um, fator que demonstra que estas pessoas não antecipam expectativas positivas acerca de suas relações, mostrando-se mais desconfortáveis nestas e podendo vir a ser interpretadas como frias e distantes (Exner, 2003). Outros 12 sujeitos (30%) têm número de COP entre zero e um com AG de dois ou mais, ou ainda uma frequência de COP igual a dois com AG acima desta faixa, sendo que em tais condições demonstram perceber a agressividade como um componente natural de todas as interações, com reações defensivamente hostis ou forçadas por conta de marcante insegurança (Exner, 2003). Enfim, para um sujeito (2,5%), os valores de COP e de AG foram iguais a dois e esta situação comunica uma pessoa que demonstra ser aberta e interessada nos contatos, sendo que, por outro lado, muitas de suas relações parecem

forçadas e baseadas em características de agressividade. Trata-se de um funcionamento no qual são percebidos fatores positivos acerca das experiências interpessoais, mas ainda assim as trocas próprias a estas também são permeadas por certa hostilidade (Exner, 2003). Em síntese, os 28 sujeitos (70%) cujos valores de COP e AG apontam para um funcionamento problemático no qual as relações são percebidas como potencialmente destrutivas e permeadas por um posicionamento beligerante, compõem um número expressivo no grupo de pacientes, um fator de risco para estes porque incrementa sentimentos de vulnerabilidade e insegurança, limita a inserção social, com potencial para torná-los mais ariscos e desconfiados acerca de quaisquer intervenções que se pretenda desenvolver.

As respostas personalizadas (PER) tiveram uma média de 0,95 (DP=1,54) na amostra desta pesquisa, 0,47 (DP=0,88) para a amostra brasileira e 0,92 (DP=0,91) na amostra norte-americana, sendo que o teste destes valores não apontou diferenças significativas entre os pacientes e os dados normativos dos Estados Unidos ($t=0,15$). Por outro lado, foi encontrado um significativo aumento de PER dentre os pacientes em risco comparados à amostra normativa brasileira ($t=2,29$; $p<0,05$), condição que sugere uma busca imatura de segurança e afirmação pessoal por parte dos indivíduos em risco, uma tentativa de se resguardarem através de informações breves que lhes dêem apoio e confirmação (Exner, 2003). Em indivíduos com risco de suicídio grave o aumento de PER pode estar vinculado a um esforço por manter a própria integridade e evitar o julgamento dos demais, sendo esta uma defesa imatura e que aponta para dificuldades em estabelecer relações de maior proximidade. Por outro lado, foi perceptível ainda uma redução significativa de PER para os componentes da amostra brasileira em relação ao grupo normativo americano, situação que mostra uma menor tendência da amostra normativa nacional para apresentarem as dificuldades e defesas próprias ao uso de PER.

O Índice de Isolamento teve média de 0,19 (DP=0,18) para os pacientes desse estudo, 0,24 (DP=0,17) na amostra brasileira e 0,19 (DP=0,09) na amostra norte-americana. Sob análise, estes números apontam a inexistência de diferenças significativas entre as diversas amostras utilizadas no que diz respeito ao Índice de Isolamento ($t_{PSxBR}=-0,64$, $t_{PSxEUA}=0,03$, $t_{BRxEUA}=1,58$). Mais uma vez, nota-se um funcionamento similar entre os indivíduos em risco e os grupos normativos, sendo impossível fazer inferências acerca da existência de tendências ao isolamento social associadas aos valores encontrados no Índice de Isolamento.

O CDI soma teve média de 2,55 (DP=1,41) para os pacientes em risco resultando em 11 sujeitos (27,5%) com esta constelação como positiva, proporção superior aos sujeitos da amostra brasileira ($\chi^2=11,26$; $p<0,05$) e aos da norte-americana ($\chi^2=41,76$; $p<0,05$). Tais resultados evidenciam uma elevação das ocorrências de CDI junto aos pacientes em risco, fato que aponta para sérias dificuldades relacionais, na qual boa parte dos indivíduos em risco possuem uma pronunciada inabilidade social, tipicamente associada com imaturidade e inaptidão. Nestes casos, há menos sensibilidade às necessidades e interesses dos demais, com grande distanciamento destes, sendo que, conseqüentemente, configura-se uma situação problemática para estas pessoas em que podem ser menos aceitas pelos outros. Os riscos e a propensão a crises se desenvolvem, neste ponto, vinculados a sentimentos de rejeição e à frustração de suas expectativas de contatos eficientes (Exner, 2003).

O HVI soma surgiu com uma média de 1,88 (DP=1,49) para os pacientes e esta constelação foi positiva para cinco sujeitos (12,5%). Estas ocorrências de HVI positivo não mostraram diferenças significativas em relação ao encontrado na amostra brasileira ($\chi^2=2,65$), porém há um aumento significativo de casos com HVI positivo dentre os indivíduos em risco comparados à amostra normativa norte-americana ($\chi^2=9,77$; $p<0,05$).

Esta última comparação aponta que, para os pacientes frente à amostra americana, existe uma maior tendência para a hipervigilância, desconfiança exacerbada em relação aos demais, traços de muita cautela e reserva nos contatos. Há ainda uma propensão ao sentimento de persecutoriedade que conduz a impressões distorcidas dos gestos dos demais. Os riscos surgem a medida em que os contatos passam a ser evitados ou se dão sob muita reserva e cuidado, sem espontaneidade. Além disso, há receio acerca dos julgamentos dos demais e poucas expectativas de proximidade (Exner, 2003).

Em síntese, o agrupamento da percepção interpessoal demonstrou que os pacientes em risco formaram impressões menos adaptativas acerca do modo como as relações se concebem e estas podem ser determinantes de uma menor eficiência interativa. Há, em grande parte das vezes, forte desconfiança e cautela acerca das aproximações dos demais, sendo que nestas condições não são formadas expectativas positivas em relação aos contatos.

As interações usualmente são entendidas como vinculadas a componentes hostis, fazendo com que estes sujeitos, defensivamente, atuem de forma beligerante. Além disso, são notórios uma séria inabilidade para os contatos e carência de recursos eficientes para estabelecimento e manutenção das interações, graves dificuldades que tornam estes sujeitos mais reservados, superficiais em suas relações e pouco abertos a aproximações e troca afetiva íntima, ainda que o modo pelo qual usualmente se comportem não demonstre isso. Este funcionamento pode torná-los isolados e destacam-se como fatores de risco as experiências de rejeição, de falha na vinculação social e as dificuldades de estruturação e manutenção de uma rede de apoio suportiva para lidar com situações de crise.

Autopercepção + Percepção Interpessoal

A análise dos dados que são comuns aos agrupamentos da autopercepção e da percepção interpessoal se dá através da observação do modo como se estruturaram as

respostas de conteúdo humano e permite acessar informações próprias a ambos os agrupamentos. Isto é possível pela intersecção existente entre os processos de identificação e de percepção das relações. A Tabela 16 destaca algumas dessas variáveis, a saber: SumH, H, (H), H, (Hd) e Hx, além da soma de conteúdos humanos não puros. A relação H:(H) +Hd+(Hd) também tem importância e é considerada ao longo da discussão.

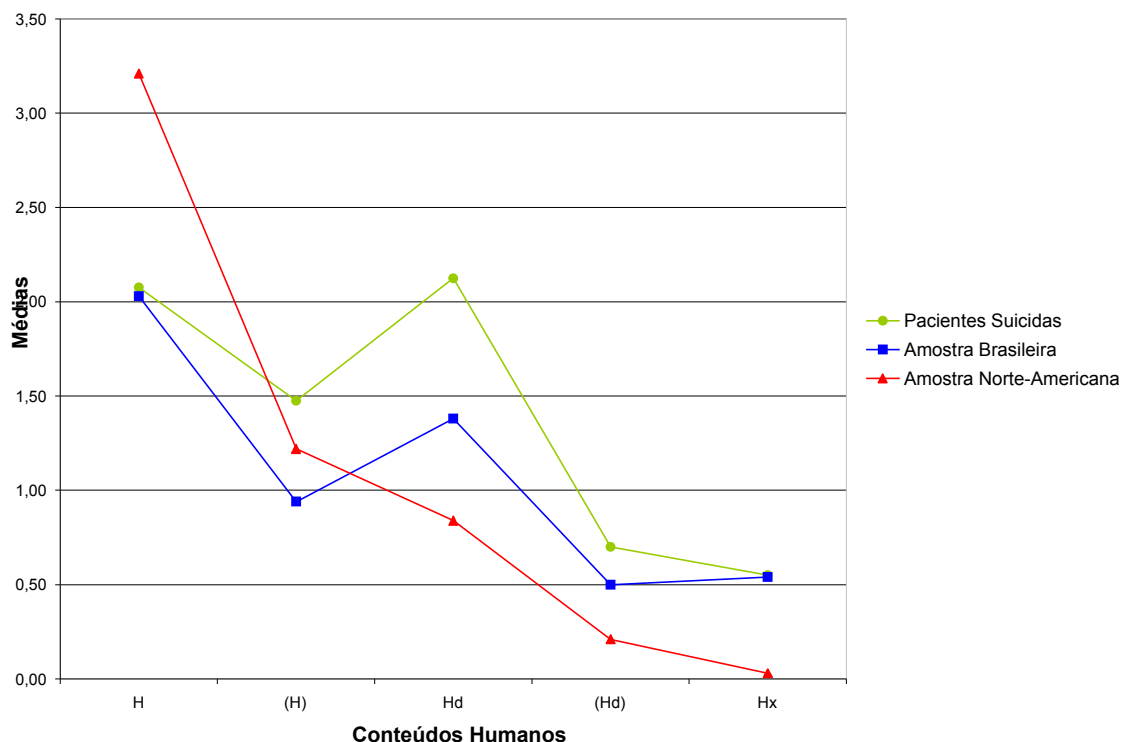
Tabela 16. Estatísticas Descritivas das Variáveis dos Agrupamentos de Autopercepção e Percepção Interpessoal

Variáveis	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Percentil 25	Mediana (percentil 50)	Percentil 75	Moda	Assimetria (Skewness)	Kurtosis	Intervalo	Mínimo	Máximo
Todos Conteúdos Humanos	6,93	0,66	4,19	4,00	5,50	8,75	5,00	1,29	2,15	21,00	0,00	21,00
(H)+Hd+(Hd)	4,30	0,45	2,83	3,00	3,50	5,75	3,00	1,03	1,09	12,00	0,00	12,00
H	2,08	0,26	1,65	1,00	2,00	3,00	1,00	1,23	2,76	8,00	0,00	8,00
(H)	1,48	0,23	1,45	0,25	1,00	2,00	1,00	1,65	4,13	7,00	0,00	7,00
Hd	2,13	0,35	2,23	0,00	2,00	2,75	2,00	1,17	0,58	8,00	0,00	8,00
(Hd)	0,70	0,17	1,07	0,00	0,00	1,00	0,00	2,11	5,75	5,00	0,00	5,00
Hx	0,55	0,19	1,22	0,00	0,00	1,00	0,00	4,09	20,46	7,00	0,00	7,00

A relação $H:(H)+Hd+(Hd)$ informa sobre o ajustamento perceptivo acerca dos demais e de si, e seus elementos são também componentes da variável SumH. Exner (2003) afirma que pessoas bem ajustadas tendem a dar mais respostas de H_{puro} , sendo que a situação contrária aponta para sujeitos com sérios problemas perceptivos. Os pacientes avaliados apresentaram uma média de 2,08 (DP=1,65) para o conteúdo de H_{puro} com uma soma dos conteúdos não puros de média igual a 4,30 (DP=2,83). Não existem informações suficientes para comparação desta relação com as amostras de padronização brasileira ou norte-americana, porém, tais dados comunicam um aumento das respostas nas quais formas distorcidas de percepção foram utilizadas e nestas condições os pacientes mostram-se mais suscetíveis a interpretações equivocadas acerca dos gestos e atitudes dos demais, apresentando ainda uma capacidade de identificação baseada nesta concepção irrealística e fantasiosa. Um exame da relação na amostra de pacientes revela que: para três sujeitos (7,5%), não foi possível interpretar esta relação ($\text{SumH}<3$); para oito sujeitos (20%) o número de H_{puro} superava o lado direito da relação, indicando um interesse humano mais favorável; contudo, para a grande maioria ($n=29$, 72,5%), esta relação indica uma menor capacidade de construir uma auto-imagem e auto-estima baseada em modelos de identificação saudáveis, bem como mostram maior suscetibilidade ao prejuízo de suas relações interpessoais por conta de inabilidade no reconhecimento das necessidades e expectativas das pessoas à sua volta (Exner, 2003).

Vistos isoladamente, todos esses indicadores referentes a respostas com conteúdo humano podem ser observados na Figura 4 situada a seguir, com destaque para as médias com os quais surgiram na amostra de pacientes, na amostra normativa brasileira e na amostra normativa americana.

Figura 4. Médias Referentes às Respostas de Conteúdo Humano em Pacientes em Risco de Suicídio, na Normatização Brasileira e na Norte-Americana



A primeira dessas variáveis, H_{puro} , teve média de 2,08 (DP=1,65) para os sujeitos em risco de suicídio, 2,03 (DP=1,67) na amostra brasileira e 3,21 (DP=1,71) na amostra norte-americana. Testados, estes números apontam a inexistência de diferenças significativas entre os sujeitos em risco e a amostra brasileira ($t=0,20$), mas demarcam uma significativa redução desta variável em ambas as amostras brasileiras comparadas com o grupo de padronização americano ($t_{\text{PSx EUA}}=-5,33$, $t_{\text{BRx EUA}}=-11,13$; $p<0,05$). Sob estes achados é possível perceber que as amostras brasileiras apresentam maior dificuldade na percepção interpessoal, com menor capacidade de interpretar acuradamente as intenções e necessidades dos demais, sendo que estes fatores são também problemáticos para uma consideração realística de suas características pessoais (Exner & Sendín, 1999).

As ocorrências de H_{puro} também merecem ser destacadas por figurarem como componentes da S-CON sempre que surgirem em uma frequência menor que dois (critério 11).

Esta situação traduz os mesmos problemas acima mencionados e preocupam por indicarem uma menor inclinação dos sujeitos em buscarem os contatos e as interações, sendo estes importantes elementos na construção de vários aspectos da constituição psíquica, como a identidade pessoal, os valores, as regras, entre outros (Exner & Sendín, 1999). Assim, foram verificadas 17 ocorrências (42,5%) de $H < 2$ no grupo de sujeitos em risco e, comparados com as 71 ocorrências (11,8%) da amostra americana, tem-se para os primeiros um significativo aumento de casos onde são identificados os problemas vinculados às restrições de H_{puro} ($\chi^2=29,74$; $p < 0,05$). Além disso, também pôde ser verificado que seis sujeitos (15%) do grupo de pacientes não deram qualquer resposta de H_{puro} , em contraste com cinco sujeitos (0,83%) da amostra norte-americana, o que também aponta um significativo aumento deste caso de configuração problemática para os pacientes em risco ($\chi^2=44,55$; $p < 0,05$). A ausência de H_{puro} mostra uma grande propensão destes indivíduos para perceberem a si e aos demais a partir de concepções distorcidas, fatores que podem implicar em respostas desajustadas e ainda em isolamento e rejeição.

O indicador (H) surgiu com uma média de 1,48 (DP=1,45) dentre os sujeitos em risco, 0,94 (DP=1,09) nos dados normativos brasileiros e 1,22 (DP=1,02) nos dados normativos norte-americanos. Tais números informam que não existem diferenças expressivas apenas na comparação entre os pacientes e a amostra americana ($t=1,29$), sendo que foi observado um significativo aumento de (H) entre os indivíduos em risco face à amostra brasileira ($t=2,59$; $p < 0,05$). A elevação de (H) aponta para uma tendência dos pacientes em risco para um maior distanciamento da realidade, com propensão a desenvolverem uma concepção fantasiosa dos demais e de si (Exner & Sendín, 1999). É importante verificar ainda que a comparação entre as amostras brasileira e americana mostrou uma significativa redução deste índice para o

primeiro grupo ($t=-3,30$; $p<0,05$) e tal fato sugere que os componentes da amostra normativa nacional possuem menos suscetibilidade aos desajustes vinculados ao (H), como a tendência à distorção e distanciamento da realidade na interpretação das pessoas.

O Hd teve uma média de 2,13 (DP=2,23) para a amostra participante desta pesquisa, 1,38 (DP=1,74) na amostra do Brasil e 0,84 (DP=1,02) na amostra original, dos Estados Unidos. Esses números, considerados sob teste, mostram um significativo aumento de Hd para os pacientes frente a ambos os grupos de padronização ($t_{PSxBR}=2,90$, $t_{PSxEUA}=5,29$; $p<0,05$). Há também um significativo aumento de Hd para os componentes da amostra brasileira em contraste com os da amostra americana ($t=5,28$; $p<0,05$). Nestes casos, a elevação de Hd nos grupos brasileiros sugere que tais pessoas estão mais suscetíveis a uma concepção distorcida de si e dos demais, com uma consideração parcial das pessoas, dada por uma postura mais cautelosa e reservada de aproximação e reconhecimento (Exner & Sendín, 1999).

(Hd) teve média de 0,70 (DP=1,07) dentre os pacientes com ideação suicida, 0,50 (DP=0,88) na amostra brasileira e 0,21 (DP=0,50) na amostra norte-americana. Tais valores comunicam uma inexistência de diferenças relevantes entre os sujeitos em risco e a amostra brasileira ($t=1,12$), enquanto, por outro lado, podem ser encontrados aumentos significativos deste índice nas comparações entre o grupo de pacientes com os norte-americanos ($t=2,92$; $p<0,05$) e entre os dados brasileiros com os dados normativos americanos ($t=4,00$; $p<0,05$). A elevação de (Hd) tanto na amostra de pacientes de risco quanto na de padronização brasileira frente ao grupo de padronização dos Estados Unidos sugere que há para os primeiros uma condição problemática, que traduz uma das formas mais distorcidas de percepção do outro e de reconhecimento de si. Trata-se de uma ocorrência preocupante já que este traço torna os sujeitos mais suscetíveis a interpretações equivocadas sobre seus traços, habilidades e potenciais, bem como nas características, expectativas e necessidades dos demais, fatores que

são determinantes em formas de respostas equivocadas baseadas nestas imprecisões (Exner & Sendín, 1999).

O Hx teve média de 0,55 (DP=1,22) dentre os sujeitos em risco, 0,54 (DP=1,51) na amostra brasileira e 0,03 (DP=0,23) na amostra norte-americana. Estes números permitem alcançar diferenças significativas, mais uma vez, apenas na comparação entre ambas as amostras brasileiras e o grupo de normatização americano ($t_{PSxEUA}=2,92$, $t_{BRxEUA}=5,71$; $p<0,05$). Nestes casos, há uma elevação de Hx para os grupos nacionais e esta condição está associada com o maior uso da intelectualização na construção da auto-imagem e das concepções acerca dos demais, uma tentativa de amenizar percepções dolorosas através deste funcionamento defensivo (Exner & Sendín, 1999). Não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre a amostra de indivíduos em risco e o grupo brasileiro ($t=0,05$).

Enfim, a análise das respostas de conteúdo humano permite alcançar importantes dados sobre a formação do autoconceito e da percepção sobre os demais. A maior parte dos sujeitos avaliados apresenta uma tendência a formar concepções baseadas em distorções e fantasias, em modos irrealísticos de apreensão de suas características e na dos demais. Tal traço torna estes indivíduos mais suscetíveis a interpretações equivocadas acerca das intenções e gestos dos outros, marcando uma posição problemática na qual são menores as possibilidades de estabelecimento de contatos efetivos e prazerosos bem como a formação de condições saudáveis de identificação e reconhecimento. Deve-se lembrar ainda que a qualidade desses indicadores de interesse humano pesa no índice HVI, marcando uma atenção para as relações como estratégia defensiva, formada a partir de intensos sentimentos de desconfiança e de vulnerabilidade. Como um todo, estas distorções usualmente exercem efeitos negativos nos processos decisórios, nas tarefas de solução de problemas e, sobretudo, nas relações

interpessoais, configurando-se fatores de risco sobre o funcionamento destes pacientes cujo quadro já exige atenção.

S-CON (Constelação de Suicídio)

Os vários indicadores que compõem a S-CON foram considerados ao longo desta discussão a partir de relações que determinam sua pertinência e inserção nos agrupamentos conceituais já apresentados. Sobre esses índices, deve-se ter claro que o desenho deste estudo (descritivo) não permite inferências diretas acerca do valor preditivo que possuem acerca do suicídio. Este estudo não tem, portanto, o objetivo de determinar a validade da S-CON como um todo ou de suas partes. Isto iria requerer a definição de um subgrupo de pessoas que efetivamente se mataram, a partir de uma amostra geral de pacientes, para estabelecer um contraste com os que não se mataram (Exner, 1986, 2003, 2005). A amostra do presente estudo parte de pacientes inicialmente identificados como potencialmente em risco por serem portadores de ideação suicida grave ou por terem tentado o suicídio recentemente (em oposição a terem efetivado o suicídio), de modo análogo ao realizado por Fowler et al. (2001). Aqui, cabe analisar a frequência de cada critério da constelação, verificar as ocorrências de índices positivos, comparando, se possível, a outras amostras na literatura, e buscar informações acerca do modo como a S-CON se correlaciona com outras variáveis e índices especiais.

A S-CON é uma constelação que permite o tratamento como variável critério ou como escala. A definição como critério positivo ou negativo parte do exame de três possibilidades de combinações das doze assertivas em um protocolo (Exner, 1999; Nascimento, 2006). Como critério, somente dois valores são possíveis: falso ou verdadeiro, conforme descrito acima (vide p.12). A S-CON também permite o tratamento como variável escalar na medida em que se considera que cada uma de suas assertivas indica um tipo de déficit ou sofrimento grave que

induz o sujeito ao risco. Neste sentido interpreta-se as variações como formas de aumento progressivo no risco ao qual está submetido o sujeito. O número de itens na S-CON também facilita esta interpretação, ao supor que há uma adequada amostragem das condições de sofrimento psíquico grave na condição do risco de suicídio.

A S-CON soma, que compreende o total de assertivas consideradas verdadeiras dentro da constelação de suicídio, tem média igual a 6,30 (DP=1,24) para os participantes deste estudo. Não existem dados para comparação desta informação com as amostras de padronização brasileira ou norte-americana. A Figura 5 e a Tabela 17 detalham esta distribuição.

Figura 5. Histograma das Frequências de Pacientes em Risco de Suicídio conforme suas Médias na S-CON soma

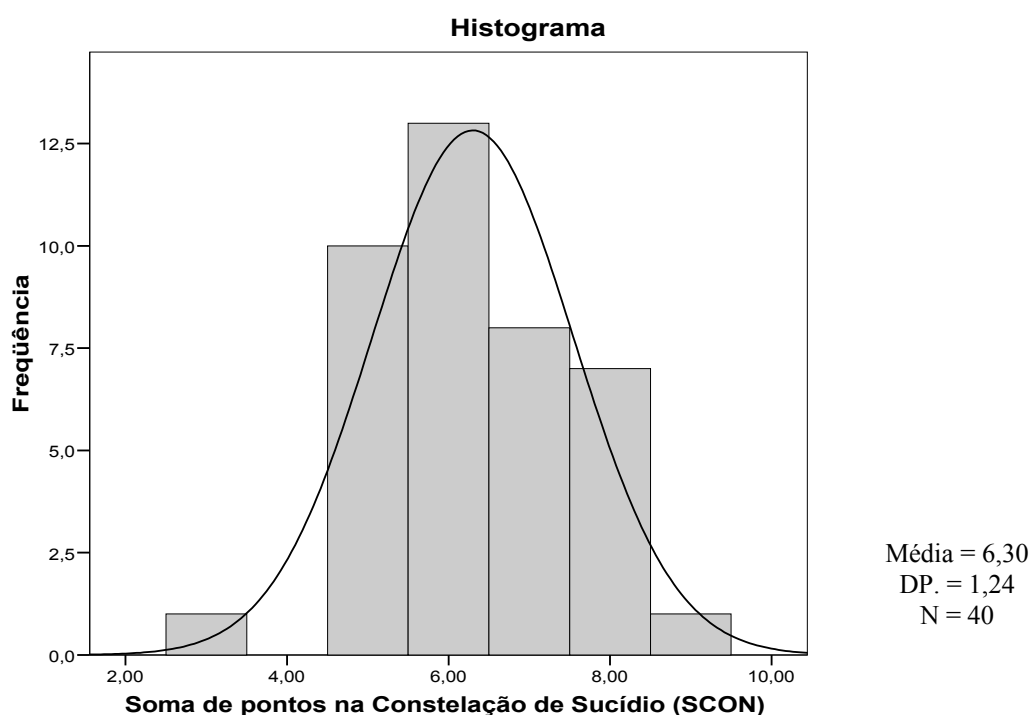


Tabela 17. Distribuição das Frequências de Pacientes em Risco de Suicídio conforme suas Médias na S-CON soma

S-CON soma	Frequência	Percentil	Percentil Cumulativo
9,00	1	2,5	2,5
8,00	7	17,5	20,0
7,00	8	20,0	40,0
6,00	13	32,5	72,5
5,00	10	25,0	97,5
3,00	1	2,5	100,0
Total	40	100,0	

Observa-se que 97,5% da amostra de pacientes de risco tiveram S-CON soma igual ou acima de cinco, sendo que 72,5% mostraram níveis de risco que podem ser considerados clinicamente significativos ($S-CON \text{ soma} \geq 6$). Tratam-se de valores bastante altos quando se considera que uma ocorrência de oito índices é suficiente para se afirmar a existência de considerável potencial suicida e que, dadas certas condições, seis ou sete assertivas verdadeiras são suficientes para que o critério de risco da S-CON seja considerado positivo. O número de pacientes com elevações significativas de S-CON já aponta uma maior suscetibilidade destes sujeitos a elementos depressivos, depreciativos, de impulsividade, de desajuste e de perda de controle, visto que estes são componentes clínicos com variáveis na referida constelação (Exner & Sendín, 1999).

Onze (27,5%) pacientes de risco tiveram S-CON positiva. Os dados brasileiros e norte-americanos não apresentam a frequência de pessoas com S-CON positiva considerando as três condições de combinação de itens que conduzem a pontos de corte distintos; apresentam apenas o número de sujeitos que possuem $S-CON \geq 8$. Portanto, tomando apenas esta condição, na amostra de risco oito sujeitos (20%) têm $S-CON \geq 8$. Como esperado, esta frequência, posta em teste, mostra um significativo aumento deste indicador para o grupo de pacientes em risco

comparados à amostra brasileira ($n=15$, 3,67%; $\chi^2=20,00$; $p<0,05$) e ainda em relação à amostra norte-americana ($n=0$; $\chi^2=121,52$; $p<0,05$). Com essas informações é possível perceber que o número de casos positivos para a S-CON dentre os participantes deste estudo supera proporcionalmente e de modo significativo as frequências para esta constelação nas demais amostras. Este achado aponta, preliminarmente, a importância de se continuar aprofundando os conhecimentos acerca da S-CON no Brasil para que se demonstre a sua validade e efetividade na identificação de risco de suicídio grave. Estes resultados e os que serão apresentados a seguir apontam nesta direção.

Dentre os vários elementos que compõem a S-CON e determinam sua capacidade de previsão de risco de suicídio, destacam-se 12 condições, três subdivididas em alternativas mutuamente exclusivas. As frequências de cada critério no grupo de risco de suicídio encontram-se na Tabela 18.

Tabela 18. Frequência das Assertivas da S-CON dentre os Pacientes em Risco de Suicídio

Critério	Assertiva	Frequência (n)	%
8	X+%<0,70	40	100,0%
	3r+(2)/R<0,31 ^b	16 (40,0%)	
3	3r+(2)/R>0,44 ^b	15 (37,5%)	77,5%
6	es>EA	25	62,5%
7	CF+C>FC	25	62,5%
11	H pura<2	17	42,5%
2	Det. Mistos de Cor e Sombreado>0 ^b	16	40,0%
4	MOR>3 ^{a,b}	15	37,5%
	Zd>+3,5	6 (15,0%)	
5	Zd<-3,5	7 (17,5%)	32,5%
12	R<17	10	25,0%
	P<3	6 (15,0%)	
10	P>8	1 (2,5%)	17,5%
1	FV+VF+V+FD>2 ^b	5	12,5%
9	S>3	3	7,5%

^a Quando MOR>3, sete assertivas verdadeiras definem S-CON positiva (Exner, 1999; Nascimento, 2006).

^b Quando, além de MOR>3, houver determinante misto cor-sombreado>0, Índice de Egocentrismo<0,31 ou >0,44, e FV+VF+V+FD>2, seis assertivas verdadeiras definem S-CON positiva (Exner, 1999; Nascimento, 2006).

Sobre os dados da Tabela 18, X+%<0,70 (critério 8) é a assertiva que surgiu com maior frequência dentre os pacientes aqui avaliados, com 40 verificações, ou seja, todos os participantes da amostra (100%). O que se pode afirmar, ainda sobre X+%<0,70, é que, frente à amostra americana que foi a base de construção desta constelação, os pacientes avaliados neste estudo mostram um maior prejuízo na apreensão da realidade, sendo que as dificuldades de ajustamento perceptivo determinam importantes limitações, estas, então, responsáveis por um aumento do potencial suicida. Frente à amostra brasileira a mesma constatação não é possível, visto que as pesquisas normativas mais recentes apontam que no Brasil há uma

diminuição nos valores referentes ao X+% (Amaral, Silva Neto & Nascimento, 2003). Cabe lembrar ainda que a variável X+%, quando submetida ao teste *t* para comparar os pacientes e os dados normativos brasileiros aponta a inexistência de diferenças significativas entre ambos os grupos. Na amostra brasileira o escore máximo de X+% foi 0,71, um valor realmente baixo pelo entendimento do modo como se interpreta os valores deste indicador. Sobre o assunto, Nascimento (2006) afirma que o modo habitual de respostas da população brasileira é diferente da norte-americana e isto influencia na interpretação de variáveis como R<17 e X+%<0,70. Assim, a autora recomenda:

devemos ter muita cautela ao interpretar os casos individuais para não considerarmos falsos positivos, mas, por outro lado, é importante levar em consideração que a grande maioria da nossa população não apresentou resultados positivos no índice, o que indica que ser positivo não é irrelevante (p. 94).

Esta posição relativiza a validade destes itens da S-CON na população brasileira, sem negar a validade própria da constelação, mas apontando a necessidade de revisão desta e de construção de parâmetros nacionais mais abrangentes.

Em seguida, a variável componente da S-CON que surge com maior frequência, é o Índice de Egocentrismo (critério 3), que aqui aponta formas desajustadas de autocentramento. Quando menor que 0,31 este indicador comunica uma intensa desconsideração pessoal e, quando maior que 0,44, aponta um autocentramento exagerado, que pode conduzir à desconsideração do meio. No total, 31 sujeitos (77,5%) apresentam este tipo de desorganização e destes, 16 possuem um rebaixamento desta variável enquanto os outros 15 mostram o oposto, uma elevação do Índice de Egocentrismo. Estes valores demonstram, então, que grande parte dos pacientes sob risco de suicídio possui uma atenção pessoal preocupante

e, independente das características que esta assume, este fator é comum a grande parte da amostra e destaca problemas na autopercepção e na construção da auto-imagem (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

Referente ao critério 6 da S-CON, $es > EA$, 25 sujeitos (62,5%) do grupo de risco encontram-se nesta situação, mostrando um estado de sobrecarga e difíceis condições de controle do estresse. Neste caso, as demandas mostram-se em uma proporção acima dos recursos que a pessoa tem disponível para manter o equilíbrio psíquico e, tal estado, implica em vivências de vulnerabilidade. Os exames das diferenças entre as amostras nas variáveis que compõem este critério (EA e es) também apontam, de modo preliminar, na direção de validade para este critério (Exner & Sendín, 1999).

Na mesma proporção, ou seja, pertinente a 25 sujeitos (62,5%), tem-se a relação $CF+C > FC$ (critério 7), que aponta para a existência de uma afetividade invasiva, descontrolada e que pode determinar formas de condutas erráticas e impulsivas, fortes elementos de risco. A discussão sobre estas variáveis e da relação $FC:CF+C$ são coerentes com este critério (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

O critério 11, que trata das relações nas quais $H \text{ puro} < 2$, foi verificado para 17 sujeitos (42,5%), mostrando que ainda é elevado o número de pessoas do grupo de risco que manifestam dificuldades no reconhecimento do outro e de si, comprometendo a organização da auto-imagem e a compreensão dos gestos, intenções e necessidades dos demais (Exner & Sendín, 1999; Exner, 2003).

Por sua vez, o critério 2, dado pelas situações em que os determinantes mistos do tipo cor-sombreado > 0 , foi verdadeiro para 16 pacientes (40%), mostrando que uma parcela expressiva do grupo de risco demonstra uma confusão e ambivalência acerca de seus

sentimentos, uma experiência difícil e conflituosa, que aponta para a existência de afetos desorganizados e de complicada elaboração (Exner, 2003).

Os demais critérios tiveram proporções menos proeminentes, alcançando menos de 40% da amostra. No entanto, baixa frequência não significa necessariamente baixa validade ou baixo potencial preditivo. Espera-se que um indicador altamente patológico seja verificado com menor frequência nas amostras do que ocorre com um indicador menos vinculado com condições de desajuste.

Comparando todas as constelações nas amostras de pacientes e na brasileira, a diferença mais significativa estava vinculada à S-CON ($\chi^2=20,00$). Ou seja, para os pacientes, a probabilidade de que esta diferença tenha sido obtida por acaso é menor do que todas as outras constelações, contrastando estes dois grupos. Isto oferece uma maior segurança de que a diferença nas proporções encontradas traduzem uma diferença real das amostras, fator que reforça a utilidade da aplicação da S-CON no Brasil já que é possível verificar o aumento de casos positivos nesta escala entre os pacientes contrastados com a amostra brasileira.

A Tabela 19 a seguir destaca a proporção de casos positivos e correlações da S-CON (como critério e como escala) para cada uma das demais constelações, aqui considerando os participantes avaliados neste estudo.

Tabela 19. Frequência de Casos Positivos para os Diversos Índices Especiais dentre Pacientes em Risco de Suicídio e Correlações desses Índices com a S-CON

Índices Especiais	Frequência	Porcentagem	Correlação com S-CON soma	Correlação com S-CON positivo
DEPI	17	42,5%	0,28	0,38*
PTI	11	27,5%	0,30	0,25
CDI	11	27,5%	-0,13	-0,13

HVI	5	12,5%	-0,06	-0,06
-----	---	-------	-------	-------

* $p < 0,05$

Os dados encontrados na Tabela 19 mostram que o número de casos com DEPI positivo dentre os pacientes avaliados nesta pesquisa surge com uma proporção bastante expressiva e muito acima das ocorrências de S-CON positivo. Ademais, o valor da correlação de Pearson entre estes critérios é igual a 0,38 ($p < 0,05$), demarcando a existência de uma correlação moderada, mas importante, entre elas. Neste caso, é possível afirmar que grande parte dos sujeitos de risco está em condições que indicam uma probabilidade diagnóstica acerca de um transtorno de humor, como a depressão. Este tipo de transtorno é destacado na literatura como a enfermidade mais amplamente associada com casos de suicídio (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Freitas, Botega & Rapeli, 2004) e, apesar da DEPI não ter sido construída com a finalidade de detectar riscos de tal ordem, aqui se tem uma mostra da relevância que os traços associados aos quadros depressivos assumem sobre a ideação e impulsos suicidas. Cabe mencionar ainda que, considerando a homogeneidade do grupo avaliado, todos pacientes psiquiátricos em situação grave de risco de suicídio, a correlação tende a ser menor já que esta é influenciada pelas características similares dos participantes componentes da amostra. Provavelmente, uma amostra generalizada de pacientes psiquiátricos, mais heterogênea, determinaria um aumento na correlação já que a maior variabilidade dos dados favorece este tipo de ocorrência.

O PTI e o CDI também tiveram ocorrências positivas em número maior do que as de S-CON, mas não foram encontradas diferenças significativas na correlação entre estas constelações e a S-CON soma ou a S-CON positiva. Do mesmo modo ocorreu com o HVI, com frequência de casos positivos menor que o verificado na S-CON e esta resultando na

ausência de correlação significativa entre ambos estes índices especiais. Apesar desses achados que não permitem afirmar a existência de uma ligação entre o risco de suicídio grave e as formas inadaptadas de conduta avaliadas através do PTI, CDI e HVI, do ponto de vista clínico, não se deve desconsiderar que os casos positivos encontrados nestas constelações apontam dificuldades marcantes para estes sujeitos em particular, com uma combinação de quadros de desorganização (dados especificamente a partir da interpretação da constelação positiva) e pelo critério de seleção destes participantes, ou seja, a existência de risco de suicídio. Assim, para 11 sujeitos com PTI positivo, 11 sujeitos com CDI positivo e cinco sujeitos com HVI positivo (um total de 24 sujeitos, 60 % da amostra, a partir da consideração de que alguns destes indivíduos têm mais de uma constelação positiva) tem-se um quadro que exige muita atenção e cautela, visto que há traços de um funcionamento desequilibrado, que reúne relevantes condições de desajuste e ainda componentes associados ao risco de suicídio grave.

Esta etapa de análise compreende o esforço por entender a organização da S-CON para um grupo de pacientes em risco de suicídio em um contexto geográfico e cultural diverso do norte-americano, amostra segundo a qual esta constelação foi construída. Estes resultados indicam o potencial diagnóstico de algumas das assertivas desta constelação no reconhecimento de configurações patológicas de risco, traduzindo, deste modo, problemas relevantes na organização e equilíbrio psíquico dos pacientes avaliados. A S-CON parece demonstrar a existência de traços preocupantes, que exigem atenção e cuidado, principalmente porque estes se somam e se configuram em estruturas e dinâmicas de personalidade pouco ajustadas e eficientes, determinantes de problemas extensivos e de uma restrita capacidade de recuperação. Isto indica o valor da continuidade de esforços em direção à validação da S-CON em amostras brasileiras de pacientes.

Capítulo IV

Conclusão

O estudo e as intervenções sobre o suicídio são tarefas complexas, estruturadas sob a compreensão de que são inúmeras as razões pelas quais uma pessoa pode intentar se matar e que estas mesmas razões se manifestam de modos diferentes em cada indivíduo, com gradações também desiguais. Entende, portanto, que as experiências, sentimentos, impulsos e determinações que caracterizam as pessoas em condições de risco de suicídio são organizados de modo bastante amplo, sendo que todo esforço científico sobre este tema envolve dificuldades importantes, com problemas que alcançam desde os esforços conceituais até a efetiva prática clínica. O presente estudo reconhece essas dificuldades e também foi estruturado a partir desse entendimento acerca da diversidade de características que estes sujeitos possuem. Ainda assim, entende que através da avaliação psicológica com o Método de Rorschach é possível reunir alguns dos traços comuns de personalidade e funcionamento destas pessoas, um esforço útil nas intervenções clínicas e que busca estabelecer um foco em meio às discrepâncias mencionadas. Trata-se, portanto, de uma iniciativa em busca de oferecer aos profissionais de saúde mental uma organização acerca das peculiaridades destes sujeitos no Método de Rorschach, um esforço descritivo, sem objetivo de validar a técnica ou qualquer uma de suas variáveis, e que finalmente determina a importância do clínico em transformar o alcançado em efetivo exercício de intervenção.

É possível afirmar, então, que a avaliação de pacientes em risco de suicídio com o Método de Rorschach ofereceu informações importantes sobre esse grupo, indicando, principalmente, quadros patológicos. Foi observado que estas pessoas apresentam disfunções generalizadas, que perpassam e degradam toda a sua vida psicológica. Há dificuldades evidentes e que alcançam todos os sujeitos avaliados quando se fala acerca das capacidades de

manejo, controle e tolerância ao estresse. Neste caso, os indivíduos em risco mostram um comprometimento relativo ao estilo usual de enfrentamento das adversidades cotidianas e apresentam recursos de baixa qualidade para lidar com este contexto. Também são frequentes os estímulos provocadores de tensão e há sinais de um estresse situacional cujo impacto se volta especialmente para a organização emocional. É possível perceber, deste modo, elevadas condições de sobrecarga, com limitadas possibilidades destes sujeitos encontrarem soluções eficientes para a recuperação do equilíbrio psíquico. A combinação desses elementos usualmente é determinante no desenvolvimento de sensações de desconforto psicológico contínuo. Estes fatores todos são características importantes quando se considera a existência de risco de suicídio, já que estas pessoas se mostram em uma situação preocupante, na qual se elevam os níveis de tensão e há uma restrição das capacidades individuais para modificarem este quadro. É indicada, então, a intervenção de serviços de apoio psicológico e estes devem trabalhar com o paciente na reflexão acerca de estratégias para lidar com o estresse e com a carga psicológica que este representa. Além disso, o exercício clínico de longo prazo pode prestar apoio ao paciente na modificação de outras importantes condições de desajuste, como sob traços de inflexibilidade e rigidez ou mesmo na alteração de estilos de enfrentamento cotidiano que se destacam menos eficientes. Esta intervenção é imperativa visto que os problemas de controle são fatores importantes na configuração suicida e, como elementos de risco significativos, devem ser manejados com atenção e cautela, visando contenção dos impulsos e o manejo de contextos adversos de crise que podem se mostrar mais destacados.

No plano cognitivo, as dificuldades alcançam desde a coleta de informações, passando pela tradução dos estímulos, até a conceitualização desses dados. No primeiro caso, as disfunções são menores e há um funcionamento bastante similar ou mesmo mais elaborado do que os demais grupos com os quais os pacientes foram comparados. Apesar disso, notam-se

traços defensivos que afastam os sujeitos de suas tarefas, implicando em menos motivação e criatividade, com um gasto energético não maior que o necessário e menor envolvimento nas atividades propostas. Aqui, as intervenções psicológicas podem se mostrar bastante úteis sob a iniciativa de buscar um maior envolvimento dos sujeitos com suas tarefas, determinando formas mais criativas e interativas entre estes, seu meio e seus produtos. Para tal, é preciso, anteriormente, deterem-se sobre as inúmeras estratégias defensivas verificadas, estas uma forma de afastamento e evitação do contato.

No segundo caso, os problemas referentes à tradução dos estímulos são mais evidentes: há uma lógica e percepção do meio baseadas em critérios mais subjetivos, sendo que estas são, eventualmente, pautadas por distorções. Assim, o contato com a realidade pode ser prejudicado, tornando complicada a comunicação entre o indivíduo e seu meio, fator que implica em riscos amplos e generalizados sobre todas as demais áreas de configuração psicológica. Esta é uma configuração de risco, mas sobre a qual as intervenções psicoterapêuticas usualmente não são capazes de um manejo direto. Ainda assim, sabe-se que a modificação de dificuldades outras, como a existência de fortes sentimentos de raiva e negativismo, podem permitir uma alteração nas formas de perceber o mundo, sendo determinantes de uma melhora na capacidade de acurada percepção da realidade.

Acerca da conceitualização dos estímulos, os problemas são vinculados ao uso maciço de estratégias defensivas para mediar os contatos ou o manejo de situações estressantes, características de inflexibilidade, pensamentos impregnados por pessimismo e negatividade, além de expressivas distorções ideacionais, estas últimas determinantes de importantes equívocos conceituais. Estes traços são importantes e devem ser observados com cuidado quando se avalia o risco de suicídio, visto que estão usualmente associados com quadros depressivos ou, senão, com vivências de desesperança. O apoio psicológico deve observar

estas vivências e oferecer novas alternativas, possibilidades e formas de encarar a vida, mas antes, é essencial trabalhar sobre a rigidez, que impede a reflexão sobre essas novidades, e ainda sobre as estratégias defensivas, estruturadas para evitar confronto com o meio, situações adversas e com os próprios sentimentos.

No plano afetivo, nota-se grande desorganização, elemento de risco determinado pela existência de emoções invasivas, descontroladas e que implicam em formas impulsivas de resposta. Há problemas também por conta da existência de estímulos irritativos, constrição afetiva e um esforço evitativo acerca do contato com os sentimentos. É importante destacar que uma parcela considerável dos sujeitos avaliados apresenta ainda um funcionamento cujas características possui íntima associação com a existência de um transtorno de humor, condição diagnóstica usualmente associada com o risco de suicídio imediato. Vale lembrar que, anteriormente foram mencionadas a existência de estresse situacional cujo impacto é maior sobre a organização emocional e, ainda, um esforço defensivo acerca da interação com o meio, as pessoas e as tarefas, estas como formas de evitar a mobilização emocional que tais elementos normalmente suscitam. As referidas condições de desorganização afetiva somam-se em fatores de risco importantes, visto que a presença permanente de sentimentos intensos e desconfortáveis demonstra que há pouco contato com vivências prazerosas e são mais nítidos os aspectos disfóricos ou a dificuldade de modulação das emoções. Sob estes apontamentos, o apoio psicológico é capaz de definir formas mais espontâneas e adequadas de expressão emocional, minimizando quadros de descontrole ou de hipercontrole afetivo. Percebe-se que as dificuldades de reconhecimento e expressão afetiva podem implicar em problemas mais amplos, determinando posturas defensivas ou sobrecarga de estresse, e tais fatores podem ser evitados ou mesmo, minimizados, diante de um trabalho psicológico sistemático.

A autopercepção se mostra impregnada por uma baixa valoração pessoal, sentimentos negativos e pessimistas em relação à própria adequação e evitação das tarefas introspectivas, já que não parece haver prazer em realizá-las. Estas condições usualmente tornam os sujeitos mais vulneráveis e são determinantes no incremento de traços depressivos. Acerca da percepção interpessoal, nota-se que os pacientes em risco formaram impressões pouco adaptadas sobre as interações, entendendo-as como permeadas por agressividade e posicionando-se de modo hostil ou desconfiado, com poucas expectativas positivas em relação aos contatos. Desta forma, há dificuldades e distorções na formação da própria identidade, na construção da auto-imagem e na adequada interpretação acerca dos gestos, necessidades e expectativas dos demais. Aqui, os riscos se baseiam nas condições de negligência pessoal, na disforia associada à autopercepção, nas dificuldades de autoconhecimento e de formação de uma concepção realística acerca do próprio funcionamento e características. Todas essas condições, por sua vez, determinam um receio em estar no mundo e em interagir, sendo que os demais, de modo distorcido, parecem invasivos, desestruturantes e hostis, aumentando sensações de vulnerabilidade e determinando um esforço evitativo acerca das interações. O curso da terapia, neste ponto, permite que tais padrões sejam modificados, visto que, apesar das dificuldades de uma concepção ajustada do próprio ser, o processo exige um esforço de autoconhecimento e procura por formas realísticas de fazê-lo. Além disso, a terapia é capaz de acessar as distorções usuais das relações significativas da pessoa, isto através do que se apresenta em seu próprio curso, e neste caso, pode funcionar como modelo, confrontando no aqui e agora as distorções verificadas. Mais do que isso, o trabalho de intervenção psicológica também é útil por propiciar um ambiente de confiança, de suporte e acolhimento, ou seja, uma condição que se opõe ao modo pelo qual estes sujeitos normalmente interpretam as relações e que podem ser também elementos de confronto entre este e a realidade.

De modo geral, como verificado, todos esses problemas e desajustes da organização psicológica dos pacientes avaliados apontam para condições de risco em uma proporção expressiva. Tratam-se de fatores estruturais e dinâmicos, que atuando de modo conjunto, implicam em condições menos adaptadas de sobrevivência e em menores condições para a resolução de problemas. Estes fatores tornam evidentes as dificuldades e limitações próprias a este grupo de sujeitos e preocupam por evidenciar a extensão destes prejuízos. Faz-se essencial, portanto, a partir dessas constatações, a existência de intervenções especializadas e interessadas no oferecimento de proteção e apoio. São quadros difíceis e complexos, que exigem uma intervenção clínica emergencial, atenta a esta realidade e que seja capaz de manejar as experiências de crise conforme indicado, trabalhando para garantir a segurança das pessoas e a promoção de saúde através da contenção de impulsos e também pela atuação voltada à modificação de padrões de pensamentos negativos e inflexíveis.

É importante reconhecer ainda que a construção desta pesquisa envolveu importantes limitações metodológicas que merecem atenção e o primeiro problema a ser mencionado envolve as dificuldades conceituais próprias à maior parte dos estudos acerca do suicídio, que trazem divergências na definição de suicídio, risco de suicídio e ideação suicida. Estas divergências conceituais provocam um impacto na operacionalização dos critérios de seleção da amostra que, aliado a outras características da instituição, podem impactar os resultados obtidos. Trata-se de uma tarefa complicada dados os inúmeros fatores que influenciam este tema e a representação diversificada que o suicídio tem para cada pessoa, seja pesquisador ou não. Deste modo, é usual que imprecisões e incoerências sejam observadas na comparação entre estas pesquisas, visto que, muitas vezes, valem-se de concepções diferenciadas acerca de um mesmo objeto de estudo. No caso, as definições aqui trazidas e apresentadas na parte introdutória, foram organizadas a partir de reflexões sobre a literatura que se mostravam

condizentes à realidade do que foi encontrado na instituição de desenvolvimento deste trabalho.

Além disso, deve-se reconhecer o impacto que as questões sociodemográficas podem exercer sobre as condições psicológicas dadas a partir da avaliação com o Método de Rorschach. É importante ter claro que o superior número de mulheres avaliadas pode influenciar nas configurações apresentadas e interferir na organização dos traços conforme estes foram apontados. No caso, a amostra foi organizada deste modo pela dificuldade de acesso aos pacientes do sexo masculino, usualmente reticentes à demonstração aberta de seus sentimentos e à procura de ajuda. A construção da amostra também foi dificultada por um baixo número de pessoas interessadas em participar da avaliação e pelas faltas constantes dos pacientes, sendo que estas podem ser justificadas com base nas dificuldades que estes sujeitos possuem para engajarem-se em tratamentos, seja pela dificuldade financeira de irem à avaliação, pela dificuldade de aceitarem as intervenções de terceiros ou ainda pela usual desesperança que manifestam acerca desses contatos. Estas mesmas condições inibiram ainda a idéia de organização de um grupo de controle, sendo que todos os esforços da coleta de dados foram, então, voltados para a construção de um grupo sob os critérios de risco buscados.

Assim, com a ausência de um grupo de controle, foram utilizadas as amostras de padronização normativa brasileira e norte-americana para comparação dos dados encontrados dentre os pacientes em risco. Como resultado, surgiram importantes questionamentos. Sobre o assunto, é notório que, para inúmeras variáveis, há um funcionamento menos adaptado do grupo brasileiro em relação aos norte-americanos do que entre o grupo em situação de risco e estes últimos. Aliás, também há condições em que os sujeitos da amostra brasileira se mostram menos organizados que os pacientes em risco. Neste caso, torna-se complicado entender que a amostra brasileira corresponde a um padrão de normalidade que possa ser generalizado para a

população brasileira como um todo, já que seus índices parecem, em inúmeras ocasiões, menos ajustados que o de pacientes em risco avaliados em uma unidade psiquiátrica e com traços psicopatológicos extensivamente demarcados. Paire, portanto, um questionamento acerca da comparação entre os grupos que deverá recair sobre a caracterização da amostra brasileira, sobre a qualidade dos dados ou sobre o conceito de normalidade e cultura.

No primeiro caso, a indagação remonta à constituição da amostra avaliada para a construção dos dados normativos nacionais. Todo pesquisador envolvido com o Método de Rorschach reconhece os enormes desafios que a pesquisa com este método impõe. Esta é uma técnica que exige alto nível de treinamento para sua aplicação e codificação e ainda requer considerável dispêndio de tempo e recursos. Disso deriva toda uma série de dificuldades. Uma delas refere-se à representatividade de uma amostra relativo à sua população. Em nossa análise, poderíamos nos beneficiar de maior clareza acerca dos dados demográficos. Por exemplo, pode-se levantar a hipótese de que parte das profundas diferenças entre as amostras brasileiras e norte-americana deve-se a diferentes níveis educacionais. Por mais cuidadosa que seja uma amostra, além da consideração da grande diversidade do povo brasileiro, fica a questão da adequação da comparação das amostras nacionais a outras amostras internacionais. Tais comparações só são possíveis se for garantido que o processo de coleta de dados ocorreu de forma absolutamente intercambiável. Por sua vez, em condições que se possa ter prejuízos na coleta ou classificação dos dados, com aplicações realizadas em precárias condições ambientais ou ainda pela participação de examinadores pouco treinados no uso e análise do instrumento, a comparação entre as amostras brasileiras e norte-americana passam a revelar diferenças de procedimentos mais do que diferenças reais ou culturais. Finalmente, considerando adequados a representatividade da amostra e o procedimento de coleta de dados, faz-se necessária a reflexão acerca do conceito de normalidade e de sua relação com a cultura.

Para a compreensão acerca do conceito de normalidade no Método de Rorschach, em primeiro lugar, há o entendimento de que este se baseia nas frequências e médias dos indicadores referentes à maioria dos sujeitos, o que implicaria em alterações formais da teoria original do Sistema Compreensivo, com modificações de critério e, portanto, no modo como se interpreta variáveis como, por exemplo, $X+\%$, Lambda e SumT, entre outras. Por outro lado, o conceito de normalidade utilizado para a construção de parâmetros normativos nacionais também pode ser formado a partir das concepções de ajustamento, adequada organização psicológica e eficiência funcional, não necessariamente associado ao que se verifica na maior parte de uma população. Estas todas são indagações necessárias e que, não respondidas, dificultam a adequação das pesquisas que utilizam o Sistema Compreensivo no Brasil e a compreensão das informações conseguidas.

A construção da amostra de normatização nacional representou um grande avanço no estudo do Método de Rorschach no Brasil. Ainda assim, estes questionamentos são importantes, devem ser objetivamente considerados por todos os pesquisadores brasileiros que se utilizam do Sistema Compreensivo como parte da continuidade dos esforços em busca de incrementar os dados de normatização no Brasil. Tamanho o desafio e as dificuldades de organização deste tipo de proposta, o desenvolvimento deste Método convida a participação de todos.

Sobre os cálculos estatísticos é importante ter claro que Exner (2003) ressalta que alguns dos valores dispostos em sua tabela normativa (referentes, portanto, à amostra norte-americana) podem diminuir a possibilidade de construção de análises paramétricas válidas. Estes dados em geral possuem frequências muito baixas das quais resultam desvios padrões instáveis, o que pode invalidar estas análises paramétricas. Este problema também se aplica aos dados de variáveis de baixa frequência nas amostras brasileiras. Ainda assim, estes dados

foram utilizados na comparação com os pacientes em risco de suicídio e a amostra brasileira. Resulta disso que as diferenças encontradas em tais casos podem não ser reproduzíveis em outras amostras.

Enfim, a tarefa de construção deste trabalho e as experiências particulares que ele propiciou permitem reconhecer que o empreendido e o construído constituíram-se juntos em um importante material de suporte à avaliação de pacientes em risco e ao exercício de intervenção clínica. Infelizmente, toda pesquisa é limitada e dado o recorte do presente estudo, não foi possível um aprofundamento do contato com os pacientes e um acesso mais íntimo às suas vivências e dor, bem como não foi possível verificar na prática clínica efetiva o modo como os dados aqui apontados se apresentam em condutas e experiências particulares destes indivíduos. Tais intentos devem ser considerados por novos empreendimentos e novas pesquisas são essenciais no esforço por se conhecer mais sobre a associação entre o suicídio e os diferentes transtornos mentais que existem, sobre a ampla cadeia de eventos que culminam em um suicídio, pela exploração dos vários determinantes de tal fenômeno e ainda por outras investigações acerca da diversidade das organizações de personalidade desses pacientes. Estes todos são caminhos que se tem para desenvolver formas de prestar ajuda especializada e buscar reverter, ou mesmo modificar, as condições que implicam em impulsos autodestrutivos.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J. B., & Fernandes, C. A. (2006) Depressão e suicídio na adolescência. Em N. Abreu e Silva Neto e D. M. Amparo (Orgs.), *Métodos Projetivos: instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura* (pp. 441-446). Brasília: ASBRo.
- Amaral, A. E. V., Silva Neto, A. C. P., & Nascimento, R. S. G. F. (2003). *O Método de Rorschach no Sistema Compreensivo. Notas sobre estudos brasileiros – 1*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Arzeno, M. E. G. (1991). *Psicodiagnóstico Clínico – novas contribuições*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bishop, J, Martin, A., Constanza, S., & Lane, R. C. (2000) Suicide Signs on the Rorschach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30 (3), p. 289-305.
- Blatt, S. J., & Ritzler, B. A. (1974). Suicide and the Representation of Transparency and Cross-Sections on the Rorschach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (2), pp. 280-287.
- Botega, N. J., Rapeli, C. B., & Freitas, G. V. S. (2004). Perspectiva Psiquiátrica. Em B. G. Werlang e N. J. Botega (orgs.), *Comportamento Suicida*, p. 107-121. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Campos, V. R. (2006). O Suicídio no Etilismo. Em H. Corrêa e S. P. Barrero (orgs.), *Suicídio: uma morte evitável* (pp. 135-143). São Paulo: Atheneu.
- Coelho, L. M. S. (1975). *Epilepsia e Personalidade*. São Paulo: Ática.
- 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.
- Durkheim, E. (1897/1977). Introdução. In: Durkheim, E. *O Suicídio. Estudo de Sociologia*. (L. Cary; J. V. Esteves, Trad.). Portugal-Brasil: Presença-Martins Fontes, p. 07-23.
- Exner, J. E. (1986). *The Rorschach: a comprehensive system. Basic Foundations and Principles of Interpretation*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Exner, J. E. (1999). *Manual de Classificação 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.
- 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 Resources, Inc.
- Exner, J. E. (2005). *The Rorschach: a comprehensive system. Advanced Interpretation*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Fremouw, W. J., Perzel, M., & Ellis, T. E. (1990). *Suicide Risk: assessment and response guidelines*. Nova York: Pergamon Press.
- Fowler, J. C., Piers, C., Hilsenroth, M. J., Holdwick, D. J., & Padawer, J. R. (2001). The Rorschach Suicide Constellation: Assessing Various Degrees of Lethality. *Journal of Personality Assessment*, 76 (2), pp. 333-351.
- Huprich, S. K., & Ganellen, R. J. (2006). The advantages of assessing personality disorders with the Rorschach. Em S. K. Huprich (Org.), *Rorschach Assessment of the Personality Disorders* (pp. 27-53). Mahwah: LEA.
- Lester G., & Lester, D. (1971). *Suicide: the gamble with death*. Nova Jersey: Prentice-Hall.
- 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), pp. 87-97.
- Noronha, A. P. P., Vendramini, C. M. M., Canguçu, C., Souza, C. V. R., Cobêro, C., Paula, L. M., et. al. (2003). Propriedades Psicométricas Apresentadas em Manuais de Testes de Inteligência. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), pp. 93-99.
- Ocampo, M. L., & Arzeno, M. E. G. (1981). O Processo Psicodiagnóstico. Em M. L. Ocampo (org.), *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*, p. 13-19. São Paulo: Martins Fontes.
- Organização Mundial de Saúde (2000a). *Preventing Suicide: a resource for teachers and other school staff*. Acesso em 29 de Fevereiro, 2008, em http://www.who.int/mental_health/media/en/62.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2000b). *Prevenindo o Suicídio: manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS.

- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtorno mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), pp. 146-154.
- Santos, S. C. G., & Vaz, C. E. (2006). Indicativos de ideação suicida na técnica de Rorschach. Em N. Abreu e Silva Neto e D. M. Amparo (Orgs)., *Métodos Projetivos: instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura* (pp. 392-400). Brasília: ASBRo.
- Silva, V. P., & Boemer, M. R. (2004). O suicídio e seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2). Acesso em 15 de Março, 2007, em <http://www.fen.ufg.br/>
- Tavares, M. (2005). Prevenção: riscos e identificação precoce. *Ciência e Profissão – Diálogos*, 3, pp. 51-53.
- Turecki, G. (1999). O Suicídio e sua Relação com o Comportamento Impulsivo-Agressivo. Em *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2 (21).
- Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach: teoria e desempenho*. São Paulo: Manole.
- Volpe, F. M., Corrêa, H., & Barrero, S. P. (2006). Epidemiologia do suicídio. Em H. Corrêa e S. P. Barrero (orgs.), *Suicídio: uma morte evitável* (pp. 11-27). São Paulo: Atheneu.
- Yazigi, L., & Silva, J. F. R. (2004) Rorschach, psicoterapia e suicídio: estudo de um processo de quatro anos em serviço público universitário. Em C. E. Vaz e R. L. Graeff (Orgs)., *Técnicas Projetivas: produtividade em pesquisa* (pp. 182-184). Brasília: ASBRo.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da Interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anexos

Anexo A. Modelo de Contato Telefônico

MODELO DE CONTATO TELEFÔNICO

Bom dia (boa tarde/ boa noite)! Com quem eu falo? Por favor, gostaria de falar com o(a) Sr(a) _____ (nome do paciente). Olá, sr(a). _____ (nome do paciente)! Meu nome é _____ (nome do pesquisador), sou pesquisador(a) no Hospital São Vicente de Paula onde tive acesso ao número do seu telefone. O(a) Sr(a) está ocupado no momento ou pode me ouvir? *(Se disser que está ocupado, solicite um horário melhor para ligá-lo(a)).*

Então, Sr(a) _____ (nome do paciente), eu estou vinculado a um estudo realizado em parceria entre o Hospital São Vicente de Paula e a Universidade de Brasília e fiquei responsável pela avaliação psicológica de alguns pacientes. Meu interesse é de utilizar esse material em uma pesquisa que busca entender e ajudar pessoas com algum tipo de dificuldade psicológica. No seu caso, os resultados podem ajudar no tratamento, pois será construído um relatório que será anexado ao seu prontuário. O estudo envolve a participação em algumas atividades, com uma duração de aproximadamente três horas. Assim, estou ligando para o(a) sr(a) em busca de verificar se podemos agendar uma data para a realização deste exame, se o(a) sr(a) pode me auxiliar neste trabalho. É possível para o(a) Sr(a)? *(Caso o paciente se recuse, questione “o(a) sr(a) já participou de alguma pesquisa antes?”, “quais os motivos pelos quais o(a) sr(a) não deseja participar?”, “tem alguma dúvida?”).*

Então, o dia _____ (dia do mês e o mês), _____ (dia da semana), às _____ (horário) horas, é bom para o(a) sr(a)? *(Oferecer outras opções caso este não seja um bom horário ou informar que uma outra pessoa irá contatá-lo com novas opções de horário).* Certo, sr(a) _____ (nome do paciente), muito obrigado(a). Está marcado então. O(a) sr(a) pode me aguardar nessa data, na recepção do Hospital São Vicente de Paula. Quero pedir que anote: meu nome é _____ (nome do pesquisador) e temos um encontro marcado para o dia _____ (dia do mês e o mês), _____

(dia da semana), às _____ (horário) horas. Certo? Alguma dúvida? Então, bom dia (boa tarde/ boa noite) e obrigado(a) mais uma vez.

Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que tem como objetivo levantar dados sobre algumas características psicológicas, experiências de vida e risco de suicídio. Este estudo envolve a participação em uma entrevista e em atividades de avaliação psicológica com a duração aproximada de três horas. Sua participação é voluntária e você pode desistir a qualquer momento.

Existe a possibilidade de que a reflexão sobre os aspectos abordados pelas atividades cause algum desconforto, porém esta avaliação permitirá conhecer características psicológicas e condições de vida importantes para a construção de modelos de tratamento que beneficiem pessoas que procuram ajuda, como você. Para isso, será necessário fazer algumas anotações e registro eletrônico (gravação em áudio) do nosso encontro.

Seus dados e informações pessoais serão descaracterizadas ao máximo, objetivando 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).

Os pesquisadores se comprometem a estar disponíveis para responder perguntas, esclarecer dúvidas, oferecendo apoio e encaminhamento quando necessário e comunicar as conclusões desse estudo. Os resultados dessa avaliação poderão ser utilizados no seu tratamento. Após a análise dos dados pelo Laboratório de Saúde Mental e Cultura do Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, os resultados serão encaminhados para o Hospital São Vicente de Paula que convocará os participantes dessa pesquisa para fornecer seus resultados pessoais.

Informo que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____.

Assinatura do(a) participante

Marcelo Tavares
Instituto de Psicologia/UnB

Liliane Domingos Martins
Psicóloga – CRP 09/4555

Ana Cristina Sanchotene
Hospital São Vicente de Paula

Mestranda UnB – Matrícula 07/16073 Secretaria de Saúde

Anexo C. Questionário Sociodemográfico

Dados Demográficos: Nos itens deste questionário, marque a opção que melhor descreva a resposta do paciente e preencha os espaços com anotações que sintetizem sua fala.

Código: _____

Data: ___/___/_____

1. Mês e Ano do Nascimento: ___/_____. 2. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

3. Idade: ___ anos. 4. Religião (especifique): _____

5. Estado Civil: 1 Solteiro (a) 3 Vivendo com companheira (o) 5 Viúvo (a)2 Casado (a) 4 Separado (a) ou divorciado (a)

6. Natural de: _____ 7. UF: ___

8. Escolaridade: 1 1º grau incompleto 4 2º grau completo 7 Sem instrução formal2 1º grau completo 5 Superior incompleto 8 Não sei3 2º grau incompleto 6 Superior completo9. Renda familiar: 1 Sem renda 5 De R\$ 1080,01 até R\$ 1440,002 Menos de R\$ 360,00 6 De R\$ 1440,01 até R\$ 1800,003 De R\$ 360,01 até R\$ 720,00 7 Acima de R\$ 1800,014 De R\$ 720,01 até 1080,00 8 Não sei

10. Quantas pessoas moram na casa em que você mora, incluído você? _____ pessoas.

11. Quantos filhos você tem (incluindo adotivos)? _____ filhos.

12. Você já perdeu alguma pessoa significativa? 1 Não 2 Sim Quem? _____13. Passou por alguma perda recente (até 1 ano)? 1 Não 2 Sim

14. Qual é sua situação atual de trabalho (apenas uma resposta que descreva a principal ocupação)?

1 Tempo integral (incluindo autônomo) 6 Aposentado2 Meio expediente (incluindo autônomo) 7 Desempregado3 Empregado em licença saúde 8 Trabalho não remunerado (ex.: dona de casa)4 Trabalho temporário 9 Outros5 Morando com os pais

15. Durante o último ano você ficou desempregado alguma vez? (procurava trabalho sem encontrar um)

 Não 2 Sim, menos de um mês 3 Sim, mais de 1 mês. Quantos? _____16. Você faz uso de bebida alcoólica? 1 Nunca usei 2 Não uso mais 3 Raramente (a cada 4 ou mais meses)4 Às vezes (a cada 2 ou 3 meses) 5 Frequentemente (1 a 2 vezes ao mês) 6 Sempre (mais de 2 vezes ao mês)17. Você faz uso de drogas? 1 Nunca usei 2 Não uso mais 3 Raramente (a cada 4 ou mais meses) 4 Às vezes (acada 2 ou 3 meses) 5 Frequentemente (1 a 2 vezes ao mês) 6 Sempre (mais de 2 vezes ao mês)18. Alguma vez na vida você já se consultou com psicólogo? 1 Sim 2 Não19. Alguma vez na vida você já se consultou com psiquiatra? 1 Sim 2 Não20. Durante o último mês, você usou algum psicofármaco? 1 Sim 2 Não

21. Você está fazendo algum tratamento psicológico ou psiquiátrico atualmente? ¹ Sim ² Não
22. Você está passando ou passou no último ano, por períodos prolongados, por algum tipo de problema emocional que o impediram de cumprir suas obrigações? (Ex.: medo de lugares, ansiedade para sair de casa, medo excessivo das pessoas, depressão, sensação de ser perseguido). ¹ Sim ² Não
23. Quantas vezes você foi internado em um hospital psiquiátrico, clínica psiquiátrica ou enfermaria psiquiátrica de um hospital geral? ¹ Nunca ² Uma vez ³ 2 ou 3 vezes ⁴ 4 vezes ou mais

Muitas pessoas passam por experiências traumáticas que afetam suas vidas. As próximas questões vão verificar se você já teve alguma experiência assim. Se já aconteceu, marque “Sim”. Se nunca passou, marque “Não”.

24. Você já sofreu perseguição, preconceito ou violência por algum dos motivos abaixo?
- Pela sua raça? ¹ Sim ² Não
- Pela sua crença religiosa? ¹ Sim ² Não
- Pela sua posição política? ¹ Sim ² Não
- Por uma deficiência física ou problema de saúde? ¹ Sim ² Não
- Por sua orientação sexual? ¹ Sim ² Não
25. Você já sofreu ameaça de abuso físico ou sexual? ¹ Sim ² Não
26. Você já sofreu abuso físico ou sexual? ¹ Sim ² Não
27. Você já sofreu abuso emocional (humilhação, pressão, manipulação)? ¹ Sim ² Não
28. Você já sofreu agressão física tão violenta que teve de consultar médico? ¹ Sim ² Não
29. Você foi vítima de desastres, acidentes, assaltos, seqüestro que afetasse suas condições de viver como antes?
¹ Sim ² Não
30. Você já sofreu algum tipo de tortura (física ou emocional)? ¹ Sim ² Não

A seguir temos uma lista de problemas que as pessoas às vezes têm. Se você teve algum desses problemas durante o último ano, especifique há quanto tempo atrás.

31. Problemas com o(a) parceiro(a) (brigas, infidelidade, separação, álcool ou morte). ____ meses
32. Problemas com sua família (pai, mãe, irmãos, outros). ____ meses.
33. Problemas com o trabalho ou estudos (insatisfação, desemprego, reprovação, conflitos). ____ meses
34. Problema de saúde ou doença física séria. ____ meses.

Anexo D. Estatísticas Descritivas dos 40 Pacientes em Risco de Suicídio

Variável	Média	DP	Min	Max	Frequência	Mediana	Moda
Idade	31.70	7.96	19.00	51.00	40	30.00	27.00
R	21.38	7.22	14.00	49.00	40	18.00	18.00
W	6.55	3.48	0.00	16.00	39	6.00	---
D	8.38	4.15	3.00	19.00	40	7.50	9.00
Dd	6.45	4.30	0.00	20.00	39	6.00	6.00
S	1.63	1.59	0.00	7.00	29	1.00	0.50
DQ+	6.48	3.85	1.00	18.00	40	7.00	8.00
DQo	14.00	5.66	4.00	30.00	40	13.00	13.00
DQv	0.70	0.95	0.00	5.00	20	0.50	0.00
DQv/+	0.20	0.51	0.00	2.00	6	0.00	0.00
FQx+	0.10	0.30	0.00	1.00	4	0.00	0.00
FQxo	8.13	3.28	1.00	17.00	40	8.00	8.00
FQxu	5.90	3.05	1.00	16.00	40	5.00	5.00
FQx-	6.75	3.79	1.00	22.00	40	7.00	7.00
FQx_none	0.50	1.18	0.00	7.00	12	0.00	0.00
MQual +	0.05	0.22	0.00	1.00	2	0.00	0.00
MQual o	1.53	1.34	0.00	4.00	27	1.50	0.00
MQual u	0.78	1.15	0.00	4.00	16	0.00	0.00
MQual -	1.25	1.64	0.00	8.00	26	1.00	1.00
MQual none	0.15	0.79	0.00	5.00	2	0.00	0.00
S-	0.58	0.86	0.00	4.00	16	0.00	0.00
M	3.75	3.21	0.00	16.00	35	3.00	1.50
FM	3.33	3.23	0.00	12.00	32	2.00	0.00
m	1.58	1.66	0.00	6.00	26	1.00	0.00
FM + m	4.90	4.00	0.00	18.00	37	4.00	5.00
FC	1.38	1.32	0.00	5.00	25	1.00	0.00
CF	1.68	1.46	0.00	5.00	28	2.00	0.00
C	0.48	1.12	0.00	6.00	10	0.00	0.00
Cn	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
FC + CF + C + Cn	3.53	2.36	0.00	7.00	35	3.00	3.00
WSum C	3.08	2.37	0.00	10.00	35	2.75	---
Sum C'	1.53	1.47	0.00	6.00	30	1.00	1.00
Sum T	0.28	0.59	0.00	2.00	8	0.00	0.00
Sum V	0.15	0.36	0.00	1.00	6	0.00	0.00
Sum Y	2.65	3.16	0.00	17.00	34	1.50	1.00
Sum Shading	4.60	3.94	0.00	22.00	39	4.00	4.00
Fr + rF	0.13	0.51	0.00	3.00	3	0.00	0.00
FD	0.68	1.08	0.00	4.00	16	0.00	0.00
F	9.03	4.13	2.00	19.00	40	9.00	---
Par	7.68	4.56	1.00	20.00	40	7.00	---
3r+(2)/R	0.36	0.15	0.06	0.60	40	0.33	0.50
Lambda	1.23	2.30	0.13	15.00	40	0.69	---
EA	6.83	4.68	0.00	20.00	38	7.50	7.50
es	9.50	6.72	1.00	29.00	40	7.50	6.00
Nota D	-0.90	2.06	-8.00	5.00	40	-0.50	0.00
Adj D	0.08	1.72	-4.00	6.00	40	0.00	0.00
a (ativo)	5.48	4.28	0.00	17.00	37	4.50	2.00
p (passivo)	3.33	2.80	0.00	12.00	36	3.00	3.00
Ma	2.30	2.29	0.00	10.00	29	2.00	0.00

Variável	Média	DP	Min	Max	Frequência	Mediana	Moda
Mp	1.55	1.86	0.00	8.00	28	1.00	1.00
Intelectualização	2.28	3.36	0.00	13.00	40	1.00	0.00
Zf	10.88	5.24	1.00	26.00	40	10.50	---
Zd	0.29	3.72	-7.00	9.00	40	0.50	2.50
Mistos	4.08	3.51	0.00	15.00	33	3.00	3.00
Mistos/R	0.19	0.14	0.00	0.47	33	0.14	0.00
Mistos Cor-sombr.	0.58	0.89	0.00	4.00	16	0.00	0.00
Afr	0.54	0.22	0.23	1.25	40	0.50	0.50
Popular	4.00	1.73	0.00	9.00	39	4.00	3.00
XA%	0.67	0.12	0.38	0.93	40	0.67	---
WDA%	0.72	0.12	0.29	0.95	40	0.73	---
X+%	0.39	0.12	0.05	0.65	40	0.39	0.33
X-%	0.31	0.11	0.07	0.53	40	0.31	---
Xu%	0.27	0.09	0.06	0.45	40	0.28	0.33
Isolamento/R	0.19	0.18	0.00	0.78	33	0.18	0.00
H	2.08	1.63	0.00	8.00	34	2.00	1.00
(H)	1.48	1.43	0.00	7.00	30	1.00	1.00
Hd	2.13	2.20	0.00	8.00	28	2.00	2.00
(Hd)	0.70	1.05	0.00	5.00	17	0.00	0.00
Hx	0.55	1.20	0.00	7.00	13	0.00	0.00
SumH	6.93	4.14	0.00	21.00	39	5.50	5.00
A	8.08	3.65	0.00	16.00	39	8.00	5.00
(A)	0.33	0.61	0.00	2.00	10	0.00	0.00
Ad	1.65	2.14	0.00	12.00	29	1.00	1.00
(Ad)	0.03	0.16	0.00	1.00	1	0.00	0.00
An	1.88	1.58	0.00	6.00	33	1.00	1.00
Art	1.30	1.90	0.00	9.00	25	1.00	1.00
Ay	0.23	0.72	0.00	4.00	5	0.00	0.00
Bl	1.13	1.38	0.00	6.00	23	1.00	0.00
Bt	1.23	1.41	0.00	6.00	23	1.00	0.00
Cg	1.00	1.53	0.00	8.00	20	0.50	0.00
Cl	0.20	0.68	0.00	4.00	5	0.00	0.00
Ex	0.03	0.16	0.00	1.00	1	0.00	0.00
Fi	0.43	0.77	0.00	3.00	11	0.00	0.00
Fd	0.38	0.86	0.00	4.00	9	0.00	0.00
Ge	0.13	0.33	0.00	1.00	5	0.00	0.00
Hh	0.78	1.01	0.00	4.00	21	1.00	0.00
Ls	0.88	1.14	0.00	5.00	21	1.00	0.00
Na	0.73	1.32	0.00	6.00	16	0.00	0.00
Sc	1.18	1.36	0.00	6.00	23	1.00	0.00
Sx	0.73	1.48	0.00	8.00	16	0.00	0.00
Xy	0.03	0.16	0.00	1.00	1	0.00	0.00
Id	0.73	0.87	0.00	3.00	19	0.00	0.00
DV	0.98	1.23	0.00	6.00	23	1.00	0.00
INCOM	1.10	1.48	0.00	6.00	21	1.00	0.00
DR	0.70	1.63	0.00	9.00	12	0.00	0.00
FABCOM	0.65	0.85	0.00	3.00	19	0.00	0.00
DV2	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
INCOM2	0.40	0.73	0.00	3.00	11	0.00	0.00
DR2	0.25	0.70	0.00	3.00	5	0.00	0.00

Variável	Média	DP	Min	Max	Frequência	Mediana	Moda
FABCOM2	0.33	0.85	0.00	5.00	9	0.00	0.00
ALOG	0.25	0.62	0.00	3.00	7	0.00	0.00
CONTAM	0.10	0.30	0.00	1.00	4	0.00	0.00
Sum6 Sp. Scores	4.75	4.00	0.00	19.00	37	4.00	---
Lvl-2 Sp. Scores	0.98	1.78	0.00	10.00	17	0.00	0.00
WSum6	15.20	15.55	0.00	68.00	37	13.00	---
AB	0.38	1.09	0.00	6.00	7	0.00	0.00
AG	1.18	1.55	0.00	7.00	21	1.00	0.00
COP	0.75	0.86	0.00	4.00	22	1.00	0.00
CP	0.05	0.22	0.00	1.00	2	0.00	0.00
GHR	2.48	1.84	0.00	7.00	32	2.00	2.00
PHR	5.18	3.94	0.00	16.00	37	3.50	3.00
MOR	3.40	2.86	0.00	11.00	33	3.00	3.00
PER	0.95	1.52	0.00	6.00	17	0.00	0.00
PSV	0.10	0.30	0.00	1.00	4	0.00	0.00