



**Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Lato Sensu em Psicopatologia e Psicodiagnóstico**

**INDICADORES DE SUICÍDIO NO MÉTODO DE RORSCHACH:
UM ESTUDO DE CASO DE DEPRESSÃO**

**Autor: Karen Dantas Soares
Orientador: Prof^a. MSc. Mirna Dutra e Pinto**

**Brasília - DF
2010**

KAREN DANTAS SOARES

**INDICADORES DE SUICÍDIO NO MÉTODO DE RORSCHACH: UM ESTUDO
DE CASO DE DEPRESSÃO**

Artigo apresentado ao curso de Pós-Graduação em Psicopatologia e Psicodiagnóstico da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Psicopatologia e Psicodiagnóstico.

Orientadora: Prof^ª. MSc. Mirna Dutra e Pinto

**Brasília
2010**



Artigo de autoria de Karen Dantas Soares, **intitulado “INDICADORES DE SUICÍDIO NO MÉTODO DE RORSCHACH: UM ESTUDO DE CASO DE DEPRESSÃO”**, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicopatologia e Psicodiagnóstico pela Universidade Católica de Brasília, aprovado pela banca examinadora abaixo assinada:

Prof^ª. MSc. Mirna Dutra e Pinto

Orientadora

Curso de Pós-Graduação *Latu Sensu* em Psicopatologia e Psicodiagnóstico — UCB

**Brasília
2010**

AGRADECIMENTO

Ao meu Deus por sua misericórdia divina em me presentear com um elemento fundamental para a confecção desse trabalho: a saúde. À minha família, pelo incentivo, dedicação e paciência. À minha estimada orientadora Prof^ª. MSc. Mirna Dutra e Pinto que com muita experiência e sabedoria fez com que esse momento fosse vivenciado com suavidade e aproveitamento. Ao meu paciente que compartilhou comigo suas mais íntimas experiências. Aos meus colegas de trajetória pelo companheirismo, exemplo e escuta.

INDICADORES DE SUICÍDIO NO MÉTODO DE RORSCHACH: UM ESTUDO DE CASO DE DEPRESSÃO

KAREN DANTAS SOARES

Resumo: O presente estudo tem como objetivo discutir, a partir de um caso clínico real, a relevância do psicodiagnóstico de Rorschach na identificação dos indicadores mais expressivos presentes nos quadros depressivos com risco de suicídio. O estudo contou com a participação de um paciente psiquiátrico com hipótese diagnóstica de transtorno depressivo com risco iminente de suicídio. O psicodiagnóstico foi realizado na Universidade Católica de Brasília - UCB como atividade obrigatória da disciplina de conclusão do curso de Especialização em Psicopatologia e Psicodiagnóstico. O psicodiagnóstico foi solicitado pela equipe de profissionais que o acompanham na instituição psiquiátrica (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS) com o objetivo de elaborar diagnóstico diferencial e proposta terapêutica mais adequada para o caso. O método utilizado foi o clínico qualitativo de estudo de caso. Foram utilizados no estudo entrevistas clínicas com o examinando e seus familiares, associadas aos seguintes instrumentos psicológicos: Escalas Beck, Matrizes Progressivas de Raven, HTP – House Tree Person e Método de Rorschach. A correlação do relato da história clínica do examinando com a análise dinâmica psicanalítica do Método de Rorschach (Escola Francesa) embasou o estudo bibliográfico que subsidiou a realização do diagnóstico diferencial. A partir dos resultados encontrados na avaliação psicodiagnóstica (análise qualitativa e quantitativa), observa-se que o examinando apresenta o diagnóstico depressão com risco de suicídio, cumulado com déficit cognitivo, sendo que esse último associado aos eventos de vida do examinando configuram hoje um Transtorno de Personalidade Esquiva (DSM – IV 301.82). Conclui-se que este é um caso bastante complexo, principalmente em relação ao seu prognóstico, uma vez que exige uma compreensão não apenas dos seus sintomas, mas principalmente do seu funcionamento psicodinâmico.

Palavras-Chave: Depressão, Risco de suicídio, Psicodiagnóstico Diferencial, Método de Rorschach.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo compreender a relevância do Método de Rorschach na detecção do risco de suicídio em pacientes depressivos. O estudo pretende ainda enfatizar a importância do psicodiagnóstico como uma ferramenta primordial para a elaboração de propostas terapêuticas interventivas e preventivas mais adequadas e personalizadas para pacientes com depressão e risco iminente de suicídio. A utilização do Método de Rorschach visa oferecer uma compreensão específica de indicadores, tais como: ansiedade, agressividade, impulsividade, rigidez e risco de suicídio.

Segundo o Relatório Sobre Saúde Mental no Mundo da Organização Mundial de Saúde (2001), o suicídio se resulta de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. O vocábulo suicídio, segundo Corrêa e Barrero (2006), se origina do latim, *sui* (si mesmo) e *caedes*

(ação de matar) e significa o ato intencional de matar a si mesmo. Etimologicamente o suicídio pode ser entendido como “a morte de si mesmo”. Para Stengel (1970), o suicídio pode ser considerado um dano fatal feito a si mesmo, intencional e consciente, mesmo que de modo ambíguo e vago. Já para Cassorla (1995), todas as mortes são “de si mesmo”, já que parece claro que estamos geneticamente programados para morrer. Entretanto, com o passar do tempo, o mesmo autor, por sua vez, traz outra definição. Considera como suicídio apenas as mortes em que o indivíduo, voluntária e conscientemente, executou um ato ou adotou um comportamento que ele acreditava que determinaria sua morte (Cassorla, 2004).

No entanto, nenhum destes conceitos conseguem explicar com precisão o fenômeno do suicídio, bem como seus fatores inconscientes. “Muitos pesquisadores, incluindo Durkheim, afirmam que determinar se o desejo de morrer era consciente ou não seria muito difícil já que se trata de algo bastante íntimo” (Corrêa e Barrero 2006, p. 30). Dessa forma, tal imprecisão pode ser explicada por uma ambivalência do desejo de morte que ronda o pensamento do suicida. De acordo com Cassorla (2004), o suicida se defronta com um grande dilema: ele quer morrer e viver ao mesmo tempo. É uma batalha entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Para Freud (1917), a ambivalência do amor e o prazer sádico justificam a tendência suicida diante da melancolia, pois, esse desejo ambíguo demonstra conflito com o ego, mostrando que a consumação de sua morte advém do retorno da catexia objetal, ou seja, o desejo de morte é refletido em si mesmo a partir da perda de um objeto identificado e introjetado anteriormente, explica Sterian (2001).

Nesse sentido, podemos considerar o fenômeno do suicídio como um veículo de comunicação do indivíduo. Em virtude disto, o suicídio não pode ser considerado, isoladamente, uma psicopatologia. Salienta-se que o suicídio surge como um sinalizador do conflito interno, tendo em vista que os aspectos relacionais e existenciais do indivíduo, bem como seu funcionamento psíquico estão diretamente interligados ao aparecimento deste comportamento.

Segundo Werlang e Botega (2004), 90% das pessoas que se suicidam apresentam um transtorno mental que propicia o suicídio. Nota-se assim, que este é um fenômeno freqüente nos transtornos mentais, seja em forma de ideação, comportamentos autodestrutivos, tentativas e a consumação propriamente dita do suicídio. Levando em consideração os dados encontrados nas pesquisas realizadas por Gabbard (2000), Camarotti (2003), Barrero e Corrêa (2006), existem alguns quadros psiquiátricos que apresentam maior vulnerabilidade para consumação do suicídio, e entre eles encontram-se os quadros de transtornos do humor, em especial, os quadros depressivos.

Para Corrêa e Barrero (2006), a depressão é uma doença que envolve o modo como a pessoa pensa e sente, fazendo com que as pessoas deprimidas experimentem extremos sentimentos de tristeza, desesperança, irritabilidade, bem como a perda do interesse ou prazer em atividades que antes lhe eram prazerosas e perda de sua energia vital. Segundo Shimitt, Chachamovich e Kapczinski (2001), o quadro depressivo é responsável pela maior parte dos eventos suicidas, representando 150% a mais do que os demais quadros. É importante relatar que estes eventos ocorrem geralmente ao final do episódio depressivo, momento em que o indivíduo começa a recuperar suas forças, o ânimo, e a possuir energia para executá-lo. Neste momento, os comportamentos agressivos e impulsivos presentes em indivíduos com depressão geralmente aparecem com maior intensidade, constituindo o elo causal entre a depressão e o suicídio, uma vez que estes comportamentos normalmente estão associados aos índices e as tentativas de suicídios, afirma Dumais (2005).

No entanto, a prevenção do suicídio e o tratamento do transtorno depressivo devem ser pautados na busca de conhecimento e da compreensão destes fatores de risco. Nesse sentido, pode-se destacar o psicodiagnóstico como um instrumento terapêutico de grande validade, devido sua ampla abrangência nos aspectos estruturais da personalidade e na forma de funcionamento psíquico atual do indivíduo. Isto posto, pode-se dizer que “O psicodiagnóstico é um processo que visa identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, com um foco na existência ou não da psicopatologia”, pontua (CUNHA, 2000, p. 23).

Portanto, uma das principais ferramentas do processo de psicodiagnóstico é o método de Rorschach. O teste de Rorschach é um dos instrumentos de avaliação psicológica mais utilizados no Brasil e no mundo, ocupando uma posição privilegiada frente aos demais instrumentos que visam traçar e descrever aspectos estruturais, latentes e manifestos da personalidade, relata Pinto (2009). O método é composto por 10 pranchas com manchas de tinta cromáticas e acromáticas cujo objetivo é fazer com que o sujeito relate o que aquela mancha poderia ser, manifestando com isto seus aspectos projetivos. Por estes motivos, essa técnica tem sido bastante utilizada em psicodiagnóstico de pacientes com depressão, buscando identificar o funcionamento psíquico e a organização da personalidade das pessoas com este quadro. Além disto, o método de Rorschach proporciona uma maior fidedignidade quanto à elaboração de planejamentos terapêuticos a partir dos resultados apontados nesse tipo de psicodiagnóstico, visto que muitos autores apontam que é possível diagnosticar a depressão e o risco de suicídio exclusivamente com este teste, informa Kerneberg (1975).

É importante ressaltar que, segundo Adrados (1967), não é aconselhável formular diagnósticos, e sim, uma descrição da personalidade, onde as possíveis hipóteses serão levantadas e, posteriormente, apuradas pelos clínicos. Com base neste contexto, pode-se esclarecer que, segundo alguns estudiosos da técnica de Rorschach, a partir de cinco ou seis indicadores já é possível levantar hipóteses sobre a psicopatologia correspondente. Contudo, esse artigo visa correlacionar os indicadores de suicídio analisados a partir do método de Rorschach em um estudo clínico de um caso de depressão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEPRESSÃO E SUICÍDIO

Desde os primórdios da humanidade, o ser humano vivencia diversas formas de tristeza, que ao longo do tempo foram sendo melhor compreendidas, definidas e diferenciadas da depressão. De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (1997), os primeiros registros da depressão foram encontrados no Antigo Testamento na história do Rei Saul e do suicídio de Ajax, na Ilíada de Homero. A mania e a melancolia também já eram utilizadas por Hipócrates, 400 a.C. para designar as perturbações mentais. Atualmente a depressão pode ser compreendida como um transtorno de humor que possui como características marcantes o sentimento persistente de tristeza (melancolia) e a perda do interesse por atividades que anteriormente lhe despertavam prazer, relata Gauer, (2009).

Os transtornos depressivos se caracterizam por uma série de sintomas que podem variar de acordo com as características individuais, com a frequência, a intensidade e a gravidade dos episódios. As variações se apresentam de acordo com

cada indivíduo. Segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (1993), as categorias de gravidade do transtorno depressivo são divididas em: leve, moderado e grave. É importante ressaltar que quando a depressão atinge um grau muito elevado o indivíduo pode apresentar pensamentos autodestrutivos, idéias e tentativas de suicídio que possam levá-lo a morte.

Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais - DSM-IV da Associação Norte Americana de Psiquiatria, para que o Transtorno Depressivo Maior (tipo mais severo de depressão) seja diagnosticado é necessário que o indivíduo apresente um ou mais Episódios Depressivos Maiores. Estes episódios são caracterizados a partir da ocorrência mínima de duas semanas, durante as quais há presença de humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer em diversas atividades. Além desses elementos fundamentais, é preciso que sejam identificados pelo menos quatro dos seguintes sintomas: a) perda ou ganho significativo de peso; b) insônia ou hipersonia; c) cansaço fácil e constante; d) déficit de atenção, concentração e dificuldade em tomar decisões; e) irritabilidade exagerada; f) apatia (indiferença afetiva); g) angústia ou ansiedade; h) sentimentos de culpa, auto-reprovação inadequada ou exagerada; i) agitação ou retardo psicomotor; j) idéias de morte recorrentes e/ou pensamentos suicidas, informa Gauer (2009).

Para a psicanálise, a depressão é definida como uma modificação profunda do afeto, na qual a tristeza e o sofrimento associados ao desinvestimento de atividades e de si mesmo são amplamente evidenciados, (Chemama, 1998). Freud (1917), em sua obra "Luto e Melancolia", descreve e diferencia, pela primeira vez, os aspectos psicodinâmicos dos sintomas depressivos que ocorrem no luto e na melancolia, e evidencia que ambos estão relacionados à perda de objetos investidos libidinalmente. No luto, o indivíduo que sofre a perda do objeto amado, recolhe seu investimento do mundo externo. Desta forma, o sujeito vivencia um processo de sofrimento, raiva, tristeza e desinteresse. Posteriormente, o ego elabora essa perda proporcionando a procura de outros objetos, nos quais possa reinvestir sua libido. Já na melancolia, o indivíduo frente a essa perda passa a sofrer de profundo desânimo aliado a perda radical do interesse pelo mundo externo, inibição de toda e qualquer atividade, perda da capacidade de amar e forte sentimento de baixa auto-estima (FREUD, 1917). O presente autor, em 1917, afirma que “se o amor pelo objeto se refugia na identificação narcísica, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento”, tal aspecto aponta para uma intensa ambivalência afetiva apoiada na vivência de amor e de ódio direcionada ao objeto perdido. A presente dinâmica evidencia a presença de um prazer sádico que frequentemente justifica a tendência suicida frente aos quadros de depressão, principalmente os de cunho melancólico.

Os aspectos acima apontados são discutidos por Ballone (2005) como sentimento de menos-valia e sofrimento moral, características centrais da depressão que comparecem na clínica destes pacientes como sentimentos de auto-depreciação, auto-acusação, inferioridade, incompetência, culpa e rejeição. Estes sentimentos são, frequentemente, os responsáveis pelo desfecho suicida. Portanto, os afetos hostis como raiva, tristeza e culpa, sejam eles conscientes ou inconscientes, estão diretamente relacionados as idéias e aos desejos de morte. Na clínica, esse desejo de morte comparece em idéias e/ou comportamentos de auto-punição, auto-agressão e auto-extermínio.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997), pontuam que o suicídio é a maneira encontrada, pelo indivíduo para aliviar a raiva, o sofrimento, o sentimento de desesperança, o desamparo e os seus conflitos. Assim, o suicídio em si não pode ser considerado uma

doença, nem necessariamente a manifestação desta, podendo ser compreendido, no âmbito médico-clínico, como uma característica que associada a fatores de alta relevância constituem os critérios determinantes para o diagnóstico dos transtornos mentais, em especial, do transtorno depressivo, conforme aponta a Organização Mundial da Saúde no documento “Prevenção do Suicídio: Um Manual para Médicos Clínicos Gerais”, (OMS, 2000). Contudo, convém esclarecer que o comportamento suicida não é um sintoma exclusivo da depressão, pois, pode estar presente em praticamente todos os outros transtornos mentais, conforme consta nos códigos de saúde mental vigentes.

Para refletir sobre as possibilidades de intervenção nestes quadros psiquiátricos, faz-se necessário compreender que no Brasil as síndromes depressivas são reconhecidas como um problema de saúde pública, tendo em vista que o risco de suicídio ao longo da vida das pessoas com este tipo de transtorno é de 6% a 15%, de acordo com os estudos realizados pela OMS (2000). Outro dado de grande relevância é o fato de que dois terços dos indivíduos que cometem suicídio buscam auxílio médico ou ficam hospitalizados até um mês antes de cometerem o ato suicida, e ainda, na maioria dos casos, os pacientes apresentam comorbidades, visto que apenas de 3% a 5% dos suicídios consumados não são de pessoas diagnosticadas anteriormente, conforme apontam Viana, Zenkner, Sakae e Escobar (2001-2005). Contudo, identificar antecipadamente a ideia suicida é por um lado um desafio, muito embora por outro seja uma das formas de intervenção que mais possibilitam ajudar o indivíduo a encontrar estratégias e a recuperar seus recursos internos de enfrentamento dos conflitos.

No entanto, o presente trabalho elege o Método de Rorschach como o principal instrumento psicodiagnóstico de investigação e detecção dos indicadores de risco de suicídio presentes nos quadros de transtornos depressivos. Tal escolha se deve pelo fato de ser uma ferramenta de grande credibilidade e refinamento diagnóstico. O objetivo é discutir não só a percepção da fragilidade do quadro como a possibilidade de tomar as devidas providências para a minimização do sofrimento e a prevenção da consumação do ato suicida. É importante destacar que após a identificação dos riscos presentes no quadro, em muitos casos, faz-se necessário intervenções multidisciplinares, como: psicoterapia, farmacoterapia, terapias biológicas, psiquiatria comunitária, hospitalização e outras medidas que se fizerem necessárias, (Rothschild, 1997; Hillard, 1983; Schmitt, 2001).

2.2 DEPRESSÃO, SUICÍDIO E RORSCHACH

Adrados (2004) discute que para melhor compreender a dinâmica psíquica dos indivíduos que possuem depressão com risco de comportamentos suicidas, faz-se necessário a utilização de instrumentos confiáveis que possam embasar a observação e as demais técnicas utilizadas pelos profissionais envolvidos. As informações provenientes de um bom psicodiagnóstico proporcionam uma visão mais completa do funcionamento da personalidade e contribuem, não apenas para a escolha do tratamento, como do profissional mais adequado a essa função. Sendo assim, o processo psicodiagnóstico visa identificar e compreender as fragilidades e as potencialidades do indivíduo, pois, “todos os seres humanos, até os mais deficientes, possuem aspectos positivos que podem e devem ser desenvolvidos”, (Adrados, 2004, p.101).

O Método de Rorschach é um valioso instrumento que soma ao psicodiagnóstico para perceber os indicadores determinantes para o diagnóstico do quadro depressivo e

do risco de suicídio, bem como dos demais transtornos mentais. É considerado por muitos estudiosos como o mais completo instrumento para a avaliação dos dados da personalidade no campo das neurociências, abrangendo importantes peculiaridades para cada caso, conforme relatam Quintana e González (2005).

De acordo com Santos e Vaz (2005), o Método de Rorschach foi elaborado por Hermann Rorschach em 1921 na Suíça. É uma técnica projetiva baseada na produção espontânea do indivíduo frente à percepção de estímulos pouco estruturados, pautada na tarefa de organizar, articular e atribuir um sentido a eles. Prevalece a liberdade de expressão que possibilita acionar um processo psicológico interno que envolve lembrança, associação, seleção, escolha e comunicação.

Cabe reiterar a importância de uma análise qualitativa dos dados encontrados no teste de Rorschach, de modo que as diferenças individuais e o estilo de estruturação cognitiva de cada pessoa contribuem para uma melhor compreensão da personalidade e do funcionamento psíquico, relata Weiner (2000). Nesse sentido, torna-se fundamental reconhecer como conteúdo relevante o discurso do indivíduo e suas fantasias implicadas, bem como a relação contratransferencial do examinando com o psicólogo examinador, afirma Passalacqua (1997).

Alguns estudiosos (Portuondo (1973), Bishop *et al.* (2000), Adrados (2004), Bishop *et al.* (2000), Martin, Piotrowski, Appelbam e Holzman, Robin), todos citados por Santos e Vaz (2006) realizaram pesquisas utilizando o Método de Rorschach em pacientes que se enquadram no diagnóstico depressivo com risco de suicídio com o objetivo de selecionar os indicadores mais relevantes para o diagnóstico e a prevenção desse quadro clínico. Os resultados encontrados na pesquisa realizada por Portuondo (1973), Bishop *et al.* (2000), citado em Santos e Vaz (2006), mostram que os indicadores do Rorschach que mais se destacam nos protocolos de pacientes com risco de suicídio foram: tipo vivencial coartado; comentários depressivos principalmente de auto-acusações; crítica ao sujeito; resposta de morte, medo, obscuridade, tristeza, sofrimento, dor e pena; protocolo deprimido; mais de três respostas de claro-escuro; respostas de cor acromática; choque ao cinza; respostas agressivas, carência de FC, CF ou C; e H% rebaixado.

A revisão bibliográfica realizada por Adrados (2004), confirma os resultados encontrados na pesquisa acima, visto que a autora reconhece como indicadores mais significativos para mapear o risco de suicídio os seguintes critérios: auto-estima baixa associada a traços auto-agressivos seguido por respostas de espaço em branco com tipo vivencial introversivo; um protocolo com indicadores depressivos; isolamento; indicadores de impulsividade e agressividade suficientes para superar o poderoso instinto de vida que levem o sujeito a auto-destruição.

Para Bishop *et al.* (2000), Martin, Piotrowski, Appelbam e Holzman, Robin, todos citados por Vaz (2006), as principais características e indicadores encontrados em protocolos de pacientes depressivos com risco de suicídio foram: um protocolo com poucas respostas ($R < 17$) e tempos prolongados; conteúdo mórbido na prancha IX; conteúdos animal (A) com asas em vôo prancha V; cabeça de animal tipo cervo na prancha IX (Ad); respostas globais no cartão X assim como seu percentual elevado $G\uparrow$ (ressalte-se que o $G\uparrow$ em todo o teste é indesejável, pois, os estímulos proporcionam percepção de detalhes, podendo indicar assim um quadro depressivo); localização de detalhe comum rebaixado ($D\downarrow$); determinante formal de má qualidade elevado ($F-\%\uparrow$); conteúdo formal preciso rebaixado ($F+\%\downarrow$) e presença de Do.

Segundo os estudiosos da Técnica de Rorschach, a partir de cinco ou seis indicadores já se pode levantar a hipótese da psicopatologia correspondente, nunca deixando de considerar a análise qualitativa, as entrevistas clínicas e os outros

instrumentos avaliativos. Desse modo, vale ressaltar a relevância da análise das pesquisas acima mencionadas, bem como, dos indicadores prevalecentes nos protocolos de pacientes com risco de suicídio, visto que o Método de Rorschach permite a análise objetiva e específica dos fenômenos psicopatológicos mais expressivos que ocorrem em indivíduos com este quadro clínico, contribuindo assim para um melhor diagnóstico, bem como para a prevenção do ato suicida.

Portanto, tomando como base os indicadores apontados nas pesquisas acima, discutiremos um estudo de caso real de um paciente com hipótese diagnóstica de depressão com risco iminente de suicídio, a partir do psicodiagnóstico de Rorschach. O percurso traçado até aqui, de indicadores do Método de Rorschach, serão a base da discussão do caso clínico com o objetivo de compreender a dinâmica global da personalidade do referido paciente.

3 METODOLOGIA

O presente estudo pautou-se nos pressupostos metodológicos do modelo clínico-qualitativo, utilizando-se de um estudo de caso dentro de uma compreensão psicanalítica. A metodologia de “Estudo de Caso” possibilita o aprofundamento do conhecimento frente a problemáticas específicas, proporcionando rupturas com a percepção do senso comum e gerando um conhecimento científico mais aprofundado (DINIZ, 1999).

3.1 PARTICIPANTES

O presente estudo foi realizado com a participação de um paciente psiquiátrico com hipótese diagnóstica de transtorno depressivo com risco iminente de suicídio. O paciente foi encaminhado para o processo de psicodiagnóstico a partir da solicitação da equipe de profissionais que o acompanham na instituição psiquiátrica (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS). O psicodiagnóstico foi realizado na Universidade Católica de Brasília - UCB como atividade obrigatória da disciplina de conclusão do curso de Especialização em Psicopatologia e Psicodiagnóstico.

3.2 INSTRUMENTOS

Foram realizadas entrevistas clínicas com o examinando e seus familiares, associadas aos seguintes testes que constituíram o processo do psicodiagnóstico: Escalas Beck, Matrizes Progressivas de Raven, HTP – House Tree Person e Método de Rorschach. Vale salientar que o instrumento avaliativo eleito para embasar o referido estudo foi o teste de Rorschach, analisado e interpretado pelos preceitos da Escola Francesa e sob o referencial teórico psicanalítico. Além disso, um estudo bibliográfico acerca dos indicadores mais expressivos nos protocolos de pacientes depressivos com risco de suicídio, correlacionando a relação existente entre a depressão e o suicídio também contribuiu para a elaboração do presente artigo.

4 DISCUSSÃO

4.1 APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Neste momento será apresentado fragmento do caso clínico de um paciente de uma instituição psiquiátrica pública que apresenta quadro de transtorno depressivo e risco iminente de suicídio. O estudo foi realizado como atividade obrigatória da disciplina de conclusão do curso de especialização em Psicodiagnóstico e Psicopatologia da Universidade Católica de Brasília.

Trata-se de indivíduo do sexo masculino, 40 anos de idade e um dos caçulas de uma prole de oito filhos. É casado, tem duas filhas e há dois anos encontra-se desempregado e sem nenhuma fonte de renda, dependendo financeiramente de uma de suas irmãs. Estudou até a 7ª série do ensino médio e parou de estudar por sentir-se constrangido devido a sua dificuldade de fala, a qual é anasalada decorrente do defeito congênito - lábio leporino. Relata que, desde criança, sempre foi motivo de gozação, e que ao longo de sua vida teve muitos apelidos. Todos eles relacionados ao problema de fala, os quais o deixavam muito triste e envergonhado. O examinando demonstra muita insatisfação com sua aparência física e com a dificuldade na dicção, fator que o atrapalha em todos os aspectos de sua vida. Já trabalhou como frentista e vendedor de seguros, porém, sempre imaginava que não estava agradando ao patrão e pedia demissão. Relata que todos os seus empregos foram “arranjados” pelos seus familiares e que nunca conseguiu nenhum pelo seu próprio esforço e mérito, fato que muito o incomoda. Após o falecimento de seus pais, abriu uma papelaria com o dinheiro da herança. O negócio não deu certo e a papelaria faliu. A partir daí, considera-se incapaz de desenvolver qualquer atividade profissional e alega que seu único destino é o fracasso. Sente-se um peso para sua família, tanto financeiramente quanto afetivamente. Relata que ama suas filhas e que encontra somente nelas alguma possibilidade de felicidade. Entretanto, o fato de não cumprir com suas obrigações de pai o deixa muito desmotivado e o faz pensar em desistir de viver. Relatou que, por várias vezes, ingeriu medicamentos, venenos e produtos de limpeza com a intenção de provocar a própria morte, mas nunca tinha revelando para ninguém esses pensamentos. Em virtude destes fatos, em 2008, precisou submeter-se a uma cirurgia para retirada do baço e, a partir de então, seus pensamentos suicidas aumentaram, nesta ocasião, revelou para uma de suas irmãs a intensidade e a frequência desses pensamentos e idéias suicidas. Em 2009, ingeriu novamente grande quantidade de “veneno de rato” e necessitou de uma internação hospitalar por 49 dias. Desde então, foi encaminhado para tratamento psicológico e psiquiátrico no CAPS. O examinando frequenta semanalmente, mas relata não gostar de das atividades que lá desempenha, “eu não gosto de terapia de grupo, me sinto mais exposto ainda”, afirma o examinando. Durante todos os encontros, mostrou-se muito participativo e colaborativo, além de manifestar expressamente o interesse em conhecer seu verdadeiro diagnóstico e as possibilidades de tratamento que o beneficiará. Deseja melhora dos sintomas e de sua qualidade de vida.

4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esse tópico trata de um dos pontos mais importantes do artigo, que é a compilação e análise dos indicadores de transtorno depressivo e de suicídio no teste de Rorschach. Conforme dados da literatura apresentados anteriormente, a análise dos resultados encontrados pelo Método de Rorschach corroborou com os estudos anteriores, visto que mais de cinco indicadores apontados como relevantes para o diagnóstico de transtorno depressivo com risco de suicídio foram identificados no protocolo do analisado. A análise quantitativa (psicograma) será realizada de forma integrada à análise qualitativa do método de Rorschach e às entrevistas clínicas,

ênfatizando principalmente aspectos relacionados à aptidão intelectual, contato com a realidade, depressividade, ansiedade e risco de suicídio.

A partir dos quadros abaixo que expõem os indicadores de depressão e de risco de suicídio e dos fenômenos especiais associados aos resultados encontrados no protocolo do examinando, será discutido o caso clínico do paciente avaliado com o objetivo de ilustrar a correlação da depressão e do risco de suicídio já destacado e estudado por diferentes autores citados neste trabalho.

Quadro 1: Indicadores de depressão e risco Suicídio X Resultados encontrados no protocolo do examinando.

Indicadores Quantitativos Estimados no Transtorno Depressivo com Risco de Suicídio	Indicadores Quantitativos Encontrados no Protocolo do Examinando	Significação dos Indicadores no Rorschach
R Baixo <17	R = 14	Baixa capacidade produtiva, (depressão).
T/R Prolongados > 45''	T/R = 51''	Lentidão psicopatológica do pensamento.
T.m.r Elevado > 20''	T.m.r = 35''	Ocorre em pessoas deprimidas.
F% Elevado > 80%	F% = 79%	Repressão dos afetos, rigidez e inflexibilidade.
F+% baixo < 75%	F+% = 50%	Baixa capacidade do indivíduo para se orientar na vida, adaptar à realidade e problemas de ordem afetiva.
G% Elevado >30%	G% = 36%	Fuga, fantasia e egocentrismo.
Resposta de Cor, H e K Baixos	C = 0; H = 0; K = 0	Dificuldade de relacionamento e de suportar as situações emocionais (depressão).
Inexistência de Resposta Original		Inflexibilidade do pensamento e incapacidade criadora e intelectual.
A% Elevado > 50%	A% = 86%	Imaturidade, pouca diversidade de interesses, visão rígida e estereotipada do mundo.
H% < 20%	H% = 7%	Aversão à sociedade.
Hd > H	Hd = 1 / H = 0	Incapacidade para enfrentar as situações diárias e de ver o ser humano íntegro.
Controle Interno K < kan+kob+kp	0:2	Impulsividade e a instabilidade emocional, possibilidade de passagem ao ato (risco de suicídio).
Controle Externo $\sum E > \sum C$	1:0	Hipercontrole, mesmo no prazer, dificuldade de socialização.
Controle Afetivo FC:CF+C	0:0	Denota Instabilidade Emocional.
Nível de Aspiração 4G:1K	5:0	Aspirações encontram-se mais elevadas do que as reais potencialidades do indivíduo.
Tipo de Vivência Coartado - K: $\sum C$	0:0	Indivíduo psiquicamente retraído, pobreza extrema de vida afetiva, comportamento defensivo e repressão.
RC% < 40%	RC% = 21%	Desinteresse pelo ambiente, dificuldade com afetividade.
Índice de Ansiedade quanto ao Corpo (A)=Hd+Anat+Sex+Sg x100/R < 20%	(A) = 7%	Pouca preocupação com o corpo.

Quadro 2: Fenômenos especiais encontrados no protocolo do examinando.

Fenômenos Especiais	Ocorrência no Protocolo	Significação dos Fenômenos Especiais no Rorschach
Auto-referência	4	Indicativo de egocentrismo.
Choque ao Branco	1	Sentimento de inferioridade e depressão.
Choque Cinestésico	1	Dificuldade de interagir com os outros, rigidez defensiva e reforço perante à angústia.
Crítica ao Objeto	2	Traduz angústia, prudência e defesas paranóides. Projeção referente a insatisfação de seu esquema corporal.
Crítica ao Sujeito	1	Sentimentos de inferioridade e insegurança.
Diminuição da Consciência de Interpretação	1	Preocupação com o julgamento alheio, sinal de insegurança e dúvida.
Diminutivo	3	Agressividade reprimida.
Duplicação por Simetria	1	Expressão de intenso narcisismo.
<i>Edging</i>	3	Denota meticulosidade excessiva.
Girar Ansioso das Lâminas	Diversas vezes	Significa intensa ansiedade, fugido do controle.
Resposta OU	1	Insegurança do juízo ou da responsabilidade, acarreta grande ansiedade e problemas de identidade.
Resposta Par	5	Tendência ao egoísmo.

No que diz respeito as condições intelectuais de indivíduo com transtorno depressivo e risco iminente de suicídio, faz-se necessário observar alguns indicadores que associados aos transtornos emocionais respaldem este diagnóstico. A presença do número de respostas reduzido pode ser considerado um indicador significativo para o transtorno depressivo, conforme aponta Anzieu (1984). O quadro clínico em questão apresenta número de respostas abaixo do esperado para sua faixa etária ($R=14$), o que pode indicar baixa capacidade produtiva e rebaixamento das aptidões intelectuais. Ressalte-se que, em protocolos de pessoas deprimidas é comum o número reduzido de respostas, visto que tal aspecto pode estar associado a bloqueios emocionais que interfiram diretamente em suas condições intelectivas, relata Adrados (2004). Essa interferência também pode ser observada a partir de fragmentos do discurso do examinando durante às entrevista clínicas, visto que a todo momento o examinando se desqualifica e se considera inferior intelectualmente, conforme demonstra o seguinte trecho da entrevista clínica: *“Eu não sou capaz de fazer nada com competência, não consegui estudar e também não consigo aprender nada, nem mesmo as coisas que eu já quebrei a cara eu não aprendo. Parece que minha cabeça não entende nada do que os outros me ensinam, quando eu acho que aprendi alguma coisa eu já esqueci tudo e repito os mesmos erros. Eu sou a burrice em pessoa, não tem jeito não”*. Ressalte-se que todo esse sentimento de inferioridade também pode ser interpretado a partir da presença do fenômeno especial “Crítica ao Sujeito” observado nas respostas da prancha I.

De acordo com Aziezu (1984), outro importante indicador relacionado às condições intelectuais e frequentemente encontrado em pacientes depressivos é a lentidão psicopatológica do pensamentos observado principalmente a partir do prolongamento do tempo por resposta - T/R e do tempo médio de reação - T.m.r. O examinando apresentou lentidão em ambos os tempos, sendo que seu tempo médio por

resposta mostrou-se bastante extenso (T/R=51”), visto que, de acordo com o padrão, o T/R não deve exceder 45”. Em relação ao T.r.m do examinando, pode-se observar que também houve lentificação (T.r.m.=35”), pois, espera-se que esse tempo não ultrapasse 20”, conforme relata Traubemberg (1998). Nota-se que o prolongamento desses dois tempos associado ao número de respostas rebaixado apontam inibição ou lentificação na forma de pensar do examinando, aspectos que refletem diretamente na maneira em que o indivíduo reage frente à diversidade de situações, bem como no seu modo de adaptação ao ambiente.

O determinante formal (F+%) também é um indicador que faz referência às condições intelectuais e ao modo de adaptação dos indivíduos, enfatiza Anzieu (1984). Segundo Traubemberg (1998), o padrão de normalidade estipula que esse percentual varie entre 70% e 80%, tendo em vista ser interpretado como a força do Ego, no sentido de capacidade de organizar, de planejar e de controlar seus comportamentos. Nesse sentido, pode-se observar que o examinando apresentou em seu protocolo um F+% muito inferior a média (F+=50%), o que significa dizer que esse indivíduo possui pouca capacidade de se orientar na vida e dificuldade em se adaptar à realidade externa. É importante ressaltar que, nos protocolos de pessoas depressivas geralmente o F+% encontra-se inferior à média, pois, os aspectos afetivos (estados ansiosos e depressivos) são manifestados através de uma preocupação predominantemente objetiva e carregada dos recursos de julgamento (rigidez), a passo que as emoções possam perturbar e diminuir a eficiência intelectual do sujeito, o que não significa que o indivíduo não possua boas aptidões intelectuais, aponta Traubemberg, (1998). A história clínica também corrobora com essa afirmação, pois, é notória a instabilidade vivenciada pelo examinando e sua conseqüente desadaptação frente ao mundo e aos outros, seja em relação à questão financeira e/ou profissional (não consegue se fixar em nenhum emprego ou projeto profissional), seja por uma questão social (desmotivação para fazer ou manter amizades com expressiva tendência ao isolamento social), ou pela questão emocional e afetiva (dificuldade em manifestar amor e carinho para os outros e para si mesmo. O fragmento clínico abaixo exemplifica bem estes aspectos: *“Eu nunca consigo ficar muito tempo trabalhando no mesmo lugar, eu sempre acho que o chefe não está satisfeito, sempre acho que ele vai me demitir, então me adianto e peço demissão para não passar por essa humilhação”*.

Vale salientar que o F+% relacionado ao D% facilita identificar se o indivíduo possui ou não uma percepção adequada da realidade, esclarece Anzieu (1984). Isto posto, observa-se que, devido aos resultados encontrados (F+=50%; D%=29%), o sentido de realidade do examinando encontra-se limitado e frequentemente pautado em aspectos subjetivos, como sua fragilidade emocional e depressiva (Ban = 2; Tmr= 35” ↑), traços que também impactam seu desempenho intelectual (F+=50%). Os aspectos apontados são agravados pela acentuada concretude ideativa responsável pelo rebaixamento da capacidade de elaboração (F%=78,57%). O rebaixamento das respostas banais (Ban% = 14%) e RC% inferior a 40% (RC%=21%) corroboram com o real desinteresse do examinando pelo ambiente, visto que associado ao tipo vivencial coartado (K:ΣC = 0:0) reafirmam a fragilidade da sustentação do contato com a realidade, bem como a dificuldade em relação a sua afetividade. Os fenômenos especiais “Diminuição da Consciência de Interpretação” (Pr.VI=1), “Duplicação por Simetria” (Pr.VII=1), “Resposta Par” (Pr. II=1, Pr. III=2, Pr.VIII=1 e Pr.IX=1) e “Resposta OU” (Pr. IX=1) também expressam pobreza no contato com a realidade, sinal de insegurança e dúvida, e acentuado narcisismo e egoísmo. Segundo Passalacqua e Gravenhorst (2005), esses fenômenos são frequentemente observados em protocolos

de pessoas que se preocupam demasiadamente com o julgamento alheio, característica presente também nos quadros depressivos.

A forma como o examinando se relaciona com o mundo e com o outro é vivenciada de maneira superficial (C=0; H=0; K=0). A ausência ou rebaixamento das respostas C, H e K também são características dos protocolos de indivíduos depressivos pois, em geral, são pessoas que apresentam dificuldade nos relacionamentos interpessoais em virtude de encontrarem dificuldades para suportar as situações diárias, em especial, as de cunho emocional, o que justifica a maneira superficial de se relacionarem. Nesse sentido, a ausência de respostas K associadas a ausência de respostas-cor (C) e a presença do fenômeno especial “Choque Cinestésico” confirmam a possibilidade de profunda inadaptação social do examinando, conforme aponta Traubemberg (1998). Esta mesma autora esclarece que a presença das respostas cinestésicas (K) representa, entre outras, a função estabilizadora dos afetos, ou seja, aponta a maturidade e a consciência da vida interior. É a expressão das motivações, dos temores e dos desejos e, ainda, dos mecanismos de defesa contra a angústia. Além disso, o determinante K pode apontar a presença de uma projeção patológica, de aspectos desestruturantes que freqüentemente estão vinculados à desintegração do próprio corpo, diz Traubemberg (1998). No caso do examinando, pode-se observar que tal projeção manifesta-se principalmente em virtude de insatisfação com sua imagem corporal devido a sua deficiência congênita de “Lábio Leporino”, fator desencadeante de intensa angústia e ansiedade, conforme apontam os fenômenos especiais (Crítica ao objeto, Choque ao Branco e Girar ansioso das lâminas), e corroborados por fragmentos da história clínica como: *“Eu não aceito ter nascido com esse problema nos lábios, eu sou mesmo o próprio defeito”*.

A análise das respostas humanas (H e Hd) também permitem verificar a qualidade da representação que o indivíduo tem de si mesmo, enfatizam Santos e Vaz (2006). Verifica-se que o examinando não apresentou nenhuma resposta humana em seu protocolo, possuindo apenas um resposta de parte humana na prancha III (Hd = 1), e apontou como respostas predominantes as de conteúdo animal (A% = 85,71%). Sendo assim, a ausência de respostas humanas corroboram com a hipótese de dissociação da imagem corporal que o examinando tem de si mesmo, pois, parece projetar nas pranchas partes de seu corpo, indicando a presença de um imperativo pulsional destrutivo e melancólico que acentua a depressividade em seu protocolo. O resultado encontrado na fórmula do Controle Interno do examinando ($K < kan+kob+kp = 0:2$) confirma a presença desse imperador pulsional e indica que a energia canalizada não domina sua impulsividade e instabilidade emocional (Controle Afetivo – FC:CF+C = 0:0 – Instabilidade Emocional), o que sugere a presença de uma agressividade reprimida direcionada para si mesmo e maior possibilidade de passagem ao ato com risco iminente de suicídio. O fenômeno especial “Diminutivo” expressa com nitidez a agressividade reprimida do examinando, visto que aparece 3 vezes em seu protocolo (Pr.I=1, Pr.IV=1, Pr.VI=1). Isto posto, verifica-se que o examinando encontra-se incapaz de liberar impulsos e emoções adequadamente, revelando que diante de situações conflituosas (interna e externa) reage sob forte tensão, ansiedade e angústia, sendo estes os afetos principais da sua dinâmica afetiva. Desta forma, pode-se pensar que a instabilidade afetiva e a falta do controle dos impulsos de um paciente depressivo, em especial do examinando, são fatores de grande relevância para o risco suicídio.

No entanto, a análise dos indicadores deste instrumento psicológico aponta forte dificuldade de interação com o ambiente em que se encontra, o que resulta em sentimento de inadequação, insegurança, retraimento, necessidade de isolamento do contato social e pouca acessibilidade nas relações íntimas, o que é reforçado pelo

sentimento de menos valia e de inferioridade. Possui poucos recursos para obtenção de satisfação no meio e sentimento de constrição. Expressa sentimento de desamparo e frustração associados à necessidade de proteção e de gratificação imediata. Há também sinais de enfraquecimento do ego e imenso esforço para manter o controle e a integridade do ego, de forma a conter os impulsos que são intensamente expressos na fantasia para não serem manifestos em comportamentos. Ou seja, apresenta medo de atuar a agressividade (tendências agressivas) e demonstra vulnerabilidade de passagem ao ato. Demonstra culpa e vergonha frente ao sentimento de incapacidade, impotência e medo da derrota. Entretanto, indica pouco esforço para realizar seus objetivos. O psicodiagnóstico de Rorschach revela, ainda, sinais de extrema angústia que o acompanham ao longo de sua vida, o que prejudicam sua afetividade e sociabilidade. Os indicadores apontam para um quadro de depressão e risco de suicídio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo discutiu, a partir de um caso clínico real, a relevância do Psicodiagnóstico de Rorschach na identificação dos indicadores mais expressivos do risco de suicídio em um quadro de transtorno depressivo. O estudo foi baseado em um psicodiagnóstico realizado na Universidade Católica de Brasília – UCB como atividade obrigatória da disciplina de conclusão do curso de Especialização em Psicopatologia e Psicodiagnóstico. O paciente em questão foi encaminhado para avaliação a partir da solicitação dos profissionais que o acompanham no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, com o objetivo de obtenção de diagnóstico diferencial e elaboração de melhor proposta terapêutica. Vale salientar que a principal dúvida quanto ao diagnóstico deste paciente pautava-se nas hipóteses de depressão maior e/ou transtorno de personalidade, ambas com risco iminente de suicídio.

Inicialmente a hipótese de transtorno depressivo nos levou a investigar seu fundo dinâmico e/ou do humor. Já a hipótese de transtorno de personalidade exigiu uma investigação sistêmica no sentido de entrelaçar a história clínica com os instrumentos da avaliação psicodiagnóstica. A complexidade do quadro exigiu a utilização dos seguintes instrumentos psicológicos: HTP – House Tree Person, Escalas BECK, Raven e Método de Rorschach (Escola Francesa), sendo que o teste de Rorschach foi o eleito para a elaboração do presente artigo. Essa escolha se deu devido a credibilidade e funcionalidade do teste no campo da avaliação psicológica, tendo em vista que esse teste possui válidas ferramentas que propiciam a identificação dos indicadores determinantes para a confirmação da hipótese diagnóstica, facilitando assim o diagnóstico diferencial do paciente. Ressalte-se que o teste de Rorschach é considerado, por muitos estudiosos, o mais completo instrumento para avaliação da personalidade no campo das neurociências, visto que abrange as peculiaridades de cada indivíduo, conforme Quintana e González (2005).

A partir dos resultados encontrados na avaliação psicodiagnóstica, foi possível perceber o quadro depressivo, o risco de suicídio, bem como o déficit cognitivo, sendo que esse último associado aos eventos de vida do examinando configuram hoje um Transtorno de Personalidade Esquiva. De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV, 2002), este Transtorno (301.82) pode ser definido como um padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Vale salientar que para o Transtorno de Personalidade Esquiva ser diagnosticado é necessário que o indivíduo apresente pelo

menos quatro dos sete critérios estabelecidos pelo DSM-IV. Nota-se que o paciente em questão apresenta todos os critérios estabelecidos para a confirmação deste diagnóstico, sendo eles: (1) evitar atividades ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição; (2) relutar envolver-se, a menos que tenha certeza da estima da pessoa; (3) mostra-se reservado em relacionamentos íntimos, em razão do medo de passar vergonha ou ser ridicularizado; (4) preocupação com críticas ou rejeição em situações sociais; (5) inibição em novas situações interpessoais, em virtude de sentimentos de inadequação; (6) vê a si mesmo como socialmente inepto, sem atrativos pessoais, ou inferior e (7) ser extraordinariamente reticente em assumir riscos pessoais ou envolver-se em quaisquer novas atividades, porque estas poderiam provocar vergonha.

Entretanto, convém destacar que os indícios de suicídio ficaram mais evidentes a partir da análise qualitativa do psicodiagnóstico (através da história clínica e dos fenômenos especiais do teste de Rorschach), muito embora os resultados estatísticos encontrados na análise quantitativa tenham tido sua relevância para a confirmação do diagnóstico. Nesse sentido, é importante contemplar o quanto o Método de Rorschach auxilia na estruturação de um projeto terapêutico personalizado, evidenciando os aspectos padronizados apresentados pelo indivíduo (sintomatologia), bem como os aspectos particulares de cada pessoa, sendo estes, alicerçados em sua subjetividade.

Por fim, é de grande valia relatar a complexidade encontrada durante todo o processo do psicodiagnóstico, em especial, durante a interpretação e análise dos dados, uma vez que identificar os indicadores de maior relevância por meio da ênfase na análise qualitativa, exigiu uma maior habilidade em correlacionar os resultados obtidos em todos os instrumentos psicológicos, bem como uma apurada sensibilidade e capacitação do profissional. Desta forma, pode-se concluir que este é um caso bastante complexo, principalmente em relação ao seu prognóstico, uma vez que exige uma compreensão não apenas dos seus sintomas, mas principalmente do seu funcionamento psicodinâmico. Frisa-se, ainda, a importância em ressaltar a dificuldade da condução e do manejo clínico com esse tipo de paciente, pois, por mais bem instrumentalizados que estes profissionais estejam nem sempre é possível intervir a tempo ou de forma eficaz, visto que, o suicídio pode apresentar-se como uma saída para o sofrimento. Com base no exposto, sugere-se a expansão dos estudos sobre a capacitação destes profissionais para a habilitação da técnica de Rorschach, levando em consideração a sua importância na avaliação precoce do risco de suicídio, bem como para a mudança do olhar sobre a saúde mental no Brasil.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADRADOS, I. A intuição do Psicólogo: técnicas de abordagem com uso do Rorschach. São Paulo: Vetor, 2004.

ADRADOS, I. Teoria e prática do teste de Rorschach. Rio de Janeiro: FGV, 1967.

AUGRAS, M. Teste rorschach: atlas e dicionário. 9ª edição. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

ANZIEU, D. Os métodos projetivos. Rio de Janeiro: Campus, 1984.

BALLONE, G. **Sufrimento Moral**. In. PsiqWeb: Depressão – Sintomas, 2005. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=300&sec=26>, revisto em 2005. Acesso em 20/07/2010.

CAMAROTTI, M. H., KUNZLER, L. S. **Atenção à saúde mental, uma proposta de atenção interdisciplinar**. Brasília: MISMEC DF, 2003.

CASSORLA, R. **Comportamento Suicida**. 1 Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

CHABERT, C. **A psicopatologia no exame do Rorschach**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

CHEMAMA, Roland (org.). **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CHEMAMA, Roland (org.). **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

CORREA, H.; BARRERO, P. S. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico V. 5º**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DINIZ, T. **O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em serviço social**. São Paula: Veras, 1999.

DUMAIS A; LESAGE AD; ALDA M; ROULEAU G; DUMONT M, CHAWKY N. **Roy in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors**. Am J Psychiatry, 2005.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. Edição standard brasileira obras completas de Sigmund Freud (vol. 14). Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Original publicado em 1917). CD-ROM.

GAUER, G. **Depressão**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson, 2000.

KAPLAN, H., SADOCK, B., GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KASTENBAUM, R. **Psicologia da Morte**. São Paulo: Pioneira: Ed. Da Universidade de São Paulo, 1983.

KERNBERG, O. F. **Borderline conditions and pathological narcissism**. New York: Jason Aronson, 1975.

MARIANNE, S. M. R; RIBEIRO, M. S. M. **Quem tem medo da depressão?** Porto Alegre: SMSEV, 2007.

Organização Mundial da Saúde. **Distúrbios Mentais e Comportamentos**. Geneva: Departamento de Saúde Mental, 2000.

PASSALACQUA, A. M. & GRAVENHORST, M. C. **Os fenômenos especiais no Rorschach**. São Paulo: Vetor, 2005.

PASSALACQUA, A. M., HERRERA, M. T., ORCOYEN, D. **Investigacion sobre suicídio y Rorschach**. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Año 2, n. 1, 1997.

PINTO, M. **A dinâmica psíquica do Borderline no método de Rorschach: agressividade, impulsividade e morte**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2009.

QUINTANA, M., GONZÁLEZ, P. **El psicodiagnóstico de Rorschach en los transtornos de personalidad**. Revista del Hospital Psiquiatrico de la Habana, 2005.

ROTHSCHILD, A. J. **Diagnosis and treatment**. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997.

SANTOS, G. S. C; VAZ, C. **O profissional da informática e sua personalidade analisada por meio da técnica de Rorschach**. Psicol. estud.[online], 2005.

SANTOS, M. A.; VAZ, C. **Representação do objeto e organização psíquica: integração dinâmica dos dados do Rorschach**. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, p. 249-261, set./dez., 2006.

STENGEL, E. **O desafio da morte**. São Paulo: Ibrasa, 1970.

STERIAN, A. **Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

TRAUBENBERG, N. R. **A prática do Rorschach**. São Paulo: Vetor, 1998.

VIANA, G., ZENKNER, F., SAKAE, T., ESCOBAR, B. **Prevalência de suicídio no sul do Brasil**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2008, vol. 57, n. 1, pp. 38-43.

WEINER, I. **Princípios da interpretação do Rorschach**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WERLANG, G.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

